

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**Obraz dětí s ADHD v mladším školním období
v Rorschachově metodě**

**The image of ADHD in school-age children in the
Rorschach method**



Rigorózní práce

Autor: Mgr. Nikol Kuchtová

Olomouc

2023

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma: „Obraz dětí s ADHD v mladším školním období v Rorschachově metodě“ vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne

Podpis

Poděkování

V první řadě bych chtěla poděkovat váženému panu doktorovi M. Seitlovi za velmi cenné konzultace k této rigorózní práci, za jeho čas a laskavý a zároveň precizní přístup. Dále bych chtěla poděkovat všem zúčastněným klinikám, respondentům a jejich rodičům v tomto výzkumu za jejich ochotu se na této práci podílet.

Obsah

Úvod	7
Teoretická část	8
1 Osobnost, její vývoj a diagnostické možnosti	9
1.1 Vymezení osobnosti	9
1.2 Vývoj osobnosti	12
1.3 Charakteristika projektivních metod	17
1.4 Rorschachova metoda	18
2 Porucha aktivity a pozornosti	22
2.1 Charakteristika ADHD	22
2.2 Etiopatogeneze ADHD	27
2.3 Psychologická diagnostika poruchy aktivity a pozornosti	29
3 Mladší školní věk	31
3.1 Vymezení mladšího školního období	31
3.2 Školní zralost a vstup dítěte do školy	31
3.3 Rozvoj schopností a dovedností v mladším školním věku	34
3.4 Kognitivní vývoj v mladším školním věku	35
3.5 Vývoj prožívání a sociálních vztahů v mladším školním věku	37
4 Validita Rorschachovy metody v ADHD	40
Výzkumná část	44
5 Výzkumný problém, cíle a výzkumné otázky	45
5.1 Výzkumný problém	45
5.2 Výzkumné cíle a výzkumné otázky	46
6 Výzkumný design	47
6.1 Základní a výběrový soubor	47
6.2 Metody získávání dat	48
6.3 Sběr dat	49
6.4 Zpracování a vyhodnocení dat	50

6.5 Etické aspekty výzkumu	51
7 Výsledky výzkumu	53
7.1 Kazuistika 1	53
7.2 Kazuistika 2	62
7.3 Kazuistika 3	71
7.4 Kazuistika 4	80
7.5 Kazuistika 5	88
7.6 Kazuistika 6	96
7.7 Kazuistika 7	106
7.8 Kazuistika 8	113
7.9 Kazuistika 9	121
7.10 Výsledky výzkumu	130
8 Diskuze	134
8 Závěry	141
9 Souhrn	142
Seznam použitých zdrojů a literatury	146
Seznam tabulek a grafů	153
Seznam příloh	154

Motto:

„Naslouchejte svým pacientům; dovolte jim, aby vás učili.“

I. D. Yalom

Úvod

Nástup a zařazení do školních procesů klade na dítě nemalé nároky. Jedná se například o inhibici spontánních pohybů, udržení pozornosti, podřízení se autoritě a zařazení do třídního kolektivu. S potížemi se v tomto období často setkáváme u dětí s poruchou aktivity a pozornosti, které mají zpravidla narušenou regulaci pozornosti, přetrvává u nich motorický neklid a impulzivní chování.

Rorschachova metoda je jednou z psychodiagnostických metod, díky které jsme schopni velmi rozsáhle posoudit testovaného člověka. Zejména poskytuje odpovědi na specifitější otázky, jako například čím jsou potíže v chování a neklid daného dítěte podmíněny, a tak může pomoci k lepšímu uchopení jeho individuálních potíží a potřeb.

Jelikož se publikované výzkumy v této oblasti v některých proměnných liší, hlavní motiv pro výběr tohoto tématu spočíval ve snaze analyzovat, jak se porucha aktivity a pozornosti projevuje v individuálních výsledcích Rorschachovy metody u dětí v mladším školním období. Hlavním cílem tohoto výzkumu je ověřit, zda lze napříč protokoly identifikovat společné znaky probandů a definovat tak jejich společný obraz.

Výsledky výzkumu mohou pomoci rozvinout pohled na specifické projevy, rysy a prožívání mladších školních dětí s ADHD a mohou sloužit jako základ pro další rozšiřující výzkumy v této oblasti, například pro tvorbu nové diagnostické škály v Rorschachově metodě.

Jedná se o novou práci včetně výzkumu, nicméně v některých ohledech jsou části této práce převzaty z diplomové práce Kuchtové (2020), a to v 19 %. Zejména se jedná o první kapitolu s názvem Osobnost a její diagnostické možnosti a o strukturu práce. Ostatní kapitoly a výzkum jsou originálně připravené pro tuto předkládanou rigorózní práci.

Teoretická část

1 Osobnost, její vývoj a diagnostické možnosti

1.1 Vymezení osobnosti

Osobnost představuje individuální soubor duševních a tělesných vlastností člověka utvářející se během našeho vývoje. Tvoří vrozené i získané vlastnosti, jinak řečeno temperament a charakter, které se v průběhu života stále doplňují a obohacují, a které se zároveň projevují v mezilidských vztazích (Praško, 2015).

Jedním z prvních psychologů, který se zabýval studiem osobností, byl Gordon W. Allport. Osobnost definoval jako dynamickou organizaci psychofyzických systémů uvnitř člověka, která určuje jeho individuální přizpůsobení vůči svému prostředí. Tuto svou definici osobnosti později upravil na organizaci systémů v jedinci, které určují jeho individuální aktivitu a myšlení (in Cakirpaloglu, 2012).

Přestože význam pojmu osobnost dnes můžeme nalézt pod mnoha různými definicemi, lze v nich nalézt jistý základní rámec, na kterém se všechny teorie shodují (Blatný, 2010).

Cakirpaloglu (2012) uvádí, že se definice osobnosti shodují především na takovém významu osobnosti, který představuje souhrn či propojení temperamentu, charakteru, schopností a v neposlední řadě také konstitučních vlastností člověka. Dále se teorie shodují na poměrně stabilním a konzistentním systému jedinečných vlastností a projevů člověka.

Cakirpaloglu (2012, 19) také dodává, že *„osobnost vždy implikuje člověka zejména jako uvědomělé, socializované jsoucnó“*.

Většina definic osobnosti se dále shoduje na vnitřní jednotě a strukturovanosti duševního života, na jeho individualitě, a u osobnosti pohlíží na její dvě hlavní složky, kterými jsou dynamika a struktura (Svoboda et al., 2013).

Dynamiku osobnosti utváří nejrůznější motivy, potřeby, vůle a další lidské procesy a tendence. Tyto prvky působí jako jednotný, vzájemně propojený systém, který je v neustálém vývoji a je ovlivňován interpersonálními a také intrapsychickými procesy. Touto definicí dynamiky osobnosti Cakirpaloglu (2012) vysvětluje její měnitelnost a zároveň její vývoj.

Za dynamické roviny osobnosti můžeme považovat duševní stavy, jakožto její trvalejší kategorii, a dále duševní děje, které se vztahují k jednotlivým psychickým procesům ovlivňující průběh změny (Balcar, 1991).

Struktura osobnosti poté představuje přetrvávající vlastnosti dynamiky, které jsou pro člověka specifické. Představuje konzistentní způsob chování člověka, a to i za odlišných situací (Cakirpaloglu, 2012).

Mezi nejnovější teorie osobnosti patří například teorie neurobiologické, které vysvětlují osobnost jako dynamickou organizaci psychobiologického systému, který formuluje adaptaci na lidské zkušenosti. To se týká především temperamentu, jehož biologické mechanismy jsou vývojově velmi staré. Jsou založené na podmiňování spojeném s nevědomým vytvářením vzorců našeho chování a reagování. Jeho genetická komponenta je v rozmezí 40-60 %. Oproti němu je charakter vývojově mnohem mladší. Je založený na vědomém učení, na přesvědčení o sobě samém, ostatních lidech a o okolním prostředí. Geneticky je také mnohem méně determinován, a to okolo 10-15 %. Jak temperament, tak charakter má také své neuroanatomické systémy a neurotransmitery, které uplatňují (Praško, 2015).

Osobností se předně jako samostatná psychologická disciplína zabývá psychologie osobnosti, která se snaží o její pozorování pomocí introspekce a extraspekce a také o její deskripci a definici. Dále se snaží o zachycení, rozpoznání a

pochopení individuálního složení a procesů osobností. Psychologie osobnosti pracuje s propojením všech psychofyzických procesů a jevů. Popisuje a třídí jednotlivé psychické a konstituční složky, snaží se pochopit vnitřní uspořádání osobnosti a odhalit příčiny lidského prožívání a jednání. Jejím předmětem je osobnost jako koncept s určitou strukturou a dynamikou (Cakirpaloglu, 2012).

Jelikož se u lidských osobností setkáváme také s jejich poruchami, bylo vytvořeno několik testových metod pro jejich lepší odhalení. Mezi poruchy osobnosti patří takové charakterové a temperamentové rysy, které se významně odlišují a odchyľují od většiny lidí. Jedná se především o hluboce zakořeněné maladaptivní vzorce chování v reakci na osobní a sociální situace (Praško, 2015).

U poruch osobnosti lze mnohdy již v dětství pozorovat její disharmonický vývoj a nestandardní způsoby reagování. Dětem chybí schopnost navázat vřelé interpersonální vztahy, výrazné mohou být také sklony k agresi nebo vyhledávání vzrušení. Dále je často přítomná impulzivita a zaměření na okamžité uspokojení potřeb nebo také preference vlastních pravidel včetně odmítavého postoje k běžným sociálním normám (Řičan & Krejčířová, 2006).

K samotnému zkoumání osobnosti přistupujeme dvěma základními způsoby. První z nich je idiografický přístup. Na člověka nahlíží jako na něco naprosto jedinečného a individuálního. Cílem tohoto přístupu je porozumění konkrétnímu člověku, jeho prožívání a jednání a uplatňuje se především v kazuistikách. Osobnost je v tomto hledisku zkoumána u konkrétního člověka. V opozici stojí přístup nomotetický. Ten naopak přistupuje k lidem a jejich osobnostem jako k fenoménu, které lze vzájemně srovnávat a měřit. Hledá obecné vlastnosti u různých osob. Snaží se nalézt a pojmenovat osobnostní typy, normy a další kategorie umožňující její vzájemné srovnávání. Nomotetický přístup tedy představuje výzkum osobnosti v podobě testů, faktorových analýz, experimentů a dalších metod (Cakirpaloglu, 2012, Svoboda et al., 2013).

Rorschachova metoda, které je tato práce věnována, uplatňuje při zkoumání osobnosti jak idiografický, tak nomotetický přístup, jelikož člověka srovnává s ostatními i se sebou samým. Tím se i popis osobnosti a jejích rysů stává ještě více věrohodný, jelikož na člověka a jeho osobnost pohlíží jako na celek.

Exner (2009) uvádí, že Rorschachova metoda je jednou z projektivních metod, díky které jsme schopni testovaného člověka velmi rozsáhle posoudit. Jeho vyhodnocovací systém Rorschachovy metody, nazvaný Komprehenzivní systém, poskytuje široké spektrum informací o osobnosti testovaného člověka. Je podložený několika desítkami let trvajících empirickými výzkumy, úpravami a vytrvalým zdokonalováním tohoto systému.

Balcar (1991) sleduje fungování celé osobnosti jako funkční celek, a proto se blíží pojetí Rorschachovy metody. Jeho definice dynamiky osobnosti je velmi blízká tomu, jak na ni pohlížíme v rámci této metody, a proto bude v rámci této práce pohlíženo na dynamiku osobnosti jako na trvalejší duševní stavy a duševní děje které se vztahují k jednotlivým psychickým procesům ovlivňující průběh změny.

1.2 Vývoj osobnosti

Předkládaná kapitola je zaměřena na deskripci osobnostního vývoje s ohledem na orientaci této práce na mladší školní období, ve kterém se osobnost stále utváří a působí na ni mnoho vlivů.

Vývoj osobnosti je dlouhodobý, celoživotní psychosociální proces, na kterém se podílí řada faktorů, které na sebe vzájemně působí a slouží jako soustava růstových podmínek. Tyto faktory, nebo-li činitele vývoje osobnosti, lze rozdělit na vnitřní a vnější. Mezi vnitřní činitele patří dědičné predispozice, vrozené a prenatální faktory, konstituce člověka a jeho subjektivní psychické procesy. Vnější činitele pro utváření osobnosti se

skládají z fyzického prostředí působící na člověka a dále z kultury a společnosti, jejichž hlavním významem je socializace jedince (Cakirparloglu, 2012).

Mezi kulturní systém dítěte patří rodina, vrstevníci, škola, nejrůznější denní centra a formální skupiny které navštěvuje, a v neposlední řadě také místo nebo-li sousedství, kde děti žijí a interagují s ostatními. Socializace tak probíhá prostřednictvím vztahů a míry zapojení do každodenních činností dané komunity (Vélez-Agosto, Soto-Crespo, Vizcarrondo-Oppenheimer, Vega-Molina & Coll, 2017). Cakirparloglu (2012) doplňuje jako zprostředkovatele procesu socializace také masmédiá, která na populaci všestranně působí, a sociální status, který vytváří možnosti a meze uskutečňování individuálních potřeb dítěte.

Psychickým vývojem, jeho změnami v prožívání a chování v čase se zabývá vývojová psychologie, kde je jedním z vědeckých vrcholů stanovení vývojového stadia (Říčan & Krejčířová, 2006). Zkoumá psychické změny související s postupujícím věkem. Zabývá se rovněž individuálními rozdíly a hledá zákonitosti a souvislosti vzniku a vývoje psychických procesů a lidských vlastností, čímž má blízko k psychologii osobnosti (Thorová, 2015).

Konkrétní vývojové stadium se vyznačuje konzistentním výskytem jevů charakteristických pro dané období a nepřítomnost jevů jiných. K jeho stanovení nejčastěji slouží vývojové škály (Říčan & Krejčířová, 2006). Přestože tyto škály slouží primárně k časné diagnostice vývojových poruch, i pro děti v mladším školním období lze využívat například metodu IDS, která slouží jako inteligenční a vývojová škála pro děti od 5 do 10 let. Metoda poskytuje zhodnocení kognitivních funkcí včetně pozornosti, sociálně-emoční kompetence, psychomotoriky, řeči nebo také výkonové motivace (Krejčířová, Urbánek, Širůček & Jabůrek, 2013).

Současná vývojová psychologie nicméně postrádá ucelenou teorii osobnostního vývoje. Dosavadní teorie proto můžeme rozdělit do dvou základních modelů kontinuálního a diskontinuálního vývoje. Kontinuální teorie upřednostňují výklad

osobnostního růstu jako plynulý vývoj, kde aktuální stav osobnosti vyrůstá z předcházejícího stavu a rovněž ovlivňuje vývoj budoucí (Cakirparloglu, 2012). Oproti tomu model diskontinuálního vývoje představuje předem uspořádané a funkčně oddělené fáze, které na sebe navazují a nelze je proto zaměňovat. Takové fáze představují přechod z nižší vývojové fáze na vyšší (Heller, 2014).

Mezi teorie diskontinuálního vývoje patří Piagetův vývoj inteligence nebo také Kohlbergův vývoj morálního usuzování, které jsou blíže charakterizovány v kapitole 3.4 s názvem Kognitivní vývoj v mladším školním období. Jedná se o teorie, které byly doposud uspokojivě periodizovány (Říčan & Krejčířová, 2006; Cakirparloglu, 2012).

Za jednu z nejvýznamnějších koncepcí je považován Eriksonův psychosociální vývoj, který revidoval Freudův psychosexuální vývoj, a můžeme proto sledovat prolínání vývojových období (Erikson, 2022). Díky vyzdvižení historických a sociálních okolností se stala psychoanalýza přijatelnější a srozumitelnější pro širší společnost (Cakirparloglu, 2012). Jedná se o teorii, která si získala nejširší uznání (Říčan & Krejčířová, 2006).

Teorie psychosociálního vývoje vychází z tvrzení, že každý jedinec projde v průběhu života sérií osmi vývojových fází. Každá z nich je charakterizována jedinečným psychologickým problémem, nebo-li krizí, během které jedinec musí vyřešit psychologický rozpor (Sacco, 2013). Vyřešení této krize je dosaženo určité ctností a otevírá se tak cesta k dalšímu osobnostnímu vývoji (Heller, 2014).

Erikson definoval jako první fázi lidského vývoje kojenecké období, jehož vývojovým tématem je s ohledem na plnou závislost na okolí důvěra versus nedůvěra. Rovněž dle Freudova pojetí psychosexuálního vývoje si dítě v nejranějším stádiu, orálním, osvojuje základní důvěru (Říčan & Krejčířová, 2006). Ctností je proto v tomto vývojovém období naděje (Thorová, 2015).

Batolecímu období náleží téma autonomie versus stud v závislosti na požadavcích z okolí a na tom, jak se mu daří či nedaří je plnit (Heller, 2014). V psychosexuálním vývoji je toto období nazýváno jako období anální. Dítě se učí ovládat

své tělo a psychické procesy a prosazuje také svou vůli v sociálních vztazích (Říčan & Krejčířová, 2006). Ctností se stává vůle nebo-li chtění (Cakirparloglu, 2012).

V následujícím období předškolního věku dítě prožívá konflikt mezi vlastní iniciativou a pocitem viny, jelikož se v tomto období rovněž utváří svědomí (Heller, 2014), které představuje zvnitřněné normy. Je to proto období velmi citlivé na výchovný přístup k dítěti. Období odpovídá falickému stadiu v psychosexuálním vývoji (Říčan & Krejčířová, 2006).

Školní období, na které je tato práce zaměřena, je v Eriksonově psychosociální teorii charakterizované konfliktem mezi usilovností, nebo-li snaživou pílí, a méněcenností (Říčan & Krejčířová, 2006). V psychosexuálním vývoji období odpovídá takzvané latentní fázi, aneb období klidu, kdy dle Freuda sexuální tužby ustupují do pozadí a dítě svou energii soustředí na rozvoj sociálních dovedností a na osvojování kulturních norem (Thorová, 2015).

V tomto období dochází k přechodu od her k produktivním činnostem (Heller, 2014), jimiž jsou zejména pracovní školní povinnosti, za které děti mohou získat uznání a potěšení. Dosahují tak potřebné ctnosti, kterou je v této vývojové fázi kompetence. Školáci se také porovnávají s vrstevníky a díky rozvinutému sebehodnocení se přirozeně setkávají i s prožitky nedokonalosti, které zapříčiňují pocity méněcennosti. Pokud jsou tyto pocity utvrzovány častým neúspěchem nebo negativními reakcemi okolí, může dítě reagovat rezignací a pasivitou nebo také zvýšenou soupeřivostí, jelikož nezdar může rovněž motivovat k vyšším výkonům (Thorová, 2015). V tomto věku může k vývojovému selhání přispět řada příčin, jako jsou například specifické poruchy učení, subnormní intelekt nebo také syndrom hyperaktivity (Říčan & Krejčířová, 2006).

Následuje období hledání identity, nebo-li období adolescence. V tomto období často dochází k zmatečnosti rolí a v důsledku toho mohou nastat nejasnosti v oblasti sexuální identity nebo například delikvence. Hnací silou do dalšího vývoje je věrnost vlastním myšlenkám, cílům a hodnotám (Thorová, 2015).

Mladá dospělost, jako šestá fáze vývoje, představuje vývojový problém intimity versus izolace, přičemž cnotí je láska. Člověk je připraven objevit hranice své intimity a splynout s druhou osobou, aniž by se obával ztráty sebe sama (Heller, 2014). Thorová (2015) doplňuje, že strach ze selhání ve vztahu a z intimity vede k udržování odstupů od vztahu a osamělosti.

Střední dospělost je definována generativitou proti stagnaci. Zájem se z partnerství rozširuje také na děti a celou společnost, produktivitu a tvořivost. Ctností v tomto období je starostlivost a péče o někoho nebo o něco (Cakirparloglu, 2012).

Poslední fází psychosociálního vývoje je pozdní dospělost a stáří problematikou integrity ega versus zoufalství (Sacco, 2013). Integrita neboli vyrovnanost představuje přijetí vlastního života v konfliktu se strachem ze smrti a pocitu zoufalství. Ctností tohoto životního období je moudrost (Heller, 2014).

Psychický a osobnostní vývoj tedy představuje dlouhodobý psychosociální proces, na kterém se podílí řada faktorů sloužících jako soustava růstových podmínek. Zmíněné vývojové okruhy, jako je kognitivní vývoj nebo vývoj sociálních vztahů, a jejich specifika v mladším školním období jsou blíže charakterizovány v kapitole 3. s názvem Mladší školní věk.

Z hlediska Rorschachovy metody jako jedné z projektivních technik, která je přínosná i v dětské diagnostice (Říčan & Krejčířová, 2006), a na kterou je tato práce zaměřena, je děti do 12 let doporučeno interpretovat ke zhodnocení kognitivního, emočního a sociálního vývoje ve srovnání s očekáváním (M. Seitzl, osobní sdělení 23. října 2022).

1.3 Charakteristika projektivních metod

Svoboda, Humpolíček a Šnorek (2013) definují pojem projekce jako promítání duševních obsahů do podnětového materiálu či obecně řečeno navenek mimo sebe. Projektivní techniky se převážně zaměřují na dynamické vlastnosti osobnosti, jakými jsou postoje, názory, zájmy, konflikty či problémy ve vztahových a dalších oblastech. Pokoušejí se zachytit a pochopit celou osobnost člověka. Fungují na principu konfrontace s podnětovou situací, která je pro člověka nestructurovaná a neurčitá.

Daini (2009) a také Guez (2010) uvádějí, že projektivní metody jsou velmi přínosným diagnostickým nástrojem, jelikož mnoho pacientů své problémy často skrývá. Projektivní metody jsou proto velmi vhodné s ohledem na svůj nejednoznačný podnětový materiál, který pacientům znemožňuje záměrně zkreslit výsledky vyšetření. Umožňují také nahlédnout do vědomých i nevědomých obsahů mysli. Tím lze docílit k širokému spektru odpovědí, jelikož je zde značný prostor pro vyjádření své individuality.

Projektivní materiál může velmi dobře pomoci odhalit aspekty psychického prožívání zejména u dětí. Díky využití projektivních metod jim lze umožnit a usnadnit vyjádření pocitů i jinak, než rozhovorem, jelikož mají obvykle blíže k vyjádření sebe sama prostřednictvím hry nebo kresby. Projektivní metody tak přispívají k lepšímu porozumění toho, co si dítě myslí a cítí. Velmi také závisí na množství zkušeností, kterým bylo vystaveno, na množství získaných znalostí a na jeho verbálních schopnostech. V dětském a školním věku se osobnost teprve utváří, není stabilní ani plně vyvinuta, což je potřeba mít neustále na paměti zejména při vyhodnocování projektivních metod. Je rovněž velmi důležité integrovat diagnostická hodnocení s daným vývojovým obdobím (Crandall, 1984).

Projektivní metody dělíme na několik kategorií. Mezi verbální testy, při kterých respondent odpovídá na předkládané testové karty, patří například Rorschachova metoda, Tematický apercipční test, Hand test, Test nedokončených vět nebo technika

tří přání. Grafické metody, kde je sledován respondentův grafický projev na dané zadání, představují zejména Kresba postavy, Test kresby stromu či H-T-P metoda. U dětí je také často používanou a oblíbenou metodou Kresba rodiny a Kresba začarované rodiny. V neposlední řadě manipulační metody představuje Lüscherův barvový test nebo kupříkladu Scénotest a Test světa (Svoboda et al., 2013; Říčan & Krejčířová, 2006).

Zmíněná Rorschachova metoda, které je tato práce věnovaná, se řadí mezi projektivní metody, nicméně je nyní chápána primárně jako metoda výkonová, která za určitých okolností poskytuje také projektivní materiál. Jako metoda výkonová je chápána zejména pro její kvalitní měření percepčních a myšlenkových procesů (Seitl, 2015).

Projektivní metody se dají použít i během diagnostiky poruchy aktivity a pozornosti. Samotná Rorschachova metoda rovněž přispívá k lepšímu porozumění dítěti či dospělým a také v ní lze vidět některé znaky této poruchy (Telerovský et al., 2008).

1.4 Rorschachova metoda

S ohledem na zaměření této práce na obraz poruchy aktivity a pozornosti v Rorschachově metodě bude v této kapitole zmíněná metoda blíže uvedena a charakterizována.

Rorschachova metoda patří mezi verbální projekční testy. Jedná se o percepčně strukturovanou metodu, která předpokládá úzké propojení osobnosti s vizuální percepcí. Rorschachova metoda vznikla na počátku 20. století a stala se jednou z nejvýznamnějších psychodiagnostických metod po celém světě. Je tomu tak především pro její komplexní a podrobné zachycení osobnosti a jednotlivých oblastí lidské psychiky. Její velikým přínosem je její diagnostické užití prakticky bez omezení. Setkáváme se s ní zejména v klinické psychologii, psychologii sportu, práce a také u psychologického vyšetření dětí (Svoboda et al., 2013).

Užití Rorschachovy metody je náročné jak pro probanda, tak pro vyšetřujícího psychologa. Její vyhodnocení klade nemalé nároky na čas, znalost této metody včetně širokých znalostí z psychologie a nadání pro její využití (Exner, 2009).

Metodu tvoří deset tabulí, na kterých se nacházejí achromatické či chromatické barevné skvrny. Tyto tabule vznikly z výtvarných pokusů samotného Rorschacha, který měl výtvarné nadání v rodině. Při jejich konečné výběru autor vycházel z požadavku, aby měla každá tabule svůj osobitý vyzývající charakter. Každá tabule má tak své téma, o kterém vypovídá (Svoboda et al., 2013).

Tabule vyvolávají u vyšetřované osoby pareidolie, které jsou následně verbalizovány a analyzovány. Princip metody předpokládá, že projekce na tabule nejsou náhodné a že odrážejí některé zvláštnosti vyšetřované osoby (Teles Filho, 2020).

Proces identifikace podnětu považoval Rorschach za zásadní a základní operaci. Během své praxe si všímal, jak u vážně nemocných pacientů vážne proces identifikace podnětu na mnohoznačné skvrny a popisoval tyto problémy u osob se sníženým intelektem, neurologickými a psychotickými poruchami. Jejich odpovědi se zásadně lišily od zdravé populace a také od osob s méně závažnou psychopatologií. Rorschach také zdůrazňoval, že si zdravá populace během testování uchovávala povědomí o faktu, že se jedná pouze o výklad skvrny, nikoliv reálného objektu (Lečbych, 2016).

Existuje několik Rorschachovských škol, které jsou představované kupříkladu Ewaldem Bohmem, Samuelem J. Beckem, Zygmuntem A. Piotrowským a zejména Johnem E. Exnerem, jehož vyhodnocovací Komprehensivní systém je jedním z nejkompexnějších pro tuto metodu. Před vydáním Exnerova systému byla vyhodnocovací diagnostika silně nesourodá, čímž byly ovlivněny i výsledky jednotlivých vyšetření (Svoboda et al., 2013).

Z Komprehensivního systému dále vychází vyhodnocovací systém R-PAS, který byl vyvinut členy Exnerovské výzkumné rady. Jedná se o vylepšený Komprehensivní

system na základě jeho hlavní kritiky, jelikož opravuje problémy s validitou a normami více empirickým a psychometrickým přístupem (Mihura & Meyer, 2018).

K Rorschachově metodě lze také přistupovat v několika základních liniích. Lečbych (2016) uvádí linii percepčně kognitivní, která byla původním směřováním této metody. Tento směr studuje roli percepce ve vztahu k osobnosti, psychickému prožívání a k psychopatologiím. Velmi silná stránka zde spočívá v detekci poruch percepčně kognitivního procesu jako pro psychology, tak pro neurology.

Nástup psychoanalytického a psychodynamického přístupu obohatil v psychologii rovněž Rorschachovu metodu, a to zejména o tematiku nevědomí. Začal na ni pohlížet jako na projektivní metodu, na jejíž tabule lze promítat nevědomé obsahy. Psychoanalytický přístup vedl k pečlivé obsahové analýze odpovědí a vedl tak k tvorbě nových, klinicky relevantních škál (Lečbych, 2016).

Psychometrická linie neboli evidence-base přístup se Rorschachovu metodu snaží chápat jako psychometrický test, standardizovat její postupy administrace a vyhodnocování, propracovat její psychometrické parametry a umožnil také srovnávat pacienty s normou. Tento přístup rovněž pomohl v obhájení užívání Rorschachovy metody a upevnit její autoritu jako diagnostickou metodu (Lečbych, 2016).

V neposlední řadě existuje linie zabývající se dětmi, díky níž je snaha v této metodě porozumět dětskému vývoji. Tento směr projevuje největší zájem o samotnou tvorbu odpovědi. Rorschachova metoda se obvykle používá od 5 let, jelikož Exner od této věkové hranice prezentuje normy. Je to zároveň věk, kdy je většina odpovědí tvořena běžným způsobem. Nicméně někteří zkušení klinici uvádí, že je možné tuto metodu použít již od 2 let a zajímat se tak o vývojovou úroveň i v rámci psychodiagnostiky dětského vývoje (Krejčířová, 2015; Říčan & Krejčířová, 2006).

Lečbych (2016) dále uvádí, že tvorba norem u dětí podobným způsobem jako u dospělých se nejeví jako příliš rozumný postup, jelikož děti nejsou malými dospělými. Slabou stránkou zde se stává fakt, že systematizace ustoupila do pozadí právě kvůli

většímu přesunu pozornosti k systematizaci postupů v Rorschachově metodě u dospělých. Věnovat se tedy právě dětskému směru v Rorschachově metodě se jeví jako velmi přínosné a snaha o tvorbu nových škál pro tyto pacienty je na místě.

Rorschachova metoda může pomoci i při určení poruch aktivity a pozornosti, přestože je tato diagnóza postavena na jiných diagnostických nástrojích. Děti s ADHD mají v protokolech této metody své specifické prvky a zpracování podnětového materiálu. Rorschachova metoda poskytuje také odpovědi na specifičtější otázky jako například čím jsou potíže v chování a neklid dítěte podmíněny (Telerovský et al., 2008).

Jelikož se osobnost v dětském a školním věku teprve utváří, není stabilní ani plně vyvinuta (Crandall, 1984), Svoboda, Krejčířová a Vágnerová (2015) uvádí, že je pomocí Rorschachovy metody možno u dětí diagnostikovat percepčně kognitivní úroveň, tedy zralost a kvalitu percepce, pozornost, myšlení a podobně. Dále pomáhá u dětí diagnostikovat afektivní složku osobnosti, kam řadíme extraverci a introverzi, afektivitu, kontrolu emocí a také impulzivitu. Jedná se o oblasti významné zejména u ADHD, čímž se tato metoda stává rovněž přínosným diagnostickým nástrojem. Rorschachova metoda dále pomáhá posoudit způsoby přizpůsobení dítěte a dynamiku jeho osobnosti zahrnující obranné mechanismy, zvládání úzkosti nebo konfliktů. V neposlední řadě pomáhá rozpoznat deviaci ve vývoji a v osobnostním prožíváním, jako jsou například psychopatologické a prepsychotické příznaky.

Samotná administrace Rorschachovy metody je podrobně popsána ve výzkumné části této práce v kapitole 6.2 Metody získávání dat.

2 Porucha aktivity a pozornosti

2.1 Charakteristika ADHD

Porucha aktivity a pozornosti, často označována zkratkou ADHD z anglického *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (dále jako ADHD), je neurovývojová porucha, pro kterou je specifický deficit pozornosti, nadměrná impulzivita a hyperaktivita a špatně ovladatelné chování v dětství (Kulišťák et al., 2021).

Tato porucha dle MKN-10 spadá pod kategorii hyperkinetických poruch s označením F90.0, které jsou typické časným nástupem nedostatečné vytrvalosti v činnostech, které kladou nároky na poznávací schopnosti. Děti s touto diagnózou jsou proto typické přebíháním mezi činnostmi a obecně nadměrnou aktivitou, která je špatně regulovaná a je obvykle dezorganizovaná. Dále se často vyskytuje nízké sebehodnocení a specifické opoždění v jazykovém či motorickém vývoji (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, nedat.).

Zhruba polovina dětí s poruchou aktivity a pozornosti má potíže v jemné i hrubé motorice a v řízení a koordinaci pohybů, které se projevují v běžných denních záležitostech jako je oblékání, stravování, psaní či jízda na kole a další. Tato neobratnost se jeví jako trvalejší rys, kdy pravděpodobně nejde pouze o vývojový výkyv. I v době dospívání, kdy dochází k rychlému růstu, mohou potíže s koordinací pohybů ještě narůstat a narušovat tak i sebehodnocení (Vágnerová, 2020; Semrud-Clikeman & Schafer, 2000).

ADHD můžeme dle klasifikačního systému DSM-5 rozdělit na 3 základní druhy. ADHD s převahou nepozornosti je specifické problematickou organizací úkolů a jejich dokončováním. Jsou patrné výrazné potíže se sledováním rozhovoru či pokynů a obecně potíže se soustředěním se na detaily. Dítě s převahou nepozornosti se nechá

velmi snadno rozptýlit. Typ s převažující hyperaktivitou - impulzivitou je prakticky neustále v pohybu. Můžeme pozorovat potíže vydržet delší dobu v klidu a nezvedat se ze židle, neustále se vrtí či mluví. Kromě neklidu je výrazná také impulzivita, která způsobuje vyrušování ostatních v okolí nejrůznějšími způsoby, ale také zapříčiňuje více nehod a poranění. Mají výraznou potíž vyčkat, až na ně přijde řada. Posledním typem je typ kombinovaný, u kterého se projevuje jak okruh nepozornosti, tak hyperaktivity a impulzivity (Centers for Disease Control and Prevention, 26. ledna 2021).

Toto rozdělení nacházíme rovněž v 11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí ICD-11, která diagnózu ADHD rovněž přeřadila ze sekce hyperkinetických poruch do neurovývojových. K přeřazení došlo zejména pro zohlednění počátku vývoje této poruchy a pro specifické potíže v sociální oblasti či například v oblasti motorických funkcí a pro další podobnosti s neurovývojovými poruchami. Tento krok také řeší koncepční slabinu pohledu na ADHD jako na těsněji spjatou s rušivým chováním a disociálními poruchami vzhledem k tomu, že jedinci s ADHD obvykle nejsou záměrně rušiví ani problematictí. Rovněž je v ICD-11 na tuto diagnózu nahlíženo jako na celoživotní záležitost (Reed et al., 2019).

Žáčková a Jucovičová (2014) dále rozlišují ADHD podle stupně závažnosti na 3 typy. Mírný typ představuje formu ADHD s malým množstvím symptomů, které jsou zvládnutelné individuálním přístupem a újma dítěte ve škole nezpůsobuje výraznější potíže. U středního typu je obvykle zapotřebí i speciální péče kromě individuálního přístupu. Symptomy jsou výraznější, a to zejména neklid a nesoustředění, a také potíže v emocionální složce a sebekontroly. Vážný typ představuje velice nízkou až nulovou sebekontrolu, výrazný neklid a potíže v soužití s ostatními. Často se vyskytují specifické poruchy učení a speciální péče je nezbytná.

Jelikož tyto děti obvykle obtížně zpracovávají komplexní podněty, mají tendenci se jim vyhýbat a také unikat ze situací, které vnímají jako nadměrně zatěžující (Krejčířová, 2015). Přesto můžeme u dětí s ADHD u některých aktivit vidět až nutkavou

hypersoustředěnost a naprosté ignorování okolního dění. I v tomto případě se jedná o narušenou regulaci pozornosti. Jedná se převážně o pasivní pozornost, která umožňuje myslí fungovat v pomyslném režimu autopilota bez výrazné námahy. Naopak aktivní pozornost, která je potřebná při organizované práci, dokáží děti s ADHD zapojit obvykle jen ve stavu vysoké motivovanosti (Maté, 2021).

Příznaky této poruchy jsou v jednotlivých vývojových obdobích mírně odlišné nebo dosahují odlišné síly, ale měly by se vyskytovat nejpozději do 7 let věku. V raném a batolecím období převládají výrazné změny nálad, obtížnější vztahy s vrstevníky i rodiči a narušené sebeovládání. U předškoláků už můžeme pozorovat nízkou výdrž u jednotlivých aktivit a her. Motorický neklid je viditelný a velmi výrazná je potom vzdorovitost a problematická sociální adaptace. Po nástupu do školy v mladším školním věku pozorujeme nepozornost, impulzivní chování a přetrvává motorický neklid. U mnoha z těchto dětí se zároveň objevují přidružené příznaky, jakým je například tendence k agresivním reakcím a jednání, snížené sebeovládání a specifické poruchy učení. V důsledku tohoto souboru věcí je častější také celkové školní selhávání. Během dospívání se zmírňuje motorický neklid, jsou ovšem časté různé úrazy a nehody. Je stále výrazná nepozornost a emoční problémy. Přidávají se potíže s organizací a plánováním a u některých jedinců se agresivnější tendence projevují až delikventním chováním (Theiner, 2012). Pacienti s hyperkinetickou poruchou mají také vyšší riziko užívání návykových látek a vykazují i nižší úspěšnost při odvykání (Mioviský, 2018).

Také Říčan a Krejčířová (2006) uvádějí u dětí s poruchou aktivity a pozornosti častější impulzivní až disociální chování, zejména pokud se dítě cítí být odmítané nebo vylučované kolektivem, a větší obtíže v navazování hlubších citových vztahů. Obvykle se jedná o bezmyšlenkové porušování pravidel oproti poruchám chování.

Dle Stárkové (2015) je klinický obraz dítěte s ADHD typický potížemi minimálně ve dvou prostředích, tedy například v rodině a ve škole. V předškolním věku je dominantní hyperaktivita, ve škole jsou v popředí potíže s přizpůsobením se režimu.

Děti s ADHD mají potíže plnit předpoklady vedoucí k oceňování v naší společnosti jako například dovednost přizpůsobit se pravidlům, samostatnost nebo dlouhodobá spolehlivost. Z toho důvodu jsou děti často kritizovány. Své neúspěchy poté vnímají obvykle velmi intenzivně a ovlivní to tak také jejich sebehodnotu. Je proto důležité dětem s ADHD pomoci k pozitivnímu sebehodnocení a dbát také na pozitivní oceňování, kterého je často mnohem méně než kritiky či trestů (Goetz, nedat.).

Co se týče odkládání uspokojení, Carter (2014) zdůrazňuje, že děti s poruchou pozornosti zpravidla mívají nízký práh frustrace a je pro ně tak velmi náročné uspokojení odložit. Zároveň jsou to také děti velmi tvůrčí a během činnosti, kterou mají rádi, dokáží projevit obrovské soustředění. Dokáží se do činnosti zabrat natolik, že naprosto ztrácejí pojetí času. Tato vlastnost se stává problematickou v případě potřeby přejít k jiné aktivitě, jelikož ve spojitosti s nízkou frustrační tolerancí bývají často velmi vzteklé. S ohledem na přítomnou ztrátu kontroly nad sebou samým je zbytečné se s dítětem dohadovat. Dle Carterové velmi dobře funguje nabídnout těmto dětem náhradní lákavou činnost.

Dalším typickým znakem je častěji narušená kvalita spánku. Dětem obvykle trvá usínání delší dobu a v noci se mohou i několikrát probudit. Ve spánku také mohou být pohybově aktivní nebo ze spaní i mluví nebo vydávají různé zvuky, a navzdory tomu přes den nebývají ospalé (Goetz, nedat.).

Mezi nejčastější komorbidity ADHD patří poruchy chování, přičemž se obvykle jedná o poruchu opozičního vzdoru u 33-65 % dětí s ADHD. Dále jsou často pozorované specifické vývojové poruchy učení, úzkostné poruchy, deprese ale také pervazivní vývojové poruchy či tiky (Medřická, Kunčířová & Novák, 2007)

Samotnou diagnózu ADHD stanovuje dětský psychiatr, který může indukovat také farmakologickou léčbu. Léčba medikamenty u diagnózy ADHD je jedna z neúčinnějších v celé psychiatrii, jelikož dobře pracují s příznaky ADHD i s

komorbiditou. Důležité je také vyšetření neurologem s cílem vyloučit jiná neurologická onemocnění (Theiner, 2012).

Neurologické vyšetření se snaží v první řadě vyloučit organický proces centrálního nervového systému. Dle stupně závažnosti a diferenciativně diagnostické rozvahy může neurolog indikovat také zobrazovací metody jako je například funkční magnetická rezonance, magnetická rezonance či magnetoencefalografie (Semrud-Clikeman & Teeter Ellison, 2009). Elektroencefalografické vyšetření je indikováno zejména v případech suspektního epileptického onemocnění, nicméně počet abnormálních EEG záznamů u dětí s ADHD je 30–90 % (Medřická et al., 2007).

Z nefarmakologické léčby je potom jedna z nejlépe efektivních terapií behaviorální, která je zaměřena převážně na nácvik sebeovládání, plánování času a podobných potřebných dovedností, kterých je u dětí s ADHD deficit (Theiner, 2012).

Jelikož tato porucha nemusí do dovršení zletlosti ze zásady vymizet, odborná veřejnost se v případě této problematiky přiklání více k pohledům DSM-V či ICD-11, které umožňují diagnostikovat tuto poruchu také v dospělosti a zejména berou v potaz možné přetrvávání do dalších let života. Stárková (2015) uvádí, že se jedná o zásadní nový přístup k této poruše, který umožňuje také adekvátní léčbu. Porucha aktivity a pozornosti může být zdrojem dalších obtíží a může více či méně ovlivňovat sociální, emoční, edukační či kariérní život dítěte, dospívajícího i dospělého člověka.

ADHD Institute (2019) uvádí, že se průměrná celosvětová prevalence ADHD pohybuje okolo 2,2 % u dětí a dospívajících, a okolo 2,8 % u dospělých ve věku od 18 do 44 let. Výskyt je častější u mužského pohlaví ve všech věkových kategoriích.

Také Národní zdravotnický informační portál (2020) uvádí zhruba u dvou třetin dětí s poruchou aktivity a pozornosti přetrvávání potíží i v pozdějším věku. Mezi chronické příznaky ADHD v dospělosti se řadí zejména pocit, že výkon neodpovídá schopnostem, potíže až neschopnost v organizaci běžných denních záležitostí, snížené sebehodnocení, nevhodné poznámky v rámci impulzivního vyjadřování, častá nuda a

vyhledávání nových zájmů, netrpělivost, ale také kreativita (Cahová, Pejčochová & Ošlejšková, 2010).

Vágnerová (2020) neopomíná zmínit zajímavost dětí s ADHD v otázkách kreativity, ke které mají větší potenciál. Jejich tendence všimnout si všeho se může uplatnit právě v kreativním přístupu a je dobré ho uplatnit ve volnočasových aktivitách. K řešení problémů děti s hyperkinetickou poruchou přistupují jiným způsobem, jelikož vycházejí z většího množství poznatků, mají rozptýlenou pozornost a obtíže v potlačování nepodstatných podnětů. Jako příčina potíží ve škole nemusí tento způsob vnímání narušovat tvořivost. Naopak děti s ADHD mívají i v Torranceho testu kreativity vyšší index.

2.2 Etiopatogeneze ADHD

Základním atributem u poruch pozornosti obecně je narušení exekutivní funkce mozku. Jejím hlavním úkolem je směřování pozornosti, řízení činností a také dodržování pravidel. Tuto funkci zajišťuje malý mozek společně s frontálním lalokem, který zároveň zajišťuje celkovou organizaci osobnosti a sebereflexi. Jejich nižší funkčnost zapříčiňuje řešení podnětů najednou. Činnosti postrádají logické pořadí a děti jsou zároveň přecitlivělé a emočně nestabilní. Důvodem, proč na dítě s ADHD obvykle domluvy nezabírají je právě ten, že samo sebe nezvládá, přestože samotný intelekt nebývá narušený (Svoboda, 2014).

Odborníci se obvykle shodují na nejednoznačném vzniku ADHD, nicméně předpokládají, že se na jeho utváření podílí chybná regulace metabolismu serotoninu, dopaminu či také noradrenalinu. Nemalou roli příkládají také genetickým předpokladům (Národní zdravotnický informační portál, 2022). Nadále se uvažuje o prenatálních faktorech jako kupříkladu užívání alkoholu či drog během těhotenství, infekce,

komplikace během porodu či předčasné narození dítěte (Kulišťák, 2021; Červenková & Kolář, 2018).

Shaw et al. (2007) vysvětlují ADHD jako poruchu vznikající na základě opožděného zrání mozku, a to přibližně o 3 roky. Toto pomalejší zrání se z neurologického hlediska odehrává zejména v laterální prefrontální kůře, která má řídicí a regulační funkci a také v mozečku. Některé exekutivní schopnosti tak mají posunutý rozvoj a vrchol vývoje. Rovněž v předním cingulu, které formuje pozornost a selekci podnětů, byly pozorovány změny (Příhodová, 2011).

Vágnerová (2020) upozorňuje na vliv temperamentových dispozic, které se podílejí na rozdílech v jednotlivých aspektech pozornosti. Rovněž převaze introverze či extraverte a také osobnostní rysy, které ovlivňují pozornost. Například úzkostný jedinec bude neustále upoutáván podněty, které ho mohou potenciálně ohrožovat, a proto nebude dostatečně ovládat svou pozornost.

Psychiatr a dětský psychoterapeut Peter Pöthe dále podotýká, že i odborníci často zapomínají na to, že porucha aktivity a pozornosti je velmi často také posttraumatická stresová porucha (Kostyálová, 2022). Na traumatizující faktory upozorňuje rovněž diagnostický manuál DSM-5 (APA, 2015).

Maté (2021) upozorňuje na výrazný vliv rodinného prostředí u dětí s poruchou pozornosti. V anamnézách těchto dětí je výraznější počet stresových událostí, které nesouvisí pouze s výchovou dětí. Jsou jimi například hádky rodičů, psychická nepohoda matky či matčina deprese. Děti s poruchou pozornosti tak automaticky vypínají a blokují vjemy, které u nich vyvolávají stres nebo je jinak emočně trápí či bolí. Hyperaktivita je potom doprovodná reakce na zvýšenou míru úzkosti.

2.3 Psychologická diagnostika poruchy aktivity a pozornosti

Při psychodiagnostice poruchy aktivity a pozornosti stojí na prvním místě klinické pozorování, které je zaměřené zejména na psychomotorické tempo a motorický neklid. Neméně důležitý je rozhovor s rodiči o anamnéze a obtížích dítěte a také rozhovor se samotným dětským pacientem, který by měl být zpravidla spíše indirektivní a měl by respektovat jeho spontaneitu. U dětí mladšího školního věku jsou rovněž cenné informace o jejich chování ve školním prostředí a kolektivu poskytované třídními i dalšími učiteli. Vypovídající jsou také známky, sešity a výkresy dítěte nebo další spontánní výtvary, které mohou rodiče zapůjčit či přinést ukázat (Svoboda, Krejčířová & Vágnerová, 2015).

U dětí do 11 let je za rozhovor vhodné zařadit kresbu lidské postavy, která obvykle bez většího zatížení dítěte rychle napoví směr dalšího vyšetření (Říčan & Krejčířová, 2006). Kresebné testy jsou dobře použitelné ke zhodnocení grafomotorických funkcí, které bývají u pacientů s ADHD narušeny. Například zmíněný Test kresby lidské postavy odráží tuto problematiku svým nízkým skórem vlivem neklidu a nesoustředěnosti a specifickým uchopením úkolu touto skupinou pacientů (Šturma & Vágnerová, 1982). Může se jednat o asymetrii a disproportionovanou postavu, méně detailů až vynechání části těla na jedné polovině, nekoordinované čáry a další (Vágnerová, 2020).

Vyšetření dítěte s podezřením na poruchu aktivity a pozornosti je dále vhodné doplnit o dotazníky či škály o chování a exekutivních funkcích pro rodiče a vyučující a dále o testové metody úměrné věku dítěte (Paclt, 2007). Rovněž je vhodné dětského pacienta vidět více než jednou, jelikož je tak možné vidět jeho chování a obtíže v určité dynamice.

Protože pozornost lze chápat jako komplexní schopnost složenou z několika kompetencí, jako je rozdělení pozornosti, koncentrace pozornosti apod., je vhodné její

diagnostiku udělat pomocí celé testové baterie. Jedná se například o WISC-III či IDS metody, které obsahují pozornostní subtesty. Vypovídající hodnotu má také vyrovnanost mezi subtesty a další proměnné, které s pozorností souvisejí. Inteligenční testy nicméně není nutné administrovat bez přestávek ani v rámci jednoho sezení, pokud je to pro dítě na výdrž náročné či dokonce nemožné (Říčan & Krejčířová, 2006).

Mezi další jednotlivé testy pozornosti u dětí v České republice patří například Číselný čtverec nebo obdélník, Test pozornosti D2 či Test cesty (Paclt, 2007). Číselný čtverec se přitom jeví jako dobrý diagnostický nástroj vhodný na počátek vyšetření v případě, že se dítě ještě nerozmluvilo. Umožňuje navázat subjektivně méně zavazující kontakt, jelikož dítě nemluví přímo k examinátorovi (Říčan & Krejčířová, 2006). Pozornost lze ovšem hodnotit i u testů primárně sloužícím jiným kognitivním dovednostem například pro zhodnocení paměti. Příkladem může být Rey-Osterriethova komplexní figura, kde je pozornostní složka důležitou dovedností pro zvládnutí daného úkolu (Svoboda et al., 2013).

Z projektivních metod, které se dají rovněž dobře použít během diagnostiky poruchy aktivity a pozornosti jako přínosné doplňkové metody, je zde nejčastěji používaný například Test světa, který bývá u dětí s ADHD typicky chaotický. U mladších dětí je možné zařadit i projektivní techniky na začátek vyšetření, jelikož svou hravostí mohou napomoci lepšímu kontaktu (Říčan & Krejčířová, 2006).

V neposlední řadě Rorschachova metoda rovněž přispívá k lepšímu porozumění dítěti a také v ní lze vidět určité znaky této poruchy. Vedle toho metoda dobře poukazuje, čím jsou potíže v chování a neklid daného dítěte podmíněné. Přestože se Rorschachova metoda řadí mezi metody projektivní, v interpretaci této metody se zaměřujeme zejména na charakter výkonu (Telerovský et al., 2008).

3 Mladší školní věk

3.1 Vymezení mladšího školního období

Období středního dětství nebo-li mladší školní věk specifikuje Thorová (2015) mezi 6-12 lety. Toto období lze dále rozdělit jako rané střední dětství mezi 6-9 lety a jako pozdní střední dětství, které se označuje také jako prepubescence od 10-12 let. Spodní hranici mladšího školního věku tvoří dosažení školní zralosti a nastoupení dítěte do školy.

Rovněž Langmeier a Krejčířová (2006) vymezují mladší školní období od 6-7 let, kdy děti nastupují do školy, do 11-12 let, během kterých se vyskytují první známky pohlavního dospívání, a to včetně průvodních psychických projevů.

V tom životní období je důležitý proces formování postojů ke vzdělávání, genderová identita, sebepojetí a mnoho dalších vývojových úkolů včetně nově kladených nároků na dítě v podobě větší poslušnosti, soustředění a plnění školních a často také mimoškolních povinností. Významné změny jsou patrné ve všech oblastech dětského vývoje, jako je oblast kognitivní, sociální, psychická i fyzická (Thorová, 2015).

3.2 Školní zralost a vstup dítěte do školy

Nástup a zařazení do školních a vyučovacích procesů klade na dítě nemalý nárok. U dětí je nutná schopnost inhibice hracích činností a spontánních pohybů, která až do vstupu do školy převažovala. Zahrnuje také podřízení se autoritě a zařazení do třídního kolektivu (Langmeier & Krejčířová, 2006).

I proto je ze zákona povinné zařazení do mateřské školy u těch dětí, které dovršily do 31.8. daného roku pět let s výjimkou individuálního vzdělávání. Povinné předškolní vzdělávání je povinné až do počátku školní docházky. Mateřská škola má dítěti pomoci rozvíjet jeho osobnost a podílí se na jeho tělesném, rozumovém a zdravém citovém vývoji. Jejím dalším cílem je osvojení základních pravidel chování ve společnosti, základní hodnoty a začlenění do kolektivu a společnosti jako takové. Vytváří základní předpoklady pro další pokračující vzdělávání a napomáhá vyrovnávat případné vývojové nerovnoměrnosti, či také poskytuje speciálně pedagogickou péči u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2020).

Školní zralost, důležitá pro školní nástup, nastává v důsledku biologického zrání centrální nervové soustavy. Je to souběh psychické a fyzické připravenosti dítěte, díky které se může optimálně zapojovat do vyučování a dalších školních procesů bez ohrožení svého duševního nebo fyzického zdraví během školní zátěže (Přinosilová, 2004).

Hartl a Hartlová (2009) definují školní zralost jako schopnosti a dovednosti dítěte zvládnout a absolvovat školní docházku, která předpokládá rozvinuté myšlenkové operace, rozvinutý jazyk, soustředění, aktivní pozornost a přijatelnou úroveň sociálních dovedností.

Žáčková a Jucovičová (2014) hodnotí školní zralost v oblastech fyzické, psychické a sociální. Fyzická zralost v dnešní době není vnímána jako dominantní, nicméně i tak se jedná o velmi důležitý faktor, který pomáhá dítěti být odolným vůči únavě a zátěži a organismus má zároveň vyšší obranyschopnost.

Při nástupu do školy Langmeier a Krejčířová (2006) zmiňují v oblasti fyzické zralosti tzv. první proměnu tělesné stavby, kdy dochází k celkovému protažení postavy, prodlužují se končetiny a relativně k tělu se zmenšuje velikost hlavy. Veškeré změny vedou k dosažení tzv. filipínské míry, kterou lze používat jako základní orientační

zkoušku. Úspěšné dítě při ní dokáže rukou přes vzpřímenou hlavu dosáhnout na ušní lalůček na druhé straně.

Psychická způsobilost je dána zráním organismu a zejména potom centrální nervové soustavy, kdy je již vytvořen základ pro nejvyšší funkce nervové činnosti a vrcholí diferenciací mozkové kůry. Dítě by mělo zvládnout zformulovat otázku a vyprávět krátký příběh nebo básničku, či zazpívat písničku, což poukazuje dále na kapacitu a rozvinutí paměti (Žáčková & Jucovičová, 2014).

Kognitivní dovednosti při nástupu do školy a celková diagnostika školní zralosti se nejčastěji posuzuje pomocí Jiráskovy modifikace Kernova testu, kde má dítě za úkol nakreslit mužskou postavu, obkreslit psací písmo a deset teček (Říčan & Krejčířová, 2006). Do celkového posouzení se také zahrnuje motorický vývoj, vyhraněnost laterality, sebeobsluha, komunikační dovednosti, zmíněné zrakové a sluchové vnímání a sociální dovednosti (Přinosilová, 2004). Komunikační dovednosti výzkumy zároveň hodnotí jako velmi důležitý faktor pro sociální přijetí mezi vrstevníky, jelikož děti s jazykovými obtížemi mají častější potíže v interakci se spolužáky (Gallagher, 1993; Stangeland, (2017).

Kolem šesti let začíná dítě vnímat svět více realisticky, okamžité potřeby je schopno odložit a dokáže bezpečněji posuzovat stálosti nebo změny. Nastupuje konkrétní logické myšlení a myšlení se tak stává analyticko-syntetické. Dítě dále dokáže diferencovat jednotlivé tvary a zvuky (Langmeier & Krejčířová, 2006).

V neposlední řadě důležitá sociální připravenost dítěte spočívá v emoční stabilitě zahrnující zejména sebeovládání, podřízení se autoritě, přesun od hry k učení a schopnost se na určitý čas odpoutat od rodiny, spolupracovat s ostatními dětmi a umět navazovat nové vztahy (Žáčková & Jucovičová, 2014). Důležitá je přiměřená kontrola impulzů a citů u dítěte a odložení svých přání, což je předpokladem školní kázně (Říčan & Krejčířová, 2006).

Pokud dítě není dostatečně zralé, což může být případ dětí s ADHD, mohou rodiče na základě doporučení z vyšetření pediatra, pedagogicko-psychologické poradny, logopeda či dalších kompetentních odborníků, v případě, že si neví sami rady, zažádat o odklad školní docházky. Nezralé dítě je ve školním prostředí ohroženo selháním a celkovou neúspěšností (Žáčková & Jucovičová, 2014).

3.3 Rozvoj schopností a dovedností v mladším školním věku

Po předškolním období pozorujeme rovnoměrně plynulý tělesný růst a dítě zároveň působí více harmonicky vyvinuté, jelikož se také zmenšuje poměr hlavy k tělu. V mladším školním věku se výrazně zlepšují veškeré lidské dovednosti, a to zejména jemná a hrubá motorika. Pohyby dětí jsou přesnější a rychlejší, a to způsobuje větší zájem dětí o sportovní aktivity. Jemná motorika se přesouvá z ramenního a loketního kloubu do zápěstí a pohybů prstů a stává se tak přesnější (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Pokračuje zpevňování kostry, nárůst svalové hmoty a tělesné síly a postupuje výměna mléčných zubů. Toto období se proto také označuje za zlatý věk motorického učení. Dochází k prudkému vývoji nervové soustavy, který způsobuje zvýšenou unavitelnost a také kolísavější pozornost. Děti se s energií teprve učí zacházet, proto dochází často k rychlé únavě, na druhé straně také k rychlé regeneraci (Thorová, 2015).

Ke konci mladšího školního věku dochází u některých dívek a chlapců k preadolescentním tělesnému spurtu, kdy začínají kosti opět rychle růst, napínají se šlachy a svaly. U dívek se jedná o období mezi 9 a 10 lety, u chlapců mezi 11 a 12 lety (Zemková & Šnajderová, 2009).

V jemné motorice, konkrétně v kresbě, dochází okolo 8. roku života k tzv. vizuálnímu realismu. Kresba se stává více realistickou, mizí dětské přehánění v podobě nadměrného zdůrazňování detailů a transparence, linie jsou pevnější a upevňuje se také

proporcionalita. Je patrná velká snaha dětí vystihnout lidské postavy při pohybu. Postavy někdy ještě působí strnulým dojmem, jelikož je jejich vystižení v pohybu neobratné. U dívek spontánní vývoj kresby vrcholí okolo 10 let a u chlapců okolo 12 roku. Následně dochází pouze ke zdokonalování kresebnými technikami, zejména technicky díky školnímu grafomotorickému tréninku pomocí psaní nebo pracovními a výtvarnými činnostmi (Thorová, 2015).

Dále dochází ke zlepšení smyslového vnímání, zejména zrakového a sluchového. Děti se stávají pozornější, mají větší vytrvalost. Pozorování se stává cílevědomým aktem. Dítě nepozoruje pouze celek a vnucující se detaily, ale zkoumá věci a prostředí po částech (Langmeier & Krejčířová, 2006).

S potížemi v tomto věkovém období se opět můžeme setkávat u dětí s poruchou aktivity a pozornosti, které jsou z pravidla nepozorné, přetrvává u nich motorický neklid a impulzivní chování (Theiner, 2012). Rovněž jejich jemná motorika a vizuomotorická koordinace bývá specificky narušena (Semrud-Clikeman & Schafer, 2000).

3.4 Kognitivní vývoj v mladším školním věku

Mezi nejproslulejší teorie kognitivního vývoje patří teorie Jeana Piageta, který ho rozděluje na fázi senzomotorickou, předoperační, konkrétní operace a formální operace. Až okolo sedmi let, tedy na počátku školního věku, jsou děti schopné logických operací, a to bez dřívější závislosti na viděné podobě. Stále se ovšem jedná o konkrétní věci a jevy (Plhánková, 2003; Huitt & Hummel, 2003).

Na stupni konkrétních operací dítě chápe pro něj nové jevy. Mezi 7 a 8 lety dochází k pochopení zachování nebo-li principu konzervace. Pokud bychom vodu přelili z jedné sklenice do druhé, dítě již chápe, že je tato situace vratná (reverzibilní) a nemění množství kapaliny, a to i pokud má sklenice jiný tvar. V 9 až 10 let děti dále začínají

chápat zachování váhy a v 11 až 12 letech zachování objemu. Jedná se o konkrétní operace, protože se vztahují na konkrétní věci a předměty, nikoliv však na slovní hypotézy a další abstraktní jevy (Piaget & Inhelder, 2014).

Piaget a Inhelder (2014) uvádí chápání dětí světa na příkladu s rozpuštěnou kostkou cukru ve vodě:

Děti do 7 let říkaly, že se cukr ztrácí a jeho chuť z vody vychází jako vůně. Pro sedmileté až osmileté děti se hmota cukru ve vodě zachovává, ale nezachovává se ani jeho váha, ani objem. Již devítileté až desetileté děti připouštějí také zachování váhy a jedenáctileté až dvanáctileté zachování objemu (88).

Dalším typickým novým znakem myšlení v tomto vývojovém období je klasifikace. Dítě dokáže předměty organizovat do tříd a podtříd podle vlastností předmětů ve smyslu nadřazené a podřazené. Jsou schopné zobecňovat a odvozovat tak obecné informace ze specifických. Nastupuje také serialita představující řazení a chápání logické posloupnosti. Dále tzv. tranzitivní inference představuje schopnost porovnat dva prvky skrze porovnání s prvkem třetím a v neposlední řadě je důležitým novým prvkem v myšlení decentrace, která dětem umožňuje vyvodit závěr podle posouzení vícera hledisek (Thorová, 2015).

Řeč je významná oblast, která v tomto věku rovněž rozkvétá. V mladším školním období se rozvíjí nejen slovní zásoba, ale také složitosti vět a celých souvětí, a to včetně používání gramatických pravidel. Řeč je předpokladem pro školní úspěšnost a výrazně pomáhá procesu pochopení světa a zapamatování. Jazyková kompetence rovněž umožňuje dítěti jasně komunikovat záměry, uzavírat dohody a vyjednávat, což podporuje efektivní interakci (Stangeland, 2017).

I díky rozvoji řeči se v mladším školním období zlepšuje rovněž dlouhodobá i krátkodobá paměť. Od 6-7 let začínají děti při učení používat strategii opakování a přidávají postupně další techniky jako např. mnemotechnické pomůcky. Schopnost učení

se díky zmíněným rozvíjejícím se dovednostem stává více kvalitní (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Rovněž samotné chápání a pojmání morálky se odvíjí od celkového a zejména kognitivního vývoje. Dle Piageta předškolní a mladší školní děti mají heteronomní morálku. Ta je postavena na určování druhými lidmi na to, co je dobré a co zlé. Děti rozlišují podle odměn či případně trestů autorit. Ovšem brzy po počátku školní docházky a školního životního období začínají děti okolo 7 a 8 let přecházet k morálce autonomní, která už stojí na posouzení dobrého a zlého samotným dítětem. Dítě se stává nezávislejší na posouzení druhými (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Tuto teorii nadále studoval a rozpracoval Kohlberg. Morálku rozdělil na 3 úrovně, přičemž první tzv. prekonvenční, spadá právě do období dětí do 10ti let. V souladu s Piagetem se v tomto období děti snaží nejprve vyhnout trestu a ve druhé fázi myslí i na vlastní zájmy, odměnu. V této fázi děti ještě plně nerozumí společenským pravidlům. Společenská pravidla představují to, co je oddělitelné do vlastního já (Heidbrink, 1997).

V neposlední řadě nabírá na síle a stabilitě i pozornost. Při nástupu do školy děti mezi 6 a 7 lety udrží soustředěnou pozornost okolo 10 - 12 minut, 8 - 9 leté děti se pohybují mezi 15 a 20 minutami a 10 - 12 leté okolo 20 až 30 minut (Čačka, 2000).

U dětí s ADHD je ovšem pozornost specifickou problematikou a organizace úkolů a jejich dokončování je výrazná potíž, stejně jako sledování rozhovorů či pokynů a soustředění se na detaily (Centers for Disease Control and Prevention, 26. ledna 2021).

3.5 Vývoj prožívání a sociálních vztahů v mladším školním věku

Mezi typický rys školního dítěte patří dle Langhmeiera a Krejčířové (2006) touha pochopit svět takový, jaký je doopravdy. Dítě se stále více zajímá o knihy, o realisticky

provedené ilustrace. Takzvaný realismus školáka je z počátku závislý na tom, co mu sdělí autority a až později se stává více kritické s již pomalu nastupujícím dospíváním. Dítě chce být vůči světu aktivní, chce zkoumat svět reálnou činností.

Dětem se v mladším školním věku formuje genderová identita, sebepojetí, postoje ke vzdělávání a osvojují si nové sociální role. Ve škole jsou vystaveny hodnocení učitele a také se více srovnávají s vrstevníky, čímž se u nich podporuje soutěživost a vzájemné porovnávání výkonů. Samotné vztahy jsou v tom období ještě proměnlivé a vrtkavé. Z hádky a nenávisti po chvíli přechází ke smíření a opětovnému kamarádství. Až kolem 9-10 let je u dětí patrná větší soudržnost a solidarita. Pokročilejší fáze socializace je vytváření spolků a skupin a tvorba prvních skupinových identit. Okolo 10. roku zároveň slábne autorita učitele a pro děti se stává názor vrstevníků důležitější, než hodnocení učitele (Thorová, 2015).

I přes vrtkavost vztahů skupina dětí jednotlivcům pomáhá v socializačním procesu již od mateřské školy. Děti se setkávají s novými vzorci chování a novou komunikací (Stangeland, 2017). Vrstevníci umožňují rozmanité a také častější mezilidské interakce jako je spolupráce, soupeřivost, pomoc slabším, pochopení názoru či potřeb druhých (Jandourek, 2008).

Významný vliv na přijetí skupinou má emoční regulace. Temperament se společně s dozráváním organismu stává stabilnější a jeho ovládání vyžaduje stále menší úsilí. Dobrá emoční kompetence se u dětí projevuje jako schopnost potlačit emoční reakci, dokud si není jisté reakcí okolí a vyčkává na signály. Silný afekt ovšem ne vždy ovládne i dospělý člověk, jelikož nepodléhají plně racionální kontrole (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Rodina je pro děti v tomto věku nicméně stále centrem jejich života. Thorová (2015) uvádí, že i přes nové školní aktivity a nové přátele stále výrazně potřebují podporu rodiny a zároveň jsou to stále rodiče, kdo je pro děti absolutní autoritou, která

určuje pravidla a hranice. S vývojem se malý školák stále více podílí na rodinných rozhodnutích a také začínají poukazovat na různé chyby rodičů.

Langhmeier a Krejčířová (2006) dále poukazují na introspekci jako na další vyvíjející se důležitý proces v mladším školním věku. Otázky po aktuálním vnitřním stavu a pocitech jsou součástí introspektivního zaměření, které se začíná formulovat kolem 10 let. Dítě již nepopisuje pouze svůj vzhled a další objektivní charakteristiky, ale i své vnitřní psychické procesy a stavy. Je to nový způsob sebehodnocení. Kladné sebehodnocení je důležité pro zdravý duševní rozvoj a znovu na něj má výrazný vliv vrstevnická skupina a rodinné prostředí, ale také učitel.

U dětí se také rozvíjí estetické a mravní cítění. Začínají pociťovat pocity viny a hodnotit své jednání a činy. Emoce se ustalují a stávají stabilnější mezi 7. až 10. rokem, a tak děti obvykle v pátém ročníku docházejí k určité citové vyrovnanosti (Čačka, 2000).

Školáci s poruchou aktivity a pozornosti mají oproti jiným dětem větší tendence k agresivním reakcím a snížené sebeovládání (Theiner, 2012). Svým neklidem a dalším nepopulárním chováním své okolí více dráždí, stávají se terčem kritiky a dostávají se do mezilidských konfliktů (Krejčířová, 2015; Semrud-Clikeman & Schafer, 2000). V důsledku toho je častější celkové školní selhávání. Své neúspěchy tyto děti vnímají velmi intenzivně a ovlivňují tak jejich sebehodnotu. Je proto důležité dětem s ADHD pomoci k pozitivnímu sebehodnocení a dbát také na pozitivní oceňování, kterého je často mnohem méně než kritiky či trestů (Goetz, nedat.).

4 Validita Rorschachovy metody v ADHD

Rorschachova metoda je od doby svého vzniku neustále zdokonalována různými školami a výzkumy a obohacována o nejrůznější doplňkové škály napomáhající maximálnímu využití této metody při vyšetření pacientů. V oblasti dětské psychodiagnostiky Lečbych (2016) upozorňuje, že systematizace v Rorschachově metodě ustoupila do pozadí kvůli většímu přesunu pozornosti k dospělým pacientům. Věnovat se tedy právě dětskému směru v Rorschachově metodě se jeví jako přínosné a snaha o tvorbu nových škál pro tyto pacienty je na místě. Autorka uvádí publikované studie zabývající se znaky dětí v mladším školním věku s poruchou aktivity a pozornosti v Rorschachově metodě.

Krejčířová (2015) uvádí v protokolech dětí s ADHD jako typický znak tendenci zjednodušovat podnětové pole, kterému nedokáže věnovat pozornost dostatečně dlouho. Je pro ně obtížné zpracování komplexních podnětů a situací, kterým mají tendenci se vyhýbat. Proto se v jejich protokolech objevují zjednodušené a ochuzené odpovědi a častější je také selhání zejména na náročné IX. tabuli. Konkrétně pro mladší školní věk je typické přetrvávání hrubého globálního uchopení.

Rovněž výzkum Graeffa a Vaze (2006), který byl věnován dětem mezi 6 a 11 lety, poukazuje na vyšší počet odpovědí zahrnující celek než v kontrolní skupině. Jedná se o povrchnější myšlenkový proces a touhu dokončit úkol rychleji, jelikož s paralelně pozorovaným nízkým počtem běžných detailů je narušena objektivita. Z tohoto pohledu by vysoká míra globálního uchopení mohla také naznačovat ztrátu schopnosti organizovat, analyzovat a syntetizovat. Autoři na základě zmíněných znaků pozorovali souvislosti s obtížemi se zaměřením na úkoly a s tendencí vykonávat je povrchně.

Také výzkum Jaina, Singha, Mohantyho a Kumara (2005) zaměřený na věkovou skupinu mezi 6 až 11 lety našel statisticky významný nižší počet běžných detailů v jejich protokolech. Meehan a kol. (2008) ve své studii zaměřené na věkovou skupinu 7 až 10

let rovněž poukazovali na nižší počet běžných detailů. Ačkoli toto zjištění bylo nevýznamné, a proto je třeba na něj nahlížet opatrně, může naznačovat nižší toleranci stresu a jeho menší kontrolu. Oproti tomu studie Bartella a Solanta (1995) neprokázala významný rozdíl v tomto znaku (*D*) u dětí ve věku od 5 do 11 let.

Krejčířová (2015) upozorňuje, že se později v dětském věku naopak objevuje zvýšený počet běžných detailů a jejich nedostatečná integrace. Jejich přístup a pohled na situace bývá často méně konvenční, ale obvykle děti s touto problematikou nemají vážnější poruchy myšlení. Přesto se v jejich protokolech objevuje běžný počet populárních odpovědí, což vypovídá o konvenčním vidění jednoduchých a dobře čitelných situací. Oproti tomu studie Jaina a kol. (2005) poukazovala na nízký počet populárních odpovědí.

Graeff a Vaz (2006) dále u dětí s ADHD zjistili vyšší počet zvířecích pohybových odpovědí, které naznačují obtíže v inhibičním chování a celkovou nízkou kontrolou. M. Seitl (osobní sdělení 23. října 2018) rovněž uvádí, že zvýšený počet těchto odpovědí obvykle značí přítomnost většího množství neuspokojených potřeb, které vyžadují rychlé naplnění a narušují tak koncentraci.

Z pohybových odpovědí se dále nízký počet lidských pohybů jeví jako významný znak pozorovaný v několika studiích (Bartell & Solant, 1995; Gordon & Oshman, 1981; Jain et al., 2005; Meehan a kol., 2008). Lidská pohybová odpověď demonstruje zdržení odpovědi ve prospěch usuzování a úvah o významu. Je to zároveň předvídaní lidského jednání, tedy projev empatie. Počet těchto odpovědí obvykle ubývá s inhibicí či emocionálními poruchami (M. Seitl, osobní sdělení 23. října 2018).

Samotné lidské obsahy, představující schopnost komplexního a realistického vnímání sebe i druhých (Polák & Obuch, 2011), se u dětí s ADHD vyskytují méně (Bartell & Solant, 1995; Gordon & Oshman, 1981; Krejčířová, 2015). Studie Meehana a kol. (2008) nezaznamenala významné rozdíly s kontrolní skupinou v oblasti lidských obsahů.

Rozpor ve výzkumech byl nalezen v oblasti zvířecích obsahů, které jsou ukazatelem nezralosti, stereotypie pasivity a rigidního myšlení. Gordon a Oshman (1981) ve své studii našli statisticky vyšší množství zvířecích obsahů, naopak ve výzkumu Jaina a kol. (2005) byl jejich počet nižší.

V protokolech dětí s ADHD dále Krejčířová (2015) upozorňuje na výskyt typicky menšího množství odpovědí obsahující kooperativní pohyby a také menší počet odpovědí s agresivním pohybem, což jsou odpovědi svědčící pro poruchy vztahů. Často jsou viděné projevy vzdoru a zlosti i narušené sebevědomí a pocity neadekvátnosti. Ve školním věku u nich často dochází i k rozvoji klinicky významné deprese.

Graeff a Vaz (2006) také častěji pozorovali, že děti s ADHD zahrnovaly do svých odpovědí bílý prostor odrážející vyšší úroveň úzkosti. Přestože se nejčastěji jedná o znak opozice, Vaz (1997, in Graeff & Vaz, 2006) na základě experimentální studie zjistil, že bílý prostor lze chápat také jako indikátor situační úzkosti.

Na vysokou úroveň impulzivity a potíže s emoční kontrolou, které jsou u dětí s poruchou aktivity a pozornosti typické, poukazuje ve výzkumu Graeffa a Vaze (2006) vyšší počet odpovědí tvořených determinantou CF a poměr barvových odpovědí ($FC < CF$). Společně s nízkým výskytem odpovědí tvořených čistou formou je podpořen závěr o selhávání v obecné kontrole, jelikož kontrola emocí není dostatečná. U odpovědí tvořených čistou barvou odpovědí nebyl nalezen statisticky významný rozdíl oproti kontrolní skupině.

Výzkum Jaina a kol. (2005) prokázal celkově vyšší počet odpovědí tvořených barvou u dětí s ADHD (FC , CF a C). Oproti tomu výzkum Bartella a Solanta (1995) poukázal na nižší počty odpovědí s barvovými determinantami (FC a CF). Výzkumníci vysvětlují své tvrzení tím, že děti s ADHD mohou být ve skutečnosti tak zahlceny smyslovými podněty, že jejich afektivní reakce jsou utlumeny nebo dokonce popírány. Druhou alternativou pro nižší počet odpovědí FC a CF může být to, že impulzivita a potíže s pozorností těmto dětem brání úspěšně integrovat tvarové a barvové rozměry.

Statisticky významný rozdíl byl pozorován také v nižší šířce aktuálního prožívání (EA), složeného ze součtu lidských pohybů a barev ($sumM+WSumC$), ve srovnání s kontrolní skupinou. Dle Exnerova systému tato proměnná vyjadřuje kvalitu zdrojů pro zvládání nároků každodenního života, které má člověk k dispozici, aby mohl plánovat a záměrně realizovat strategie potřebné pro rozhodování a řešení problémových situací (Polák & Obuch, 2011).

Samotná forma odpovědi má u této skupiny dětí častěji neobvyklou kvalitu a v jejich protokolech se také objevuje více speciálních skóre mírného stupně Krejčířová (2015).

Také Jain a kol. (2005) pozorovali u dětí s ADHD chudší kvalitu formy (nižší $F+$) a výzkum Bartella a Solanta (1995) poukázal na horší kvalitu formy ve zvýšené proměnné X -% značící mediační poškození vlivem většího množství minusových odpovědí. Chybný úsudek odvozovaný z nerealistických percepce se obvykle spojuje se závažnými potížemi s přizpůsobováním.

Jelikož se výzkumy v některých výše uvedených proměnných liší, záměrem této práce je ověřit, jaké znaky lze identifikovat napříč jednotlivými protokoly Rorschachovy metody dětí v mladším školním věku s poruchou aktivity a pozornosti a rovněž zjistit, zda-li vytvářejí společný obraz.

Výzkumná část

5 Výzkumný problém, cíle a výzkumné otázky

5.1 Výzkumný problém

Cílem teoretické části bylo seznámit čtenáře s poruchou aktivity a pozornosti, Rorschachovou metodou a projektivními metodami obecně, charakterizovat osobnost včetně jejího vývoje a vymezit mladší školní období, na které je tato práce zaměřena. Byly rovněž popsány publikované studie zabývající se znaky dětí s ADHD v Rorschachově metodě.

Jelikož se publikované výzkumy v několika proměnných liší, výzkumný problém této práce se předně stává analýza jednotlivých protokolů Rorschachovy metody u dětí s ADHD. Jedná se o jednu z nejpoužívanějších metod v psychodiagnostice s bohatou výpovědní hodnotou. Poskytuje odpovědi na specifitější otázky, jako například čím jsou potíže v chování a neklid daného dítěte podmíněny, a může tak pomoci lepšímu uchopení individuálních potíží a potřeb dětských pacientů (TeleroVský a kol., 2008).

Protokoly budou porovnány s normami, které uvádí Exnerův vyhodnocovací Komprehensivní systém pro tuto věkovou kategorii. Po analýze jednotlivých protokolů autorka v rámci této vícepřípadové studie ověří, zda-li lze napříč protokoly identifikovat společné znaky probandů, čímž přispěje k lepšímu uchopení problematiky ADHD v této metodě. Cílem analýzy dat je objevit společné vzorce, témata a významy znaků nalezených v protokolech.

Tato práce si neklade za cíl tematickou analýzu jednotlivých odpovědí, ale pouze zhodnocení výskytu kódů z Komprehenzivního systému.

Tento výzkum může dále posloužit jako podklad pro tvorbu škály dětí s poruchou aktivity a pozornosti v Rorschachově metodě, která na základě rešerše základní literatury doposud nebyla nalezena.

Práce se zaměřuje na období mladšího školního období, jelikož se při nástupu do školy porucha aktivity a pozornosti nejvýrazněji projevuje. Školní docházka na dítě klade nemalé nároky například v oblasti inhibice spontánních pohybů, udržení pozornosti, podřízení se autoritě a zařazení do třídního kolektivu. S potížemi se v tomto období často setkáváme u dětí s poruchou aktivity a pozornosti, které mají zpravidla narušenou regulaci pozornosti, přetrvává u nich motorický neklid a impulzivní chování (Theiner, 2012)

5.2 Výzkumné cíle a výzkumné otázky

Hlavním výzkumným cílem této rigorózní práce je analyzovat, jak se porucha aktivity a pozornosti projevuje v individuálních výsledcích Rorschachovy metody u dětí v mladším školním období v České republice. Cílem práce je dále ověřit, zda lze napříč protokoly Rorschachovy metody identifikovat společné znaky probandů a definovat tak jejich společný obraz.

V závislosti na cílech výzkumu byla stanovena následující výzkumná otázka:

Mají protokoly Rorschachovy metody získané u dětí v mladším školním období s poruchou aktivity a pozornosti specifické znaky utvářející společný obraz této poruchy?

6 Výzkumný design

6.1 Základní a výběrový soubor

Základní soubor je tvořen pacienty s poruchou aktivity a pozornosti u dětí v mladším školním období. Výběrový soubor pro tento výzkum se skládá z dětí ve věku od 7 do 11 let, přičemž jejich průměrný věk byl 9 let. Do vzorku byly zahrnuty pouze děti naplňující diagnostická kritéria pro poruchu aktivity a pozornosti F90.0 dle MKN-10, které zároveň udělily včetně jejich zákonných zástupců souhlas s účastí na tomto výzkumu.

Data byla získána v ambulantních a lůžkových klinických pracovištích v Praze a ve Středočeském kraji. Údaje jsou podrobněji rozpracovány v tabulce č. 1 uvedené níže.

Tabulka č. 1: Charakteristika výběrového souboru

Respondent	Pohlaví	Věk	Diagnóza	Typ péče
1.	Chlapec	11	F90.0	Ambulance klinické psychologie
2.	Chlapec	8	F90.0	Ambulance klinické psychologie
3.	Chlapec	9	F90.0	Ambulance klinické psychologie
4.	Chlapec	8	F90.0	Ambulance klinické psychologie
5.	Dívka	9	F90.0	Ambulance klinické psychologie
6.	Chlapec	10	F90.0	Ambulance klinické psychologie
7.	Chlapec	9	F90.0	Dětské lůžkové psychiatrické oddělení
8.	Chlapec	7	F90.0	Dětské lůžkové psychiatrické oddělení
9.	Dívka	10	F90.0	Dětské lůžkové psychiatrické oddělení

6.2 Metody získávání dat

Jako metodu získávání dat pro tento výzkum autorka zvolila Rorschachovu metodu, která je charakterizována v kapitole 1.3 pod názvem Rorschachova metoda.

Testový materiál je utvářen deseti standardními tabulemi, které jsou tvořeny z relativně symetrických inkoustových achromatických či chromatických barev. Tabule I., IV., V., VI. a VII. obsahují pouze achromatické, tedy nepestré barvy. Tabule II. a III. se skládají z achromatických barev společně s červenou barvou a tabule VIII., IX. a X. jsou složeny z několika chromatických, pestrých barev. Tabule byly vyvinuty Hermannem Rorschachem, který těchto deset standardních tabulí vybral ze svých mnoha pokusů o jejich tvorbu tak, aby měla každá z nich svůj osobitý charakter. Tuto psychodiagnostickou metodu je možné používat již od tří let (Svoboda a kol., 2013).

Jak již autorka uvedla, s Rorschachovou metodou lze pracovat více přístupy. V rámci výzkumu této rigorózní práce bylo během administrace postupováno v souladu s pravidly Exnerova Komprehensivního systému.

Svoboda a kol. (2013) rozdělují administraci dle Komprehensivního systému na Úvodní, Asociační, Dotazovací a Vyhodnocovací fázi. Úvodní fáze slouží k uvolnění testové situace a k navázání kontaktu s respondentem, kterému podáváme informace o průběhu testování a zodpovídáme jeho případné otázky. Překonání počáteční úzkosti respondenta je důležité s ohledem na následné vnímání předkládaného projekčního materiálu a na fantazijní produkci. Asociační fáze počíná podáním první karty respondentovi a kladením otázky „Co to může být?“. Další vyjadřování examinátora by mělo být co nejmenší, aby zachoval maximální neurčitost předkládaného projekčního materiálu. K získání validního protokolu je nutné dostat na tabule minimálně 14 odpovědí. Při malém množství odpovědí je nutné předložit respondentovi tabule znovu s požadavkem na více odpovědí. Během dotazování neboli Inquiry upřesňujeme a vyjasňujeme respondentovy odpovědi pomocí vhodného a specifického dotazování, a to

postupně na každou tabuli. Toto respondentovo doplnění odpovědí pomáhá k jejich jednoznačnějšímu kódování. Ve vyhodnocovací a interpretační fázi přecházíme k samotnému kódování odpovědí a k propočtení indexů v rámci Komprehenzivního vyhodnocovacího systému (Exner, 2009).

Samotným vyšetřením vždy předcházela také krátký rozhovor s dítětem, který zároveň sloužil pro lepší navázání kontaktu a spolupráci. Součástí výzkumu bylo taktéž pozorování během celého testování.

6.3 Sběr dat

Pro tento výzkum byli vybíráni respondenti na základě stanovených kvót, jimiž byl věk v rozmezí 6 až 12 let, který Langhmeier a Krejčířová (2006) vymezují jako mladší školní období, a naplnění diagnostických kritérií dle MKN-10 pro poruchu aktivity a pozornosti F90.0.

Respondenti byli vybráni pomocí záměrného účelového, dobrovolného a dostupného výběru tak, aby odpovídali zaměření tohoto výzkumu a výše uvedeným kvótám. Uvedené metody doporučuje například Miovský (2006).

Sběr dat, realizovaný autorkou této práce, probíhal od 1. 9. 2020 do 25. 2. 2022 a před samotným vyšetřením vždy proběhl také sběr anamnestických údajů, které shromažďovala rovněž autorka.

Testování vždy probíhalo v ambulanci bez rušení a vstupů dalších osob. Administrátor a respondent seděli vždy přes roh stolu. V úvodním rozhovoru byl každý respondent seznámen s průběhem vyšetření a byl mu ponechán prostor pro veškeré dotazy. Taktéž proběhl krátký počáteční rozhovor s každým respondentem pro lepší navázání kontaktu a pro navození příjemné vyšetřovací atmosféry.

Protokoly Rorschachovy metody byly administrovány standardizovaným způsobem. Délka administrace se pohybovala v rozmezí od 45 minut do 120 minut v závislosti na délce protokolu. Před vyšetřením samotnou Rorschachovou metodou probíhaly rozhovory ohledně zkušeností s touto metodou, její krátké představení, dotazy ohledně kompenzačních pomůcek a dalších potřeb. Následně bylo respondentům sděleno, že jim bude postupně předloženo deset tabulí s inkoustovou skvrnou, ke které nám sdělí, co to může být, a že mají na odpověď tolik času, kolik budou potřebovat. Následně byla respondentům předložena první tabule v základní poloze s instrukcí „*Co to může být?*“. Mimo tuto instrukci se administrátor vyjadřoval minimálně a v souladu s Komprehenzivním systémem. Zbývající tabule byly uloženy mimo dohled respondentů do doby, než jim byly předloženy. Pokud respondenti uvedli u první tabule pouze jednu odpověď, byli povzbuzeni k další odpovědi. Pokud ani po povzbuzení nedali další odpověď a na tabulích II., III. a IV. podali také pouze jednu odpověď, byli po IV. tabuli opět povzbuzeni k další odpovědi.

Na konci každého vyšetření proběhl krátký rozhovor, který sloužil k ujištění, že pacient odchází z vyšetření klidný a měl znovu prostor pro doplňující dotazy.

Znalosti o způsobu zápisu z vyšetření, přepisu protokolů, administraci a vyhodnocení protokolů byly autorce poskytnuty během účasti na certifikovaném kurzu Rorschachovy metody pořádaným Institutem klinické psychologie. Tento kurz je rovněž akreditovaný Ministerstvem zdravotnictví ČR.

6.4 Zpracování a vyhodnocení dat

Jedná se o výzkum s kvalitativním designem, konkrétně o vícepřípadovou studii. Cílem analýzy kvalitativních dat je objevit společné znaky, vzorce a významy (Chrastina, 2019).

Získaná data Rorschachovou metodou jsou kódovaná podle Komprehensivního systému pomocí programu ROR online na serveru Institut psychologických služeb. Tento program umožnil zápis protokolu, jeho skórování a vyhodnocení v sekvenci kódů. Tyto kódy byly následně zpracovávány a interpretovány dle Komprehensivního systému.

Výsledky získaných dat jsou zpracované formou kazuistik podle 3. svazku Komprehensivního systému Exnera a Weina (1995) - Hodnocení dětí a dospívajících. Data byla zpracovávána anonymně, bez možnosti zpětné identifikace respondentů.

Pozorování respondentů během vyšetření bylo zapracováno do každé kazuistiky, společně se zápisem anamnézy daného pacienta, jako klinický dojem, kde je rovněž popsána spolupráce a chování dítěte během vyšetření.

6.5 Etické aspekty výzkumu

Během výzkumu byly dodrženy veškeré základní etické principy pro výzkum s lidmi podle Americké psychologické asociace, jimiž je respekt a ohled vůči účastníkům výzkumu, právo na informace, právo na soukromí a důvěrnost informací a rovněž právo od účasti ve výzkumu kdykoliv odstoupit (APA, 1982, in Ferjenčík, 2000).

Nejprve byli dotázáni zákonní zástupci dětských pacientů a byl s nimi proveden písemný Informovaný souhlas ohledně poskytnutí údajů pro výzkumné účely v rámci psychologické diagnostiky a souhlas se zpracováním osobních údajů, které byly zcela anonymizovány. Dále byli dotazováni samotní pacienti, zda-li jsou ochotni se výzkumu účastnit. V neposlední řadě bylo osloveno psychiatrické oddělení s žádostí o umožnění výzkumu.

Taktéž bylo dbáno na citlivé zacházení s údaji všech respondentů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. Informace získané od účastníků výzkumu byly zcela

anonymizovány. Pro respondenty ani jejich zákonné zástupce z tohoto výzkumu nevyplývají žádná rizika, byly důkladně informováni o tématu a účelu výzkumu, o používaných metodách a byl jim ponechán prostor pro jakékoli dotazy, na které vždy dostali pravdivou a celistvou odpověď. Každý respondent má zároveň právo od výzkumu kdykoliv odstoupit.

Žádný z oslovených respondentů ani zákonných zástupců zapojených do výzkumu nevyjádřil pochybnosti ani přání od výzkumu odstoupit.

7 Výsledky výzkumu

7.1 Kazuistika 1

Pacient, 11 let, přichází do ambulance klinické psychologie v doprovodu matky s diagnózou porucha aktivity a pozornosti F90.0 na doporučení z pedopsychiatrie. Pacient byl diagnostikován Rorschachovou metodou poprvé. Byl s metodou obeznámen a před samotným vyšetřením proběhl krátký rozhovor, který sloužil pro navázání pracovního společenství a odbourání počátečních nejistot a obav z vyšetření.

Anamnestická data

Nynější onemocnění

Pacientovi byl nasazen v ambulanci dětské psychiatrie Ritalin pro poruchu aktivity a pozornosti s doprovodnými motorickými tiky a přesmyky do agresivního chování. Po nasazené medikaci začal být v projevu utlumený a zpomalený.

Chlapec byl z počátku velmi tichý a byl patrný jeho motorický útlum. Seděl téměř nehybně. Matka v rozhovoru uvádí, že byl chlapec dříve výrazně emočně labilní, s čímž měl největší potíže ve školním i domácím prostředí. Na doporučení třídní učitelky proběhlo vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně se závěry porucha aktivity a pozornosti. S léky je jeho stav nyní lepší a stabilní, nicméně ho aktuální medikace velmi výrazně tlumí. Užívá ji před vyučováním pro lepší soustředění, které ho po psychologickém vyšetření čekalo. Dříve nebylo u chlapce neobvyklé ani záškoláctví a lhaní. Ještě před nasazením medikace míval doma záchvaty vzteku, například, když mu matka nedovolila videohry. Chlapec je nyní vlivem Ritalinu klidný, jinak je velmi živý.

Rodinná anamnéza

Pacient žije se svou matkou a 3 letým bratrem, se kterým má pěkný vztah a rád si s ním hraje. Má vlastní pokoj. S otcem se vídá jednou za měsíc a na jeho návštěvy se vždy velmi těší. Bilingvní rodinné prostředí - otec Čech, matka původem z Ukrajiny, přičemž chlapcův primární jazyk je ukrajinština.

Osobní anamnéza

Těhotenství a porod probíhal u chlapce bez komplikací a v dětství prodělal běžná dětská onemocnění, bez vážnějších úrazů či lékařských zákroků. Do šesti let měl výrazné motorické obtíže při oblékání a stravování a při smíchu trpěl na neorganickou enurézou. V noci stále přetrvávají některé dny potíže se spánkem a často se probouzí kolem 5 hodiny ránní.

Sociální anamnéza

Pacient nyní dochází do páté třídy základní školy. V minulosti měl potíže se začleněním do třídního kolektivu, obtížně navazoval vztahy s vrstevníky. Nyní je ve třídě adaptován dobře a má tam své kamarády. O škole říká, že ho moc nebaví. Znamky mívá průměrné s prospěchem dobrý až dostatečný.

Na vyšetření pacient přichází upravený, lucidní a orientovaný všemi směry, postavou je spíše menšího vzrůstu. Spolupracuje dobře a kontakt včetně očního navazuje bez obtíží. Řeč je plynulá, slovník i myšlení přiměřené věku a jeho odpovědi přiléhavé. Emotivita se jeví oploštělá, patrný celkový psychomotorický útlum. Pacient užil ráno před vyšetřením Ritalin. Pozornost stabilní, výbavnost dobrá, bez projevů poruch vnímání. Administrace ROR proběhla v souladu s Komprehenzivním systémem (Exner, 2003). Rozhovor před administrací proběhl standardním způsobem. Pacient nepoložil žádné otázky.

Tabulka č. 2: Protokol I.

1) I - Orientace A - ^

Lebka, má to navíc dírky.

E: OO S: Koza, která má oči navíc (ukazuje), tady má rohy. E: Říkal jsi lebka? S: Mi to tak připadá. Kozí lebka.

2) I - Orientace A - ^

Dva andělé proti sobě.

E: OO S: Jo. E: Čím ti to připomnělo anděly? S: (ukazuje) Protože mají křídla, ruce, hlava není vidět. S: Říkáš proti sobě? E: Tady je jeden a tady druhý.

3) I - Orientace A - ^

Zkamenělý člověk.

E: OO S: Tady má nohy, ruce.. E: Říkáš zkamenělý? S: Chtěl, aby mu někdo pomohl, ale zkameněl. A tady má ruce uvízlé v kamenu. E: Uvízlé v kamenu? S: Jo. E: Čím to na tebe působí zkameněle? S: Vypadá to zkameněle, jako zkamenělé ruce. (Dd22)

4) I - Orientace C - v

Fontána.

E: OO S: Tady dole to vypadá jako fontána a nahoře teče voda. E: Teče? S: Jo, tady (ukazuje).

5) II - Orientace A - ^

Pták.

E: OO S: Čáp. E: Čím ti to připomnělo čápa? S: Tady má zobák, nohy, tělo, má roztáhlá křídla a dlouhý zobák. E: Roztáhlá křídla? S: Vypadají roztaženě.

6) II - Orientace A - ^

Dvě ovce, které jdou proti sobě.

E: OO S: Jedna a druhá, (ukazuje). E: Říkáš jdou? S: Ano. Vypadají jako malé ovce.

7) II - Orientace A - ^

A králíci.

E: OO S: To samé jako ovce, ale tady mají uši. (Dd31) E: To samé? S: Hm. E: Takže taky jdou? S: Jo.

8) II - Orientace A - ^

Letadlo.

E: OO S: Tady má oheň a tady je to vojenské letadlo, letí. E: Vojenské? S: Jo, takhle vypadají vojenská letadla. E: A říkal jsi oheň? S: Jo. Je to červená barva jako oheň.

9) III - Orientace A - ^

Pštrosi dva proti sobě.

E: OO S: Mají takový nohy, tady těla (ukazuje).

10) III - Orientace C - v

Vidím žábu.

E: OO S: Tady (ukazuje S) je velká žába. Má takový tvar.

11) IV - Orientace A - ^

Nějaký obr.

E: OO S: Tady má nohy, hlava, ruce (ukazuje). E: Říkáš obr? S: Vypadá, že je veliký. Má velké nohy.

12) IV - Orientace C - v

Veliká žížala. Leze ze země.

E: OO S: Žížala, ta tak vypadá. A vypadá, že vylézá ze země (ukazuje).

13) V - Orientace A - ^

Netopýr

E: OO S: Má to takový uši a křídla jako netopýr.

14) V - Orientace C - v

Motýl

E: OO S: Má to takový křídla. Může to být motýl.

15) V - Orientace C - v

Pták

E: OO S: Tady. Zase ty křídla.

16) V - Orientace A - ^

Drak

E: OO S: Tady má veliký křídla a má tady rohy.

17) VI - Orientace A - ^

Kytara

E: OO S: Tady (ukazuje) a tady to vypadá jako ten konec kytary, ty... E: Myslíš pražce? S: Jo jo.

18) VI - Orientace A - ^

Nebo housle taky.

E: OO S: Tady zase ty.. pražce.

19) VI - Orientace B - >

Lodě, naproti sobě.

E: OO S: Loď se odráží ve vodě. (D1, 2) E: Loď? S: Jakoby parník tady tím velkým sloupem. E: Odráží se ve vodě?

S: Jo.

20) VII - Orientace A - ^

Dva králíci, jdou naproti sobě.

E: OO S: Tady (ukazuje) mají uši, tady ruce, a hlava. (D2) E: Jdou naproti sobě S: Ano.

21) VII - Orientace C - v

Dům

E: OO S: Vypadá to jako střecha domu.

22) VII - Orientace C - v

Dva bobří

E: OO S: Tady mají ocasy, ruce, obličej.

23) VII - Orientace C - v

Dva křečci

E: OO S: (ukazuje D3) Vypadají jako křečci, tady a tady. Tady má obličej, tady nohu.

24) VIII - Orientace B - >

Dva tygři

E: OO S: Vypadají tak. Tady mají tělo, nohy...

25) VIII - Orientace C - v

Motýla

E: OO S: (D5) Zase má křídla jako motýl.

26) VIII - Orientace B - >

Lodě v odrazu

E: OO S: Jedna loď tady a druhá je v odrazu tady (ukazuje). Vypadá to jako loď.

27) IX - Orientace A - ^

Lidi, kteří mají dlouhé ruce.

E: OO S: Tady jsou lidi (ukazuje) a tady mají dlouhý ruce a dlouhý nehty.

28) IX - Orientace B - >

Slon

E: OO S: No. Tady jeden a tady druhý. Mají hrb, možná jsou to spíš mamuti.

29) IX - Orientace C - v

Míč

E: OO S: Jsou dva, tady (ukazuje). E. Čím ti to připomnělo míč? S: Vypadají kulatě.

30) X - Orientace A - ^

Dva krabi

E: OO S: Jo jo. Jsou modrý a mají klepeta jako krabi.

31) X - Orientace A - ^

Dva švábi

E: OO S: Mají rohy jak mívají a jdou. E: Jdou? S: Jo.

32) X - Orientace A - ^

Ryba

E: OO S: Tak ta mi připomněla podle toho ocasu.

33) X - Orientace A - ^

Dvě žluté ryby a dvě oranžové

E: OO S: Tady má oko, ocas (ukazuje na rybách). E: Žluté a oranžové? S: No tady.

34) X - Orientace A - ^

Tyčka, která má oči a uši.

E: OO S: Tady oči, uši, pusa, nos. E: Říkáš tyčka? S: No vypadá to jako nějaká tyčka (ukazuje) s očima a tak.

Tabulka č. 3: Strukturální souhrn I.

Pozn.				
Loc. feat.	Blends	Singles	Contents	Approach
Zf = 18	ma.CF	M = 0	H = 2	I: WS W D W
Zsum = 44		FM = 6	(H) = 2	II: Dd D D DS
Zest = 59.5		m = 1	Hd = 0	III: D DdS
Zd = -15.5		FC = 1	(Hd) = 0	IV: W W
		CF = 0	Hx = 0	V: W W W W
		C = 0	A = 19	VI: W W D
W = 11		Cn = 0	(A) = 1	VII: D DS D D
D = 20		FC' = 0	Ad = 0	VIII: D D Dd
W+D = 31		C'F = 0	(Ad) = 0	IX: D D D
Dd = 3		C' = 0	An = 1	X: D D D D D
S = 4		FT = 0	Art = 1	
		TF = 0	Ay = 0	Special Scores
DQ		T = 0	Bl = 0	Lv11 Lv12
+ = 6		FV = 0	Bt = 0	DV = 0 x1 0 x2
o = 28		VF = 0	Cg = 0	INC = 7 x2 0 x4
v/+ = 0		V = 0	Cl = 0	DR = 0 x3 0 x6
v = 0		FY = 0	Ex = 0	FAB = 0 x4 0 x7
		YF = 0	Fd = 0	ALOG = 0 x5
		Y = 0	Fi = 1	CONT = 0 x7
		Fr = 2	Ge = 0	Sum6 = 7
		rF = 0	Hh = 0	WSum6 = 14
		FD = 0	Ls = 1	
FQ: MQ: W+D:		F = 23	Na = 2	AB = 0 GHR = 3
+ = 0	0		Sc = 6	AG = 0 PHR = 1
o = 20	0	20	Sx = 0	COP = 0 MOR = 1
u = 10	0	8	Xy = 0	CP = 0 PER = 0
- = 4	0	3	Id = 2	PSV = 3
none = 0	0	0	(2) = 15	

Ratios, Percentages, and Derivations				
CORE		AFFECT		INTERPERSONAL
R = 34	L = 2.09	FC : CF+C = 1:1	COP = 0	AG = 0
Coartation	EA = 1.5	Pure C = 0	GHR : PHR = 3:1	
EB = 0:1.5	EBper = No	SumC':WsumC = 0:1.5	a : p = 6:2	
eb = 8:0	es = 8	Afr = 0.48	Food = 0	
	Adjes = 7	S (Space) = 4	SumT = 0	
		Blends : R = 1:34	Human cont. = 4	
FM = 6	SumC' = 0	CP = 0	Pure H = 2	
m = 2	SumV = 0	Col-shd bl. = 0	PER = 0	
			Isol.index = 0.15	
IDEATION		PROCESSING		SELF-PERCEPTION
a : p = 6:2	XA% = 0.88	Zf = 18	3r+(2)/R = 0.62	
Ma:Mp = 0:0	WDA% = 0.9	W:D:Dd = 11:20:3	Fr+rF = 2	
Intell = 1	X-% = 0.12	W:M = 11:0	Sum V = 0	
MOR = 1	S- = 0	Zd = -15.5	FD = 0	
Sum6 = 7	P = 7	PSV = 3	An+Xy = 1	
WSum6 = 14	X+% = 0.59	DQ+ = 6	MOR = 1	
Lv2 = 0	Xu% = 0.29	DQv = 0	H: (H)+Hd+(Hd) = 2:2	
M- =				
M none =				
PTI = 0	DEPI = 3	CDI = 3	SCON = 5	HVI = No
				OBS = No

Protokol I. je validní. Úroveň Lambdy je zvýšená a svědčí o vyhýbavějším chování. Protokol bude přesto konzervativně interpretován, jelikož pacient během celého vyšetření projevoval veliké úsilí a adekvátní snahu a program protokol vyhodnotil jako validní.

První pozitivní klíčová proměnná je $AdjD < 0$. Podle pravidel Komprehensivního systému bude sedm datových sekcí interpretováno v následujícím pořadí: Centrální sekce, Sekce zpracování dat, Mediační, Ideační, Afektivní, sekce Sebepercepční a Interpersonální.

1) Centrální sekce:

U chlapce jsou přítomné neobvyklé afektivní potíže. Patrné je zúžení a simplifikace podnětového pole ($L=2.09$), jelikož ignoruje důležitost některých prvků s dopadem do tunelového vidění. Ve stresové situaci je náchylný k dezorganizaci a ideační a afektivní přetíženosti ($AdjD=-2$). Jeho neuspokojené potřeby pravděpodobně produkují zdánlivě nahodilé myšlení a negativně tak ovlivňují pozornost společně se zvýšenou periferní kognitivní aktivitou ($FM+m=8$).

2) Sekce zpracování dat:

Do zpracování příchozích informací vynaložil veliké úsilí a to dokonce větší, než by odpovídalo vyhýbavému stylu ($Zf=18$). Pacient věnoval pozornost nejobyčejnějším podnětům (D) a nehledal mezi nimi souvislosti, což může naznačovat odmítání nových zkušeností. Často pozoruje rychle a nahodile a opomíjí tak důležité prvky v podnětovém poli ($Zd=-15.5$). U pacienta se v neposlední řadě projeví také obtíže s přesouváním pozornosti, které jsou u dětí relativně častým jevem. V opakujících se situacích bude mít pacient tendenci hledat vyšší formu zpracování.

3) Mediační sekce:

Pacientova mediace je přiměřená situaci bez známek poškození a vyskytuje se u něj konvenční testování reality. Svá mediační rozhodnutí činí nehledě na sociální požadavky a očekávání ($X+\%=59$). Jedná se o sociální odcizení či obranu od prostředí, které je vnímáno jako zraňující nebo také plné požadavků. Přesto průměrná hodnota populárních odpovědí hovoří o pacientově konvenčním chování v dobře čitelných situacích.

4) Ideační sekce:

Myšlení se jeví méně jasné a méně zralé ($WSum6=14$) a může tak ovlivňovat efektivitu jeho chování. Zároveň je silně fixované a pro pacienta je tak obtížné měnit kognitivní strategie. Stav jeho vnitřních potřeb působí neobvykle vyšší úroveň periferní mentální aktivity ($FM+m=8$).

5) Afektivní sekce:

Pacient své emoce inhibuje s dopadem do bolestného prožívání a dezorganizace a může u něj docházet také k psychosomatickým obtížím. Jeho modulace emocí je celkově slabší. O emoční podněty se zajímá méně a je tak méně ochotný účastnit se emoční výměny s druhými lidmi ($Afr=48$), jelikož zároveň nemá dostatečnou kapacitu pro prožívání a projevování emocí ($WSumC=1.5$). U pacienta se dále projevil generalizovaný vztek, který má vliv na rozhodování a copingové strategie. Prožívá negativní postoj k okolí a má odpor ke kompromisům.

6) Sebepercepční sekce:

Úroveň sebezaujetí je dle indexu egocentricity u pacienta o něco vyšší než je obvyklé. Zajímá se o sebe více, než je běžné pro jeho věkovou kategorii. Vyskytují se také reflexe, které jsou ovšem pro dětský věk běžným jevem. Sebeobraz nemá negativní rysy a

zakládá ho více na zpětné vazbě z okolí než na vlastní fantazii. Vnímání sebe sama je založeno na identifikaci s reálnými osobami.

7) Interpersonální sekce:

Sociální dovednosti pacienta nejsou limitovány. Pacient rovněž nevykazuje neobvyklé osobnostní rysy, které by sociální interakce ovlivňovaly. Do vztahů se zapojuje chováním, které je vzhledem k situacím obvykle adaptivní. Přesto pacient nemá o druhé osoby přílišný zájem a běžně neočekává pozitivní interakce s druhými. V protokolu pacienta se také nevyskytly žádné lidské pohybové odpovědi svědčící pro schopnost empatie a obecně pro předvídání lidské akce.

Mezi nejvýraznější znaky protokolu patří:

- Vysoká *Lambda*
- Náchylnost k dezorganizaci a přetížení (*AdjD*)
- Převažující výskyt běžných detailů (*D*)
- Opomíjení důležitých prvků v podnětovém poli (*Zd*)
- Potíže s přesouváním pozornosti (*PSV*)
- Mediační rozhodování bez ohledu na sociální očekávání (*X+%*)
- Méně jasné a zralé myšlení (*WSum6*)
- Slabší modulace emocí (*FC=CF+C*)
- Menší ochota účastnit se emoční výměny (*Afr*)
- Nedostatečná kapacita pro prožívání a projevení emocí (*WSumC*)
- Prožívaný generalizovaný vztek (*S*)
- Nulový výskyt lidských pohybů (*M*) a vysoký počet zvířecích pohybů (*FM*)
- Nulový výskyt kooperativních (*COP*) a agresivních pohybů (*AG*)
- Nízký počet lidských obsahů (*SumH*)

Z výše uvedeného je patrná pacientova náchylnost k dezorganizaci a ideační a afektivní přetíženosti během stresových situací (nízké *AdjD*). Svá mediační rozhodnutí činí nehledě na sociální požadavky a očekávání ($X+\%$). Jedná se o sociální odcizení či obranu od prostředí, které je vnímáno jako zraňující či plné požadavků. U pacienta je také patrný negativní postoj k okolí a odpor ke kompromisům. Toto zjištění se jeví v souladu s chlapcovou anamnézou, zejména jeho záškoláctvím, lhaním a hněvivým reakcím.

Výrazné je také zúžení a simplifikace podnětového pole ovlivňující obraz protokolu, jelikož pacient ignoruje důležitost některých prvků s dopadem do tunelového vidění. Pozornost věnoval nejobyčejnějším podnětům a nehledal mezi nimi souvislosti, což může naznačovat odmítání nových zkušeností. Často pozoruje rychle a nahodile a vyskytují se u něj i obtíže se samotným přesouváním pozornosti. Tyto znaky odpovídají obrazu ADHD. Přesto pacient do zpracování příchozích informací vložil větší úsilí, než by vyhýbavému stylu odpovídalo.

Výrazné jsou pacientovy obtíže v oblast sebekontroly a ve vyšší míře impulzivitu, která je u ADHD obvyklá. U chlapce je přítomná celková nízká kontrola (*FM*) společně se slabší modulací emocí. Jeho neuspokojené potřeby zároveň produkují zdánlivě nahodilé myšlení a rovněž negativně ovlivňují pozornost. Myšlení pacienta jako takové je i při zohlednění věku méně jasné a zralé (vyšší *WSum6*) a může tak ovlivňovat efektivitu jeho chování, což vytváří společně s projevy ADHD výraznější potíže.

U pacienta jsou dále přítomné potíže s komplexním a realistickým vnímáním sebe i druhých a jsou přítomné znaky svědčí pro poruchy vztahů (*COP, AG*), se kterými měl zejména ve vrstevnických kolektivech v raném věku potíže, a které jsou zároveň u ADHD obvykle pozorované. V protokolu pacienta se také nevyskytly znaky svědčící pro schopnost empatie a obecně pro předvídaní lidské akce. Jeho sociální dovednosti přesto nejsou výrazněji limitovány a do vztahů se zapojuje chováním, které je vzhledem k situacím obvykle adaptivní. Také průměrná hodnota populárních odpovědí hovoří o

pacientově konvenčním chování v dobře čitelných situacích. Tyto vlastnosti odpovídají nynějšímu uspokojivému začlenění do třídního kolektivu.

V neposlední řadě sebeobraz pacienta neobsahuje negativní rysy a naopak úroveň jeho sebezaujetí je dle indexu egocentricity o něco vyšší než je pro jeho věkovou kategorii obvyklé.

7.2 Kazuistika 2

Další kazuistika náleží 8 letému chlapci, který přichází do ambulance klinické psychologie v doprovodu matky s diagnózou porucha aktivity a pozornosti F90.0 z pedagogicko-psychologické poradny. Pacient byl diagnostikován Rorschachovou metodou poprvé. Byl s metodou obeznámen a před samotným vyšetřením proběhl krátký rozhovor, který sloužil pro navázání pracovního společenství a odbourání počátečních nejistot a obav z vyšetření.

Anamnestická data

Nynější onemocnění

Chlapec při nástupu do 1. třídy základní školy prošel vyšetřením v pedagogicko-psychologické poradně, neurologické a pedopsychiatrické ambulanci se závěry porucha aktivity a pozornosti. Dopoledne ve třídě pro něj byla dlouhá a byl u něj patrný výrazný neklid a únava. Byl mu proto přidělen asistent pedagoga, který mu dopomáhal a dohlížel na dokončování jednotlivých aktivit. V šesti letech přetrvávaly také potíže v sebeoblékání a v občasném pomočení. Oblékl se pouze pod dohledem a dle slov matky by šel do školy klidně v pyžamu. Rovněž při hygieně byl nutný dozor. Dodnes velmi málo jí, protože “zapomíná” a odbíhá. Chlapec má dále potíže se spánkem a usínáním, které trvá obvykle do půlnoci. Zkoušeli nasadit Melatonin, ale byl

po něm více plačtivý, a proto ho nyní neužívá. V noci je chlapec neklidný a často se budí. Medikaci žádnou nemá.

Rodinná anamnéza

Chlapec žije v rodinném domě se svou matkou, jejím partnerem, 13 letým a 11 měsíčním bratrem. Vlastního otce vidá chlapec zhruba jednou měsíčně. Otec neprojevuje výraznější zájem o kontakt. Chlapec byl v minulosti svědkem napadání matky ze strany otce. Vztah s matky přítelem má dobrý. Spolupodílí se na jeho výchově a volnočasových aktivitách a zná ho již od 2 let. S mladším bratrem a matkou má vztahy velmi pěkné, se starším bratrem má časté konflikty.

Osobní anamnéza

Těhotenství matky probíhalo nekomplikovaně včetně porodu. Pacient prodělal běžná dětská onemocnění, bez závažných úrazů hlavy či hospitalizací. Ve 4 měsících měl zlomený nos od staršího bratra, který na něj žárlil. Často býval nachlazený, což výrazněji narušovalo docházení do MŠ.

Sociální anamnéza

V mateřské škole chlapec neměl výraznější výchovné obtíže, ale časté absence pro nemocnost. Aktuálně je ve 3. ročníku základní školy. Ve třídním kolektivu je adaptovaný dobře a má hodně kamarádů. Znamky má velmi dobré. V 1. třídě měl přiděleného asistenta pedagoga pro ADHD. Mezi jeho zájmy patří fotbal, dříve chodil také na flétnu a na hasiče. Nyní ho baví zejména počítačové hry.

Chlapec je od příchodu velmi živý a dynamický, výrazný je jeho motorický neklid a zrychlená mluva. Se vším chtěl být rychle hotový, těšil se, až ho matka vezme za odměnu pro novou lego stavebnici. Rád se na vše vyptává a mluva obsahuje i mírnější vulgarity, kterým se chlapec směje. Pacient je nižší postavy úměrné věku, upravený, orientovaný všemi směry a kontakt včetně očního navazuje bez obtíží. Na matku reaguje více emotivně, snažil se vydobýt zmíněné odměny. Pozornost výrazně kolísavá, během

vyšetření se chlapec neustále ptá, kdy už půjdeme dělat něco jiného. Přesto přetrvávalo přátelské ladění a snaha o spolupráci i přes výrazné projevy ADHD. Při motivaci chlapec vydržel až do konce vyšetření. Administrace ROR proběhla v souladu s Komprehenzivním systémem (Exner, 2003). Rozhovor před administrací proběhl standardním způsobem. Pacient nepoložil žádné otázky.

Tabulka č. 4: Protokol II.

1) I - Orientace A - ^

Netopýr

E:OO S: Jo. E: Nevím, jestli to vidím stejně jako ty..? S: Protože je to černý. A tady je to jako jeho chobot. E: Chobot? S: Jo, chobot netopýra malej. Tady má křídla.

2) I - Orientace C - v

Kuřátko

E: OO S: Tady je to jako krk a tady to má ty nohy. E: Krk? S: No tady. Vypadá to jako kuře.

3) I - Orientace C - v

Pavouk.

E: OO S: Tady má očička a tady má ty choboty cucací. E: Choboty cucací? S: Tady! (ukazuje) E: Nevím, jestli chápu, co tím myslíš? S: No tady má prostě ty svoje cucací choboty.

4) II - Orientace C - v

Motýl. Tady jak to má ty knoty a tady to vypadá jak křídla.

E: OO S: Jo. E: Čím ti to připomnělo motýla? S: Kvůli tomu chobotu. A tady má křídla. E: Co myslíš tím chobotem? Nemyslíš takový ten sosáček nebo tykadla? S: Jojo, tohle jsou ty sosáčky.

5) II - Orientace C - v

Kuře! Tady má nohy, prdel a uřízlou hlavu.

E: OO S: Jo, tady má uříznutou hlavu, nohy a prdel tady (ukazuje). E: Hlava je uřízlá? S: Kuřata nám dávají bez hlavy, tady má ty svoje ťapičky. E: Čím ti přijde, že je ta hlava uřízlá? S: No tady je to červený jako krev, tak je uříznutá.

6) III - Orientace C - v

Tady nějaký panáček. Hulk třeba.

E: OO S: Tady má ruce, je naštvanej. Oči, pusa (ukazuje). E: Je naštvanej? S: Jo. Ta pusa vypadá naštvaná. E: Můžeš mi toho Hulka zkusit popsat, abych ho viděla stejně jako ty? S: Tady má nohy, tady má plíce (D3). E: Plíce? S: Tady (ukazuje). E: Čím ti to připomnělo plíce? S: To by tak mohlo vypadat.

7) III - Orientace C - v

Tohle je mašlička

E: OO S: Tady (ukazuje). Je to tak dobrý, to tak vypadá. E: Mašlička? S: Jo. Takový mají mašle tvar.

8) III - Orientace C - v

Křížák

E: OO S: Tady má ruce, hlavu, nohy (ukazuje). Nejdřív jsem tohle myslela jako ten jejich kříž na zádech, ale to ne. To tak vlastně nevypadá. To vypadá normálně jinak.

9) IV - Orientace C - v

Čert

E: OO S: Tady rohy, tady má svoje křídla, tady má ocas a tady má nohy (ukazuje). E: Říkáš čert? S: No protože je černej.

10) IV - Orientace A - ^

Opice, Gorila.

E: OO S: Má ruce, hlava tady, tělo, nohy, břicho (ukazuje). Mohla by to být opice třeba.

11) V - Orientace A - ^

To je jasný netopýr.

E :OO S: Tady má ty svoje uši, nohy a křídla. Vypadá jako netopýr. E: Čím ti to připomnělo netopýra? S: Těma ušima křídly nejvíc.

12) V - Orientace C - v

Ptáček taky nějaký.

E: OO S: Když to otočím, vypadá to jako ptáček. Tady má hlavičku malou, křídla, nohy (ukazuje).

13) VI - Orientace A - ^

Liška

E: OO S: Jo. Budeme to dělat ještě dlouho? E: Jen tohle doděláme. Zkus mi pomoci, abych tu lišku viděla jako ty. S: Tady je hlava, nohy, tady má tělo (ukazuje). E: Liška? S: Jo jak má tady ty fousky. Už můžeme dělat něco jiného?

14) VI - Orientace A - ^

Kůže z divokýho prasete. To jsem viděl na výstavě se školou.

E: OO S: Tady hlava, pícháky a tady má kůži. E: Pícháky? S: Tady to (ukazuje). Jako fousky. Takovouhle černou jsem viděl na výstavě, když jsme byli. E: Černou? S: Jo.

15) VII - Orientace C - v

Kostry nohou.

E: OO S: Tady je noha, druhá a tady to má pas. E: Říkal jsi kostry? S: To tak vypadám vším. E: Vším? S: Působí to tak. E: Co je to, čím to tak na tebe působí? S: No já nevím, prostě vším.

16) VIII - Orientace C - v

Obličej, maska! Vojenská.

E: OO S: Mě to tak napadlo. Tady oči. Je to jako maska. E: Říkal jsi vojenská? S: To se dá takhle na oči a střelí se. Takový jsou vojenský masky.

17) VIII - Orientace A - ^

Ohýnek.

E: OO S: Tady (ukazuje) zelený ohýnek, jako když se tam nalije benzín. E: Nalije benzín? S: Jo, tak to potom vypadá takhle. E: Vypadá zelený? S: Jo.

18) IX - Orientace A - ^

Roháč by mě napadl.

E: OO S: Tady má rohy. Roháč je ohnivej, má barvy. Má takovou barvu ohnivou. E: Ohnivej? S: Prostě je barevný.

19) IX - Orientace C - v

A když to otočím, tak by mě napadl mimozemšťan.

E: OO S: Hlava, ruce, nohy (ukazuje). Už je to celý? E: Ještě mi zkus říct, čím ti to připomíná zrovna mimozemšťana? S: Já jsem viděl v televizi takovýho mimozemšťana. Vypadal takhle. E: Čím vším tak vypadal? S: No tak tím tvarem.

20) X - Orientace C - v

Šneci, milióny šneků. Deset tisíc šneků!

E: OO S: Ohrada šnečí. V tý bydlí. Tady mají most (D6) a ohradu (D9). To jsme dělali s kámošema. E: A kde jsou ty šneci? S: Tady všude (ukazuje). E: Šneci? S: Mě to tak napadlo (smích).

Tabulka č. 5: Strukturální souhrn II.

Pozn.							
Loc. feat.	Blends		Singles	Contents	Approach		
Zf = 16			M = 1	H = 0	I: W W W		
Zsum = 46.5			FM = 0	(H) = 3	II: Dd W		
Zest = 52.5			m = 0	Hd = 0	III: W D DdS		
Zd = -6			FC = 2	(Hd) = 1	IV: W W		
			CF = 0	Hx = 1	V: W W		
			C = 1	A = 11	VI: W W		
W = 15			Cn = 0	(A) = 0	VII: W		
D = 2			FC' = 2	Ad = 1	VIII: W D		
W+D = 17			C'F = 1	(Ad) = 0	IX: Dd W		
Dd = 3			C' = 0	An = 2	X: W		
S = 1			FT = 0	Art = 0			
			TF = 0	Ay = 0	Special Scores		
			T = 0	B1 = 1	Lvl1	Lvl2	
DQ			FV = 0	Bt = 0	DV = 2	x1	0 x2
+ = 2			VF = 0	Cg = 0	INC = 6	x2	0 x4
o = 17			V = 0	Cl = 0	DR = 0	x3	0 x6
v/+ = 0			FY = 0	Ex = 0	FAB = 0	x4	1 x7
v = 1			YF = 0	Fd = 1	ALOG = 0	x5	
			Y = 0	Fi = 1	CONT = 0	x7	
			Fr = 0	Ge = 0	Sum6 = 9		
			rF = 0	Hh = 0	WSum6 = 21		
	FQ:	MQ:	W+D:	FD = 0			
+ = 0	0	0	F = 13	Na = 0	AB = 0	GHR = 3	
o = 7	0	7		Sc = 2	AG = 0	PHR = 1	
u = 9	1	7		Sx = 0	COP = 0	MOR = 1	
- = 4	0	3		Xy = 0	CP = 0	PER = 3	
none = 0	0	0	(2) = 0	Id = 1		PSV = 0	

Ratios, Percentages, and Derivations							
CORE				AFFECT		INTERPERSONAL	
R = 20	L = 1.86			FC : CF+C = 2:1		COP = 0	AG = 0
Ambitent	Avoidant			Pure C = 1		GHR : PHR = 3:1	
EB = 1:2.5	EA = 3.5	EBper = No		SumC':WsumC = 3:2.5		a : p = 0:1	
eb = 0:3	es = 3	D = 0		Afr = 0.33		Food = 1	
	Adjes = 3	AdjD = 0		S (Space) = 1		SumT = 0	
				Blends : R = 0:20		Human cont. = 4	
				CP = 0		Pure H = 0	
FM = 0	SumC' = 3	SumT = 0		Col-shd bl. =		PER = 3	
m = 0	SumV = 0	SumY = 0				Isol.index = 0	
IDEATION		MEDIATION		PROCESSING		SELF-PERCEPTION	
a : p = 0:1	XA% = 0.8			Zf = 16		3r+(2)/R = 0	
Ma:Mp = 0:1	WDA% = 0.82			W:D:Dd = 15:2:3		Fr+rF = 0	
Intell = 0	X-% = 0.2			W:M = 15:1		Sum V = 0	
MOR = 1	S- = 1			Zd = -6		FD = 0	
Sum6 = 9	P = 3			PSV = 0		An+Xy = 2	
WSum6 = 21	X+% = 0.35			DQ+ = 2		MOR = 1	
Lv2 = 1	Xu% = 0.45			DQv = 1		H: (H)+Hd+(Hd) = 0:4	
M- = 0							
M none = 0							
PTI = 1	DEPI = 4	CDI = 5*	SCON = 4	HVI = No	OBS = No		

Protokol II. je validní. Úroveň Lambdy je zvýšená a svědčí o vyhubavějším chování. Protokol bude přesto konzervativně interpretován, jelikož pacient během celého vyšetření projevoval úsilí a adekvátní snahu a program protokol vyhodnotil jako validní.

První pozitivní klíčová proměnná je $CDI > 3$. Podle pravidel Komprehensivního systému bude sedm datových sekcí interpretováno v následujícím pořadí: Centrální sekce, Interpersonální, Sebepercepční, Afektivní, sekce zpracování dat, sekce Mediační a Ideační.

1) Centrální sekce:

Pacientova kapacita pro kontrolu a zvládnání zátěže je limitována i přes věkovou korekci ($EA=3.5$). Jedná se nicméně o vývojovou proměnnou, kdy repertoár adaptivních schopností roste a rozšiřuje se zráním. Patrná je rovněž nižší zralost či bezradnost ve zvládnání nároků každodenního života, a to zejména v interpersonální oblasti ($CDI=5^*$). U dětí do 9 let tento index nepovažujeme za neobvyklý, jelikož děti teprve usilují o vlastní identitu a vztahy s vrstevníky. U pacienta se dále projevuje internalizace pocitů, které by rád vyjádřil, ale nedokáže to ($SumC'=3$).

2) Interpersonální sekce:

Pacient může zažívat obtíže v interpersonální oblasti ($CDI=5^*$). Epizody emočních rozlad mohou být reakcemi na selhávání v sociální oblasti, což je v dětském věku relativně běžné.

O druhé lidi se pacient zajímá stejně, jako většina populace, ale nemusí jim vždy dobře rozumět. Toto neporozumění vede častěji k sociálním omylům. Běžně také neočekává pozitivní interakce s druhými a v interpersonálních vztazích se může cítit méně pohodlně ($PER=3$). Znalosti prezentuje tak, aby byl zachován pocit bezpečí, jelikož mu tento pocit chybí. Do interpersonálních situací se nicméně zapojuje adaptivním chováním.

3) Sekce sebepercepce:

Pacientova sebeúcta je negativní ($E_{goc}=0$) a pravděpodobně prožívá znepokojení nad vlastním sebeobrazem ($A_n+X_y=2$), který je postaven na imaginaci a fantazii. Jedná se opět o projev menší sociální zralosti a pokřivený sebeobraz, který může negativně ovlivňovat rozhodování a řešení problémů. Pacient předpokládá, že mu druzí rozumí i bez komunikace.

V protokolu se objevila distorze formy společně s morbidním i krvavým obsahem na druhé tabuli, kde pacient uvedl uříznutou část kuřete. Lidský pohyb se vyskytl pouze v jedné odpovědi a zcela chybí zvířecí pohyby.

4) Afektivní sekce:

Chlapec projevuje vyhýbavě ambivalentní styl, který je nejméně adaptivní. Je přítomná tendence k méně sofistikovaným řešením a ke značné redukci podnětů. Častější jsou také případy snížené modulace emocí či jejich neúměrná redukce. U dětí je tento styl tolerován. Je přítomná iritace tvořená neobvyklou tendencí tlumit prožívané emoce a vytěšňovat jejich dopad ($SumC'=3$). Dále projevil tendenci se do určité míry vyhýbat emočním impulzům, jelikož se v emočně nabitých situacích nemusí vždy cítit pohodlně ($A_{fr}=0.33$). Emoce moduluje podobně jako většina populace, ale v některých případech kontrola selhává a dochází k méně regulovanému projevu ($FC=CF+1$ a $C=1$).

5) Sekce zpracování dat:

Chlapec vynaložil veliké úsilí do zpracování přichozích informací ($Z_f=16$), a to více, než by odpovídalo vyhýbavému stylu. Může se snažit dosáhnout více, než je rozumné s ohledem na jeho dostupné zdroje. Podněty pozoruje rychle a nahodile a často opomíjí důležité prvky v podnětovém poli, což je u dětí rovněž běžnější jev, než je tomu například u dospělých ($Z_d=-6$). Kvalita zpracování je adekvátní, ale více ekonomická v důsledku vyhýbavého stylu.

6) Mediační sekce:

U pacienta je přítomné konvenční testování reality, nicméně mediační dysfunkce je mírně zvýšená ($X\% = 0,2$). Pacientovy odpovědi jsou méně konvenční, více individualistické a není výrazně ovlivněn požadavky z okolí ($X\% < 55$). Řada mediačních rozhodnutí bude nekonvenční, ale nejsou odrazem narušeného testování reality.

7) Ideální sekce:

Pacient často reaguje rychle a zbrkle, aby odstranil napětí způsobené periferní aktivitou. Zbrkle formulované odpovědi obvykle nejsou dobře promyšlené ($FM+m=0$). Patrné jsou také potíže v myšlení, které je méně koherentní a méně zralé i s ohledem na pacientovo vývojové období. Nejasné vzorce myšlení mohou zapříčínovat selhávání v adaptaci v běžném životě ($WSum6=21$). Potíže s impulzivitou se projevují ve schopnosti koncentrace.

Mezi nejvýraznější znaky protokolu patří:

- o Vysoká *Lambda*
- o Nižší zralost v interpersonální oblasti (*CDI*)
- o Nulový výskyt agresivní (*AG*) a kooperativních pohybů (*COP*)
- o Vysoký počet *PER* odpovědí
- o Nízký počet lidských pohybů ($M=1$) a nulový výskyt lidských obsahů (*H*)
- o Negativní sebeúcta (*Egoe*)
- o Znepokojení nad vlastním sebeobrazem ($An+Xj$)
- o Zvýšená hodnota *SumC'* a nízké *Afr*
- o Občasné selhávání emoční kontroly ($FC=CF+1$ a $C=1$)
- o Vysoká snaha o zpracování podnětového materiálu (*Zf*)
- o Opomíjení důležitých prvků v podnětovém poli (*Zd*)

- Méně konvenční, více individualistické vystupování (*P*) společně s nižším $X+\%$
- Méně zralé myšlení ($WSum6$) a mírně zvýšená mediační dysfunkce ($X-\%$)
- Nulový výskyt zvířecích pohybů (*FM*)

Z výše uvedeného je patrná chlapcova menší zralost v interpersonální oblasti (*CDI*) a epizody jeho emočních rozlad tak mohou být reakcemi na selhávání v mezilidských situacích. Pacient je nicméně ve věku, kdy tento index nepovažujeme za neobvyklý, jelikož teprve usiluje o vlastní identitu. Přesto je u chlapce rovněž přítomné obtížné porozumění druhým a nižší míra empatie včetně schopnosti předvídat lidské akce. Zároveň předpokládá, že mu druzí rozumí i bez komunikace.

Běžně neočekává pozitivní interakce s druhými (*COP, AG*) a ve vztazích se cítí méně pohodlně a bezpečně (*PER*). Přes prožívanou nepohodu se dokáže do interpersonálních situací zapojit adaptivním jednáním a emocionální blízkosti je otevřený, což vypovídá o jeho uspokojivém začlenění do třídního kolektivu.

Jeho sebeúcta má negativní rysy a pravděpodobně prožívá znepokojení nad vlastním obrazem, který je postaven více na fantazii než na zpětné vazbě z okolí.

Své potřeby prožívá netypicky a reakce na ně je spíše prudká (nízké *FM*), což se jeví v souladu s reaktivitou u ADHD. Tento závěr je podpořen selháváním kontroly v případech, kdy dochází k méně regulovanému projevu. Jelikož se v emočně nabitých situacích nemusí vždy cítit pohodlně, má tendenci se jim vyhýbat. Své emoční potřeby má zároveň tendenci vytěšňovat a obtížně je tak vyjadřuje (*SumC'*). Lze uvažovat nad souvislostí s událostmi v rodinném prostředí.

Do zpracování informací vložil větší úsilí (*Zf*), než odpovídá vyhýbavému stylu. Podněty ovšem pozoruje nahodile a zbrkle a často opomíjí důležité prvky v podnětovém poli (*Zd, FM+m*). Také jeho vyhýbavě ambivalentní styl vytváří tendence k méně sofistikovaným řešením a k redukci podnětů. Častější jsou i případy snížené modulace emocí či jejich neúměrná redukce, což je ovšem v dětském věku obvyklé. Dále jsou

přítomné potíže v myšlení, které je méně zralé i s ohledem na chlapcův věk (vyšší *WSum6*), a může zapříčínovat selhávání adaptace v běžném životě. Přítomné potíže s impulzivitou se projevují ve schopnosti koncentrace. Pacientova kognitivní aktivita se proto jeví v souladu s jeho anamnézou, tedy s potížemi v postupném dokončování a setrvávání u jednotlivých aktivit, společně s nízkým vnímáním požadavků z okolí.

7.3 Kazuistika 3

Tato kazuistika patří příležitostně vyšetřenému 9 letému chlapci s diagnózou porucha aktivity a pozornosti F90.0, který přichází do ambulance klinické psychologie v doprovodu matky pro náročnou komunikaci s autoritami. Pacient byl diagnostikován Rorschachovou metodou poprvé. Byl s metodou obeznámen a před samotným vyšetřením proběhl krátký rozhovor, který sloužil pro navázání pracovního spojení a odbourání počátečních nejistot a obav z vyšetření.

Anamnestická data

Nynější onemocnění

Matka uvádí, že je to s chlapcem doma poslední dobou, zejména vlivem karantény kvůli pandemii Covid-19, náročné, a to především v jeho chování. Když mu matka něco řekne, dlouze s ní diskutuje a jde v rozhovoru do konfliktu s cílem si něco vydobít nebo vybojovat svůj názor. Přesto dokáže po čase za matkou přijít a omluvit se. Chlapec má od počátku školní docházky potíže s pozorností zejména ve třídním kolektivu. Při samostatné a klidné práci nemá výraznější obtíže a umí se do ní ponořit, až nakonec zcela ztrácí pojem o čase, a ani na opakované výzvy matky nereaguje.

Rodinná anamnéza

Pacient žije s oběma rodiči, 4 letým bratrem a 6 letou sestrou. Maminka uvádí, že sourozence rád provokuje, ale také si s nimi hraje a tráví volný čas. S matkou má hezký vztah a obvykle se jí svěřuje. Otec s rodinou čas příliš netráví, což se projevuje na nepříliš harmonickém vztahu s pacientem. Do výchovy se rovněž příliš nezapojuje.

Osobní anamnéza

Těhotenství probíhalo bez obtíží, porod akutní sekci pro hrozící hypoxii dítěte. Po porodu následovala oxyterapie. Pacient prodělal běžná dětská onemocnění, bez závažných úrazů či operací. Léky pacient neužívá, pouze Guajacuran při obtížích s usínáním. ADHD bylo chlapci potvrzeno na základě výsledků v kognitivních testech v pedagogicko-psychologické poradně a na základě neurologického vyšetření.

Sociální anamnéza

Chlapec nyní dochází do třetí třídy základní školy, a to s vynikajícím prospěchem. Během vyšetření probíhala karanténa kvůli pandemii Covid-19 a pacient byl rovněž převeden na online výuku, která je pro něj velmi náročná. Při hodinách velmi rád mluví a interaguje s vyučující i spolužáky. Dle maminky má ale nyní lepší známky. O samotě se soustředí bez výrazných obtíží. Potíže s pozorností má převážně v kolektivu, který vyvolává hluk a upoutává jeho pozornost. Ve třídě je oblíbeným spolužákem, potíže má pouze s jedním chlapcem, který má rovněž diagnostikované ADHD. V mateřské škole byl dle slov učitelek velmi zrychlený a nevydržel u žádné činnosti.

Chlapec přichází na vyšetření upravený, lucidní a všemi směry orientovaný. Spolupracuje velmi dobře a ochotně, s nadšením. Kontakt včetně očního navazuje bez obtíží. Řeč je plynulá, mírně zrychlená, slovník úměrný věku, myšlení se jeví logické a jeho odpovědi přiléhavé. Chlapec je emočně stabilní, hovorný, tachypsychický s motorickým neklidem. Pozornost během vyšetření je stabilní, výbavnost dobrá, bez projevů poruch vnímání. Když dostane slovo, vždy mluví dlouho až zabíhavě.

Administrace ROR proběhla v souladu s Komprehenzivním systémem (Exner, 2003). Rozhovor před administrací proběhl standardním způsobem. Pacient nepoložil žádné otázky.

Tabulka č. 6: Protokol III.

1) I - Orientace A - ^

Vlk se čtyřma očima.

E: OO S: To celý. Tady ta hlava vlka, tady uši, tady čtyři oči (ukazuje). E: Takže říkáš hlava vlka? S: Jo jo je to hlava a má tvar vlka.

2) I - Orientace C - v

Robot.

E: OO S: Tady oči, tady pusa (ukazuje S). Pusu má, jako když je rozzlobenej. E: Říkáš robot? S: Robot z jedný hry mi to připomnělo. Brawl Strars. Tady má rohy, boule na hlavě, tady ruce dolů. E: Dolů? S: No takhle je má (ukazuje). Tady takový štít na ramenech má. Nohy tady. Špičáky z kolen, aby tím srazil. Takový kryty. Tady ta tlamička. E: Boulí na hlavě? S: No tady má tohle nahofe no. E: A říkáš rozzlobenej? S: Ta zamračená pusa. On se tak tváří.

3) I - Orientace A - ^

Dvě vrány k sobě.

E: OO S: Tady má zobák. Vrány maj dlouhej zobák a takovou tu čepičku. E: Čepičku? S: No ty peříčka na hlavě. Tady by to mohly být křídla. A tady, jak je ta čára, tak jsou k sobě. Jsou k sobě přidělaný zádama. E: Čára? S: Tady. E: Přidělaný zádama? S: Vypadá to tak. Mají záda u sebe, jako když jsou k sobě přidělaný.

4) II - Orientace A - ^

Kočka

E: OO S: Tady oči (D2 ukazuje), tady ten tvar by měla fousky, tady tvar toho těla. Tady pusa (S). E: Čím tí to připomnělo kočku? S: Ty její oči. A pusa. Je to prostě hlava kočky.

5) II - Orientace C - v

Tady to červený vypadá jako hlava koně.

E: OO S: Tady má ten tvar jako koní hlava a tady to je obrněnej (ukazuje). Jdou do války. Za ním je pán a drží meče nahoru. E: Pán? S: Ten vlastně není vidět, ale tady jsou ty meče a ty drží. On je na tom koni. Tohle červený je brnění. E: Červený? S: Jo tady.

6) II - Orientace B - >

Tady to šedý vypadá jako králík.

E: OO S: Tady ten tvar toho. Králík má takovou hlavu a ty nožičky. E: To šedý? S: Tady (ukazuje).

7) III - Orientace C - v

Pavouk mě napadá.

E: OO S: Tady má oči ten pavouk, tlamičku s těma zubama a tady ty pazourky (D1). Tělíčko tady (S).

8) III - Orientace A - ^

Medvídek.

E: OO S: Vypadá to jako medvídek. Tady oči, nos (D3). Má ostrý zuby v puse (ukazuje). E: Tak mi popisuješ vlastně hlavu medvídky, vidíš? S: Jojo.

9) IV - Orientace C - v

Drak.

E: OO S: Tady to vypadá hlava draka, pusa dračí. Celý je to drak. Křídla, nohy, zadek (ukazuje). E: Křídla? S: On mává křídly, dělá takhle dopředu dozadu.

10) IV - Orientace A - ^

Takovej velikej duch.

E: OO S: Tady je to jako velkej stín. Hlava, chapadla takový divný jako ruce, nohy (ukazuje bez D1). E: Stín? S: Protože je to takový celý černý. Takovej jako duch.

11) V - Orientace A - ^

Netopýr.

E: OO S: Už takhle celý to vypadá jako netopýr. Má malé nožičky, křídla. Ty dva rohy tam nepatří, jenom ta hlava. (ukazuje).

12) V - Orientace A - ^

Bumerang.

E: OO S: Má to takový tvar (ukazuje, Dd).

13) VI - Orientace A - ^

Taková zezdola létající veverka.

E: OO S: Tady má čtyři nohy a tady má blány a ona s tím lítá. A tady má fousky a ten čumák, uši (ukazuje). E: Ona s tím lítá? S: Teď plachtí dolů.

14) VI - Orientace A - ^

Ještě drak bez spoda.

E: OO S: Tady hlava, tady to tělo, bez tady toho ale (Dd). Nohy a jeho hlava (ukazuje). E: Čím ti to připomnělo draka? S: Nejvíc ta dračí hlava. A že jakoby letí to vypadá, jak má ty nohy a křídla do stran.

15) VII - Orientace A - ^

To vypadá jako nějaký srnečci, co na sebe koukaj.

E: OO S: Tady mají výraz jako k sobě a tady mají parůžky a tady nožičky. Skákaají. Malí srnečci hopkají. (ukazuje, Dd).

E: Výraz k sobě? S: No koukají na sebe jako. A někam hupkají.

16) VII - Orientace A - ^

A pejsci, který běží, a taky se na sebe koukaj. Někam skáčou, do propasti. Koukají se při tom na sebe.

E: OO S: To stejný, jen to nejsou srnečci ale pejsci (ukazuje), co se na sebe chtějí kouknout a vidí, že padají do propasti. E: Padají do propasti? S: Chtěli přeběhnout přes most, to je nebavilo. Chtěli se umýt ve vodě od bláta. E: Přes most? S: Tady to, mohl by to být třeba most (ukazuje). Rozhodli se, že prostě skočí do propasti. E: Aha skočí. A říkal jsi bláto? S: Tady jak mají to bílý (ukazuje), tak mají to bláto. E: A oni se chtěli umýt? S: No jo, když jsou od bahna. E: Takže se myjí? S: Ne, skáčou do propasti. Ale chtěli. Tady je dole vodopád. E: Vodopád? S: Pod mostem vždycky teče voda. Tady to je, vypadá to tak (ukazuje).

17) VIII - Orientace C - v

Tady to celý vypadá jako hroch, tohle je to vevnitř. Třeba plíce, tohle žebra. Mohl by letět na ptákoví.

E: OO S: (ukazuje) Tady hlava hrocha a jeho mohutný ruce (D1). Tady oči má veliký a uši. Tady má plíce, páteř, k tomu jsou žebra a obratle. E: Říkal jsi, že by mohl letět na ptákoví? S: Tady to je hlava toho ptáka, tak by na něm mohl letět. Jen je to hloupý, aby těžký hroch letěl na maličkým ptákoví. Tak je to nějaký malej hroch spíš. E: Letěl? S: Jo, letí na tom ptákoví.

18) IX - Orientace A - ^

Království nějaký. Nebo mi to připomíná nějaký hradby.

E: OO S: Tady ve středu to vypadá jako věž (D5). Jako v nekonečném příběhu. A tady hory před ní (ukazuje D3). To zelený jsou lesy. E: Lesy? S: Vypadá to jako tvarem les. Vypadaly u té věže stejně. Tady to je ten velikej obr kamenný (D6). E: Obr kamenný? S: On má takový ty veliký svaly, co měl ten kamenej v tom příběhu, v té pohádce. A který jde za tou královnou. Tady má ty veliký kamenný svaly a tady má obličej (ukazuje). E: Říkal jsi hory? S: Jo no, mají ten tvar jako v té pohádce.

19) IX - Orientace C - v

Ryby, který si dávají pusy.

E: OO S: Tady (ukazuje). Tady to veliký si dávaj pusy. E: To veliký? S: Tady to a tady to (ukazuje). E: Takže jsi říkal ryby? S: Tady mají malý ploutvičky, tady oči (S).

20) X - Orientace C - v

Tohle vypadá jako strašidlo.

E: OO S: Oči, tady to červený má tvar toho obličej a tady je obočí (D10). Tady oči (D2). E: Takže mi říkáš vlastně obličej strašidla, chápu to správně? S: Jojo. Jeho obličej. Vypadá jako strašidlo.

21) X - Orientace C - v

A tohle vedle něj jsou brouci.

E: OO S: Tady to modrý. Maj takový tvar těch chroustů. E: Modrý? S: Tady (ukazuje).

22) X - Orientace A - ^

Tady je pterodaktyl a okolo jsou listy, který padaj.

E: OO. S: Tady to tak vypadá. Je tam podzim a padaj listy, to všechno okolo. E: Pterodaktyl? S: Má tady tu psu takovou do špičata. Křídla. Takhle je má daný dozadu. E: Podzim a padaj listy? S: Listy mají takovou barvu, jako na podzim obarvený. Padaj.

23) X - Orientace B - >

Tady drak a tady má zelený oheň.

E: OO S: Jeho pusa a tady je plamen. Drak ho plive ten oheň. E: Dračí pusa říkáš? S: Má to tady ty zuby a tu dračí čelist. Oni to vždycky mohli hodně otevřít a zakousnout veliký sousto. A ten oheň má takovej tvar, jako když plameny šlehaj.

Tabulka č. 7: Strukturální souhrn III.

Loc. feat.	Blends	Singles	Contents	Approach
Zf = 15	Mp.FMa	M = 2	H = 1	I: WS WS W
Zsum = 55	FMa.mp.C'F	FM = 5	(H) = 3	II: WS Dd D
Zest = 49	Ma.FD	m = 0	Hd = 0	III: DS Dd
Zd = 6	mp.CF	FC = 0	(Hd) = 1	IV: W D
	Ma.ma	CF = 0	Hx = 0	V: Dd Dd
		C = 0	A = 9	VI: W Dd
W = 10		Cn = 0	(A) = 3	VII: Dd W
D = 6		FC' = 1	Ad = 5	VIII: W
W+D = 16		C'F = 0	(Ad) = 1	IX: W DS
Dd = 7		C' = 0	An = 1	X: Dd D W D
S = 5		FT = 0	Art = 0	
		TF = 0	Ay = 0	Special Scores
		T = 0	B1 = 0	Lvl1 Lvl2
DQ		FV = 0	Bt = 1	DV = 1 x1 0 x2
+ = 10		VF = 0	Cg = 2	INC = 1 x2 0 x4
o = 13		V = 0	Cl = 0	DR = 0 x3 0 x6
v/+ = 0		FY = 0	Ex = 0	FAB = 2 x4 1 x7
v = 0		YF = 0	Fd = 0	ALOG = 0 x5
		Y = 0	Fi = 1	CONT = 0 x7
		Fr = 0	Ge = 0	Sum6 = 5
		rF = 0	Hh = 0	WSum6 = 18
	FQ: MQ: W+D: FD = 0	Ls = 1	Na = 1	AB = 0 GHR = 5
+ = 0	0 0 0 F = 10	Sc = 3	AG = 0	PHR = 2
o = 4	0 3	Sx = 0	COP = 1	MOR = 1
u = 12	4 8	Xy = 0	CP = 0	PER = 0
- = 7	1 5	Id = 1		PSV = 0
none = 0	0 0 0 (2) = 6			

Ratios, Percentages, and Derivations			
CORE		AFFECT	
R = 23	L = 0.77	FC : CF+C = 0:1	INTERPERSONAL
Introversive		Pure C = 0	COP = 1 AG = 0
EB = 5:1	EA = 6 EBper = 5	SumC':WsumC = 2:1	GHR : PHR = 5:2
eb = 10:2	es = 12 D = -2	Afr = 0.44	a : p = 10:5
	Adjes = 10 AdjD = -1	S (Space) = 5	Food = 0
		Blends : R = 5:23	SumT = 0
		CP = 0	Human cont. = 5
FM = 7	SumC' = 2	Col-shd bl. = 0	Pure H = 1
m = 3	SumV = 0		PER = 0
			Isol.index = 0.17
IDEATION		PROCESSING	
a : p = 10:5	MEDIATION	Zf = 15	SELF-PERCEPTION
Ma:Mp = 3:2	XA% = 0.7	W:D:Dd = 10:6:7	3r+(2)/R = 0.26
Intell = 0	WDA% = 0.69	W:M = 10:5	Fr+rF = 0
MOR = 1	X-% = 0.3	Zd = 6	Sum V = 0
Sum6 = 5	S- = 3	PSV = 0	FD = 1
WSum6 = 18	P = 2	DQ+ = 10	An+Xy = 1
Lv2 = 1	X+% = 0.17	DQv = 0	MOR = 1
M- = 1	Xu% = 0.52		H: (H)+Hd+(Hd) = 1:4
M none = 0			

PTI = 1	DEPI = 4	CDI = 4*	SCON = 8*	HVI = Yes	OBS = No
---------	----------	----------	-----------	-----------	----------

Protokol III. je validní. Proměnná *SCON* je zvýšená, tudíž naznačuje zvýšené riziko suicidiálních tendencí či fantazií. První pozitivní klíčová proměnná je $D < AdjD$. Podle pravidel Komprehensivního systému bude sedm datových sekcí interpretováno v následujícím pořadí: Centrální sekce, sekce Interpersonální, Sebepercepční, Afektivní, sekce zpracování dat, sekce Mediační a Ideální.

1) Centrální sekce:

Pacient zažíval během vyšetření mírnou kognitivní tenzi a zátěž ($D < AdjD$). Jeho prožívaný stres mu zároveň povětšinou způsobuje emoční nepohodu a zvýšenou dezorganizovanost a impulzivitu. Může tak mít potíže s kontrolou i v dobře strukturovaných situacích ($D = -2$). Také jeho neuspokojené potřeby produkují zdánlivě nahodilé myšlení ($FM > 5$) a negativně ovlivňují pozornost. Dále je patrná vyšší periferní kognitivní aktivita narušující bezprostřední volní ideaci ($m > 1$).

2) Interpersonální sekce:

U pacienta se projevil pozitivní index vypovídající o snížení sociální zralosti ($CDI = 4^*$), který zapříčiňuje častější potíže v interpersonálních situacích. Epizody emočních rozlad mohou být reakcemi na selhávání v sociální oblasti. Nicméně u dětí do 9 let tento index nepovažujeme za neobvyklý, jelikož děti teprve usilují o vlastní identitu a vztahy s vrstevníky.

Chlapec dále prožívá absenci pocitu bezpečí a komfortu ve vztazích (pozitivní index *HVT*). Užívá velké množství energie k udržení stavu ostražitosti vůči hrozbám z okolí. V mezilidském kontaktu má tak tendenci být nadměrně pozorný a nedůvěřivý, přičemž je na podkladě tohoto jednání patrný zvýšený pocit zranitelnosti. Pravděpodobně nebude navazovat blízké vztahy do té doby, než cítí kontrolu nad situací. O druhé lidi se zajímá stejně, jako většina populace, nemusí však vždy správně rozumět jejich chování a gestům. Emocionální blízkosti se přesto zdá být otevřený a do

vztahů se obvykle dokáže zapojit adaptivním chováním. Rovněž kooperaci očekává jako přirozenou součást vztahů. Interpersonální výměnu jako takovou tedy vnímá pozitivně a neprojevují se u něj známky defenzivnosti v sociální interakci.

3) Sekce sebepercepce:

Chlapec se zaměřuje na pocity vlastní zranitelnosti a na udržení bezpečí své osobní integrity. Selhání obvykle připisuje vnějším událostem (pozitivní *HVT*). Sebeúcta je negativní a odhad vlastní ceny je nízký (*Egoc*=0.26). Introspekci využívá rutinně k přehodnocování vlastního self. Pacientova sebehodnota je postavena více na imaginaci a fantazii.

4) Afektivní sekce:

Pro chlapce je typické promýšlení alternativ a dlouhé rozhodování. Emoce drží silně stranou mimo rozhodovací proces (*EBper*=5). Spoléhá se více na vlastní úsudek než na externí zpětnou vazbu. Negativní emoce vnímá jako distress s možnými tělesnými dopady a inhibuje je s dopadem do bolestného prožívání a dezorganizace (*WsumC*=1). Při zátěžových situacích lze předpokládat jejich sníženou modulaci (*FC*<*CF*+*C*). Také o samotné emoční stimuly jeví o něco menší zájem (*Af*=0.44). Při testové situaci se patrně zlobí. Jedná se o obecně negativní postoj vůči autoritám.

5) Sekce zpracování dat:

Pacient vynaložil veliké úsilí během zpracování podnětů (*Zf*=15). Soustředí se na neobvyklé aspekty podnětu v rámci snahy minimalizovat riziko nejednoznačnosti a ohrožení. Úsilí se projevilo jako trvalý rys zahrnující větší úsilí při skenovacích procesech (*Zd*=6). Snaha vyhnout se nedbalosti vede k investování nadměrné energie a do vstupu jsou zahrnovány i méně podstatné informace. Vynaložil ovšem dobrou kvalitu při zpracování informací.

6) Mediační sekce:

Přítomná nápadná dysfunkce v testování reality ($WDA\%=0.69$) a závažné poškození mediace ($X\%=0.3$). Distorze reality je způsobena záměrnou obrannou strategií, jelikož chlapec nechce čelit zjevné realitě, a proto ji zkresluje. I v dobře čitelných situacích produkuje méně konvenční chování.

7) Ideační sekce:

Pacientovo myšlení je silně fixované a je pro něj obtížné měnit kognitivní strategie. Je také méně flexibilní a jasné a častěji produkuje nelogické vzorce v rámci hypervigilantního přístupu. Vnitřní potřeby chlapce chronicky aktivují periferní ideaci ($Fm+m=10$). Přiklání se k aktivnímu, energetickému a asertivnímu, případně i agresivnímu, rozhodování a ovlivňování svého prostředí. Myšlení obsahuje závažnější problémy, je méně jasné a koherentní. Jeho chybné usuzování vede k nesprávným rozhodnutím, které mohou výrazněji ovlivňovat efektivitu chování ($WSum6=18$). Výsledek nemá vypovídající hodnotu o poruchách ideace.

Mezi nejvýraznější znaky protokolu patří:

- Nízké D a $AdjD$
- Vyšší výskyt zvířecích pohybů (FM)
- Pozitivní index HVI a CDI
- Nízký výskyt čistých lidských obsahů (H) a populárních odpovědí (P)
- Negativní sebeúcta ($Egoc$)
- Nízký ukazatel $WSumC$ značící inhibici emocí
- Nižší kontrola emocí ($FC < CF$)
- Menší zájem o emoční stimuly (Afr)
- Negativní postoj vůči autoritám (S)

- Vyšší úsilí při zpracování podnětů (Z_f a Z_d)
- Zaměření na neobvyklé aspekty podnětů (D_d)
- Dysfunkce v testování reality ($WDA\%$) a poškozená mediace ($X\%$)
- Potíže v myšlení (W_{sum6})

Z výše uvedeného je patrný pacientův prožívaný stres, který způsobuje emoční nepohodu a zvýšenou dezorganizovanost, a to i v dobře strukturovaných situacích (nízké D). Přestože se emoce obvykle snaží držet stranou mimo rozhodovací proces (EB_{per}), jeho inhibice negativních emocí rovněž způsobuje dezorganizaci a bolestné prožívání (nízké W_{sumC}). Prožívaný stres také způsobuje zvýšenou impulzivitu typickou pro ADHD, jelikož je při zátěžových situacích modulace emocí snižena ($FC < CF + C$). Svá selhání chlapec obvykle připisuje vnějším událostem a na vlastní úsudek se spoléhá více než na zpětnou vazbu z okolí. Tato zjištění společně s negativním postojem k autoritám a asertivním až agresivním ovlivňování prostředí může mít za následky jeho přítomné konflikty s matkou.

Ve vztazích mu chybí pocit bezpečí a komfortu (HVT). Zaměřuje se na vlastní zranitelnost a snaží se udržet ostražitost vůči hrozbám z okolí. Tento přístup zapříčiňuje, že je jeho myšlení méně flexibilní a jasné a častěji vede k nesprávným rozhodnutím, které mohou výrazněji ovlivňovat efektivitu chování (zvýšený W_{sum6}). Také přítomná distorze reality je způsobena záměrnou obrannou strategií, jelikož chlapec zkresluje realitu, které nechce čelit (nízké $WDA\%$).

V mezilidském kontaktu má tak tendenci být nadměrně pozorný a nedůvěřivý, jelikož se cítí zranitelný. I v dobře čitelných situacích je jeho chování méně konvenční. O druhé lidi se zajímá, ale nemusí jim vždy správně rozumět. Emocionální blízkosti se přesto zdá být otevřený a kooperaci očekává jako přirozenou součást vztahů. Do vztahů se rovněž obvykle zapojuje adaptivním chováním, což odpovídá jeho dobrému začlenění do vrstevnických kolektivů.

Jeho sebeúcta je negativní a je postavena více na fantazii než na zpětné vazbě z okolí. Využívá ovšem introspekci k přehodnocování vlastního self, což vypovídá o jeho schopnosti přemýšlet o sobě nebo se také přijít omluvit.

Chlapec vynaložil dobrou snahu i kvalitu při pracování informací. Převážně se ovšem soustředí na neobvyklé aspekty podnětu v rámci snahy minimalizovat riziko nejednoznačnosti a ohrožení (*HVT*), což je v souladu s jeho nepozorností zejména v třídním kolektivu. Do vstupu jsou tak zahrnovány i méně podstatné informace, které negativně ovlivňují jeho pozornost společně s jeho neuspokojenými potřebami produkující zdánlivě nahodilé myšlení.

7.4 Kazuistika 4

Čtvrtá kazuistika zachycuje 8 letého chlapce, který přichází v doprovodu matky do psychologické ambulance na žádost z pediatrie s diagnózou porucha aktivity a pozornosti F90.0 pro potíže s chováním ve třídě. Pacient byl diagnostikován Rorschachovou metodou poprvé. Byl s metodou obeznámen a před samotným vyšetřením proběhl krátký rozhovor, který sloužil pro navázání pracovního společenství a odbourání počátečních nejistot a obav z vyšetření.

Anamnestická data

Nynější onemocnění

Pacient má největší obtíže s chováním ve třídě. Podle třídní učitelky chlapec nechce od počátku školní docházky pracovat, utíká z lavice, je trucovitý a často vykřikuje. S věkem se situace zlepšuje, ale motorický neklid přetrvává včetně hlasitých projevů. Vůči dětem ve třídě je impulzivní, bere jim svačiny, užívá vulgaritu a občas někoho uhodí. Někdy je mu to líto a jde se omluvit. Často se ale zatvrdí a odmítá spolupracovat, hůře se

soustředí. Ve třídě je rád zapojován do rozdávání sešitů a podobných aktivit. Učitelkám pomáhá rád a měl k nim vždy pěkný vztah. Již z mateřské školy byly stížnosti, že chlapec používá vulgaritu, vyrušuje a neposlouchá. Dle maminky je od raného dětství dráždivější. Nepotřebuje dlouho spát, spánek jako takový je neklidný a v noci se často budí. Nemá rád hluk a direktivní přístup, vyhovuje mu individuální přístup a péče. Vyšetření pomocí inteligenční škály WISC-III poukázalo na nevyrovnaný profil. Chlapec tak testově i klinicky odpovídá diagnostickým kritériím pro ADHD.

Rodinná anamnéza

Chlapec žije v rodinném domě s matkou, 11 letou sestrou a otčímem. Poslední 4 roky je ve střídavé péči matky a otce, kteří se rozvedli. Vztahy mají v rodině dobré, mezi rodiči zůstala funkční komunikace. Občas nastávají konflikty s otčímem pro rozdílné názory. Bez psychiatrické heredity.

Osobní anamnéza

Těhotenství včetně porodu probíhalo bez komplikací. Motorický vývoj byl v rámci normy, ale pacient měl opožděný vývoj řeči. Od 5 let dochází na logopedii. Od kojeneckého věku je často nemocný, má sníženou imunitu a syndrom periodických horeček. V posledních dvou letech je jeho nemocnost výrazně nižší. Léky pacient neužívá.

Sociální anamnéza

Aktuálně dochází do 2. třídy základní školy. Od dalšího ročníku bude mít přiděleného asistenta pro obtíže spojené s ADHD a pro sluchové potíže s diferenciací na základě vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně. Znamky se pohybují okolo jedniček a dvojek. Ve třídě kamarády má, ale občas se pohádají nebo dokonce poperou.

Chlapec přichází do ambulance upravený, lucidní, orientovaný všemi směry. Chování je klidné, neimpulzivní. Je méně hovorný, trochu stydlivý, s výraznými potížemi

soustředit se na podnětový materiál. Kontakt včetně očního navazuje bez obtíží. Řeč je tichá, mírně patlavá, nicméně slovník přiměřený věku a myšlení se jeví jako logické. Emoce jsou stabilní, usměje se, psychomotorické tempo v normě, bez projevů poruch vnímání. Administrace ROR proběhla v souladu s Komprehenzivním systémem (Exner, 2003). Rozhovor před administrací proběhl standardním způsobem. Pacient nepoložil žádné otázky.

Tabulka č. 8: Protokol IV.

1) III - Orientace A - ^

Motýlek veprostřed

E: OO S: No protože to tak vypadá jako tím tvarem. E: Myslíš motýlka jako to zvíře nebo jako oblečení? S: To co se dává místo kravaty tady (ukazuje).

2) V - Orientace A - ^

Netopýr

E: OO S: Vypadá to jako že má tady nohy, oči a křídla. Oči má tady pod tykadlami. E: Tykadlami? S: Tady (ukazuje).

3) V - Orientace A - ^

Motýl

E: OO S: No má tykadla a tady má očásek s těma dvouma.. nevim. A ty křídla (ukazuje). E: Takže tím tvarem, tím jak to vypadá, tí to připomnělo motýla? S: Jo.

4) VII - Orientace A - ^

Dva králíci

E: OO S: Dvě králíčí hlavy (ukazuje). E: Králíčí? S: Vypadá to jako králík a má to králíčí uši.

5) VII - Orientace A - ^

Motýl

E: OO S: Oči, má tělo a křídla (ukazuje). Oči ty malý tečičky.

6) VIII - Orientace A - ^

Chameleon, mi to přijde, dva.

E: OO S: Ocas mají tady, mají nohy. Na něco zelenýho jdou. E: Na něco zelenýho? S: No lezou na něco zelenýho.

7) IX - Orientace C - v

Dvě prasátka nahoře. mi to přijde...

E: OO S: Nos prasecí mají, tvar prasátka. E: Tvar prasátka? S: Hlavy tady, tělčička a nos. E: A říkáš prasecí? S: Prase je růžový.

8) IX - Orientace C - v

Tady mi to přijde jako meč.

E: OO S: Tady veprostřed. Protože to má tvar meče.

9) X - Orientace C - v

Brouk nějaký. Dva.

E: OO S: Vypadá to jako brouk - tykadla, tělo, nožičky (ukazuje). Na každý straně jeden

10) X - Orientace C - v

Lebka něčí mi to přijde.

E: OO S: No nějakýho kozla to má tvar. Tohle jsou rohy (D4, 2).

11) X - Orientace A - ^

Tank. Tady má kanon.

E: OO S: Tady má tank předeek, tady má ten kanon (ukazuje).

12) X - Orientace C - v

Dvě zelený ryby.

E: OO S: Sem má ocásek, tělo a tady pusu (ukazuje). E: Zelený říkáš? S: Jsou to zelený ryby.

13) X - Orientace C - v

Tady to z toho stromu.

E: OO S: Tady to letí, to z toho stromu. E: Myslíš to, co se lepí na nos asi vid? S: Jojo to! E: Letí? S: Vzduch to nese dál a dál.

14) X - Orientace C - v

Tady nějaký ptáci.

E: OO S: Ocas, tělo, očičko, křídla a něco má na hlavě, něco hnědýho. E: Něco hnědýho na hlavě? S: No tady to (ukazuje). Nevím, prostě něco hnědýho.

15) X - Orientace C - v

Nějaký dvě skvrny.

E: OO S: Vypadá to jako nějaká skvrna, když něco spadne a vylije se to a udělá se skvrna. E: Čím ti to připomnělo skvrnu? S: Ta barva a jak to vypadá vylitě, rozlitě.

Tabulka č. 9: Strukturální souhrn IV.

Loc. feat.	Blends	Singles	Contents	Approach
Zf = 4	FMa.CF	M = 0	H = 0	I:
Zsum = 9		FM = 0	(H) = 0	II:
Zest = 10		m = 1	Hd = 0	III: D
Zd = -1		FC = 3	(Hd) = 0	IV:
		CF = 1	Hx = 0	V: W W
		C = 0	A = 8	VI:
W = 2		Cn = 0	(A) = 0	VII: D D
D = 12		FC' = 0	Ad = 1	VIII: D
W+D = 14		C'F = 0	(Ad) = 0	IX: Dd D
Dd = 1		C' = 0	An = 1	X: D D D D D D D
S = 0		FT = 0	Art = 0	
		TF = 0	Ay = 0	Special Scores
DQ		T = 0	Bl = 0	Lvl1 Lvl2
		FV = 0	Bc = 1	DV = 0 x1 0 x2
+ = 2		VF = 0	Cg = 1	INC = 1 x2 0 x4
o = 12		V = 0	Cl = 0	DR = 0 x3 0 x6
v/+ = 0		FY = 0	Ex = 0	FAB = 0 x4 0 x7
v = 1		YF = 0	Fd = 0	ALOG = 0 x5
		Y = 0	Fi = 0	CONT = 0 x7
		Fr = 0	Ge = 0	Sum6 = 1
		rF = 0	Hh = 0	WSum6 = 2
		FD = 0	Ls = 0	
+ = 0	FQ: MQ: W+D: FD = 0	F = 9	Na = 0	AB = 0 GHR =
o = 9	0 9		Sc = 2	AG = 0 PHR =
u = 4	0 3		Sx = 0	COP = 0 MOR = 0
- = 2	0 2		Xy = 0	CP = 0 PER = 0
none = 0	0 0	(2) = 7	Id = 3	PSV = 1

Ratios, Percentages, and Derivations

CORE		AFFECT	INTERPERSONAL
R = 15	L = 1.5	FC : CF+C = 3:2	COP = 0 AG = 0
Coartation		Pure C = 0	GHR : PHR = :
EB = 0:3.5	EA = 3.5	SumC':WsumC = 0:3.5	a : p = 1:1
eb = 2:0	es = 2	Afr = 2	Food = 0
	Adjes = 2	S (Space) = 0	SumT = 0
		Blends : R = 1:15	Human cont. = 0
		CP = 0	Pure H = 0
FM = 1	SumC' = 0	Col-shd bl. = 0	PER = 0
m = 1	SumV = 0		Isol.index = 0.07
IDEATION	MEDIATION	PROCESSING	SELF-PERCEPTION
a : p = 1:1	XA% = 0.87	Zf = 4	3r+(2)/R = 0.47
Ma:Mp = 0:0	WDA% = 0.86	W:D:Dd = 2:12:1	Fr+rF = 0
Intell = 0	X-% = 0.13	W:M = 2:0	Sum V = 0
MOR = 0	S- =	Zd = -1	FD = 0
Sum6 = 1	P = 3	PSV = 1	An+Xy = 1
WSum6 = 2	X+% = 0.6	DQ+ = 2	MOR = 0
Lv2 = 0	Ku% = 0.27	DQv = 1	H: (H)+Hd+(Hd) = 0:0
M- =			
M none =			

PTI = 0 DEPI = 3 CDI = 3 SCON = 4 HVI = No OBS = No

Protokol IV. je technicky validní, není však dostatečně odhalující. Výsledky jsou validní ke způsobu, jak se proband chová, když je ostražitý a opatrný. Úroveň Lambdy je zvýšená a svědčí o vyhýbavějším chování. Protokol bude interpretován konzervativně.

První pozitivní klíčová proměnná je $Lambda > 0.99$. Podle pravidel Komprehensivního systému bude sedm datových sekcí interpretováno v následujícím

pořadí: Sekce zpracování dat, Mediační, Ideační, sekce Centrální, Afektivní, sekce Sebepercepční a Interpersonální.

1) Zpracování dat:

Chlapec nevyložil příliš velké úsilí během zpracování dat z podnětového pole ($Zf=4$). Dopad vyhýbavého stylu je vysoký a omezené úsilí může limitovat úspěchy adaptace zejména v komplexnějších situacích. Pozornost věnoval nejobyčejnějším detailům ($D=12$), nehledal souvislosti, a čas od času má také potíže s jejím přesouváním. Přesto efektivita jeho skenování odpovídá běžné úrovni ($Zd=-1$).

2) Mediace:

Mediace pacienta je přiměřená situaci, bez známek poškození, a je u něj také přítomné konvenční testování reality. Jeho chování je ovšem méně konvenční, a to i v situacích, které jsou dobře čitelné. Činí více mediačních rozhodnutí nehledě na sociální požadavky, jelikož je u něj přítomný silný vnitřní tlak na individualitu ($X+%=0,6$).

3) Ideace:

U pacienta nejsou přítomné stylistické rysy, které by popisovaly, jak v každodenních situacích používá záměrné a řízené myšlení. Jeho myšlení není poznamenáno žádnými neobvyklými faktory ($Wsum6=2$). Často ovšem reaguje rychle, aby odstranil napětí způsobené periferní aktivitou. Zbrkle formulované odpovědi nejsou dobře promyšlené ($FM+m=2$).

4) Zvládání zátěže:

V protokolu se vyskytují neobvyklé afektivní potíže ($SumM=0$). Pacientovy neuspokojené potřeby produkují zdánlivě nahodilé myšlení a negativně ovlivňují pozornost ($FM=0$). Vysoká Lambda vyjadřuje zúžení a simplifikaci podnětového pole. Chlapec tak ignoruje důležitost některých prvků s dopadem do tunelového vidění.

5) Afekty:

Chlapec je aktuálně zaplavený emocemi, které limitují pozornost a procesy rozhodování. Přesto své emoce neobvykle ovládá ($FC > CF$). Cítí se jimi přitahován a je ochotný je prožívat ($Afr=2$),

6) Sebepercepce:

Chlapcův sebeobraz není odrazem stylistických rysů osobnosti. Je sebou zaujat méně, než je obvyklé a svou sebehodnotu může odhadovat níže ($Egoc= 0.47$). Zvýšené zaujetí tělem není přítomné.

7) Interpersonální percepce a adaptace:

Pacient neprokázal neobvyklé rysy, které by mohly ovlivňovat jeho vnímání druhých osob nebo způsob interakce s nimi a jeho sociální dovednosti nejsou výrazně limitovány. Přesto se o druhé lidi nezajímá, což je častý rys u emočního stažení do sebe sama. Běžně neočekává pozitivní interakce s druhými a v interpersonálních situacích se cítí méně pohodlně.

Mezi nejvýraznější znaky protokolu patří:

- o Vysoká *Lambda*
- o Nízké úsilí při zpracování podnětů (Zf, D)
- o Potíže s přesouváním pozornosti ($PSV \uparrow$)
- o Nízký počet populárních odpovědí (P)
- o Silný tlak na individualitu ($X+\%$)
- o Nízký výskyt zvířecích pohybů (FM) a lidských pohybů (M)
- o Zaplavení emocemi ($SumM, L$) a vysoký zájem o emoce (Afr)
- o Nižší sebehodnota ($Egoc$)
- o Nízký zájem o druhé ($SumH, COP$ a AG)

Z výše uvedeného je patrné, že pacient při zpracování dat nevytlačil příliš velké úsilí. Dopad jeho vyhýbavého stylu, který způsobuje zúžení a simplifikaci podnětového pole, je vysoký a zmíněné omezené úsilí může limitovat úspěchy adaptace, a to zejména v komplexnějších situacích. Pozornost chlapec věnoval nejobyčejnějším detailům (*D*), nehledal souvislosti, a čas od času projevil také potíže s jejím přesouváním, což je v souladu s jeho obtížnějším soustředěním při vyučování. Často reaguje rychle, aby odstranil napětí způsobené periferní aktivitou. Zbrkle formulované odpovědi nejsou dobře promyšlené. Přesto efektivita jeho skenování odpovídá běžné úrovni (*Zd*) v momentě, kdy je ostražitý.

Také jeho neuspokojené potřeby produkují zdánlivě nahodilé myšlení a rovněž negativně ovlivňují pozornost (*FM*). Chlapec je aktuálně zaplavený emocemi, které limitují pozornost a procesy rozhodování. Přesto své emoce v případech, kdy je ostražitý a opatrný, umí s ohledem na věk až neobvykle ovládat (*FC > CF*).

V neposlední řadě jeho sociální dovednosti nejsou výrazně limitovány, což odpovídá jeho ochotě pomoci učitelkám a uspokojivému navazování vrstevnických vztahů. Přesto projevuje o druhé lidi nízký zájem, což je častý rys u emočního stažení do sebe sama. Běžně neočekává pozitivní interakce s druhými a v interpersonálních situacích se cítí méně pohodlně. Jeho chování je méně konvenční, a to i v situacích, které jsou dobře čitelné. Činí více mediačních rozhodnutí nehledě na sociální požadavky, jelikož je u něj přítomný silný vnitřní tlak na individualitu (*X+%*), čímž se chlapec pravděpodobně dostává do vrstevnických konfliktů a do opozice vůči autoritám vyžadující poslušnost. Sám sebou je zaujat méně, než je obvyklé, a svou sebehodnotu může odhadovat níže.

7.5 Kazuistika 5

Dívce, které náleží tato kazuistika, je 9 let a přichází do ambulance klinické psychologie pro emoční nestabilitu na doporučení z pediatrie s diagnózou porucha aktivity a pozornosti F90.0. Pacientka byla diagnostikována Rorschachovou metodou poprvé. Byla s metodou obeznámena a před samotným vyšetřením proběhl krátký rozhovor, který sloužil pro navázání pracovního společenství a odbourání počátečních nejistot a obav z vyšetření.

Anamnestická data

Nynější onemocnění

Matka u dcery pozoruje častější plačtivost a obecně horší náladu, kterou přisuzuje vztahu s otcem. Dívce otec v poslední době velmi chybí. Žárlí na nevlastní sourozence, kteří s ním mají kontakt na denní bázi. Doma dle matky i samotné pacientky občas nastává drobné zlobení či odmlouvání, jinak se jedná o šikovnou slečnu, která je empatická k druhým lidem. Umí být samostatná a během karantény vlivem pandemie Covid-19 zvládala online výuku dobře. V domácnosti obvykle dodržuje nastavená pravidla. Ve volném čase ráda kouká na televizi, je venku s kamarády nebo navléká korálky.

Porucha aktivity a pozornosti byla dívce diagnostikována v první třídě základní školy v pedagogicko-psychologické poradně, rovněž potvrzená neurologickým vyšetřením, a to na doporučení třídní učitelky pro horší soustředění a pozornost, chyby z roztržitosti a neustálé vstávání během výuky z lavice.

Rodinná anamnéza

Rodiče pacientky spolu nežijí zhruba 8 let. Dívka žije s matkou, jejím partnerem a nevlastním 4 letým bratrem. Má rovněž dva nevlastní bratry ze strany otce ve věku sedmi a jednoho roku, na které velmi žárlí. S otcem tráví víkendy. Vztahy v rodině jsou dobré, pouze s matky partnerem je slečna občas v konfliktu pro odlišné názory.

Osobní anamnéza

Těhotenství nekomplikované, porod v 9. měsíci akutní sekci pro hrozící hypoxii dítěte. Poporodní adaptace v normě, rovněž psychomotorický vývoj. Dívka má mírnou nadváhou. Prodělala endoskopickou adenotomii a trpí alergií na prach a roztoče. V noci se častěji budí a večer obtížně usíná od raného dětství. Bez medikace a psychiatrické heredity.

Sociální anamnéza

Dívka právě dokončila 3. třídu, a to s výborným prospěchem. V kolektivu je adaptovaná dobře, ve třídě má dostatek kamarádů. Rovněž v mateřské školce probíhala adaptace bez potíží.

Dívka přichází na vyšetření upravená, s odřeným pravým kolenem, s patrnou mírnější nadváhou. Je lucidní a všemi směry orientovaná. Velmi hovorná, po chvíli se velmi rychlým a dynamickým hovořením vyčerpává s doprovodným motorickým neklidem. Do podnětového materiálu se plně ponořila. Kontakt včetně očního navazuje bez obtíží, řeč dobrá, slovník úměrný věku, myšlení se jeví logické a její odpovědi jsou přiléhavé. Dívka emočně stabilní, bez poruch nálad. Administrace ROR proběhla v souladu s Komprehenzivním systémem (Exner, 2003). Rozhovor před administrací proběhl standardním způsobem. Pacientka nepoložila žádné otázky.

Tabulka č. 10: Protokol V.

1) I - Orientace A - ^

Nějaký divný pán, kterej vlastně má křídla. Má tady dvě ruce, tady visí, jakože lítá. A má nějak jako kdyby to byl krk. Nemá vůbec obličej, vůbec. To si myslím já.

E:OO S: Tady hlava bez obličej, tady dvě ruce malinký, tady má křídla, tady má celý tělo dohromady s křídla a tady nohy. E: Ty jsi říkala, tady visí? S: No takhle jako že má ruce (ukazuje, dává své ruce nad hlavu). E: Aha, takže ty ruce. Lítá? S: Jojo ten pán lítá, protože má takhle křídla. E: Proč je ten pán divný? S: No tím, že tam není vidět všechno, má křídla a tak. Je to divný.

2) II - Orientace A - ^

Tady to vypadá jako srdíčko tohle červený.

E:OO S: Jo. E: Srdíčko? S: Má to takovej tvar a hlavně je červený. E: Jaké srdíčko myslíš? S: No normálně srdíčko jako když se kreslí.

3) II - Orientace A - ^

Tady nějaká... Prostě něco krvavýho. Tady má jenom hlavu, ruce, a nohy už nemá. A uprostřed by mělo být břicho a má takhle čárky. A je celej krvavej.

E: OO S: Tohle jsou ruce, jo? A ten pán ukazuje srdíčko. E: Ukazuje srdíčko? S: Ukazuje ho krví. Je krvavej, má fleky. Tady nahoře je obličej. To nahoře je krvavý. E: Jak to myslíš, že ukazuje? S: Drží ho takhle a ukazuje ho (předvádí). E: Takže to chápu tak, že je celej krvavej? S: Protože tady má ty flíčky červený. E: Říkala jsi, že by mělo být uprostřed břicho? S: To sem asi nemyslela, už ne. E: Co to srdíčko, jak jsi to myslela? S: Možná z kamene přebarvený, prostě jak je červený, je krvavý.

4) III - Orientace A - ^

Tohle je jako motýlek.

E: OO S: Jo, vypadá to tak. E: Jakého motýlka myslíš? S: Normálního motýlka. E: Zvíře? S: Jo.

5) III - Orientace A - ^

Tohle je jako divný... Jako kdyby člověk bez jedny nohy, ale hodně zvláštní. Takovej hororovej panáček. Hodně hororovej. No... A tady to červený má krev. A tady má ruce.

E: OO S: Dvě ženský divný. Může to být i muž, spíš ženský. E: Proč zrovna ženský? S: To nevím, prostě tak. Tady nějaký krvavý flíčky. E: Krvavý? S: Protože jsou červený. E: A ty jsi říkala, že má krev? S: No prostě tady jsou nějaký krvavý flíčky. E: Popíšeš i prosím ty panáčky? S: No ruce, nohy, tady je něco přitahuje k tomu motýlkovi jak jsou v předklonu. Tady maj krk, zobák a divnou hlavu. E: Zobák? S: Jo tady. Má to takovej tvar. E: A říkala jsi hororovej. S: Protože je černej. E: Bez jedny nohy? S: Vidím jen jednu, druhá není vidět.

6) IV - Orientace A - ^

Vidím nějakýho divnýho pána jako kdyby zase.. Jako ten předchozí má podobnej krk divnej - to už někde vypadalo podobně. Tady má ruce, má tělo, jo? Tady má obrovský tělo, ruce, ne... no... Nohy, dvě nohy. Já už vim, co to je! Tady to je jeho tělo. On má jen divnej kostým.

E: OO S: Hlava, tady tělo. To okolo je oblek. Tady ruce divný pánovi. Má čtyři nohy. E: Čtyři nohy? S: Prostě to tak vypadá, že je má.

7) V - Orientace A - ^

Motýlka. Tady nějakej... tykadla a tady nevím, co to je... Nohy nebo něco. Ale je to nějakej motýlek.

E: OO S: Tykadla, nohy, veliký křídla (ukazuje).

8) VI - Orientace A - ^

To nevím... Jedině tady to šedivý, že by byla nějaká potvůrka.

E: OO S: Tady (ukazuje D1) je potvůrka... Někaký monstrum. Strašidelný monstrum. E: Potvůrka? S: No ono je to podobný nějaký postavičce z MC. E: A to je nějaký zvířátko nebo jak to myslíš, nějaká bytost? S: Je to taková bytůstka.

E: Ukážeš mi prosím, čím ti to připomnělo tu bytůstku? S: No tady má ruce, hlavu, dvě nohy. Tady to vypadá jako jak se maluje hvězda - ty rohy její. E: A říkala jsi, že je strašidelná? S: Má to černý barvy.

9) VI - Orientace A - ^

A tady má pán nějaký tělo velký, dlouhý, a tady má nějaký křídla.

E: OO S: No tady ten střed je ten pán, tady křídla, hlava, tady má nějaký čárky. Možná uši (ukazuje). A tady oblečení. Je takovej spíš malej a lítá.

10) VII - Orientace A - ^

Paní, který jsou spojený. Tady mají nějaký čerty, protože maj rohy. A tady maj ruce a tohle celý je tělo. Nos, pusa, oči, oči... A tady jsou malinký vlásky.

E: OO S: Jsou spojený jako sestry. Rohy mají na hlavě. Maj nějaký trička, maj veliký břicho, jako kdyby byly těhotný. Dole sukně a tam sou spojený. Takový hororový. E: Hororový? S: Hororový, protože jsou černý. E: Spojený jako sestry říkáš? S: No dole jak maj ty sukně to vypadá, že jsou prostě propojený.

11) VIII - Orientace A - ^

Jé, teď jsou barevný! To mě bude napadat! Tohle je jako nějaká tráva tohle. Tohle jsou potvůrky, co lezou do tý trávy. Vypadá to jako vydra, i když je celá červená. S tím já nic neudělám.

E: OO S: Vyvinuli se z toho zlýho údolí, je tam oheň (ukazuje). Nahoře je tráva to zelený. Vyvinuli se z toho červenýho, protože jsou červený, a napájej z toho sílu tady, aby mohli přejít - jak tam maj ocásky. Oheň je přísál a můžou tu trávu jenom jíst, nejde jim přejít. E: Oheň? S: No tohle oranžový. E: Takže to je zlý? S: Kvůli ohni.

12) IX - Orientace A - ^

Kůň, ale není celej vidět. Zlý flíček, dobrý flíček a zlý flíček (ukazuje). A zase spolu bojují.

E: OO S: Zlý a dobrý údolí je třeba barvama. Zelený je dobrý údolí. V hrách je taky zelená dobrá a červená špatná barva, tak jsem to tak dala. E: Bojují? S: Tady tou čarou od toho koníka. Tady je hlava koní, on ty země asi ovládá, možná jen ty zlý, a ta dobrá... Tu tam nechce (ukazuje).

13) X - Orientace A - ^

Tady vidim dva pavouky.

E: OO S: Protože mají hodně nohou, vypadají jako pavouci.

14) X - Orientace A - ^

Kostru.. Ne, já vim co to je!!! To je to... No prostě kosti, jako záda.

E: OO S: Kost, nebo jako kostra. Tady to vypadá jako záda (D9) E: Kost? S: Je to šedivý jako kosti, a maj takovej tvar taky.

Tabulka č. 11: Strukturální souhrn V.

Loc. feat.	Blends	Singles	Contents	Approach
Zf = 9	Ma.CF	M = 2	H = 2	I: W
Zsum = 24	Mp.CF.FC'	FM = 0	(H) = 3	II: D W
Zest = 27.5	Ma.FMa.CF	m = 0	Hd = 2	III: D D
Zd = -3.5	FMa.CF	FC = 1	(Hd) = 0	IV: W
		CF = 0	Hx = 0	V: W
		C = 0	A = 5	VI: D Dd
W = 7		Cn = 0	(A) = 0	VII: W
D = 6		FC' = 2	Ad = 1	VIII: W
W+D = 13		C'F = 1	(Ad) = 0	IX: WS
Dd = 1		C' = 0	An = 1	X: D D
S = 1		FT = 0	Art = 1	
		TF = 0	Ay = 0	Special Scores
		T = 0	Bl = 2	Lvl1 Lvl2
DQ		FV = 0	Bt = 1	DV = 1 x1 0 x2
+ = 7		VF = 0	Cg = 3	INC = 6 x2 0 x4
o = 7		V = 0	Cl = 0	DR = 1 x3 0 x6
v/+ = 0		FY = 0	Ex = 0	FAB = 2 x4 0 x7
v = 0		YF = 0	Fd = 0	ALOG = 2 x5
		Y = 0	Fi = 1	CONT = 0 x7
		Fr = 0	Ge = 0	Sum6 = 12
		rF = 0	Hh = 0	WSum6 = 34
		FD = 0	Ls = 1	
FQ: MQ: W+D:		F = 4	Na = 0	AB = 0 GHR = 3
+ = 0	0	0	Sc = 0	AG = 1 PHR = 6
o = 9	3	8	Sx = 0	COP = 0 MOR = 3
u = 1	0	1	Xy = 0	CP = 0 PER = 0
- = 4	2	4	Id = 1	PSV = 0
none = 0	0	0	(2) = 4	

Ratios, Percentages, and Derivations					
CORE		AFFECT		INTERPERSONAL	
R = 14	L = 0.4	FC : CF+C = 1:4	COP = 0	AG = 1	
Ambitent		Pure C = 0	GHR : PHR = 3:6		
EB = 5:4.5	EA = 9.5	SumC':WsumC = 4:4.5	a : p = 6:1		
eb = 2:4	es = 6	Afr = 0.4	Food = 0		
	Adjes = 6	S (Space) = 1	SumT = 0		
		Blends : R = 4:14	Human cont. = 7		
		CP = 0	Pure H = 2		
		Col-shd bl. = 1	PER = 0		
			Isol.index = 0.14		
FM = 2	SumC' = 4	SumT = 0			
m = 0	SumV = 0	SumY = 0			
IDEATION		MEDIATION		PROCESSING	
a : p = 6:1	XA% = 0.71	Zf = 9	3r+(2)/R = 0.29		
Ma:Mp = 4:1	WDA% = 0.69	W:D:Dd = 7:6:1	Fr+rF = 0		
Intell = 1	X-% = 0.29	W:M = 7:5	Sum V = 0		
MOR = 3	S- = 1	Zd = -3.5	FD = 0		
Sum6 = 12	P = 6	PSV = 0	An+Xy = 1		
WSum6 = 34	X+% = 0.64	DQ+ = 7	MOR = 3		
Lv2 = 0	Xu% = 0.07	DQv = 0	H: (H)+Hd+(Hd) = 2:5		
M- = 2					
M none = 0					
PTI = 2	DEPI = 6*	CDI = 2	SCON = 5	HVI = No	OBS = No

Protokol V. je validní a lze jej vyhodnotit a interpretovat standardně. První pozitivní klíčová proměnná je $DEPI > 5$. Podle pravidel Komprehensivního systému bude sedm datových sekcí interpretováno v následujícím pořadí: Afektivní, Centrální, sekce Sebepercepční, Interpersonální, Zpracování dat, sekce Mediační a Ideální.

1) Afektivní sekce:

Dívka prožívá dysforické pocity, které mohou být zneschopňující ($DEPI=6^*$). Její emoce mají nekonzistentní vliv na myšlení, objevuje se váhavost, nerozhodnost a změny předchozích rozhodnutí. Tato nekonzistence je zdrojem prožívání zmatku. Má tendenci vyhýbat se emočním impulzům, jelikož se v emočních situacích necítí příjemně ($Afi=0,4$). Emoce jsou silně vyjadřovány a pacientka má tendenci strhávat pozornost bouřlivými projevy ($FC < CF$). Subjektivně se emocemi necítí zmatena.

2) Centrální sekce:

Pacientka projevila pevnější toleranci stresu a rovněž disponuje spolehlivou kapacitou a zdroji pro jeho zvládnání, které pokrývají množství zátěže. Dívka internalizuje pocity, které by ráda vyjádřila, ale nedokáže to ($SumC'=4$).

3) Sekce sebepercepce:

Specifický sebeobraz není odrazem stylistickým rysů osobnosti. Úroveň sebehodnoty a sebezaujetí je u pacientky nižší ($Egoc=0,29$). Pravděpodobně prožívá negativní sebeúctu a její sebeobraz je poznamenán negativní atribucí ($MOR=3$). Sebeobraz má postavený převážně na své imaginaci a fantazii než-li na zpětné vazbě z okolí.

4) Interpersonální sekce:

U dívky se neobjevily žádné neobvyklé rysy, které mohou výrazně ovlivňovat její vnímání druhých nebo způsob interakce s nimi. Je otevřena emocionální blízkosti. O druhé osoby má veliký zájem, ale nedostatečně jim rozumí ($Pure H=2, M=-2$). Bude proto pravděpodobně její nerealistické očekávání od druhých a sociální omyly. Pravděpodobně je také snížena důvěra v druhé a snaha se bránit. Do interpersonálních vztahů se zapojuje méně adaptivním jednáním a běžně neočekává pozitivní interakce. V běžných mezilidských situacích se pravděpodobně cítí méně pohodlně. Bez projevených indicií pro defenzivnost či sociální izolaci.

5) Sekce zpracování dat:

Pacientka vložila velké úsilí do zpracování informací, a to s dobrou kvalitou. Přesto pozoruje rychle a nahodile a často opomíjí důležité prvky v podnětovém poli ($Zd=-3.5$).

6) Mediační sekce:

Přítomná dysfunkce v testování reality v situacích, kde jsou méně zřejmá vodítka pro mediaci ($WDA%=0,69$). Přítomné známky mediačního poškození ($X\%=0,29$). V dobře čitelných situacích se pacientka chová konvenčně. Dále se u ní projevil zvýšeně konformní přístup. Má značný sklon chovat se v souladu se sociálním očekáváním ($Xu\%=0,07$).

7) Ideální sekce:

Pacientky rozhodování způsobené ambivalentním stylem často není efektivní a je více náchylná k chybným úsudkům. Je pro ni také obtížné měnit kognitivní strategie. Reaguje rychle, aby odstranila napětí způsobené periferní aktivitou. Zbrkle formulované odpovědi nejsou dobře promyšlené ($FM+m=2$). Patrné závažnější problémy v myšlení, jelikož je nejasné a nekonzistentní. Je narušená ideace a selhání v uvažování o vztazích mezi jevy. Lze také očekávat selhání adaptace v běžném životě ($WSum6=34$).

Mezi nejvýraznější znaky protokolu patří:

- o Vysoký index *DEPI*
- o Tendence vyhýbat se emočním impulzům (*Afr*)
- o Emoce jsou silně vyjadřovány s bouřlivými projevy ($FC < CF$)
- o Pevnější tolerance stresu (*AdjD*) a dobrá kapacita zdrojů (*EA*)
- o Internalizace pocitů (*SumC'*)
- o Nižší sebezaujetí (*Egoc*) a negativní sebeobraz (*MOR*)
- o Nízké porozumění druhým (*Pure H, M-*)
- o Méně adaptivní jednání v sociálních interakcích (*PHR*)

- Neočekávání pozitivních interakcí (*COP, AG*)
- Velké úsilí při zpracování informací (*W*)
- Opomíjení důležitých prvků v podnětovém opoli (*Zd*)
- Dysfunkce v testování reality (*WDA%*) a mediační poškození (*X-%*)
- Zvýšené chování v souladu se sociálním očekáváním (*Xu%*)
- Nízký počet zvířecích pohybových odpovědí (*FM*)
- Problémy v myšlení (*WSum6*)

Z výše uvedeného jsou u pacientky patrné dysforické pocity, které mohou být zneschopňující (*DEPI*), na kterých se pravděpodobně podílí narušený vztah s otcem. Její emoce mají nekonzistentní vliv na myšlení. Objevuje se váhavost, nerozhodnost a prožívání zmatku. Emočním impulzům má tendenci se vyhýbat, jelikož se v emočně nabitých situacích necítí příjemně. Své vlastní emoce má tendenci silně vyjadřovat a má sklony strhávat pozornost bouřlivými projevy ($FC < CF$). Zároveň internalizuje pocity, které by ráda vyjádřila, ale nedokáže to (vyšší *SumC*). S ohledem na tyto znaky lze usuzovat na její plačtivost a dysforické pocity společně s její nižší úrovní sebehodnoty. Přesto dívka disponuje pevnější tolerancí stresu a také dobrou kapacitou a zdroji pro jeho zvládnutí.

Pacientky sebeobraz je poznamenán negativní atribucí (*MOR*) a je postavený převážně na imaginaci než-li na zpětné vazbě z okolí.

O druhé osoby má velký zájem, ale dostatečně jim nerozumí. Bude proto pravděpodobně její nerealistické očekávání od druhých a sociální omyly. Pravděpodobně je také snížena důvěra v druhé a snaha se bránit. Do interpersonálních vztahů se také zapojuje méně adaptivním jednáním a běžně neočekává pozitivní interakce. V běžných mezilidských situacích se pravděpodobně cítí méně pohodlně. Emocionální blízkosti je přesto otevřena a má sklon chovat se až zvýšeně konformně v souladu se sociálním

očekáváním, což je v souladu s pacientky dobrými vrstevnickými vztahy a bezproblémovým chováním vůči autoritám.

Pacientky rozhodování často není efektivní a je více náchylná k chybným úsudkům. Pozoruje rychle a nahodile se snahou odstranit napětí a často opomíjí důležité prvky v podnětovém poli (*Zd*), což může být společně s emočním zmatkem jejím školním zdrojem chyb z roztržitosti. Zbrkle formulované odpovědi nejsou dobře promyšlené. Její myšlení je méně jasné a méně konzistentní, a lze tak očekávat selhávání adaptace v běžném životě (vysoké *Wsum6*). Přítomná je dysfunkce v testování reality v situacích, kde jsou méně zřejmá vodítka pro mediaci (nízké *WDA%*).

7.6 Kazuistika 6

Pacient, 10 let, přichází do ambulance klinické psychologie s diagnózou porucha aktivity a pozornosti F90.0 na podnět ředitele základní školy pro problémové chování. Pacient byl diagnostikován Rorschachovou metodou poprvé. Byl s metodou obeznámen a před samotným vyšetřením také proběhl krátký rozhovor, který sloužil pro lepší navázání kontaktu, spolupráci a odbourání počátečních nejistot a obav z vyšetření.

Anamnestická data

Nynější onemocnění

Maminka popisuje, že chlapec mívá ve škole stavy vzteku, které neumí ovládat. Naposledy se po pokárání učitelkou rozběhl proti zdi a křičel “*že by měl chcípnout*”. Tyto stavy vyvolávají situace, kdy cítí nespravedlnost či křivdu. Pravděpodobně to nebývá tak, že by soustavně a cíleně vyvolával konflikty. Je schopen si uvědomit neadekvátnost svých reakcí, bývá mu to líto, omlouvá se. Doma takové potíže nemívají. Když chlapec zlobí doma, má špatnou náladu nebo vztek, rodiče vědí, jak se chovat a jaké chování

obvykle situaci zhorší. Odchází se např. uklidnit do pokoje nebo do jiné místnosti. Pomáhá nechat ho v klidu, neměl by na něj nikdo sahat a pokoušet se ho uklidňovat. Chlapec si sám najde, co potřebuje. Je spíše samotář, nevyhledává společnost, neusiluje o pozornost. Rád vyrábí v dílně, chodí do lesa, s kamarádem staví bunkry, jezdí na kole.

Rodinná anamnéza

Pacient žije v úplné rodině s oběma rodiči a 7 letou sestrou v rodinném domě. Vztahy v domácnosti jsou klidné bez výraznějších konfliktů. Psychiatrická heredita v rodině neudána, zdraví.

Osobní anamnéza

Z rizikové gravidity, porod bez komplikací, narozen v termínu s dobrou poporodní adaptací. Bez závažnějších úrazů či hospitalizací. V předškolním věku v péči logopeda pro výslovnost R. Veden v pedagogicko-psychologické poradně pro ADHD a rozvoj specifických poruch učení - dyslexii a mírné dysortografické potíže. Je také v péči dětského neurologa pro mírnou tikovou poruchu spočívající především v nadměrném a výrazném mrkání. Bez medikace. Spánek bez potíží, v noci se nebudí.

Sociální anamnéza

Adaptační a výchovné potíže se vyskytovaly již v mateřské škole, ze které byl dán poprvé podnět pro psychologické vyšetření. Aktuálně dochází do 5. třídy základní školy. Před nástupem do první třídy proběhl odklad a od 1. třídy byly rovněž adaptační potíže, které se postupně mírně zlepšovaly. Znamky má dobré - jedničky a pár dvojek na vysvědčení. Aktuálně jsou největší potíže s diktáty v českém jazyce. Když je zkoušen ústně, známky má výborné. Třídní kolektiv není soudržný. Kamarády ve třídě má, ale někteří chlapci ho často provokují, na což reaguje agresivně verbálně i fyzicky. Projevuje impulzivitu eskalující v sociálně-emoční zátěži, bez poruch chování. Škola ho nebaví, nemá ji rád. Vadí mu hluk. Když se soustředí, je šikovný.

Chlapec přichází na vyšetření s výrazně odřeným levým loktem a levým kolenem, sportovně oblečený, lucidní, všemi směry orientovaný. Přichází ve výrazném odporu, nechce tu být. Raději by byl doma. Projev působí pubescentním dojmem, občas odsekává. Postupně více hovorný a uvolněný, směje se svým historkám, když vypráví o kamarádech, s doprovodným motorickým neklidem v podobě poposedávání a neklidem v nohách. Tiky v obličejí v oblasti očí. Kontakt včetně očního navazuje bez obtíží, řeč plynulá, slovník úměrný věku, myšlení se jeví logické a odpovědi jsou přiléhavé. Emočně stabilní, bez projevů poruch vnímání, neagresivní, bez jiné projevované psychopatologie. Administrace ROR proběhla v souladu s Komprehenzivním systémem (Exner, 2003). Rozhovor před administrací proběhl standardním způsobem. Pacient nepoložil žádné otázky.

Tabulka č. 12: Protokol VI.

1) I - Orientace A - ^

Brouk

E: OO S: Hm... E: Tak mi zkus prosím ukázat, kde jsi toho brouka viděl. A zkus mi říct, čím ti to připomnělo brouka?

S: Tady kusadla, tady má tělo. Vypadá to prostě jako brouk.

2) I - Orientace A - ^

Netopýr

E: OO S: (ukazuje) No mají takovýchle křídla netopýří, tak mi to připomnělo netopýra.

3) I - Orientace A - ^

Motýl

E: OO S: No jako tady (ukazuje) by to mohl být taky motýl, že má takhle tady křídla a tělo.

4) II - Orientace A - ^

Tady nějaký psi, a nebo ovce.

E: OO S: Pes.. Tak vypadá. Ale uši to má jako nějaká ovce. Nebo nějakej vlčák by to mohl být. Ale to má zase krátkej čumák. No není to úplně přesnej pes, ale asi to může být pes. Tady je jeden a tady druhej (ukazuje).

5) III - Orientace A - ^

Nějaký ruce nebo nevim...

E: OO S: Vidím tady (ukazuje) dvě ruce. E: Ruce? S: Jo, dvě ruce. Mohly by to být...

6) III - Orientace A - ^

Tady je člověk. Hlava... Jinak asi nic.

E: OO S: Dvě hlavy člověka. E: Říkal jsi předtím - tady je člověk? S: Tyhle dvě hlavy (ukazuje).

7) IV - Orientace C - v

Další nějakej brouk.

E: OO S: Tady (ukazuje). E: Čím ti to připomnělo brouka? S: Mohl by tak vypadat. E: Můžeš mi to zkusit víc popsat prosím? S: Jako celý to jeho tělo s nohama a hlavou.

8) IV - Orientace C - v

Tady nějak ruce, to vypadá...

E: OO S: Vypadá to tady jako dvě ruce, co dělají takhle (ukazuje gesto).

9) IV - Orientace B - >

Hlava tučňáka.

E: OO S: To tak vypadá. E: Díky čemu to tak vypadá? S: Prostě takhle to vypadá jako hlava tučňáka. E: Nejsem si jistá, jestli to vidím stejně jako ty? S: Tady je prostě jeho hlava.

10) IV - Orientace B - >

Tady zase nějaký pes. Dva psi.

E: OO S: Maj otevřenou tlamu, čumák, tělo, zadní nohy a ocas. Jsou tam dva (ukazuje).

11) V - Orientace C - v

Tohle vypadá zase jako křídla.

E: OO S: Prostě dvě křídla (ukazuje). E: Jak to myslíš? S: Vypadá to jako dvě křídla nějakého ptáka nebo tak.

12) V - Orientace A - ^

Tady hlava králíka. Někakej mutant.

E: OO S: Je to králík s křídla a divnejma nohama. E: Králík? S: No téma ušima. Nohy to má jak motýl... E: Je mutant? S: Že má ty křídla.

13) V - Orientace B - >

Krokodýl nějaký tady.

E: OO S: Ta jeho tlama tak vypadá. Je trochu otevřená. Má jí otevřenou.

14) V - Orientace A - ^

Možná hlava prasete s dlouhým rypákem.

E: OO S: (ukazuje) E: Čím ti to připomnělo hlavu prasete? S: Nejvíc tím rypákem. Tady má hlavu a oči.

15) VI - Orientace D - <

Výbuch lodě. Ve válce, jako bouchaly ty lodě. A tady odraz toho.

E: OO S: Je to jako takový ty černobílý filmy válečný, různě šedý. Tady to tmavší je kouř a tady to světlejší je oheň, je to jako plameny. E: Plameny? S: Ta loď hoří. Možná je to spíš ponorka než loď. Nebo parník to spíš vypadá. Tady to má špičku lodí vidět. E: Ta loď vybuchla jsi říkal? S: No už jako vybuchla a teď hoří. Ta loď je v šedým dýmu kouře.

16) VI - Orientace D - <

Dinosaurus

E: OO S: Tady (ukazuje). E: Čím ti to připomnělo dinosaura? S: No jak má tady ty ostny na zádech. Některý to tak maj. A tady má hlavu.

17) VI - Orientace D - <

Úhoř

E: OO S: Je to dlouhý jako úhoř, má to stejně tělo.

18) VI - Orientace D - <

Vážka s roztrhanými křídla.

E: OO S: Jo. E: Roztrhaná? S: Chybí ty konce u křídel, má je potrhaný.

19) VII - Orientace D - <

Nic... Možná tady hlava Shreka.

E: OO S: Oko, pusa. Je to Shrek s čepicí. E: S čepicí? S: Tady má na hlavě čepici (ukazuje).

20) VII - Orientace A - ^

Tady zase nějaký hlavy.

E: OO S: Maj vystouplý čelo, tady nos a pusa.

21) VII - Orientace A - ^

A tady kusadla brouka.

E: OO S: Něco podobného měl bratranec, když chytil brouka. Měl taky tak veliký kusadla. Měli jsme ho v terárku po želvičkách. E: A můžeš mi to zkusit trochu víc popsat, jak to vidíš? S: No tady to celý jsou kusadla brouka, tady dole kousek hlavy (ukazuje).

22) VIII - Orientace B - >

Tady nějaký zvíře různový. Někáká kuna.

E: OO S: No... E: Kuna? S: Mí to tak přijde. E: A čím ti to tak přijde? S: Mohla by takhle vypadat.

23) VIII - Orientace A - ^

Tady nějaká hora.

E: OO S: Je to takový vysoký. Tak to mlže být hora.

24) VIII - Orientace A - ^

Tady hlava s velikýma zubama.

E: OO S: Hlava, zuby, brada (ukazuje). Je to nějakýho příšery, protože to má takhle veliký zuby.

25) IX - Orientace B - >

Tady krokodýl takhle.

E: OO S: Tady má oko, tady čelisti a tělo.

26) IX - Orientace D - <

Tady nějaká lebka.

E: OO S: Je to lebka z profilu jakoby, tady má oko. E: Lebka? S: No může tak vypadat.

27) IX - Orientace C - v

A tady nějaký srdce nebo něco.

E: OO S: Tady (ukazuje) E: Srdce? S: No že je to růžový, tak třeba srdce to může být.

28) X - Orientace A - ^

Tady to vypadá jako Eifellovka.

E: OO S: No. Má to takovou věž jako Eifellovka.

29) X - Orientace A - ^

Tady nějaký pavouk.

E: OO S: Čím ti to připomnělo pavouka? E: Tak to nevím... Že je to asi černý a vypadá to jako hodně nožiček pavoučích. S: Černý? E: No.

30) X - Orientace C - v

Tady nějaký křídla a člověk.

E: OO S: Je to člověk a tady má křídla.

31) X - Orientace C - v

A nebo jsou to ještě draci.

E: OO S: Můžou to být taky dvě dračí hlavy. E: Čím ti to připomnělo draky? S: Mi to tak jako přišlo.

Tabulka č. 13: Strukturální souhrn VI.

Loc. feat.	Blends	Singles	Contents	Approach
Zf = 7	mp.YF.Fr	M = 1	H = 1	I: D Dd Dd
Zsum = 21		FM = 2	(H) = 0	II: D
Zest = 20.5		m = 0	Hd = 4	III: D Dd
Zd = 0.5		FC = 1	(Hd) = 1	IV: D Dd DS Dd
		CF = 1	Hx = 0	V: D W D Dd
		C = 0	A = 13	VI: D Dd D D
W = 2		Cn = 0	(A) = 0	VII: D D W
D = 22		FC' = 0	Ad = 5	VIII: D D D
W+D = 24		C'F = 0	(Ad) = 2	IX: D DS D
Dd = 7		C' = 0	An = 1	X: D D D D
S = 2		FI = 0	Art = 0	
		TF = 0	Ay = 0	Special Scores
		T = 0	B1 = 0	Lvl1 Lvl2
DQ		FV = 0	Bt = 0	DV = 0 x1 1 x2
+ = 2		VF = 0	Cg = 1	INC = 3 x2 0 x4
o = 29		V = 0	Cl = 0	DR = 0 x3 0 x6
v/+ = 0		FY = 0	Ex = 0	FAB = 0 x4 0 x7
v = 0		YF = 0	Fd = 0	ALOG = 0 x5
		Y = 0	Fi = 1	CONT = 0 x7
		Fr = 0	Ge = 0	Sum6 = 4
		rF = 0	Hh = 0	WSum6 = 8
	FQ: MQ: W+D: FD = 0	Ls = 1	Na = 0	AB = 0 GHR = 1
+ = 0	0 0 0	F = 25	Sc = 2	AG = 0 PHR = 5
o = 16	0 12		Sx = 0	COP = 0 MOR = 2
u = 8	1 6		Xy = 0	CP = 0 PER = 1
- = 7	0 6		Id = 1	PSV = 0
none = 0	0 0 0	(2) = 6		

Ratios, Percentages, and Derivations			
CORE		AFFECT	INTERPERSONAL
R = 31	L = 4.17	FC : CF+C = 1:1	COP = 0 AG = 0
Ambitent Avoidant		Pure C = 0	GHR : PHR = 1:5
EB = 1:1.5	EA = 2.5	SumC':WsumC = 0:1.5	a : p = 0:4
eb = 3:1	es = 4	Afr = 0.48	Food = 0
	Adjes = 4	S (Space) = 2	SumT = 0
		Blends : R = 1:31	Human cont. = 6
		CP = 0	Pure H = 1
FM = 2	SumC' = 0	SumI = 0	PER = 1
m = 1	SumV = 0	SumY = 1	Isol.index = 0.03
		Col-shd bl. = 0	
IDEATION	MEDIATION	PROCESSING	SELF-PERCEPTION
a : p = 0:4	XA% = 0.77	Zf = 7	3r+(2)/R = 0.29
Ma:Mp = 0:1	WDA% = 0.75	W:D:Dd = 2:22:7	Fr+rF = 1
Intell = 0	X-% = 0.23	W:M = 2:1	Sum V = 0
MOR = 2	S- = 1	Zd = 0.5	FD = 0
Sum6 = 4	P = 4	PSV = 0	An+Xy = 1
WSum6 = 8	X+% = 0.52	DQ+ = 2	MOR = 2
Lv2 = 1	Xu% = 0.26	DQv = 0	H: (H)+Hd+(Hd) = 1:5
M- = 0			
M none = 0			

PTI = 0	DEPI = 3	CDI = 4*	SCON = 4	HVI = No	OBS = No
---------	----------	----------	----------	----------	----------

V protokolu VI. je úroveň Lambdy zvýšená a svědčí o vyhýbavějším chování. Protokol bude přesto konzervativně interpretován, jelikož pacient během celého vyšetření projevoval snahu a program protokol vyhodnotil jako validní.

První pozitivní klíčová proměnná je $CDI > 3$. Podle pravidel Komprehensivního systému bude sedm datových sekcí interpretováno v následujícím pořadí: Centrální

sekce, Interpersonální, Sebepercepční, Afektivní, sekce zpracování dat, sekce Mediační a Ideální.

1) Centrální sekce:

U chlapce se projevuje menší zralost až bezradnost ve zvládnání nároků každodenního života, a to zejména v interpersonální oblasti ($CDI=4^*$). Zažívá kognitivní tenzi a zátěž.

2) Interpersonální sekce:

Pacient je s přihlédnutím k jeho věku méně sociálně zralý a zažívá tak častější potíže v interakci s druhými (CDI). Dále je u něj patrná tendence zaujímat pasivní interpersonální role a deficit aktivity při navazování, rozvoji a udržování vztahů. Přesto potřebu blízkosti uznává a vyjadřuje podobným způsobem, jako většina populace. O druhé osoby se zajímá, ale nemusí jim vždy dobře rozumět. Je přítomná tendence číst špatně jejich chování a nesprávně interpretovat sociální gesta, která vede k sociálním omylům. Do vztahů se zapojuje méně adaptivním chováním a běžně neočekává pozitivní interakce s druhými.

3) Sekce sebepercepce:

U chlapce se vyskytuje zvýšená sebehodnota ($Fr=1$), která se ovšem u dětí běžně vyskytuje. Samotný index egocentricity je naopak nízký a úroveň jeho sebehodnoty je nižší, než je pro jeho věk typické ($Egoc=0.29$). Je sebou méně zaujat ($FD, V=0$) a jeho sebepojetí zahrnuje negativní znaky ($MOR=2$). Vlastní sebehodnotu má kotvenou více v imaginaci než ve zkušenosti a zpětné vazbě z okolí. Tento ukazatel vypovídá rovněž o nižší sociální zralosti a pokřiveném sebeobrazu, který často negativně ovlivňuje rozhodování a řešení problémů.

4) Afektivní sekce:

U chlapce se dále projevila vyhýbavě ambivalentní strategie, při které se vyhýbá komplexnímu i koncepčnímu myšlení. Častá je rovněž nekonzistence. Jeho vyhýbavá

strategie je dominantní, přítomná je tendence k méně sofistikovaným řešením během značné redukce podnětů. Častější jsou také případy snížené modulace emocí nebo naopak jejich neúměrná redukce. U dětí považujeme tento styl za častější a přijatelný. Emoce inhibuje s dopadem do bolestného prožívání ($WSumC=1.5$). O samotné emoční podněty se zajímá méně ($Afr=0.48$). Jeho modulace emocí je slabší a je přítomná jejich velká intenzita.

5) Sekce zpracování dat:

Chlapec má tendenci k ekonomickému zpracování podnětového pole a vyhýbá se komplexnosti ($Zf=7$). Soustředí se na neobvyklé a nekonvenční aspekty podnětů, přesto jeho efektivita skenování odpovídá úrovni běžné pro většinu lidí ($Zd=0.5$). Kvalita zpracování podnětů je adekvátní, ale více ekonomická.

6) Mediační sekce:

Patrná střední mediační dysfunkce v podobě zkresleného až ignorujícího vnímání i u obvyklých vlastností podnětů ($WDA%=0.75$). Jedná se o pervazivní tendenci k mediační dysfunkci ($X-%=0.23$). Chlapec zároveň i v dobře čitelných situacích projevuje méně konvenční chování, které je způsobeno mediační dysfunkcí ($X+%, =0.52$)

7) Sekce ideace:

Pacient se vyhýbá komplexnosti a je tak více náchylný k méně sofistikovaným řešením (EB, L). Jeho myšlení je silně fixované a je pro něj tak obtížné měnit kognitivní strategie. U pacienta se nevyskytuje neobvyklá úroveň periferní ideační aktivity ($FM+m=3$). Myšlení není poznamenáno neobvyklými faktory, které mohou redukovat pružnost nebo nadměrně ovlivňovat konceptualizaci a rozhodování. Vyskytují se ovšem potíže s jazykovým vyjadřováním zasahující koncepční oblast ($DI/2=1$).

Mezi nejvýraznější znaky protokolu patří:

- Vysoká *Lambda* a ambivalentní styl (*EB*)
- Nižší sociální zralost (*CDI*)
- Pasivní interpersonální styl (*a:p*)
- Nízký výskyt čistých lidských obsahů (*H*) a lidských pohybů (*M*)
- Obtížnější sociální zapojení (*PHR*) a neočekávání pozitivní interakcí (*COP, AG*)
- Negativní sebeúcta (*Egoc*) a pesimistický sebeobraz (*MOR*)
- Nízké sebezaujetí (*FD, V*)
- Inhibice emocí s dopady do bolestného prožívání a dezorganizace (*WSumC*)
- Menší zájem o emoční podněty (*Afr*)
- Slabší modulace emocí a jejich velká intenzita (*FC=CF+C*)
- Ekonomické zpracování informací (*Zf, DQ+*) a soustředění na neobvyklé aspekty (*Dd*)
- Méně konvenční jednání (*P, X+%*)
- Mediační dysfunkce (*WDA%, X-%*) a potíže s jazykovým vyjadřováním (*DV2*)

Z výše uvedeného je u pacienta patrná nižší zralost v interpersonální oblasti (*CDI*), čímž zažívá častější potíže v interakci s druhými. Dále je u něj patrný deficit aktivity při navazování, rozvoji a udržování vztahů, což odpovídá jeho samotářství v anamnéze. Přesto potřebu blízkosti uznává a vyjadřuje podobným způsobem, jako většina populace. O druhé osoby se zajímá, ale nemusí jim vždy dobře rozumět. Je přítomná tendence nesprávně interpretovat sociální gesta, která vede k sociálním omylům. Do vztahů se zapojuje méně adaptivním chováním a běžně neočekávání pozitivní interakce s druhými. Tato zjištění jsou v souladu s chlapcovými adaptačními potížemi v kolektivech.

Úroveň pacientovy sebehodnoty je nižší, než je pro jeho věk typické. Rovněž je sebou méně zaujatý a jeho sebepojetí zahrnuje negativní znaky (*MOR*). Sebehodnotu má

kotvenou více v imaginaci než ve zkušenosti a zpětné vazbě z okolí. Tento ukazatel rovněž vypovídá o snížené sociální zralosti a pokřiveném sebeobrazu, který často negativně ovlivňuje rozhodování a řešení problémů.

Pacient některé emoce inhibuje s dopadem do bolestného prožívání (*WSumC*). V některých případech ovšem modulace selhává a je přítomná velká intenzita emocí, což je v souladu s výskytem jeho intenzivních afektivních reakcí v anamnéze. Zároveň disponuje nižším množstvím zdrojů a je u něj tak vyšší pravděpodobnost k dezorganizaci vlivem běžných zátěží.

U chlapce se dále projevuje vyhýbavě ambivalentní strategie, při které se vyhýbá komplexnímu myšlení. Je také přítomná tendence k méně sofistikovaným řešením vlivem značné redukce podnětů a ekonomického zpracování podnětového pole. Přestože se pacient soustředí na neobvyklé aspekty podnětů, jeho efektivita a kvalita skenování odpovídá úrovni běžné pro většinu lidí.

V neposlední řadě je u chlapce patrná mediační dysfunkce v podobě zkresleného až ignorujícího vnímání i u obvyklých vlastností podnětů (*WDA%*). Tato dysfunkce může zapříčínovat pacientovy pozornostní potíže při písemných úlohách a také menší výskyt konvenčního chování, které je méně přítomné i v dobře čitelných situacích.

7.7 Kazuistika 7

Pacient, 9 let, hospitalizován na klinice dětské psychiatrie s poruchou aktivity a pozornosti F90.0 pro výrazné potíže v chování a pro agresivitu vůči členům rodiny a vrstevníkům, dále pro autoagresi a neúčinnost medikace. Pacient byl diagnostikován Rorschachovou metodou poprvé. Byl s metodou obeznámen a před samotným vyšetřením také proběhl krátký rozhovor, který sloužil pro lepší navázání kontaktu, spolupráci a odbourání počátečních nejistot a obav z vyšetření.

Anamnestická data

Nynější onemocnění

Rodinu trápí agresivita chlapce zejména vůči matce, sestře a ostatním dětem. Otec si všímá, že si chlapec vždy promyslí, co si v daný moment může dovolit. Rád druhé zlobí nebo straší, a to doma i ve škole. Není samostatný, potřebuje oporu matky, nechce doma pomáhat. Opakovaně projevy autoagrese. Bouchá se do čela nebo tluče hlavou o předměty, sebepoškozuje se tužkou. Udělal si několik modřin ve vzteku, když mu nebyl dopřán telefon na hry. Často nadává a vyhrožuje, že si ublíží. Má své názory a postoje, nechce ani učit.

Rodinná anamnéza

Pacient žije v úplné rodině s oběma rodiči a 7 letou sestrou, se kterou má společný pokoj. Manželství rodičů je harmonické. Rodinu nejvíce trápí agresivita chlapce zejména vůči matce a sestře. Matku neposlouchá a nerespektuje. K otci respekt má.

Osobní anamnéza

Bez prenatálních komplikací. Porod v termínu, zkalená plodová voda. Postnatálně nález cyst na pravém varleti, sledován na urologii. Psychomotorický vývoj probíhal bez potíží. Psychiatrická medikace od nástupu do 1. třídy Medirispen. V minulosti zkoušeli také

například Concentru, která měla vedlejší účinky v podobě agrese a zlých nočních snů. Po Ritalinu byla lepší efektivita ve škole, ale potíže s hygienou. Dle rodičů to dělal naschvál, kupříkladu močil vedle toalety. Zkoušeli také Atomine a Bitinex, chlapec již neužívá. Spánek bez potíží, v noci se nebudí. Dříve málo jedl, v anamnéze dětská pika - chlapec polykal lego. Neurologické vyšetření bez patologických nálezů včetně EEG.

Sociální anamnéza

Do mateřské školy chlapec docházel od 3 let bez výrazných vzdorů. Měl zájem o hračky, ale děti ho zajímaly méně. Měl spíše tendence k dominantnosti. Někdy děti plácal, někdy byl drzý k učitelkám. Aktuálně dochází do 4. třídy základní školy bez asistenta pedagoga, kterého měl první tři roky. Během první třídy byl vyšetřen v pedagogicko-psychologické poradně pro neklid a nesoustředěnost. Znamky má nicméně výborné, jelikož se později se časem naučil o něco lepší trpělivosti.

Na vyšetření přichází chlapec postavy úměrné věku, v projevu milý, odpovídá se zájmem. Je zvědavý, v dobré náladě a rozvíjí odpovědi. Na otázky odpovídá ihned, adekvátně, emotivita je přiléhavá, bez zjevných úzkostí. Myšlení je souvislé, bez bludů, bez poruch vnímání. Řeč je srozumitelná, bez dyslalií. Bez agrese či autoagrese, bez jiné projevované psychopatologie. Administrace ROR proběhla v souladu s Komprehenzivním systémem (Exner, 2003). Rozhovor před administrací proběhl standardním způsobem. Pacient nepoložil žádné otázky.

Tabulka č. 14: Protokol VII.

1) I - Orientace A - ^

Pán, který má čtyři oči a dva rohy nahoru a je takhle do boku.

E: OO S: Má oči, rohy. Tady je do boku (ukazuje) E: Do boku myslíš, jako že tam má tváře? S: Jo jo. E: Čtyři oči? S: Jo, je filmový nebo tak...

2) II - Orientace C - v

Drak, tady má hlavu a tady má díru takhle uprostřed. Mí to tak připadá.

E: OO S: Tady je ten jezdec, co na něm sedí. E: Sedí na něm? S: Sedí na tom drakovi, co letí. E: Můžeš mi pomoci toho jezdce taky vidět? S: No tady. Není vidět celý. Tady má hlavu. Má něco okolo sebe. Ve Warcraftu je jezdec, co má rohy na zádech. Nebo znáte Dračí srdce? To by taky mohlo být z toho filmu. E: A říkal jsi, že tam má díru? S: Jo, tady je vidět díra uprostřed draka (S).

3) III - Orientace A - ^

Nějaká příšera, která má ostrý zuby a má uprostřed díru. Má nohy na obou stranách. A tady dvě ruce.

E: OO S: Hlava, ruce, nohy (ukazuje). Tady má ty ostrý zuby. E: A říkáš díra? S: Chybí tady to tělo, má tam díru.

4) IV - Orientace A - ^

Nějaký obr, který má ocas. Tady má hlavu nahoře a dvě ruce.

E: OO S: Má zajímavý ruce, tady ocas. E: Takže obr s ocasem? S: To vypadá jako... znáte King Kong? Ten velikej opičák. Mí ho připomíná. E: Čím to na tebe působí jako obr? S: Ta hlava jde výš. Vypadá velikej. Má obří nohy. Jako když se koukáte na panelák nahoru.

5) V - Orientace A - ^

To vypadá jako motýlek.

E: OO S: Nožičky, křídla, tykadýlka a hlava (ukazuje).

6) V - Orientace A - ^

Nebo můra, která má rohy na hlavě.

E: OO S: Protože můra má takovýhle křídla. E: Říkáš rohy na hlavě? S: No nemá, ale tady mí to tak připadá. Já už jsem měl můru i na prstu jednou. Byla roztomilá.

7) V - Orientace A - ^

Nebo jako nějaký člověk, který má rohy a křídla.

E: OO S: Hlava, rohy, křídla, a nohy (ukazuje).

8) VIII - Orientace A - ^

Tady to vypadá jako dva medvědi, co lezou.

E: OO S: Lezou po stromě (ukazuje) E: Čím ti to připomnělo strom? S: Strom má takhle dlouhý větve. E: A medvědi? S: Tak vypadaj, čumák, očička...

9) VIII - Orientace A - ^

Tady malý skály.

E: OO S: To tak vypadá.

10) IX - Orientace A - ^

Dva jeleni, který dělají nějaký zvuk.

E: OO S: Mají hlavu vzhůru, jako když troubí nebo dělají ten jejich zvuk. Mají paroží tady a tělo.

11) IX - Orientace A - ^

Tohle vypadá jako kopečky malý.

E: OO S: No. E: Kopečky? S: Jo, jak dva kopečky něčeho. Je to kulatý. E: Čeho myslíš? S: No to já nevím...

12) IX - Orientace A - ^

A tohle vypadá jako kmen.

E: OO S: Je to kmen stromu (ukazuje), tak vypadá tím tvarem.

13) X - Orientace A - ^

Jé, to je hodně těžký...
Tohle vypadá jako nějaký psi.

E: OO S: Že mají.. No, chybí jim ocas. Jinak mají nohy, tělo, hlavu. Mohli by to být dva psi.

14) X - Orientace A - ^
 Tohle brouci, kudlanky.
 E: OO S: Má to hodně nožiček. To budou nějací brouci.

Tabulka č. 15: Strukturální souhrn VII.

Pozn.				
Loc. feat.	Blends	Singles	Contents	Approach
Zf = 8	Mp.FMa	M = 0	H = 1	I: WS
Zsum = 20.5		FM = 2	(H) = 2	II: DdS
Zest = 24		m = 0	Hd = 0	III: DS
Zd = -3.5		FC = 0	(Hd) = 1	IV: W
		CF = 0	Hx = 0	V: W W W
		C = 0	A = 6	VI:
W = 5		Cn = 0	(A) = 2	VII:
D = 7		FC' = 0	Ad = 0	VIII: D Dd
W+D = 12		C'F = 0	(Ad) = 0	IX: D D D
Dd = 2		C' = 0	An = 0	X: D D
S = 3		FT = 0	Art = 0	
		TF = 0	Ay = 0	Special Scores
		T = 0	Bl = 0	Lvl1 Lvl2
DQ		FV = 0	Bt = 2	DV = 0 x1 0 x2
+ = 3		VF = 0	Cg = 1	INC = 2 x2 0 x4
o = 10		V = 0	Cl = 0	DR = 0 x3 0 x6
v/+ = 0		FY = 0	Ex = 0	FAB = 0 x4 0 x7
v = 1		YF = 0	Fd = 0	ALOG = 1 x5
		Y = 0	Fi = 0	CONT = 0 x7
		Fr = 0	Ge = 0	Sum6 = 3
		rF = 0	Hh = 0	WSum6 = 9
	FQ: MQ: W+D:	FD = 1	Ls = 1	
+ = 0	0 0	F = 10	Na = 0	AB = 0 GHR = 1
o = 7	0 6		Sc = 0	AG = 0 PHR = 3
u = 5	0 5		Sx = 0	COP = 0 MOR = 2
- = 2	1 1		Xy = 0	CP = 0 PER = 1
none = 0	0 0	(2) = 6	Id = 1	PSV = 0

Ratios, Percentages, and Derivations

CORE			AFFECT			INTERPERSONAL		
R = 14	L = 2.5		FC : CF+C = 0:0			COP = 0	AG = 0	
Coartation			Pure C = 0			GHR : PHR = 1:3		
EB = 1:0	EA = 1	EBper = No	SumC':WsumC = 0:0			a : p = 3:1		
eb = 3:0	es = 3	D = 0	Afr = 1			Food = 0		
	Adjes = 3	AdjD = 0	S (Space) = 3			SumT = 0		
			Blends : R = 1:14			Human cont. = 4		
			CP = 0			Pure H = 1		
FM = 3	SumC' = 0	SumT = 0	Col-shd bl. = 0			PER = 1		
m = 0	SumV = 0	SumY = 0				Isol.index = 0.21		
IDEATION			PROCESSING			SELF-PERCEPTION		
a : p = 3:1			Zf = 8			3r+(2)/R = 0.43		
Ma:Mp = 0:1	XA% = 0.96		W:D:Dd = 5:7:2			Fr+rF = 0		
Intell = 0	WDA% = 0.92		W:M = 5:1			Sum V = 0		
MOR = 2	X-% = 0.14		Zd = -3.5			FD = 1		
Sum6 = 3	S- = 1		PSV = 0			An+Xy = 0		
WSum6 = 9	P = 3		DQ+ = 3			MOR = 2		
Lv2 = 0	X+% = 0.5		DQv = 1			H: (H)+Hd+(Hd) = 1:3		
M- = 1	Xu% = 0.36							
M none = 0								

PTI = 0 DEPI = 4 CDI = 4* SCON = 5 HVI = No OBS = No

V protokolu VII. je úroveň Lambdy zvýšená a svědčí o vyhýbavějším chování. Pro zároveň ne příliš vysoký počet odpovědí je protokol technicky validní, není však dostatečně odhalující. Výsledky jsou validní ke způsobu, jakým se pacient chová, když je ostražitý a opatrný. Protokol bude přesto konzervativně interpretován, jelikož pacient během celého vyšetření projevoval snahu a program protokol vyhodnotil jako validní.

První pozitivní klíčová proměnná je $CDI > 3$. Podle pravidel Komprehensivního systému bude sedm datových sekcí interpretováno v následujícím pořadí: Centrální sekce, Interpersonální, Sebepercepční, Afektivní, sekce zpracování dat, sekce Mediační a Ideální.

1) Centrální sekce:

U chlapce je přítomný neobvyklý afektivní problém (*EB*). Jeho podnětové pole je zúžené a ignoruje tak důležitost některých prvků s dopadem do tunelového vidění.

2) Interpersonální sekce:

V protokolu chlapce se projeví znaky snížené sociální zralosti, což způsobuje častější potíže v interakci s druhými ($CDI=4^*$). Nicméně u dětí do 9 let tento index nepovažujeme za neobvyklý, jelikož děti teprve usilují o vlastní identitu a vztahy s vrstevníky. Chlapec se dále o ostatní osoby zajímá jako většina populace, ale nemusí jim vždy dobře rozumět. Má tendence číst špatně jejich chování a nesprávně interpretovat sociální gesta, což vede často k sociálním omylům. Disponuje také nižším množstvím empatie ($M=1$). Do interpersonálních vztahů se zapojuje méně adaptivním chováním a běžně neočekává pozitivní interakce s druhými.

3) Sekce sebepercepce:

U pacienta se neprojevují stylistické rysy osobnosti. Úroveň jeho sebehodnoty je podprůměrná a prožívá negativní sebeúctu ($Egoc=0.43$) a pesimistický sebeobraz

($MOR=2$), který je kotven více v imaginaci než ve zpětné vazbě z okolí. Introspekci používá rutinně k přehodnocování vlastního self.

4) Afektivní sekce:

V protokolu je přítomný neobvyklý emoční problém. Své emoce chlapec inhibuje s dopadem do bolestného prožívání a dezorganizace ($WSumC=0$), přesto se emocemi cítí přitahován a je ochotný je prožívat ($Afr=1$). Projevuje se u něj dispozice k negativismu a opozičním reakcím vůči okolí, která může narušovat navazování a udržení vztahů.

5) Sekce zpracování dat:

Chlapec projevil tendenci k ekonomickému zpracování informací s vyhýbáním se komplexnosti ($Zf=8$). Zpracování je stejné jako u většiny populace. Pozoruje ovšem rychle a nahodile a často opomíjí důležité prvky v podnětovém poli ($Zd=-3.5$). Čas od času může mít potíže v přesouvání pozornosti. Kvalita zpracování je adekvátní, ale více ekonomická.

6) Mediační sekce:

Pacientova mediace je přiměřená situaci a je přítomné konvenční testování reality. Bez známek mediačního poškození ($X\%=0,14$). Jeho chování je méně konvenční, a to i v dobře čitelných situacích. Jeho rozhodnutí jsou proto více individualistická, ale nejedná se o odraz porušeného testování reality. Pacient se necítí být ovlivněn požadavky z okolí ($X+\%=0.5$).

7) Sekce ideace:

Jeho myšlení je silně fixované a pro chlapce je tak obtížné měnit kognitivní strategie. Jeho periferní ideační aktivita je přiměřená ($FM+m=3$). Myšlení není poznamenáno neobvyklými faktory, ale existují situace s nižší jasností a zralostí myšlení ($ALOG=1$).

Mezi nejvýraznější znaky protokolu patří:

- Vysoká *Lambda* a koartovaný *EB styl*
- Vysoká hodnota *CDI*
- Nízký výskyt čistých lidských obsahů (*H*) a kvalitních lidských pohybů (*M-*)
- Obtížnější sociální zapojení (*PHR*) a neočekávání pozitivní interakcí (*COP, AG*)
- Negativní sebeúcta (*Egoc*) a pesimistický sebeobraz (*MOR*)
- Inhibice emocí s dopady do bolestného prožívání a dezorganizace (*WSumC*)
- Dispozice k negativismu a opozičním reakcím vůči okolí (*S*)
- Ekonomickému zpracování informací (*Zf*) s opomíjením důležitých prvků (*Zd*)
- Potíže v přesouvání pozornosti (*PSV*)
- Méně konvenční jednání (*P, X+%*)
- Silně fixované myšlení (*a:p*)
- Výskyt situací s nižší jasností a zralostí myšlení (*ALOG*)

Z výše uvedeného je patrná chlapcova nižší sociální zralost a častější potíže v interakci s druhými (*CDI*), které ovšem u dětí do 9 let v nepovažujeme za neobvyklé, jelikož teprve usilují o vlastní identitu a vztahy s vrstevníky. O ostatní osoby se zajímá jako většina populace, ale nemusí jim vždy dobře rozumět. Má tendence číst špatně jejich chování a nesprávně interpretovat sociální gesta, což vede k sociálním omylům. Disponuje také nižším množstvím empatie (*M-*). Do interpersonálních vztahů se zapojuje méně adaptivním chováním a běžně neočekává pozitivní interakce s druhými. Jeho chování je méně konvenční i v dobře čitelných situacích. Jeho rozhodnutí jsou proto více individualistická, jelikož se chlapec necítí ovlivněn požadavky z okolí (*X+%*). Projevuje se u něj také dispozice k negativismu a opozičním reakcím vůči okolí narušující navazování a udržení vztahů. Tato skupina znaků je v souladu s pacientovým problematickým interpersonálním jednáním v anamnéze.

Úroveň jeho sebehodnoty je podprůměrná a prožívá negativní sebeúctu a pesimistický sebeobraz (*MOR*), přičemž jeho sebehodnota je kotvena více v imaginaci než ve zpětné vazbě z okolí. Tento ukazatel vypovídá rovněž o pokřiveném sebeobrazu, který často negativně ovlivňuje rozhodování a řešení problémů, které pacient mnohdy řeší autoagresí či agresí směřovanou k druhým.

Své emoce inhibuje s dopadem do bolestného prožívání a dezorganizace (*WSumC*), přesto se emocemi cítí přitahován a je ochotný je prožívat (*Aff*).

Pacientovo podnětové pole je vlivem vyhýbavého stylu a emočních potíží zúžené a ignoruje tak důležitost některých prvků s dopadem do tunelového vidění. Dále projevil tendenci k ekonomickému zpracování informací s vyhýbáním se komplexnosti (*Zf*). Podněty pozoruje rychle a nahodile a často opomíjí důležité prvky v podnětovém poli (nízké *Zd*). Čas od času může mít také potíže v přesouvání pozornosti. Tyto znaky se jeví v souladu s obtížemi u ADHD. Kvalita zpracování je přesto adekvátní, ale více ekonomická. Chlapcovo myšlení není poznamenáno neobvyklými faktory, ale existují situace s nižší jasností a zralostí myšlení.

7.8 Kazuistika 8

Chlapec, 7 let, přijat k plánovanému stabilizačnímu pobytu na kliniku dětské psychiatrie s poruchou aktivity a pozornosti F90.0 pro přetrvávající potíže v chování. Pacient byl diagnostikován Rorschachovou metodou poprvé. Byl s metodou obeznámen a před samotným vyšetřením také proběhl krátký rozhovor, který sloužil pro lepší navázání kontaktu, spolupráci a odbourání počátečních nejistot a obav z vyšetření.

Anamnestická data

Nynější onemocnění

Chlapec sledován již od mateřské školy pro nápadnosti v chování. Chodil vykonávat potřebu za altán na zahradě jako naschvál učitelkám. Přetrvávají obtíže se sebeobsluhou jako například ranní oblékání do školy. Ignoruje pokyny a dál si dělá své věci, zpívá si nebo si jde hrát. Dlouho mu trvá se najíst. Jeho potíže nejsou vázány pouze na školu. Vydává výrazné zvuky, často křičí, dělá taneční kreace, rozhazuje rukama. V minulosti častá masturbace, která je nyní vlivem medikace mírnější. Umí být kamarádský, pomáhá druhým, k sestře se chová velmi hezky. Je méně obratný a vzteká se, když mu něco nejde. Z pochval je vždy velmi nadšený, ovšem pochvaly od matky ignoruje. Nyní stížnosti na chování zejména v domácím prostředí. S matkou docházel na rodinné terapie se zlepšováním, avšak po ukončení nastalo opětovné zhoršení.

Rodinná anamnéza

Žije v úplné rodině se 14 měsíční sestrou. Měl vlastní pokoj, ale nechtěl tam být, a tak spí u rodičů v ložnici. Matka byla v dětství ve výchovném ústavu pro úteky - náročný rozvod rodičů. Léčila se na adiktologické klinice pro abúzus alkoholu, nyní 9 let abstínuje.

Osobní anamnéza

Těhotenství nekomplikované, porod vyvolávaný po termínu, spontánní, vakuumextraktor. Nižší Apgar skóre. Docházeli na Vojtovu metodu kvůli opožděné motorice, přechodně se vyskytovaly tiky. Samostatná chůze v 15 měsících, první slova okolo 12 měsíců. V roce 2021 chlapec prodělal operaci prstu kvůli nehodě ve škole. Léčí se s astmatem - medikován. Spánek doprovázen nočními děsy, večer nechce jít do postele. Ve školní dny užívá Ritalin, od léta 2021 Asentra.

Sociální anamnéza

Do mateřské školy nastoupil ve 3 letech a od počátku byly na jeho chování stížnosti - byl hluchý a nepřizpůsobivý. Poté proběhlo vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně s diagnózou porucha aktivity a pozornosti a nastoupil do přípravné třídy. Nyní je v 1. třídě základní školy, kde je vlivem medikace jeho chování bez nápadností. Chodí na florbal, kde ho to velmi baví a kde je jeho chování bez potíží. Známkový má dobré.

Chlapec přichází na vyšetření lucidní, orientovaný a kontakt navazuje ochotně. Odpovídá adekvátně, stručně. Je lehce ostýchavý, ale jeho odpovědi jsou bez latencí. Psychomotorické tempo je v normě, myšlení souvislé, bez psychotických příznaků. Chlapec je normoforický, bez agrese, emočně stabilní. Administrace ROR proběhla v souladu s Komprehenzivním systémem (Exner, 2003). Rozhovor před administrací proběhl standardním způsobem. Pacient nepoložil žádné otázky.

Tabulka č. 16: Protokol VIII.

1) I - Orientace A - ^

Motýl

E: OO S: Protože má křídla a je černej.

2) I - Orientace A - ^

Strašidlo

E: OO S: Má malé růžky. Je to spojený s čertem. E: Spojený s čertem? S: Mohl by to být čert. Strašidlo s rohami. Má oči a tady pusku (S). Tady uši. E: Čím je to strašidelné? S: Těma ušima právě.

3) I - Orientace A - ^

Brouk, co má malý kusadla.

E: OO S: Tady má pusku a kusadla.

4) II - Orientace C - v

Krocán

E: OO S: Je to černý. A krocán to má tady tělo černý a hlavu červenou. E: Můžeš mi to ještě jednou ukázat prosím? S: Tady má svojí červenou hlavu, dole nohy a ta černá bude tělo.

5) II - Orientace C - v

A taky kohout

E: OO S: Je to to samý jako ten krocán, a mohl by to být taky kohout. E: A čím ti to připomnělo kohouta? S: Kohouti taky mají červené hlavy.

6) III - Orientace C - v

Nějaký rozšlápnutej brouk, a to je jeho krev to červený (ukazuje).

E: OO S: Jo, to celý tak prostě vypadá. E: Pomoz mi to prosím vidět jako ty. E: Nemá tam tělo celý, jen nějaký kousky a tady má krev to červený. S: Kousky? E: Nevím, prostě tam něco je.

7) IV - Orientace A - ^

Mimozemšťan zmutovanej

E: OO S: (ukazuje) E: Zmutovanej? S: Takhle nevypadá. E: Tak proč mimozemšťan? S: Protože tady má takový anténky malý - tady nahoře jí má jako mimozemšťani (ukazuje). Tohle je možná ruka jedna jeho (D1). Tady má nohy a tělo.

8) V - Orientace A - ^

Motýl

E: OO S: Motýl má takový ty tykadýlka a křídla.

9) V - Orientace A - ^

Sova

E: OO S: Sova má tady takový veliký uši a drápy na nohách. A křídla.

10) VI - Orientace A - ^

Drak bez křídel

E: OO S: Tady má velikou pusou, fousky. Má tělo, ale nemá křídla. E: Jak to myslíš, že je bez křídel? S: Je to ten drak, co je prostě nemá.

11) VII - Orientace C - v

Malý dítě

E: OO S: Je to prdelka malýho dítěte (ukazuje) a tady má takovou tu díru dovnitř. E: Díru? S: Je to černý.

12) VII - Orientace C - v

Mořští koníci

E: OO S: (ukazuje) Protože mají takový ty čumáky.

13) VII - Orientace C - v

Kamenná brána

E: OO S: Jo, prostě to tady tak vypadá jako brána (ukazuje). E: Kamenná? S: Je to černý jako kámen.

14) VIII - Orientace A - ^

Lidské tělo

E: OO S: Tady to modrý můžou bejt plíce. E: Plíce? S: Můžou tak vypadat tím tvarem.

15) VIII - Orientace C - v

Hlava psa

E: OO S: Má oči, uši. Vypadá to jako hlava psa.

16) IX - Orientace C - v

Já si myslím, že to je stejný, jako to předtím, ale jako kdyby se to spojilo. A připomíná to tady lidský tělo. To modrý jsou plíce.

E: OO S: Může to vypadat tvarem jako dvě plíce.

17) X - Orientace A - ^

Nevim... Tohle může být Covid.

E: OO S: Mají takový ty nožičky. E: Myslíš jako virus? S: Jo.

Tabulka č. 17: Strukturální souhrn VIII.

Pozn.				
Loc. feat.	Blends	Singles	Contents	Approach
Zf = 11	FC.C'F	M = 0	H = 0	I: W WS Dd
Zsum = 30.5	FC.C'F	FM = 0	(H) = 1	II: W W
Zest = 34.5		m = 0	Hd = 1	III: W
Zd = -4		FC = 1	(Hd) = 1	IV: W
		CF = 0	Hx = 0	V: W W
		C = 0	A = 6	VI: W
W = 10		Cn = 0	(A) = 1	VII: D D W
D = 6		FC' = 2	Ad = 3	VIII: D D
W+D = 16		C'F = 0	(Ad) = 0	IX: D
Dd = 1		C' = 0	An = 2	X: D
S = 1		FT = 0	Art = 0	
		TF = 0	Ay = 0	Special Scores
		T = 0	B1 = 1	Lvl1 Lvl2
DQ		FV = 1	Bt = 0	DV = 1 x1 0 x2
+ = 1		VF = 0	Cg = 0	INC = 1 x2 0 x4
o = 15		V = 0	CL = 0	DR = 0 x3 0 x6
v/+ = 1		FY = 0	Ex = 0	FAB = 0 x4 0 x7
v = 0		YF = 0	Fd = 0	ALOG = 0 x5
		Y = 0	Fi = 0	CONT = 0 x7
		Fr = 0	Ge = 0	Sum6 = 2
		rF = 0	Hh = 0	WSum6 = 3
		FD = 0	Ls = 0	
	FQ: MQ: W+D:	FD = 0	Na = 1	AB = 0 GHR = 1
+ = 0	0 0	F = 11	Sc = 0	AG = 0 PHR = 2
o = 2	0 2		Sx = 0	COP = 0 MOR = 1
u = 6	0 5		Xy = 0	CP = 0 PER = 0
- = 9	0 9		Id = 1	PSV = 2
none = 0	0 0	(2) = 2		

Ratios, Percentages, and Derivations			
CORE		AFFECT	INTERPERSONAL
R = 17	L = 1.83	FC : CF+C = 3:0	COP = 0 AG = 0
Coartation		Pure C = 0	GHR : PHR = 1:2
EB = 0:1.5	EA = 1.5	SumC':WsumC = 4:1.5	a : p = 0:0
eb = 0:5	es = 5	Afr = 0.31	Food = 0
	Adjes = 5	S (Space) = 1	SumT = 0
		Blends : R = 2:17	Human cont. = 3
		CP = 0	Pure H = 0
FM = 0	SumC' = 4	Col-shd bl. = 2	PER = 0
m = 0	SumV = 1		Isol.index = 0.12
IDEATION	MEDIATION	PROCESSING	SELF-PERCEPTION
a : p = 0:0	XA% = 0.47	Zf = 11	3r+(2)/R = 0
Ma:Mp = 0:0	WDA% = 0.44	W:D:Dd = 10:6:1	Fr+rF = 0
Intell = 0	X-% = 0.53	W:M = 10:0	Sum V = 1
MOR = 1	S- = 0	Zd = -4	FD = 0
Sum6 = 2	P = 2	PSV = 2	An+Xy = 2
WSum6 = 3	X+% = 0.12	DQ+ = 1	MOR = 1
Lv2 = 0	Xu% = 0.35	DQv = 0	H: (H)+Hd+(Hd) = 0:3
M- =			
M none =			

PTI = 3	DEPI = 6*	CDI = 4*	SCON = 7	HVI = No	OBS = No
---------	-----------	----------	----------	----------	----------

V protokolu VIII. je úroveň Lambdy zvýšená a svědčí o vyhýbavějším chování. Protokol bude přesto konzervativně interpretován, jelikož pacient během celého vyšetření projevoval snahu a program protokol vyhodnotil jako validní.

První pozitivní klíčová proměnná je $DEPI > 5$ a $CDI > 3$. Podle pravidel Komprehensivního systému bude sedm datových sekcí interpretováno v následujícím

pořadí: sekce Interpersonální, Sebepercepční, Centrální, Afektivní, sekce zpracování dat, sekce Mediační a Ideální.

1) Interpersonální sekce:

U chlapce se v protokolu projevila menší sociální zralost, která zapříčiňuje častější potíže v interakci s druhými ($CDI=4^*$). Nicméně u dětí do 9 let tento index nepovažujeme za neobvyklý, jelikož děti teprve usilují o vlastní identitu a vztahy s vrstevníky. O druhé osoby se přesto příliš nezajímá a do interpersonálních vztahů zapojuje méně adaptivním chováním. Běžně také neočekává pozitivní interakce s druhými. Nejsou přesto přítomné indicie pro defenzivnost v sociálních situacích.

2) Sekce sebepercepce:

Sebeobraz pacienta není odrazem stylistických rysů osobnosti. Úroveň jeho sebehodnoty je podprůměrná a prožívá negativní sebeúctu ($Egoc=0.12$, $An+Xy=2$). Je zaujat negativními aspekty self, jelikož je přítomná bolestivá introspekce ($V=1$). Sebeobraz a vlastní sebehodnota je kotvena více v imaginaci než ve zpětné vazbě z okolí. Tento ukazatel vypovídá rovněž o pokřiveném sebeobrazu, který často negativně ovlivňuje rozhodování a řešení problémů.

3) Centrální sekce:

U chlapce je přítomný neobvyklý afektivní problém (EB). Jeho podnětové pole je zúžené a ignoruje tak důležitost některých prvků s dopadem do tunelového vidění. Internalizuje pocity, které by rád vyjádřil, ale nedokáže to ($SumC'=4$).

4) Afektivní sekce:

Pacient pravděpodobně zažívá vztahy, které jsou povrchní a neodměňující, a vytváří tak stav emočního zmatku ($DEPI=6$, $CDI=4^*$). Své emoce inhibuje s dopadem do bolestného prožívání a dezorganizace ($WSumC=1.5$) a má zároveň tendenci se emočním

impulzům vyhýbat ($Afr=0.31$). Projevil větší úsilí ke zvládnání emocí ($FC > CF + C$). V emočních situacích je častěji zmatený a nejistý.

5) Sekce zpracování dat:

Vynaložil větší úsilí při zpracování podnětového pole, než by odpovídalo vyhýbavému stylu ($Zf=11$). Pozoruje ovšem rychle a nahodile a často opomíjí důležité prvky v podnětovém poli ($Zd=-4$). Přítomné jsou také potíže v přesouvání pozornosti. Kvalita zpracování je adekvátní, ale více ekonomická. V běžném životě je pravděpodobné selhávání v dosahování stanovených cílů, jelikož se snaží dosáhnout více, než je rozumné s ohledem na dostupné zdroje.

6) Mediační sekce:

Pacientovo mediační poškození je výrazné a je přítomná dysfunkce v testování reality ($WDA%=0.44$). Může se jednat o uspěchaný přístup a impulzivitu v mediaci. Obvykle je spojeno s poruchami adaptace ($X-%=0,53$). Jeho chování je méně konvenční a to i v dobře čitelných situacích. Nepřiměřené chování je více způsobeno mediační dysfunkcí ($X+%=0.12$).

7) Sekce ideace:

Chlapec se vyhýbá nebo redukuje zažívání svých potřeb ($FM=0$). Jelikož kontrola potřeb není zcela možná, vede toto chování často k impulzivnímu jednání. Myšlení není poznamenáno neobvyklými faktory.

Mezi nejvýraznější znaky protokolu patří:

- Vysoká *Lambda*, pozitivní index *CDI* a *DEPI*
- Nízkým zájem o druhé osoby (*SumH*) a méně adaptivní chování (*PHR*)
- Neočekávání pozitivních interakcí (*COP, AG*)

- Negativní sebeúcta (E_{goc} , $An+Xy$) a bolestivá introspekce (V)
- Nadměrná internalizace pocitů ($SumC'$) s dopadem do bolestného prožívání ($WSumC$)
- Tendenci vyhýbat se emočním impulzům (Afr)
- Větší úsilí ke zvládnání emocí ($FC > CF+C$)
- Opomíjení důležitých podnětových prvků (Zd) a potíže v přesouvání pozornosti (PSV)
- Výrazné mediační poškození ($WDA\%$) obvykle spojeno s poruchami adaptace ($X-\%$)
- Méně konvenční chování (P) způsobeno mediační dysfunkcí ($X+\%$)
- Nízký počet zvířecích pohybů (FM) a lidských pohybů (M)

Z výše uvedeného je patrné, že chlapec zažívá vztahy, které jsou povrchní a neodměňující, a vytváří tak stav emočního zmatku ($DEPI$, CDI). Lze usuzovat na poškozený vztah s matkou. V emočních situacích je častěji zmatený a nejistý. Své emoce inhibuje s dopadem do bolestného prožívání a dezorganizace (nízké $WSumC$) a má zároveň tendenci se emočním impulzům vyhýbat. Internalizuje pocity, které by rád vyjádřil, ale nedokáže to (vyšší $SumC'$). Vyhýbá se nebo redukuje zažívání svých potřeb, ale jelikož jejich kontrola není zcela možná, vede toto chování častěji k impulzivnímu jednání. Přesto pacient projevil větší úsilí ke zvládnání emocí.

O druhé osoby neprojevuje přílišný zájem a do interpersonálních vztahů se zapojuje méně adaptivním chováním. Běžně také neočekává pozitivní interakce s druhými. Přesto nejsou přítomné indicie pro defenzivnost v sociálních situacích a emocionální blízkosti je otevřený, což odpovídá jeho schopnostem být i kamarádský či pomáhání druhým.

Jeho úroveň sebehodnoty je podprůměrná a prožívá negativní sebeúctu ($An+Xy$). Je zaujat negativními aspekty self, jelikož je přítomná bolestivá introspekce

(V). Sebeobraz a vlastní sebehodnota je kotvena více v imaginaci než ve zpětné vazbě z okolí. Tento ukazatel vypovídá rovněž o pokřiveném sebeobrazu, který často negativně ovlivňuje rozhodování a řešení problémů.

Chlapcovo mediační poškození je výrazné a je přítomná dysfunkce v testování reality ($WDA\%$). Může se jednat o uspěchaný přístup a impulzivitu v mediaci, které jsou obvykle spojeny s poruchami adaptace ($X-\%$). Jeho nepřiměřené chování, které je méně konvenční i v dobře čitelných situacích, je převážně způsobeno mediační dysfunkcí ($X+\%$). Těmto znakům odpovídá chlapcova náročná přizpůsobivost v mateřské škole nebo také ignorování pokynů.

Chlapcův neobvyklý afektivní problém společně s vyhýbavým stylem vede k zúžení podnětového pole a ignoruje tak důležitost některých prvků s dopadem do tunelového vidění. Přesto při zpracování podnětového pole vynaložil větší úsilí, než by odpovídalo vyhýbavému stylu. Pozoruje ovšem rychle a nahodile a často opomíjí důležité prvky v podnětovém poli (nízké Zd). Kvalita zpracování je adekvátní, ale více ekonomická. Přítomné jsou také potíže v přesouvání pozornosti, které jsou u ADHD obvyklé.

7.9 Kazuistika 9

Pacientka, 10 let, přijata ke stabilizačnímu pobytu na kliniku dětské psychiatrie s diagnózou porucha aktivit a pozornosti F90.0 pro agresivní chování. Pacientka byla diagnostikována Rorschachovou metodou poprvé. Byla s metodou obeznámena a před samotným vyšetřením také proběhl krátký rozhovor, který sloužil pro lepší navázání kontaktu, spolupráci a odbourání počátečních nejistot a obav z vyšetření.

Anamnestická data

Nynější onemocnění

Pacientka přijata ke stabilizačnímu pobytu pro obtížnou spolupráci a agresivní projevy vůči ostatním dětem. Ve škole pracuje pouze, když se jí chce. Ve známkách je v poslední době velké zhoršení. Obtížně navazuje dlouhodobá přátelství a vztahy jí obvykle vydrží pár týdnů. Na letním táboře s dalším chlapcem, který tam na ni zbyl, šikanovali mladší děti. Ve škole se také chlubí, že nepolyká léky, které dle matky užívá. Mladšího sourozence má ráda, ale když ji obtěžuje, je na něj agresivní a strká do něj. Dále se vyskytují potíže s dodržováním hygieny.

Rodinná anamnéza

Dívka žije s matkou, dále již 2 roky s nevlastním otcem a 2 letým bratrem. Vztahy v domácnosti jsou dobré. Někdy je pacientka agresivní na mladšího bratra, když ji obtěžuje. Matky partnera přijala dobře. Její rodiče se rozešli před 3 lety pro zvýšený abúzus alkoholu otce. Otec se o pacientku zajímá, bere si ji každých 14 dní na víkendy.

Osobní anamnéza

Gestační Diabetes Mellitus, řešeno dietou. Porod vyvolávaný v 41. týdnu těhotenství, přirozený. Psychomotorický vývoj probíhal v normě. Dívka docházela na logopedii od 5 let pro úpravu výslovnosti. V kojeneckém věku hospitalizována pro podezření na přítomnost krve ve zvracích, neprokázána. Pacientka dále prodělala běžná dětská onemocnění. Užívá Rispen během školní docházky. Spánek má bez potíží, méně se stravuje a pije.

Sociální anamnéza

Do mateřské školy nastoupila ve 3 letech. Brzy se objevily kázeňské potíže jako neposlušnost a odbíhání. Školní docházka byla odložena pro nezralost a docházela tak do přípravné třídy. Během 1. třídy základní školy vyšetřena pro potíže v chování v

pedagogicko-psychologické poradně se závěrem porucha aktivity a pozornosti. Aktuálně je ve 4. třídě a známky má průměrné. Poslední dobou je výrazné zhoršení v chování. Ve třídě vyrušuje a ke spolužákům se chová agresivně. Škola třikrát změněna z důvodů stěhování rodiny.

Na vyšetření přichází dívka upravená, hovorná, s přátelským vystupováním, kontakt navazuje spontánně. Odpovídá na dotazy, které spontánně a bezprostředně rozvíjí. Přítomný je mírný motorický neklid. Nálada dobrá, dívka bez tenze, emočně stabilní, neagresivní, bez zjevných poruch vnímání či myšlení. Administrace ROR proběhla v souladu s Komprehenzivním systémem (Exner, 2003). Rozhovor před administrací proběhl standardním způsobem. Pacientka nepoložila žádné otázky.

Tabulka č. 18: Protokol IX.

1) I - Orientace A - ^

Je to divný. To nevypadá jako nic... Maska pavouka.

E: OO S: Oči pavouka (S). E: Maska pavouka? S: Ne, je to hlava pavouka.

2) I - Orientace A - ^

Víla, která má roztrhaný křídla.

E: OO S: Má křídla, tady hlava. Tady to má potrhány (S). Tělo (ukazuje). Já jsem se včera dívala na Zlobu, tak to tak vypadá. Mí to připomnělo.

3) II - Orientace A - ^

Nesmysl. Tohle neexistuje... Tohle vypadá jako letadlo.

E: OO S: Protože to má křídla, předek a zadek.

4) II - Orientace A - ^

Nebo to vypadá jako pták.

E: OO S: Hlavně téma křídla.

5) II - Orientace A - ^

Tohle vypadá jako motýl.

E: OO S: Dva motýli. Mají barevná křídla. Teď je mají spojený, jako u sebe.

6) II - Orientace A - ^

Tohle je taky jako motýl.

E: OO S: Má hezký křídla. E: Hezký? S: Se mi líběj. E: Čím se ti líběj? S: Maj tohle takový zajímavý ten tvar a hezkou barvu.

7) II - Orientace A - ^

Tohle vypadá jako nějaký chrám nebo socha. Taková ta věž na chrámu.

E: OO S: Má to ten tvar.

8) III - Orientace A - ^

Tohle vypadá jako mašle.

E: OO S: Jo. E: Jakou mašli myslíš? S: Na oblečení. Může se dávat i do vlasů. E: Čím ti to připomnělo mašli? S: Má to takovej tvar.

9) III - Orientace A - ^

Kytičky co padají dolů, když je hází nevěsta.

E: OO S: Dvě svatební kytice, na obou stranách. Mohlo by to vypadat jako kytice, padající. Je i hezky barevná.

10) III - Orientace A - ^

Hlava brouka.

E: OO S: Oči, nos, hrozný zuby, kterými ti může prokousnout ruku (ukazuje).

11) IV - Orientace A - ^

Socha

E: OO S: Tady ten prostředek vypadá, jako se dávají takové mumie do takové ty krabice a pak to nechaj v chámě... V chrámu jsou taky pastě. E: Jak to myslíš? S: Je to taková ta krabice a v tom je ta mumie, jako v chrámech.

12) V - Orientace A - ^

Netopýr. Někdo kreslil netopýra, tady to poznám.

E: OO S: Letí. Tady má uši, hlava, nohy, křídla.

13) VI - Orientace A - ^

Taková divná hvězda

E: OO S: Tady (ukazuje) E: Divná? S: Není úplně pravidelná. Ale je to hvězdě podobný.

14) VI - Orientace A - ^

Tohle vypadá jako nějaká paní

E: OO S: Má rukávy tady. Tohle je... nevím co. Někdy oblečení a stojí. E: Takže ta paní stojí? S: Jo. A má zvláštní rukávy na tom oblečení.

15) VI - Orientace B - >

Lod' a nějaký ostrov. Tohle je jezero, a proto je to vidět dvakrát. Odraz ve vodě.

E: OO S: Lod' (ukazuje) a tady ostrov. Krásnej obrázek. E: Krásnej? S: Jo jak je tam ta vodní hladina.

16) VII - Orientace A - ^

Tohle vypadá jako hlava Zvonilky.

E: OO S: Má culík a hlavu. Vypadá úplně jako víla Zvonilka.

17) VIII - Orientace C - v

Klaun, který se směje. Má červený oči. Vypadá jako z hororu.

E: OO S: Jo. E: Jako z hororu? S: Těma červenýma očima. Je to nějaký šašek. Je to barevný jako klaun. A směje se.

18) VIII - Orientace C - v

Nebo jako obří obr tohle spíš.

E: OO S: Má oči, svaly a nohy. Vypadá to hrozně svalnatě. Jako svalnatěj obr.

19) IX - Orientace A - ^

Hrad v dálce.

E: OO S: Tady (ukazuje) E: V dálce? S: Jako v mlze asi. Prostě to není moc vidět. S: Není to moc vidět? E: Ta barva je světlejší než ty ostatní, není tolik vidět.

20) X - Orientace A - ^

Tohle vypadá jako kytka.

E: OO S: Že to tak vypadá tyhle dvě. E: Čím ti to připomnělo kytku? S: To zelený jako poupátko a žlutý jako kytka.

E: Zelený? S: Jo.

21) X - Orientace A - ^

Tohle je jako mořskej koník.

E: OO S: To tak vypadá, je to veliký. Mají takovej ocas a tělo.

22) X - Orientace A - ^

Tohle vypadá jako kytička. Nevím, jak se jmenuje. To, co se točí.

E: OO S: Nevím jak se to jmenuje. Takový to, co často padá. E: Myslíš to, co padá ze stromů a lepší se to často na nos?

S: Jojo. E: A tady to taky vypadá, že to padá? S: To ne, ale často to padá ze stromů.

23) X - Orientace A - ^

Tohle vypadá jako mořskej ježek.

E: OO S: Má to ostny, hodně ostnů. Mamka na dovolený říkala, ať na ně dávám bacha. Myslim, že to hodně bolí. E:

Čím je mořský ten ježek? S: Nevim, vypadá tak.

24) X - Orientace A - ^

A tohle jako ryba co se zatočí. Ne ryba, kreveta.

E: OO S: Umí se to zatočit a jí se to. Je to mořskej plod.

Tabulka č. 19: Strukturální souhrn IX.

Loc. feat.	Blends	Singles	Contents	Approach
Zf = 9	mp.CF	M = 1	H = 1	I: WS WS
Zsum = 35	Ma.CF	FM = 1	(H) = 2	II: DS DS D D D
Zest = 27.5		m = 0	Hd = 0	III: D D D
Zd = 7.5		FC = 3	(Hd) = 2	IV: Dd
		CF = 0	Hx = 0	V: W
		C = 0	A = 6	VI: D D W
W = 5		Cn = 0	(A) = 0	VII: D
D = 17		FC' = 0	Ad = 2	VIII: W D
W+D = 22		C'F = 0	(Ad) = 0	IX: Dds
Dd = 2		C' = 0	An = 0	X: D D D D D
S = 5		FT = 0	Art = 0	
		TF = 0	Ay = 1	Special Scores
		T = 0	Bl = 0	Lvl1 Lvl2
DQ		FV = 0	Bc = 3	DV = 2 x1 0 x2
		VF = 0	Cg = 2	INC = 0 x2 0 x4
+ = 3		V = 0	Cl = 0	DR = 1 x3 0 x6
o = 21		FY = 1	Ex = 0	FAB = 0 x4 0 x7
v/+ = 0		YF = 0	Fd = 1	ALOG = 0 x5
v = 0		Y = 0	Fi = 0	CONT = 0 x7
		Fr = 1	Ge = 0	Sum6 = 3
		rF = 0	Hh = 0	WSum6 = 5
		FD = 0	Ls = 0	
	FQ: MQ: W+D:	F = 15	Na = 2	AB = 0 GHR = 3
+ = 0	0 0		Sc = 4	AG = 0 PHR = 2
o = 11	1 11		Sx = 0	COP = 0 MOR = 1
u = 8	0 7		Xy = 0	CP = 0 PER = 1
- = 5	1 4		Id = 1	PSV = 0
none = 0	0 0	(2) = 6		

Ratios, Percentages, and Derivations

CORE			AFFECT			INTERPERSONAL		
R = 24	L = 1.67		FC : CF+C = 3:2			COP = 0	AG = 0	
Ambitent Avoidant			Pure C = 0			GHR : PHR = 3:2		
EB = 2:3.5	EA = 5.5	EBper = No	SumC':WsumC = 0:3.5			a : p = 2:2		
eb = 2:1	es = 3	D = 0	Afr = 0.5			Food = 1		
	Adjes = 3	AdjD = 0	S (Space) = 5			SumT = 0		
			Blends : R = 2:24			Human cont. = 5		
FM = 1	SumC' = 0	SumT = 0	CP = 0			Pure H = 1		
m = 1	SumV = 0	SumY = 1	Col-shd bl. = 0			PER = 1		
						Isol.index = 0.29		
IDEATION			PROCESSING			SELF-PERCEPTION		
a : p = 2:2			Zf = 9			3r+(2)/R = 0.38		
Ma:Mp = 1:1	XA% = 0.79		W:D:Dd = 5:17:2			Fr+rF = 1		
Intell = 1	WDA% = 0.82		W:M = 5:2			Sum V = 0		
MOR = 1	X-% = 0.21		Zd = 7.5			FD = 0		
Sum6 = 3	S- = 2		PSV = 0			An+Xy = 0		
WSum6 = 5	P = 2		DQ+ = 3			MOR = 1		
Lv2 = 0	X+% = 0.46		DQv = 0			H: (H)+Hd+ (Hd) = 1:4		
M- = 1	Xu% = 0.33							
M none = 0								
PTI = 0	DEPI = 4	CDI = 5*	SCON = 6	HVI = Yes	OBS = No			

V protokolu IX. je úroveň Lambdy zvýšená a svědčí o vyhýbavějším chování. Protokol bude přesto konzervativně interpretován, jelikož pacientka během celého vyšetření projevovala snahu a program protokol vyhodnotil jako validní.

První pozitivní klíčová proměnná je $CDI > 3$. Podle pravidel Komprehensivního systému bude sedm datových sekcí interpretováno v následujícím pořadí: Centrální sekce, Interpersonální, Sebepercepční, Afektivní, sekce zpracování dat, sekce Mediační a Ideální.

1) Centrální sekce:

U dívky se projevuje bezradnost ve zvládnání nároků každodenního života, a to zejména v interpersonální oblasti ($CDI=4^*$). Schopnost zvládat zátěž může být v protokolu nadhodnocená ($Adj\ es < 5$), nicméně jsou přítomné také zdroje pro zvládnání zátěže.

2) Interpersonální sekce:

Dívka je i se zohledněním věku méně sociálně zralá a zažívá tak častěji potíže v interakci s druhými ($CDI=5^*$). Zároveň jí chybí pocit bezpečí a komfort ve vztazích a má tak snížený zájem o sdílení intimity s druhými. Pervazivně užívá zvýšené množství energie k udržení stavu připravenosti a ostražitosti vůči hrozbám z okolí. V mezilidském kontaktu vzrůstá tendence být pozorná a nedůvěřivá. Na pozadí tohoto jednání je pocit vlastní zranitelnosti. Blízké vztahy nenavazuje do doby, než cítí kontrolu nad situací ($HVI=YES$). Dále projevila menší zájem o zapojení do společenského kontaktu ($ISOL=0.29$). Emocionální blízkosti je nicméně otevřená a o ostatní osoby se zajímá jako většina populace. Nemusí jim ovšem vždy dobře rozumět. Má tendence číst špatně jejich chování a nesprávně interpretovat sociální gesta, což vede často k sociálním omylům. Do interpersonálních vztahů se přesto zapojuje adaptivním chováním, běžně ovšem neočekává pozitivní interakce.

3) Sekce sebepercepce:

Dívka se zaměřuje na pocity vlastní zranitelnosti a na udržení bezpečí své osobní integrity. Selhání obvykle připisuje vnějším událostem (pozitivní HVT). Vyskytuje se zvýšená sebehodnota ($F_r=1$), která se ovšem u dětí běžně vyskytuje. Samotný index egocentricity je naopak nízký a úroveň jejího sebehodnoty je nižší, než je pro její věk typické. Je sebou méně zaujata ($FD, V=0$), ale sebeobraz neobsahuje negativní rysy. Dívky sebehodnota je postavena na imaginaci a fantazii, což vypovídá o pokřiveném sebeobrazu.

4) Afektivní sekce:

U dívky se dále projevila vyhýbavě ambivalentní strategie, při které se vyhýbá komplexnímu i koncepčnímu myšlení. Častá je rovněž nekonzistence. Její vyhýbavá strategie je dominantní a je přítomná tendence k méně sofistikovaným řešením během značné redukce podnětů. Častější jsou také případy snížené modulace emocí nebo naopak jejich neúměrná redukce. U dětí považujeme tento styl za častější a přijatelný. O samotné emoční podněty se zajímá méně ($Af=0.5$). Své emoční procesy přesto dokáže ovládat dobře. Při testové situaci se zlobí a pravděpodobně má negativní postoje vůči autoritám obecně.

5) Sekce zpracování dat:

Dívka projevila tendenci k ekonomickému zpracování informací s vyhýbáním se komplexnosti ($Zf=9$). Věnovala pozornost tomu nejobyčejnějšímu bez hledání souvislostí. Přesto se snažila vyhnout nedbalostem a vynaložila větší úsilí při skenovacích aktivitách, než by bylo nutné. Do vstupu jsou zahrnovány i méně podstatné informace ($Zd=7.5$). Kvalita zpracování je u dívky nicméně adekvátní.

6) Mediační sekce:

Pacientky mediace je přiměřená situaci a je přítomné konvenční testování reality. Přesto je přítomná mediační dysfunkce ($X-\%=0,21$), která bude pravděpodobně souviset s

afekty. Její chování je méně konvenční a to i v dobře čitelných situacích. Její nepřiměřené chování je tak více způsobeno mediační dysfunkcí ($X+\%=0.46$).

7) Sekce ideace:

Dívka se vyhýbá komplexnosti a je tak více náchylná k méně sofistikovaným řešení (*EB, L*). Zároveň je přítomno mentální nastavení zaměřené na investici energie do ostražitosti vůči hrozbám z okolí (*HVI=YES*). Často reaguje rychle a zbrkle, aby odstranila napětí způsobené periferní aktivitou. Zbrkle formulované odpovědi obvykle nejsou dobře promyšlené ($FM+m=2$). Myšlení není poznamenáno neobvyklými faktory.

Mezi nejvýraznější znaky protokolu patří:

- Vysoká *Lambda* a ambivalentní *EB styl*
- Pozitivní index *CDI* a *HVI*
- Menší zájem o zapojení do společenského kontaktu (*ISOL*)
- Nižší počet lidských obsahů (*PureH*) a lidských pohybů (*M*)
- Běžně neočekává pozitivní interakce (*COP, AG*)
- Nižší index egocentricity (*Egoc*) a menší sebezaujetí (*FD, V*)
- Menší zájem o emoční podněty (*Afr*)
- Negativní postoje vůči autoritám (*S*)
- Ekonomické zpracování informací (*Zf, D*)
- Větší úsilí při skenovacích aktivitách (*Zd*) s dobrou kvalitou zpracování
- Přítomná mediační dysfunkce ($X-\%$)
- Méně konvenční chování (*P*) způsobeno více mediační dysfunkcí ($X+\%$)
- Nízký počet zvířecích pohybových odpovědí (*FM*)

Z výše uvedeného je i při zohlednění věku patrná pacientky menší sociální zralost, která způsobuje častější potíže v interakci s druhými (*CDI*). Její agresivní jednání vůči vrstevníkům může být projevem chybějícího pocitu bezpečí a komfortu ve vztazích (*HVI*). U pacientky je vyšší tendence k pozornosti a nedůvěřivost vůči potenciálním hrozbám z okolí, a má tak snížený zájem o sdílení intimity s druhými. Projevila také menší zájem o zapojení do společenského kontaktu (*ISOL*). Druhým lidem zároveň vždy dobře nerozumí a běžně neočekává pozitivní interpersonální interakce. Soubor těchto znaků odpovídá pacientky obtížnému navazování dlouhodobých přátelství.

Emocionální blízkosti je přesto otevřená a o ostatní osoby se zajímá jako většina populace. Do interpersonálních vztahů se zapojuje adaptivním chováním, což je s ohledem na pacientky vrstevnické vztahy překvapivé. Nicméně je skutečností, že v rodině dobré vztahy převažují.

Pacientky prožívání je zaměřené na pocity vlastní zranitelnosti a na udržení bezpečí své osobní integrity. Svá selhání obvykle připisuje vnějším událostem. Úroveň jejího sebehodnoty je nižší a je postavena na fantazii, což vypovídá o pokřiveném sebeobrazu.

U dívky je přítomná mediační dysfunkce (*X-%*) související s afekty. Její chování je vlivem této dysfunkce méně konvenční a to i v dobře čitelných situacích. Často reaguje rychle a zbrkle, aby odstranila napětí způsobené periferní aktivitou, což může způsobovat dívky vyrušování ve třídě. Její neposlušnost může také odrážet negativní postoj vůči autoritám. Své emoční procesy přesto dokáže ovládat dobře.

U dívky se dále projevila vyhybavě ambivalentní strategie, která je dominantní a je přítomná tendence k méně sofistikovaným řešením během značné redukce podnětů. Projevila tendenci k ekonomickému zpracování informací a vyhýbání se komplexnosti (*Zf, D*). Přesto se snažila vyhnout nedbalostem a vynaložila větší úsilí při skenovacích aktivitách, a to s dobrou kvalitou zpracování. Do vstupu jsou ovšem zahrnovány i méně podstatné informace (*Zd*).

7.10 Výsledky výzkumu

Výsledkem předloženého výzkumu je kladné zodpovězení výzkumné otázky, a sice že protokoly Rorschachovy metody získané u dětí v mladším školním období s poruchou aktivity a pozornosti utvářejí na základě nalezených znaků společný obraz. Přehled těchto znaků uvádí autorka pro větší přehlednost níže v tabulce č. 20. Společný profil nemusí odpovídat struktuře vyhodnocování jednotlivých kazuistik, jelikož se mohou znaky v jednotlivých kazuistikách lišit.

V předložených protokolech lze pozorovat, že je celkový obraz téměř u všech probandů ovlivněn zvýšenou Lambdou, která vypovídá o jejich základním vyhýbavém stylu reagování. Vyhýbání zapříčiňuje nedostatek přiměřené otevřenosti v prožívání, tendenci zjednodušovat podnětové pole a minimalizovat důležitost některých prvků, což se jeví v souladu s diagnózou ADHD. V důsledku tohoto tunelového vidění nejsou schopni vidět více než hrubé obrysy událostí a často přehlízejí nuance v interpersonálních situacích. Rozhodují se obvykle bez přemýšlení, upřednostňují snadná řešení a cíle svého jednání volí bez účasti emocí. Jedná se o obranný proces například během limitování svého uvědomování některých tíživých situacích. Myšlení některých probandů je zároveň méně zralé i při zohlednění aktuálního vývojového období (vyšší *Wsum6*) a může tak rovněž ovlivňovat rozhodování. U většiny probandů se také vyskytuje snížený výskyt zvířecích pohybů, který může vypovídat o rychlém a často netaktním jednání při redukci jejich potřeb. Tyto znaky tak zapříčiňují neschopnost přiměřeně zvažovat očekávané či žádoucí formy chování, jelikož si probandi dostatečně neuvědomují, co způsobují druhým. Toto jednání je napřekážku snaze o sociální adaptaci, která u probandů selhává.

Napříč jednotlivými protokoly sledujeme výrazné potíže v interpersonální oblasti, která se projevila u většiny pacientů zvýšenou hodnotou v indexu deficitu zvládnání. Tento pozitivní index vypovídá o častějších potížích v interakci s druhými,

kteře jsou v anamnézách dětí s ADHD obvykle přítomné. Mohou mít zájem o blízké vztahy, který byl v několika kazuistikách přítomný, ale kvůli své sociální neobratnosti častěji selhávají. Odmítnutím se cítí více zraněni a epizody jejich emočních rozlad mohou být reakcemi na selhávání v této oblasti. Výskyt tohoto pozitivního indexu ovšem u mladších dětí není neobvyklý, jelikož svou vlastní identitu a vztahy s vrstevníky teprve tvoří. Téměř ve všech protokolech je nicméně rovněž patrné horší porozumění druhým a tendence špatně číst sociální gesta (nízké *Pure H*). V menší části protokolů (3/9) je zároveň snížen celkový zájem o druhé (nízké *Sum H*) a jsou přítomné prvky méně adaptivního zapojení do interpersonálních vztahů. Většina probandů se ovšem do interpersonálních situací dokáže zapojit adaptivně a všichni probandi se zdají být otevření emocionální blízkosti. Téměř ve všech protokolech přesto nejsou přítomné známky očekávání pozitivních interakcí s druhými a je také signifikantně nižší počet lidských pohybů, který vypovídá o narušené empatii a schopnosti předvídat lidské jednání.

Téměř u všech pacientů se také projevuje méně konvenční a více individualistické jednání převážně způsobené větším tlakem na individualitu a menšími ohledy na sociální požadavky (nižší *X+*%). V některých případech (4/9) je nepřiměřené chování více způsobeno mediační dysfunkcí, která je sama o sobě přítomna ve většině protokolů (vyšší *X-*%). Tato distorze formy prezentuje přehlížení reality, jelikož si probandi obrysy skvrny překládají způsobem, který není kompatibilní s jejími vlastnostmi. U některých probandů (4/9) je přítomna i dysfunkce v testování reality (nižší *XA*% a *WDA*%), která je rovněž předpokladem adaptivního chování.

Při zpracování informací vynaložila nadpoloviční většina pacientů dobré úsilí (*Zf*). V Indexu ekonomie nejsou u pacientů pozorovány jednoznačné závěry, jelikož se výsledky rozcházejí. Nicméně ve většině případů, kdy je dle zmíněného indexu vynaloženo dobré úsilí při skenování podnětového pole, se přesto vyskytuje opomíjení důležitých prvků v podnětovém poli (nízké *Za*) nebo naopak zahrnování i nepodstatných informací, které zvyšují nerozhodnost a dezorganizaci.

V otázkách sebehodnoty jsou u většiny probandů přítomné rysy velmi nízkého odhadování vlastní ceny a u některých pacientů (4/9) byly přítomné i negativní rysy sebeobrazu (*MOR*, *An+Xy*). Sebehodnota většiny probandů je zároveň postavena na imaginaci a fantazii, což opět vypovídá o pokřiveném sebeobrazu. Toto omezenější sebeuvědomování může rovněž negativně ovlivňovat rozhodování a řešení problémů.

V oblasti prožívání disponuje většina pacientů nedostatečnou kapacitou pro rozeznávání, projevování a uvolňování pocitů (nízké *WSumC*), a proto se v interpersonálních situacích cítí nepříjemně a nejistě. Tyto těžkosti obvykle vedou k vyhýbání emočním situacím téměř u všech probandů (nízké *Afr*). Samotná kontrola emocí u probandů obvykle není účinná a jejich modulace je slabší.

Další zamýšlení nad výsledky výzkumu autorka uvádí v diskuzi. Výsledky výzkumu rovněž propojuje se souvislostmi v anamnézách pacientů, publikovanými výzkumy a další literaturou.

Tabulka č. 20: Přehled nejvýznamnějších společných znaků v protokolech

Znak	Vypovídající hodnota znaku v protokolech probandů	Výskyt u probandů
Lambda	Vyhýbavý styl reagování	7/9
Wsum6	Méně zralé myšlení se zohledněním vývojového období	5/9
FM	Impulzivita při redukci potřeb	6/9
CDI	Potíže v mezilidských interakcích	6/9
Pure H	Snížené porozumění druhým lidem	8/9
COP	Neočekávání pozitivních interakcí s druhými	8/9
M	Narušená empatie a předvídání lidského jednání	8/9
X+%	Méně konvenční a více individualistické jednání	7/9
X-%	Mediační dysfunkce	6/9
Zd	Narušena organizace přijímaných informací a jejich adekvátního zpracování	5/9
Egoc	Nízký odhad vlastní ceny	8/9
WsumC	Nedostatečná kapacita pro rozeznávání a uvolňování pocitů	5/9
Afr	Vyhýbání se emočním situacím	8/9
FC:CF	Neúčinná kontrola emocí a jejich slabší modulace	5/9

8 Diskuze

V následujícím textu autorka předkládá zamyšlení nad zjištěnými informacemi z výzkumné části, které propojuje s částí teoretickou a porovnat s již publikovanými studii. Dále se text věnuje nedostatkům a úskalím výzkumu této rigorózní práce. V neposlední řadě budou navržena některá doporučení pro praxi.

Rorschachova metoda pohlíží na osobnost jako na celek. Při jejím zkoumání uplatňuje jak idiografický, tak nomotetický přístup, jelikož osobnost srovnává s ostatními i se sebou samým, čímž se stává ještě více věrohodná. Pomocí Rorschachovy metody je u dětí, u kterých se osobnost stále utváří, možno diagnostikovat percepčně kognitivní úroveň, afektivní složku a způsoby přizpůsobení dítěte včetně dynamiky jeho osobnosti, což jsou pro ADHD významné oblasti. V neposlední řadě pomáhá rozpoznat deviaci ve vývoji a v osobnostním prožívání (Svoboda, Krejčířová & Vágnerová, 2015).

Výsledkem předloženého výzkumu jsou tak analyzované projevy ADHD u dětí v mladším školním období v individuálních výsledcích Rorschachovy metody pomocí vyhodnocovacího Komprehensivního systému a zejména je definován jejich společný obraz, který je téměř u všech probandů ovlivněn zvýšenou Lambdou. Tato proměnná prezentuje vyhýbavý styl reagování a nevyváženou pozornost, jejíž narušení je typickým rysem u pacientů s ADHD (Maté, 2021). Zvýšená Lambda zapříčiňuje nedostatek přiměřené otevřenosti v prožívání, tendenci zjednodušovat podnětové pole a minimalizovat důležitost některých prvků. V důsledku tohoto tunelového vidění pacienti nejsou schopni vidět více než hrubé obrysy událostí a často přehlíží nuance v interpersonálních situacích. Může se také jednat se o obranný proces například během limitování svého uvědomování některých tíživých situacích. Zejména u menších dětí se jedná o důležitou taktiku, která jim umožňuje se snáze vyrovnávat se světem. Bez

ohledu na věk se stále jedná o proces vyhýbání a pacienti tak o svém vnitřním životě odhalují relativně málo, což může představovat limit tohoto výzkumu. Přestože zvýšenou hodnotu Lambdy nepředkládá žádná publikovaná studie u dětí s ADHD, v tomto výzkumu se jedná o dominantní rys téměř všech protokolů.

Přes defenzivní chování lze na základě pozitivního indexu deficitu zvládnání usuzovat, že tíživé situace u probandů v první řadě představují právě interpersonální situace, jelikož se tento index vyskytoval jako nejčastější klíčová proměnná. Tento znak vypovídá o častějších potížích v interakci s druhými, které jsou v anamnézách pacientů s ADHD obvykle přítomné (Theiner, 2012) včetně většiny pacientů zúčastněných tohoto výzkumu. Index deficitu zvládnání prezentuje selhávání v mezilidských situacích vlivem sociální neobratnosti, přestože pacienti mohou mít o blízké vztahy zájem, jako je tomu v několika předložených kazuistikách. Odmítnutím se cítí více zranění a epizody jejich emočních rozlad mohou být reakcemi na selhávání v této oblasti. Tato zjištění jsou v souladu s tvrzením Říčana a Krejčířové (2006), a sice že u dětí s ADHD pozorujeme častější impulzivní až disociální chování zejména v těch případech, kdy se cítí odmítnání nebo vylučování kolektivem. Obvykle se ovšem jedná o bezmyšlenkové porušování pravidel oproti poruchám chování, které rovněž vyvrací u většiny probandů přítomná schopnost adaptivního zapojení do mezilidských situací. Výskyt samotného pozitivního indexu u mladších dětí do 9 let nicméně není zcela neobvyklý, jelikož svou vlastní identitu a vztahy s vrstevníky teprve tvoří.

Přestože se tento pozitivní index v žádné publikované studii nevyskytuje, většina studií se shoduje na nízkém výskytu lidských obsahů (Bartell & Solant, 1995; Gordon & Oshman, 1981; Krejčířová, 2015), ze kterých se část tohoto indexu skládá a který byl téměř u všech pacientů zahrnutých do této rigorózní práce rovněž nízký. Krejčířová (2015) dále upozorňuje u pacientů s ADHD na menším výskyt odpovědí obsahující kooperativní a agresivní pohyby, což se v závěru výzkumu této rigorózní práce rovněž potvrdilo.

Pozitivní index deficitu zvládnání dále podporuje přítomnost nedostatečné kapacity pro rozeznávání, projevování a uvolňování pocitů u většiny probandů (nízké *WSumC*). Tento znak prezentuje prožívání nepříjemných a nejistých pocitů v interpersonálních situacích, které následně u většiny probandů vedou k sociální a emoční staženosti (nízké *Afr*). V souladu s tímto zjištěním Maté (2021) upozorňuje, že děti s ADHD vypínají a blokují vjemy, které u nich vyvolávají stres nebo je jinak emočně bolí, přičemž klíčová hyperaktivita je doprovodnou reakcí na zvýšenou míru úzkosti. Toto zjištění se jeví v souladu nejen s těmito znaky, ale také se zvýšenou *Lambdou*.

Potíže v interpersonálních situacích rovněž podporuje výskyt méně konvenčního a více individualistického jednání, které je převážně způsobené větším tlakem na individualitu a menšími ohledy na sociální požadavky (nižší *X+%*), a to téměř u všech probandů. Toto zjištění se přiklání ke zjištění ve studii Jaina a kol. (2005), která poukazovala na nízký počet populárních odpovědí, oproti tvrzení Krejčířové (2015) o běžném počtu populárních odpovědí u dětí s ADHD. Výskyt těchto proměnných je zároveň v souladu s anamnézami probandů a se zjištěním, že děti s ADHD mají potíže plnit předpoklady vedoucí k oceňování v naší společnosti (Goetz, nedat.).

V menší části protokolů je nepřiměřené chování probandů více způsobeno mediační dysfunkcí, která je sama o sobě přítomna u většiny z nich (vyšší *X-%*). Tato distorze formy prezentuje přehlížení reality, jelikož si probandi obrysy skvrny překládají způsobem, který není kompatibilní s jejími vlastnostmi. Toto zjištění se jeví v souladu s výzkumem Bartella a Solanta (1995), kteří poukázali na horší kvalitu formy ve zvýšené proměnné *X-%* značící mediační poškození vlivem většího množství minusových odpovědí. Přítomnost kognitivních potíží je pro ADHD rovněž charakteristická.

Interpersonální potíže jsou dále utvrzeny signifikantně nižším počtem lidských pohybů, které vypovídají o narušené empatii a schopnosti předvídat lidské jednání. Tento znak je rovněž pozorován v několika studiích (Bartell & Solant, 1995; Gordon & Oshman, 1981; Jain et al., 2005; Meehan a kol., 2008).

U většiny probandů se zároveň vyskytuje snížený výskyt zvířecích pohybů, který může vypovídat o rychlé snaze uspokojit své potřeby bez odkladu či odříkání a o jejich netypickém prožívání (Weiner, 1998). Společně s pozorovanou zvýšenou Lambdou může toto prožívání přispívat k potížím v chování. Tato zjištění odpovídají impulzivnímu jednání u pacientů s ADHD. Co se týče odkládání uspokojení, Carter (2014) zdůrazňuje, že děti s ADHD zpravidla mívají nízký práh frustrace a je pro ně tak velmi náročné uspokojení odložit.

Tato snížená proměnná je ovšem v rozporu se zjištěním Graeffa a Vaze (2006), kteří u dětí s ADHD zjistili vyšší počet zvířecích pohybových odpovědí. Přesto v obou případech zvířecí pohyby prezentují impulzivitu a agresivitu při snaze o rychlé naplnění neuspokojených potřeb.

V otázkách sebehodnoty jsou u většiny probandů přítomné rysy velmi nízkého odhadování vlastní ceny. Přítomné potíže se sebeobrazem mohou zároveň zvyšovat výkyvy nálad a potíže s chováním, které zapříčiňují častější kritizování této skupiny dětí. Ty následně své neúspěchy vnímají velmi intenzivně, což opět ovlivňuje jejich sebehodnotu (Goetz, nedat.). V případech, kdy tato porucha přetrvává do dospělosti, je snížené sebevědomí patrné i v tomto životním období zejména skrze pocit, že výkon neodpovídá jejich schopnostem (Cahová, Pejčochová & Ošlejšková, 2010).

U většiny probandů je sebehodnota zároveň postavena na imaginaci a fantazii, což opět vypovídá o pokřiveném sebeobrazu. U menší skupiny pacientů byly přítomné rovněž negativní rysy sebeobrazu (*MOR, An+Xy*). Přestože Krejčířová (2015) upozorňuje na výskyt narušeného sebevědomí u dětí s ADHD, v publikovaných výzkumech se nevyskytují konkrétní data a znaky vypovídající o sebepercepci dětských pacientů s ADHD, čímž se stává tento výzkum přínosný.

S ohledem na výše zmíněné je skutečně vhodné u dětí s ADHD neopomínat i na oceňování, čímž jim lze pomoci k tvorbě pozitivního sebehodnocení. Je přínosné nabízet jim také kreativní činnosti, ve kterých má velká část z nich potenciál, čímž si

mohou kompenzovat pozorností i další potíže ve školním a dalších prostředí (Vágnerová, 2020).

V oblasti kognice se u většiny probandů, kde je přítomné dobré vynaložené úsilí při skenování podnětového pole (*Zf, Index ekonomie*), přesto vyskytuje opomíjení důležitých prvků v podnětovém poli vlivem neefektivního zpracování informací (nízké *Zd*) a v menší části protokolů naopak zahrnování i nepodstatných informací (vysoké *Zd*), které zvyšují nerozhodnost a dezorganizaci, a rovněž tak vytvářejí potíže při skenování podnětového pole v souvislosti s dalšími znaky v protokolech. Přestože u mladších dětí není tato převážně snížená proměnná nepřírozená, může se jednat o jeden z klíčových znaků u dětí s ADHD. Tato hodnota vypovídá o uspěchaném a nahodilém skenování podnětů a také o impulzivním rozhodování a řešení problémů, což považujeme za dominantní znaky pacientů s ADHD (Centers for Disease Control and Prevention, 26. ledna 2021).

I s přihlédnutím k věku se také myšlení nadpoloviční většiny probandů (5/9) jeví jako méně zralé (vyšší *Wsum6*) a může tak rovněž redukovat pružnost myšlení a ovlivňovat rozhodování a konceptualizaci. Krejčířová (2015) rovněž upozorňuje na výskyt speciálních skóre mírného stupně v protokolech dětí s ADHD. Tato výzkumná zjištění se jeví v souladu s tvrzením Shaw a kol. (2007), kteří méně zralé myšlení u dětí s ADHD vysvětlují jako poruchu vznikající na základě opožděného zrání mozku, a to přibližně o 3 roky. Toto pomalejší zrání se z neurologického hlediska odehrává zejména v laterální prefrontální kůře, která má řídicí a regulační funkci a také v mozečku. Rovněž Svoboda (2014) upozorňuje na narušení exekutivní funkce mozku u dětí s ADHD. Nižší funkčnost frontálního laloku společně s mozečkem zapříčiňuje mimo jiné přecitlivělost a emoční nestabilitu (Svoboda, 2014).

V souvislosti s tvrzením Svobody (2014) i samotná kontrola emocí u nadpoloviční většiny probandů obvykle skutečně není účinná a jejich modulace je slabší, což se rovněž jeví v souladu s výzkumem Graeffa a Vaze (2006).

Rizikové faktory můžeme nacházet také v samotných anamnézách pacientů, a to nejen v potížích ve vrstevnických kolektivech, ale také v narušených rodinných prostředích. Většina probandů (5/9) žije v rozvedených rodinách obvykle s novým partnerem matky. U dalšího probanda můžeme pozorovat menší zapojení otce do výchovy a času stráveného s pacientem a další dva probandi mají narušené vztahy s matkami. S ohledem na tyto faktory lze uvažovat nad tvrzením Matého (2021), který upozorňuje na výrazný vliv rodinného prostředí u dětí s poruchou pozornosti, a to zejména na stresové události, které nesouvisí pouze s výchovou dětí. Jsou jimi například hádky rodičů, psychická nepohoda matky apod. Děti s poruchou pozornosti tak automaticky vypínají a blokují vjemy, které u nich vyvolávají stres nebo je jinak emočně trápí či bolí, což lze pozorovat například ve zvýšené Λ .

Co se týče rozdílů v jednotlivých protokolech Vágnerová (2020) upozorňuje na vliv temperamentových dispozic, které se podílejí na rozdílech v jednotlivých aspektech pozornosti a reaktivity. Rovněž převaha introverze či extraverze a další osobnostní faktory ovlivňují pozornost a pravděpodobně i celkové obrazy protokolů.

Získané výsledky je rovněž nutné zvážit ve světle podmínek, za kterých byla administrace Rorschachovy metody provedena. Zejména nelze opomenout vliv doby, během které byly protokoly sbírány, jelikož probíhala pandemie Covid-19. Toto období představovalo zvýšené nároky na psychiku dětí i dospělých v podobě neobvyklého stresu, nejrůznějších omezení zejména v kontaktu s vrstevníky i širší rodinou a také zdravotních ohrožení globálních rozměrů.

Dalším limitem této práce je pozornost soustředěná na Rorschachovu metodu bez srovnání s výsledky dalších diagnostických metod a postupů. Také kritérium diagnózy F90.0 pro zahrnutí pacientů do výběrového souboru se během tohoto výzkumu opíralo o její určení od předchozích odborníků, zejména vyšetření v pedagogicko-psychologických poradnách a následným pedopsychiatrickým či neurologickým vyšetřením. Přesto lze konstatovat, že s ohledem na potvrzení diagnózy

několika odborníky, na odpovídající anamnestické údaje a chování probandů je jejich diagnóza určena správně.

Výzkum mohl být dále ovlivněn menší zkušeností autorky s používáním Rorschachovy metody, která se mohla projevit při sběru dat nebo jejich vyhodnocování. Data a jejich výsledky byly nicméně průběžně konzultovány.

Výsledky výzkumu přesto rozvíjí pohled na specifické projevy, rysy a zejména sebeobraz dětských pacientů s poruchou aktivity a pozornosti, a mohou sloužit jako základ pro další rozšiřující výzkumy v této oblasti či pro tvorbu škály dětských pacientů s poruchou aktivity a pozornosti v Rorschachově metodě. Tuto škálu by následně bylo možné využít pro diagnostiku ADHD pomocí této metody. Pro další směry a výzkumy se nicméně doporučuje ověřit zjištění tohoto výzkumu na kvantitativních datech s ohledem na poměrně nízký počet respondentů.

8 Závěry

Nejvýznamnějším závěrem této rigorózní práce je potvrzení hlavní výzkumné otázky, a sice že protokoly Rorschachovy metody získané u dětí v mladším školním období s poruchou aktivity a pozornosti mají společný obraz.

Z předchozích výzkumů nevyplývá jednoznačný obraz této poruchy a přestože byl každý protokol zahrnutý do tohoto výzkumu jedinečný, lze pozorovat specifické prvky, kterými je většina protokolů provázána. Mezi tyto společné znaky patří vyhýbavý styl reagování a výraznější potíže v interpersonální oblasti tvořeny narušeným porozuměním druhým, neočekáváním pozitivních interakcí s druhými a narušenou empatií. Obvykle se u probandů vyskytuje také méně konvenční a více individualistické jednání, méně zralé myšlení i při zohlednění aktuálního vývojového období, mediační dysfunkce a potíže při skenování podnětového pole. V otázkách sebehodnoty je přítomný nízký odhad vlastní ceny a v oblasti afektů nedostatečná kapacita pro projevení pocitů, menší zájem o emoční podněty a neúčinná kontrola emocí včetně jejich slabší modulace.

Pro další směry a výzkumy se doporučuje ověřit zjištění tohoto výzkumu na kvantitativních datech. Výsledky výzkumu nicméně rozvíjí pohled na specifické projevy, rysy a zejména sebeobraz dětských pacientů s poruchou aktivity a pozornosti, a mohou sloužit jako základ pro další rozšiřující výzkumy v této oblasti či pro tvorbu škály dětských pacientů s ADHD v Rorschachově metodě. Tuto škálu by následně bylo možné využít pro diagnostiku poruchy aktivity a pozornosti u dětských pacientů pomocí této metody.

9 Souhrn

Rigorózní práce se věnuje obrazu poruchy aktivity a pozornosti v mladším školním období a jejím projevům v protokolech Rorschachovy metody. Teoretická část se věnuje charakteristice poruchy aktivity a pozornosti, Rorschachově metodě a projektivním metodám obecně. Dále se věnuje definici osobnosti včetně jejího vývoje a vymezuje mladší školní období, na které je tato práce zaměřena. Byly rovněž popsány publikované studie zabývající se znaky dětí s ADHD v Rorschachově metodě. Výzkumná část analyzuje projevy poruchy aktivity a pozornosti v individuálních výsledcích Rorschachovy metody a věnuje se identifikaci jejich společného obrazu.

Porucha aktivity a pozornosti, často označována zkratkou ADHD z anglického *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, je neurovývojová porucha, pro kterou je specifický deficit pozornosti, nadměrná impulzivita a hyperaktivita a špatně ovladatelné chování v dětství (Kulišťák et al., 2021). U dětí s ADHD se rovněž často vyskytuje nízké sebehodnocení a specifické opoždění v jazykovém či motorickém vývoji (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, nedat.).

Tato porucha se obvykle nejvýrazněji projevuje při nástupu do školy, jelikož toto období klade na dítě nemalé nároky v podobě inhibice spontánních pohybů, podřízení se autoritě a zařazení do třídního kolektivu (Langmeier & Krejčířová, 2006). S potížemi se proto častěji setkáváme u dětí s ADHD, u kterých zpravidla dominuje motorický neklid a snížené sebeovládání (Theiner, 2012).

Rorschachova metoda se řadí mezi projektivní metody, nicméně je nyní chápána primárně jako metoda výkonová, která za určitých okolností poskytuje také projektivní materiál (Seitl, 2015). Díky této metodě jsme schopni velmi rozsáhle posoudit testovanou osobu. Jelikož se osobnost u dětí stále utváří (Crandall, 1984), je u nich možno pomocí Rorschachovy metody diagnostikovat percepčně kognitivní úroveň a afektivní složku osobnosti, což jsou oblasti významné zejména u ADHD. Metoda dále

pomáhá posoudit způsoby přizpůsobení dítěte a dynamiku jeho osobnosti (Svoboda, Krejčířová & Vágnerová, 2015). Projektivní metody zároveň přispívají k lepšímu porozumění toho, co si dítě myslí a cítí, jelikož usnadňuje vyjádření pocitů i jinak, než rozhovorem (Crandall, 1984).

Vyhodnocovací systém Rorschachovy metody dle Exnera, nazvaný Komprehensivní systém, poskytuje široké spektrum informací o testovaném člověku a je podložený několika desítkami let trvajících výzkumy. Jelikož poskytuje odpovědi také na specifitější otázky, jako například čím jsou potíže v chování a neklid daného dítěte podmíněny, může pomoci lepšímu pochopení pacientových individuálních potíží a potřeb (Teleroický et al., 2008).

Protože se publikované výzkumy v některých proměnných liší, záměrem této práce bylo analyzovat, jak se porucha aktivity a pozornosti projevuje v individuálních výsledcích Rorschachovy metody u dětí v mladším školním období. Po analýze jednotlivých protokolů autorka v rámci této vícepřípadové studie ověřovala, zda-li lze napříč protokoly identifikovat společné znaky probandů a definovat tak jejich společný obraz. Protokoly byly porovnány s normami, které uvádí Exnerův vyhodnocovací Komprehensivní systém pro tuto věkovou kategorii. Jelikož se porucha aktivity a pozornosti nejvýrazněji projevuje při nástupu do školy, byla tato práce zaměřena na období mladšího školního věku, které Langhmeier a Krejčířová (2006) vymezují mezi 6-12 lety.

Základní soubor je tvořen pacienty s poruchou aktivity a pozornosti u dětí v mladším školním období. Výběrový soubor pro tento výzkum se skládá z dětí ve věku od 7 do 11 let, přičemž jejich průměrný věk byl 9 let. Do vzorku byly zahrnuty pouze děti naplňující diagnostická kritéria pro poruchu aktivity a pozornosti F90.0 dle MKN-10. Respondenti byli vybráni pomocí záměrného účelového, dobrovolného a dostupného výběru tak, aby odpovídali zaměření tohoto výzkumu a výše uvedeným kvótám.

Před samotným vyšetřením proběhl sběr a seznámení s anamnézou pacienta, které následně probíhalo u stolu v samostatné tiché místnosti bez rušení a vstupů dalších osob. Protokoly Rorschachovy metody byly administrovány standardizovaným způsobem. Délka administrace se pohybovala v rozmezí od 45 minut do 120 minut v závislosti na délce protokolu. Před vyšetřením samotnou Rorschachovou metodou probíhaly také rozhovory ohledně zkušeností s touto metodou, její krátké představení, dotazy na potřeby kompenzačních pomůcek a byl ponechán prostor pro další dotazy respondentů. Rovněž vždy proběhl krátký počáteční rozhovor pro lepší navázání kontaktu a pro navození příjemné vyšetřovací atmosféry. Následně byla respondentům předložena první tabule v základní poloze s instrukcí „Co to může být?“. Mimo tuto instrukci se administrátor vyjadřoval minimálně a v souladu s Komprehenzivním systémem. Zbývající tabule byly uloženy mimo dohled respondentů do doby, než jim byly předloženy. Na konci každého vyšetření proběhl ještě krátký rozhovor, který sloužil k ujištění, že pacient odchází z vyšetření klidný a měl také znovu prostor pro jakékoli další doplňující dotazy.

Získaná data Rorschachovou metodou byla kódovaná podle Komprehenzivního systému pomocí programu ROR online na serveru Institut psychologických služeb. Tento program umožnil zápis protokolů, jejich skórování a vyhodnocení v sekvenci kódů. Tyto kódy byly následně zpracovávány a interpretovány dle Komprehenzivního systému. Výsledky získaných dat jsou zpracované formou kazuistik podle 3. svazku Komprehenzivního systému Exnera a Weínera (1995) - Hodnocení dětí a dospívajících.

Nejvýznamnějším závěrem této rigorózní práce je potvrzení hlavní výzkumné otázky, a sice že protokoly Rorschachovy metody získané u dětí v mladším školním období s poruchou aktivity a pozornosti utvářejí na základě nalezených znaků společný obraz.

Přestože byl každý protokol zahrnutý do tohoto výzkumu jedinečný, lze pozorovat specifické prvky, kterými je většina protokolů provázána. Mezi tyto společné znaky patří vyhýbavý styl reagování a výraznější potíže v interpersonální oblasti tvořeny

narušeným porozuměním druhým, neočekáváním pozitivních interakcí s druhými a narušenou empatií. Obvykle se u probandů vyskytuje také méně konvenční a více individualistické jednání, méně zralé myšlení i při zohlednění aktuálního vývojového období, mediační dysfunkce a potíže při skenování podnětového pole. V otázkách sebehodnoty je přítomný nízký odhad vlastní ceny a v oblasti afektů nedostatečná kapacita pro projevení pocitů, menší zájem o emoční podněty a neúčinná kontrola emocí včetně jejich slabší modulace.

Límitem této práce je pozornost soustředěná na Rorschachovu metodu bez srovnání s výsledky dalších diagnostických metod a postupů. Výzkum mohl být dále ovlivněn menší zkušeností autorky s používáním Rorschachovy metody, která se mohla projevit při sběru dat nebo jejich vyhodnocování.

Získané výsledky je rovněž nutné zvážit ve světle podmínek, za kterých byla administrace Rorschachovy metody provedena. Zejména nelze opomenout vliv doby, během které byly protokoly sbírány, jelikož probíhala pandemie Covid-19. Toto období představovalo zvýšené nároky na psychiku dětí i dospělých v podobě neobvyklého stresu, nejrůznějších omezení zejména v kontaktu s vrstevníky i širší rodinou a také zdravotních ohrožení globálních rozměrů.

Pro další směry a výzkumy se doporučuje ověřit zjištění tohoto výzkumu na kvantitativních datech. Výsledky výzkumu nicméně rozvíjí pohled na specifické projevy, rysy a zejména sebeobraz dětských pacientů s poruchou aktivity a pozornosti, a mohou sloužit jako základ pro další rozšiřující výzkumy v této oblasti či pro tvorbu škály dětských pacientů s poruchou aktivity a pozornosti v Rorschachově metodě. Tuto škálu by následně bylo možné využít pro diagnostiku poruchy aktivity a pozornosti u dětských pacientů pomocí této metody.

Seznam použitých zdrojů a literatury

American Psychiatric Association. (2015). DSM-5. Praha: Hogrefe.

ADHD Institute. (2019). *Epidemiology*. Získáno z <https://adhd-institute.com/burden-of-adhd/epidemiology/>

Balcar, K. (1991). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Chrudim: MACH.

Bartell, S. S., & Solanto, M. V. (1995). Usefulness of the Rorschach Inkblot Test in Assessment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Perceptual and Motor Skills*, 80, 531-541. <https://doi.org/10.2466/pms.1995.80.2.531>

Blatný, M. a kol. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada.

Cahová, P., Pejčochová, J. & Ošlejšková, H. (2010). Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti. *Neurologie pro praxi*, 11(6): 373–377. Získáno 13. května 2021 z <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/06/04.pdf>

Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada.

Carter, R., Ch. (2014). *Dítě s ADHD a ADD doma i ve škole*. Praha: Portál.

Centers for Disease Control and Prevention. (26. ledna 2021). *What is ADHD?* Získáno z <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/facts.html>

Crandall, J. M. (1984). *Projective techniques with children*. The University of British Columbia: Vancouver.

Čačka, O. (2000). *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. Brno: Doplněk.

Červenková, R. & Kolář, P. (2018). *Labyrint pohybu*. Praha: Vyšehrad.

Daini, S. (2009). Projective methods in the Study of Eating Disorders - an update. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 16 (2). Získáno 2. února 2020 z <http://somaticinkblots.com/downloads/sis/full/2009fb.pdf>

Erikson, E. H. (2022). *Dětství a společnost*. Praha: Portál.

Exner, J. E. (2009). *Rorschach: A Rorschach Workbook for the Comprehensive System*. Praha: Hogrefe.

Exner, J. E. (2003). *The Rorschach: A Comprehensive system. Volume I. Basic Foundations and Principles of Interpretation*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Exner, J. E. & Weiner, I. B. (1995). *The Rorschach: A Comprehensive System, Volume 3, Assessment of Children and Adolescents*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Ferjenčík, J. (2016). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.

Gallagher, T. M. (1993). Language Skill and the Development of Social Competence in School-Age Children. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 24, 199-205. <https://doi.org/10.1044/0161-1461.2404.199>

Goetz, M. (nedat.). ADHD. *Asociace dětské a dorostové psychiatrie*. Získáno 21. září 2021 z <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/adhd/>

Gordon, M., & Oshman, H. (1981). Rorschach indices of children classified as hyperactive. *Perceptual and Motor Skills*, 52(3), 703-707. <https://doi.org/10.2466/pms.1981.52.3.703>

Graeff, R. L., & Vaz, C. E. (2006). Personality in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) using the Rorschach Inkblot Test. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22 (3), 269-276. doi:10.1590/S0102-37722006000300003

Guez, J. et al. (2010). Self-figure drawings in women with anorexia; bulimia; overweight; and normal weight: A possible tool for assessment. *The Arts in Psychotherapy*, 37 (5).

Získáno 1. února 2020 z
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0197455610001097>

Hartl, P. & Hartlová, H. (2009) *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

Heidbrink, H. (1997). *Psychologie morálního vývoje*. Praha: Portál.

Heller, D. (2014). *Psychologie vývojová a osobnosti*. Praha: Univerzita Karlova.

Huitt, W. & Hummel, J. (2003). Piaget's Theory of Cognitive Development. *Educational Psychology Interactive*. Valdosta: Valdosta State University.

Chrastina, J. (2019). *Případová studie - metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Jain, R., Singh, B., Mohanty, S., & Kumar, R. (2005). SIS-I and Rorschach Diagnostic Indicators of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 12(2), 141–152.

Jandourek, J. (2008). *Průvodce sociologií*. Praha: Grada.

Kostyálová, M. (únor, 2022). “Psychiater Pöthe: ADHD je často posttraumatická stresová porucha. Veľakrát to psychiatri nevedia.” Získáno z
<https://nm.sk/17799/psychiater-pothe-adhd-je-casto-posttraumaticka-stresova-porucha-velakrat-to-psychiatri-nevedia/>

Kuchtová, N. (2020). *Obraz mentální anorexie dospívajících v Rorschachově metodě*. (Diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.

Kulišťák, P. a kol. (2021). *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Karolinum.

- Krejčířová, D. (2015). *Vývojové aspekty použití ROR metody u dětí*. Praha: Institut klinické psychologie.
- Krejčířová, D., Urbánek, T., Širůček, J. & Jabůrek, M. (2013). *IDS*. Praha: Hogrefe.
- Langmeier, J. & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Lečbych, M. (2016). *Rorschachova metoda*. Praha: Grada.
- Národní zdravotnický informační portál. (2022). *ADHD u dětí*. Získáno z <https://www.nzip.cz/clanek/675-adhd-u-deti-priciny-a-diagnoza>
- Maté, G. (2021). *Roztěkaná mysl*. Praha: PeopleComm.
- Medřická, H., Kunčířová, M. & Novák, V. (2007). ADHD. *Neurologie pro praxi*, 8(4): 219-221. Získáno 3. dubna 2021 z <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2007/04/08.pdf>
- Meehan, K. B., Ueng-McHale, J. Y., Reynoso, J. S., Harris, B. H., Wolfson, V. M., Gomes, H. & Tuber, S. B. (2008). Self-regulation and internal resources in school-aged children with ADHD symptomatology. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 72 (4): 259-82. doi:10.1521/bumc.2008.72.4.259
- Mihura, J. L. & Meyer, G. J. (2018). *Using the Rorschach Performance Assessment System (R-PAS)*. New York: The Guilford Press.
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2021). *Souborné informace o povinném předškolním vzdělávání*. Získáno z <https://www.msmt.cz/file/52658/>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Miovský, M. a kol. (2018). *Diagnostika a terapie ADHD*. Praha: Grada.
- Paclt, I. a kol. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada.

Piaget, J. & Inhelder, B. (2014). *Psychologie dítěte*. Praha: Portál.

Plháčková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.

Polák, A., Obuch, I. (2011). *Komprehensivní systém J. E. Exnera, Jr.* Praha: Hogrefe.

Praško, J. a kol. (2015). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.

Příhodová, I. (2011). Porucha pozornosti s hyperaktivitou. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 74/107 (4), 408–418. Získáno 13. listopadu 2022 z <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2011-4/porucha-pozornost-i-s-hyperaktivitou-attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd-35776>

Přinosilová, D. (2004). *Vybrané okruhy speciálně pedagogické diagnostiky a její využití v praxi speciální pedagogiky*. Brno: Masarykova univerzita.

Reed, G. M., First, B. M., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W., ... Saxena, S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18(1), 3-19. <https://doi.org/10.1002/wps.20611>

Říčan, P., Krejčířová, D. a kol. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.

Sacco, R. G. (2013). Re-Envisaging the Eight Developmental Stages of Erik Erikson. *Journal of Educational and Developmental Psychology*, 3(1), 140-146. doi:10.5539/jedp.v3n1p140

Seitl, M. (2015). *Testové psychodiagnostické metody pro výběr zaměstnanců*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Semrud-Clikeman, M. & Schafer, V. (2000). Social and emotional competence in children with ADHD and/or learning disabilities. *Journal of Psychotherapy in Independent Practice*, 1(4), 3–19. https://doi.org/10.1300/J288v01n04_02

Semrud-Clikeman, M. & Teeter Ellison, P., A. (2009). *Child Neuropsychology*. New York: Springer.

Shaw, P., Eckstrand, K., Sharp, W., Blumenthal, J., Lerch, J. P., Greenstein, D., ... Rapoport, L. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceeding of the National Academy of Sciences*, 104 (49), 19649-19654. <https://doi.org/10.1073/pnas.0707741104>

Stangeland, E. B. (2017). The impact of language skills and social competence on play behaviour in toddlers. *European Early Childhood Education Research Journal* 25(1), 106-121. doi:10.1080/1350293X.2016.1266224

Stárková, L. (2015). ADHD ve světle současné psychiatrie a klinické praxe. *Pediatric pro praxi*, 2016; 17(1): 16–21. Získáno 28. srpna 2020 z <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/01/04.pdf>

Svoboda, J. (2014). *Agrese a agresivita v předškolním a mladším školním věku*. Praha: Portál.

Svoboda, M., Humpolíček, P. & Šnorek, V. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál.

Svoboda, M., Krejčířová, D. & Vágnerová, M. (2015). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál.

Šturma, J. & Vágnerová, M. (1982). *Kresba postavy*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.

Telerovský, R., Ženatý, J. & Čermák, I. (Eds.), *Rorschach a projektivní metody* (s. 108-109). Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.

Teles Filho, R. V. (2020). Hermann Rorschach. *Dementia e Neuropsychologia*, 14 (1), 80-82. <https://doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-010013>

Theiner, P. (2012). ADHD od dětství do dospělosti. *Psychiatrie pro praxi*, 13(4): 148–150. Získáno 20. prosince 2021 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/04/02.pdf>

Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie*. Praha: Portál.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (nedat.). *MKN-10 2021*. Získáno z <https://mkn10.uzis.cz/>

Vágnerová, M. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum.

Vágnerová, M. (2020). *Vývoj pozornosti a exekutivních funkcí*. Praha: Raabe.

Vélez-Agosto, N. M., Soto-Crespo, J. G., Vizcarrondo-Opppenheimer, M., Vega-Molina, S. & Coll, C. G. (2017). Bronfenbrenner's Bioecological Theory Revision. *Perspectives on Psychological Science*, 12(5): 900-910. <https://doi.org/10.1177/1745691617704>

Weiner, I. B. (1998). *Principles of Rorschach Interpretation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Zemková, D., Šnajderová, M. (2009). Puberta v ambulanci pediatra. *Pediatric pro praxi*, 10(5): 289–293. Získáno 20. ledna 2022 z <https://www.pediatricepropraxi.cz/pdfs/ped/2009/05/02.pdf>

Žáčková, H. & Jucovičová, D. (2014) *Je naše dítě zralé na vstup do školy?* Praha: Grada.

Seznam tabulek a grafů

Tabulka č. 1: Charakteristika výběrového souboru

Tabulka č. 2: Protokol I.

Tabulka č. 3: Strukturální souhrn I.

Tabulka č. 4: Protokol II.

Tabulka č. 5: Strukturální souhrn II.

Tabulka č. 6: Protokol III.

Tabulka č. 7: Strukturální souhrn III.

Tabulka č. 8: Protokol VI.

Tabulka č. 9: Strukturální souhrn IV.

Tabulka č. 10: Protokol V.

Tabulka č. 11: Strukturální souhrn V.

Tabulka č. 12: Protokol VI.

Tabulka č. 13: Strukturální souhrn VI.

Tabulka č. 14: Protokol VII.

Tabulka č. 15: Strukturální souhrn VII.

Tabulka č. 16: Protokol VIII.

Tabulka č. 17: Strukturální souhrn VIII.

Tabulka č. 18: Protokol IX.

Tabulka č. 19: Strukturální souhrn IX.

Tabulka č. 20: Přehled nejvýznamnějších společných znaků v protokolech

Seznam příloh

Příloha 1: Český a anglický abstrakt rigorózní práce

Příloha 2: Informovaný souhlas

Příloha 1: Český a anglický abstrakt rigorózní práce

Abstrakt rigorózní práce

Název práce: Obraz dětí s ADHD v mladším školním období v Rorschachově metodě

Autor práce: Mgr. Nikol Kuchtová

Počet stran a znaků: 141 stran, 223 561 znaků

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 76

Abstrakt: Cílem rigorózní práce bylo analyzovat, jaké znaky se vyskytují v jednotlivých protokolech Rorschachovy metody dětí s ADHD a ověřit, zda-li vytvářejí společný obraz. Teoretická část se věnuje definici osobnosti a jejímu vývoji, Rorschachově metodě, ADHD a mladšímu školnímu období a shrnuje dosavadní výzkumy v této oblasti. Výzkumná data byla sbírána pomocí Rorschachovy metody a byla kódována podle Komprehensivního systému pomocí programu ROR online. Výzkumný soubor tvořilo 9 respondentů ve věku od 7 do 11 let s diagnózou porucha aktivity a pozornosti F90.0. Respondenti byli vybráni pomocí záměrného účelového, dobrovolného a dostupného výběru tak, aby odpovídali zaměření tohoto výzkumu a uvedeným kvótám. Výzkum potvrdil, že protokoly Rorschachovy metody získané u dětí v mladším školním období s ADHD utvářejí společný obraz a poukazuje na jejich specifické projevy a rysy. Tento výzkum může sloužit jako základ pro další rozšiřující výzkumy v této oblasti, zejména pro tvorbu nové škály v Rorschachově metodě. Tuto škálu by následně bylo možné využívat pro diagnostiku ADHD u dětských pacientů pomocí této metody.

Klíčová slova:

Rorschachova metoda, ADHD, porucha aktivity a pozornosti, mladší školní období, diferenciatní diagnostika

Abstract of thesis

Title: The image of ADHD in school-age children in the Rorschach method

Author: Mgr. Nikol Kuchtová

Number of pages and characters: 141 pages, 223 561 characters

Number of appendices: 2

Number of references: 76

Abstract: The aim of the rigorous work was to analyze what features are found in the individual protocols of the Rorschach method of children with ADHD and verify if they create a common picture. The theoretical part is devoted to the definition of personality and its development, the Rorschach method, ADHD and the younger school period and summarizes the research carried out in this area so far. Research data were collected using the Rorschach method and were coded according to the Comprehensive System using the ROR online program. The research group consisted of 9 respondents between the ages of 7 and 11 with a diagnosis of F90.0 attention and activity disorder. Respondents were selected using purposive, voluntary and accessible sampling to match the focus of this research and the stated quotas. The research confirmed that the protocols of the Rorschach method obtained from children in the younger school age with ADHD forms a common image and points to their specific manifestations and features. This research can serve as a basis for further expanding research in this area, especially for the creation of a new scale in the Rorschach method. This scale could then be used to diagnose ADHD in child patients using this method.

Key words:

Rorschach method, ADHD, Attention deficit hyperactivity disorder, school-age children, differential diagnosis

Příloha 2: Informovaný souhlas

Souhlas s účastí osoby svěřené do péče na výzkumu

Já,.....,
narozen/a.....,

souhlasím, aby se mé dítě:

jménem.....,
narozeno.....,

zúčastnilo výzkumu rigorózní práce s názvem *Obraz dětí s ADHD v mladším školním období v Rorschachově metodě* realizovaný Mgr. Nikol Kuchtovou.

Potvrzuji tímto, že souhlasím s anonymizovanou účastí mého dítěte na výše jmenovaném výzkumu, a že jsem byl/a důkladně informován/a o tématu a účelu výzkumu, o používaných metodách a zpracování dat a byl mi ponechán prostor pro jakékoli dotazy.

V dne

podpis