

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

2024

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 a také všem dalším konzultujícím odborníkům. 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 Vymezení poruchy aktivity a pozornosti	9
1.1 Charakteristika ADHD	9
1.2 Klasifikace syndromu ADHD	15
1.3 Etiopatogeneze ADHD	18
1.4 Diagnostika poruchy aktivity a pozornosti	23
1.5 Komorbidita, diferenciální diagnostika a léčba ADHD	26
2 Mladší školní období a specifika dětí s ADHD	30
2.1 Vymezení mladšího školního období	30
2.2 Školní zralost a vstup dítěte do školy	30
2.3 Rozvoj schopností a dovedností v mladším školním věku	34
2.4 Kognitivní vývoj v mladším školním věku	36
2.5 Vývoj prožívání a sociálních vztahů v mladším školním věku	39
2.6 Deskripce a vývoj osobnosti	42
3 Rorschachova metoda	49
3.1 Charakteristika projektivních metod	49
3.2 Rorschachova metoda	50
3.3 Validita Rorschachovy metody v ADHD	54
Výzkumná část	60
4 Výzkumný problém, cíle a výzkumné otázky	61
4.1 Výzkumný problém	61
4.2 Výzkumné cíle a výzkumné otázky	63
5 Výzkumný design	64
5.1 Základní a výběrový soubor	64
5.2 Metody získávání dat	65

5.3 Sběr dat	66
5.4 Zpracování a vyhodnocení dat	68
5.5 Etické aspekty výzkumu	69
6 Výsledky výzkumu	70
6.1 Kazuistika 1	70
6.2 Kazuistika 2	80
6.3 Kazuistika 3	90
6.4 Kazuistika 4	100
6.5 Kazuistika 5	108
6.6 Kazuistika 6	117
6.7 Kazuistika 7	127
6.8 Kazuistika 8	136
6.9 Kazuistika 9	145
6.10 Výsledky výzkumu	155
8 Diskuze	160
7 Závěry	170
Souhrn	171
Seznam použitých zdrojů a literatury	175
Seznam tabulek a grafů	184
Seznam příloh	185

Motto:

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

I. D. Yalom

Úvod

Mladší školní věk je citlivé životní období, během kterého dochází k rozvoji pocitu kompetence nebo méněcennosti. Děti se porovnávají s vrstevníky a uznání získávají zejména za své školní dovednosti. Pokud jsou jejich pocity utvrzovány častým neúspěchem nebo negativními reakcemi okolí, může dítě reagovat rezignací a pasivitou (Thorová, 2015). V tomto věku může k vývojovému selhání přispět řada příčin, jakou může být porucha aktivity a pozornosti (Říčan & Krejčířová, 2006). ADHD představuje zpravidla narušenou regulaci pozornosti, motorický neklid a impulzivní chování, což způsobuje obtíže v různých oblastech.

Autorka předkládané rigorózní práce při své práci v ambulanci klinické psychologie pozoruje narůstající výskyt dětí s ADHD a jejich specifické potíže, které mají přes jedinečnost každého dítěte společné rysy. Účelem této práce je proto přiblížit učitelům, vychovatelům, rodičům a další odborné i laické veřejnosti problematiku dětí s ADHD včetně jejich prožívání. Autorka se již v minulosti výzkumně věnovala a rozvíjela pohled na využití Rorschachovy metody, která je v této práci rovněž použita, a považuje tuto práci za přínosnou.

Rorschachova metoda je jednou z psychodiagnostických metod, díky které jsme schopni velmi rozsáhle posoudit testovaného člověka. Poskytuje odpovědi právě na specifičtější otázky, jako například čím jsou potíže v chování a neklid daného dítěte podmíněny. Díky tomu může pomoci k lepšímu uchopení jeho individuálních potíží a potřeb. Hlavní motiv pro výběr tohoto tématu tedy spočíval ve snaze analyzovat dynamiku a vnitřní prožívání dětí s ADHD v individuálních výsledcích Rorschachovy metody. Práce se rovněž zabývá otázkou, nakolik tyto protokoly odpovídají obvyklé dynamice ADHD. Hlavním cílem tohoto výzkumu je ověřit, zda lze napříč protokoly identifikovat společné znaky probandů utvářející jejich společný obraz.

Teoretická část

1 Vymezení poruchy aktivity a pozornosti

1.1 Charakteristika ADHD

Poruchu aktivity a pozornosti, často označovanou zkratkou ADHD z anglického *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (dále jako ADHD), je neurovývojová porucha charakteristická zejména deficitem pozornosti, nadměrnou impulzivitou a hyperaktivitou a špatně ovladatelným chováním v dětství (Kulišťák et al., 2021).

ADHD úzce souvisí s narušením exekutivních funkcí, které jsou odpovědné za řízení kognitivních, behaviorálních a emočních složek jedince. Z neurologického hlediska se jedná o strukturální i funkční odchylky především v prefrontálním kortexu, subkortikálních oblastech a bazálních ganglií, které se podílejí na řízení exekutivních funkcí (Příhodová, 2011; Vágnerová, 2020). Díky těmto funkcím jsme schopni plánovat, rozhodovat se, organizovat naše myšlenky a činnosti, stanovovat priority, aktivovat i potlačit určité chování v rámci sebeřízení a sebekontroly, udržet motivaci nebo také měnit strategie řešení v případě potřeby (Ptáček & Ptáčková, 2018). Toto narušení u dětí s ADHD zapříčiňuje narušenou schopnost nahlížet na své chování, utvářet jeho nové formy a strategicky řešit úkoly. Prefrontální kortex plně dozrává ke konci dospívání, což podporuje teorii, že se ne ve všech případech ADHD přenáší až do dospělosti.

S exekutivními funkcemi významně souvisí pozornost, jejíž specifické narušení představuje jednu z hlavních problematických oblastí u pacientů s ADHD. Automatická (tzv. bottom-up či posteriorní) pozornost pro ně obvykle nepředstavuje potíže. Jedná se o non-exekutivní složku pozornosti. Do této kategorie patří udržování pozornosti, a proto se případné potíže vyskytují spíše u ADHD s převahou nepozornosti. Samotná exekutivní (nebo-li anteriorní) pozornost představuje procesy řízené shora dolů (tzv. top-down), které jsou strategické a relativně záměrné. Tyto procesy mají za cíl potlačovat

naše chování nebo zastavovat automatické reakce a rovněž sledují chování vedoucí k cíli. Toto narušení je primárně dáváno do souvislosti s impulzivitou u jedinců s ADHD, kteří nejsou schopni pozastavit nežádoucí chování (Cicchetti & Cohen, 2006). Impulzivita a hyperaktivita se obvykle projevuje nebo zhoršuje v situacích vyžadující soustředěnou pozornost nebo obecně řečeno úsilí, které zároveň postrádají dojem novosti (Příhodová, 2011).

Porucha pozornosti je tedy důsledkem nedostatečné inhibice jakožto jedné z hlavních dovedností exekutivních funkcí. Pacienti s ADHD nejsou schopni potlačit rušivé podněty a myšlenky a podřizovat své chování vnitřní kontrole. Nedostatečný útlum zároveň způsobuje impulzivní chování a v motorických projevech se projevuje jako hyperaktivita v podobě nadměrné, neřízené a mnohdy i bezúčelové pohybové aktivity nebo pohybovém neklidu (Ptáček & Ptáčková, 2018; Příhodová, 2011). Potíže s inhibicí vedou rovněž k narušení emoční regulace a k obtížím s potlačením nežádoucího reagování (Vágnerová, 2020). Důvodem, proč na dítě s ADHD obvykle domluvy nezabírají je právě ten, že samo sebe nezvládá, přestože samotný intelekt nebývá narušený (Svoboda, 2014).

Pozornost mívají narušenou komplexně, tedy ve všech složkách. Potíže u nich pozorujeme s koncentrací pozornosti, z čehož vycházejí potíže se zapamatováním potřebných informací. Zatěžuje a vyčerpává je nadměrná míra podnětů a informací, které nedovedou regulovat, a proto mívají potíže s pochopením podstaty daného úkolu. Pokud jsou vystaveni většímu množství informací, pomáhají si redukcí, a tak opomínají podstatné detaily. U ADHD se běžně vyskytují obtíže také s vytrvalostí nebo i přesouváním pozornosti (Vágnerová, 2020).

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 Maté (2021) upozorňuje na narušenou regulaci pozornosti. Jedná se převážně o onu pasivní

pozornost, která umožňuje mysli 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. Pro děti s ADHD je nicméně charakteristická nestálost ve výkonu, která se typicky odráží na známkách a znalostech, které mohou být každý den jiné. Pro samotné děti je často deprimující fakt, že i přes snahu dosahují nestabilních výsledků (Conners, 2008).

S exekutivními funkcemi i pozorností dále úzce souvisí také paměť, jelikož je pro uložení informace nutné jí primárně věnovat pozornost. Rovněž k vyvolání informací z paměti je nutné je mít uložené organizovaným způsobem, což bývá u ADHD problematické. Největší oslabení se jeví v paměti pracovní, které má za následek potíže s krátkým podržením informace v paměti v momentě, kdy se věnujeme něčemu jinému. Výrazné potíže jsou v paměti vizuálně-prostorové, nebo-li vizuospeciální, kde jsou přítomné potíže s plánováním jednotlivých kroků potřebných k vyřešení úkolu. S touto problematikou se setkáváme zejména u dětí s převahou hyperaktivity-impulzivity, které uchopují podněty po jednotlivých detailech. Verbální, nebo-li auditivní paměť bývá u ADHD rovněž narušena. Obecně se dá říci, že děti s ADHD jsou schopné si zapamatovat informace stejně dobře, jako je tomu u jejich vrstevníků, ale vyskytuje se u nich potíže v selekci a identifikaci toho, co je důležité. S ohledem na oslabení verbální pracovní paměti se u nich vyskytují v nemalé míře také poruchy čtení a psaní, které mohou ovlivňovat školní výkon (Ptáček & Ptáčková, 2018).

Porucha aktivity a pozornosti významně zasahuje u nemalého počtu dětí rovněž do ovládnutí motoriky, a to opět ve spojitosti s narušením exekutivních funkcí a problematickým zacházením s časem. Narušené exekutivní funkce zapříčiňují problém s vnímáním a časovým hospodařením a jsou zásadnější, než potíže se samotnou motorikou. Zhruba polovina dětí s ADHD má potíže v jemné i hrubé motorice, a to v řízení a koordinaci pohybů, které se projevují v běžných denních záležitostech jako je oblékání, stravování, jízda na kole nebo psaní. Potíže jsou rovněž patrné při plnění

úkolů, u kterých je nutná spolupráce rukou jako je například zavazování tkaniček (Vágnerová, 2020).

U dětí s ADHD lze pozorovat také vyšší míru mimovolných pohybů. Je pro ně náročné přerušit nebo zastavit připravenou motorickou reakci, a proto se u nich vyskytují potíže s přizpůsobením v nových situacích. Tyto potíže s načasováním vztahující se rovněž k motorice byly pozorovány zejména u dětí s ADHD s kombinovaným typem a u dětí s převahou nepozornosti (Ptáček & Ptáčková, 2018).

Motorická 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 (Ptáček & Ptáčková, 2018; Semrud-Clikeman & Schafer, 2000; Vágnerová, 2020).

U dětí s ADHD se mohou vyskytovat obtíže i se zrakovou a sluchovou percepcí, jelikož je snadno vyruší nepodstatné senzorycké podněty z okolí, kterým nezvládají nevěnovat pozornost (Ayres, 2005).

Mívají také potíže plnit předpoklady vedoucí k oceňování v naší společnosti jako například dovednost přizpůsobit se pravidlům, samostatnost nebo dlouhodobá spolehlivost. Z toho důvodu jsou děti častěji kritizovány. Své neúspěchy vnímají obvykle velmi intenzivně, což ovlivňuje jejich sebehodnotu. Je proto důležité dětem s ADHD pomoci k pozitivnímu sebehodnocení, jelikož výskyt nízkého sebehodnocení u nich lze pozorovat poměrně často. Je vhodné dbát na pozitivní oceňování, kterého je často mnohem méně než kritiky či trestů (Goetz, nedat.; Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, nedat.). Setkáváme se ale také s tím, že své nízké sebehodnocení v rámci obranné reakce někdy projevují naopak jako tendenci k nadhodnocování vlastních schopností (Vágnerová, 2020).

Co se týče odkládání uspokojení, Carter (2014) zdůrazňuje, že děti s poruchou pozornosti mívají zpravidla 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, dráždivé i plačtivé. 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. Také odměnu je vhodné neoddalovat, jelikož se u dětí s ADHD oddálená odměna nejeví jako efektivní.

Dalším typickým znakem ADHD 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 a vydávají různé zvuky. Navzdory tomu přes den nebývají ospalé (Goetz, nedat.). S ohledem na potíže s regulací spánku a bdělosti se může také stávat, že spí naopak příliš dlouho.

U dětí a také dospělých s ADHD se rovněž častěji vyskytuje nadváha a obezita. Usuzuje se, že k tomu dochází vlivem impulzivity, deficitu kognitivního fungování a snížené sebekontroly. Tyto faktory mohou vést ke sníženému ovládnání touhy po jídle, tudíž k nadměrné konzumaci jídla. Setkat se ale můžeme také s mentální anorexií nebo mentální bulimií, která se ovšem vyskytuje u pacientů s ADHD obvykle až v dospělosti (Ptáček & Ptáčková, 2018).

Jelikož tato porucha nemusí do dovršení zletlosti ze zásady vymizet, odborná veřejnost se v případě této problematiky přiklání více k pohledům manuálů 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.

Během dospívání se obvykle okolo 12 let spontánně zmírňuje motorický neklid (Příhodová, 2011), 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).

DSM-V uvádí, že se ADHD objevuje ve většině kultur zhruba u 5 % dětí a přibližně u 2,5 % přetrvává do dospělosti (Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015). Výskyt je častější u mužského pohlaví ve všech věkových kategoriích (ADHD Institute, 2019).

Národní zdravotnický informační portál (2020) uvádí přetrvávání potíží i v pozdějším věku zhruba u dvou třetin dětí s poruchou aktivity a pozornosti. Příhodová (2011) uvádí přetrvávání ve 40-60 % případů. Mezi chronické příznaky ADHD v dospělosti se řadí zejména pocit, že výkon neodpovídá schopnostem, potíže až neschopnost v organizaci běžných denních záležitostí, snížené sebehodnocení, potíže v navazování a udržení dlouhodobých vztahů, zvýšená afektivita, nevhodné poznámky v rámci impulzivního vyjadřování, častá nuda a vyhledávání nových zájmů, netrpělivost, ale také kreativita. V dospělosti nicméně ubývá motorická hyperaktivita pravděpodobně ve spojitosti s dozráváním centrální nervové soustavy. Může se ovšem projevat jako pocit vnitřního neklidu (Cahová, Pejčochová & Ošlejšková, 2010; Ptáček & Ptáčková, 2018; Příhodová, 2011).

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 dětí 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.

1.2 Klasifikace syndromu ADHD

Porucha aktivity a pozornosti spadá dle MKN-10, desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí, 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 proto typicky přebíhají mezi činnostmi a obecně u nich pozorujeme nadměrnou aktivitu, která je špatně regulovaná a je obvykle dezorganizovaná. MKN-10 zachycuje svými kritérii spíše výraznější patologie. Za podmínky pro stanovení diagnózy ADHD si klade jednoznačnou přítomnost nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity, které mají být přítomné alespoň ve dvou prostředích. Porucha se musí vyskytovat již před 7 rokem života (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, nedat.)

Diagnostický a statistický manuál DSM-5, jako více subtilní nástroj, rozlišuje také subtypy ADHD, a to 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. Jeho nižší nápadnost v projevu ovšem zapříčiňuje častější unikání diagnostice. 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 nejruznějšími 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). Kombinovaný neboli smíšený typ se dle Příhodové (2011) vyskytuje nejčastěji.

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

Z hlediska chování Říčan a Krejčířová (2006) uvádějí u dětí s ADHD častější impulzivní až disociální chování především v těch momentech, kdy 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.

DSM-V dále rozlišuje ADHD dle stupně závažnosti. 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 (Centers for Disease Control and Prevention, 26. ledna 2021; Ptáček & Ptáčková 2018; Žáčková & Jucovičová, 2014).

Z hlediska dalšího dělení definoval Amen (nedat.) 7 druhů ADD za pomoci zobrazovací metody SPECT, která hodnotí průtok krve a aktivitu v mozku. První, takzvaný klasický typ, je obvykle patrný od raného věku a odpovídá klasickému ADHD, tedy poruše aktivity a pozornosti. Děti jsou nadměrně aktivní, neklidné, hlučné, impulzivní a upovídané. Rodiče těchto dětí jsou často unavení a někdy i v rozpacích z chování svých dětí. Ve zdravém mozku koncentrování pozornosti způsobí, že se v určitých oblastech, zejména v prefrontální kůře, přiměřeně zvýší průtok krve. To nám pomáhá soustředit se, plánovat dopředu, zůstat organizovaní a plnit úkoly. Když se však lidé s ADD/ADHD snaží soustředit, průtok krve se v prefrontálním kortexu snižuje, tudíž je pro ně obtížnější soustředit se a odfiltrovat rozptýlení. Ve skutečnosti se stává, že čím více se snaží soustředit, tím těžší to může být. Nálezy SPECT v těchto případech často vykazují normální klidovou aktivitu, ale při koncentraci bývá snižená aktivita ve spodní části prefrontálního kortexu, stejně jako v mozečku a bazálních gangliích. Jedná se o struktury uložené hluboko v mozku, které produkují dopamin, tedy neurotransmitter, který je významný pro motivaci a pozornost.

Diagnostický manuál raného věku DC:0-5™ (Zero to Three, 2016) popisuje syndrom ADHD jako vývojovou poruchu s nepřiměřenou úrovní pozornosti a nadměrnou aktivitou a impulzivitou, která je pozorovatelná již v raném věku. Tyto vzorce chování se vyskytují výrazněji, než je typické pro děti stejného věku, a jsou patrné alespoň ve dvou prostředích. Rovněž Stárková (2015) hodnotí klinický obraz dítěte s ADHD typický potížemi minimálně ve dvou prostředích, tedy například v rodině a ve škole, čímž se rovněž shoduje s MKN-10.

Manuál DC:0-5™ stanovil diagnostická kritéria k lepšímu zachycení projevů ADHD u dětí raného věku, které dosáhly alespoň 3 let. Všechny symptomy se musí vyskytovat minimálně 6 měsíců. V klastru pozornosti sledujeme zejména potíže udržet pozornost na danou činnost, chyby způsobené nižší všímavostí, nereaktivitu na verbální výzvy při zaujetí preferovanou činností, ztráta přehledu o pravidelně používaných věcech, časté rozptýlení zvuky nebo pohledy z okna, ztrácení se v sekvenčních

činnostech odpovídající věku a další. Klastř hyperaktivity-impulzivity sleduje projevy v podobě častého vrtění nebo i vstávání v momentech vyžadující sezení, lezení na nábytek a další nevhodné předměty, vydávání hluku a potíže s tichou hrou, nadměrné a nesměrované motorické aktivity a hovornosti, rušení druhých a další. Syndrom ADHD by měl rovněž významně ovlivňovat fungování dítěte i jeho rodiny v každodenních aktivitách nebo také zasahovat do vztahů (Zero to Three, 2016).

1.3 Etiopatogeneze ADHD

Odborníci se v otázkách ADHD obvykle shodují na multifaktoriální etiologii, zejména interakcí mezi faktory genetickými a faktory prostředí (Příhodová, 2011). Dle Kulišťáka (2013) je velká váha přikládána biologické podmíněnosti, konkrétně neurobiologickým faktorům.

Již historicky kladly první systematické popisy ADHD ze 40. let 20. století důraz na organické postižení mozku a jeho chybný vývoj. V České republice byl dlouhá léta užíván pojem lehká mozková dysfunkce. Toto širší pojetí zahrnovalo různé lehčí odchylky v mentálním vývoji, které byly vysvětlovány na základě oslabené funkce centrální nervové soustavy. Pojem zahrnoval i různé poruchy učení, chování nebo také některé dysfázie (Drtílková & Šerý, 2007).

ADHD je možné chápat jako syndrom, ve kterém se odráží atypické propojení různých neuronálních sítí a jejich nerovnoměrná aktivace. Pomalejší diferenciaci je patrná zejména mezi defaultní sítí a dalšími sítěmi zajišťující kognitivní kontrolu a udržení pozornosti. Rovněž je sledované slabší propojení mezi oblastmi zajišťující kontrolu exekutivní (Vágnerová, 2020).

Změny v oblasti fyziologie či anatomie mozku jsou přítomné u většiny pacientů s ADHD. Byly pozorovány specifické abnormality v objemu frontálního laloku a redukce šedé hmoty mozkové. APA (2015) uvádí na základě zobrazení magnetickou rezonancí snížený celkový objem mozku o 3-8 %. Konkrétně frontální lalok, jakožto hlavní sídlo exekutivních funkcí, vykazoval na magnetické rezonanci menší objem o 8 % (Příhodová, 2011).

Další autoři pozorovali jako významnou oblast u ADHD fronto-striatální oblast, což je rovněž oblast šedé mozkové hmoty, která souvisí s motorickými funkcemi (Ptáček & Ptáčková, 2018). Zahrnuje kromě prefrontální kůry také mozeček a část bazálních ganglií. Celý tento okruh je důležitý pro exekutivní kontrolu a jeho dysfunkce se projevuje obtížemi v seberegulaci a při zpracovávání informací. Správné fungování mozečku je zároveň nezbytné pro koordinaci různých částí mozku včetně motorické kontroly, emoční regulace a také pracovní paměti. Bazální ganglia jsou následně závislá na hladině dopaminu, a to rovněž v otázkách motorické koordinace (Vágnerová, 2020).

Prefrontální kortex je předmětem zkoumání i dalších autorů. Je považován za centrum všech exekutivních funkcí, které je zároveň nadřazeno ostatním formacím mozku. Jeho hlavní rolí je řízení aktivity dalších částí mozku. Serman (2000) uvádí, že se v oblasti prefrontálního a také senzomotorického kortexu vyskytují na EEG změny v podobě inhibované aktivity u vysokého procenta dětí s ADHD. Tato část dětí je více neklidná a nesoustředěná, jelikož je snížena inhibiční dovednost mozku. Tento deficit je pozorován zejména u ADHD hyperkineticko-impulzivního typu.

Cummings (1993) rozdělil prefrontální obvody do tří oblastí, jelikož mají jednotlivé oblasti prefrontální kůry různé funkce. Dorzolaterální systém je dáván do spojitosti právě s exekutivními funkcemi, řešením problémů, učení a paměti. Jeho narušení způsobuje potíže s plánováním a organizací činností, apatii a narušuje mentální flexibilitu. Orbitofrontální systém souvisí s morálním a sociálně žádoucím chováním. Jeho narušení způsobuje výbuchy hněvu, netaktnost i dráždivost. Mediální systém souvisí s motivací, emočním prožíváním i pozorností. Je tedy patrné, že se jedná o

okruhy související s poruchou aktivity a pozornosti. Procházka a Orel (2021) uvádějí také čtvrtý neuronální obvod, a to systém frontopolární, který se opět podílí na exekutivních funkcích a kognitivním větvení, sledování cíle a na celkovém utváření osobnosti. Je považován za nadřazený ve vztahu k ostatním obvodům.

Pomocí funkční magnetické rezonance byla dále sledována inhibice oblastí odpovědné za pracovní paměť a pozornost. Obvykle se jedná o nižší krevní průtok a nižší metabolickou aktivitu těchto oblastí. Tyto změny obvykle přetrvávají do dospělosti, což potvrzuje přetrvávání příznaků ADHD do dospělosti i přes relativní zlepšení symptomatiky. Jisté odchylky a variabilita se nicméně v populaci vyskytuje běžně (Ptáček & Ptáčková, 2018).

Děti s ADHD mívají některé oblasti mozku nedostatečně aktivované, kupříkladu fronto-parietální síť, jinak označované jako centrální exekutivní síť, která zajišťuje řízení kognitivních funkcí a přepínání pozornosti. Jiné jsou naopak aktivované nadměrně. To se týká především defaultní sítě, která řídí chování a pomáhá se zpracování informací, dále síť satelitní, vizuální nebo také sensorické oblasti (Vágnerová, 2020). V obou případech se může jednat o projev nezralosti mozku. Nadměrná aktivace může sloužit jako kompenzace narušené fronto-parietální sítě, která se projevuje nedostatečnou kognitivní kontrolou a potížemi v propojování informací a rovněž k nárůstu impulzivity.

Shaw et al. (2007) vysvětlují ADHD jako poruchu vznikající právě na základě opožděného zrání mozku, a to přibližně o 3 roky. Toto pomalejší zrání se z neurologického hlediska odehrává rovněž zejména v laterální prefrontální kůře, která má řídicí a regulační funkci, a také v mozečku, což opět svědčí o nedokonalé motorické inhibici. Pomocí zobrazovacích metod byla v této oblasti opět pozorována nižší aktivita během plnění různých úkolů. 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).

Za rizikové faktory vnějšího prostředí pro vznik ADHD se považují nepříznivé prenatální faktory jako je kupříkladu užívání alkoholu, který způsobuje strukturální odchylky v mozečku, drog nebo kouření během těhotenství. Expozice plodu nikotinu vede ke stimulaci nikotinových receptorů modulující dopaminergní aktivitu. Dále se může jednat o infekce, toxiny, komplikace během porodu, předčasné narození dítěte nebo jeho nízká porodní hmotnost. Vnější faktory se pravděpodobně uplatňují u jedinců s určitou genetickou predispozicí k selektivnímu vyčerpání dopaminu (Červenková & Kolář, 2018; Kulišťák, 2021; Příhodová, 2011).

Dále se zohledňují zejména metabolické a genetické vady a také úrazy hlavy v časném postnatálním období. Genetická predispozice je přítomná až u 77 % dětí s ADHD (Červenková & Kolář, 2018; Kulišťák, 2021; Příhodová, 2011).

Z hlediska genetiky bylo pozorováno, že se na utváření ADHD podílí chybná regulace metabolismu serotoninu, noradrenalinu a zejména dopaminu (Národní zdravotnický informační portál, 2022). Snížená aktivita dopaminu ve frontálních lalocích vede k poklesu kognitivních funkcí, tedy pozornosti, paměti, motivace i k narušení koordinaci pohybů a nedokonalé motorické inhibici. Noradrenalin je rovněž regulátor pozornosti, chování, procesu spánku a bdění, paměti i učení (Medřická et. al, 2007). Poslední výzkumy genetiky odhalují, že je většina forem spíše polygenních (Ptáček & Ptáčková, 2018). Proto se léčba stimulancii i dalšími léky jeví v klinické praxi jako účinná oproti jiným látkám, jelikož zvyšuje dopaminergní i noradrenergní přenos (Příhodová, 2011).

Dopamin a noradrenalin jsou hlavní neurotransmitery ve fronto-striato-thalamo-kortikálních okruzích, a proto se předpokládá, že je s nimi významná část potíží u ADHD spojena. Tyto okruhy jsou důležité pro regulaci pozornosti, bdělosti i behaviorální odpovědi (Příhodová, 2011).

Neuropsychologie i samotná neurologie jsou velmi široké a specifické obory a výzkumy i teorie v otázkách ADHD jsou poměrně obsáhlým tématem. Cílem této práce a kapitoly bylo přiblížit hlavní body a podstatu zásadních neurologických funkcí a oblastí podílejících se na vzniku a problematice ADHD.

Vágnerová (2020) dále upozorňuje na vliv temperamentových dispozic, které se podílejí na rozdílech v jednotlivých aspektech pozornosti. Rovněž převaze introverze či extraverze 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.

V neposlední řadě Maté (2021) upozorňuje na důležitý vliv rodinného prostředí u dětí s poruchou pozornosti. V anamnézách těchto dětí je výraznější počet stresových událostí, které nesouvisejí 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.

1.4 Diagnostika poruchy aktivity a pozornosti

Samotnou diagnózu ADHD stanovuje zpravidla dětský psychiatr, který může indikovat také farmakologickou léčbu. Léčba medikamenty u diagnózy ADHD je jedna z nejúčinnějších 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 diferenciatně 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 patrný u 30–90 % (Medřická et al., 2007). APA (2015) rovněž uvádí vyšší výskyt pomalých vln patrných rovněž na EEG. Tyto změny bývají u dětí s ADHD typické, nejsou však specifické a nemohou tak samy o sobě diagnózu potvrdit (Příhodová, 2011).

Pro správné stanovení diagnózy ADHD je stěžejní psychologické vyšetření, při kterém se s pomocí testových metod posuzuje pozornost a celkové fungování dítěte. 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 počátku obtíží 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 výtvořy, které mohou rodiče zapůjčit či přinést ukázat (Ptáček & Ptáčková, 2018; 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 metodu WISC-III či IDS, 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. Vhodné je zařadit i neuropsychologické testy. Příkladem může být Rey-Osterriethova komplexní figura, kde je pozornostní složka důležitou dovedností pro zvládnutí daného úkolu, stejně jako plánování, tedy zapojení exekutivních funkcí (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).

1.5 Komorbidita, diferenciální diagnostika a léčba ADHD

Přidruženou diagnózu má až 60 % dětí s ADHD. Mezi nejčastější komorbidity patří poruchy chování, přičemž se obvykle jedná o poruchu opozičního vzdoru, a to u 33-65 % dětí s poruchou aktivity a pozornosti. Dále jsou často pozorované specifické poruchy učení, úzkostné poruchy, deprese a další poruchy nálad, poruchy příjmu potravy, obsedantně-kompulzivní porucha nebo také pervazivní vývojové poruchy či tiky (Medřická, Kunčířová & Novák, 2007; Zero to Three, 2016). U dospělých se dle DSM-V komorbidně vyskytuje také intermitentní explozivní porucha a můžeme se dokonce setkat i se souběhem užívání návykových látek nebo poruch osobnosti (APA, 2015).

Až polovina těchto dětí může trpět také enurézou a až čtvrtina enkoprézou (Barkley, 1982). Chronická obstipace a noční enuréza je pozorována nejvíce u ADHD s převahou nepozornosti (Drlík, Drlík, Heráček et al., 2017). Denní enuréza souvisí především s hyperkinetickou poruchou (R. Procházka, osobní sdělení 20. srpna 2023).

ADHD je zároveň nejčastější komorbiditou u dětí s epilepsií. Společný výskyt se nejčastěji udává u 20-40 % dětí s ADHD, a to s převahou nepozornosti. S ohledem na takto vysoký počet se dokonce uvažuje o společné etiologii obou diagnóz, přičemž s ADHD bývá nejčastěji spojována epilepsie frontálního laloku. Existuje předpoklad, že se vývojově daná porucha mozku nejprve projevuje epileptiformními výboji, dále změnami kognitivní funkcí včetně chování, a následně dochází vyčerpáním kompenzačních mechanismů až k epileptickému záchvatu. Některé výzkumy rovněž poukázaly na častější výskyt ADHD před prvními projevy epilepsie (Příhodová, 2011).

Přestože je souběžný výskyt jmenovaných diagnóz poměrně běžný, mohou stát také samostatně v rámci diferenciální diagnostiky vzhledem k některým překrývajícím se nebo podobným symptomům. V rámci diferenciální diagnostiky k ADHD u dětí stojí kupříkladu i reaktivní porucha příchyllosti, kde se může vyskytovat odbržděné sociální

chování, nicméně chybí další podstatné znaky ADHD, jako je specificky narušená pozornost (Raboch et al., 2015).

Rovněž zmíněná epilepsie může v otázkách diferenciální diagnostiky působit jako porucha pozornosti během epileptických absencí nebo přímo záchvatů. I další neurologická či neurometabolická onemocnění může doprovázet nesoustředěnost a hyperaktivita, a proto je kvalitní lékařské a zejména neurologické vyšetření nutnou součástí diagnostiky ADHD (Příhodová, 2011). Rovněž poruchy štítné žlázy mohou mít podobné příznaky jako ADHD. Lékařské vyšetření se také zabývá otázkami farmakoterapie a možných vedlejších účinků některých léků, jako jsou například antihypertenziva (Cahová, Pejčochová & Ošlejšková, 2010).

Zásadní rozdíly mezi ADHD a poruchami chování jsou v nepřátelském nebo dokonce antisociálním chování jako je lhaní či podvádění, které pro ADHD není typické. U depresivní poruchy se objevuje nepozornost pouze během depresivní epizody. Úzkostné poruchy vykazují nepozornost v důsledku obav a myšlenkových ruminací opět netypické pro ADHD jako takové (APA, 2015).

S deficitem pozornosti jsou poruchy autistického spektra a také mentální retardace obvykle spojené a jsou považovány za primární diagnózy. Z hlediska diferenciální diagnostiky se mohou u pervazivních poruch vyskytovat záchvaty vzteku způsobené potížemi v přijetí změn, kdežto u ADHD se jedná o nedostatečnou sebekontrolu a impulzivitu. Je rovněž běžné sociální selhávání, které je oproti ADHD způsobené neschopností sociálního začlenění a neschopností adekvátní sociální reciprocity (Ptáček & Ptáčková, 2018).

Také poruchy spánku nebo chronická spánková deprivace mohou u dítěte způsobovat horší soustředění, nepozornost i ospalost, kterou překonává hyperaktivitou (Příhodová, 2011).

U dospělých pacientů stojí v rámci diferenciální diagnostiky poruchy osobnosti, užívání návykových látek, psychotické nebo také jiné neurokognitivní poruchy (Raboch et al., 2015).

Psychiatr a dětský psychoterapeut Peter Pöthe podotýká, že porucha aktivity a pozornosti může být dokonce zaměnitelná s projevy posttraumatické stresové poruchy, u které se v anamnézách dětí vyskytují závažné traumatické události (Kostyálová, 2022). Na problematiku poruch souvisejících s traumatem a stresem upozorňuje rovněž diagnostický manuál DSM-5 (APA, 2015). Zelinková (2015) propojuje ADHD a následky fyzických traumat v souvislosti s úrazy mozku. Při diagnostice ADHD je tedy vždy nezbytný důkladný sběr anamnestických údajů v rámci diferenciální diagnostiky a kvalitní psychologické vyšetření zaměřené na kognitivní funkce.

V otázkách léčby ADHD je farmakoterapie jedna z neúčinnějších v celé psychiatrii, jelikož dobře pracuje s příznaky ADHD i s komorbiditou. Důležité je také vyšetření neurologem s cílem vyloučit jiná neurologická onemocnění (Theiner, 2012).

Nejčastěji používanou medikací jsou stimulantia, která mají spíše kratší mechanismus účinku a je třeba jejich častější užívání. Přesto mají až u 70 % pacientů s ADHD pozitivní účinky. Stimulantia posilují vliv noradrenalinu a dopaminu, které jsou u ADHD specificky sniženy. Působí také na motorickou koordinaci a dochází tak ke zlepšení jemné motoriky a ke snížení hyperaktivity. Dále mají vliv na stimulaci retikulárního aktivačního systému, díky čemuž se zlepšuje motivace i koncentrace pozornosti a mírní se impulzivita. Mohou napomáhat i při zmírnění sociálně nepřiměřeného chování, tedy k tlumení afektů nebo také agrese. Z nestimulačních látek se v posledních letech užívá i Amoxetin, který rovněž zvedá hladinu dopaminu. Oproti stimulantům pomáhá i s poruchami usínání i dalšími komorbidními poruchami a lze jej podávat pouze jednou denně. Další možnou léčbou ADHD u dětí jsou atypická neuroleptika jako je Risperidon, která pomáhají snižovat agresivitu a hyperaktivitu zejména při přidružených poruchách chování. Jejich vedlejším účinkem je nicméně

psychomotorický útlum a možná je i snižená pozornost (Medřická et. al, 2007; Ptáček & Ptáčková, 2018).

Další možnost léčby jsou rovněž specifické druhy antidepressiv, a to opět zejména při komorbiditě s úzkostnými, depresivními či obsedantně-kompulzivními poruchami (Příhodová, 2011).

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

Při psychoterapii ADHD se zaměřujeme především na zvládnutí symptomů a komunikaci s okolím dítěte a na posílení jeho sebedůvěry. Vhodná je spolupráce s rodiči a učiteli zejména s cílem pomoci dítěti s motivací a organizací času a úkolů, s čímž mají děti s ADHD typicky potíže (Webster-Stratton, Reidl & Hammond, 2001). Za optimální se považuje kombinace obou druhů léčby.

Pacienti s neléčeným ADHD mají výhledově rovněž vyšší riziko abúzu návykových látek nebo také poruch chování obecně (Příhodová, 2011). Léčba ADHD je proto významná, jelikož dětem pomáhá rozvinout i jejich schopnosti a dosahovat odpovídajícího postavení ve společnosti (Ptáček & Ptáčková, 2018).

2 Mladší školní období a specifika dětí s ADHD

2.1 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).

2.2 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. Děti, které mají například jazykové obtíže, mívají častější potíže v interakci se spolužáky (Gallagher, 1993; Stangeland, (2017).

Kolem šesti let začíná zdravé 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).

Vrstevníci v mateřské školce mají na vývoj emocí významný vliv. Jsou důležití pro kognitivní spojení vlastních emocí a reakcí druhých. Dítě se tak učí, jak jeho emoce ovlivňují okolí a nakolik je jejich regulace významná. Také se učí kognitivně pochopit výrazy obličeje druhých a dalšímu verbálnímu i neverbálnímu vyjadřování (Procházka, Orel a kol., 2021).

Pokud dítě není dostatečně zralé, 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).

S nedostatečnou zralostí se můžeme velmi často setkávat právě u dětí s ADHD. V předškolním období u nich můžeme pozorovat charakteristicky nízkou výdrž u jednotlivých aktivit a her, motorický neklid a velmi výrazná je také vzdorovitost a problematická sociální adaptace (Theiner, 2012). Projevuje se u nich porucha inhibice chování i emocí. Děti jsou proto neúměrně divoké, reagují nepřiměřeně, vztekají se, běhají nebo lezou po nábytku a mají více úrazů (Ptáček & Ptáčková, 2018). Období vzdoru bývá protahované, děti mívají potíže se sebeobsluhou a objevují se potíže s usínáním nebo také nočním pomočováním (Příhodová, 2011).

Po nástupu do školy pozorujeme u dětí v mladším školním období charakteristickou formu ADHD v podobě nepozornosti, impulzivního chování i motorického neklidu, který se projevuje neschopností vydržet potichu v lavici nebo dokončovat úkoly. Děti vyrušují, neposlouchají instrukce a zapomínají pomůcky. Jejich chování nebývá úměrné situacím ani jejich věku. Impulzivita zapříčiňuje tendence k bezprostřednímu reagování bez rozmyslu. U mnoha z těchto dětí se zároveň objevují přidružené příznaky, jako je například tendence k agresivním reakcím a jednání, snížené sebeovládání a specifické poruchy učení. Mají proto obtíže s navazováním vztahů se spolužáky i s respektem vůči autoritám (Příhodová, 2011; Vágnerová, 2020). V důsledku

tohoto souboru věcí je častější také celkové školní selhávání (Theiner, 2012). Spolupráce se zdravotnickými i pedagogickými odborníky je proto na místě s cílem pomoci dítěti přechod a adaptaci na školní prostředí lépe zvládat. Kupříkladu pedagogicko-psychologické poradny udílejí podpůrná opatření dětem se speciálními vzdělávacími potřebami, pedopsychiatr může nasadit medikaci v případě potřeby a podobně.

2.3 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).

Děti s ADHD mají nicméně jemnou i celkovou motorickou a vizuomotorickou koordinaci obvykle specificky narušenou (Semrud-Clikeman & Schafer, 2000). Můžeme si povšimnout kupříkladu poruch rytmu nebo také narušené pohybové paměti. Potíže u této skupiny dětí pozorujeme i v koordinaci obou rukou, což můžeme pozorovat v házení míčem nebo při zavazování tkaniček. V jemné motorice způsobují nedostatky zejména potíže s rukopisem.

Hyperaktivita také zapříčiňuje neuspořádané a přehnané pohyby. U dětí s ADHD je přítomná vyšší míra mimovolných pohybů, které se vyskytují zejména u kombinovaného typu ADHD (Mostofsky a kol., 2003).

Dále u dětí obvykle dochází ke zlepšení smyslového vnímání, zejména zrakového a sluchového. Stávají se pozornější, mají větší vytrvalost. Pozorování se stává cílevědomým aktem. Nepozorují pouze celek a vnucující se detaily, ale zkoumá věci a prostředí po částech (Langmeier & Krejčířová, 2006). U dětí s ADHD se nicméně setkáváme s potížemi s odfiltrováním nepodstatných sensorických podnětů z okolí. Jedná se o tzv. poruchu sensorické integrace (Ptáček & Ptáčková, 2018).

2.4 Kognitivní vývoj v mladším školním věku

Mezi nejproslulejší teorie kognitivního vývoje patří teorie Jeana Piageta, který ho rozděluje na fázi senzomotorickou, symbolickou nebo-li předpojmovou, fází konkrétních operací a formálních operací. Až okolo sedmi let, tedy na počátku školního věku, jsou děti schopné konkrétních logických operací, a to bez dřívější závislosti na viděné podobě, jako tomu bylo v předešlé, tzv. percepční realitě. Stále se ovšem jedná o konkrétní věci a jevy (Plháková, 2003; Huitt & Hummel, 2003). V tomto období hovoříme o tzv. pojmové realitě, kde se rozvíjí zejména pracovní paměť.

Pokud se u některých dětí objevuje deficit, podepisuje se to na jejich vývoji. Právě u dětí s ADHD je pracovní paměť specificky oslabená a obtíže úzce souvisí s narušenou pozorností. Potíže s koncentrací pozornosti pozorujeme nejčastěji u ADHD kombinovaného typu a narušení selektivní pozornosti zejména u ADHD s převahou nepozornosti (Ptáček & Ptáčková, 2018).

Na stupni konkrétních operací chápe dítě v mladším školním období 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 chut' 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 inferenze 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).

Jelikož je u dětí s ADHD specificky narušená pracovní paměť včetně verbální, mohou mít potíže s vyjadřovacími schopnostmi nebo také s významem slov (Ptáček & Ptáčková, 2018). Kapacita pracovní paměti se nicméně plynule zlepšuje a narůstá během celého školního věku (Vágnerová, 2020).

Od celkového a zejména kognitivního vývoje je odvíjeno také chápání a pojmání morálky. 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 obvykle 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). Vytrvalost pozornosti se v prvních letech školní docházky obvykle zlepšuje (Vágnerová, 2020).

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).

Jejich zaměření, udržení i přesun pozornosti na jiný úkol bývá problematické. Snadno se nechají rozptýlit vnějšími podněty nebo dokonce vlastními myšlenkami a úvahami. Krátkodobé úkoly obvykle zvládají lépe, než dlouhodobé, jelikož mají potíže s udržením úsilí po delší dobu nebo také s dokončováním úkolů včas (Brown a kol., 2005). Jejich školní prospěch tak obvykle neodpovídá jejich inteligenci a schopnostem (Vágnerová, 2020).

U zdravých dětí se začíná projevovat vyšší stupeň exekutivní pozornosti, která řídí kognitivní schopnosti i sebeovládání, okolo 8 let (Procházka, Orel a kol., 2021). Děti s lepšími exekutivními funkcemi jsou obvykle více úspěšné zejména v prvním roce školní docházky. Společně s kognitivními a exekutivními funkcemi se rovněž rozvíjí schopnost plánovat, a to počas celého školního věku až do adolescence. Záleží ovšem na tempu zrání příslušných mozkových center, které je u dětí s ADHD opožděné (Vágnerová, 2020).

2.5 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 stále 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 slábnou 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 (Stangland, 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 ovládnutí 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, což je typická obtíž u dětí s ADHD. 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.

Langmeier 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 (Čáčka, 2000).

Dovednost řídit a regulovat vlastní chování je možné při dosažení určitého stupně rozvoje exekutivních funkcí, které pomáhají ovládat chování i emoční prožitky pomocí inhibiční kontroly, která je u dětí s ADHD specificky narušená. Schopnost tlumit své impulzivní reakce dosahují děti na přijatelné úrovni obvykle okolo 10 let. K prvotnímu zlepšení obvykle dochází již mezi 6. a 7. rokem, tedy během nástupu do školní docházky (Vágnerová, 2020).

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). Právě jejich impulzivita často způsobuje vstupování do konverzace nebo hry druhých, což mohou vrstevníci vnímat jako hrubé nebo obtěžující. Nejedná se obvykle o deficit sociálních schopností, ale o obtíže v uplatňování sociálních dovedností v určitých situacích. 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.; Ptáček & Ptáčková, 2018).

2.6 Deskripce a vývoj 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).

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.

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).

Ke 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 jejich rysů stává ještě více věrohodný, jelikož na člověka a jeho osobnost pohlíží jako na celek.

Samotný 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 2.4 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). Vyřešením této krize je dosaženo určité ctnosti 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. Helus (2004) podotýká, že pocit méněcennosti může vycházet rovněž z nedostatečného oceňování dítěte a jeho snaživosti autoritami. Je proto důležité neoceňovat pouze výsledky dětí, ale také jejich snahu a zabránit tak přechodu pocitu méněcennosti do rysu osobnosti a nebo následné apatii či rezignaci během výkonových momentů. Rovněž Thorová (2015) upozorňuje, že pokud jsou pocity méněcennosti utvrzovány častým neúspěchem nebo negativními reakcemi okolí, může dítě reagovat rezignací a pasivitou nebo ovšem také

zvýšenou soupeřivostí, jelikož nezdar může z krátkodobého hlediska motivovat k vyšším výkonům.

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). Rovněž se v závislosti na zvládnutí či nezvládnutí tohoto vývojového konfliktu u dětí formuje sebeobraz a tak i zmíněný pocit vlastní kompetence či nekompetence (Erikson, 2002).

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 ctností 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 rozšiřuje 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).

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, na kterou je tato práce zaměřena, možno u dětí posoudit percepčně kognitivní úroveň, tedy zralost a kvalitu percepce, pozornost, myšlení a podobně. Dále pomáhá u dětí posoudit afektivní složku osobnosti, kam řadíme extraverci a introverzi, afektivitu, kontrolu emocí a také impulzivitu. Jedná se o oblasti, které jsou u ADHD významné, a proto tuto metodu považujeme za přínosný nástroj. 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.

3 Rorschachova metoda

3.1 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 nestrukturovaná 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 Lüsherův 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 jako metody doplňující klinické psychologické úvahy. Rovněž samotná Rorschachova metoda přispívá k lepšímu porozumění dítěti či dospělým a také v ní lze vidět některé znaky této poruchy (Telerovský et al., 2008).

3.2 Rorschachova metoda

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 konečném 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 například Ewaldem Bohmem, Samuelem J. Beckem, Zygmuntem A. Piotrowským a zejména Johnem E. Exnerem, jehož vyhodnocovací Komprehensivní systém je jedním z nejkomplexnějších 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 přepracovaný Komprehensivní systém, který byl vyvinut na základě jeho hlavní kritiky se snahou opravit problémy s validitou a normami více empirickým a psychometrickým přístupem (Mihura & Meyer, 2018). Od roku 2022 je nicméně zveřejněn revidovaný Komprehensivní systém CS-R a nejeví se, že by byl R-PAS očekávanou evolucí systému v České republice. V této práci tedy považujeme za klíčové řídit se platným systémem. Přesahy do R-PAS jsou v CS-R spíše rozvíjející myšlenkou (M. Seitl, osobní sdělení 23. června 2023).

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

tvorena 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 rovněž pomoci zachytit a pomoci rozpoznat rysy poruchy 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 specifitější 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 posoudit percepčně kognitivní úroveň, tedy zralost a kvalitu percepce, pozornost, myšlení a podobně. Dále pomáhá u dětí posoudit afektivní složku osobnosti, kam řadíme extraverzi a introverzi, afektivitu, kontrolu emocí a také impulzivitu. Jedná se o oblasti, které jsou u ADHD významné, a proto tuto metodu považujeme za přínosný nástroj. 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 prožívání, jako jsou například psychopatologické a prepsychotické příznaky.

Rorschachova metoda je v této práci pojímána jako nástroj sloužící pro ověřování hypotéz, nikoliv jako samostatná metoda pro stanovení diagnózy, a dále jako nástroj pro demonstrování vnitřního prožívání. Vnitřní prožívání může mnohdy zůstat skryté a nemusí se vždy odrážet ve vnějším chování, které může být s ohledem na sociální očekávání v dobře strukturovaných situacích, ve kterých se děti i dospělí běžně nacházejí, modifikované.

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

3.3 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 ADHD v Rorschachově metodě s využitím Komprehenzivního systému.

Krejčířová (2015) uvádí v protokolech dětí s ADHD jako typický znak tendenci zjednodušovat podnětové pole, kterému nedokáží 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. Seidl (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 předvídání 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 impulzivitu 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.

Předkládaná rigorózní práce se opírá o Komprehensivní vyhodnocovací systém (dále jako CS). V následujícím textu budou pro zajímavost zmíněny studie využívající systém R-PAS u dětí a adolescentů s ADHD z posledních let.

Ve studii Haddad a kol. (2021) autoři uvádí signifikantně zvýšený index $EII-3$, index poškození ega , vypovídající o potížích v celkovém osobnostním fungování. Skládá se ze zvýšeného FQ - poukazující na horší kvalitu formy, která se u dětí s ADHD prokazovala rovněž v CS (Bartell & Solant, 1995). Index se dále skládá z pozitivního indexu poruch myšlení $WSumCog$, přítomného hrubého myšlenkového obsahu $CritCont^{0}$ a ze zvýšených proměnných vypovídajících o mezilidském nepozorování a zmatku PHR^{0} a M^{-} . Výzkumy využívající CS poukazovaly na obecně nízký výskyt lidských pohybových odpovědí v protokolech dětí s ADHD (Bartell & Solant, 1995; Gordon & Oshman, 1981; Jain et al., 2005; Meehan a kol., 2008). PHR^{0} se ve studii Haddad a kol. (2021) objevovalo ve spojitosti s roztráštěným obsahem, což vypovídá o negativním pohledu probandů na sebe sama a o větších potížích při navazování kooperativních vztahů, což se opět jeví v souladu s výzkumy opírající se o CS (Krejčířová, 2015). V interpersonálních vztazích obecně mohou probandi prožívat větší úzkost, která následně o to více zesiluje impulzivní a nemodulované afektivní chování. $WSumCog$ byl u probandů složený převážně z proměnných DV , INC a DR . V některých protokolech byly rovněž přítomné skóry $FAB1$ nebo také CON . Přítomné speciální skóry mírného stupně popisuje v rámci CS u dětí s ADHD rovněž Krejčířová (2015).

Výzkum Ando, Pignolo, Viglione a kol. (2019) vyhodnotil jako signifikantně snížené proměnné čisté lidské obsahy H a pohyby M , populární odpovědi P , dále rovněž kvalitu formy $FQo\%$ a index psychologických zdrojů a adaptivní kapacity MC , kterou rovněž CS u dětí s ADHD vyhodnocuje jako snížený (Polák & Obuch, 2011). Signifikantně zvýšený byl, stejně jako ve studii Haddad a kol. (2021), rovněž index $EII-3$, PHR , $FQ-\%$ i $WD-\%$ a rovněž $FQu\%$, zvýšené riziko suicidiálního či sebedestruktivního jednání $SC-Comp$ (v CS S-CON) a index percepce myšlení $TP-Comp$ (v CS PTI). Tyto indexy se ve výzkumech využívající CS neobjevovaly.

Výzkumná část

4 Výzkumný problém, cíle a výzkumné otázky

4.1 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, výzkumným problémem této práce se předně stává analýza jednotlivých protokolů Rorschachovy metody u dětí s ADHD. Rorschachova metoda představuje neznámý a méně strukturovaný materiál umožňující nahlédnout do vnitřního prožívání a přispět tak k lepšímu porozumění toho, co si dítě myslí a cítí. 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). Rovněž se zabývá zpracováním informací, kognitivní mediací a konceptualizací, čímž přináší informace o kognitivní aktivitě a výkonu v kontaktu s materiálem, což považujeme v otázkách ADHD taktéž za obohacující (Exner, 2003).

Rorschachova metoda je v této práci pojímána jako nástroj sloužící pro ověřování hypotéz, nikoliv jako samostatná metoda pro stanovení diagnózy, a zejména jako nástroj pro demonstrování vnitřního prožívání. Vnitřní prožívání může mnohdy zůstat skryté a nemusí se vždy odrážet ve vnějším chování, které může být s ohledem na

sociální očekávání v dobře strukturovaných situacích, ve kterých se děti i dospělí běžně nacházejí, modifikované.

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 dětí s ADHD a jejich prožívání v této metodě. Cílem analýzy dat je objevit společné vzorce, témata a významy znaků nalezených v protokolech.

Cílem této práce není rozporování diagnózy, ale snaha o nalezení jejích typických znaků v Rorschachově metodě, které mohou být do určité míry v rámci vzájemné konfigurace znaků považovány za ukazatele projevů ADHD.

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

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)

4.2 Výzkumné cíle a výzkumné otázky

Hlavním výzkumným cílem této rigorózní práce je analyzovat dynamiku a vnitřní prožívání dětí s ADHD v mladším školním období v individuálních výsledcích Rorschachovy metody a také analyzovat, nakolik tyto protokoly odpovídají obvyklé dynamice ADHD. 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 ADHD specifickou konfiguraci znaků utvářející jejich společný obraz?

5 Výzkumný design

5.1 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 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 ambulanci klinické psychologie ve Středočeském kraji a v lůžkovém oddělení dětské psychiatrie ve fakultní nemocnici v Praze. 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

5.2 Metody získávání dat

Jako metodu získávání dat pro tento výzkum autorka zvolila Rorschachovu metodu, která je charakterizována v kapitole 3.2 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.

5.3 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 shromážďovala 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. Protokoly byly rovněž průběžně konzultovány a supervidovány odborníky na Rorschachovu metodu.

5.4 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).

Při práci s protokoly Rorschachovy metody je ze své podstaty užívána analýza kvalitativních dat, nicméně některé postupy, které navazují v Komprehenzivním systému, jsou do určité míry kvantifikací (Exner, 2003). Jedná se o vlastnost samotného Komprehenzivního systému, který pracuje s kvalitativními daty, nicméně v závěru používá kvantitativní operace.

Získaná data Rorschachovou metodou pro tento výzkum jsou kódovaná podle zmíněného Komprehenzivního 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 Komprehenzivního systému.

Výsledky získaných dat jsou zpracované formou kazuistik podle 3. svazku Komprehenzivního systému Exnera a Weinera (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.

5.5 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.

6 Výsledky výzkumu

6.1 Kazuistika 1

První kazuistika patří příležitostně vyšetřenému 11 letému chlapci, který přichází do ambulance klinické psychologie v doprovodu matky s diagnózou porucha aktivity a pozornosti F90.0. 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 byl z počátku velmi tichý a byl patrný jeho motorický útlum. Seděl téměř nehybně. V ambulanci dětské psychiatrie mu byl nasazen Ritalin pro poruchu aktivity a pozornosti s doprovodnými motorickými tiky a přesmyky do agresivního chování. Po nasazené medikaci začal být v projevu dle maminky až příliš utlumený a zpomalený. Matka v rozhovoru uvádí, že byl chlapec dříve výrazně emočně labilní, s čímž měl potíže ve školním i domácím prostředí. Na doporučení třídní učitelky proběhlo vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně se závěrem podezření na poruchu aktivity a pozornosti, kterou následně potvrdil pedopsychiatr a nasadil uvedenou medikaci. S léky je jeho stav nyní lepší a stabilní, nicméně ho aktuální medikace výrazněji 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 mívával 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 přátelství a vztahy s vrstevníky obecně. 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 roztažené.

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 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						
		T = 0	Bl = 0	Lvl1 Lvl2						
DQ		FV = 0	Bt = 0	DV = 0 x1 0 x2						
+ = 6		VF = 0	Cg = 0	INC = 7 x2 0 x4						
o = 28		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 = 2	Ge = 0	Sum6 = 7						
		rF = 0	Hh = 0	WSum6 = 14						
	FQ: MQ: W+D:	FD = 0	Ls = 1							
+ = 0	0 0	F = 23	Na = 2	AB = 0		GHR = 3				
o = 20	0 20		Sc = 6	AG = 0		PHR = 1				
u = 10	0 8		Sx = 0	COP = 0		MOR = 1				
- = 4	0 3		Xy = 0	CP = 0		PER = 0				
none = 0	0 0	(2) = 15	Id = 2			PSV = 3				
Ratios, Percentages, and Derivations										
CORE			AFFECT			INTERPERSONAL				
R = 34	L = 2.09		FC : CF+C = 1:1	COP = 0		AG = 0				
Coartation			Pure C = 0	GHR : PHR = 3:1						
EB = 0:1.5	EA = 1.5	EBper = No	SumC':WsumC = 0:1.5	a : p = 6:2						
eb = 8:0	es = 8	D = -2	Afr = 0.48	Food = 0						
	Adjes = 7	AdjD = -2	S (Space) = 4	SumT = 0						
			Blends : R = 1:34	Human cont. = 4						
			CP = 0	Pure H = 2						
FM = 6	SumC' = 0	SumT = 0	Col-shd bl. = 0	PER = 0						
m = 2	SumV = 0	SumY = 0		Isol.index = 0.15						
IDEATION			MEDIATION			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 byl programem vyhodnocen jako validní a pacient během celého vyšetření projevoval úsilí a adekvátní snahu.

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:

Na základě manifestovaných zdrojů v protokolu pozorujeme u chlapce neobvyklé afektivní potíže. Ve stresové situaci je náchylný k dezorganizaci a ideační i afektivní přetíženosti ($AdjD=-2$). Jeho neuspokojené potřeby pravděpodobně produkují zdánlivě nahodilé myšlení a negativně tak ovlivňují pozornost společně se zvýšenou periferní kognitivní aktivitou ($FM+m=8$). Schopnost řešit situace pomocí myšlení je maladaptivně snižena ($M=0$). Patrné je zúžení a simplifikace podnětového pole ($L=2.09$), jelikož ignoruje důležitost některých prvků s dopadem do tunelového vidění v rámci obranného procesu.

2) Sekce zpracování dat:

Do zpracování přichozích informací vynaložil veliké úsilí a to dokonce větší, než by odpovídalo vyhýbavému stylu ($Zf=18$). Může se snažit dosáhnout více, než je rozumné s ohledem na jeho dostupné zdroje. 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 ($Zd=-15.5$). Své odpovědi formuluje dříve, než dojde k plnému přenesení podnětového pole. U pacienta se v neposlední řadě projevily také obtíže s přesouváním pozornosti, které jsou u dětí relativně častým jevem. V opakujících se situacích bude mít nicméně 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, jelikož může vést k nesprávným rozhodnutím. 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:

U pacienta je přítomný neobvyklý afektivní problém, přičemž se s ohledem na jeho nízké zdroje může jednat o dysforické prožívání. Své emoce inhibuje s dopadem do bolestného prožívání a dezorganizace a může u něj docházet také k psychosomatickým obtížím. V modulaci emocí je méně přísný. U dětí se ovšem nejedná o neobvyklé zjištění. O emoční podněty se zajímá méně a je tak méně ochotný účastnit se emoční výměny s druhými lidmi ($Afr=0.48$), jelikož zároveň nemá dostatečnou kapacitu pro prožívání a projevení 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 podle pořadí vyhodnocovaných trsů patří:

- Vysoká *Lambda*
- Náchyllost 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 projevování 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*)

Na základě manifestovaných znaků v protokolu je u chlapce dominantní jeho zúžené a simplifikované podnětové pole ovlivňující celkový 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. Svě odpovědi formuluje dříve, než dojde k plnému přenesení podnětové pole. Tyto potíže odpovídají typickým rysům ADHD. Přesto pacient do zpracování příchozích informací vložil větší úsilí, než by vyhubavému stylu odpovídalo.

V protokolu se rovněž jeví jako dominantní chlapcovy afektivní potíže, přičemž se s ohledem na jeho nízké zdroje může jednat o dysforické prožívání. Svě emoce inhibuje s dopadem do bolestného prožívání a dezorganizace a může u něj docházet až k psychosomatickým obtížím. Jeho neuspokojené potřeby zároveň produkují zdánlivě nahodilé myšlení a rovněž negativně ovlivňují pozornost, tedy je jeho schopnost řešit situace pomocí myšlení na základě konfigurace přítomných znaků maladaptivně snížena. Přesto je jeho sebeobraz bez negativních rysů a úroveň jeho sebezaujetí je dle indexu egocentricity o něco vyšší, než je pro jeho věkovou kategorii obvyklé.

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, což může vést k jeho negativnímu postoji k okolí a odporu ke kompromisům (*vyšší S*). Toto zjištění se jeví v souladu s chlapcovou anamnézou, zejména jeho záškoláctví, lhaní i hněvivým reakcím a emoční labilitou obecně. Efektivitu jeho chování rovněž ovlivňuje jeho méně jasné a zralé myšlení (*vyšší WSum6*).

Zejména ve stresových situacích je chlapec náchylný k dezorganizaci a ideální i afektivní přetížnosti (nízké *AdjD*). U chlapce se vyskytují rovněž obtíže v oblasti sebekontroly a ve vyšší míře impulzivity, která je u dětí i dospělých s ADHD často pozorována.

V otázkách vztahů se u chlapce manifestovaly potíže s komplexním a realistickým vnímáním sebe i druhých a rovněž se vyskytly znaky svědčící pro poruchy vztahů (nízké *COP, AG*), se kterými měl zejména ve vrstevnických kolektivech v raném věku potíže. V protokolu pacienta se také nevyskytly znaky svědčící pro schopnost empatie a obecně pro předvídání 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.

6.2 Kazuistika 2

Další kazuistika náleží příležitostně vyšetřenému 8 letému chlapci, který přichází do ambulance klinické psychologie v doprovodu matky s diagnózou porucha aktivity a pozornosti F90.0. 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 neužívá.

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 častější 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. 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 křídla 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 střílí se. Takový jsou vojenský masky.

17) VIII - Orientace A - ^

Ohýnek.

E: OO S: Tady (ukazuje) zelenej 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 barevnej.

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 tisís 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		
DQ			T = 0		B1 = 1		Lvl1 Lvl2		
+ = 2			FV = 0		Bt = 0		DV = 2 x1 0 x2		
o = 17			VF = 0		Cg = 0		INC = 6 x2 0 x4		
v/+ = 0			V = 0		Cl = 0		DR = 0 x3 0 x6		
v = 1			FY = 0		Ex = 0		FAB = 0 x4 1 x7		
			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	Ls = 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								
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		Zv = 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 byl programem vyhodnocen jako validní a pacient během celého vyšetření projevoval úsilí a adekvátní snahu.

První pozitivní klíčová proměnná je $CDI > 3$. Podle pravidel Komprehensivního systému bude autorka postupovat podle jednotlivých interpretačních trsů v následujícím pořadí: Centrální sekce, Interpersonální, Sebepercepční, Afektivní, sekce Zpracování dat, sekce Mediační a Ideační.

1) Centrální sekce:

Na základě manifestovaných zdrojů v protokolu je pacientova kapacita pro zvládání zátěže limitovaná ($EA=3.5$). Jedná se o vývojovou proměnnou, kdy repertoár adaptivních schopností roste a rozšiřuje se zráním. Patrná je rovněž nižší zralost či bezradnost ve zvládání 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 internalizaci pocitů, které by rád vyjádřil, ale nedokáže to ($SumC'=3$). S ohledem na kombinaci dalších znaků jsou u něj častější situace, kdy jsou emoce méně modulované, zadržované nebo je myšlení méně sofistikované ($L>1$). Projevil rovněž tendenci ke zjednodušování, která se v protokolu projevuje jako dominantní orientace.

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 ($H=0$). Toto neporozumění může vést častěji k sociálním omylům a určitým pocitům nepohodlnosti v interakci s druhými, a proto je také nemusí příliš často vyhledávat. Svě znalosti rovněž prezentuje tak, aby byl zachován pocit bezpečí, jelikož mu tento pocit chybí ($PER=3$). Přesto se emocionální blízkosti jako takové zdá být

otevřený. Do interpersonálních situací se zapojuje adaptivním chováním a je rovněž schopen empatického cítění.

3) Sekce sebepercepce:

Pacientova sebeúcta je negativní ($E_{goc}=0$) a pravděpodobně prožívá také znepokojení nad vlastním sebeobrazem ($(An+Xy)=2$), 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. Nicméně u dětí je tento styl tolerován. Je přítomná iritace tvořená neobvyklou tendencí tlumit prožívané emoce a vytěšňovat jejich dopad ($SumC'=3$). Emočním impulzům se rovněž do určité míry raději vyhýbá, jelikož se v emočně nabitých situacích nemusí cítit pohodlně ($Afr=0.33$). 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 příchozích informací ($Zf=16$), 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 ($Zd=-6$). Své odpovědi formuluje dříve, než dojde k plnému přenesení podnětového pole. Jeho pozorování je rovněž zaměřeno ke globálním aspektům navzdory tomu, co je obvyklé a více zřejmé. Kvalita zpracování je přesto 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. Jedná se o nepřesné vnímání a rovněž o důsledky pacientova vyhýbavého stylu.

7) Ideální sekce:

U chlapce jsou s ohledem na kombinaci dalších znaků častější situace, kdy jsou emoce méně modulované, zadržované nebo je myšlení méně sofistikované ($L>1$). Projevil tendenci ke zjednodušování, která se v protokolu projevuje jako dominantní orientace. Lze usuzovat na maladaptivně sníženou schopnost řešit situace pomocí myšlení ($M<2$). Zároveň projevil menší znepokojení a menší zájem o běžné události, nad kterými má malou nebo žádnou kontrolu ($m=0$). Své potřeby může zároveň uspokojovat impulzivně, což může vést k nevídanému nebo dokonce až urážlivému jednání ($FM<2$). Jeho zbrkle formulované odpovědi obvykle nejsou dobře promyšlené.

Patrné jsou také potíže v myšlení, které je méně koherentní a méně zralé i s ohledem na pacientovo vývojové období. Nejasné vzorce myšlení mohou zapříčinit selhávání v adaptaci v běžném životě ($WSum6=21$). Potíže s impulzivitou se projevují ve schopnosti koncentrace.

Mezi nejvýraznější znaky protokolu podle pořadí vyhodnocovaných trsů patří:

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

Přesto, že je u dětí poměrně obvyklá nižší interpersonální zralost (zvýšené *CDI*), z protokolu pacienta lze s ohledem na konfiguraci dalších znaků usuzovat na jeho obtížné porozumění druhým, které může samo o sobě vést k častějším sociálním omylům a určitým pocitům nepohodlnosti v interakci s druhými, a proto je také nemusí příliš často vyhledávat. Pozitivní interakce s druhými běžně neočekává (nízké *COP*, *AG*) a ve vztazích se cítí méně pohodlně a bezpečně (vyšší *PER*). Lze usuzovat na odraz rodinných událostí v chlapcově prožívání, jelikož byl svědkem otcova hrubého fyzického jednání mířeného na matku. I 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.

V protokolu se rovněž projevila jako dominantní chlapcova tendence k méně sofistikovaným řešením a ke značné redukci podnětů, snížené modulaci emocí nebo naopak jejich neúměrné redukci. Vyskytují se situace, kdy chlapec své emoční potřeby vytěšňuje s dopadem do bolestného prožívání (vyšší *SumC*), ale v některých případech emoční kontrola selhává a dochází k méně regulovanému projevu. Nad vlastním sebeobrazem prožívá znepokojení a jeho sebeúcta má negativní rysy.

Také chlapcovo myšlení se v protokolu jeví jako méně zralé (vyšší *WSum6*) a může zapříčiňovat selhávání adaptace v běžném životě. Své potřeby má tendenci uspokojovat impulzivně, což může vést k nevíтанému nebo dokonce až urážlivému jednání (nízké *FM*). Přítomné potíže s impulzivitou se projevují také ve schopnosti koncentrace. Přesto, že do zpracování informací vložil větší úsilí, často opomíjí důležité prvky v podnětovém poli. Své odpovědi formuluje dříve, než dojde k plnému přenesení podnětového pole. Tyto rysy lze u dětí s ADHD běžně pozorovat. Chlapcovy odpovědi jsou zároveň více individualistické, jelikož se necítí ovlivněn požadavky z okolí. K situacím, nad kterými má malou nebo žádnou kontrolu, projevuje jistou formu nevšímavosti tudíž i menší znepokojení nad situacemi vyžadující nároky.

6.3 Kazuistika 3

Tato kazuistika patří 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 společenství 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 během rozhovoru do konfliktu s cílem si něco vydobýt 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. V hodinách si se spolužáky často povídá a vyrušuje i přes opakované napomínání třídní učitelky.

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 svěří. Otec s rodinou čas příliš netráví, což se projevuje na nepřilíh harmonickém vztahu s pacientem i ostatními členy rodiny. Do výchovy se rovněž příliš nezapojuje a v domácnosti tráví méně času.

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 vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně a na základě neurologického a zejména pedopsychiatrického vyšetření.

Sociální anamnéza

Chlapec nyní dochází do třetí třídy základní školy, a to s vynikajícím prospěchem. Během vyšetření probíhala karanténa kvůli pandemii Covid-19. Pacient byl rovněž převeden na online výuku, která je pro něj velmi náročná. Při hodinách velmi rád mluví a interaguje s vyučující i spolužáky, čímž ovšem mimo řízenou diskuzi vyrušuje. Dle maminky má ale nyní lepší známky. O samotě se soustředí bez výrazných obtíží. Potíže s pozorností má převážně v kolektivu, který je hlučnější a upoutává jeho pozornost. Ve třídě má kamarády, ale je často součástí různých konfliktů, jelikož reaguje prudce a impulzivně. V některých případech nereguluje své projevy ani směrem k třídní učitelce, a domů tak nosí poměrně často poznámky za nevhodné chování a vyrušování. 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 nahoře 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 ti 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 nim 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 medvídku, 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 malý 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: Ted' 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 maj výraz jako k sobě a tady mají parůžky a tady nožičky. Skákají. 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 maj to bílý (ukazuje), tak maj 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 nekonečným příběhu. A tady hory před ní (ukazuje D3). To zelený jsou lesy. E: Lesy? S: Vypadá to jako tvarem les. Vypadaly u tý 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 tý 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 tý pohádce.

19) IX - Orientace C - v

Ryby, který si dávají pusu.

E: OO S: Tady (ukazuje). Tady to veliký si dávaj pusu. 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 pusku takovou do špičata. Křídla. Takhle je má daný dozadu. E: Podzim a padaj listy? S: Listy mají takovou barvu, jako na podzim obarvený. Padají.

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 šlehají.

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		FI = 0	Art = 0	
		TF = 0	Ay = 0	Special Scores
		T = 0	B1 = 0	Lv11 Lv12
DQ		FV = 0	Bt = 1	DV = 1 x1 0 x2
+		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
+	0	0	0	F = 10
o = 4	0	3		Na = 1
u = 12	4	8		Sc = 3
- = 7	1	5		Sx = 0
none = 0	0	0	(2) = 6	Xy = 0
				Id = 1
				AB = 0 GHR = 5
				AG = 0 PHR = 2
				COP = 1 MOR = 1
				CP = 0 PER = 0
				PSV = 0

Ratios, Percentages, and Derivations

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

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

Protokol III. je validní, nicméně výstrahou v tomto protokolu je signifikantně zvýšená proměnná *S-CON* naznačující zvýšené riziko suicidiálních fantazií či tendencí.

První pozitivní klíčová proměnná je $D < AdjD$. Podle pravidel Komprehensivního systému bude autorka postupovat podle jednotlivých interpretačních trsů v následujícím pořadí: Centrální sekce, sekce Interpersonální, Sebepercepční, Afektivní, sekce Zpracování dat, sekce Mediační a Ideační.

1) Centrální sekce:

Pacient zažíval během vyšetření mírnou kognitivní tenzi a zátěž ($D < AdjD$). Obecně u něj lze pozorovat během situací mimo jeho kontrolu znepokojení a pocity bezmoci ($m > 1$). Jeho tolerance stresu je obvykle nižší a může tak během něj docházet k narušení obvyklých vzorců a efektivit myšlení. Přetížení chlapce může rovněž ústít do impulzivity a dezorganizace, jelikož u něj stres zhoršuje pozornost i koncentraci. Potíže s kontrolou se mohou vyskytovat i v dobře strukturovaných situacích ($D = -2$). Negativní vliv na chlapcovu pozornost mají také jeho neuspokojené potřeby ($FM > 5$), které produkují zdánlivě nahodilé myšlení. Chlapec tak nedokáže zastavit rozběhlý proud myšlenek a zaměřit se na něco jiného.

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 přesto prožívá také absenci pocitu bezpečí a komfortu ve vztazích (pozitivní index *HVI*). 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, ale nemusí vždy správně rozumět jejich chování a gestům, což může rovněž přispívat k určitým pocitům nepohodlnosti v interakci s druhými. Emocionální blízkosti se přesto zdá být otevřený a do vztahů se obvykle dokáže zapojit adaptivním chováním. Rovněž očekává kooperaci jako přirozenou součást vztahů, a to navzdory svým pocitům zranitelnosti. Interpersonální výměnu jako takovou tedy dokáže vnímat i 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. Svá případná selhání obvykle připisuje vnějším událostem (pozitivní *HVT*). Může se cítit o to více zranitelný, jelikož se v protokolu manifestuje také jeho nízký odhad vlastní ceny a negativní sebeúcta ($E_{goc}=0.26$), která je postavena více na imaginaci a fantazii. Introspekci využívá rutinně k přehodnocování vlastního self.

4) Afektivní sekce:

Pro chlapce je typické promýšlení alternativ a dlouhé rozhodování. Emoce přitom drží stranou mimo rozhodovací proces ($EB_{per}=5$) a o samotné emoční stimuly jeví o něco menší zájem, než je obvyklé ($A_{fr}=0.44$). Silně se je snaží inhibovat s dopady do bolestného prožívání a dezorganizace ($W_{sumC}=1$). Při zátěžových situacích lze o to více předpokládat jejich sníženou modulaci.

Při testové situaci se patrně zlobí. Jedná se o trvalejší rys spočívající v negativním postoji vůči autoritám a okolí obecně. Zároveň se spoléhá se více na vlastní úsudek než na externí zpětnou vazbu. Postoj prezentuje také nižší toleranci vůči kompromisům, což může rovněž narušovat mezilidské vztahy.

5) Sekce zpracování dat:

Během zpracování podnětů vynaložil pacient velké úsilí ($Zf=15$), nicméně jeho snaha vyhnout se nedbalosti vede k investování nadměrné energie a do vstupu zahrnuje i méně podstatné informace ($Zd=6$). Soustředí se na neobvyklé aspekty podnětu v rámci snahy minimalizovat riziko nejednoznačnosti a ohrožení. Přesto vynaložil dobrou kvalitu při zpracování informací. Jeho úsilí se projevuje na základě manifestovaných znaků v protokolu jako trvalý rys.

6) Mediační sekce:

V chlapcově protokolu je přítomná nápadná dysfunkce v testování reality ($WDA\%=0.69$) a také 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:

U pacienta hrají v procesu rozhodování emoce pouze omezenou roli. Zároveň se jimi může cítit ohrožený a emoční situace ho mohou s ohledem na absenci strategie jejich řešení dezorganizovat. Jeho mentální nastavení je významně ostražitě s ohledem na nedůvěru v okolí a pocity ohrožení, a může tak produkovat nelogické vzorce myšlení. Také jeho vnitřní potřeby působí ve stresu chronickou aktivací periferní ideace a zaměřují pozornost určitým směrem.

Jeho myšlení je jeví na základě manifestovaných znaků méně jasné a zralé. Chybné usuzování vede k nesprávným rozhodnutím, které mohou výrazněji ovlivňovat efektivitu chování ($WSum6=18$). Přesto se přiklání spíše k aktivnímu a asertivnímu, případně i agresivnímu, rozhodování a ovlivňování svého prostředí, což může vést s ohledem na nižší schopnost empatie a mentalizace k mezilidským obtížím ($M- > 0$). Jeho myšlení je zároveň silně fixované a pro chlapce je tak obtížné měnit kognitivní strategie.

Mezi nejvýraznější znaky protokolu podle pořadí vyhodnocovaných trsů 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 (Zf a Zd)
- Zaměření na neobvyklé aspekty podnětů (Da)
- Dysfunkce v testování reality ($WDA\%$) a poškozená mediace ($X-\%$)
- Méně konvenční, více individualistické vystupování (P) společně s nižším $X+\%$
- Potíže v myšlení ($Wsum6$)

Na základě manifestovaných znaků v protokolu je u pacienta dominantní prožívaný stres a pocity ohrožení, které mají dopad na jeho celkové fungování. Stres chlapci způsobuje emoční nepohodu, narušuje jeho obvyklé vzorce i efektivitu myšlení směrem do dezorganizace, a to i v dobře strukturovaných situacích (nízké D). Ve stresu zároveň reaguje více impulzivně a obecně má tendence spíše k aktivnímu a asertivnímu, případně až agresivnímu, přístupu, což může vést společně s nižší schopností empatie a mentalizace k mezilidským obtížím ($M- > 0$), které se u chlapce v anamnéze objevují v podobě snahy vydobýt si své zájmy a názory.

Toto prožívání má významné dopady také na pacientovu pozornost. Jeho mentální nastavení je ostražitě s ohledem na nedůvěru v okolí a pocity ohrožení, a může tak produkovat nelogické vzorce myšlení, které se samo o sobě jeví nezralé (vyšší

WSum6). Investuje nadměrné množství energie do zpracování informací a do vstupu zahrnuje i méně podstatné informace ($Zd=6$), což může odrážet obtíže s pozorností zejména v třídním kolektivu. Rovněž jeho vnitřní potřeby působí ve stresu chronickou aktivací periferní ideace a zaměřují pozornost určitým směrem. Rozběhlý proud myšlenek nedokáže zastavit a zaměřit se na něco jiného. S obtížemi s přesouváním pozornosti se u ADHD běžně setkáváme.

Realitu, které nechce čelit, v rámci obranné strategie záměrně zkruskuje. Emoce obvykle drží stranou mimo rozhodovací proces ($EB_{per}=5$). Silně se je snaží inhibovat s dopady do bolestného prožívání a dezorganizace. Při zátěžových situacích lze o to více předpokládat jejich sníženou modulaci. Zároveň se jimi může cítit ohrožený a emoční situace ho mohou s ohledem na absenci strategie jejich řešení opět dezorganizovat.

Přesto, že je u dětí poměrně obvyklá nižší interpersonální zralost (zvýšené *CDI*), z protokolu pacienta lze s ohledem na konfiguraci dalších znaků usuzovat na jeho obtížné porozumění druhým a pocity ohrožení a zranitelnosti s ohledem na absenci pocitu bezpečí ve vztazích. Užívá velké množství energie k udržení stavu ostražitosti vůči hrozbám z okolí, a proto interakci s druhými nemusí příliš často vyhledávat (pozitivní *HVT*). Zároveň disponuje negativním postojem vůči autoritám a okolí i nižší tolerancí vůči kompromisům, což může rovněž narušovat mezilidské vztahy. I v dobře čitelných situacích produkuje méně konvenční chování, které v některých momentech spatřujeme i v samotné anamnéze pacienta, a to vůči vrstevníkům, rodičům i třídní učitelce. Ovšem v momentě, kdy cítí kontrolu nad situací, dokáže očekávat kooperaci s druhými a být emocionální blízkosti otevřený. Také využívá introspekci k přehodnocování vlastního self, což vypovídá o jeho schopnosti přemýšlet o sobě nebo se také přijít omluvit.

6.4 Kazuistika 4

Čtvrtá kazuistika náleží 8 letému chlapci, který přichází v doprovodu matky do ambulance klinické psychologie 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 nejvýraznější 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 vulgarity 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 vulgarity, 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 v ambulanci klinické psychologie poukázalo na specificky 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 střídané 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 s udržením pozornosti 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 ocásek s těma dvouma.. nevím. A ty křídla (ukazuje). E: Takže tím tvarem, tím jak to vypadá, ti 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 malé tečky.

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 prasečí mají, tvar prasátka. E: Tvar prasátka? S: Hlavy tady, tělčka a nos. E: A říkáš prasečí? 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 předek, tady má ten kanon (ukazuje).

12) X - Orientace C - v

Dvě zelený ryby.

E: OO S: Sem má ocásek, tělo a tady pusy (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 vidíš? 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 skrvna, když něco spadne a vylije se to a udělá se skrvna. E: Čím ti to připomnělo skrvnu? S: Ta barva a jak to vypadá vylitě, rozlité.

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	B1 = 0	Lv11 Lv12
		FV = 0	Bt = 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	
		F = 9	Na = 0	AB = 0 GHR =
+ = 0	FQ: MQ: W+D:		Sc = 2	AG = 0 PHR =
o = 9	0 0 9		Sx = 0	COP = 0 MOR = 0
u = 4	0 0 3		Xy = 0	CP = 0 FER = 0
- = 2	0 0 2		Id = 3	PSV = 1
none = 0	0 0 0	(2) = 7		

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	Xu% = 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 vyhubavějším chování. Protokol bude proto interpretován konzervativně.

První pozitivní klíčová proměnná je $\Lambda > 0.99$. Podle pravidel Komprehensivního systému bude autorka postupovat podle jednotlivých interpretačních trsů v následujícím pořadí: Sekce Zpracování dat, Mediační, Ideální, sekce Centrální, Afektivní, sekce Sebepercepční a Interpersonální.

1) Zpracování dat:

Na základě manifestovaných znaků v protokolu je u pacienta patrně nižší úsilí věnované zpracování dat z podnětového pole ($Zf=4$), a to i s ohledem na selhání na několika tabulích včetně první, což interpretujeme jako nižší ochotu spolupracovat. Dopad vyhýbavého stylu je vysoký ($L>1$) a omezené úsilí může limitovat úspěchy adaptace zejména v komplexnějších situacích, jelikož ignoruje důležitost některých prvků. Pozornost věnoval nejobyčejnějším detailům ($D=12$), nehledal mezi nimi souvislosti, a čas od času se u něj vyskytují také potíže s jejím přesouváním. Přesto efektivita jeho skenování odpovídá běžné úrovni ($Zd=-1$) a kvalita zpracování je přes ekonomické uchopení adekvátní. Zároveň na XI. tabuli, která vyžaduje větší aktivitu, pacient vynaložil úsilí a lze tak usuzovat na jistou míru snahy o spolupráci.

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. Můžeme nicméně pozorovat, že pacientova schopnost řešit situace pomocí myšlení je maladaptivně snižena ($M=0$), přestože jeho myšlení jako takové se jeví jasné a koherentní a není poznamenáno neobvyklými faktory ($W_{sum6}=2$). Pacient často reaguje rychle, aby odstranil napětí způsobené periferní aktivitou. Jeho zbrkle formulované odpovědi nejsou dobře promyšlené ($FM+m=2$).

4) Zvládání zátěže:

U pacienta se projevují neobvyklé afektivní potíže ($M=0$), kterými je zaplaven. Jelikož své silné emoce nedokáže adekvátně zpracovat, působí na něj rušivě a snižují jeho schopnost řešit situace pomocí myšlení. Stejně tak mohou působit rušivě jeho nenaplněné potřeby ($FM=1$), které může mít tendenci impulzivně uspokojovat. Toto jednání může vést k nevíтанému nebo dokonce až urážlivému jednání.

5) Afekty:

Pacient je aktuálně zaplavený emocemi, které limitují pozornost a procesy rozhodování. Vložil extrémní energii do kontroly a potlačení emocí, a to pravděpodobně v rámci opatrného a ostražitého přístupu k testové situaci. Emocemi se zároveň cítí 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 běžně nezajímá, což je častý rys u emočního stažení do sebe sama. Běžně neočekává pozitivní interakce s druhými a v interpersonálních situacích se může cítit méně pohodlně.

Mezi nejvýraznější znaky protokolu podle pořadí vyhodnocovaných trsů patří:

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

Na základě konfigurace manifestovaných znaků v protokolu, který je s ohledem na opatrné a ostražitě chování pacienta málo odhalující, můžeme v každém případě pozorovat chlapcův vyhýbavý styl a nižší úsilí investované do zpracování podnětového pole. Nepochota pracovat nebo dokonce spolupracovat se u chlapce projevuje i ve školním prostředí. Pacientovo chování je méně konvenční, a to i v situacích, které jsou dobře čitelné, jelikož je u něj přítomný silný vnitřní tlak na individualitu ($X+% = 0,6$). Lze usuzovat, že tyto vnitřní impulsy dostávají chlapce do mezilidských konfliktů a do opozice vůči autoritám. O druhé lidi zároveň projevuje 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, což může vést k určitým pocitům nepohodlnosti v mezilidských vztazích a ovlivňovat chlapcovo chování. Jeho sociální dovednosti jako takové nicméně nejsou výrazně limitovány, což odpovídá jeho rovněž přítomné ochotě pomoci učitelkám a o uspokojivém začlenění do vrstevnického kolektivu.

U pacienta jsou významné také jeho obtíže s afekty ($M=0$), kterými se cítí zaplaven. Jelikož je nedokáže adekvátně zpracovat, působí na něj rušivě a snižují jeho schopnost řešit situace pomocí myšlení. Své neuspokojené potřeby může mít zároveň tendenci impulzivně uspokojit, což může vést k nevíтанému nebo dokonce až urážlivému jednání, které je v jeho anamnéze rovněž přítomné. Během testové situace vložil extrémní energii do jejich kontroly a potlačení, a to pravděpodobně v rámci opatrného a ostražitého přístupu. V případech, kdy je takto ostražitý, umí emoce s ohledem na věk až neobvykle ovládat ($FC > CF$) a je také ochotný je prožívat.

Dopad vyhýbavého stylu je u chlapce každopádně vysoký ($L > 1$) a jeho omezené úsilí může limitovat úspěchy adaptace zejména v komplexnějších situacích, jelikož ignoruje důležitost některých prvků. Pozornost chlapec věnoval nejobyčejnějším detailům, mezi kterými nehledal souvislosti, a čas od času se u něj vyskytují také potíže s jejím přesouváním, což je v souladu s jeho obtížnějším soustředěním při vyučování. Často reaguje zbrkle, aby odstranil napětí, přičemž takové odpovědi nejsou dobře promyšlené. Obtíže s přesouváním pozornosti i impulzivitou považujeme u dětí s ADHD za jedny z typických rysů. Přesto opět v momentě, kdy je chlapec ostražitý, odpovídá jeho efektivita běžné úrovni. Lze konstatovat, že chlapci jeho ostražitost dokáže přinášet i pozitivní důsledky.

6.5 Kazuistika 5

Dívce, které náleží předkládaná 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 z otcovy strany, kteří s ním mají kontakt na denní bázi. Doma dle matky i samotné dívky 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.

Rodinná anamnéza

Rodiče pacientky spolu nežijí zhruba 8 let. Dívka žije s matkou, jejím partnerem a polorodým 4 letým bratrem. Má rovněž dva polorodé bratry ze strany otce ve věku sedmi a jednoho roku, na které žárlí. S otcem tráví víkendy. Vztahy v rodině jsou dobré, pouze s matky partnerem je dívka někdy 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 základní školy, a to s výborným prospěchem. V kolektivu je adaptovaná dobře, ve třídě má několik kamarádů. Rovněž v mateřské školce probíhala adaptace bez potíží.

Během první třídy byla na doporučení třídní učitelky pro horší soustředění, chyby z roztržitosti a neustálé vstávání během výuky z lavice vyšetřena v pedagogicko-psychologické poradně s podezřením na ADHD, následně potvrzené pedopsychiatrem. Proběhlo rovněž neurologické vyšetření, a to bez patologických nálezů.

Dívka přichází na vyšetření upravená, s odřeným pravým kolenem, s patrnou nadváhou. Je lucidní a všemi směry orientovaná. Velmi hovorná, po chvíli se velmi rychlým a dynamickým hovořením vyčerpává s doprovodným motorický 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... Nějaký 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 téma 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		
FM = 2	SumC' = 4	Col-shd bl. = 1	PER = 0		
m = 0	SumV = 0		Isol.index = 0.14		
IDEATION	MEDIATION	PROCESSING	SELF-PERCEPTION		
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 sekce, Centrální, sekce Sebepercepční, Interpersonální, Zpracování dat, sekce Mediační a Ideální.

1) Afektivní sekce:

Na základě manifestovaných znaků je u pacientky výrazné její dysforické prožívání, které může být zneschopňující ($DEPI=6^*$). Přesto, že se své pocity snaží tlumit nebo dokonce vytěšňovat, v některých momentech dochází k vyššímu výskytu slabě kontrolovaných projevů, které jsou nepřiměřené vzhledem k daným situacím. Pacientky emoce mají nekonzistentní vliv na její myšlení, objevuje se váhavost, nerozhodnost a změny předchozích rozhodnutí. Tato nekonzistence je zdrojem prožívaného zmatku. Má zároveň tendenci vyhýbat se emočním impulzům, jelikož se v emočních situacích necítí příjemně ($Afr=0,4$).

2) Centrální sekce:

Pacientka projevila pevnější toleranci stresu ($D>0$) a rovněž disponuje spolehlivou kapacitou a zdroji pro jeho zvládnání. Lze tedy předpokládat, že při snaze pacientky danou situaci zvládnout, její zdroje dokáží případnou zátěž pokrýt. Často nicméně nedovede zachytit subtilní signály hrozících obtíží a může být v opozici vůči změnám. Nedovoluje, aby jí události zatěžovaly, a proto někdy ignoruje situace, které by její pozornost poutat měly ($m=0$). Dokáže také reagovat rychle až prudce v případech, kdy se snaží odstranit napětí způsobené periferní aktivitou. Zbrkle formulované odpovědi nemusí být dobře promyšlené ($FM+m=2$). Výrazněji také internalizuje bolestné pocity, které by ráda vyjádřila, ale nedokáže to ($SumC'=4$), což vede k subjektivním pocitům nepohody.

3) Sekce sebepercepce:

Specifický sebeobraz dívky není odrazem stylistickým rysů utvářející se osobnosti. Úroveň její sebehodnoty a sebezaujetí je nicméně nižší ($Egoc=0,29$). Pravděpodobně prožívá negativní sebeúctu a její sebeobraz, který je postaven převážně na imaginaci a fantazii, je poznamenán negativní atribucí ($MOR=3$).

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 a o druhé osoby projevuje veliký zájem, ale nerozumí jim dostatečně (*Pure H=2, M=-2*). Bude proto pravděpodobné její nerealistické očekávání od druhých a sociální omyly. Do interpersonálních vztahů se také zapojuje méně adaptivním jednáním a běžně neočekává pozitivní interakce, což podporuje zjištění o snížené důvěře v druhé. V běžných mezilidských situacích se tak pravděpodobně cítí méně pohodlně.

5) Sekce zpracování dat:

Pacientka vynaložila velké úsilí do zpracování informací, a to s dobrou kvalitou. Přesto mnohdy pozoruje rychle a nahodile a často opomíjí důležité prvky v podnětovém poli (*Zd=-3.5*), což lze s přihlédnutím k věku pacientky tolerovat.

6) Mediační sekce:

U pacientky pozorujeme v situacích, ve kterých jsou méně zřejmá vodítka pro mediaci, dysfunkci v testování reality (*WDA%=0,69*). Přítomné známky mediačního poškození (*X-%=0,29*) se mohou projevovat potížemi s adaptací, jelikož pacientka používá chybnou logiku (*M->1*). Přestože se v dobře čitelných situacích dovede chovat konvenčně, existuje pravděpodobnost, že může být v dané situaci konvenčnost nadměrná nebo naopak nedostatečná (*Xu%=0.07*).

7) Ideační sekce:

Pacientky rozhodování způsobené ambivalentním stylem často není efektivní a je tak více náchylná k chybným úsudkům, což podporuje zjištění o závažnějších problémech v myšlení, které je nejasné, nekonzistentní a globálně pesimisticky laděné. U pacientky je patrně narušené uvažování o vztazích mezi jevy a je přítomná méně zralá forma ideace ($M \rightarrow 0$). Kognitivní strategie bude pravděpodobně měnit obtížně. Lze také očekávat selhání adaptace v běžném životě ($WSum6=34$).

Mezi nejvýraznější znaky protokolu podle pořadí vyhodnocovaných trsů patří:

- Vysoký index *DEPI*
- Tendence vyhýbat se emočním impulzům (*Afr*)
- Silnější vyjadřování emocí ($FC < CF$)
- Internalizace pocitů (*SumC*)
- Pevnější tolerance stresu (*AdjD, D*) a dobrá kapacita zdrojů (*EA*)
- Nižší sebezaujetí (*Egoc*) a negativní sebeobraz (*MOR*)
- Nízké porozumění druhým (*Pure H, M-*)
- Méně adaptivní jednání v sociálních interakcích (*PHR*)
- Neočekávání pozitivních interakcí (*COP, AG*)
- Velké úsilí při zpracování informací (*W, DQ+*)
- Opomíjení důležitých prvků v podnětovém opoli (*Zd*)
- Dysfunkce v testování reality ($WDA\%$) a mediační poškození ($X-\%$)
- Nepříléhavé sociální chování ($Xu\%$)
- Nízký počet zvířecích pohybových odpovědí (*FM*) a pohybu objektů (*m*)
- Problémy v myšlení (*WSum6*)

Na základě konfigurace manifestovaných znaků v protokolu se u pacientky projevuje dominantní její dysforické prožívání (pozitivní *DEPI*), které má dopad na její chování, uvažování a globální pesimistické ladění. Rovněž její sebeobraz je poznamenán negativní atribucí. Svě bolestné pocity internalizuje ($SumC'=4$), což vede k subjektivním pocitům nepohody. S ohledem na anamnézu pacientky lze usuzovat, že se na jejím dysforickém prožívání podílí zejména narušený vztah s otcem, který dívku v posledních letech velmi trápí.

Emoce mají na dívky myšlení nekonzistentní vliv a jsou zdrojem jejího prožívaného zmatku. Přesto, že se je snaží tlumit a dovede se chovat konvenčně, v některých momentech dochází k vyššímu výskytu slabě kontrolovaných projevů, které jsou k daným situacím neúměrné. Konvenčnost tak může být nadměrná nebo naopak nedostatečná ($Xu\%=0.07$). S ohledem na další znaky lze nicméně předpokládat, že při snaze pacientky danou situaci zvládnout, její zdroje dokáží zátěž pokrýt ($D>0$).

Přesto, že je emocionální blízkosti otevřena a o druhé osoby projevuje velký zájem, což je v souladu s pacientky dobrými vrstevnickými vztahy a bezproblémovým chováním vůči autoritám, její nedostatečné porozumění druhým, méně adaptivní jednání a snížená důvěra v druhé může způsobovat častější pocity nepohodlnosti v interpersonálních situacích i sociální omyly. Emočně nabitým situacím má tak tendenci se spíše vyhýbat.

U dívky lze zároveň očekávat selhávání adaptace v běžném životě (vysoké $WSum6$) i s ohledem na významně nejasné a nekonzistentní myšlení. Dívka má patrně narušené uvažování o vztazích mezi jevy a je přítomná méně zralá forma ideace ($M->0$). Přesto, že dokáže informace zpracovat s dobrou kvalitou i vynaloženým úsilím, mnohdy opomíjí důležité prvky v podnětovém poli. Často nedovede zachytit subtilní signály hrozících obtíží a může být v opozici vůči změnám. Jelikož se nevyskytují další významné znaky poukazující na potíže s pozorností, lze usuzovat, že pacientky pozornost významně ovlivňují zejména její emoce a méně zralé myšlení.

6.6 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 úpravu výslovnosti R. Do pedagogicko-psychologické poradny se pacient poprvé dostal na popud třídní učitelky pro nepozornost a motorický neklid během vyučování, kde je nyní veden s ADHD a specifickými poruchami učení - dyslexií a mírnými dysortografickými potížemi. Je také v péči dětského neurologa pro mírnou tikovou poruchu spočívající především v nadměrném a výrazném mrkání. Na základě pedopsychiatrického vyšetření prozatím 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 a následně pedopsychiatrické vyšetření. Aktuálně dochází do 5. třídy základní školy. Před nástupem do první třídy proběhl odklad školní docházky 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 netopýři, 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 nějaké 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 druhý (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 nějaké 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: Nejsme si jistá, jestli to vidím stejně jako ty? S: Tady je prostě jeho hlava.

10) IV - Orientace B - >

Tady zase nějaké 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. Nějakej mutant.

E: OO S: Je to králík s křídla a divnejma nohama. E: Králík? S: No těma 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 roztrhaným křídla.

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

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 vystoupilý 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 růžový. Nějaká 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		FT = 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	
+ = 0	0 0	F = 25	Na = 0	AB = 0 GHR = 1
o = 16	0 12		Sc = 2	AG = 0 PHR = 5
u = 8	1 6		Sx = 0	COP = 0 MOR = 2
- = 7	0 6		Xy = 0	CP = 0 PER = 1
none = 0	0 0	(2) = 6	Id = 1	PSV = 0

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	Col-shd bl. = 0	PER = 1
m = 1	SumV = 0		Isol.index = 0.03
	SumT = 0		
	SumY = 1		
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 byl programem vyhodnocen 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:

Na základě manifestovaných zdrojů v protokolu je patrná pacientova nižší zralost až bezradnost ve zvládnání nároků každodenního života, a to zejména v interpersonální oblasti ($CDI=4^*$). U chlapce se tak mohou projevat obtíže s navazováním a udržováním vztahů.

Významný je rovněž pacientův vyhýbavý styl reagování, který zapříčiňuje tendenci k redukci podnětové situace na co nejsnáze zvládnutelnou úroveň a nedostatek přiměřené otevřenosti k prožívání. Jedná se o formu obranného procesu, který je sám o sobě rovněž na překážku snaze o sociální adaptaci. Důsledkem zjednodušení může být také necitlivost k jemným rysům dané situace, což může mít za následek nežádoucí formy chování ($L > 1$).

2) Interpersonální sekce:

U pacienta je patrná menší sociální zralost a zažívá tak častější potíže v interakci s druhými (vyšší CDI). Toto zjištění potvrzuje přítomnost dalších znaků, jako je méně adaptivní zapojení do mezilidských vztahů, tendence zaujímat pasivní interpersonální role a deficit aktivity při navazování, rozvoji a udržování vztahů. O druhé osoby se chlapec zajímá, ale nemusí jim vždy dobře rozumět. Je přítomná tendence číst špatně jejich chování a nesprávně interpretovat sociální gesta, která vede k sociálním omylům a může vést k určitým pocitům nepohodlnosti v sociálních vztazích.

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 taktéž méně zaujat ($FD, V=0$) a jeho sebepojetí zahrnuje negativní znaky ($MOR=2$). Zvýšená sebehodnota se pravděpodobně vynořuje sekundárně jako úsilí kompenzovat nízké sebehodnocení. Vlastní sebehodnotu má kotvenou více v imaginaci než ve zkušenosti a zpětné vazbě z okolí. Tento ukazatel rovněž vypovídá o nižší sociální zralosti a pokřiveném sebeobrazu, který často negativně ovlivňuje rozhodování a řešení problémů.

4) Afektivní sekce:

Chlapec projevuje vyhýbavě ambivalentní styl, který je nejméně adaptivní. Je přítomná tendence k méně sofistikovaným řešením a ke značné redukci podnětů. S ohledem na konfiguraci dalších znaků jsou u chlapce patrné častější případy snížené modulace emocí, které mohou způsobovat s ohledem na přítomné interpersonální obtíže jejich nepřiměřenou expresi vůči daným okolnostem. Své emoce má nicméně tendenci inhibovat s dopadem do bolestného prožívání ($WSumC=1.5$) a samotné emoční podněty se zajímá méně ($Afr=0.48$), jelikož se v emočně nabitých situacích nemusí cítit pohodlně.

5) Sekce zpracování dat:

Chlapec v protokolu projevuje tendenci k ekonomickému zpracování podnětového pole a k vyhýbání se komplexnosti ($Zf=7$). Soustředí se na neobvyklé a nekonvenční aspekty podnětů, přesto jeho efektivita skenování odpovídá úrovni běžné pro většinu lidí ($Zd=0.5$). Stejně tak je adekvátní kvalita zpracování podnětů, přestože je rovněž více ekonomická.

6) Mediační sekce:

U chlapce v protokolu pozorujeme mediační dysfunkci v podobě zkresleného až ignorujícího vnímání i u obvyklých vlastností podnětů ($WDA\%=0.75$). Jedná se o pervazivní tendenci k mediační dysfunkci ($X\%=0.23$), která způsobuje i v dobře čitelných situacích pacientovo méně konvenční chování ($X+\%=0.52$).

7) Sekce ideace:

U pacienta je patrné vyhýbání se komplexnosti, a je tak více náchylný k méně sofistikovaným řešením (EB, L). Zároveň se projevuje maladaptivně snížená jeho schopnost řešit situace pomocí samotného myšlení ($M<2$), a přestože není poznamenáno neobvyklými faktory, v některých případech se v protokolu vyskytují selhání v diskriminaci podnětu ($Incom1=3$). Chlapcovo myšlení je zároveň silně fixované a je pro něj tak obtížné měnit kognitivní strategie. Stejně tak mohou působit rušivě jeho nenaplněné potřeby ($FM=2$), které může mít tendenci impulzivně uspokojovat. Toto jednání může vést k nevídanému nebo dokonce až urážlivému jednání.

Mezi nejvýraznější znaky protokolu podle pořadí vyhodnocovaných trsů patří:

- o Vysoká *Lambda* a ambivalentní styl (EB)
- o Nižší sociální zralost (CDI)
- o Pasivní interpersonální styl ($a:p$)
- o Nízký výskyt čistých lidských obsahů (H), lidských a zvířecích pohybů (M, FM)
- o Obtížnější sociální zapojení (PHR) a neočekávání pozitivní interakcí (COP, AG)
- o Negativní sebeúcta ($Egoc$) a pesimistický sebeobraz (MOR)
- o Nízké sebezaujetí (FD, V)
- o Inhibice emocí s dopady do bolestného prožívání a dezorganizace ($WSumC$)
- o Menší zájem o emoční podněty (Afr)
- o Slabší modulace emocí ($FC=CF+C$)

- Ekonomické zpracování informací ($Zf, DQ+$)
- Soustředění se na neobvyklé aspekty (Dd)
- Méně konvenční jednání ($P, X+\%$)
- Mediační dysfunkce ($WDA\%, X-\%$)

Na základě konfigurace manifestovaných znaků se u pacienta projevují dominantní jeho obtíže v interpersonální oblasti způsobené chlapcovou menší sociální zralostí (pozitivní CDI), než bychom v daném věku očekávali. Druhým lidem nemusí vždy dobře rozumět, což může vést k častějším sociálním omylům a určitým pocitům nepohodlnosti v mezilidských situacích. Zjištění je v souladu s méně adaptivním zapojením do vztahů a s deficitem aktivity při jejich navazování, rozvoji a udržování, což odráží chlapcovy adaptační potíže v kolektivech.

Rovněž má tendenci k impulzivnímu uspokojování svých nenaplněných potřeb, což může vést k nevídanému nebo dokonce až urážlivému jednání, které je v pacientově anamnéze rovněž přítomné. Méně konvenční jednání přítomné i v dobře čitelných situacích zapřičiňuje rovněž přítomná pervazivní tendence k mediační dysfunkci ($X+\%, =0.52$), která vede ke zkreslenému až ignorujícímu vnímání i u obvyklých vlastností podnětů. Podnětové pole je přehlíženo a je nahrazeno vnitřními aspekty pacienta, což může odrážet neurologické potíže, kam samotné ADHD spadá.

Výrazný je rovněž pacientův vyhýbavý styl. Jedná se o formu obranného procesu, který je sám o sobě rovněž na překážku snaze o sociální adaptaci. Důsledkem zjednodušování může být necitlivost k jemným rysům dané situace, což může mít opět za následek nežádoucí formy chování ($L>1$). V rámci obranného procesu lze pozorovat i pacientovu zvýšenou sebehodnotu vynořující se sekundárně jako úsilí kompenzovat jeho nízké sebehodnocení, které zahrnuje negativní znaky. Své emoce má tendence inhibovat směrem do bolestného prožívání (nízké $WSumC$). Přítomné jsou nicméně i častější případy jejich snížené modulace, které mohou způsobovat nepřiměřenou expresi

vůči daným okolnostem. Tu lze pozorovat během vznětlivých stavů ve škole, které chlapec nedovede ovládat.

Vyhýbavý styl zároveň zapříčiňuje chlapcovu redukci podnětového pole na co nejnáze zvládnutelnou úroveň, která se jeví v souladu s tendencí k ekonomickému zpracování podnětů a vyhýbání se komplexnosti. Maladaptivně snížená je rovněž jeho schopnost řešit situace pomocí samotného myšlení ($M < 2$), a přestože není poznamenáno neobvyklými faktory, v některých případech se v protokolu vyskytují selhání v diskriminaci podnětu ($Incom1=3$).

6.7 Kazuistika 7

Pacient, 9 let, hospitalizován na oddělení dětské psychiatrie při fakultní nemocnici 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. Rovněž se bouchá 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 se 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. Psychomotorický vývoj probíhal bez potíží. Psychiatrická medikace od nástupu do 1. třídy, a to Medoripen pro ADHD spojené s problémových chováním. 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 vyskytovaly se potíže s hygienou. Dle rodičů to dělal naschvál, kupříkladu močil vedle toalety. Zkoušeli také Atomix a Bitinex, chlapec již neužívá. Spánek nyní 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 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. Mi 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. Mi 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 mūra, která má rohy na hlavě.

E: OO S: Protože mūra má takovýhle křídla. E: Říkáš rohy na hlavě? S: No nemá, ale tady mi to tak připadá. Já už jsem měl mūru 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 větev. 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 nějakí 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	
		FD = 1	Ls = 1	AB = 0	GHR = 1
+ = 0	FQ: 0	W+D: 0	Na = 0	AG = 0	PHR = 3
o = 7	MQ: 0	0	Sc = 0	COP = 0	MOR = 2
u = 5	0	6	Sx = 0	CP = 0	PER = 1
- = 2	1	1	Xy = 0		PSV = 0
none = 0	0	0	(2) = 6	Id = 1	

Ratios, Percentages, and Derivations					
CORE		AFFECT		INTERPERSONAL	
R = 14	L = 2.5	FC : CF+C = 0:0	Pure C = 0	COP = 0	AG = 0
Coartation	EA = 1	SumC':WsumC = 0:0	Afr = 1	GHR : PHR = 1:3	
EB = 1:0	es = 3	D = 0	S (Space) = 3	a : p = 3:1	
eb = 3:0	Adjes = 3	AdjD = 0	Blends : R = 1:14	Food = 0	
		CP = 0	Col-shd bl. = 0	SumT = 0	
FM = 3	SumC' = 0	SumT = 0		Human cont. = 4	
m = 0	SumV = 0	SumY = 0		Pure H = 1	
				PER = 1	
				Isol.index = 0.21	
IDEATION		MEDIATION		PROCESSING	
a : p = 3:1	XA% = 0.86	Zf = 8	SELF-PERCEPTION	3r+(2)/R = 0.43	
Ma:Mp = 0:1	WDA% = 0.92	W:D:Dd = 5:7:2	Fr+rF = 0		
Intell = 0	X-% = 0.14	W:M = 5:1	Sum V = 0		
MOR = 2	S- = 1	Zd = -3.5	FD = 1		
Sum6 = 3	P = 3	PSV = 0	An+Xy = 0		
WSum6 = 9	X+% = 0.5	DQ+ = 3	MOR = 2		
Lv2 = 0	Xu% = 0.36	DQv = 1	H: (H)+Hd+ (Hd) = 1:3		
M- = 1					
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 pacientově vyhýbavém chování. Zároveň je přítomný nižší počet odpovědí a protokol se tak jeví jako nedostatečně odhalující. Přesto bude konzervativně interpretován, jelikož pacient projevoval během celého vyšetření 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:

Na základě manifestovaných znaků v protokolu pozorujeme u pacienta nezralost až bezradnost ve zvládnání nároků každodenního života, a to zejména v interpersonální oblasti ($CDI=4^*$). Podnětového pole pacienta je zúžené a simplifikované ($L=2.5$), na základě čehož v rámci obranného procesu ignoruje důležitost některých prvků s dopadem do tunelového vidění. Přítomné jsou rovněž neobvyklé afektivní potíže (EB), jelikož jsou chlapcovy afektivní zdroje blokovány ($SumC=0$).

2) Interpersonální sekce:

U chlapce lze pozorovat menší sociální zralost, která způsobuje častější potíže v interakci s druhými ($CDI=4^*$). U dětí do 9 let tento index nicméně nepovažujeme za neobvyklý, jelikož děti teprve usilují o vlastní identitu a vztahy s vrstevníky. O druhé lidi se zajímá stejně, jako většina populace, ale nemusí vždy správně rozumět jejich chování a gestům (nízké *Pure H*). Běžně také neočekává pozitivní mezilidské interakce, což může vést na základě konfigurace s dalšími znaky k určitým pocitům nepohodlnosti v sociálních situacích. Rovněž je snižená jeho úroveň empatie ($M=-1$) a v protokolu projevil méně adaptivní chování, než je během zapojování do vztahů žádoucí.

Lze také usuzovat, že selhání na VII. tabuli odráží chlapcův postoj jak k matce, tak k sestře a ženám obecně.

3) Sekce sebepercepce:

U pacienta se neprojevují stylistické rysy osobnosti. Přesto lze pozorovat jeho podprůměrnou sebehodnotu a negativní sebeúctu ($Egoc=0.43$) zahrnující 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:

Pacient vynakládá velkou energii do nadměrné kontroly svých emocí, které zadržuje a potlačuje s dopadem do bolestného prožívání a dezorganizace ($WSumC=0$). Přesto se emocemi cítí přitahován a je ochotný je prožívat ($Aff=1$). Projevuje se u něj také dispozice k negativismu a opozičním reakcím vůči okolí, která může narušovat navazování a udržení vztahů.

5) Sekce zpracování dat:

Chlapec projevuje tendenci k ekonomickému zpracování informací s vyhýbáním se komplexnosti ($Zf=8$). Pozoruje rychle a nahodile a často opomíjí důležité prvky v podnětovém poli ($Zd=-3.5$). Čas od času může mít zároveň potíže v přesouvání pozornosti. Přesto, že je zpracování adekvátní, je více ekonomická.

6) Mediační sekce:

Pacientova mediace je přiměřená situaci, bez známek poškození ($X\%=0,14$), a je rovněž přítomné konvenční testování reality. Chlapcovo chování je nicméně méně konvenční, a to i v dobře čitelných situacích. Jeho rozhodnutí jsou více individualistická, jelikož se necítí být ovlivněn požadavky z okolí ($X\%=0.5$).

7) Sekce ideace:

Pacientovo myšlení není poznamenáno neobvyklými faktory, ale existují situace s nižší jasností a zralostí myšlení ($ALOG=1$). Chlapec zároveň selhává ve schopnosti mentalizace ($M=1$) a jeho dovednost řešit situace pomocí myšlení je tak maladaptivně snižena. S ohledem na jeho silnou fixaci je pro pacienta rovněž obtížné měnit kognitivní strategie. Jeho periferní ideační aktivita je přiměřená ($FM+m=3$), nicméně nad běžným událostmi, nad kterými má malou nebo žádnou kontrolu, projevuje menší znepokojení a menší zájem ($m=0$).

Mezi nejvýraznější znaky protokolu podle pořadí vyhodnocovaných trsů patří:

- Vysoká *Lambda* a koartovaný *EB styl*
- Zvýšená 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 (*Egoe*) 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*)

Přesto, že je u dětí poměrně obvyklá nižší interpersonální zralost (zvýšené *CDI*), z protokolu pacienta lze s ohledem na konfiguraci dalších znaků usuzovat na jeho obtížné porozumění druhým, které může samo o sobě vést k častějším sociálním omylům a určitým pocitům nepohodlnosti v interakci s druhými, a proto je také nemusí příliš často vyhledávat. Toto zjištění je v souladu s chlapcovým menším zájmem o druhé děti. Zároveň běžně neočekává pozitivní interakci s druhými a do vztahů se zapojuje méně adaptivním chováním, které je méně konvenční i v dobře čitelných situacích, jelikož se chlapec necítí ovlivněn požadavky z okolí ($X+\%$). Projevuje se u něj také dispozice k negativismu a opozičním reakcím vůči okolí. Tato skupina znaků je v souladu s pacientovým problematickým interpersonálním jednáním, zejména v neochotě se přizpůsobit, tendenci k dominantnosti i agresivitě.

U pacienta je dále výrazná jeho vynaložená energie do nadměrné kontroly emocí, které potlačuje s dopadem do bolestného prožívání a dezorganizace. Přesto se emočními stimuly cítí přitahován a je ochotný je prožívat, což odráží například chlapcův zájem o zlobení a strašení druhých, provokativní jednání i jeho výhrůžky. U chlapce je rovněž patrný jeho negativní sebeobraz, který často negativně ovlivňuje rozhodování a řešení problémů, které pacient mnohdy řeší autoagresí či agresí směřovanou k druhým.

Pacientovo podnětové pole je vlivem vyhýbavého stylu a emočních potíží zúžené a ignoruje tak důležitost některých prvků v rámci obranného procesu (vysoká *L*). Dále projevil tendenci k vyhýbání se komplexnosti a často tak opomíjí důležité prvky v podnětovém poli (nízké *Zd*). Své odpovědi formuluje dříve, než dojde k plnému přenesení podnětového pole. Čas od času může mít také potíže v přesouvání pozornosti. Tyto rysy lze u dětí s ADHD běžně pozorovat. Chlapcovo myšlení není poznamenáno neobvyklými faktory, ale existují situace s nižší jasností a zralostí myšlení. Chlapec zároveň selhává ve schopnosti mentalizace (*M-*) a jeho dovednost řešit situace pomocí myšlení je tak maladaptivně snižena, což lze opět spatřovat v pacientově chování i jeho nesamostatnosti.

6.8 Kazuistika 8

Chlapec, 7 let, přijat k plánovanému stabilizačnímu pobytu na oddělení dětské psychiatrie při fakultní nemocnici 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 nasazena Asentra.

Sociální anamnéza

Do mateřské školy nastoupil ve 3 letech a od počátku byly na jeho chování stížnosti - byl hlučný a nepřizpůsobivý. Poté proběhlo vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně s podezřením na poruchu aktivity a pozornosti a nastoupil do přípravné třídy. Pedopsychiatr následně diagnózu potvrdil a předepsal medikaci. Nyní je v 1. třídě základní školy, kde je vlivem farmakoterapie jeho chování bez nápadností. Chodí na florbal, kde ho to velmi baví a kde je jeho chování bez potíží. Znamky 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 malý růžky. Je to spojený s čertem. E: Spojený s čertem? S: Mohl by to být čert. Strašidlo s rohama. Má oči a tady pusy (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 pusy 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 svoji 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

Nějakej 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 mimozemšťaní (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 pusy, 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

Mošščí 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 předtim, ale jako kdyby se to spojilo. A připomíná to tady lidký 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	Lv11 Lv12						
DQ		FV = 1	Bt = 0	DV = 1 x1 0 x2						
+		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: 0	MQ: 0	W+D: 0	FD = 0	Na = 1	AB = 0	GHR = 1			
o = 2	0	0	2	F = 11	Sc = 0	AG = 0	PHR = 2			
u = 6	0	0	5		Sx = 0	COP = 0	MOR = 1			
- = 9	0	0	9		Xy = 0	CP = 0	PER = 0			
none = 0	0	0	(2) = 2		Id = 1		PSV = 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	EBper = No	SumC':WsumC = 4:1.5			a : p = 0:0				
eb = 0:5	es = 5	D = -1	Afr = 0.31			Food = 0				
	Adjes = 5	AdjD = -1	S (Space) = 1			SumI = 0				
			Blends : R = 2:17			Human cont. = 3				
FM = 0	SumC' = 4	SumI = 0	CP = 0			Pure H = 0				
m = 0	SumV = 1	SumY = 0	Col-shd bl. = 2			PER = 0				
						Isol.index = 0.12				
IDEATION			MEDIATION			PROCESSING			SELF-PERCEPTION	
a : p = 0:0			XA% = 0.47			Zf = 11			3r+(2)/R = 0.12	
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 vyhybavějším chování. Protokol bude přesto konzervativně interpretován, jelikož pacient během celého vyšetření projevoval snahu a byl programem vyhodnocen 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 Ideační.

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 nicméně podprůměrná a prožívá negativní sebeúctu ($Egoc=0.12$, $An+Xy=2$), která je kotvena více v imaginaci a fantazii než ve zpětné vazbě z okolí, což často negativně ovlivňuje rozhodování a řešení problémů. Je také zaujat negativními aspekty self, jelikož je přítomná bolestivá introspekce ($V=1$).

3) Centrální sekce:

U chlapce pozorujeme neobvyklé afektivní potíže ($M=0$). Výrazněji internalizuje bolestné pocity, které by rád vyjádřil, ale nedokáže to ($SumC'=4$), což vede k subjektivním pocitům nepohody, které pozorujeme i v přítomné bolestivé introspekci ($V=1$). Jeho podnětové pole je v rámci obranného procesu zúžené a ignoruje tak důležitost některých prvků s dopadem do tunelového vidění. Pravděpodobně je rovněž snižená jeho kapacita pro účinnou kontrolu stresu a je tak více náchylný k dezorganizaci.

Své potřeby má pacient tendenci uspokojovat impulzivně, což může vést k nevídanému nebo dokonce až urážlivému jednání (nízké FM).

4) Afektivní sekce:

Pacient pravděpodobně zažívá vztahy, které jsou povrchní a neodměňující, a vytvářejí tak stav emočního zmatku ($DEPI=6$, $CDI=4^*$). Ke zvládnání vlastních emocí projevuje větší úsilí a striktnější kontrolu ($FC > CF+C$), než bychom v tomto věkovém období očekávali. Jelikož kontrola vlastních potřeb není zcela možná, toto chování může vést i k impulzivnímu jednání ($FM=0$). V některých momentech emoce dokonce inhibuje s dopadem do bolestného prožívání a dezorganizace ($WSumC=1.5$, $SumC' > WSumC$) a má zároveň tendenci se emočním impulzům vyhýbat ($Afr=0.31$), jelikož se v emočně nabitých situacích cítí častěji zmatený a nejistý. Prožívá negativní pocity ($V=1$), které vyvolává ruminativní introspekce soustředěná na vnímání negativních rysů sebe sama.

5) Sekce zpracování dat:

Při zpracování podnětového pole pacient vynaložil větší úsilí, než by odpovídalo vyhýbavému stylu ($Zf=11$). Může se snažit dosáhnout více, než je rozumné s ohledem na jeho dostupné zdroje. 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.

6) Mediační sekce:

Pacientovo mediační poškození je výrazné ($X\%=0.53$) a je rovněž přítomná dysfunkce v testování reality ($WDA\%=0.44$). S ohledem na převahu distorze formy na tabulích s chromatickými barvami lze usuzovat, že je dysfunkce produktem přítomných afektivních problémů. V některých momentech se může jednat o uspěchaný přístup a impulzivitu v mediaci, jelikož se v některých případech jedná o první reakce na tabuli.

Chlapcovo chování je zároveň méně konvenční a to i v dobře čitelných situacích, které způsobuje převážně přítomná mediační dysfunkce ($X+\%=0.12$).

7) Sekce ideace:

U pacienta nejsou přítomné stylistické rysy, které by popisovaly, jak v každodenních situacích používá záměrné a řízené myšlení. Můžeme nicméně pozorovat, že pacientova schopnost řešit situace pomocí myšlení je maladaptivně snižená ($M=0$), přestože jeho myšlení jako takové se jeví jasné a koherentní a není poznamenáno neobvyklými faktory. Nad běžnými událostmi, nad kterými má malou nebo žádnou kontrolu, projevuje menší znepokojení a menší zájem ($m=0$). Pacient má zároveň tendenci reagovat rychle, aby odstranil napětí způsobené periferní aktivitou. Jeho zbrkle formulované odpovědi nejsou dobře promyšlené ($FM+m=2$).

Mezi nejvýraznější znaky protokolu podle pořadí vyhodnocovaných trsů patří:

- Vysoká *Lambda*, pozitivní index *CDI* a *DEPI*
- Neobvyklé afektivní potíže (*EB*, $M=0$)
- Nízkým zájem o druhé osoby (*SumH*) a méně adaptivní chování (*PHR*)
- Neočekávání pozitivních interakcí (*COP*, *AG*)
- Negativní sebeúcta (*Egoc*, $An+Xy$) a bolestivá introspekce (*V*)
- Nadměrná internalizace pocitů (*SumC'*, *WSumC*)
- Tendence vyhýbat se emočním impulzům (*Afr*)
- Větší úsilí ke zvládnání emocí ($FC > CF+C$)
- Opomíjení důležitých prvků (*Zd*) a potíže v přesouvání pozornosti (*PSV*)
- Dysfunkce v testování reality (*WDA%*)
- Méně konvenční chování (*P*) způsobené mediační dysfunkcí ($X-\%$)
- Nízký počet pohybů (*FM*, M i m)

Na základě manifestovaných znaků v protokolu pozorujeme u chlapce dominantní obtíže v interpersonální oblasti. Zažívá vztahy, které jsou povrchní a neodměňující, a vytvářejí tak stav emočního zmatku (zvýšené *DEPI* a *CDI*). S ohledem na chlapcovu anamnézu lze usuzovat na poškozený vztah s matkou. O druhé osoby zároveň neprojevuje přílišný zájem a do vztahů se zapojuje méně adaptivním chováním, které je vlivem mediační dysfunkce méně konvenční i v dobře čitelných situacích. Tyto projevy lze v chlapcově anamnéze sledovat jak ve školním, tak domácím prostředí v podobě obtížného přizpůsobování. Běžně také neočekává pozitivní interakce s druhými, což může vést k častějším sociálním omylům a určitým pocitům nepohodlnosti v mezilidských situacích. Přesto nejsou přítomné indicie pro defenzivnost v sociálních situacích, což odpovídá jeho schopnostem být i kamarádský a pomáhat druhým.

U pacienta jsou dále významné jeho afektivní potíže, které pravděpodobně zapříčiňují chlapcovu mediační dysfunkci. V emočních situacích je častěji zmatený a nejistý. Přesto, že se své emoce snaží usilovně kontrolovat, v některých momentech je inhibuje s dopadem do bolestného prožívání a dezorganizace. Zároveň prožívá negativní pocity a sebehodnotu, jelikož svou introspekci soustředí na negativní rysy sebe sama. Tato konfigurace znaků může vést k chlapcově vztekání se v momentech, kdy mu něco nejde. Pochvaly, ze kterých vždy projevuje nadšení, jsou pro něj pravděpodobně korektivní s ohledem na negativní sebehodnocení i introspekci.

Výrazný je rovněž pacientův vyhýbavý styl způsobující zúžení podnětového pole v rámci obranného procesu (vysoká *L*). Pozoruje rychle a nahodile a často tak opomíjí důležité prvky (nízké *Zd*). Svě odpovědi formuluje dříve, než dojde k plnému přenesení podnětového pole. Přítomné jsou také potíže v přesouvání pozornosti. Tyto rysy lze u dětí s ADHD běžně pozorovat. Zároveň má tendenci k impulzivnímu uspokojování vlastních potřeb, což může vést k nevídanému nebo dokonce až urážlivému jednání, které projevuje ignorováním vnějších pokynů a pokračováním ve svých činnostech. Schopnost řešit situace pomocí myšlení je maladaptivně snižená (nízké *M*), přestože se jeho myšlení jako takové jeví jasné a koherentní.

6.9 Kazuistika 9

Pacientka, 10 let, přijata ke stabilizačnímu pobytu na oddělení dětské psychiatrie při fakultní nemocnici 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 polorodým bratrem. Vztahy v domácnosti jsou dobré. Někdy je ovšem pacientka agresivní na mladšího bratra, zejména když má pocit, že ji obtěžuje. Matky partnera přijala dobře. Její rodiče se rozešli před 3 lety. 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, nekomplikovaný. 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, neprokázáno. 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 podezření na poruchu aktivity a pozornosti, následně potvrzené pedopsychiatrem, který rovněž zmíněný Rispen předepsal. 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 zároveň 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 potrhání (S). Tělo (ukazuje). Já jsem se včera dívala na Zlobu, tak to tak vypadá. Mi 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 hezký 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 takový 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... nevim co. Nějaký 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 svalnatej 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. Nevim, jak se jmenuje. To, co se točí.

E: OO S: Nevim 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	Bt = 3	DV = 2 x1 0 x2
+ = 3		VF = 0	Cg = 2	INC = 0 x2 0 x4
o = 21		V = 0	Cl = 0	DR = 1 x3 0 x6
v/+ = 0		FY = 1	Ex = 0	FAB = 0 x4 0 x7
v = 0		YF = 0	Fd = 1	ALOG = 0 x5
		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	XA% = 0.79		Zf = 9			3r+(2)/R = 0.38		
Ma:Mp = 1:1	WDA% = 0.82		W:D:Dd = 5:17:2			Fr+rF = 1		
Intell = 1	X-% = 0.21		W:M = 5:2			Sum V = 0		
MOR = 1	S- = 2		Zd = 7.5			FD = 0		
Sum6 = 3	P = 2		PSV = 0			An+Xy = 0		
WSum6 = 5	X+% = 0.46		DQ+ = 3			MOR = 1		
Lv2 = 0	Xu% = 0.33		DQv = 0			H: (H)+Hd+ (Hd) = 1:4		
M- = 1								
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 vyhubavějším chování. Protokol bude přesto konzervativně interpretován, jelikož pacientka během celého vyšetření projevovala snahu a byl programem vyhodnocen 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 na základě manifestovaných znaků v protokolu 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 jisté zdroje pro zvládnání zátěže. Své potřeby má pacientka tendenci uspokojovat impulzivně, což může vést k nevídanému nebo dokonce až urážlivému jednání (nízké FM).

2) Interpersonální sekce:

Dívka je 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 pozornou a nedůvěřivou. Na pozadí tohoto jednání je pocit vlastní zranitelnosti. Blízké vztahy nenavazuje do doby, než cítí kontrolu nad situací ($HVI=YES$), a její zájem o zapojení do společenského kontaktu je celkově nižší ($ISOL=0.29$). Běžně neočekává pozitivní mezilidské interakce. Emocionální blízkosti jako takové je přesto otevřená a o ostatní osoby se zajímá jako většina populace. Nemusí jim ovšem vždy dobře rozumět, jelikož má tendence číst špatně jejich chování a nesprávně interpretovat sociální gesta, což vede k častějším sociálním omylům. Snížená je rovněž její úroveň empatie ($M=1$), přesto se do interpersonálních vztahů zapojuje adaptivním chováním.

3) Sekce sebepercepce:

Dívka se zaměřuje na pocity vlastní zranitelnosti a na udržení bezpečí své osobní integrity. Selhání obvykle připisuje vnějším událostem (pozitivní *HVT*). V protokolu se vyskytuje pacientky zvýšená sebehodnota ($F7=1$), která se ovšem u dětí běžně vyskytuje. Samotný index egocentricity je naopak nízký a úroveň její 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 a menší zralosti.

4) Afektivní sekce:

U dívky se manifestuje 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, což je u dětí běžné a tolerované. Rovněž je patrný dívky generalizovaný vztek, který má vliv na její rozhodování. Jedná se o silně negativní postoj a odpor proti základním kompromisům, vedle kterého se běžně vyskytují obtíže s modulací emocí a se zvládnutím zátěže ($S=5$). Pacientka nicméně své emoční procesy dokáže ovládat v některých ohledech striktněji, což je pro její věk neobvyklé, a zájem o emoční podněty má nižší ($Af=0.5$).

5) Sekce zpracování dat:

Kvalita zpracování podnětů je u pacientky adekvátní a přesto, že věnovala pozornost tomu nejobyčejnějšímu, snažila se vyhnout nedbalostem a vynaložila větší úsilí při skenovacích aktivitách, než by bylo nutné. Do vstupu jsou tak zahrnovány i méně podstatné informace ($Zd=7.5$).

6) Mediační sekce:

U pacientky je přítomné konvenční testování reality, nicméně je rovněž přítomná tendence k mediační dysfunkci ($X-\%=0,21$), která bude pravděpodobně souviset s afekty a způsobovat nepřiměřené chování ($X+\%=0,46$). Pacientky chování je méně konvenční i v dobře čitelných situacích ($P=2$).

7) Sekce ideace:

Pacientka se vyhýbá komplexnosti a je tak více náchylná k méně sofistikovaným řešení (EB, L). Přesto, že samotné myšlení není poznamenáno neobvyklými faktory, schopnost řešit pomocí něj situace je maladaptivně snižena ($M<2$). Dívka má patrně narušené uvažování o vztazích mezi jevy a je přítomná méně zralá forma ideace ($M->0$). 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 ($FM+m=2$).

Mezi nejvýraznější znaky protokolu podle pořadí vyhodnocovaných trsů 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 kvalitních lidských pohybů (*M-*)
- Běžně neočekává pozitivní interakce (*COP, AG*)
- Nižší index egocentricity (*Egoc*) a menší sebezaujetí (*FD, V*)
- Menší zájem o emoční podněty (*Aff*)
- Negativní postoje vůči autoritám (*S*)
- Ekonomické zpracování informací (*D*)
- Větší úsilí při skenovacích aktivitách (*Zd*) s dobrou kvalitou zpracování

- Méně konvenční chování (P) způsobeno mediační dysfunkcí ($X+%$, $X-%$)
- Nízký počet pohybových odpovědí (FM , M)

Na základě konfigurace manifestovaných znaků lze u pacientky pozorovat menší sociální zralost (pozitivní CDI) a absenci pocitu bezpečí ve vztazích (pozitivní HVI), což způsobuje častější potíže a pocity nepohodlnosti v interakci s druhými. Jelikož disponuje vyšší tendencí k nedůvěřivosti s ohledem na vlastní pocity zranitelnosti, má také snížený zájem o zapojení do společenského kontaktu (vyšší $ISOL$). Druhým lidem zároveň vždy dobře nerozumí a běžně neočekává pozitivní interakce. Soubor těchto znaků odpovídá pacientky obtížnému navazování dlouhodobých přátelství. Emocionální blízkosti je přesto otevřená a do vztahů se obvykle zapojuje adaptivním chováním, což je s ohledem na pacientky vrstevnické vztahy překvapivé. Nicméně je skutečností, že v rodině dobré vztahy převažují. Rovněž se naskytuje otázka, nakolik by byla pacientka adaptovaná, kdyby nedošlo ke třem změnám školního prostředí kvůli stěhování rodiny. Blízké vztahy totiž nenavazuje do doby, než cítí kontrolu nad situací, a může si tak pomáhat agresivním jednáním.

U dívky je přítomná mediační dysfunkce (vyšší $X-%$), která souvisí s afekty a způsobuje nepřiměřené chování, které je méně konvenční i v dobře čitelných situacích. Zároveň vede ke zkreslenému až ignorujícímu vnímání i u obvyklých vlastností podnětů. Podnětové pole nahrazuje svými vnitřními aspekty, což může odrážet neurologické potíže, kam samotné ADHD spadá. Své potřeby má tendenci uspokojovat impulzivně, což může vést k nevíтанému nebo dokonce až urážlivému jednání. Rovněž prožívá výrazný vztek a odpor i k základním kompromisům. Tato zjištění mohou způsobovat dívky vyrušování ve třídě, neposlušnost i její agresivní jednání.

Přesto, že samotné myšlení není poznamenáno neobvyklými faktory, má patrně narušené uvažování o vztazích mezi jevy a je přítomná méně zralá forma ideace ($M->0$). Také do vstupu zahrnuje i méně podstatné informace, což může odrážet obtíže s

pozorností zejména v třídním kolektivu, kde zároveň pervazivně užívá zvýšené množství energie k udržení ostražitosti vůči hrozbám z okolí.

6.10 Výsledky výzkumu

Výsledkem předloženého výzkumu je kladné zodpovězení výzkumné otázky, a sice že protokoly Rorschachovy metody získané u dětí v mladším školním období s ADHD utvářejí na základě nalezených znaků a jejich specifické konfigurace 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.

Společný obraz probandů je utvářen dominantními obtížemi v interpersonální oblasti, které se odrážejí hned v několika proměnných. Patrné je jejich horší porozumění druhým včetně tendence špatně číst sociální gesta (nízké *Pure H*), což může vést ke společenským neúspěchům a až odcizování druhým lidem. Jedná se o určitou míru sociální nepohody, jelikož se probandi v kontaktu s reálnými osobami cítí méně příjemně. Na fantazijní úrovni se poté snaží minimalizovat pocity ohrožení, což je u dětí pozorováno běžněji, než u dospělých. V menší části protokolů (3/9) je dokonce snižen celkový zájem o druhé (nízké *Sum H*). Přesto, že je snižená hodnota čistých lidských obsahů v protokolech dětí očekává, bývá obvyklé, že ve všech věkových kategoriích nacházíme alespoň jednu odpověď s touto proměnou.

Téměř u všech probandů zároveň nejsou přítomné známky očekávání pozitivních interakcí s druhými (nízké *COP*). Toto zjištění může odrážet interpersonální staženost a vyhýbavost, nezájem nebo nechut' k zapojení se do společenských aktivit. Většina probandů se nicméně dokáže do interpersonálních situací zapojit adaptivně a rovněž se zdají být emocionální blízkosti otevření, tedy jim neočekávání pozitivních interakcí nebrání v navazování blízkých vztahů, kterých děti s ADHD obvykle dosahují.

Napříč jednotlivými protokoly dále sledujeme u většiny probandů zvýšenou hodnotu v indexu deficitu zvládnání (*CDI*). Tato proměnná prezentuje snížené zvládnání nároků v interpersonální oblasti a selhávání v mezilidských situacích vlivem sociální

neobratnosti navzdory tomu, že pacienti mohou mít o blízké vztahy zájem, jako tomu je v několika předložených kazuistikách. Odmítnutím se cítí více zranění a epizody jejich emočních rozlad mohou být reakcemi na selhávání v této oblasti. Výskyt samotného pozitivního indexu u mladších dětí do 9 let nicméně není zcela neobvyklý, jelikož svou vlastní identitu a vztahy s vrstevníky teprve utvářejí.

U všech probandů se také projevuje méně konvenční a více individualistické jednání převážně způsobené vnitřním tlakem na individualitu a menšími ohledy na sociální požadavky (nižší $X+$ %). Toto zjištění potvrzuje přítomné obtíže v anamnézách probandů v interpersonálních situacích. S ohledem na zvýšenou Lambdu ve většině protokolech se může jednat o sociální obranu s cílem udržení odstupů od prostředí, které je vnímáno jako zraňující, nepodporující či plně požadavků.

V některých případech (4/9) je nepřiměřené chování více způsobeno mediační dysfunkcí, která je sama o sobě přítomna ve většině protokolů (vyšší $X-$ %). Proměnná představuje chybné představy od druhých a nedostatečnou anticipaci důsledků vlastního jednání a volbu úměrné chování. Tato distorze formy prezentuje také přehlížení reality, jelikož si probandi obrysy skvrny překládají způsobem, který není kompatibilní s jejich vlastnostmi. Podnětové pole je přehlíženo a je nahrazeno vnitřními aspekty pacienta, což může odrážet neurologické potíže (Polák & Obuch, 2011), kam samotné ADHD spadá. U některých probandů (4/9) je přítomna i dysfunkce v testování reality (nižší XA % a WDA %), která je rovněž předpokladem adaptivního chování.

V rámci dynamiky prožívání se u probandů jeví nejmarkantnější problém v oblasti sebehodnoty. U většiny probandů jsou přítomné rysy velmi nízkého odhadování vlastní ceny (*Egoc*) a u některých pacientů (4/9) byly přítomné i negativní rysy sebeobrazu (*MOR*, $An+X$). Toto omezenější sebeuvědomování může rovněž negativně ovlivňovat rozhodování a řešení problémů. Udržet si adekvátní sebehodnocení se probandům nedaří, což lze dokonce považovat za prekurzor deprese. U dětí a dospívajících je obvykle pozorovaná spíše zvýšená sebehodnota, jelikož mají přirozenou tendenci zabývat se sami sebou. Přítomné potíže se sebeobrazem mohou zároveň

zvyšovat výkyvy nálad a potíže s chováním, které zapříčiňují častější kritizování této skupiny dětí.

Samotná kontrola emocí u probandů obvykle není účinná a jejich modulace je slabší ($FC \leq CF + C$). Přestože je u dětí snižena modulace emocí běžně pozorovaná, s ohledem na časté interpersonální potíže probandů může přinášet nepřiměřenou emoční expresi vůči daným okolnostem. Obtíže s emoční regulací bývají u dětí s ADHD vzhledem k potížím s inhibicí běžně pozorované.

V oblasti prožívání disponuje většina probandů také nedostatečnou kapacitou pro rozeznávání, projevování a uvolňování pocitů (nízké $WSumC$), a proto se v interpersonálních situacích cítí nepříjemně a nejistě zejména v těch momentech, kdy by měli sdílet nebo popisovat své pocity, jelikož je pro ně obtížné převést emoce do slov. Tyto těžkosti obvykle vedou téměř u všech probandů k vyhýbání se emočním situacím nebo dokonce až sociální izolaci (nízké Afr).

Toto zjištění je rovněž v souladu se zvýšenou Lambdou, která ovlivňuje celkový obraz téměř všech probandů. Vypovídá o jejich základním vyhýbavém stylu reagování, který zapříčiňuje tendenci zjednodušovat podnětové pole a minimalizovat důležitost některých prvků. Tento přístup může indikovat problémy se zpracováváním informací, které u ADHD běžně pozorujeme. V důsledku tohoto tunelového vidění nejsou pacienti schopni vidět více než hrubé obrysy událostí a často přehlížejí nuance opět i v interpersonálních situacích, což může dále vést k nežádoucím formám chování a k necitlivému jednání vůči druhým. Rozhodují se obvykle bez přemýšlení, upřednostňují snadná řešení a cíle svého jednání volí bez účasti emocí. 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.

Interpersonální potíže jsou dále u většiny probandů utvrzeny signifikantně nižším počtem lidských pohybů, které vypovídají o narušené empatii a schopnosti předvídat lidské jednání. Toto zjištění prezentuje skutečnost, že je očekávaná úroveň interpersonální adaptace pro probandy obtížná. Nízký počet lidských pohybů vypovídá zároveň o maladaptivně snížené schopnosti řešit situace pomocí myšlení. Ve zbývajících protokolech, ve kterých se lidské pohyby vyskytovaly, disponovaly minusovou kvalitou formy. Jedná se o selhávání ve schopnosti mentalizace a také o neuropsychologický fenomén ve smyslu narušení exekutivních funkcí, což je hlavním rysem ADHD.

U většiny probandů se rovněž vyskytuje snížený výskyt zvířecích pohybů, který vypovídá o rychlém, neodkladném a často netaktním jednání při redukcí jejich potřeb. Společně s přítomnou zvýšenou Lambdou může být toto prožívání napřekážku snaze o sociální adaptaci, která u probandů mnohdy selhává. Toto zjištění zároveň odpovídají impulzivnímu jednání u pacientů s ADHD.

V oblasti kognice se u většiny probandů, i navzdory dobrému vynaloženému úsilí při skenování podnětového pole (*Zf, Index ekonomie*), 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 nepřirozená, může se jednat o jeden z klíčových znaků u dětí s ADHD. Tato hodnota vypovídá o uspěchaném a nahodilém skenování podnětů, nedostatečné pozornosti k nuancím vlastního prožívání s povrchním skenování okolního dění, a také o impulzivním rozhodování a řešení problémů, což považujeme za dominantní znaky pacientů s ADHD.

Další zamýšlení nad výsledky výzkumu, jejich porovnání s publikovanými studiemi a další literaturou uvádí autorka v diskuzi.

Tabulka č. 20: Přehled nejvýznamnějších společných znaků v protokolech

Znak	Vypovídající hodnota znaku v protokolech probandů	Výskyt u probandů
$Pure H \leq 2$	Snížené porozumění druhým lidem	9/9
$X+\% < 0.7$	Méně konvenční a více individualistické jednání	9/9
$COP = 0$	Neočekávání pozitivních interakcí s druhými osobami	8/9
Nízký <i>Egoc</i>	Nízký odhad vlastní ceny	8/9
$Lambda > 0.99$	Vyhýbavý styl reagování	7/9
$Afr < 0.50$	Vyhýbání se emočním situacím	7/9
$M < 2$	Snížená schopnost řešit situace pomocí myšlení, tzn. záměrné ideace, neschopnost mentalizace	7/9
$X-\% > 0.20$	Mediační dysfunkce	6/9
<i>CDI</i> 4-5	Menší sociální zralost	6/9
$FM \leq 2$	Impulzivita při redukci potřeb	6/9
$WsumC < 2.5$	Nedostatečná kapacita pro rozeznávání a uvolňování pocitů	5/9
$FC \leq CF+C$ nebo $FC > CF+C$ při $C > 0$	Slabší kontrola a modulace emocí	5/9
$Zd < -3.0$	Opomíjení důležitých prvků v podnětovém poli	5/9

8 Diskuze

V následujícím textu autorka předkládá zamyšlení nad zjištěnými informacemi z výzkumné části, které propojuje s částí teoretickou a porovnává s již publikovanými studii. Kapitola se dále 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 analyzované jednotlivé protokoly Rorschachovy metody dětí v mladším školním období s ADHD, a to za pomoci vyhodnocovacího Komprehenzivního systému. Výzkum dále předkládá společný obraz probandů, který je téměř ve všech případech 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 rovněž nedostatek přiměřené otevřenosti v prožívání, tendenci zjednodušovat podnětové pole a minimalizovat důležitost některých prvků. Zjištění se jeví v souladu s tvrzením Vágnerové (2020), která upozorňuje, že pokud jsou děti s ADHD vystaveny většímu množství informací, pomáhají si redukcí a opomínají tak podstatné detaily.

Zvýšená Lambda může odrážet také obranný proces například během limitování svého uvědomování některých tíživých situací. 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 jeden z dominantních rysů téměř ve všech protokolech.

Přes defenzivní chování lze na základě pozitivního indexu deficitu zvládnání usuzovat, že tíživé momenty u probandů nastávají zejména v interpersonálních situacích. Obtíže v mezilidské oblasti se zdají být u probandů významné, jelikož se projevíly hned v několika proměnných. Index deficitu zvládnání 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 zraněni 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 odmítní nebo vylučování kolektivem. Obvykle se ovšem jedná o bezmyšlenkové porušování pravidel proti poruchám chování, které rovněž vyvrací u většiny probandů přítomná schopnost adaptivního zapojení do mezilidských situací. Výskyt samotného pozitivního indexu nicméně u mladších dětí 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 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 u všech probandů. Lze usuzovat, že je tato nižší proměnná v souladu se specifickým narušením exekutivních funkcí typickým pro ADHD, které zapříčiňuje narušenou schopnost nahlížet na své chování nebo potíže s potlačením jeho nežádoucích forem (Ptáček & Ptáčková, 2018). Výskyt této proměnné 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.). Toto zjištění se zároveň příklání 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.

Přesto nelze opomenout, že se ohledem na zvýšenou Lambdu ve většině protokolech může jednat o sociální obranu s cílem udržení odstupu od prostředí, které je vnímáno jako zraňující, nepodporující či plné požadavků.

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. Podnětové pole je přehlíženo a je nahrazeno vnitřními aspekty pacienta, což může odrážet neurologické potíže (Polák & Obuch, 2011), kam samotné ADHD spadá. Toto zjištění se jeví v souladu s výzkumem Bartella a Solanta (1995).

Interpersonální potíže jsou dále utvrzeny signifikantně nižším počtem lidských pohybů, což vypovídá 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). Nízký počet lidských pohybů zároveň vypovídá o maladaptivně snížené schopnosti řešit situace pomocí myšlení. Ve zbývajících protokolech, ve kterých se lidské pohyby vyskytovaly, disponovaly mínusovou kvalitou formy. Jedná se o selhávání ve schopnosti mentalizace a také o neuropsychologický fenomén ve smyslu narušení exekutivních funkcí, což je hlavním rysem ADHD (Ptáček & Ptáčková, 2018; Příhodová, 2011; Vágnerová, 2020).

Z neurologického hlediska bylo výzkumně potvrzeno, že produkce odpovědí zahrnující lidské pohyby je spojena s významně vyšší aktivitou v oblastech mozku souvisejících se systémem zrcadlových neuronů (Giromini et al., 2017; Porcelli & Kleiger, 2015), které jsou uváděny do souvislosti právě s empatií (Orel a kol., 2016). Někteří autoři se proto domnívají, že systém zrcadlových neuronů může být neurobiologickým mechanismem zapojeným do vyšších kognitivních funkcí, jako je porozumění jednání, zaujímání perspektivy i empatie (Giromini et al., 2017).

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, které způsobuje nedostatečná inhibice jakožto jedna z hlavních dovedností exekutivních funkcí, které jsou u ADHD specificky narušené. Co se týče samotného 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, čím se stává tento výzkum exkluzivní.

Helus (2004) podotýká, že pocit méněcennosti může vycházet také z nedostatečného oceňování dítěte a jeho snaživosti autoritami. Je proto důležité neoceňovat pouze výsledky dětí, ale také jejich snahu a zabránit tak přechodu pocitu méněcennosti do rysu osobnosti a nebo následné apatii či rezignaci během výkonových momentů. 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 i přes vynaložené úsilí při skenování podnětového pole (*Zf, Index ekonomie*) 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).

Opomíjení důležitých prvků v podnětovém poli může u dětí s ADHD zapříčinit jejich snaha o redukci zejména v těch v momentech, kdy jsou vystaveny většímu množství informací (Vágnerová, 2020). Zároveň mají tendenci se vyhýbat komplexním podnětům a unikat ze situací, které vnímají jako nadměrně zatěžující (Krejčířová, 2015). Přítomné obtíže při zpracovávání informací jsou uváděny do souvislosti s dysfunkcí fronto-striální oblasti. Celý tento okruh je důležitý pro exekutivní kontrolu a jeho dysfunkce se projevuje zmíněnými obtížemi při zpracovávání informací (Ptáček & Ptáčková, 2018; Vágnerová, 2020).

Samotná kontrola emocí u probandů obvykle není účinná a jejich modulace je slabší ($FC \leq CF + C$), což se rovněž jeví v souladu s výzkumem Graeffa a Vaze (2006). Přestože je u dětí snižená modulace emocí běžně pozorovaná, s ohledem na časté interpersonální potíže probandů může přinášet nepřiměřenou emoční expresi vůči daným okolnostem. Toto zjištění se jeví v souladu s tvrzením Vágnerové (2020), a sice že děti s ADHD mají časté obtíže s regulací emocí a také s potlačením nežádoucího reagování. K tomu dochází v důsledku snížené inhibiční dovednosti mozku, což je v otázkách ADHD jedna z dominantních obtíží (Ptáček & Ptáčková, 2018; Příhodová, 2011). Svoboda (2014) dále upozorňuje na nižší funkčnost frontálního laloku společně s mozečkem, která zapříčiňuje mimo jiné přecitlivělost a emoční nestabilitu.

Získané výsledky je 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, nejružnějších 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 bez zohlednění intelektových schopností probandů. Také kritérium diagnózy F90.0 pro zahrnutí pacientů do výběrového souboru se během tohoto výzkumu obvykle opíralo o její určení předchozími odborníky, přičemž se ne vždy jednalo o klinické psychology. Lze tedy konstatovat, že se v některých případech jedná spíše o určité podezření na ADHD. Přesto usuzujeme, že s ohledem na potvrzení diagnózy několika odborníky, na odpovídající anamnestické údaje a chování probandů je jejich diagnóza určena správně, čemuž odpovídají také jejich znaky v protokolech Rorschachovy metody včetně jejich obvyklé dynamiky.

S ohledem na výsledný profil protokolu páté kazuistiky lze přesto usuzovat, že je pacientky pozornost narušená sekundárně vlivem přítomných silných emocí, které mají na myšlení nekonzistentní vliv. Zároveň se v protokolu nevyskytují další významné znaky poukazující na potíže s pozorností. Právě pro rozlišení mezi původním pramenem obtíží s pozorností považujeme Rorschachovu metodu za velmi přínosnou.

Rizikové faktory jako takové můžeme nacházet i 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 nesouvisejí 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 bdě či v nízké proměnné Af .

Ve druhé kazuistice bylo dokonce zachyceno náročné rodinné prostředí v raném vývoji chlapce, který byl v minulosti svědkem napadání matky ze strany otce. Přesto, že lze suspektně usuzovat o možné traumatizaci chlapce či dokonce o posttraumatické stresové poruše, která je do určité míry zaměnitelná se symptomy ADHD, Zelinková (2015) uvádí rysy ADHD ve smyslu sekundárních symptomů jako důsledky fyzických traumat v souvislosti s úrazy mozku, kterým chlapec vystaven nebyl.

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.

V posledních třech kazuistikách můžeme u probandů usuzovat také na přidruženou poruchu chování s ohledem na přítomnou agresivitu, která pro děti se samotným ADHD není typická.

Další rozdíly v jednotlivých protokolech může zapříčinit také širší věkové rozpětí probandů, které bylo s ohledem na zaměření této práce na mladší školní období dle Langhmeiera a Krejčířové (2006) mezi 6 a 12 let. Větší věkový rozptyl může nicméně představovat určitý limit tohoto výzkumu.

Signifikantní znaky, které byly nalezeny během předloženého výzkumu, se mohou prolínat i s jinými diagnostickými okruhy. Výsledky výzkumu nicméně neprezentují izolované znaky, ale jejich vzájemnou konfiguraci a souběžný výskyt, a to za dodržení interpretačního postupu podle jednotlivých trsů, čímž utvářejí specifický obraz. Cílem této práce zároveň nebylo rozporování diagnózy, ale snaha o nalezení jejich typických znaků v Rorschachově metodě, které mohou být do určité míry v rámci vzájemné konfigurace znaků považovány za ukazatele projevů ADHD. Tato práce si rovněž nekladla za cíl tematickou analýzu jednotlivých odpovědí, ale pouze zhodnocení výskytu kódů z Komprehenzivního systému.

Rorschachova metoda je tedy v této práci pojímána jako nástroj sloužící pro ověřování hypotéz, nikoliv jako samostatná metoda pro stanovení diagnózy, a zejména jako nástroj pro demonstrování vnitřního prožívání. Vnitřní prožívání může mnohdy zůstat skryté a nemusí se vždy odrážet ve vnějším chování, které může být s ohledem na sociální očekávání v dobře strukturovaných situacích, ve kterých se děti i dospělí běžně nacházejí, modifikované. Proto problematika očekávaného sociálního chování probandů může a nemusí souviset s výkonem v předložených protokolech. Rorschachova metoda představuje neznámý a méně strukturovaný materiál a úspěšnost dětí v situacích, kde se běžně nacházejí, může být jiná, protože ji děti dobře znají a je strukturovaná.

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 a supervidovány odborníky na Rorschachovu metodu.

Výsledky výzkumu přesto rozvíjí pohled na specifické projevy, rysy a prožívání dětských pacientů s ADHD a mohou sloužit jako základ pro další rozšiřující výzkumy v této oblasti či pro tvorbu škály dětských pacientů s ADHD v Rorschachově metodě. Pro další směry a výzkumy se nicméně doporučuje ověřit zjištění tohoto výzkumu na kvantitativních datech s ohledem na poměrně nízký počet respondentů.

7 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 utvářejí společný obraz.

Z předchozích výzkumů nevyplývá jednoznačný obraz této poruchy a přestože byl každý protokol zahrnutý do tohoto výzkumu jedinečný, pozorujeme u všech probandů výskyt sníženého porozumění druhým lidem (nízké *Pure H*) a méně konvenční jednání (nízké *X+%*).

Bylo nalezeno také několik dalších významných znaků, kterými je většina protokolů provázána. Přestože se tyto znaky nevyskytovaly ve všech protokolech, byly přítomné u většiny probandů. Jedná se o opět o potíže v interpersonální oblasti v podobě menší sociální zralosti (pozitivní *CDI*) a neočekávání pozitivních interakcí s druhými lidmi (nízké *COP*). V oblasti prožívání disponuje většina probandů nedostatečnou kapacitou pro rozeznávání, projevování a uvolňování pocitů (nízké *WsumC*), což vede k tendenci vyhýbat se emočním situacím (nízké *Af \bar{r}*). Své emoce zároveň nedokáží zcela adekvátně modulovat ($FC \leq CF+C$). U většiny probandů jsou dále přítomné potíže se sebeobrazem v podobě nízkého odhadu vlastní ceny (nízký *Egoc*). V oblasti kognice v protokolech pozorujeme opomíjení důležitých prvků v podnětovém poli (nízké *Zd*), mediační dysfunkci (vyšší *X-%*), sníženou schopnost záměrné ideace (nízké *M*) i impulzivitu při redukci vlastních potřeb (nízké *FM*). Většina protokolů je zároveň ovlivněna vyhýbavým stylem reagování (vysoká *Lambda*).

Pro další směry a výzkumy se doporučuje ověřit zjištění tohoto výzkumu na kvantitativních datech. Výsledky výzkumu nicméně rozvíjí pohled na specifické projevy, rysy a prožívání dětských pacientů s poruchou aktivity a pozornosti a mohou sloužit jako základ pro další rozšiřující výzkumy v této oblasti.

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 ADHD, 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 ADHD 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, 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 Komprehenzivní 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).

Jelikož se publikované výzkumy v některých proměnných liší, záměrem této práce bylo analyzovat, jak se ADHD 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 Komprehenzivní systém pro tuto věkovou kategorii. Jelikož se ADHD 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 ADHD 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 ADHD utvářejí na základě nalezených znaků společný obraz. Z předchozích výzkumů nevyplývá jednoznačný obraz této poruchy a přestože byl každý protokol zahrnutý do tohoto výzkumu jedinečný, pozorujeme u všech probandů výskyt sníženého porozumění druhým lidem a méně konvenční jednání.

Bylo nalezeno také několik dalších významných znaků, kterými je většina protokolů provázána. Přestože se tyto znaky nevyskytovaly ve všech protokolech, byly přítomné u většiny probandů. Jedná se o opět o potíže v interpersonální oblasti v

podobě menší sociální zralosti a neočekávání pozitivních interakcí s druhými lidmi. V oblasti prožívání disponuje většina probandů nedostatečnou kapacitou pro rozeznávání, projevování a uvolňování pocitů, což vede k tendenci vyhýbat se emočním situacím. Své emoce zároveň nedokáží zcela adekvátně modulovat. U většiny probandů jsou dále přítomné potíže se sebeobrazem v podobě nízkého odhadu vlastní ceny. V oblasti kognice je patrné opomíjení důležitých prvků v podnětovém poli, mediační dysfunkce, snížená schopnost záměrné ideace i impulzivita při redukci vlastních potřeb. Většina protokolů je zároveň ovlivněna vyhýbavým stylem reagování probandů.

Limitem 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. Data a jejich výsledky byly nicméně průběžně konzultovány a supervidovány odborníky na Rorschachovu metodu.

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.

Signifikantní znaky, které byly nalezeny během předloženého výzkumu, se mohou prolínat i s jinými diagnostickými okruhy. Výsledky výzkumu nicméně neprezentují izolované znaky, ale jejich vzájemnou konfiguraci a souběžný výskyt, čímž utvářejí specifický obraz.

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 ADHD a mohou sloužit jako základ pro další rozšiřující výzkumy v této oblasti.

Seznam použitých zdrojů a literatury

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

Amen, D. G. (nedat.). *ADD/ADHD*. Získáno 14. srpna 2023 z <https://www.amenclinics.com/conditions/adhd-add/>

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

Ando, A., Pignolo, C., Viglione, D. J., Zennaro, A., Cristofanelli, S. & Ferro, L. (2019). Assessing the Personality Profile with ADHD Characteristics Using the Rorschach Performance Assessment System (R-PAS). *Journal of Child and Family Studies*, 28, 1196–1206. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01359-y>

Ayres, A. J. (2005). *Sensory integration and the child*. Los Angeles: Western Psychological Services.

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

Barkley, R. A. (1982). *Hyperactive children*. Chichester: John Wiley & Sons.

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>

Brown, R. T., Amler, R. W, Freeman, W. S., Perrin, J. M., Stein J. M., Feldman H. M., et. al. (2005). Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Overview of the Evidence. *Pediatrics*, 115(6), 749-757.

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>
- Cicchetti, D. & Cohen, D. J. (2006). *Developmental psychopathology*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Conners, C. K. (2008). *Conners 3rd edition. Manual*. New York: Multi-Health System.
- Crandall, J. M. (1984). *Projective techniques with children*. The University of British Columbia: Vancouver.
- Cummings, J. L. (1993). Frontal-Subcortical Circuits and Human Behavior. *Archives of Neurology*, 50(8), 873–880. doi:10.1001/archneur.1993.00540080076020
- 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>
- Drlík, P., Drlík, M., Heráček, J. & Kočárek, J. (2017). Enuréza rezistentní na léčbu. *Urologie pro praxi*,
- Drtílková, I., Šerý, O. (2007). *Hyperkinetická porucha*. Praha: Galén.
- Erikson, E. H. (2002). *Dětství a společnost*. Praha: Argo.
- 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>

Giromini, L., Viglione, D. J., Pineda, J. A., Porcelli, P., Hubbard, D., Zennaro, A. & Cauda, F. (2017). Human Movement Responses to the Rorschach and Mirroring Activity. *Assessment, 26*(1), 56-69. doi: 10.1177/1073191117731813.

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>

Haddad, A. H. et al. (2021). Personality Impairment in Children and Adolescents with ADHD. *Paidéia*, 31(3), e3105. doi:<https://doi.org/10.1590/1982-4327e3105>

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.

Helus, Z. (2004). *Dítě v osobnostním pojetí*. Praha: Portál.

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.

Kostýalová, 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/>

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.
- 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.
- Mostofsky, S. H., Newschaffer, C. J. & Denckla, M. B. (2003). Overflow movements predict impaired response inhibition in children with ADHD. *Perceptual and Motor Skills*, 97(3), 1315-1331.

Národní zdravotnický informační portál. (2022). *ADHD u dětí*. Získáno z <https://www.nzip.cz/clanek/675-adhd-u-deti-priciny-a-diagnoza>

Orel, M. a kol. (2016). *Psychopatologie*. Praha: Grada.

Paclt, I. a kol. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada.

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

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

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

Porcelli, P. & Kleiger, J. (2015). The “Feeling of Movement”. *Journal of Personality Assessment* 98(2), 1-11. <http://dx.doi.org/10.1080/00223891.2015.1102146>

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

Procházka, R., Orel, M. a kol. (2021). *Vývojová neuropsychologie*. Praha: Grada.

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.

Ptáček, R. & Ptáčková, H. (2018). *ADHD - variabilita v dětství a dospělosti*. Praha: Karolinum.

Raboch, J. Hrdlička, M., Mohr, P. Pavlovský, P. & Ptáček, P. (2015). *DSM-V*. Praha: Hogrefe.

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>

Sterman, M. B. (2000). EEG Markers for Attention Deficit Disorder. *Child Study Journal*, 30 (1), 1-24.

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-Oppenheimer, 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>

Webster-Stratton, C., Reid, M. J. & Hammond, M. (2001). Social skills and problem solving training for children with early-onset conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(7), 943-952.

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

World Health Organization (2023). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. Získáno z <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Zelinková, O. (2015). *Poruchy učení*. Praha: Portál.

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

Zero to Three (2016). *DC:0–5™*. Washington, DC: Zero to Three.

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 3: Sekvence skóru I. - IX.

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: 170 stran, 279 551 znaků

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 99

Abstrakt: Cílem této rigorózní práce bylo analyzovat dynamiku a vnitřní prožívání dětí s ADHD v mladším školním období v individuálních výsledcích Rorschachovy metody a také analyzovat, zda-li tyto protokoly utvářejí společný obraz. Teoretická část se věnuje definici ADHD, mladšímu školnímu období včetně vývoje osobnosti, Rorschachově metodě a shrnuje dosavadní výzkumy v této oblasti. Výzkumná data byla sbírána pomocí Rorschachovy metody a byla kódovaná 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.

Klíčová slova:

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

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: 170 pages, 279 551 characters

Number of appendices: 3

Number of references: 99

Abstract: The aim of this rigorous work was to analyze the dynamics and inner experience of children with ADHD in the younger school period in the individual results of the Rorschach method and also to analyze whether they form a common picture. The theoretical part is devoted to the definition of ADHD, the younger school period including personality development, the Rorschach method and summarizes the current research in this area. 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 attention deficit and hyperactivity disorder F90.0. 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 form a common picture and points to their specific manifestations and features. This research can serve as a basis for further expanding research in this area.

Key words:

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

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

Příloha 3: Sekvence skóru I. - IX.

Proband I. - m/11

Věk:11

Tab	N.	Or	Loc	DQ	DET	FQ	2	Obsah	P	Z	Spec. Skor
I.	1	^	WS	o	F	o		An		3,5	INC1, AgC
I.	2	^	W	o	F	u	(2)	(H)		1	GHR
I.	3	^	D	o	F	o		H			INC1, MOR, PHR
I.	4	v	W	+	mp	o		Art, Na		1	
II.	5	^	Dd	o	FMp	-		A			
II.	6	^	D	+	FMa	o	(2)	A	P	3	
II.	7	^	D	o	FMa	o	(2)	A	P		PSV
II.	8	^	DS	+	ma.CF	o		Fi, Sc		4,5	INC1
III.	9	^	D	o	F	o	(2)	A			
III.	10	v	DdS	o	F	u		A		4,5	
IV.	11	^	W	o	F	o		(H)	P	2	GHR
IV.	12	v	W	+	FMa	u		A, Ls		2	
V.	13	^	W	o	F	o		A	P	1	
V.	14	v	W	o	F	o		A		1	
V.	15	^	W	o	F	o		A		1	PSV
V.	16	^	W	o	F	o		(A)		1	AgC
VI.	17	^	W	o	F	u		Sc		2,5	
VI.	18	^	W	o	F	u		Sc		2,5	PSV
VI.	19	>	D	+	Fr	o		Na, Sc		2,5	
VII.	20	^	D	+	FMa	o	(2)	A		3	INC1
VII.	21	v	DS	o	F	u		Sc		4	
VII.	22	v	D	o	F	u	(2)	A			INC1
VII.	23	v	D	o	F	-	(2)	A			
VIII.	24	>	D	o	F	o	(2)	A	P		
VIII.	25	v	D	o	F	o		A			
VIII.	26	>	Dd	o	Fr	u		Sc			
IX.	27	^	D	o	F	o	(2)	H	P		INC1, GHR
IX.	28	>	D	o	F	u	(2)	A			
IX.	29	v	D	o	F	o	(2)	Id			
X.	30	^	D	o	FC	o	(2)	A	P		AgC
X.	31	^	D	o	FMa	o	(2)	A			AgC
X.	32	^	D	o	F	-	(2)	A			
X.	33	^	D	o	F	u	(2)	A			
X.	34	^	D	o	F	-		Id		4	INC1

Protokol II. - m/8

Věk:8

Tab	N.	Or	Loc	DQ	DET	FC	2	Obsah	P	Z	Spec. Skor
I.	1	^	W	o	C'F	o		A	P	1	INCl
I.	2	v	W	o	F	o		A		1	
I.	3	v	W	o	F	-		A		1	INCl
II.	4	v	Dd	o	F	u		A			INCl
II.	5	v	W	+	FC	-		Bl, Fd		4,5	MOR
III.	6	v	W	o	Mp	u		(H), Hx, An		5,5	FAB2, PHR
III.	7	v	D	o	F	o		Id			
III.	8	v	DdS	o	F	-		A		4,5	INCl
IV.	9	v	W	o	FC'	o		(H)		2	GHR, AgC
IV.	10	^	W	o	F	o		A		2	
V.	11	^	W	o	F	o		A	P	1	
V.	12	v	W	o	F	u		A		1	
VI.	13	^	W	o	F	u		A		2,5	
VI.	14	^	W	o	FC'	o		Ad	P	2,5	DV1, PER
VII.	15	v	W	o	F	-		An		2,5	
VIII.	16	v	W	o	F	u		(Hd), Sc		4,5	GHR, AgC
VIII.	17	^	D	v	C	u		Fi			INCl
IX.	18	^	Dd	o	FC	u		A			DV1, INCl
IX.	19	v	W	o	F	u		(H)		5,5	PER, GHR
X.	20	v	W	+	F	u		A, Sc		5,5	PER

Protokol III. - m/9

Věk:9

Tab	N.	Or	Loc	DQ	DET	FQ	2	Obsah	P	Z	Spec. Skor
I.	1	^	WS	o	F	o		Ad		3,5	INC1, AgC
I.	2	v	WS	+	Mp	u		(H), Cg		3,5	GHR
I.	3	^	W	+	F	u	(2)	A		1	FAB1
II.	4	^	WS	o	F	-		Ad		4,5	
II.	5	v	Dd	+	Mp.FMa	u		H, Ad, Cg, Sc		3	GHR
II.	6	>	D	o	F	o		A	P		
III.	7	v	DS	o	F	-		A		4,5	AgC
III.	8	^	Dd	o	F	-		Ad			AgC
IV.	9	v	W	o	FMa	u		(A)		2	AgC
IV.	10	^	D	o	FC'	o		(H)	P		GHR
V.	11	^	Dd	o	F	o		A			
V.	12	^	Dd	o	F	u		Id			
VI.	13	^	W	o	Fmp	u		A		2,5	
VI.	14	^	Dd	o	FMa	u		(A)			AgC
VII.	15	^	Dd	+	FMa	u	(2)	A		3	
VII.	16	^	W	+	FMa.mp.C'F	u	(2)	A, Na, Sc		2,5	MOR
VIII.	17	v	W	+	FMa	-		Ad, An		4,5	FAB2
IX.	18	^	W	+	Ma.FD	u	(2)	(H), Ls, Sc		5,5	GHR
IX.	19	v	DS	+	Ma	-	(2)	A		5	FAB1, COP, PHR
X.	20	v	Dd	o	F	-		(Hd)			PHR
X.	21	v	D	o	F	u	(2)	A			
X.	22	^	W	+	mp.CF	-		(A), Bt		5,5	
X.	23	>	D	+	Ma.ma	u		(Ad), Fi		4,5	DV1, GHR

Proband IV. - m/8

Věk:8

Tab	N.	Or	Loc	DQ	DET	FQ	2	Obsah	P	Z	Spec.	Skor
III.	1	^	D	o	F	o		Cg				
V.	2	^	W	o	F	o		A	P	1	INC1	
V.	3	^	W	o	F	o		A	P	1	PSV	
VII.	4	^	D	o	F	o	(2)	Ad				
VII.	5	^	D	o	F	o		A				
VIII.	6	^	D	+	FMa.CF	o	(2)	A,Id	P	3		
IX.	7	v	Dd	o	FC	u	(2)	A				
IX.	8	v	D	o	F	u		Sc			AgC	
X.	9	v	D	o	F	o	(2)	A				
X.	10	v	D	o	F	-		An			AgC	
X.	11	^	D	o	F	u		Sc			AgC	
X.	12	v	D	o	FC	-	(2)	A				
X.	13	v	D	o	mp	o		Bt				
X.	14	v	D	+	FC	o	(2)	A,Id		4		
X.	15	v	D	v	CF	u	(2)	Id				

Proband V. - f/9

Věk:9

Tab	N.	Or	Loc	DQ	DET	FQ	2	Obsah	P	Z	Spec.	Skor
I.	1	^	W	o	Ma	-		(H)		1	INCl, MOR, PHR	
II.	2	^	D	o	FC	o		Art				
II.	3	^	W	+	Ma.CF	-		Hd, Bl, Id		4, 5	MOR, PHR	
III.	4	^	D	o	F	o		A				
III.	5	^	D	+	Mp.CF.FC'	o	(2)	H, A, Bl	P	4	INCl, GHR	
IV.	6	^	W	+	F	o		H, Cg	P	2	INCl, GHR	
V.	7	^	W	o	F	o		A	P	1		
VI.	8	^	D	o	FC'	-		(H)			DR1, PHR	
VI.	9	^	Dd	+	Ma	o		(H), Cg		2, 5	INCl, ALOG, PHR	
VII.	10	^	W	+	FC'	o	(2)	Hd, Cg	P	1	DV1, GHR, AgC	
VIII.	11	^	W	+	Ma.FMa.CF	o	(2)	A, Bt, Fi	P	3	INCl, FAB1, MOR, PHR	
IX.	12	^	WS	+	FMa.CF	-		Ad, Ls		5	FAB1, ALOG, AG, PHR	
X.	13	^	D	o	F	o	(2)	A	P			
X.	14	^	D	o	FC'	u		An			INCl	

Proband VI. - m/10

Věk:10

Tab	N.	Or	Loc	DQ	DET	FQ	2	Obsah	P	Z	Spec.	Skor
I.	1	^	D	o	F	u		A			AgC	
I.	2	^	Dd	o	F	o		A				
I.	3	^	Dd	o	F	o		A				
II.	4	^	D	o	F	o	(2)	A	P			
III.	5	^	D	o	F	-		Hd			PHR	
III.	6	^	Dd	o	F	o	(2)	Hd			PHR	
IV.	7	v	D	o	F	u		A				
IV.	8	v	Dd	o	Mp	u		Hd			PHR	
IV.	9	<	DS	o	F	o		Ad		5		
IV.	10	<	Dd	o	FMP	o	(2)	A				
V.	11	v	D	o	F	u		Ad				
V.	12	^	W	o	F	o		A		1	INC1	
V.	13	>	D	o	FMP	o		Ad			AgC	
V.	14	^	Dd	o	F	-		Ad				
VI.	15	<	D	+	mp.YF.Fr	o		Fi,Sc		2,5	MOR	
VI.	16	<	Dd	o	F	u		A			AgC	
VI.	17	<	D	o	F	-		A				
VI.	18	^	D	o	F	o		A			MOR	
VII.	19	<	D	+	F	u		(Ad),Cg		1		
VII.	20	^	D	o	F	o	(2)	Hd	P		GHR	
VII.	21	^	W	o	F	-		Ad		2,5	PER,AgC	
VIII.	22	>	D	o	FC	o	(2)	A	P		INC1	
VIII.	23	^	D	o	F	o		Ls				
VIII.	24	<	D	o	F	-		(Hd)			PHR,AgC	
IX.	25	>	D	o	F	u		A			AgC	
IX.	26	<	DS	o	F	-		An		5		
IX.	27	v	D	o	CF	-		Id				
X.	28	^	D	o	F	o		Sc				
X.	29	^	D	o	F	o		A	P		DV2	
X.	30	v	D	o	F	o		H		4	INC1,PHR	
X.	31	v	D	o	F	u	(2)	(Ad)				

Proband VII. - m/9

Věk:9

Tab	N.	Or	Loc	DQ	DET	FQ	2	Obsah	P	Z	Spec.	Skor
I.	1	^	WS	o	F	u		(Hd)		3,5	GHR, AgC	
II.	2	v	DdS	+	Mp. FMa	-		(H), (A), Cg		4,5	MOR, PHR, AgC	
III.	3	^	DS	+	F	u		(H)		4,5	MOR, PHR, AgC	
IV.	4	^	W	o	FD	o		(A)	P	2		
V.	5	^	W	o	F	o		A	P	1		
V.	6	^	W	o	F	o		A		1	INCL, PSV, PER, AgC	
V.	7	^	W	o	F	u		H		1	INCL, PHR, AgC	
VIII.	8	^	D	+	FMa	o	(2)	A, Bt	P	3		
VIII.	9	^	Dd	v	F	o	(2)	Ls				
IX.	10	^	D	o	FMa	o	(2)	A			AgC	
IX.	11	^	D	o	F	u	(2)	Id				
IX.	12	^	D	o	F	u		Bt				
X.	13	^	D	o	F	-	(2)	A				
X.	14	^	D	o	F	o	(2)	A			ALOG	

Proband VIII. - m/7

Věk:7

Tab	N.	Or	Loc	DQ	DET	FQ	2	Obsah	P	Z	Spec.	Skor
I.	1	^	W	o	FC'	o		A	P	1		
I.	2	^	WS	o	F	u		(Hd)		3,5	DV1, GHR, AgC	
I.	3	^	Dd	o	F	u		Ad			AgC	
II.	4	v	W	o	FC.C'F	-		A		4,5		
II.	5	v	W	o	FC.C'F	-		A		4,5	PSV	
III.	6	v	W	v/+	FC	-		Ad,Bl		5,5	MOR	
IV.	7	^	W	o	F	-		(H)		2	PHR	
V.	8	^	W	o	F	o		A	P	1		
V.	9	^	W	o	F	u		A		1	PSV, AgC	
VI.	10	^	W	o	F	-		(A)		2,5	AgC	
VII.	11	v	D	o	FV	-		Hd			PHR	
VII.	12	v	D	o	F	-	(2)	A				
VII.	13	v	W	o	FC'	u		Na		2,5		
VIII.	14	^	D	o	F	-		An				
VIII.	15	v	D	o	F	u		Ad				
IX.	16	v	D	+	F	-		An		2,5		
X.	17	^	D	o	F	u	(2)	Id			INC1	

Proband IX. - f/10

Věk:10

Tab	N.	Or	Loc	DQ	DET	FQ	2	Obsah	P	Z	Spec. Skor
I.	1	^	WS	o	F	-		Ad		3,5	
I.	2	^	WS	o	F	o		(H)		3,5	MOR, PER, PHR
II.	3	^	DS	o	F	o		Sc		4,5	
II.	4	^	DS	o	F	-		A		4,5	
II.	5	^	D	o	FC	o	(2)	A			
II.	6	^	D	o	FC	o		A			
II.	7	^	D	o	F	o		Sc			
III.	8	^	D	o	F	o		Cg			
III.	9	^	D	o	mp.CF	u	(2)	Bt			
III.	10	^	D	o	F	-		Ad			AgC
IV.	11	^	Dd	o	F	-		Ay			
V.	12	^	W	o	FMa	o		A	P	1	
VI.	13	^	D	o	F	u		Id			
VI.	14	^	D	+	Mp	o		H, Cg		6	GHR
VI.	15	>	W	+	Fr	u		Na, Sc		2,5	
VII.	16	^	D	o	F	o		(Hd)	P		GHR
VIII.	17	v	W	o	Ma.CF	-		(Hd)		4,5	PHR
VIII.	18	v	D	o	F	u		(H)			DV1, GHR
IX.	19	^	DdS	+	FY	u		Na, Sc		5	
X.	20	^	D	o	FC	o	(2)	Bt			DV1
X.	21	^	D	o	F	u	(2)	A			
X.	22	^	D	o	F	o		Bt			
X.	23	^	D	o	F	u	(2)	A			DR1, AgC
X.	24	^	D	o	F	u	(2)	Fd			