

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**Prejavy úzkosti v Rorschachovej metóde u detí s poruchami
správania**

Image of anxiety in adolescent with behavioral disorders in Rorschach method



Magisterská diplomová práca

Autor: **Bc. Vanda Omastová**

Vedúci práce: **PhDr. Martin Seitl, PhD.**

Olomouc

2021

Prehlásenie

Miesto prísazne prehlasujem, že som svoju diplomovú prácu na tému: „*Prejavy úzkosti v Rorschachovej metóde u detí s poruchami správania*“ vypracovala samostatne pod odborným dohľadom vedúceho diplomovej práce a uviedla som všetky použité podklady a literatúru.

V.....dňa 31. 3. 2021

Podpis.....

Pod'akovanie

Na prvom mieste by som rada pod'akovala vedúcemu diplomovej práce. PhDr. Martinovi Seitlovi, PhD. za pomoc pri tvorení práce, za odborné konzultácie, ľudský prístup a za jeho cenné rady, ktoré mi dával počas celého písania práce. Ďalej by som rada pod'akovala všetkým psychologičkám z Psychiatrickej liečebne v Kroměříži, za ich pomoc a za možnosť zberu dát. V neposlednom rade by som chcela pod'akovať rodine a blízkym priateľom za to, že mi boli oporou pri písaní diplomovej práce.

Obsah

TEORETICKÁ ČASŤ	8
1. Osobnosť v pojatí psychológie	9
1.1. Definícia osobnosti	9
1.2. Diagnostika duševných porúch	12
2. Poruchy správania a emócií s obvyklým nástupom v detstve a v dospievaní F90 – F98 ...	15
2.1. Vymedzenie	15
2.2. Poruchy správania	15
2.3. Diagnostika detí s poruchami správania	16
2.4. Hyperkinetické poruchy	17
2.5. Zmiešané poruchy správania a emócií	18
3. Raná adolescencia	21
3.1. Vymedzenie	21
3.2. Úzkosť	25
3.3. Diagnostika v období ranej adolescencie	31
3.4. Projektívne metódy	31
4. Výskumy	38
5. Výskumný problém, výskumný cieľ a výskumné otázky	42
5.1. Výskumný problém	42
5.2. Výskumný cieľ	42
5.3. Výskumné otázky	42
6. Metodologický rámec	43
6.1. Popis výskumného súboru	43
6.2. Aplikovaná metodika	44
6.3. Zber dát a priebeh výskumu	46
6.4. Etické aspekty výskumu	48
6. Výsledky výskumu	50
6.1. Kazuistika č.1	50
6.2. Kazuistika č. 2	66
6.3. Kazuistika č. 3	78
6.4. Kazuistika č. 4	89
6.5. Kazuistika č. 5	101
6.6. Kazuistika č. 6	112
6.7. Kazuistika č. 7	122
7. Výsledky výskumu	133
8. Diskusia	135

9. Záver	141
10. Súhrn	142
Zoznam použitej literatúry	146
Zoznam tabuliek a grafov	150
Zoznam príloh.....	151

Motto:

„Urobte prvý krok vo viere. Nemusíte vidieť celé schodisko. Stačí urobiť prvý krok.“

– Martin Luther King Jr.

Úvod

Poruchy správania patria medzi najčastejšie diagnostikované poruchy u detí. Často krát sa stretávame s ich neskorou diagnózou, čo môže mať za príčinu vážnejšie príznaky, prípadne možný výskyt diferenciálnej diagnózy. Je preto veľmi dôležité pracovať s touto skupinou detí už od počiatočných príznakov, ktoré sa dajú podchytiť včas a zmierniť celý ich priebeh. Vzhľadom na závažnosť a typ poruchy správania je zasiahnuté nie len dieťa ale aj okolie. Deti v adolescentnom období majú sklony k emočnej labilitate viac, ako v inom vývojom štádiu. To do značnej miery ovplyvňuje aj ich správanie. Dochádza ku psychosomatickým ale aj sociálnym problémom, ktoré môžu gradovať do porúch osobnosti v dospelosti.

Vzhľadom na zameranie autorky pracovať s detskou klientelou a záujmom práce s Rorschachovou metódou vznikla idea magisterskej diplomovej práce. Rorschachova metóda je jedna z najčastejšie používaných metód pri diagnostike porúch správania či porúch osobnosti.

Hlavnou myšlienkou práce je popísať profil pacientov so zameraním na úzkosti u detí, ktoré boli diagnostikované rôznymi poruchami správania. Zameriame sa tiež na to, či úzkosť, ktorá sa prejavila v Rorschachovom teste bola situačná alebo sa u detí vyskytuje predispozične. Vzhľadom na náš zámer práce sa budeme v teoretickej časti venovať jednotlivým poruchám správania a úzkosti a jej prejavom. Následne v praktickej časti rozoberieme jednotlivé protokoly.

TEORETICKÁ ČASŤ

1. Osobnosť v pojmách psychológie

1.1. Definícia osobnosti

Pojem osobnosť sa začal používať dávno predtým, než sa stal predmetom rôznych štúdií v oblasti sociológie či psychológie. Od 20. storočia sa s ním stretávame pravidelne v oblasti psychologickú, kedy sa začal človek chápať ako súbor navzájom sa ovplyvňujúcich funkcií, z ktorých neskôr vzniklo aj nám známe paradigma S – O – R. Počas nasledujúcich rokov došlo k existencii viacerých paradigmat osobnosti. Rozlišujeme tri základné paradigmy v psychológii osobnosti:

1. paradigma vychádzajúce z rysov osobnosti,
2. paradigma vychádzajúce zo spracovania informácií,
3. paradigma vychádzajúce z fenomenologického pojatia.

V rámci prvej paradigmy si môžeme predstaviť situáciu, na ktorú bude každý jedinec reagovať odlišným spôsobom vďaka osobnostným rysom či vlastnostiam. Druhá paradigma nám ukazuje rozličné kognitívne štýly v rámci spracovania informácií a poslednou paradigmatou je tendencia človeka osobnostne rásť, zameriavať sa na vlastnú budúcnosť či hľadanie životného zmyslu (Nakonečný, 2009).

„Osobnost představuje individuální soubor duševních a tělesných vlastností člověka, které se utváří v průběhu vývoje a projevují se v sociálních vztazích. Vrozené a získané vlastnosti tvoří strukturu osobnosti, která je pro každého člověka charakteristická“ (Praško et al., 2009, 15).

Pojem osobnosť je veľmi často používaný termín, nie len medzi psychológmi, lekármi či inými profesiami, ale taktiež sa nachádza v slovníku bežnej populácie. Preto je veľmi náročné definovať presne, čo osobnosť znamená. Existuje mnoho definícií. Je veľmi dôležité to, z akého pohľadu sa na osobnosť pozeráme. V psychológii každá oblasť pojíma osobnosť rozlične. Preto nie je presne stanovené, ktorá z existujúcich definícií je tá správna. Z tohto dôvodu je dôležité vnímať odlišnosti týchto definícií (Hall & Linzey, 1997).

„Prvoradou a najdôležitejšou úlohou je, že teória nás musí viesť k pozorovaniu nových faktov aj vzťahov medzi nimi. Teória by teda mala viesť k systematickému rozširovaniu dostupného poznania o nejakom konkrétnom fenoméne“ (Hall & Linzey, 1997, 14).

Podľa Drapelu (1998) by sme mohli rozličné pojatia osobnosti rozmiestniť na osu, ktorá spoločne spája dva odlišné pohľady na osobnosť:

- a) teoretici,
- b) behavioristi.

Teoretickí psychológovia vnímajú pojmú osobnosti ako niečo, čo naozaj existuje. Na druhú stranu behaviorálne zameraní psychológovia vnímajú osobnosť ako niečo, čo je len odvodené z ľudského správania. Toto správanie vnímajú ako jedinu vec, ktorá sa dá jasne preukázať, pozorovať a merať.

Podľa Drapelu (1998) každá z teórií osobnosti musí spĺňať určité vlastnosti. Nemusia byť zastúpené všetky v rovnakej miere, ale na to, aby sme označili teóriu za plnohodnotnú, musia byť prítomné všetky z nasledujúcich prvkov:

- a) jasnosť a pochopiteľnosť,
- b) logická stavba,
- c) vnútorná jednota,
- d) jedinečnosť.

Priblížime si 3 teórie osobnosti, ktoré sú relevantné vzhľadom na našu prácu. Prvou z nich je teória podľa Eysencka. Çakirpaloglu (2012) uvádza, že Hans J. Eysenck bol jeden z predných psychológov zaoberajúcich sa psychológiou osobnosti. Podľa jeho slov môžeme osobnosť popísať ako súhrn skutočných a potenciálnych vzorcov správania. Vzorce správania sú podnecované prostredím a genetikou. Eysenck zastáva názoru, že osobnosť je tvorená skutočnými a potencionálnymi vzorcami správania, ktoré sú ovplyvnené dedičnosťou a prostredím. Podľa Eysencka sa osobnosť rozvíja na základe fungovania 4 základných častí:

- a) kognitívna – inteligencia jedinca,
- b) konatívna - charakter jedinca,
- c) afektívna – temperament jedinca,
- d) telesná – konštitúcia jedinca.

Eysenck je známy aj vďaka jeho deleniu osobnosti na viacero dimenzií. Niektorí z popredných svetových psychológov pracujú s osobnosťou človeka aj vďaka nasledujúcemu deleniu (Ajzen, 1988):

- a) extroverzia – introverzia,
- b) emočná stabilita,
- c) kultúra,

- d) svedomitosť,
- e) príjemnosť.

Cakirpaloglu (2012) uvádza, že podľa Eysencka je osobnosť tvorená hierarchicky. Najnižšia úroveň je tvorená jednotlivými rysmi osobnosti, ktoré sú tvorené rôznym naučeným správaním či návykmi. To sa odráža v správaní a reakciách na určité podnety a situácie. Najvyššou úrovňou sú typy či dispozície jedinca (neuroticizmus – labilita, extravézia – introvézia a psychotizmus).

Eysenckov prístup k teórii osobnosti je podľa uvedených informácií prepojením jednotlivých zložiek osobnosti. Jeho pojetie osobnosti vnímam ako interakciu medzi zložkami, ktoré sa navzájom ovplyvňujú.

Ďalšou teóriou, ktorá sa snaží o prepojenie viacerých úrovní je interpersonálna teória od H. S. Sullivan. Sullivan prichádza s vnímaním osobnosti ako výsledkom interpersonálnych vzťahov. Tieto vzťahy sa formujú už od detstva a sú podmienené adaptáciou človeka, osobnou zrelosťou a rozvojom v sociálnej, kognitívnej a sexuálnej oblasti. Sullivanova teória je bohatá o vznik tenzie, ktorú pokladá za neoddeliteľnú súčasť ľudského života, ktorú sa každý z nás snaží odstrániť. Podľa jeho slov je zdrojom tenzie nedostatočné uspokojovania základných potrieb. Následne môže dochádzať ku vzniku úzkosti. Vďaka self-systému v detstve sa táto úzkosti nahrádza radosťou (Sulliva, 2006).

Prepojovaniu viacerých dimenzií sa venoval aj C.G. Jung. Na rozdiel od Cattelovho vnímania dimenzií osobnosti, ktoré stoja nezávisle za sebou, kladie Jungova teória dôraz na vzťahy medzi jednotlivými dimenziami. Jeho dimenzie sú rozdelené do troch bipolarít (extrovézia – introvézia, myslenie – cítenie, vnímanie intuitívne – zmyslové) (Řičan, 2010).

Je mnoho ďalších definícií osobnosti, ktoré na ňu prihliadajú z rozličných uhlov pohľadu. Môžeme povedať, že väčšina sa zhoduje v tom, že zložky osobnosti sa dajú rozdeliť do dvoch častí: dynamika a štruktúra (Svoboda, Humpolíček & Šnorek, 2013).

Podľa Cakirpaloglu (2012) spadajú do dynamiky osobnosti rôzne potreby, motívy, ale taktiež aj kognitívny činitelia. Tieto prvky spoločne tvoria intrapsychické a interpersonálne procesy, ktoré sú v stálom vývoji.

Balcar (1991) o týchto prvkoch dynamiky hovorí ako o niečom, čo nám ovplyvňuje náš psychický vývoj.

Na druhej strane, ak hovoríme o štruktúre osobnosti, môžeme si predstaviť rôzne vlastnosti človeka, ktoré pretrvávajú a nezáleží na situácií, v ktorej sa jedinec nachádza. Na rozdiel od dynamiky ide o stálosť, ktorá nie je ovplyvnená situáciami (Cakirpaloglu, 2012).

Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá et al. (2008) uvádzajú, že podľa WHO (World Health Organization - Svetová zdravotnícka organizácia; ďalej ako WHO) je osobnosť kombináciou rozličných vzorcov a to najmä myšlienkových, pocitových a prejavových. Tieto vzorce utvárajú jedinečnosť človeka, jeho individuálny životný štýl, jeho spôsob adaptácie a všetko to, čo je výsledkom vývoja a skúseností.

Cakirpaloglu (2012) uvádza dva možné prístupy, ako pracovať a skúmať osobnosť. Prvým je idiografický prístup, ktorý pojíma osobnosť ako jedinečnú bytosť. Ide o pochopenie človeka ako takého, jeho individuálne prežívanie a správanie. Používa sa najmä v kvalitatívnom výskume ako napríklad v kazuistikách. Druhým prístupom je nomotetický prístup, ktorý vníma osobnosť z pohľadu všeobecných vlastností. Využíva sa v kvantitatívnom výskume, pre ktorý je typické užívanie testov či rôznych experimentov.

1.2.Diagnostika duševných porúch

Podľa Duška a Večeřovej – Procházkovej (2018) je diagnostika psychických porúch v oblasti psychoterapie jednou z najzložitejších zo všetkých medicínskych oblastí. Predpokladajú, že je to najmä tým, ako rozmanité a mnohotvárne môžu poruchy osobnosti byť. Sú premenlivé v rozličných vývojových štádiách života a menia sa vzhľadom na aktuálne situácie jedinca. Pre čo najpresnejšiu diagnostiku je potreba poznať jednotlivé diagnostické kritériá porúch ale aj normu psychického zdravia.

Pre diagnostiku porúch je nutné splniť niekoľko základných kritérií. Podľa DSM – 5 ide o celkové správanie a prežívanie, ktoré je odlišné od spoločnosti. Rozdiely pozorujeme najmä v kognícií, afektu a schopnosti kontrolovať svoje impulzy ale taktiež aj v interpersonálnom fungovaní. Ďalšou odlišnosťou je aj vnímanie vlastnej osoby. Neprimerané vzorce správania sa začínajú objavovať už v dospievaní (APA, 2013).

Pri diagnostike duševných porúch sa uplatňujú dve triedenia, prvé je kategoriálne, kedy kladieme dôraz na klinický obraz a druhé dimezionálne, kedy sa zameriava na stupeň problémov správania (Dušek & Večeřová – Procházková, 2018).

Týmto spôsobom diagnostiky sa zaoberali najmä Millon a Cloninger. Cloninger rozdelil charakter a temperament do siedmych dimenzií: hľadanie niečoho nového, závislosť na odmene, stabilita, schopnosť spolupracovať, sebapresah, schopnosť sebariadenia, snaha vyhýbať sa poškodeniu (Cloninger, 1999).

Podľa Millona existujú štyri vývojové úlohy, ktoré sú základom pri posudzovaní osobnosti. Delíme ich na boj o vlastnú existenciu, snaha prispôbiť sa prostrediu, snaha prispôbiť sa sexuálnym rolám v živote jedinca a poslednou je dôraz kladený na rovnováhu medzi myslením a cítením (Millon & Davis, 1996).

Etiológia je v prípade duševných porúch ovplyvnená mnohými faktormi, medzi ktoré patrí napríklad biologický základ či rodinné zázemie, ktoré ovplyvňuje napríklad depresiu (Praško et al, 2009).

Tyrka et al. (2009) dokazujú, že existuje značné prepojenie výskytu duševných porúch s emočným, sexuálnym či fyzickým násilím v detstve.

Štruktúra osobnosti podľa Kernberga má 3 úrovne osobnosti: neurotická, hraničná a psychotická. Neurotická osobnosť má integrovanú identitu a vyspelé obranné mechanizmy a správne testovanie reality. Hraničná úroveň disponuje infantilnými obrannými mechanizmami, má difúznú identitu a premenlivé testovanie reality. Posledná psychotická úroveň je charakterizovaná veľmi slabou schopnosťou testovania reality. (Kernberg, 1984 in Riegel. Kalina & Pěč, 2020).

Duševné poruchy a celkovo osobnosť sa dajú testovať niekoľkými spôsobmi. Je dôležité používať štandardizované dotazníky či testy a následne pracovať s ich normami. Medzi najbežnejšie metódy testovania osobnosti patria testy, ktoré sa delia ešte na viacero skupín a to podľa účelu využitia. Patria sem napríklad posudzovacie stupnice, dotazníky a projektívne metódy, ktoré majú tiež svoje delenie.

Pri diagnostike začíname rozhovorom a pokračujeme správne zvolenými metódami. Okrem znalosti práce s metódami a výsledkami je potreba vedieť pracovať s ich interpretáciou a nezaobídeme sa ani bez znalostí typických kritérií jednotlivých porúch.

„O sjednocení psychiatrické diagnostiky se nejvíce pokusila současná 10. revize MKN (Mezinárodní klasifikace nemocí, ICD-10), ke které byl v oblasti psychiatrických poruch vytvořen glosář. Tato klasifikace se snažila co nejvíce přiblížit i americké klasifikaci (DSM – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders). Současná MKN-10 se začala začátkem devadesátých let 20.století zkoušet ve dvaceti zemích různých částech světa“ (Dušek & Večeřová-Procházková, 2018, 30–31).

Ako sme spomenuli vyššie, na klasifikáciu duševných porúch používame dva najviac rozpracované systémy a to DSM – 5 – diagnostický a štatistický manuál duševných porúch a MKN – 10 – Medzinárodná klasifikácia nemocí.

Dušek a Večeřová-Procházková (2018) popisujú modely duševných a behaviorálnych porúch. Tieto modely sú morálny, biomedicínsky, psychoanalytický, defektový a rodinný interakčný. Tieto modely nám majú ukázať rozličné prístupy k duševne chorému jedincovi. V naviazanosti na tieto prístupy popisujú aj etapy rozvoja duševnej poruchy. Tieto etapy slúžia práve na určenie závažnosti poruchy a správneho prístupu odborníkov. Je dôležité poznať premorbídnu osobnosť či zaznamenanie odchýliek od normy z dôvodu presnejšieho zamerania terapie a diagnostiky.

Orel (2012) taktiež popisuje dôležitosť prihliadať na javy, spojené s ľudskou existenciou z viacerých uhlov. Či už na zdravie alebo na chorobu, je dôležité brať do úvahy biologický aspekt, psychický, sociálny a presahový. Ide teda o bio – psycho- sociálne – spirituálny model, pri čom všetky roviny sú vo vzájomnej interakcii. Z hľadiska biologického hovoríme o genetických predispozíciách spôsobujúcich narušenie osobnosti. V rámci psychosociálnej roviny ide o rodinné či osobné väzby vplyvajúce na osobnosť človeka.

2. Poruchy správania a emócií s obvyklým nástupom v detstve a v dospievaní F90 – F98

Obdobie dospievania je veľmi špecifické a to najmä z dôvodu behaviorálnych zmien. Medzi najpozorovanejšie a najčastejšie zmeny v tomto období patrí rizikové správanie a tendencia poznávať či hľadať nepoznané, niečo nové (Spear, 2000, in Dolejš & Kulišek, 2019).

2.1. Vymedzenie

Poruchy správania majú široké spektrum klasifikácie. Jedná sa o rôzne prvky problematickeho a narušeného správania. Podľa závažnosti danej poruchy ich môžeme rozlišovať ako ľahkú formu, strednú alebo ťažkú formu (Orel, 2012).

Podľa Horta, Hrdlički, Kocourkovej a Malej (2008), sú poruchy správania jedným z najviac vyskytujúcich sa problémov u pacientov, ktorí prichádzajú k psychologom a psychiatrom.

Autori ďalej uvádzajú hyperkinetický syndróm, ktorý môže byť jedným z rizikových faktorov pre vývoj poruchy správania, s typickým charakterom ako sociálna maladaptácia.

„ Z psychopatologického hľadiska je v rámci kategórií MKCH-10 možné rizikové správanie zaradiť medzi: poruchy správania (F91) a iné špecifikované poruchy správania a emócií so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania (F98.8); poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím (užívaním) psychoaktívnych látok (F10–F19); abúzus látok, ktoré nevytvárajú závislosť (F55); poruchy návykov a impulzov (F63); poruchy sexuálneho správania, konkrétnejšie, poruchy voľby sexuálneho objektu (F65)“ (Čerešník, & Gatíal, 2014; in Dolejš & Kulišek 2020, 21).

Vzhľadom na zámer nášho výskumu, si v tejto kapitole stručne charakterizujeme jednotlivé poruchy správania a emócií s nástupom v detstve. Budeme sa zaoberať najčastejšie vyskytujúcimi sa poruchami a teda poruchami správania, hyperkinetickými poruchami, zmiešanými poruchami správania a emócií a emočnými poruchami so začiatkom špecifickým pre detstvo.

2.2. Poruchy správania

Podľa Krejčířovej (2018) sú poruchy správania u detí definované primárne opakujúcim sa vzorcom správania, ktorý trvá po dobu najmenej 6 mesiacov. Toto správanie

sa javí ako disociálne, agresívne a vzdorovité. Veľmi často je porušená sociálna norma a dieťa javí správanie neprimerané jeho veku.

Poruchy správania sa veľmi často vyskytujú spoločne s nepriaznivým psychosociálnym prostredím, problémami v škole, v rodine a v medziľudských vzťahoch. Častejšie je podchytená u chlapcov. Tento druh poruchy správania je niekedy náročné odlíšiť od hyperaktivity (Train, 2001).

Poruchy správania sa vyskytujú takmer u 15% detí a dospelých. Výskyt porúch správania môže byť spojený okrem vyššie popísaných faktorov aj s poruchami správania u rodičov, ich antisociálnym či dokonca kriminálnym správaním, nezamestnanosťou ale taktiež aj závislosťou na alkohole rodičov. Je dokázané, že k tomuto vývoju často krát vedie drobné poškodenie centrálného nervového systému či dyslexia. Poruchy správania so zlou prognózou sú charakterizované napríklad zlými vzťahmi k rovesníkom, kombináciou porúch pozornosti či impulzivitou, prípadne rôznymi známkami dysfunkčnej rodiny. (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá et al., 2008).

2.3. Diagnostika detí s poruchami správania

Podľa Krejčířovej (2018) sú poruchy správania špecifické opakovaným porušovaním morálnych noriem. V prípade že ide o jednorazové porušovanie zákona / noriem, môžeme hovoriť o impulzívnom správaní a nie o poruche správania.

Pre psychológa je diagnosticky dôležitým faktorom motivácia, ktorá viedla deti k rôznym priestupkom. Motiváciu k danému správaniu dokážeme získať pomocou úvodného rozhovoru s dieťaťom, prípadne rodičom. Je veľmi dôležité použiť komplexné vyšetrenie rodinného, sociálneho a školského prostredia. V diagnostike si kladieme dôraz na známky ADHD, porúch učenia, disociálneho správania či inú psychopatológiu.

V rámci diagnostiky dieťaťa, pri podozrení na poruchy správania dbáme na jeho vek. V predškolskom veku je normálne, že deti ešte klamú a nemajú ustálené normy správania. V školskom veku sa poruchy správania môžu prejavovať krádežami, klamaním či použitím násilia voči sebe alebo ostatným.

Podľa MKCN- 10 patrí medzi základné indikátory k diagnostike tejto poruchy správania napríklad ubližovanie ľuďom a zvieratám, veľmi nápadné a intenzívne výbuchy zlosti, provokácia voči okoliu, nápadná neposlušnosť voči autoritám. Porucha správania sa môže vyskytovať, prípadne prekrývať aj s inými poruchami ako je napríklad emočná

porucha v detstve (F93.-), zmiešaná porucha správania a emócií (F92.-). Existuje výnimka, ktorá má prednosť pred F90. a to je hyperkinetická porucha F93.

2.4. Hyperkinetické poruchy

Už od šesťdesiatych rokov sa začalo diskutovať, ako označovať deti s týmito špecifickými znakmi správania. Objavovali sa označenia ako ľahká mozgová dysfunkciu, hyperkinetická syndróm, vývojová neobratnosť alebo porucha hyperaktivity. V klasifikačnom systéme MKN - 10 nájdeme tieto poruchy pod názvom hyperkinetické poruchy prípadne poruchy aktivity a pozornosti. Taktiež sa veľmi často môžeme stretnúť s označením minimálna mozgová dysfunkcia (Řičan, Krejčířová et al., 2006).

Hyperkinetické poruchy sa vyskytujú v detstve, dospievaní ale aj v dospelosti. Tento druh porúch je charakterizovaný nepozornosťou, zlou schopnosťou koncentrácie, plánovania, sústredenia ale taktiež aj motivácie. K najhlavnejším znakom hyperkinetických porúch patrí hyperaktivita a impulzivita. Tieto poruchy sú často krát označované ako ADHD - porucha pozornosti s hyperaktivitou alebo ADD - porucha pozornosti. Dochádza k výraznému narušeniu sociálnym vzťahov a to najmä vo forme negativizmu voči prostrediu, pocitom zlyhania, dysfórií ale najmä k problémovým vzorcom správania a emócií (Orel, 2012).

MKN - 10 uvádza, že sa hyperkinetické poruchy začínajú objavovať v prvých piatich rokoch.

Výskyt tohto druhu poruchy je častejší u chlapcov, k pomeru 6:2. Prevalencia sa pohybuje v rozhraní od 2 do 12%. Okrem vyššie spomínaných symptómov môžeme ešte spomenúť, že veľmi nápadné je taktiež aj narušenie motoriky, kognitívnych funkcií a môže dochádzať aj k poruchám afektu (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá et al., 2008).

Podľa MKN - 10 je v rámci diferenciálnej diagnostiky veľmi náročné rozlíšiť či ide o hyperkinetickú poruchu alebo poruchy správaniu. Treba sa pozerať hlavne na splnenie podmienok pre dg. poruchy pozornosti a hyperaktivity. Ak sú tieto podmienky splnené, majú prednosť pred poruchou správania. Veľmi dôležitým faktom je aj to, že hyperaktivita môže byť jeden z vedľajších prejavov iných porúch, napríklad úzkostných. V prípade tejto poruchy vylučujem úzkostné poruchy, poruchy nálad, pervazívne vývojové poruchy a schizofréniu. Často krát sú pridružené aj iné abnormality ako napríklad pocit menejcennosti či disociálne správanie. Z tohto dôvodu sa často krát stretneme s problémami pri diagnostikovaní. Najčastejšia pridružená porucha je dyslexia či iné problémy v škole.

Veľmi dôležitým indikátorom narušenej pozornosti je predčasné ukončenie aktivity a jej náhla zmena. Štandardom pre posudok toho, či je vhodné sa začať rozprávať o hyperkinetickej poruche je príliš vysoká miera aktivity s porovnaním toho, čo sa od danej situácie očakáva a taktiež porovnanie so štandardom druhých detí s rovnakom pásme IQ. Je veľmi dôležité dávať si pozor hlavne pri diagnóze v predškolskom veku, kedy by sa musíme rozprávať o veľmi závažnom stupni, ak chceme túto poruchu diagnostikovať (Train, 2001).

MKN– 10 ďalej uvádza ako základné diagnostické idikátory narušenú pozornosť a hyperaktivitu, pri čom ich prejavy musia byť nápadné vo viacerých situáciách ako je škola, domácnosť či počas vyšetrenia psychológom. Existujú aj pridružené druhy správania, ktoré diagnostiku pomôžu upresniť ale nie sú základným indikátorom. V tomto prípade hovoríme o dezinhibícií v sociálnych vzťahoch, nepozornosť / roztržitosť, ktorá môže viesť do nebezpečných situácií či závažné porušovanie pravidiel. Ak sa vyskytne v tomto prípade aj porucha učenia, musí byť klasifikovaná oddelene. V prípade detí je veľmi dôležité dbať na to, aby prejavy boli naozaj extrémne závažné, pretože sa stretávame s veľmi veľkými rozdielmi v norme správania v tomto období.

Jedným z prejavov je tiež porucha spánku, ktorá sa často krát prejavuje u detí s úzkostnými poruchami s pridruženou poruchou ADHD, depresiou alebo PTSD (Řičan, Krejčířová et al., 2006).

Orel (2012) uvádza, že okrem výskytu depresívnych sklonov, neschopnosťou koncentrácia či neklľudu sa vyskytuje taktiež aj emočná labilita, ktorá výrazne narušuje sociálne vzťahy. Deti s emočnou labilitou a problematickým správaním bývajú často krát odmietané okolím. To môže u nich spôsobovať silnú frustráciu, pocit zlyhania či negativizmus, čo môže viesť ku vzniku vážnejších problémov v správaní a v emóciách.

2.5. Zmiešané poruchy správania a emócií

Podľa MKN – 10 je závažnosť tejto skupiny porúch pre jej diagnózu dostačujúca k tomu, aby splnila kritériá pre diagnózu porúch správania, emočných porúch v detstve, porúch nálad alebo neurotických porúch. Zmiešané poruchy správania a emócií sebou nesú významné etiologické a terapeutické náležitosti, ktoré sú okrem iného dôležité pri klasifikácií lability.

Ide o kombináciu emočných porúch a neurotických porúch s poruchami správania a to konkrétne so vzdorovitým, agresívnym či disocálnym správaním. Veľmi často sa vyskytuje úzkosť, depresia, fóbia či rôzna miera hypochondrie. Tento druh poruchy správania sa často krát zamieňa alebo vyskytuje u porúch prispôsobenia (F43.) alebo porúch sociálnych vzťahov (F94.) (Malá et. Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá et al., 2008).

Podľa MKN – 10 do zmiešaných porúch správania radíme depresívnu poruchu správania (F92.0), iné zmiešané poruchy správania a emócií (F92.8) a zmiešanú poruchu správania a emócií nešpecifikovanú (92.9). Depresívna porucha správania sa vyznačuje trvalou depresiou, ktorá už navonok veľmi zjavná. Typickými prejavmi sú smútok v nadmernej množstvo, nechť robiť kedysi obľúbené aktivity či stretávanie sa s blízkymi ľuďmi. Často krát sa vyskytujú aj pocity viny a beznádeje. Zmiešané poruchy správania a emócií sa klasifikujú ako poruchy správania v detstve v kombinácií s úzkosťami, obsesiou, rôznymi fóbiami ale dokonca aj depersonalizáciou. Spadajú sem teda čiastočne aj neurotické poruchy.

2.6. Emočné poruchy so začiatkom špecifickým pre detstvo

Podľa MKN – 10 je dôležité rozlišovať emočné poruchy v detstve a v dospelosti už od začiatku detskej psychiatrie. Toto delenie je jedno z častých diskutovaných tém. Existujú štyri hlavné dôvody, prečo je nutné rozlišovať medzi emočným poruchami so začiatkom špecifickým pre detstvo a neurotickými poruchami v dospelosti.

- a) Pri väčšine detí, ktoré trpia emočnými poruchami v detstve, to je len dočasný stav, ktorý v dospelosti pomíne. Len malé percento sa preklenie do neurotickej poruchy osobnosti.
- b) Psychológovia a psychiatri sa často krát stretávajú s prehnanými trendmi vo vývoji a teda nejde o samotnú poruchu.
- c) Kladie sa dôraz, že pri emočných poruchách v detstve a dospievaní nebývajú zasiahnuté rovnaké psychické mechanizmy ako pri neurotických poruchách.
- d) Posledným dôvodom tejto diferenciácie je to, že emočné poruchy v detstve je oveľa náročnejšie rozlíšiť a rozdeliť do podkategórií porúch.

Pod túto kategóriu porúch spadá separačná úzkostná porucha v detstve (F93.0), Fobická úzkostná porucha v detstve (F93.1), Sociálne úzkostná porucha v detstve (F93.2), Porucha súrodeneckej rivalita (F93.3), Iné emočné poruchy v detstve (F93.8) a Emočná porucha v detstve nešpecifikovaná (F93.9).

Podľa MKN – 10 je dôležité rozlišovať aj prejavy porúch. Napríklad separačná úzkosť, ktorá sa môže javiť ako úzkostná porucha, nesmie byť generalizovaná. V prípade, ak by bola, tak poruchu zaradíme do sekcie F40 – F49. Konkrétne k tomu typu emočnej poruchy so začiatkom v detstve sa viažu diagnostické kritériá ako sú nereálna obava že sa stane niečo blízkej osobe, trvalé odmietanie chodiť do školy zo strachu z odlúčenia od blízkej osoby alebo aj opakujúce sa desivé sny či nočné mory. Všetky symptómy sa viažu ku strachu z odlúčenia. Pre diagnózu tejto poruchy, je veľmi dôležité vylúčiť možnosť poruchy nálady či možnosť výskytu neurotických porúch.

MKN – 10 ďalej uvádza fobickú úzkostnú poruchu, ktorá je typická nie len pre deti ale aj pre dospelých. U tejto poruchy je kľúčové, aby bola podmienená výlučne vývojovou fázou inak ju musíme klasifikovať ako jednu z porúch F93 prípadne F941.1. Sociálna úzkostná porucha v detstve sa používa len v prípade výskytu strachu či ostražitosti pred cudzími ľuďmi pred šiestym rokom života. Táto porucha sa môže vyskytovať spoločne aj s vyhýbavou poruchou v detstve a adolescencií. Často krát už po narodení nového člena rodiny sa začne vyskytovať porucha súrodeneckej rivality. Ide o neprimeranú žiarlivosť voči súrodencovi a často krát je pridružená s psychosociálnymi problémami. Ide o nadmerné súťaženie a porovnávanie sa medzi súrodencami a snahu získať pozornosť rodiča len pre seba.

3. Raná adolescencia

3.1. Vymedzenie

Celkový psychický vývoj je celistvým procesom, kedy každý z nás prechádza premenami. Celý tento proces nebýva z pravidla plynulý či rovnomerný. Každý prežíva jednotlivé obdobia vývoja odlišne. Čo však máme spoločné sú vývojové medzníky, ktoré signalizujú práve danú premenu.

Podľa Vágnerovej (2012) môžeme adolescenciu rozdeliť na dve fázy: ranú adolescenciu a neskorú adolescenciu. V našej práci sa budeme zaoberať prvou fázou a to ranou adolescenciou. Toto vývojové obdobie je označované aj ako pubescencia. Z časového hľadiska ju radíme do obdobia medzi 11.- 15. rokom života. Typické pre toto obdobie je telesné dospievanie v podobe meniaceho sa zovňajšku a ďalších hormonálnych zmien. V tomto období tiež dochádza ku zmene myslenia a emočného prežívania. Na konci tohto obdobia sa človek stretáva aj so sociálnym zmenami v podobe ukončenia základného vzdelávania a nástupu na strednú školu. Každé dieťa potrebuje v tomto období potrebu istoty a prijatia novej pozície.

Vzhľadom na narastajúci vek dieťaťa prichádza aj zmena v myslení. V tomto období dochádza ku zmene, kedy jedinec dokáže rozmyšľať o veciach, ktoré nie je možné si názorne predstaviť. Podľa Piagetovej teórie ide o štádium formálnych operácií. Dochádza ku komplexnému mysleniu, hľadaniu nových riešení či kritickému mysleniu. Jedinec začína uvažovať o morálke či hodnotách (Langmeier, Langmeier & Krejčířová, 1998).

Prechod medzi jednotlivými fázami je veľmi odlišný a ovplyvnený napríklad senzitivnou fázou, v ktorej každý z nás rozličným spôsobom vníma zmeny okolo nás. Okrem toho na nás bezvýhradne vplýva aj raná skúsenosť, ktorá vytvára základ pre spracovanie podnetov. Veľmi často sa stretávame aj s rozličnou odolnosťou jedinca voči záťažovým situáciám či ukotveným pocitom bezpečia. Všetko ovplyvňuje to, ako sa v každom z vývojových štádií od seba navzájom líšime (Vágnerová, 2012).

Jednou z najznámejších teórií psychosociálneho vývoja je teória podľa Erika Eriksona. Tento psychoanalyticky orientovaný psychológ rozdelil život do ôsmich vývojových štádií. Pre každé z nich je typický konflikt a kríza. Základným princípom Eriksonovej teórie je vývoj identity človeka. Veril, že na posunutie sa do ďalšej etapy života musí človek vyriešiť konflikt tej etapy, v ktorej sa momentálne nachádza. Podľa Erika Eriksona je pubescencia obdobím vernosti. Medzi opozičné póly tohto obdobia patrí identita

vs. zmätenie rolí. Dospievajúci človek by mal byť schopný v tejto etape života tvoriť plány do budúcnosti, mal byť schopný sebareflexie a mal by zvládnuť nadväzovať dôverné vzťahy s prichádzajúcimi prvými láskami (Řičan, Krejčířová et al., 2006).

Na rozdiel od Eriksona, ktorý vývojové štádiá popisoval z pohľadu konfliktov, Robert James Havighurst rozoznával vývojové úlohy podľa fyzickej povahy, osobných hodnôt a potrieb spoločnosti. Havighurst popisuje adolescenciu ako obdobie úloh, pre ktoré je typické sa naučiť rôzne fyzické schopnosti, rozlišovať feminitu od maskulinity, rozvíjať sebapojatie a svedomie. Nemenej dôležitou súčasťou tohto obdobia je dosahovať čiastočnej nezávislosti a rozvíjať svoje sociálne postoje (Thorová, 2015).

Obe z týchto teórií majú spoločnú stret v dôležitosti sociálneho učenia v tomto období života a nájdenie svojej identity či hodnoty.

Pre hodnotenie psychického stavu v jednotlivých životných štádiách musíme pochopiť a porozumieť tomu, čo každého jednotlivca v určitom úseku života charakterizuje. Toto pochopenie je ďaleko za hranicou psychiatrie a medicíny. Detský svet je do veľkej miery previazaný s tým dospelým. Psychologická antropológia popisuje toto prepojenie na 3 hlavných úrovniach:

- a) Do veľkej miery ukazuje práve spoločnosť a znaky jej kultúry hlavné rysy detskej skúsenosti.
- b) Tieto skúsenosti výrazne ovplyvňujú dospelého človeka ako člena spoločnosti.
- c) Znak a rôzny pohľad spoločnosti sú výsledkom toho, ako pôsobia na dospelú osobnosť a tým aj na detské skúsenosti (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá et al., 2008).

Podľa Řičana (2018) môžeme vývoj v rámci psychického vývoja definovať ako štruktúru, v ktorej prebiehajú rôzne zmeny na úrovni biologickej, sociálnej a psychologickej. Tieto zmeny sú charakteristické svojou nenávratnosťou a zákonitosťou. Ide o zmeny, ktoré sa prejavujú navonok. Snažíme sa zmeniť z dokonalej osoby na ešte dokonalejšiu. V neposlednom rade ide o zmenu, ktorá prebieha na úrovni kvalitatívnej ale aj kvantitatívnej.

Žaloudíková (2013) popisuje a rozdiel od Řičana viacero úrovní zmien, ktorými si človek prechádza v tomto období. Ide o zmeny na úrovni kognitívnych procesov,

emocionality, morálneho vývoja, socializácie, v rámci rodinných vzťahov a vzťahmi s rovesníkmi či voľného času.

Podľa Kohlberga je v tomto časovom období človeka veľmi dôležitý morálny vývoj. Tento vývoj je jednou zo súčastí kognitívneho vývoja. Je nutné podotknúť, že sa nachádza vždy v rovnakom poradí. Kohlberg veril, že po dosiahnutí určitého stupňa vývoja sa človek nevráti o stupeň nižšie a že morálne problémy sa riešia hlavne podľa toho, aký je najbližší vývojový stupeň k danému jedincovi (Pokorná, 1993).

„Retrospektívni štúdie ukázali, že je to zvlášť antisociálne chovanie v dospelosti, ktorému skoro vždy predchádzajú podobné poruchy v detstve (zejména poruchy chovania, ale i ADHD); jen zřídka se začínají antisociální projevy objevovat až v dospělém věku“ (Langmeier & Krejčířová, 2006, 273). Na druhej strane, podľa prospektívnych štúdií, nie je jasné do akej miery môžu pretrvávajúť alebo sa zhoršovať rozličné poruchy od raného veku až do dospelosti. Podľa týchto štúdií deti s rôznymi emočnými poruchami a poruchami správania majú určitú tendenciu dospieť v zdravých jedincov.

Langmeier a Krejčířová (2006) sa domnievajú, že teória, ktorá hovorí o tom, že by bola osobnosť sformovaná už v ranom detstve nie je dostatočne potvrdená, ale ani vyvrátená. Oveľa dôležitejšie je pozeráť sa na celý súbor premenných počas rozličných životných etáp. Je dôležité zamerať sa aj na biologické a sociálne vplyvy, ktoré menia osobnosť človeka.

Ukazuje sa, že spoločným ťažiskom takto ladených výskumov, je práve psychosociálna sféra každého z vývojových štádií (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá et al., 2008).

Sociálny vývoj je pre tento vek veľmi dôležitým, hlavne z pohľadu odpútania sa od prílišnej závislosti na rodine. Dôležitým medzníkom je taktiež aj nadväzovanie vzťahov či hľadanie vlastnej role a svojho postavenia v spoločnosti (Langmeier, Langmeier & Krejčířová, 1998).

Rodina nám v tomto období predstavuje hlavné útočisko, od ktorého z ktorého sa človek snaží uvoľniť a nájsť tak samého seba. Vzhľadom na krízové situácie v tomto období môže dochádzať ku zvýšenej emočnej labilitate, náladovosti, depresívnym sklonom či impulzivite (Langmeier, Langmeier & Krejčířová, 1998).

Definovať a konkretizovať mentálne poruchy je veľmi náročne z niekoľkých dôvodov. Jeden z mnohých je ten, že neexistuje jeden základný atribút psychopatológie, ktorý by bol aplikovateľný na všetky formy. Ďalším dôvodom je, že stanovenie rozličných kritérií je veľmi náročné, ako sme si spomenuli v predošlých kapitolách. V neposlednom rade môžeme zdôrazniť aj fakt, že je náročné rozlíšiť hranicu medzi normálnymi a patologickými znakmi správania (Pawlik a Rosenzweig, 2000).

Podľa Thorovej (2015) si ľudia s poruchami osobnosti už počas detstva vytvorili negatívny, pevný a všeobecný pohľad na seba a svet okolo nich. Pred pubertou sa v tomto smere hovorí o disharmonickom vývoji jedinca. Porucha osobnosti ako taká, sa diagnostikuje až v období po 17 roku života. Do tohto roku hovoríme práve o rôznych poruchách správania. K negatívnym zmenám osobnosti spôsobujúcich rôzne odchýlky od vývoja patrí napríklad deprivácia jedinca už v raných rokoch života. Táto deprivácia (zvrátenosť, pokrivenie osobnosti) môže viesť k vývojovým poruchám osobnosti.

Jedným z výskumov potvrdzujúcich súvislosť medzi raným výskytom porúch a výskytom porúch v dospelosti je výskum Kim – Cohenovej a spolupracovníkov (2003), ktorý spoločne sledovali viac ako 1000 detí vo veku 11 až 26 rokov. Výsledky výskumu ukazujú že približne u polovice detí bola diagnostikovaná porucha aj v dospelosti ale často sa líšila od tej prvotnej, stanovenej pred 15 rokmi života. Čo sa týkalo podobnosti symptómov, výskumný tím nenašiel žiadne súvislosti.

Costello a jeho tím uskutočnil v roku 2014 longitudiálny výskum, kde sa sledovalo celkom 1420 detí o veku od 9 do 16 rokov. V skupine, kde bola diagnostikovaná psychická porucha medzi rokmi 9 až 13 zistili zvýšené riziko psychopatologických syndrómov pretrvávajúcich až do dospelosti (Copeland, Angold, Shanahan & Costello, 2014).

Do porúch psychického vývoja v období od raného detstva do adolescencie zaraďujeme poruchy dedičné, medzi ktoré patrí napríklad mentálna retardácia či pervazívne vývojové poruchy. Zaraďujeme sem aj špecifické poruchy učenia či správania, úzkostné poruchy, poruchy neurotické, afektívne, psychotické ale aj napríklad poruchy so somatickými problémami a tendencie k zneužívaniu psychoaktívnych látok. Medzi často diagnostikované poruchy u detí patria aj zdravotne postihnuté deti, či už ide o zrakové postihnutie, sluchové alebo o neurologický ochorenia. V poslednej dobe sa medzi mladistvými začína vyskytovať čoraz viac detí s poruchami príjmu potravy. Detský klinický

psychológovia sa taktiež stretávajú s rôznymi formami psychosexuálneho vývoja u detí či s deťmi ohrozenými prostredím (Řičan, Krejčířová et al., 2018).

3.2. Úzkosť

V tejto kapitole si priblížime úzkosť a jej špecifika u detí. Vzhľadom na zameranie práce sa budeme venovať hlavne obdobiu ranej adolescencie.

Podľa Vymětala (2004) je dôležité rozoznávať medzi úzkosťou a úzkostlivosťou. Existuje medzi týmito dvoma pojmami zásadný rozdiel. O úzkosti ako stave hovorí v prípade, kedy ide o aktuálny prežitok. Ide o emóciu, ktorú je možné merať a porovnávať. Počas tohto stavu vnímame nebezpečie, ohrozenie či neistotu. Ak sa rozprávame o úzkosti ako predispozičnom ryse, ide o trvalý črt jedinca. Tento stav sa často krát viaže k rôznej schopnosti prežívania. Je jedinečný pre každého človeka a teda každý človek vyjadruje alebo disponuje rôznym stupňom úzkostlivosti. Základy úzkostlivosti sú postavené už v ranom detstve, kedy hovoríme o interpersonálnych skúsenostiach.

Úzkosť môžeme chápať ako reakciu na ohrozenie. Z tohto pohľadu existujú dva zdroje tvorby úzkosti a to vonkajší a vnútorný. V prípade vonkajšieho zdroju úzkosti, si môžeme predstaviť jedinca nachádzajúceho sa v ohrozujúcej situácii. Vnútorným zdrojom úzkosti môžu byť pocity zo zlyhania. Autor uvádza, že vývoj zvládania úzkosti siaha až k rannému detstvu, kedy je do značnej miery dieťa ovplyvnené napríklad úzkostnými rodičmi (Vymětal et al., 2007).

Budinger, Drazdowski a Ginsburg (2013) podporujú túto myšlienku a taktiež kladú dôraz na úzkostnosť rodičov, kedy je dokázané, že deti rodičov, trpiacich úzkosťami sú až päť krát náchylnejšie k úzkostným poruchám ako deti, ktorých rodičia úzkosťami netrpia.

S úzkosťami a ich pretrvávajúcimi stavmi z útleho detstva súvisí aj Bowlbyho teória attachmentu, ktorá hovorí o dôležitosti psychického zdravia dieťaťa. Pre tento stav je potrebný vrelý a milujúci vzťah s mamou v ktorom musí dochádzať k obojstrannej spokojnosti. Bowlby a jeho teória attachmentu podporuje myšlienku zdravého vývoja dieťaťa. Zastával názoru, že práve dieťa so zdravým vývojom a pocitom bezpečia od rodičov, je schopné všetky úzkosti a strachy prekonať. U týchto detí vymiznú a nepretrvávajú do dospelosti (Bowlby, 2010).

Attachment môžeme rozdeliť do skupín. Prvou skupinou je bezpečný attachment, ktorý je pre dieťa optimálnym východiskom pre zdravý vývoj. Do druhej skupiny patria deti úzkostné vzdorovité, kedy sa matky správajú k deťom ambivalentne a deti nevedia správne interpretovať a odhadnúť signály. Treťou skupinou sú deti s úzkostne vyhýbajúcou väzbou. Ide o skupinu detí, ktoré majú sklony vyhýbať sa okoliu, nadväzovaniu nového kontaktu alebo sa rýchlo rozhnevajú. Poslednú skupinu popísal Main s kolegami, ktorí definovali tieto deti ako neusporiadané. Ide o deti, ktoré zažívali v domácom prostredí rôzne druhy násillia. Vzhľadom na to, tieto deti nedisponujú koherentnou citovou väzbou (Scharfe, 2017).

So zdravým vývojom dieťaťa sa zaoberal aj Sullivan. Jeho teória pozostávala na uspokojení základných potrieb pre vývoj dieťaťa. Podľa Sullivan, každý z nás smeruje k pocitu eufórie. K dosiahnutiu tohto stavu nám môže zabrániť tenzia, ktorá môže viesť k dlhotrvajúcim psychickým poruchám (Drapela, 2003).

Sullivan ďalej vnímal úzkosť ako základným prediktorom vzniku porúch správania. Úzkosť sa podľa neho prenáša z matky na dieťa. Sulliva popisuje tenziu ako stav s dvomi protipólmi. Jedným z nich je úplná relaxácia a druhým z nich je tenzia (Praško, 2005).

Veľmi dlho sa prihliadalo na úzkosť ako emóciu. Lazarus popísal emóciu ako stav, ktorý je reakciou na tri rôzne systémy. Prvým z nich je motorické správanie, pod ktorým si môžeme predstaviť napríklad únik z nepríjemnej situácie. Druhým systémom je verbálne – kognitívna reakcia, ktorá sa viaže na rôzne spomienky, zážitky a obavy. Posledným systémom je úzkosť ako reakcia na fyziologické zmeny, kde zohráva úlohu sympatikus, čo zapríčiňuje rôzne telesné príznaky (Lang, 1985 in Praško, 2005).

Základné prejavy úzkosti sú ľahko rozoznateľné. Je to veľmi subjektívny pocit, ktorý sa prejavuje napríklad tlakom na hrudi či pŕsiach, rôzne nekludné alebo zabiehavé myšlienky či neurčitý zvláštny pocit v bruchu. Pociť úzkosti je sprevádzaný aj potením, zrýchleným dýchaním prípadne pocitom zimy či tendenciou k nadmernému trasu (Ulč, 1999).

Jedny zo základných charakteristík úzkosti sú obavy či neprimerané reakcie na neurčité podnety a situácie. Mnoho detí zvykne potláčať pocity pri nepríjemných situáciách či objektoch vyvolávajúce strach a tenziu (Koplewicz, 2018).

Podľa 21 štúdií, ktoré prebehli medzi rokmi 1993 až 2002 psychológovia usudzujú, že aspoň 1 zo 4 detí má prejavy niektorej z mentálnych porúch a splňuje niektoré kritéria pre jej diagnózu. Vzhľadom na doterajšie výskumy, je generalizovaná úzkostná porucha najčastejšie vyskytujúcou sa poruchou medzi deťmi a mladistvými. Nasleduje sociálne úzkostná porucha (sociálna fóbia) a obsedantne kompulzívna porucha (OCD). Vzhľadom na pohlavie sa úzkostné poruchy častejšie vyskytujú u dievčat či žien (Merikangas, Nakumara, Kessler, 2009).

Úzkostné poruchy podľa MKN – 10

Na diagnostiku porúch sa používajú dva klasifikačné systémy, a to DSM – 5 a MKN – 10. V našej práci sa zaoberáme hlavne deťmi s poruchami správania. Vo výsledkoch budeme pracovať s prejavmi úzkosti a preto si jednotlivé poruchy stručne popíšeme.

Podľa MKN – 10 spadajú všetky úzkostné poruchy do kategórie s označením F40 – F49 neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresom a somatoformní poruchy. Túto obširnu klasifikáciu vieme rozdeliť ešte do menších, špecifických skupín:

- F40 - Fobické úzkostné poruchy,
- F41 – Iné úzkostné poruchy,
- F42 – Obsedantne – kompulzívna poruchy,
- F43 – Reakcia na závažný stres a poruchy prispôsobenia,
- F44 – Dissociatívne (konverzné) poruchy,
- F45 - Somatoformné poruchy,
- F48 – Iné neurotické poruchy.

Každá z týchto kategórií má svoje vlastné podkategórie, ktorými sa však do detailu venovať nebudeme. Podľa MKN – 10 môžeme povedať, že medzi spoločné znaky či prejavy vyššie spomenutých porúch patrí napríklad palpitácia, pocity strachu či silná tenzia, ktorá môže viesť až k somatickým prejavom. Môže sa vyskytovať taktiež anticipačná alebo manifestná úzkosť a depresívne ladenie a myšlienky.

Dôležité je zmieniť, že najmä u detí je základ dbať a brať do úvahy prepojenie telesného a duševného diania. Toto prepojenie je oveľa väčšie ako u dospelých a to najmä z dôvodu emočných záťaží. Prejavuje sa to hlavne pri dissociatívnych a konverzných poruchách. Z epidemiologického hľadiska môžeme povedať, že jedna z najrozšírenejších úzkostných porúch OCD začne u jednej tretiny dospelých už pred štrnástym rokom života. Na druhej strane generalizovaná úzkostná porucha sa môže začať vyskytovať už v predškolskom veku a je často krát spájaná so separačnou úzkosťou či školskými fóbiami. Za normálnych okolností, vyhýbavá porucha (inak známa ako aj sociálne úzkostná porucha), ustúpi do troch rokov života. V prípade pretrvávania môže dôjsť napríklad k vážnejším stupňom sociálnej fobie až poruchy osobnosti. Práve pre túto rozdielnosť je dôležité dbať na konkrétny vývojový stupeň u detí (Řičan, Krejčířová et al., 2006).

Charakteristika úzkosti u dětí

„Úzkost je prožívána jako subjektivně nepříjemný pocit ohrožení, obav či „bezejmenného strachu“ bez reálného nebezpečí“ (Orel, 2012, 142).

Úzkost' u dětí je jednou z najbežnejších psychiatrických diagnóz v detstve. Prevalencia úzkosti u adolescentov je takmer 40%. Najčastejší výskyt je už od 6 rokov (Wagner, 2019).

Medzi najčastejšie vyskytujúce sa úzkostné poruchy u dětí patria detské fóbie objavujúce sa v predškolskom veku. Tieto fóbie bývajú prechodné a len vo výnimočných prípadoch sa z nich stanú neurotické poruchy v dospelosti. Ďalšími úzkostnými poruchami sú napríklad patologická úzkost', generalizovaná úzkostná porucha. Nasleduje vyhýbavá porucha, ktorá u väčšinu dětí zmizne počas puberty. Poslednými dvoma typickými úzkostnými poruchami u dětí sú školská fóbia a separačná úzkost' (Řičan, Krejčířová et al., 2006).

Autori Řičan, Krejčířová et al., (2006) popisujú generalizovanú úzkostnú poruchu ako poruchu, vyskytujúcu sa najmä u dětí pod trvajúcim nátlakom či u silne inhibovaných dětí. Môžu sa vyskytovať aj somatické problémy. U týchto dětí dochádza k zníženému sebahodnoteniu či strachu z vlastného zlyhania. Deti diagnostikované patologickou úzkost'ou sú mnoho krát inhibované v bežnom fungovaní a ich vývoj je brzdený. Často krát tieto deti bývajú chybné diagnostikované ako deti s ADHD. Na rozdiel od ADHD dětí, nebývajú tak impulzívne a ich kognitívny vývoj je v norme.

Jeden z výskumov v U.S., sa snažil percento celkovej prevalencie úzkosti rozdeliť podľa typu jednotlivých úzkostných porúch. Tohto výskumu sa zúčastnilo 10 000 adolescentov, sa ukázalo že 13% dětí trpí špecifickou fóbiou, 9% z nich trpí sociálnou úzkost'ou, 8% dětí separačnou úzkost'ou a 2% z nich trpí panickou poruchou a generalizovanou úzkostnou poruchou (Koplewicz, 2018).

Bushnelle et al. (2018) hovorí, že priemerná veková hranica prevalencie u dětí je 12 rokov, z čoho viac ako 50% sa týka hlavne ženského pohlavia. Najčastejšie zastúpená je nešpecifická úzkostná porucha a nasleduje ďalej generalizovaná úzkostná porucha, OCD a následne PTSD (posttraumatická stresová porucha). Ich výskumu sa zúčastnilo takmer 200 000 dětí vo veku od 3 do 17 rokov.

Výskum, ktorý sa zaoberá emočnými problémami u detí a adolescentov ukazuje, že úzkosťami majú väčšiu tendenciu trpieť hlavne dievčatá a to z toho dôvodu, že ich prežívanie je orientované interpersonálne, zatiaľ čo chlapci sú orientovaní na fyzické aktivity. Vzhľadom na tento výskum, je prejav a tendencia trpieť úzkosťami spôsobená taktiež aj úzkostným rodinným zázemím dieťaťa či ranými sociálnymi skúsenosťami (Karevold, 2008).

Podľa Krejčírovej (2006) je úzkosť niečo, čo nemá konkrétny obsah. Na rozdiel od úzkosti, existuje ešte strach, ktorý sa viaže na konkrétne situácie, prípadne veci. Ďalej sa uvádza, že každé z vývojových období človeka nesie so sebou špecifické strachy / úzkosti, ktoré patria medzi normálne konflikty v danom vývojom období. Existuje separačná úzkosť, ktorá sa objavuje približne okolo 8. mesiaca života a končí približne v 3. roku života. Nasleduje ju úzkosť fobická. Fobická úzkosť sa u detí prejaví v rozmedzí od tretieho roku do šiesteho roku života. Toto obdobie je typické magickým myslením a tak vzniká strach z hmyzu, telesného poškodenie či zo zlodejov. Tento druh býva z veľkej väčšiny prechodný, má rýchly nástup ale taktiež sa rýchlo vytráca. Treba však brať do úvahy fakt, že práve v tomto období sa tvoria aj celoživotné strachy, ktoré môže negatívne vplývať na celý vývoj dieťaťa. Posledným obdobím, kedy je dieťa náchylnejšie na výskyt úzkosti je obdobie medzi 8 – 10 rokov života. Často krát je celý tento proces spájaný s kognitívnym vývojom detí v tomto období a začiatkom chápania pojmu smrť, jej nezvratnosťou a pochopením toho, že je to stav univerzálny.

3.3.Diagnostika v období ranej adolescencie

Na začiatku je dôležité zmieniť, že všetky používané metódy pri diagnostike detí ale aj dospelých musia spĺňať základné metodologické požiadavky, ako sú napríklad objektivita, štandardizácia, reliabilita a validita (Svoboda, Humpolíček & Šnorek, 2013).

Medzi základné metódy pri diagnostike detí patrí rozhovor s rodinou, analýza rodinnej interakcie, metódy hodnotiace psychický vývoj dieťaťa v ranom veku, inteligenčné testy, projektívne a neprojektívne techniky, neurologické batérie ale taktiež aj diagnostika schopností, znalostí a schopnosti spolu s posudzovacími škálami a dotazníkmi (Řičan & Krejčírová, 2018).

Celé vyšetrenie začína anamnestickým šetrením pacientov. Po získaní podrobných informácií a profesionálneho zhodnotenia situácie a stavu pacienta prichádzajú na rad testy, ktoré sme si v krátkosti rozdelili na malé skupiny vo vyššie spomenutom odstavci (Brohm, Brunecký & Holub, 1957).

Medzi najčastejšie používané škály pre detskú diagnostiku sú napríklad škály pre hodnotenie schizofrénie, afektívnych porúch, úzkostných porúch alebo škály pre hodnotenie detského autizmu. V rámci testových batérií rozlišujeme metódy výkonové, vývojové škály, inteligenčné testy a testy špeciálnych vedomostí. Často krát sa používa aj hodnotiaci dotazník či rodinná diagnostika. Je veľmi dôležité dbať na vek, v ktorom sa pacient nachádza. Nie všetky metódy sú vhodné pre každú vekovú skupinu. (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá et al., 2008).

3.4.Projektívne metódy

Charakteristika

Ako prvé by sme si mali vysvetliť, čo to vôbec projekcia znamená. Podľa Šípka (2000) si môžeme pod týmto slovom predstaviť premietnutie či extenziu. V oblasti psychológie sa tento pojem začal používať s príchodom psychoanalytickej teórie od Freuda, ktorý popísal tento termín ako psychickú obranu jedinca voči neprijemným predstavám. Ďalej sa v knižkách uvádza, že Freud tieto pojem chápal aj ako niečo, čo môže ovplyvniť naše vnímanie spomienok.

Ďalším z mnohých psychológov zaoberajúcich sa projekciou bol Jung. Ten popisuje a vníma projekciu ako prejav všetkého nevedomého. Neskôr Jung začal polemizovať o existencii tohto slova a to z dôvodu, že zastával názor že z duše nie je nič vytrhnuté. Nastala teda otázka vedomých a nevedomých projekcií. Podľa všetkého, je možné

v projektívnych metódach použiť aj vedomú projekciu. Znamená to, že sme do určitej miery schopná sa s našou projekciou hrať, alebo ju vnímať ako zdroj fantázie, ktorú do určitej miery dokážeme ovplyvniť (Najbrtová, Šípek, Loneková & Čáp, 2017).

Nakonečný (1995) hovorí, že môžeme projekciu chápať ako oživenie vnútorných prezentácií. Projekcia môže mať rôznu podobu a to obvyklú či neobvyklú. Tieto projekcie sú odrazom vnútorných pudov, potrieb ale taktiež aj prání každého jedinca.

Projektívne metódy nám slúžia hlavne ako ukazateľ rôznych myšlienok, potrieb, vnútorných úzkostí či konfliktov. V projektívnych metódach sa často krát stretávame s tým, ako tieto testy môžu byť užitočnejšie v rámci odkrývania niektorých z oblastí osobnosti (Abel, 2018).

„Projektívnými technikami rozumíme v psychodiagnostice takové testové nástroje, které konfrontují subjekt s podnětovou situací značně neurčitou, mnohovýznamovou, na niž má subjekt reagovat podle toho, co pro něj tato situace znamená, jinými slovy, podle smyslu významu, který sám dává stimulu o sobě neurčitěmu“ (Šípek, 2000, 20).

Podľa Šípka (2000) majú projektívne metódy spoločné charakteristické rysy:

- a) sú to metódy, ktoré nie sú striktne štruktúrované a množstvo správnych odpovedí je definované,
- b) sú to „maskovacie“ metódy,
- c) vďaka týmto metódam sa na osobnosť môžeme pozeriť z globálneho hľadiska,
- d) projektívne metódy odhaľujú skryté, latentné ale aj nevedomé časti osobnosti,
- e) sú to klinické nástroje taktiež ako iné testovacie batérie,
- f) častokrát nám odkryjú psychoanalytickú koncepciu osobnosti.

Delenie

Svoboda, Humpolíček a Šnorek (2013) popisujú delenie projektívnych testov podľa Lindseya deliť nasledovne:

- a) asociatívne (Rorschach),
- b) konštruktívne (TAT, CAT),
- c) dopĺňovacie (Dopĺňovanie viet, Rosenzweig),
- d) výberové a riadiace (Antony – Bene),
- e) expresívne (kresba).

Existuje oveľa jednoduchšie a praktickejšie delenie projektívnych metód, ktoré sa osvedčilo hlavne pri diagnostike u dospelých. Toto delenie modifikoval Šípek (Svoboda, Humpolíček & Šnorek, 2013):

- a) verbálne techniky,
- b) grafické techniky,
- c) techniky voľby (manipulačné techniky).

Rorschachová metóda

Rorschach Hermann, autor tejto metódy, chápal použitie Rorschachovej metódy najmä ako metódy k diagnostike jedinca a jeho charakteristík. Originálna verzia tejto metódy bola chápaná ako prezentácia inkoustových škvŕn. Celú metódu bral ako kognitívne – percepčný experiment. Za základnú operáciu považoval identifikáciu podnetov, vyvolaných počas predstavovaní škvŕn (Lečbych, 2016).

Rorschach Herman nebol jediný, ktorý pracoval s voľnými asociáciami. Čím sa však líšil od iných bolo hlavne to, že ako prvý začal používať štruktúrovaný vizuálny materiál pre diagnostiku osobnosti ako celku (Šípek, 2000).

Počas celej doby vývoja tohto testu sa tvarovalo niekoľko škôl, ktoré sa zoberali Rorschachovou metódou. Každá z tých škôl bola niečím špecifická. V našej práci sme používali Exnerovský prístup a jeho Komprehenzívny systém, ktorý si bližšie predstavíme v praktickej časti diplomovej práce (Svoboda, Humpolíček & Šnorek, 2013).

Komprehenzívny systém je najpopulárnejším systémom pre administráciu, skórovanie a celkovú prácu s Rorschachovým testom. Tento systém nám poskytuje široké spektrum noriem, ktoré sa dajú používať pri deťoch ale aj dospelých. Komprehenzívny systém od svojho počiatku prešiel niekoľkými vývojovými zmenami. V posledných rokoch vznikol aj nový systém R-PAS, ktorý si tiež našiel svojich priaznivcov (Garb, Wood, Lilienfield & Nezworski, 2002).

Dôležitou časťou Rorschachovej metódy a celého skórovania je inquiry. Hlavnou myšlienkou a pointou tejto fázy skórovania je objasniť si, čo klient alebo pacient naozaj videl (Exner, 1995).

Túto fázu môžeme chápať ako intersubjektívna identifikácia subjektu. V preklade ide o to, aby sme si v tejto fáze potvrdili pochopenie odpovede pacienta. Je potreba vidieť

odpoveď rovnako, vidieť rovnaké črty a hlavne sa pýtať subjektu aké vlastnosti škvrny mu danú odpoveď pripomenuli (Ivanouw, 2000).

V nasledujúcej časti sa budeme venovať líniám, ktoré Rorschachova metódy obsahuje:

- a) Percepčne - kognitívna línia - Prvá línia pracuje s týmto testom ako s experimentom zaoberajúcim sa percepciou a kognitívnu stránkou osobnosti. Veľkým plusom pre túto líniu je najmä zisťovanie percepčne - kognitívnych porúch osobnosti. Naopak jej slabou stránkou môže byť napríklad málo preštudovaná psychopatológia.
- b) Psychoanalytický prístup – V tomto prípade treba poukázať na prácu s nevedomými procesmi, ktoré sa v Rorschachovej metóde odrážajú. Druhá línia sa venuje hlavne duševnej dynamike, objektným vzťahom ale taktiež aj obranným mechanizmom.
- c) Evidence – based prístup – Už ako nám hovorí názov, táto línia nám približuje Rorschachovu metódu ako psychometrický test, dáva nám určité štandardizované postupy pri užití tejto metódy, hlavne pri administrácii a vyhodnotení protokolov. Ide tu o porovnávanie s normami či štandardizáciu. Práve toto je slabinou tejto línie. Je to z dôvodu toho, že ide hlavne o interpretačné systémy. Prednosťou tohto prístupu je zjednotenie indexov a skórov.
- d) Kolaboratívna línia – V tomto prípade treba poznamenať, že sa nejedná o samostatný interpretačný systém. Kolaboratívna línia sa zaoberá prístup k projektívnym metódam. Obohacuje Rorschachovu metódu o inquiry, ktoré nám umožňujú hlbšie porozumenie a pochopenie symboloch nachádzajúcich sa v tejto projektívnej metóde.
- e) Vývojová línia – Tretia línia sa zaoberá používaním tejto metódy u detí. Táto línia si zakladá hlavne na dôkladnej psychodiagnostike vývoja detí. Examinátori sa pri tejto línií venujú obsahom odpovedí oveľa dôkladnejšie ako u iných línií a snažia sa ich prepájať s vývojovým obdobím pacienta. Okrem všetkých týchto silných stránok, má tretia línia aj tú slabú. Patrí sem hlavne potlačenie systematizácie a to z toho dôvodu, že ide do popredia hlavne diagnostika a analýza Rorschachovej metódy v dospelosti. Taktiež sa tu zaoberáme otázkou vhodnosti použitia testu. Leichtman, Ames či Morávek uvádzajú normy už od troch rokov pacienta. Na druhej strane Exner uvádza spodnú hranicu od piatich rokov života (Lečbých, 2016).

Na rozdiel od postupnosti administrácie u dospelých nachádzame pri práci s deťmi odlišnosti. Práca s touto metódou u detí je veľmi náročná a závisí na slovnom vyjadrovaní, kedy môžu nastať najväčšie chyby. Je veľmi náročné porozumieť a uchopiť detský slovník. Aj z tohto dôvodu je vhodné túto metódu používať až po treťom či štvrtom roku života (Řičan, Krejčířová, 2018).

Lečbych (nedat.) uvádza, že pri administrácii testu u detí je vhodnejšie použiť slovo obrázok namiesto tabuľa. Povzbudzovanie je možné keď vidíme, že dieťa povie len jednu alebo žiadnu odpoveď. Je dôležité najmä u detí dávať pozor na sugestívne otázky a obranné reakcie. Ak sa test používa u predškolského veku, je viac ako vítané robiť inquiry súbežne s prvou fázou, pretože deti si zvyknú nepamätať si vlastné odpovede a tak by mohli byť výsledky skreslené.

Práca s detským Rorschachom nesie sebou veľkú zodpovednosť. Na rozdiel od skórovania protokolov dospelých pacientov, je nutné brať u detí ohľad na konkrétne vývojové štádium, v ktorom sa pacient nachádza.

Spodná hranica užitia tejto metódy sa odlišuje. Exner (1995) uvádza užitie testu od piatich rokov, na druhej strane niektorí z popredných psychológov uvádzajú normy už od troch rokov. Je to teda veľmi individuálne. Veľmi dôležité je dbať na to, čo je pre dieťa v danom štádiu považované za normálne.

Podľa nášho názoru považujeme za dôležité zdôrazniť odlišnosť v odpovediach v protokoloch v rámci rozličných vývojových štádií. Erdberg (2006) popisuje rozdiel medzi odpoveďami 27 ročného človeka a 7 ročného chlapca. Na čo autor konkrétne poukazuje je pomer FC:CF:C, ktorý je v tomto prípade 2:4, Tento pomer hovorí, že ak afekty hrajú úlohu alebo ovplyvňujú spracovanie informácií, správanie môže byť nestále až prchavé. Toto je interpretácia pomeru, nehl'adiac na to, či má pacient 27 rokov alebo len 7 rokov. Pre sedem ročného pacienta by sme teda predpokladali, že ide o typické správanie odpovedajúce tomuto veku. Ak by pacient mal 27 rokov, už by sme predpokladali že ide o nadmieru neprirodzené správanie v tomto období života. Znamená to, že nehl'adiac na vek pacienta, musíme odpovede kódovať rovnako. Čo sa však v konečnom dôsledku bude líšiť je interpretácia. Interpretácia sa však bude líšiť, pretože v prípade dieťaťa je použitie tohoto slova brané ako normálne, u dospelých už nie.

Prejavy úzkosti v Rorschachovej metóde

Lečbych (2016) uvádza, že existujú štúdie, ktoré sa zaoberajú vo svojich výskumoch populáciou osôb s emocionálnymi poruchami, poukazujú na nápaditosti v oblastiach dimenzionálnych odpovedí, blends, figúry a pozadia (S), párových odpovedí, odtieňových odpovedí. Taktiež sa našli odchýlky v achromatických odpovediach či morbídnych odpovediach (MOR).

Luxenberg a Levinová (2004) uvádzajú, že Rorschachova metóda nám poskytuje obraz úzkosti detí nie len pri PTSD ale aj pri ich všeobecnom prežívaní. Okrem iného nám vie poskytnúť aj obraz emočného prežívania a spôsob zvládania stresových situácií, ktoré následne môžu vyvolávať pocity úzkosť.

Podľa Lečbycha (2016) sú významnými indikátormi úzkostného prežívania v protokoloch odpovede s determinantami m – pohyb neživého predmetu, Y – čistá difúzna odpoveď, D – bežný detail alebo aj napríklad AdjD – adjustovaný detail.

Exner (1993) uvádza že protokoly s prevažnými D a Dd odpoveďami vypovedajú taktiež aj o situačnej kontrole a kapacite zvládania záťažových a emočných situácií (Exner, 1993).

Emócie a ich kontrolu popisuje popisujú Polák a Obuch (2011), ktorí tvrdia, že u adolescentov je častý výskyt ľahostajnosti voči kontrole vlastným emóciám.

Vo svojej príručke uvádza Řičan, Šebek, Ženatý a Morávek (1981) niekoľko signálov, ktoré nám naznačujú, kedy pacient inklinuje k úzkostiam. Následne si vypíšeme niektoré z prejavov úzkosti v Rorschachovej metóde:

- a) predĺžený reakčný čas,
- b) nízke R,
- c) zvýšený počet vágnych odpovedí,
- d) zvýšené Dd,
- e) zvýšený počet šerosvitých či odtieňových odpovedí,
- f) znížený počet M odpovedí,
- g) úzkostné a depresívne témy nachádzajúce sa v odpovediach,
- h) šok tmavou a iné šokové fenomény,
- i) nadmerná sebakontrola

Podľa Weinerja (2003) je taktiež jedným z prejavov úzkosti v Rorschachovej metóde prítomnosť $D < AdjD$. Afektívne problémy ako také sa môžu prejavovať aj zvýšeným DEPI či CDI.

Řičan, Šebek, Ženatý a Morávek (1981) taktiež uvádzajú výskyt zvýšeného počtu odpovedí so zvieracím obsahom. Tento znak popisuje konvenčnosť, infantilizmus a úzkosť u adolescentov a dospelých.

Czopp a Weiner (2016) vo svojej kazuistike, venujúcej sa úzkostnej pacientke, kladie dôraz vo výsledkovej časti na hodnotu u D skóre, ktorý by nemal byť menší ako 1 a $EA + es$, ktoré by sa mali nachádzať v pásme normy. V prípade, že sa tak v protokole nestane, značí to o symptomatickej úzkosti, tenzie či sklony k iritabilite. Ďalším z ukazateľov úzkosti vo výsledkovej časti tejto pacientky sa ukázalo $AdjD$ a samotné D, ktoré udávajú mieru kapacity pre zvládanie a adaptívnosť na afekty. Správne spracovanie emócií a pocitov nám udávajú FC, CF a C a teda aj ich pomer $FC : CF + C$, kedy pravá strana hovorí o nemodulovaných a spontánnych afektoch či pocitoch. Pre zvládanie emócií je dôležitým ukazateľom hodnota M a WSUMC. V protokole by sa podľa autorov mali nachádzať aspoň dve M odpovede a WSUMC by malo byť aspoň 2,5.

Polák a Obuch (2011) hovoria, že nízke R môže byť ukázkou pacientových nižších schopností spracovávať a rozhodovať sa. Krátke protokoly môžu byť dôsledkom pacientovej miery ostražitosťi či mierne chudej verbalizácie, čo je podporené napríklad vysokou lambdou, populárnymi odpoveďami, odpoveďami zameranými na detail či vysokým alebo priemerným $x + \%$.

4. Výskumy

V tejto časti práce sa pokúsime popísať a priblížiť výskumy, ktoré sa svojím zameraním dotýkajú témy použitia Rorschachovej metódy u detí s poruchami správania či emócií.

Prvým výskum sa venuje popisu behaviorálnych prejavov u detí v Rorschachovej metóde. Výskum bol prevedený výskumníkmi Saraiva a Ferraira z Portugalska. V tomto výskume sa pracovalo s populačným zastúpením detí vo veku od 6 do 14 rokov. Pacienti pochádzajú zo súkromnej kliniky. Populačný súbor je tvorený z 24 chlapcov a 14 dievčat. Výskumu sa zúčastnili 3 skupiny detí. Jedna skupina detí mala diagnostikovanú poruchu hyperaktivity a pozornosti, druhá skupina detí mala diagnózu poruchy správania a to konkrétne poruchu opozičného vzdoru. Poslednou skupinou boli deti s diagnostikovanou antisociálnou poruchou. Vyhodnotenie bolo pomocou Exnerovského Komprehensívneho systému, pomocou ktorého sme vyhodnocovali dáta aj v našom výskume.

Hlavným cieľom tohto výskumu bolo zistiť či a ako sa jednotlivé skupiny detí líšia od seba navzájom. V konečnom výsledku sa porovnali tri profily, ktoré pomohli zistiť štyri hlavné rozdiely medzi skupinami detí. Rozdiely, ktoré medzi skupinami detí nastali v kognitívno – percepčnej oblasti, v sebakontrola, medziľudských schopnostiach a v poslednom rade šlo o rozdiely v sebedovedení detí. Tieto odlišnosti ukázali výskyt špecifických behaviorálnych schém.

V nasledujúcom odstavci si priblížime výsledky tohto výskumu. V prvej skupine detí sa ukázali ťažkosti najmä v kontrolovaní svojej aktivity, impulzivita či potláčaním emócií. Deti s poruchou opozičného vzdoru vykazovali nízku sebadôveru, vysoký pesimizmus, osamelosť, náchylnosť ku stresovým situáciám a zvýšenú nedôveru voči okoliu. Posledná skupina ukazovala faktory ako problémy s kopingovými stratégiami, nízke schopnosti verbalizovať svoje emócie, egoizmus a sklony k afektom.

Všetky tri skupiny sa prejavili vysokým výsledkom indexu depresivity, kedy výsledok DEPI bol vždy viac ako 3. Všetky skupiny detí vykazovali značné problémy s vnímaním, interpretáciou a tiež s pochopením stimulov z vonkajšieho sveta. Tieto problémy / deficity ovplyvňujú celý proces vnímania, a spracovania informácií. Problémy nastávajú u týchto detí aj v rámci kognitívnej mediácie, ktorá je do značnej miery narušená a to hlavne narušenie vedomie seba sama a uvedomovanie si druhých (X+, F+). V závere výskumu sa našli zhody aj v narušení nadväzovaní vzťahov s druhými osobami (X-) a zvýšenou

tendenciou sebaochrany. U detí bola evidovaná aj znížená kognitívna flexibilita (a:p) (Saaiava & Ferreira, 2016).

Druhý výskum, ktorý sa zaoberal emocionálnymi prejavmi u detí v Rorschachovej metóde je z roku 2018. Bol uskutočnený v Taliansku pod vedením viacerých výskumníkov ako napríklad Balottiny, Manarini, Mita a ďalší. Hlavnou myšlienkou výskumu bolo popísať osobnostné a emocionálne charakteristiky na základe Rorschachovej metódy u adolescentov trpiacich migrénou v porovnaní s adolescentmi trpiacimi epilepsiou. Výskumu sa zúčastnilo 52 detí vo veku 11 – 17 rokov. V konečnom výsledku celého výskumu sa zistilo, že sa u detí prejavovali problémy s reguláciou emócií, zníženým sebahodnotením či nízkou sebaúctou. Problémy sa prejavovali aj vo vzťahu ku sebe či v nadväzovaní vzťahov s druhými (Balottin, Mannarini, Caneloro, Mita, Chiappedi & Balottin, 2018).

Vo výskume, ktorý sa zaoberal vzťahom medzi depesiou a behaviorálnymi problémami u adolescentov z roku 2015 bolo zistené, že u tejto vekovej skupiny je tendencia k výskytu úzkosti a depresie. Často krát sa práve vyskytuje aj u detí trpiacich rôznymi behaviorálnymi problémami, migrénou či práve epilepsiou ako popisoval predošlý výskum (Blaauw et al. 2015).

Ďalším výskumom, z ktorého sme čerpali informácie je výskum, ktorý prebiehal v roku 2004 pod záštitou oddelenia psychológie na Viktóriinej Univerzite. Vedúcim celého výskumu bol Jamie Rundle. Na výskume sa zúčastnili chlapci vo veku od 9 do 12 rokov. Chlapci boli rozdelení do 3 skupín. Prvou z nich boli tí, ktorým bola diagnostikovaná porucha opozičného vzdoru, druhou skupinou boli deti s diagnózou poruchami správania a poslednou skupinou bola kontrolná skupina bez diagnózy. Hlavnou úlohou tohto výskumu bolo zistiť signifikantné emočné problémy vo všetkých skupinách. V rámci Rorschachovej metódy sa výskumník zaoberal výsledkom z DEPI - index depresivity. Druhým cieľom tohto výskumu bolo porovnať do akej miery sa deti s diagnózami líšili v miere depresivity, dyfórie, pesimistickým myšlienkám alebo miery lability oproti deťom bez diagnózy. Výsledky z tejto hypotézy boli podporované DEPI, MOR ale taktiež Sh (SumShading) a S (White Space Response). Výskum sa tiež zaoberal popisom prejavu emočnej reaktivity u detí s týmito diagnózami. V závere výskumu sa zistilo, že deti s poruchou opozičného vzdoru ale aj poruchami správania majú sklony ku narušenému emočnému prežívaniu. Tieto deti inklinujú

k depresivite, afektívnemu správaniu, pesimistickým myšlienkam ale nie dysfórií (DEPI). U týchto detí sa vyskytuje znížená schopnosť ovládať svoje emócie a reakcia na rozličné situácie môžu byť vzhľadom na výskyt AG prehnane až agresívne (Rundle, 2004).

Posledný z výskumov, ktorému by sme chceli venovať pozornosť bol výskum, ktorý sa zoberal prejavmi emócií v Rorschachovom teste u adolescentov. Tento výskum sa uskutočnil v roku 2006. Zúčastnili sa ich deti vo veku 13 – 16 rokov. Primárne bol výskum orientovaný na deti s diagnostikovanou depresiou či sklonmi k depresívnemu prežívaniu. V konečnom výsledku sa ukázalo, že u detí sa oproti zdravému populačnému vzorku detí prejavuje zvýšené DEPI. Ďalšie významné rozdiely sa našli v hodnotách CDI (Noord, 2006).

Profil pacientov, ktorým bola diagnostikovaná porucha správania vykazoval podľa výskumu Rundleho (2014) znaky zvýšeného indexu depresivity, výskyt agresívneho obsahu v odpovediach, znížená schopnosť ovládať svoje emócie. Ukázalo sa narušené emočné prežívanie, afektívne správania a celková dysfória a pesimizmus. U pacientov boli vo výsledkoch diagnostikované taktiež odpovede s morbidným obsahom či S odpovede.

V ďalšom výskume pracujúcom s poruchami správania u detí bolo taktiež zistené spoločné ako spoločný znak zvýšené DEPI.

PRAKTICKÁ ČASŤ

5. Výskumný problém, výskumný cieľ a výskumné otázky

5.1. Výskumný problém

Oblasť, ktorej sme sa vo výskume venovali boli deti s psychiatrickou diagnózou. Detská klinická psychológia je do istej miery premenlivá a veľmi náročná. Zamerali sme sa hlavne na prejavy úzkosti. Veľmi často sa stáva, že samotný pacient alebo rodičia tieto znaky úzkosti ignorujú a považujú ich za niečo prechodné.

Vzhľadom na túto narastajúcu problematiku sme zamerali aj našu otázku, ktorou je, aký je profil so zameraním na prejavy úzkosti u detí s poruchami správania v Rorschachovej metóde a či prejavy považujeme za situačné alebo dispozičné.

Vzhľadom na teoretickú časť a rešerši, sme pracovali s Rorschachovou metódou, ktorá je jedna z najpoužívanejších metód u psychiatrických pacientov. Vo výskumnej časti budeme rozoberať výsledky z protokolov pacientov diagnostikovaných poruchami správania. Budeme sa snažiť popísať ich profil so zameraním na prejavy úzkostí u stanoveného vzorku populácie a následne sa pokúsime zistiť, či pacienti disponujú úzkosti geneticky alebo šlo o situačný jav.

5.2. Výskumný cieľ

Hlavným výskumným cieľom diplomovej práce je nájsť a popísať spoločné prejavy úzkosti u detí vo veku od 12 do 14 rokov s diagnostikovanou poruchou správania v Rorschachovej metóde.

Vedľajším výskumným cieľom bolo popísať, či prejavovaná úzkosť v protokoloch je spôsobená situačne alebo predispozične. Pre tento výskumný cieľ bola použitá metóda STAI.

5.3. Výskumné otázky

V nadväznosti na cieľ výskumu sa pýtame a stanovujeme výskumnú otázku:

1. Aké sú spoločné prejavy úzkosti u detí s poruchami správania v protokoloch v Rorschachovej metóde?
2. Je zistená úzkosť v protokoloch predispozičná alebo situačná?

6. Metodologický rámec

Nasledujúcu časť práce budeme venovať popisu výskumného súboru a podrobnej charakteristike použitých metód. Metódy, ktoré v tejto časti budeme popisovať sú Rorschachova metóda a dotazník úzkosti a úzkostlivosti STAI. Bude nasledovať popis celého priebehu zberu dát. V poslednej časti sa budeme venovať etike celého nášho výskumu a nemalú časť budeme venovať aj vyhodnoteniu a analýzy získaných dát.

Výskum má kvalitatívny design. Všetky metódy použité v tejto práci boli vyhodnotené kvalitatívne vo forme kazuistík.

6.1. Popis výskumného súboru

V našom výskume sme pracovali s 8 deťmi vo veku od 12 – 14 rokov. Výber výskumného súboru bol zámerný. Pred samostatným zberom dát sme si určili podmienky, ktoré by mal každý respondent spĺňať. V prvom rade šlo o určenie si diagnózy, ktorú museli všetci pacienti spĺňať. Druhou podmienkou bola určenie si vekovej hranice. Všetci pacienti boli diagnostikovaný poruchou správania s možnými pridruženými poruchami emócií. Pracovali sme teda s pacientmi s diagnózou F90.0, F91.8 a F92.8.

Vzhľadom na pozorovanie pacienta a jeho anamnézu mal každý z pacientov badateľné prejavy úzkosti, tenzie či emočnej lability. Tento ich stav bol popísaný na klinickom dojme (status praesens psychicus) pri úvodnej hospitalizácii.

V našom finálnom súbore máme šesť pacientiek a jedného pacienta. Počas výskumu odstúpil jeden pacient, na čo mal samozrejme právo a tak sme pozbierané dáta od tohto pacienta vyradili.

Dáta sme získali na detskej psychiatrii v Psychiatrickej liečebni v Kroměříži. Výber nemocnice závisel na prítomnosti pacientov s potrebnou diagnostikovanou poruchou a taktiež súhlasom nemocnice previesť na ich pacientoch daný výskum. V tabuľke č. 1 sú podrobne spracované údaje o pacientoch, s ktorými bol výskum prevedený.

Tabuľka 1.

Výberový súbor

Číslo respondenta	Pohlavie	Vek	Diagnóza
Respondentka č. 1	Žena	13	F92.8
Respondentka č. 2	Žena	14	F91.8
Respondentka č. 3	Žena	14	F92.8
Respondentka č. 4	Žena	12	F90.0
Respondent č. 5	Muž	14	F90.0
Respondentka č. 6	Žena	14	F92.8
Respondentka č. 7	Žena	13	F91.8

6.2. Aplikovaná metodika

Pri prevedení nášho výskumu sme volili Rorschachovu metódu a test STAI. V krátkosti sme si Rorschachovu metódu popísali v kapitole č. 2.5 súvislosti s diagnostickými metódami v období prepubesencie. V tejto časti diplomovej práce sa budeme venovať obom metódam podrobnejšie. Popíšeme si ich charakteristiku a administráciu.

6.2.1. Rorschachova metóda

Popis metódy

V teoretickej časti sme si v krátkosti predstavili, čo sú to projektívne metódy a stručne sme predstavili Rorschachovu metódu. V tejto časti si ju priblížime podrobnejšie.

Rorschachova metóda je tvorená desiatimi tabuľami. Každá z týchto tabuľ predstavuje rôzne škvrny rôznych tvarov a farieb. Tabule I., IV., V., VI., a VII. predstavujú škvrny v rôznych odtieňoch šedej. Pri tabuli II. a III. sa prelínajú farby šedá a červená a u tabule VIII., IX. a X. sa nachádzajú škvrny pestrej farby. Tieto tabule vznikli počas mnohonásobných pokusov H. Rorschach. Pre ustálenie tabuľ kládol dôraz hlavne na ich charakter, ktorý má predstavovať osobitosť každej z tabuľ (Šípek, 2000).

Po rokoch výskumu a práce s touto metódou vzniklo niekoľko smerov, ktoré prihlasujú na prácu s touto metódou odlišnými spôsobmi. V našej práci sme pracovali s Exnerovským Komprehenzívnym systémom.

Metódu môžeme používať už od dvoch rokov života. Je však veľmi dôležité, dbať na vývojové štádium daného klienta, ak sa jedná o deti. Tak ako sme si spomenuli v časti teoretickej, každé z vývojových štádií je charakterizované špecifickým správaním dieťaťa, ktoré musia examinátori brať do úvahy. Z tohto dôvodu, aj napriek tomu, že sa metóda môže používať už od tak nízkeho veku, psychológovia odporúčajú jej používanie použiť až po dovŕšení 5 rokov (Lečbych, 2016).

Komprehenzívny systém

Prvá verzia Komprehenzívneho systému bola publikovaná v roku 1974. Od prvého vydania do dnešnej doby prebehlo niekoľko potrebných revízií vzhľadom na nové zistenia a výsledky výskumov (Exner & Erdberg, 2005).

Administrácia tohto testu nesie sebou určité pravidlá. Pred zahájením testovania je potrebné si skontrolovať či sa tabule nachádzajú v správnom poradí lícom smerom dole. Tabule musia byť mimo dosah pacienta. Pri testovaní je potrebné, aby examinátor mal k dispozícii taktiež lokalizačné listy, ktoré sú často krát využívané vo fáze inquiry.

Veľmi dôležité aj rozsadenie examinátora a pacienta. Nie je vhodné aby sedeli oproti sebe, tvárou tvár. Odporúča sa sedieť pri jednom rohu stolu, vedľa seba. Pred tým, ako sa zaháji testovanie touto metódou, je taktiež odporúčané spýtať sa pacienta, či sa s touto formou testu už stretol, ak áno, je dôležité zistiť aj kedy. Celková dĺžka testovania touto metódou zaberie približne 60 minút. My sme v našom výskume pracovali s detskými klientmi a tak sme museli počítať s kratšou dobou testovania, s kolísaním ich pozornosti a v závere aj s odpoveďami, ktoré sú typické pre ich vekovú kategóriu, ale zároveň v protokoloch dospelých by sa nemali vo veľkom množstve objavovať (Exner, 2009).

V rámci Komprehenzívneho systému sa na odpovede pacienta pozeráme pomocou štyroch hlavných častí, a to skrz lokalizáciu odpovede, determinantu, organizačnú aktivitu a vývojovú kvalitu odpovede (Exner, 2009).

6.2.2. Dotazník úzkosti a úzkostlivosti (STAI)

Vzhľadom na zameranie našej práce sme využili doplnkovú metódu, ktorá nám mala pomôcť charakterizovať úzkosť u našich pacientov. Túto metódu sme volili aj vzhľadom na jej ľahkú použiteľnosť a možnosť použitia aj skrátenej verzie. Pre náš výskum sme použili celú verziu a teda všetkých 40 položiek.

V nasledujúcom texte budeme vychádzať z príručky STAI (Ruisel et al., 1980). Dotazník STAI sa začal formovať od roku 1964, kedy sa začali dávať dohromady škály z 3 dotazníkov: Škála manifestnej úzkosti (MAS) Taylorovej, Škála úzkosti IPAT Cattela Scheiera a nakoniec Škála anxiety Welscha. V prvej verzii tohto zoskupenia testov bolo 117 položiek, po revíziách vznikli dve dvadsať položkové škály, ktoré nám ukazujú, ako sa examinátor cíti v dobe testovania alebo ako sa cítia mimo testovanie.

Ako vyplýva z predchádzajúceho odstavca, tento dotazník má 2 škály po dvadsiatich položkách. STAI X-1 je prvá zo škál, ktorá nám ukazuje aktuálny stav pacienta. Pod týmito pocitmi si môžeme predstaviť vedomé prežívanie napätia, tenzie či strachu. Počas vývoja tejto škály bolo zistené, že je veľmi veľké prepojenie medzi nimi a pocitmi nedostatku bezpečnosti či spokojnosti. Presne toto je ten dôvod, prečo sa väčšina položiek orientuje na prítomnosť obáv či strachu.

STAI X-2 je druhá časť tohto testu. Táto škála slúži na meranie úzkostlivosti, inak povedané sklonu či tendencie k úzkostlivým stavom. Táto škála disponuje tromi základnými charakteristikami a to je rozdiel vo vnímaní sveta, rozdiely v individuálnych prejavoch emočných stavov a v neposlednom rade ukazuje aj to, aké má každý jednotlivец dispozičné reagovať na určité situácie. Poslednou charakteristikou tejto škály je korelácie medzi silou osobnosti a intenzitou emočného stavu.

Testovanie touto metódou trvalo približne 10 – 15 minút. Pred testovaním boli dané pacientom rovnaké inštrukcie: „*Prečítaj si pozorne každý z výrokov a daj krížik do takého políčka, ktoré najviac vystihuje tvoje momentálne (STAI X-1) / obvyklé (STAI X-2) pocity.*“ Pacientom boli vysvetlené aj jednotlivé políčka, ktoré mali zaškrtnúť aby sme si boli istý, že porozumeli zadaniu.

6.3.Zber dát a priebeh výskumu

Počas výskumného šetrenia bol použitý kvalitatívny prístup. Pri našom výskume sme použili dotazník úzkosti a úzkostlivosti STAI a hlavnou zložkou nášho výskumu bola projektívna metóda Rorschachov test. Celý zber dát sme začali v máji 2019 a skončili sme v roku 2020.

Celý priebeh výskumu začal určením si výskumného súboru. Druhým našim krokom bolo oslovenie psychiatrických nemocníc s potenciálnymi pacientmi, ktorý by zapadali do nášho výskumu. Po oslovení sme rozoslali informačné maily s podrobnými informáciami,

čo sa bude robiť počas nášho výskumu, ako to všetko bude prebiehať, čo budeme používať za metódy a taktiež informované súhlasy pre rodičov detí.

Po celom tomto procese začal samostatný zber dát, ktorý prebiehal vo viacerých stretnutiach, kedy počas jedného stretnutia sme otestovali 2 – 3 deti. S deťmi bol vedený na úvod krátky rozhovor na odľahčenie situácie a získanie anamnéz a nasledovalo testovanie. Ako prvý test sme dávali dali test úzkosti a úzkostlivosti a nasledovala Rorschachova metóda. Každý z týchto testov bol vyplnený anonymne a ku každému z pacientov bol pridelený kód.

Počas priebehu testovania sme pracovali s ôsmymi respondentmi. Nakoniec sme museli jedného z testovaných vyradiť. Pacient sa rozhodol, že sa výskumu nezúčastní. Každému pacientovi bolo a začiatku testovania právo odstúpiť z výskumu poskytnuté a my sme jeho rozhodnutie rešpektovali.

Aj napriek využitiu metód s ktorými sa dá pracovať kvantitatívne, volili sme kvalitatívny výskum. Výsledky bolo spracované a interpretované ako prípadové štúdiá.

Corbin a Strauss (2008) uvádzajú niekoľko rôznych analytických metód či variant kvalitatívneho výskumu, ako napríklad metódu dotazovania či metódu porovnávania.

Existuje viacero variant prípadových štúdií. My sme v našom výskume použili jednopřípadovú štúdiu. Konkrétne ide o klinickú kazuistiku, ktorej účelom je hlavne zostaviť podrobný popis jednej osoby. Okrem dát, získaných z použitých metód ide o vytvorenie celkového obrazu osoby a vytvorenie súvislostí medzi nimi (Miovský, 2006).

Zber dát začal 28.7.2019 a pokračoval až do 12.2.2020. Pred zahájením celého procesu zberu dát sme napísali informovaný súhlas, ktorý bol zaslaný do každej psychiatrickej nemocnice na personálne oddelenie. Nasledovalo predanie informovaného súhlasu príslušnej klinickej psychologičke, ktorá konzultovala proces výskumu s rodičmi potencionálnych možných pacientov vhodných do nášho výskumu.

Počas každého testovania nám bola k dispozícii tichá miestnosť, ktorá bola bežne používaná na rôzne sedenia, diagnostiku či terapiu. Pred každým testovaním sme si pripravili dostatok čistých papierov, odpoved'ových hárkov a ceruziek. Testovanie prebiehalo podľa odporúčeného rozloženia nábytku. Examinátor a pacient sedeli cez roh stola, s dostatočným odstupom ale zároveň tak, aby to bolo príjemné pre obe strany.

Testovanie začalo krátkym rozhovorom, zberom potrebnej anamnézy a vysvetlením celého procesu testovania. Respondentom bola spomenutá možnosť ukončiť kedykoľvek testovanie .

Respondentom bola daná ako prvá testovacia batéria test STAI, ktorú nasledovala Rorschachova metóda. Administrácia prebehla podľa štandardizovaných postupov v oboch použitých metódach. Celé testovanie trvalo približne 90 - 120 minút. Pri práci s každým z respondentov sme si na začiatku overili, či majú skúsenosti s metódami, najmä s Rorschachovým testom, prípadne či si spomínajú ako dlho je to od posledného testovania. Nasledovalo krátko oboznámenie s každou z metód a podrobné vysvetlenie administrácie. V prípade dotazníka STAI išlo o vysvetlenie otázok a spôsobu zaškrtavania odpovedí do odpoveďového hárku. V prípade Rorschachovej metódy, bolo každému respondentovi povedané, že im bude postupne predložených 10 kariet, na ktorej uvidia rôzne škvrny. Podotkli sme, že majú na odpoveď dostatok času a že nám majú povedať, čo im každá z tých škvŕn pripomína respektíve sme pri každej z tabulí začínali otázkou čo to môže byť.

6.4. Etické aspekty výskumu

Počas nášho výskumu sme dodržali všetky základné etické princípy, ktoré sú v súlade s Americkou psychologickou asociáciou. Bol držaný rešpekt a ohľad voči pacientom, s ktorými sme pracovali. Pacienti mali právo pre poskytnutie všetkých informácií ohľadom výskumu, dostali právo na súkromie a mlčanlivosť vzhľadom na citlivé informácie. Pacientom bolo udelené právo kedykoľvek výskum ukončiť (APA, 1982, in Ferjenčík, 2000).

Celý výskum prebiehal anonymne. Okrem anonymizácie všetkých použitých dokumentov, bolo potrebné podpísať aj informovaný súhlas. Jednalo sa teda najmä o získanie informovaného súhlasu od samostatnej liečebne ale aj od rodičov a to z toho dôvodu, že boli deti nepĺnoleté. Každému z respondentov bol vytvorený kód, pod ktorým sa evidovali všetky jeho získané informácie. Celý výskum prebiehal pod kontrolou atestovaného klinického psychológa a teda celý proces výskumu bol v súlade s etickými aspektami európskych psychológov.

Vzhľadom na našu cieľovú skupinu, s ktorou sme pracovali počas celého výskumu sme ako prvé oslovili psychiatrické kliniky pre možnosť uskutočniť výskum. Bol napísaný a následne zaslaný stručný informatívny list, kde bol popis plánu výskumu. Následne, po schválení možnosti prevedenia výskumu v danej psychiatrickej nemocnici, bol zaslaný

informovaný súhlas rodičom, v ktorom sme žiadali o poskytnutie údajov ich detí za účelom výskumu, ktorý im bol taktiež popísaný. Všetky informácie, ktoré sme počas výskumu získali boli anonymizované

Každý z respondentov mal právo kedykoľvek prerušiť účasť vo výskume. Počas výskumu neukončil spoluprácu ani jeden z pacientov.

6. Výsledky výskumu

6.1.Kazuistika č.1.

V rámci prvej kazuistiky sa budeme zaoberať 13 ročnou pacientkou. Pacientka navštevuje 7. ročník základnej školy. V rámci svojej triedy nemá príliš dobré vzťahy so spolužiakmi. Spolužiaci ju šikanovali a v domácom prostredí sa vyskytovala šikana aj zo strany jej brata. Momentálne sa správa v škole agresívne voči spolužiakom, a aj doma voči svojmu bratovi. Do školy chodí nerada a s odporom. Vo svojom voľnom čase rada tancuje a má aj kamarátov ale nie sú z jej triedy. Sú od nej starší. Pacientka tvrdí, že kamaráti majú okolo 17 rokov.

Pacientka pochádza z rizikového tehotenstva. Pochádza z dvojčiat. U brata, ktorý je starší prebiehal pôrod bez komplikácií. Rodičia žijú spoločne. Matka má 39 rokov pracuje v MŠ. Vzťah s matkou definuje pacientka ako nie moc dobrý, pretože sa často hádajú. Otec má 44 rokov, pracuje vo firme na výrobu liekov. S otcom má lepši vzťah a nezvyknutú sa spolu hádať. Pacientka má z neho rešpekt, takže ak otec zvýši hlas, pacientka počúvne. Jej brat je starší o pár minút. Vzťah medzi nimi je ako na hojdačke. Raz je dobrý a raz zlý. Pacientka tvrdí, že keď dostane amok a začnú sa hádať alebo biť, tak si následne nič nepamätá.

Pacientka popisuje svoje detstvo ako šťastné. Aj teraz je vraj šťastná ale uvedomuje si, že robí veľa problémov. Bývajú v dome, kde majú zvieratá a každý zo súrodencov má vlastnú izbu. Už od škôlky bola samotár a nemala rada kolektív, brat bol presný opak. Na základnej škola, asi v 4. ročníku, začali problémy s agresivitou a výbuchmi hnevu. V roku 2015 bola pacientkina prvá hospitalizácia v PK FN Bohunice – rodičia odchádzali s tým, že jej správanie je spôsobené snahou vyrovnáť sa rovesníkom.

Postupom času začala mať čoraz väčšie problémy v triede s bratom. Podľa učiteľov šikanovala brata, ona vraj sama šikanovaná nebola (pacientka to však vidí opačne). V 7. ročníku volali policajtov za napadnutie brata. Ten jej podľa všetkého nadával že je štetka, že sa nevie správať, vraj je psychicky labilná. Tieto slová ju nahnevali do takej miery, že začala hádzať okolo seba vecami a bola na brata agresívna. Neskôr si pamätá už len to, že bola v sanitke a že mala poškrábané ruky.

Pacientka sa pri úvodnom stretnutí javila lucidne, bola orientovaná v čase, očnému kontaktu sa vyhýbala. Vzhľadovo odpovedala staršiemu veku, mala rozmazané očné líčenie. Pacientka nosí strojček na zuby. Reakcie boli primerané, občas zabiehala do odpovedí ako

„neviem“, jej reč bola zrozumiteľná ale výslovnosť trochu viazla skrz strojček. Pozornosť jej ľahko oscilovala, javila sa kľudne a bez prítomnosti tenzie. Pacientka popisuje sklony k nerešpektovaniu autorít, afektu, vnútornej nepohody a agresie. Popisuje, že sa občas cíti, ako by ju nikto nechápal. Zo začiatku má pocit tlaku na hrudi, pociťuje smútok, samotu. Vždy to však prejde do amoku a zúrivosti. Priznala sa, že dostala trestné oznámenie od pani učiteľky pretože keď chodí po ulici, tak vulgárne nadáva učiteľom. Taktiež bola svedkom predávkovania sa jednému zo svojich kamarátov. Sama ale tvrdí že žiadne lieky, drogy ani alkohol neberie. Pacientka sa sťažovala na nekvalitný spánok. Občas sa budí z dôvodu zlých snov (obsahovo nevedela povedať ale vraj sa bojí). Popisuje občasné myšlienky samoty. Má vraj sklony k emočným výkyvom, často krát vybuchne a potom je smutná a zase naopak. Pri citlivých témach sa chvíľu smeje a potom zosmutnie. V rámci tejto oblasti sa javí nestabilne a prejavuje neadekvátne emócie.

Pacientka je hospitalizovaná v PNKM prvý krát v roku 2019. Predtým hospitalizácia v Bohuniciach v roku 2015. Do PNKM ju priviezli z dôvodu agresívneho raptusu a heteroagresie v rámci školského prostredia. Pacientke bol nariadený tichý režim a zapisovanie si denníka. Pacientka je zamedikovaná. Pacientke bola stanovená dg.: F92.8 – iné zmiešané poruchy správania a emócií, prípadný susp. disharmonický vývoj.

Pacientka bola vyšetovaná Rorschachovou metódou po prvý krát. Pri prvom kontakte bola ostýchavá ale rozhovorila sa. Jej tempo bolo skôr pomalšie. Javila sa lucidne, spolupracovala. Mala chvíľami myšlienky ako sa cíti byť sama a že by najradšej z nemocnice utiekla. Pri rozhovore zabiehala od nepríjemných tém. Sedela utiahnutá ale jej reakcie pri citlivých témach boli neadekvátne v zmysle prejavu smiechu.

Protokol

SA05BR_01 - f/13

Věk:13

1) I - Orientace A - ^

2 andělé

K: Máme anděle v městě na hřbitově a vypadají jakoby lítali.
E: Pomoz mi vidět to tak, jak to vidíš ty?
K: Mají stejný tvar jako ty u nás. Tady je tělo a tohle po stranách jsou křídla. Jakoby lítali.
E: Líтали?
K: Ten tvar křídel, je jakoby byla roztažená.

2) I - Orientace A - ^

Velké černo

K: To celé tak vypadá.
E: Pomoz mi to vidět tak, jak to vidíš ty.
K: Když se na to podívám, tak ta barva je černá a to vypadá jakoby sa stalo něco zlého.
E: Něco zlého?
K: Černá barva je vždy zlá

3) I - Orientace A - ^

Tanec

K: Tady tančí lidé
E: Lidé?
K: Jo, tady mají hlavu, ruce, tělo a prostě tančí.
E: Tančí?
K: Tady mají ty ruce nahoře, jako kdyby tančili.

4) I - Orientace A - ^

Smutek

K: Znova ta černá barva
E: Pomoz mi vidět to tak, jak to vidíš ty.
K: Ta barva. Všecko to černé vypadá jako by byl někdo někde uvězněný a nejde jít ven.
E: Někdo uvězněný?
K: Všichni ti lidé, kteří předtím tančili jsou teď uvěznění. Tancují to samé dokola. Ta barva každého pohltila. Vypadá to prostě smutně.
E: Smutně?
K: Jo, když se ti lidé snaží bavit a ono je to celé černé a nepustí jich to ven. ta barva je smutná dost.

5) II - Orientace A - ^

Strach

K: Celé ta černá barva a ta červené je jako krev. Dohromady to vypadá prostě jako strach.

6) II - Orientace A - ^

Nebezpečí

K: Když se na to kouknu vypadá to jako strach z napadnutí.
E: Strach?
K: Jo znova ta krev a smutek, což mi připomíná že někdo někoho bije.
E: Pomoz mi vidět to tak, jak to vidíš ty.
K: Ta celá situace a kombinace barev je prostě nebezpečná.
E: Říkáš bije?
K: Jo všude je ta krev, takže to se někdo pobil a tak je to nebezpečný.

7) III - Orientace A - ^

Pavouk

K: Tady má oči a tady zuby.

8) III - Orientace A - ^

Štír

K: Tady tohle je ten štír a tady má mašli.
E: Pomoz mi to vidět tak, jak to vidíš ty.
K: Tady je ta mašle, má ten tvar a tady je ten štír. Klepeta má tady.

9) III - Orientace A - ^

Plno krve

K: Tady ta červená barva, to je prostě krev.

10) IV - Orientace A - ^

Smrt

K: To celé je jako smrt. Tady možno strom, který je černý. Černá barva je jako smrt. Když má někdo strach, tak umírá.
E: Strom?
K: Tady má korunu a kmen je to prostě strom. Ale umírá. To je smutný. Je to prostě černé.

11) IV - Orientace A - ^

Černý svět, který nejde vrátit zpátky.

K: Tady ta volná místa jsou domky a tady to černé jsou mraky. Mají takový tvar a barvu. Vypadá to jakoby zaplavovaly ty domky. Všichni jsou uvěznění v tom světě.
E: Pomoz mi to vidět tak, jak to vidíš ty.
K: Jsou tam prostě domky takže to musí být nějaký svět. Ale je to černé. Není to také normální. Prostě černé a to je jakoby to bylo všechno uvězněné v tom světě.
E: Říkáš uvězněné?
K: Jo, to nejtmaší je dokola takže celý ten černý svět je uvnitř.

12) V - Orientace A - ^

Netopýr

K: Celek. Tady má křídla.

13) V - Orientace A - ^

Volnost

K: Ta bílá barva je volnost.

14) VI - Orientace A - ^

Voda

K: Tady je ta voda. Hodně vody. Teče.
E: Teče?
K: Jo, to prolínání barev vypadá jako kdyby tam něco teklo a to je ta voda. Je toho tam hodně možno tsunami.

15) VI - Orientace A - ^

Bouře

K: Tyto dvě malé částí. Je to tak velké jako nějaký hurikán, který něco ničí.
E: Něco ničí?
K: Jo tady jsou dokola nějaké kapky ten tvar no. Prostě to celé vypadá jako obrovská bouře. Ten tvar toho hurikánu a těch kapek prostě bouřka.

16) VI - Orientace A - ^

Světlo

K: Tahle středová čára. To bílé. Okolí je černé jakoby protrhávalo tu bouřku.
E: říkáš bouřku?
K: Jo tohle vypadá jako mraky počas bouře. Mají takovou barvu.

17) VII - Orientace A - ^

Cirkus se slony

K: Tady jsou sloni. Mají tady choboty, hlavy, nohy a tančí.
E: Tančí?
K: Když jsem byla v cirkuse tak tam tančili a vypadali takhle. Mali nahoru chobot a tak no. Tančili na bednách.
E: Bednách?
K: Je to úplně stejné. Tady dole jsou ty bedny vypadají tak a nahoře jsou sloni.

18) VIII - Orientace A - ^

Země

K: Taková zeměkoula.
E: Pomoz mi vidět to tak jak to vidíš ty.
K: Tady to celý, to je jako svět a ty modré skvrny jsou ostrovy.
E: Modré skvrny?
K: Ano, vypadá to jako voda okolo těch ostrovů.

19) VIII - Orientace A - ^

Oheň

K: Tady ta barva je jako oheň, když něco hoří.

20) IX - Orientace A - ^

Teplo

K: Všude je teplo.
E: Pomoz mi vidět to tak, jak to vidíš ty.
K: Všechny barvy jsou tak teplé a barevné.

21) IX - Orientace A - ^

Zima

K: Tady v středě. Vypadá to jako ledovec má to ten tvar.
E: Říkáš ledovec?
K: Ano tady. Jsou jenom v zimě.

22) IX - Orientace A - ^

Oheň

K: Tahle oranžová je oheň ta barva no.

23) X - Orientace A - ^

Kosti

K: Tohle vypadá jako pánev, prostě kosti pánve.

24) X - Orientace A - ^

Nohy

K: Tohle růžový. Tím, že nahoře byla pánev, tak z pánve jdou nohy. Takže to budou nohy a aj tak vypadají.

25) X - Orientace A - ^

Tráva

K: Všechno to zelené bude tráva. Má to ten tvar jako tráva u nás na zahradě.

26) X - Orientace A - ^

Slunce

K: Tohle. Všechny 4 jsou sluníčka. Je to žluté ale hlavně to vypadá jako takové to sluníčko co se vždy kreslí.

Sekvence skóru základní

SA05BR_01 - f/13

Věk:13

Tab	N.	Or	Loc	DQ	DET	FQ	2	Obsah	P	Z	Spec.	Skor
I.	1	^	D	o	Mp	o	(2)	(H)		4	GHR	
I.	2	^	W	v	C'	-		Hx, Id			ALOG, PHR	
I.	3	^	D	+	Ma	o		H		6	COP, GHR	
I.	4	^	W	v	Mp.C'	none		Hx			ALOG, AB, MOR, PHR	
II.	5	^	W	v/+	C	none		Hx, Bl		4, 5	AB, PHR	
II.	6	^	W	v	Ma	none		Hx, Bl			AB, PHR	
III.	7	^	D	o	F	-		A				
III.	8	^	D	+	F	-		A, Cg		3	FAB1	
III.	9	^	D	v	C	none		Bl				
IV.	10	^	W	v	FC'	o		Id			ALOG, AB, MOR	
IV.	11	^	DdS	+	mp.C'F.YF	-		Cl, Sc		2	DV1, FAB1, MOR	
V.	12	^	W	o	F	o		A	P	1		
V.	13	^	WS	v	C'	none		Hx		4	AB, PHR	
VI.	14	^	D	v	mp	u		Na				
VI.	15	^	Dd	+	ma	u		Na		6, 5	AG, PHR	
VI.	16	^	D	v/+	ma.C'	-		Cl, Id			AG, PHR	
VII.	17	^	W	+	FMa	o	(2)	A, Id		2, 5	COP, GHR	
VIII.	18	^	DS	+	FC	u		Ge		3		
VIII.	19	^	D	v	mp.C	u		Fi				
IX.	20	^	D	v	C.T	none		Id			AB	
IX.	21	^	DdS	v	F	o		Na		5		
IX.	22	^	D	v	C	none		Fi				
X.	23	^	D	o	F	-		An				
X.	24	^	D	o	F	u		Hd			PHR	
X.	25	^	Dd	o	FC	o		Ls				
X.	26	^	D	o	FC	u		Na				

Strukturální souhrn kompletní

SA05BR_01 - f/13

Věk:13

Pozn.

Loc. feat.	Blends	Singles	Contents	Approach
Zf = 11	Mp.C'	M = 3	H = 1	I: D W D W
Zsum = 41.5	mp.C'F.YF	FM = 1	(H) = 1	II: W W
Zest = 34.5	ma.C'	m = 2	Hd = 1	III: D D D
Zd = 7	mp.C	FC = 3	(Hd) = 0	IV: W DdS
	C.T	CF = 0	Hx = 5	V: W WS
		C = 3	A = 4	VI: D Dd D
W = 8		Cn = 0	(A) = 0	VII: W
D = 14		FC' = 1	Ad = 0	VIII: DS D
W+D = 22		C'F = 0	(Ad) = 0	IX: D DdS D
Dd = 4		C' = 2	An = 1	X: D D Dd D
S = 4		FT = 0	Art = 0	
		TF = 0	Ay = 0	Special Scores
		T = 0	Bl = 3	Lvl1 Lvl2
DQ		FV = 0	Bt = 0	DV = 1 x1 0 x2
+ = 6		VF = 0	Cg = 1	INC = 0 x2 0 x4
o = 7		V = 0	Cl = 2	DR = 0 x3 0 x6
v/+ = 2		FY = 0	Ex = 0	FAB = 2 x4 0 x7
v = 11		YF = 0	Fd = 0	ALOG = 3 x5
		Y = 0	Fi = 2	CONT = 0 x7
		Fr = 0	Ge = 1	Sum6 = 6
		rF = 0	Hh = 0	WSum6 = 24
	FQ:	W+D:	FD = 0	
+ = 0	0	0	F = 6	AB = 6 GHR = 3
o = 7	2	5		AG = 2 PHR = 8
u = 6	0	5		COP = 2 MOR = 3
- = 6	0	5		CP = 0 PER = 0
none = 7	2	7	(2) = 2	Id = 5 PSV = 0

Ratios, Percentages, and Derivations

CORE			AFFECT			INTERPERSONAL		
R = 26	L = 0.3		FC : CF+C = 3:5			COP = 2	AG = 2	
Extratensive			Pure C = 5			GHR : PHR = 3:8		
EB = 4:9	EA = 13	EBper = 2.25	SumC':WsumC = 6:9			a : p = 5:5		
eb = 6:8	es = 14	D = 0	Afr = 0.53			Food = 0		
	Adjes = 10	AdjD = +1	S (Space) = 4			SumT = 1		
			Blends : R = 5:26			Human cont. = 3		
			CP = 0			Pure H = 1		
FM = 1	SumC' = 6	SumT = 1	Col-shd bl. = 1			PER = 0		
m = 5	SumV = 0	SumY = 1				Isol.index = 0.54		
IDEATION			MEDIATION			PROCESSING		
a : p = 5:5			XA% = 0.5			Zf = 11		3r+(2)/R = 0.08
Ma:Mp = 2:2			WDA% = 0.45			W:D:Dd = 8:14:4		Fr+rF = 0
Intell = 12			X-% = 0.23			W:M = 8:4		Sum V = 0
MOR = 3			S- = 1			Zd = 7		FD = 0
Sum6 = 6			P = 1			PSV = 0		An+Xy = 1
WSum6 = 24			X+% = 0.27			DQ+ = 6		MOR = 3
Lv2 = 0			Xu% = 0.23			DQv = 11		H: (H)+Hd+ (Hd) = 1:2
M- = 0								
M none = 2								

PTI = 2 DEPI = 5* CDI = 2 SCON = 9* HVI = No OBS = No



Protokol považujeme za validný. Počet odpovedí sa rovná 26 a lambda ukazuje hodnotu 0,3. Podľa komprehezívneho systému budeme tento protokol interpretovať v nasledujúcom poradí: Centrálna sekcia > Situačný stres > Afekt > Sebapercepcia > Interpersonálna percepcia > Spracovanie > Mediácia > Ideácia

1. Centrálna sekcia

Pacientka disponuje väčším množstvom kapacity pre zvládanie záťaže.

U pacientky je toto množstvo kapacity a tolerancie voči záťaži spoľahlivé a tak predpokladáme, že jej zdroje pokrývajú záťaž.

2. Situačný stres

V prípade stresujúceho zážitku u pacientky môžeme očakávať mierny vplyv na jej vnímanie. Situačný stres teda môže do určitej miery ovplyvniť myslenie a emócie.

Vplyv situačného stresu je patrný aj napriek tomu, že ho môže pacientka vďaka svojim zdrojom zvládať.

3. Afekt

U pacientky pozorujeme potenciál pre rané skúsenosti s negatívnymi emóciami ako sú depresia, náladovosť, tenzia či úzkosť. Nemusia byť prítomné ich epizódy.

Pacientka má sklon ku prepájaniu myslenia so svojimi emóciami a procesom rozhodovania. Pacientka často krát funguje na princípe pokus – omyl.

Jej emócie hrajú dôležitú rolu pri rozhodovaní. Inklinuje ku chronickému zlyhávaniu. Pacientka je však schopná krátkodobo tieto emócie vylúčiť.

Pacientka je zaťažovaná iritujúcimi pocitmi. V tomto prípade môžeme predpokladať aj zvýšené riziko maladaptácie spôsobené neschopnosťou adekvátne prejavovať emócie.

Pacientka sa dokáže zúčastniť emočnej výmeny.

Index intelektualizácie ukazuje vysokú hodnotu. Pacientka používa intelektualizáciu ako hlavnú obrannú stratégiu v situáciách, ktoré sú pre ňu zaťažujúce. Tento proces tlmí emócie, ktoré vyvolávajú pocit tiesne. Na druhej strane proces tlmí aj porozumenie situáciám, v ktorých sa pacientka nachádza a môže ju to robiť zraniteľnejšou.

U pacientky pozorujeme laxný postoj v kontrole emócií. Je to bežný prejav u detí. U dospelých to môže značiť nezrelosť a impulzivnosť. Môže byť prítomná narušená sociálna adaptácia či problémy v testovaní reality.

4. Sebapercepcia

U pacientky pozorujeme veľmi nízky index egocentricity. Vykazuje to informácie, že pacientkina sebaúcta je negatívna a jej self vníma taktiež z negatívneho uhľa pohľadu. Odhad vlastnej ceny je nízky. Pacientka nevenuje dostatočnú pozornosť sebe a snaží sa tomu vyhnúť.

Pacientka je zaujatá vlastnou osobou menej ako je bežné. Môže ísť o znak naivity.

Zvýšené zaujatie vlastným telom nie je u pacientky prítomné.

Pacientkin sebaobraz je silne poznamenaný negatívnou atribúciou. Jej myslenie často krát zahŕňa negatívny obraz self a je pesimistické.

Vzhľadom na odpovede s ľudskou reprezentáciou si tvorí pacientka sebaobraz na základe imaginácie a na fantázií. Výsledok hovorí o menšej či nižšej zrelosti. Jej úsudok o vlastnej osobe má negatívny dopad na jej sebaopoznávanie a taktiež často môže ovplyvňovať jej rozhodnutia a riešenia problémov.

5. Interpersonálna percepcia

Pacientka uznáva potreby druhých. Pacientka taktiež môže javiť určitý záujem o druhé osoby ale nemusí im dobre rozumieť. Má tendenciu zle odhadnúť ich správanie a nesprávne interpretovať gestá. Môže to viesť k sociálnym omylom a prípadnému odcudzeniu.

Pacientka sa zapojuje do interpersonálnych vzťahov správaním, ktorí je menej adaptívne až neefektívne.

Pozorujeme otvorenosť k pozitívnym interakciám. Tieto interakcie môžu byť agresívnej formy. Pacientka môže mať sklon chápať agresiu ako prirodzený spôsob sociálnej interakcie.

Pacientka je otvorená emocionálnej blízkosti okolia. Prejavuje záujem o kontakt s druhými ale má tendenciu zle odhadnúť a interpretovať ich správanie a sociálne gestá. Môže mať väčšie očakávania od vzťahov, než by bolo primerané. Nedostatok porozumeniu môže viesť ku sociálnym omylom či odcudzeniu.

Index izolácie je u pacientky zvýšený. Pacientke sa nedarí nadviazať dlhotrvajúce vzťahy s okolím. To však nemusí nutne znamenať izoláciu od ostatných. Môže to signalizovať, že sa u pacientky vyskytujú dôvody, vďaka ktorým nedokáže uspokojivo nadviazať vzťahy a často krát cíti, že vzťahy, ktoré má ju dostatočne neuspokoja.

6. Spracovanie

Vynaložené úsilie u pacientky pozorujeme ako bežné.

U pacientky vidíme zameranie na malé a neobyčajné detaily. Môže ísť o excentrické zameranie pacientky. Môže dochádzať ku strate zamerania na základné a dôležité informácie, čo môže viesť ku skresleniu vnímania.

Pacientka sa snaží vyhnúť nedbalosti, čo vedie k investovaniu väčšieho úsilia do snímania okolia. Môže inklinovať k perfekcionizmu, nadmernej nerozhodnosti či psychickej dezorganizácií.

Kvalita spracovania informácií je štandardná. Občas môže mať pacientka sklony spracovať informácie menej zrelým spôsobom. Tento štýl spracovania je typický pre deti a adolescentov.

7. Mediácia

U pacientky dochádza k významnému mediačnému poškodeniu. Pacientka má sklon k dysfunkciám testovaniu reality a často krát môže viesť až do psychotického procesu. Správanie môže byť ovplyvnené znížením kontroly, ktoré spôsobuje stratu kontaktu s realitou.

U pacientky môže dochádzať ku vplyvu afektov, ktoré môžu spôsobovať stratu kontroly s realitou.

Pacientka javí tendenciu k pervazívnej mediačnej dysfunkcií.

Počet populárnych odpovedí je menší ako priemer. Pokladáme si otázku, či pacientka nemá trvalú tendenciu prehliadať sociálne konvencie alebo tendenciu uprednostňovať individuálne potreby.

U pacientky očakávame neprimerané správanie, ktoré môže byť spôsobené mediačnou dysfunkciou a problémami v testovaní reality.

8. Ideácia

Pacientka inklinuje ku spájaniu emócií s rozhodovaním a riešením problémov. Spolieha sa viac na externú spätnú väzbu. Jej myslenie však nemusí byť menej konzistentné či nelogické, ale vplyv emócií na ideáciu často zvyšuje komplexnosť vzorcov myslenia.

Pacientka má tendenciu zlučovať emócie s rozhodovaním. V situáciách, kde je nutné rozhodnúť sa logicky, môže byť schopná potlačiť emócie.

Pacientka inklinuje k neobvyklej perifernej aktivite, ktorá môže byť vyvolaná situačným stresom.

Mnone nám hovorí o problémoch ideácie, ktoré sa premietajú v jasnosti myslenia. Môže to byť spojené so smútkom, hnevom, zúrivosťou či láskou.

Pacientka disponuje väčším množstvom kapacity pre zvládanie záťaže. U pacientky je toto množstvo kapacity a tolerancie voči záťaži spoľahlivé a tak predpokladáme, že jej zdroje pokrývajú záťaž. V prípade stresujúceho zážitku u pacientky môžeme očakávať mierny vplyv. Situačný stres môže do určitej miery ovplyvniť myslenie a emócie. Vplyv situačného stresu je zjavný aj napriek tomu, že ho môže pacientka vďaka svojim zdrojom zvládať. U pacientky pozorujeme potenciál pre rané skúsenosti s negatívnymi emóciami ako sú depresia, náladovosť, tenzia či úzkosť. Pacientka má sklon ku prepájaniu myslenia so svojimi emóciami a procesom rozhodovania. Jej emócie hrajú dôležitú rolu pri rozhodovaní. Pacientka je však schopná krátkodobo tieto emócie vylúčiť. Inhibované emócie môžu byť

spôsobené obrannými mechanizmami brániť sa emočne nabitým situáciám. Pacientka je zaťažovaná iritujúcimi pocitmi. Pacientka používa intelektualizáciu ako hlavnú obrannú stratégiu v situáciách, ktoré sú pre ňu zaťažujúce. Tento proces tlmí emócie, ktoré vyvolávajú pocit tiesne. Na druhej strane proces tlmí aj porozumenie situáciám, v ktorých sa pacientka nachádza a môže ju to robiť zraniteľnejšou. U pacientky pozorujeme laxný postoj v kontrole emócií. U dospelých to môže značiť nezrelosť a impulzivnosť. Môže byť prítomná narušená sociálna adaptácia či problémy v testovaní reality. Pacientka nevenuje dostatočnú pozornosť sebe. Pacientka nie je zaujatá vlastnou osobou. Jej myslenie zahŕňa negatívny obraz self a je pesimistická, čo dokazujú aj niektoré jej odpovedí, ktoré majú pochmúrny až depresívny obsah. Pacientka uznáva potreby druhých a môže javiť určitý záujem o druhé osoby ale nemusí im dobre rozumieť. Má tendenciu zle odhadnúť ich správanie a nesprávne interpretovať gestá. Môže to viesť k sociálnym omylom a prípadnému odcudzeniu. Pacientka sa zapojuje do interpersonálnych vzťahov správaním, ktorí je menej adaptívne, ale ja napriek tomu je otvorená pozitívnym interakciám. Niekedy môže jej snaha o kontakt viesť ku agresívnej formy. Pacientka môže mať sklon chápať agresiu ako prirodzený spôsob sociálnej interakcie. Pacientke sa nedarí nadviazať dlhotrvajúce vzťahy s okolím. To však nemusí nutne znamenať izoláciu od ostatných. Pacientka má sklon k dysfunkciám testovaniu reality a môže viesť až do psychotického procesu. Správanie môže byť ovplyvnené znížením kontroly, ktoré spôsobuje stratu kontaktu s realitou.

Tabuľka 2.

Významné znaky v profile pacientky

Pacientka č. 1	Výrazné znaky v profile pacientky	Očakávané, ale chýbajúce znaky v profile pacientky	Neočakávané znaky v profile pacientky
	<ul style="list-style-type: none"> • Úzkostné a depresívne odpovede • Zvýšené DEPI • Zvýšený počet D + Dd odpovedí • Zvýšený počet MOR • Znížený počet H odpovedí • Výskyt C odpovedí • Pomalý reakčný čas 	<ul style="list-style-type: none"> • Zvýšené CDI • Nízky počet R • Zvýšený počet odpovedí s obsahom A 	<ul style="list-style-type: none"> • Odpovede S (Space) • Zvýšený index SCOR • Výskyt odpovedí s B1 obsahom • Výskyt odpovedí s Hx obsahom

Ako sme uvádzali v popise výskumu, pacientom bola administrovaná ešte jedna metóda a to dotazník úzkosti a úzkostlivosti STAI. Použili sme celú verziu. Počet celkového skóre v oboch verziách má rozhranie 20 – 80 bodov.

V prípade prvej pacientky nám vyšla škála x-1 s počtom bodov 47 a x-2 sa rovná 55 bodom. Usudzujeme, že pacientka má väčšie sklony prežívať úzkosť ako situačný stav. Tento stav mohol byť vyvolaný pocitom napätia, tenzie, spolupráce s neznámou osobou či

rôznym potlačovaným vnútorným strachom a inými emóciami. Pacientka dlhodobo prežíva ťažké obdobie vo svojom živote. Vzhľadom na jej anamnézu trpí častými výbuchmi. Sama pacientka priznáva, že často krát nevie popísať vlastné emócie a je z nich zmätená. Mnoho krát sa cíti osamelo, čo však prejde do afektov. Jej správanie je často krát neadekvátne a niektoré situácie nevie odhadnúť správne.

6.2.Kazuistika č. 2

Pacientka v nasledujúcej kazuistike má 14 rokov. Pacientka navštevuje základnú školu. Momentálne je na ZŠ. Do 7. ročníka mala pacientka veľmi dobrý prospech, potom sa to zhoršovalo. Momentálne navštevuje 9. ročník. Začali taktiež aj absencie v školskej dochádzke. Prestalo ju to v škole baviť. Veľa kamarátov nemá. Má len jednu najlepšiu kamarátku a ešte ďalšie 3, ale inak nikoho. Má rada kresbu, vyhrala aj niekoľko súťaží. Má rada aj jazdu na koni a hudbu.

Pacientka bola vyšetrená na neurológií skrz bolesť chrbta, bruška a náznaky migrény.

Matka pacientky mala rizikové tehotenstvo. Jej otec má 47 rokov, III. stupeň invalidity a zrejme trpí schizofréniou. S matkou nežijú spolu približne 10 rokov. Pacientka o ňom nič nevie, nie sú v kontakte. Údajne mal otec zastrašovať psychicky pacientku aj jej sestru. Kým chodili ešte do škôlky búchal ich päťou a mala modriny. Matka má 40 rokov, pracuje ako asistentka v MŠ a ako upratovačka. Má výbušnú povahu. S dcérou majú zvláštny vzťah. Pacientka ju neberie ako autoritu a tak si k nej mnoho dovoľí, tresty neberie vážne. Matka vraví, že to je inak dobrá dcéra. Matka popisuje taktiež pacientkinu labilitu v prípade, že jej niečo vytkne. Pacientka na to reaguje prehnane a zvykne plakať a stiahnuť sa do izby, kým to neprejde. Matka trpí občasnými depresiami. Momentálne má manžela, ktorý jej pomáha s výchovou, dcéry ho majú rady a berú ho za svojho otca. Majú veľmi dobrý vzťah. Pacientka má o 2 roky staršiu sestru a mladšieho brata. Majú celkom dobré vzťahy.

Od malička má pacientka problém s očami a minimálnou stratou sluchu. Momentálne máva často bolesti hlavy a zhoršil sa jej aj spánok. Od určitého momentu, asi na začiatku roku, jej začalo bývať zle, bolesti bruška, nespavosť.

Pacientka sa javí ako kludná, reaguje, PTM má trochu spomalené ale spolupracuje. Je lucidná, upravená, očný kontakt jej nerobí problém. Aktuálne nejaví žiadne známky tenzie, úzkosti, depresie ani suicidálnych myšlienok. Trpí somatopsychickou insuficienciou. Má disharmonické rodinné zázemie skrz otca. Zažívala z otcovej strany agresiu počas detstva. Z tohto dôvodu sa pacientka bojí rôznych dotykov. Pri pomyslení na dotyk či pri konkrétnom dotyku cíti vnútorné napätie, tenziu na hrudi a strach. Zvykla mať strach aj z tmy.

Pacientka je prvýkrát hospitalizovaná v PNKM. Predtým hospitalizovaná v nemocnici skrz bolesti brucha v piatich rokoch. Momentálne je pod trvalým dohľadom, navštevuje

skupinovú a individuálnu psychoterapiu. Je zamedikovaná. Pacientke bola stanovená dg.: F918 – iné poruchy správania.

Pacientka robila Rorschachovu metódu prvý krát. Pacientka bola pri vyšetovaní tichá a očnému kontaktu sa zo začiatku vyhýbala. Hovorila veľmi bojazlivo. Odpovede väčšinou hovorila v 3 osobe. Bola v miernej tenzií, javila sa stiahnutá do seba ale snažila sa spolupracovať. Držala si odstup aj čo sa týka polohy tela. Sedela v krči.

Protokol

ZA05LU_02 - f/14

Věk:14

1) I - Orientace A - ^

Nějaké zlo. Rohy jsou tam, takže d'ábel, který představuje zlo

K: Ta barva je prostě zlo. Ať to je cokoliv, tak ta černá je zlá.

2) II - Orientace A - ^

Vzteky

K: Podívejte se na tu barvu. Jako předtím to zlo. Tady je i červená. Vypadá to jako vztek.

3) II - Orientace A - ^

Tady jsou 2 panáčci

K: Tady mají oči. Vypadají v pohodě. Nejspíš si ani nevšímají jeden druhého.

4) II - Orientace A - ^

Možná ještě tvář pod maskou. Takže asi nejspíš ta maska.

K:Tady je to celý.
E: Pomoz mi to vidět tak, jak to vidíš ty.
K: Tady dole by byla pusa, tady dírka pro nos a tady na oči.

5) III - Orientace A - ^

2 lidi. Jsou blízko sebe. Někáká vzájemná blízkost je mezi nimi.

K: Tady jsou ty postavy (ukazuje). A nejspíš něco dělají. Mají tady ruce u sebe. Pomáhají si.

6) III - Orientace A - ^

Faleš

K: Jenom ta červená barva. To je prostě faleš.

7) IV - Orientace A - ^

Nějaký vládce

K: Tady má malou hlavu. To tělo (ukazuje) je velké, jakoby byl ten vládce, povýšený a namyšlený. To vzbuzuje dojem síly, moci, boje.

8) V - Orientace A - ^

Motýl a je to dobře, ale ta barva působí že uvnitř není v pohodě.

K: Tady má křídla a hlavu. Ta barva sice vypadá jako by mu něco scházelo, nebo by to byl divný motýl, a tady má ty křídla, nožky, tykadla.

9) VI - Orientace A - ^

Upjatost, která se uvolňuje. Když se člověk pozná blíže, tak je uvolněný. Jinak tak nepůsobí a tím pádem působí upjatě. Jako tohle.

K: To celé je upjatost.
E: Pomoz mi to vidět, tak jak to vidíš ty.
K: Tady ten vršek (Dd23) je upjatost. Tady ten zbytek je to uvolnění po čase když toho člověka poznáme.
E: Ukážeš mi kde to vidíš?
K: (jde prstem po okolí) tady tohle. Ta rozloha, ten tvar. To je prostě upjatost.

10) VI - Orientace A - ^

Taky to může být koberec z kůže.

K: Tady to celé. Vypadá to jako roztáhla kůže.
E: Nejsem si jistá, zda to vidím jako ty. Čím ti to připomělo kůži?
K: Tady ty kraje. To je tvar kůže, tady by byly nohy zvířete.

11) VII - Orientace A - ^

Nějaká stvoření. Jsou daleko od sebe ale zároveň blízko.

K: Tady je obličej a tady mají tělo. Ta mezera mezi nimi je to daleko ale tady dolu (D4) to je to blízko.

12) VIII - Orientace A - ^

optimizmus

K: Barvy. Všude všechno barevný. Veselý. Optimizmus.

13) VIII - Orientace A - ^

Okruh blízkých, všímají si sebe navzájem, názory jiných neřeší

K: Tady jsou zvířata v takovém kolečku, to jsou ty blízky. Zde, mezi nimi jsou barvičky, které udržují. Je to jako já s kámoškou. Taky udržujeme mezi sebou nějaký vztah, dobrý vztah, pevný. Jsme propojené.

14) IX - Orientace A - ^

Bojovník nebo drak. Jde vidět, že není až tak drsný, jako na první pohled vypadá. Uvnitř je hodný, asi to v sobě dusí.

K: Tady je ten čínský drak.
E: Pomoz mi to vidět tak, jak to vidíš ty.
K: Tady jsou oči, uši, čelist. Zde by mohl mít nos. A ty barvy jsou jenom jakože je hodný. Ale ten tvar na první pohled to musí být drak.

15) X - Orientace A - ^

Rodina. Tady na jednu stranu nedokážu být bez sebe ale na druhou to prostě dokážou a chtějí.

K: Celé to působí jako rodina. Každý ten flek by mohl být nějaký člen rodiny. Jsou mezi nimi mezery, které hovoří o dálce mezi nimi. Když se na to tak podívám, klidně by stačila jednomu takhle ta polka obrázku. Nemusí to být vůbec celý.

Sekvence skóřů základní

ZA05LU_02 - f/14

Věk:14

Tab	N.	Or	Loc	DQ	DET	FQ	2	Obsah	P	Z	Spec.	Skor
I.	1	^	W	o	Mp.C'F	u		(Hd), Hx		1	AB, MOR, PHR	
II.	2	^	Dd	v	Mp.C	none		Hx			MOR, PHR	
II.	3	^	D	o	F	-	(2)	H		3	PHR	
II.	4	^	WS	o	F	u		(Hd)		4, 5	GHR	
III.	5	^	W	+	Ma	o	(2)	H	P	5, 5	COP, GHR	
III.	6	^	Dd	v	Mp.C	none		Hx			MOR, PHR	
IV.	7	^	W	o	F	o		H		2	GHR	
V.	8	^	W	o	FC'	o		A	P	1	MOR	
VI.	9	^	Dd	v	Mp	-		Hx			AB, PHR	
VI.	10	^	W	o	mp	o		(Ad), Hh	P	2, 5		
VII.	11	^	WS	o	F	o	(2)	H	P	4	DR1, GHR	
VIII.	12	^	W	v	Mp.C	-		Hx			AB, PHR	
VIII.	13	^	W	+	FC	o		A		4, 5	AB, PER	
IX.	14	^	W	o	FC	-		(Ad)		5, 5	AB	
X.	15	^	WS	o	F	-		H		5, 5	AB, MOR, PHR	

Strukturální souhrn kompletní

ZA05LU_02 - f/14

Věk:14

Pozn.

Loc. feat.	Blends	Singles	Contents	Approach
Zf = 11	Mp.C'F	M = 2	H = 5	I: W
Zsum = 39	Mp.C	FM = 0	(H) = 0	II: Dd D WS
Zest = 34.5	Mp.C	m = 1	Hd = 0	III: W Dd
Zd = 4.5	Mp.C	FC = 2	(Hd) = 2	IV: W
		CF = 0	Hx = 5	V: W
		C = 0	A = 2	VI: Dd W
W = 11		Cn = 0	(A) = 0	VII: WS
D = 1		FC' = 1	Ad = 0	VIII: W W
W+D = 12		C'F = 0	(Ad) = 2	IX: W
Dd = 3		C' = 0	An = 0	X: WS
S = 3		FT = 0	Art = 0	
		TF = 0	Ay = 0	Special Scores
		T = 0	Bl = 0	Lvl1 Lvl2
DQ		FV = 0	Bt = 0	DV = 0 x1 0 x2
+ = 2		VF = 0	Cg = 0	INC = 0 x2 0 x4
o = 9		V = 0	Cl = 0	DR = 1 x3 0 x6
v/+ = 0		FY = 0	Ex = 0	FAB = 0 x4 0 x7
v = 4		YF = 0	Fd = 0	ALOG = 0 x5
		Y = 0	Fi = 0	CONT = 0 x7
		Fr = 0	Ge = 0	Sum6 = 1
		rF = 0	Hh = 1	WSum6 = 3
		FD = 0	Ls = 0	
	FQ:	MQ:	W+D:	AB = 6 GHR = 4
+ = 0	0	0	0	AG = 0 PHR = 7
o = 6	1	6		COP = 1 MOR = 5
u = 2	1	2		CP = 0 PER = 1
- = 5	2	4		PSV = 0
none = 2	2	0	(2) = 3	

Ratios, Percentages, and Derivations

CORE			AFFECT	INTERPERSONAL
R = 15	L = 0.5		FC : CF+C = 2:3	COP = 1 AG = 0
Ambitent			Pure C = 3	GHR : PHR = 4:7
EB = 6:5.5	EA = 11.5	EBper = No	SumC':WsumC = 2:5.5	a : p = 1:6
eb = 1:2	es = 3	D = +3	Afr = 0.36	Food = 0
	Adjes = 3	AdjD = +3	S (Space) = 3	SumT = 0
			Blends : R = 4:15	Human cont. = 7
FM = 0	SumC' = 2	SumT = 0	CP = 0	Pure H = 5
m = 1	SumV = 0	SumY = 0	Col-shd bl. = 0	PER = 1
				Isol.index = 0
IDEATION	MEDIATION	PROCESSING	SELF-PERCEPTION	
a : p = 1:6	XA% = 0.53	Zf = 11	3r+(2)/R = 0.2	
Ma:Mp = 1:5	WDA% = 0.67	W:D:Dd = 11:1:3	Fr+rF = 0	
Intell = 12	X-% = 0.33	W:M = 11:6	Sum V = 0	
MOR = 5	S- = 1	Zd = 4.5	FD = 0	
Sum6 = 1	P = 4	PSV = 0	An+Xy = 0	
WSum6 = 3	X+% = 0.4	DQ+ = 2	MOR = 5	
Lv2 = 0	Xu% = 0.13	DQv = 4	H: (H) +Hd+ (Hd) = 5:2	
M- = 2				
M none = 2				

PTI = 3 DEPI = 5* CDI = 3 SCON = 6 HVI = No OBS = No

Protokol pokladáme za validný. Veľkosť lambdy sa rovná 0,5. Podľa Komprehezívneho systému budeme tento protokol interpretovať v nasledujúcom poradí: Spracovanie > Mediácia > Ideácia > Centrálna sekcia > Afekt > Sebapercepcia > Interpersonálna percepcia

1. Spracovanie

Pacientka uplatňuje bežné úsilie pri spracovaní informácií súvisiacich s riešením problémov či rozhodovaním.

Index ekonomie nám hovorí, že úsilie, ktoré je investované do riešenia problémov môže byť niekedy viac než bežné. Vzhľadom na sekvenciu odpovedí v tomto protokole môžeme ale tvrdiť, že ide o konzistentnosť spracovania podnetov.

Aspiračný pomer nám hovorí, že sa pacientka snaží dosiahnuť viac ako je v jej možnostiach vzhľadom na dostupné zdroje. V bežnom živote môže dochádzať ku zlyhaniu v dosahovaní cieľov a môže byť prítomná frustrácia. Vzhľadom na jej vek však pristupujeme k tejto interpretácii s nadhľadom.

Môžu sa prejavovať sklony k perfekcionizmu. Snaha vyhnúť sa nedbalosti vedie k investovaniu väčšieho úsilia do aktivít. Môžu nastať situácie, kedy je tento rys pozitívne vnímaný, ale sú však aj situácie, kedy môže mať pacientka sklon k nerozhodnosti a môže dochádzať ku psychickej dezorganizácii.

U pacientky môžu nastať problémy v riešení komplexných situácií, čo môže viesť k problémom v prispôbení.

2. Mediácia

U pacientky sa môže vyskytovať významná a nápadná dysfunkcia v testovaní reality. Táto dysfunkcia je najviac zreteľná v situáciách, kde pacientka nemá jasne dané indikátory pre mediáciu.

Správanie, ktorým disponuje pacientka je skôr nerealistické a je prítomný vplyv afektov či zníženej ideačnej kontroly.

U pacientky sa môže jednať o mediačné poškodenie či nerealistické správanie. Môže dochádzať k poškodeniu testovania reality či poruchami adaptácie. Táto dysfunkcia môže byť produktom afektívnych problémov, spojených s hnevom a nepriateľským postojom voči prostrediu.

Počet populárnych odpovedí sa u pacientky nachádza na dolnej hranici normy.

U pacientky môžeme vidieť náznak laxnosti, obrany alebo mediačnej dysfunkcie.

Očakávame správanie neprimerané a nekonvenčné, ktoré môže byť spôsobené mediačnou dysfunkciou a problémami v testovaní reality.

3. Ideácia

Pacientka vykazuje ambivalentný štýl a vzhľadom na nízku lambdu usudzujeme, že pacientke chýba konzistentnosť v rozhodovaní. Správanie je náročne predpovedať. Rozhodovanie je často neefektívne a je náchylná k chybným úsudkom. Pacientka sa neponaučí z predošlých chýb. Pri zvládnutí tohto štýlu, nemusí ísť o známky zníženej adaptácie.

U pacientky dochádza k silne fixovanému mysleniu, kedy sa veľmi ťažko prispôbí a zmení svoju kognitívnu stratégiu.

Vzhľadom na vysoký výskyt morbidných odpovedí usudzujeme, že u pacientky môže dochádzať k pesimistickému ladeniu. Myslenie býva priamočiare a konkrétne. Môže pôsobiť aj dezorganizované.

Pozorujeme rýchle reakcie pacientky z dôvodu odstránenia napätia. Odpovede môžu byť formulované zbrklo a nemusia byť premyslené.

U pacientky môže dochádzať k úniku do fantázie, čo môže byť taktikou ako sa vyrovnáť s nepríjemnými situáciami na úrovni každodenného života. Slúži to najmä k popieraniam reality a nepríjemných situácií. Môže to viesť k neúspešnosti adaptácie, narastaniu pocitu bezmocnosti či závislosti na druhých.

U pacientky pozorujeme zvýšený index intelektualizácie. Môže ísť o jeden z obranných mechanizmov na tlmenie emócií tiesne ale aj na porozumenie situáciám. Pre druhých to môže byť nejasné a pacientka sa im môže zdať neochotná k sebaodhaleniu. Nemusí disponovať zrelými stratégiami emočnej regulácie.

Pacientka disponuje ideálnym zmätkom, čo znamená, že sa u nej môže prejavovať nejasné a narušené myslenie.

4. Centrálna sekcia

Pacientka disponuje väčšou kapacitou pre kontrolu a zvládanie záťaže.

U pacientky sú tieto zdroje dostatočné na pokrytie záťaže a kontrole stresu.

5. Afekt

U pacientky zaznamenávame zvýšený index depresivity. Môže to značiť potenciál pre časté skúsenosti s negatívnymi náladami ako depresia, náladovosť, tenzia či úzkosť.

U pacientky sa vyskytuje nekonzistentný vplyv emócií na myslenie, objavuje sa váhavosť, nerozhodnosť a zmena v rozhodnutiach. Táto nekonzistentnosť môže byť zdrojom prežívania zmätku. Vedie to k nepredvídateľným emočným prejavom.

Afektívny pomer máme u pacientky menší ako je priemer. Za normálnych okolností by sme vraveli, že môže ísť o tendenciu vyhýbať sa emočným impulzom.

Index intelektualizácie nám hovorí, že pacientka využíva intelektualizáciu ako hlavnú obrannú stratégiu v situáciách, ktoré sú pre ňu emočne zaťažujúce. Pre druhých sa môže zdať nezúčastnená a neochotná k sebaodhaleniu. Má tendenciu byť viac zraniteľná a dezorganizovaná intenzívnymi emóciami.

Hodnota blends nám vykazuje podpriemernú hodnotu, čo môže dokazovať pacientkinu nezrelosť či problémy s prežívaním, ak je vystavená emočným situáciám.

6. Sebepercepcia

Index egocentricity nám ukazuje podpriemerné hodnoty. Môžu sa teda u pacientky vyskytovať negatívne myšlienky voči nej samej či znížená sebaúcta. Môže byť prekurzorom depresie.

Nie je prítomné zvýšené zaujatie vlastným telom.

Počet odpovedí s morbidným obsahom je v tomto prípade zvýšený a teda pacientka má sklony k negatívnym atribúciám voči vlastnému sebaobrazu. Jej myslenie môže zahŕňať negatívny self a má tendenciu byť pesimistická.

Pacientkin protokol obsahuje zvýšený počet odpovedí s ľudskými skúsenosťami. Svoj sebaobraz zakladá viac na skúsenostiach a spätnej väzbe ako na fantázií. Sociálne interakcie u pacientky sú spojené a formulované prostredníctvom vlastného self.

7. Interpersonálna percepcia

U pacientky pozorujeme tendenciu zastávať pasívne interpersonálne role. Môže mať sklony vyhýbať sa zodpovednosti za rozhodovanie. Inklinuje k menšej chuti hľadať nové riešenia problémov či iniciovať nové vzorce správania.

Pacientkine sociálne schopnosti sa nejavia byť limitované. Pacientka uznáva a vyjadruje potreby blízkosti druhých. U pacientky nepozorujeme tendenciu závislého správania na druhých osobách.

Pacientka javí záujem o kontakt s druhými osobami. Tento záujem je založený na medziludskom porozumení, ktoré má tendenciu odrážať realitu.

U pacientky pozorujeme zvýšenú neúspešnú interpersonálnu históriu. Aj napriek záujmu o druhé, má sklony zapájať sa maladaptívnym správaním, ktoré môže byť nelogické, zmätené či zraňujúce.

Pacientka uplatňuje bežné úsilie pri spracovaní informácií súvisiacich s riešením problémov či rozhodovaním. Úsilie, ktoré je investované do riešenia problémov môže byť

niekedy viac než bežné. V bežnom živote môže dochádzať ku zlyhaniu v dosahovaní cieľov. To môže mať za príčinu vznik frustrácie. Môžu sa prejavovať sklony k perfekcionizmu. Pacientka prejavuje snahu vyhnúť sa nedbalosti, čo môže smerovať k investovaniu väčšieho úsilia do aktivít. U pacientky môžu nastať problémy v riešení komplexných situácií, čo môže viesť k problémom v prispôbení sa. U pacientky sa môže vyskytovať významná a nápadná dysfunkcia v testovaní reality. Táto dysfunkcia je najviac zreteľná v situáciách, kde pacientka nemá jasne dané indikátory pre mediáciu. Správanie, ktorým disponuje pacientka je skôr nerealistické a je prítomný vplyv afektov či zníženej ideačnej kontroly. Môže dochádzať k poškodeniu testovania reality či poruchami adaptácie. Táto dysfunkcia môže byť produktom afektívnych problémov, spojených s hnevom a nepriateľstvom voči prostrediu. Očakávame správanie, ktoré je neprimerané, nekonvenčné a náročné predvídať. Pacientka disponuje ambitentným štýlom. Pacientke chýba konzistentnosť v rozhodovaní, ktoré môže byť neefektívne. Má sklony robiť chybné úsudkom. U pacientky dochádza k silne fixovanému mysleniu, kedy sa veľmi ťažko dokáže prispôbiť a zmeniť svoju kognitívnu stratégiu. Môže dochádzať k pesimistickému ladeniu. Myslenie býva priamočiare a konkrétne. Môže pôsobiť až dezorganizovane. Odpovede a reakcie pacientky môžu byť náhle a nepremyslené. U pacientky môže dochádzať k úniku do fantázie, čo môže byť taktikou ako sa vyrovnáť s nepríjemnými situáciami na úrovni každodenného života. Slúži to najmä k popieraniam reality a nepríjemných situácií. Môže to viesť taktiež aj k neúspešnej adaptácii, nárastu pocitu bezmocnosti či závislosti na druhých. U pacientky sú tieto zdroje dostatočné na pokrytie záťaže a kontrole stresu. Pacientka má potenciál pre časté skúsenosti s negatívnymi náladami ako depresia, náladovosť, tenzia či úzkosť, čo môže byť spôsobené aj jej rodinnou históriou a agresiou voči nej zo strany otca. U pacientky sa vyskytuje nekonzistentný vplyv emócií na myslenie, objavuje sa váhavosť, nerozhodnosť a zmena v rozhodnutiach. Táto nekonzistentnosť môže byť zdrojom prežívania zmätku. Vedie to k nepredvídateľným emočným prejavom. Pacientka sa javí nezrelá a môže mať problémy s prežívaním, ak je vystavená emočným situáciám. Môžu sa u pacientky vyskytovať negatívne myšlienky voči nej samej či znížená sebaúcta. U pacientky pozorujeme tendenciu zastávať pasívne interpersonálne role. Pacientka uznáva a vyjadruje potreby blízkosti druhých. U pacientky nepozorujeme tendenciu závislého správania na druhých osobách. Pacientka javí záujem o kontakt s druhými osobami. Tento záujem je založený na medzilidskom porozumení, ktoré má tendenciu odrážať realitu.

Tabuľka 3.

Významné znaky v profile pacientky

Pacientka č. 2	Výrazné znaky v profile pacientky	Očakávané, ale chýbajúce znaky v profile pacientky	Neočakávané znaky v profile pacientky
	<ul style="list-style-type: none"> • Odpovede zamerané na W • Zvýšené DEPI Nízky počet R • Pomalý reakčný čas 	<ul style="list-style-type: none"> • Zvýšené CDI • Zvýšený počet D + Dd odpovedí • Zvýšený počet C' odpovedí • Zvýšený počet odpovedí s obsahom A 	<ul style="list-style-type: none"> • Vyšší počet H odpovedí • Odpovede s Hx obsahom • Zvýšený počet MOR odpovedí

Výsledok z dotazníka STAI u pacientky bol takmer totožný. V oboch prípadoch vidíme zvýšené skóre, ktoré sa od seba takmer nelíši. V prípade prvej časti x-1 je výsledok celkového počtu bodov 62 a v prípade časti x-2 je výsledok rovný 61. V tomto prípade môžeme usudzovať že pacientka má vo všeobecnosti sklony k emočnej disharmónii a pocitom úzkosti. Prejavy úzkosti u pacientky môžu byť spojené s osobnostnou vlastnosťou ale aj s aktuálnym prežívaním. U pacientky sa momentálne vyskytuje náročné obdobie. Vzhľadom na jej anamnézu má tendenciu utiahnuť sa do seba. Vzťahy nadväzuje ťažko. Pacientka hovorí, že zvykne prežívať svoje emócie sama a nemá tendenciu ich zdieľať s okolím. To môže viesť k nahromadeniu vnútornej tenzie a emočnej nepohody.

6.3.Kazuistika č. 3

Protokol s číslom 3 patrí pacientke, ktorá je vo veku 14 rokov. Pacientka navštevuje 8. ročník základnej školy. V škole jej to moc nejde, už viac krát musela prestupovať na inú školu pretože bola šikanovaná. Kamarátov nemá, má len jednu najlepšiu kamarátku. Medzi jej koníčky patrí hlavne horolezectvo a gymnastika.

Pacientka bola vyšetovaná aj pedopsychiatrom.

Matka popisuje tehotenstvo ako bezproblémové. Matka má 42 rokov, nemá dobrý vzťah so svojou dcérou. Pracuje v makre. Otec má 41 a vzťah s pacientkou je dobrý. Pracuje na stavbe. Pacientka popisuje ich spoločný vzťah ako harmonický. Problémový vzťah má vraj so starším bratom, ktorý má 17 rokov. Pacientka udáva, že ju brat obchytkával na prsiach. Inak ju stále ignoruje, ona by sa chcela s ním rozprávať, ale on je vraj stále za počítačom a ani doma nepomáha. Pár krát utiekla z domu, rodičia museli volať políciu, nakoniec prišla sama domov.

Pacientka prichádza na vyšetrenie sama, spolupracuje, je orientovaná všetkými smermi. Mimika a gestá odpovedajú jej veku. Nejaví žiadne výrazné prejavy tenzie, agresie či depresie. Situácia s opakovaným obchytkávaním od brata je popisované v klude, bez tenzie či rôznych prejavov. Javí stereotypné správanie, emócie sa snaží potláčať a nedáva ich na povrch. Pri konverzácií o citlivých témach odbieha. Doma, ak jej nie je dobre, s nikým to nerieši. Vraj to nikoho nezaujíma a tak sa zavrie do izby.

Pacientka je v PNKM hospitalizovaná prvý krát. Dôvod je intoxikácia psychofarmakmi, ktoré zjedla vedome. Našla ich u svojej matky, vraj ich bolo 21. Nechce už zostať ďalej v nemocnici, chce ísť domov. Celá situácia je sledované OSPOD. Pacientka má stanovenú dg.: F92.8 – disharmonický vývoj / porucha správania a emócií.

Rorschachovu metódu už robila pri prvej hospitalizácií. Teraz je to takmer 5 týždňov od prvého testovania. Pacientka javí tenziu, má strnutý postoj, hovorí a odpovedá tichým tónom. Jej odpovede sú veľmi strohé a je náročné ju motivovať k viacerým odpovediam. V úvodnom rozhovore nejavila známku prejavu emócií, aj napriek rozprávaníu sa o ťažkých chvíľach v rodinnom prostredí. Mala tendenciu odbehnúť od témy, zmeniť ju a odľahčiť. Pacientka občas spomenula pocity prázdnoty ale hneď odvrátila pozornosť na inú tému.

Protokol

KA05KO_03 - f/14

Věk:14

1) I - Orientace A - ^

Jelen

K: Tady má parohy jako jelen. Bude to malý jelen, je to malý (D1).

2) I - Orientace A - ^

Pták

K:(D2) Tady má zobák a tady je hlava a zbytek těla.

3) I - Orientace A - ^

Příroda

K: Tady dohromady prostě.
E: Pomoz mi to vidět tak, jak to vidíš ty.
K: Tady je například strom, tady jsou asi něco jako ptáci, možná kytky. Taková příroda (Dd23, Dd33).

4) II - Orientace A - ^

2 psy a modlí se

K: Tady má tělo, tady tlapy spojený dohromady, jakoby se modlili.

5) II - Orientace A - ^

Obličej

K: (D2) Tady to vypadá jako obličej.
E: Pomoz mi to vidět tak, jak to vidíš ty.
K: Tady je nos, možná tady uši.

6) II - Orientace A - ^

Motýl

K:(D3) Tady to, je to červený, má to barvu motýla.

7) III - Orientace A - ^

Mašle.

K: Tohle tady (D3), má to takový tvar jako mašle a také barvu. I když mašle jsou různé barvy. Ale tady ten tvar je jasný. Tady ty boky.

8) III - Orientace A - ^

Ryba

K:(D5) Tady má ocas, tlamu, ploutev.

9) III - Orientace A - ^

Býk

K: Tady má tvář a tady uši a rohy (Dd35).

10) IV - Orientace A - ^

Drak, který leze z jeskyně.

K: Tady je ta jeskyně (D7) a zde vidíme jenom hlavy draka, tady má rohy nebo co to je ale je to jenom kousek jako by z toho lezl (D1).

11) IV - Orientace A - ^

Pes

K: Tady má obličej, zde jsou nějaké uši a zbytek těla (D6).

12) V - Orientace A - ^

Netopýr

K: Křídla zde, zbytek těla tady. Prostě netopýr.

13) V - Orientace A - ^

Tlama od krokodýla

K: Tady to na kraji.
E: Pomoz mi to vidět tak, jak to vidíš ty.
K: Tady to. Má otevřenou tlamu, jako má krokodýl (D10).

14) VI - Orientace A - ^

Natažená kůže ze zvířete.

K: (D1) Tady to je.
E: Ukaž mi, kde to vidíš.
K: Tady to je. Taková ta co visí na zdi. Tady jsou ty okraje. No prostě kůže.

15) VI - Orientace A - ^

Mozek z vrchu.

K: (Dd32) Tady to. Jako dvě polovice mozku to vypadá.

16) VI - Orientace B - >

Západ slunce

K: Zde. Je to zrcadlově. Takový odraz ve vodě. Tady to je západ slunce. Má to ty črty zapadajícího slunka.

17) VII - Orientace A - ^

2 postavy

K: Tady to malé dole co je.
E: Pomoz mi to vidět tak, jak to vidíš ty.
K: (Dd27) Tohle jsou dvě postavy, asi kráčejí nebo stojí nevím. Jsou dvě.

18) VII - Orientace A - ^

Čerty

K: Tady po stranách. Jsou dva.
E: Ukaž mi to prosím, tak jak to vidíš ty.
K: Tady mají rohy, tady je obličej. Je to i černé.

19) VII - Orientace A - ^

Tady jsou další postavy dívající se na sebe.

K: Tady jsou siluety prostě to je tvar lidské postavy, jsou k sobě a jsou dvě.

20) VIII - Orientace A - ^

Hora

K: Tady to zelená. Jde to tak do špičky (ukazuje), do nějakého vrcholu jako hora.

21) VIII - Orientace A - ^

Zvíře

K: Tady má tlamu, ocas nebo možná nohy. Stojí na místě.

22) VIII - Orientace A - ^

Motýl

K: Znova ta barva motýla jako na tabuli, kterou jsem už viděla. Taky byl červený.

23) IX - Orientace A - ^

Parohy od jelena

K: Tady to má takový tvar jako parohy. Také velké mají jeleni.

24) IX - Orientace A - ^

Plíce.

K: Tady to má tvar plic, možná tady průdušnice.

25) IX - Orientace A - ^

Tady vidím ještě páteř.

K: (DS8) Má to takový tvar jako přes rtg. Tady jsou obratle.

26) X - Orientace A - ^

Šípy

K: Zde. Tohle má tvar toho peříčka a tohle toho hrotu.

27) X - Orientace A - ^

Býk

K: Tady to. Tady je ocas, rohy toho bejka a to tělo (D1).

28) X - Orientace A - ^

Znova plíce

K: Tady tohle zase ty plíce, ten tvar no. (D10)

29) X - Orientace A - ^

Nějaký pták

K: Tady má ocas, tady zobák.

30) X - Orientace A - ^

Podmořské rostliny

K: To vypadá jako na obrázku co mi kamarádka posílala. Takové měla na dovolené v moři. A přesně takový tvar měly.

Sekvence skóru základní

KA05KO_03 - f/14

Věk:14

Tab	N.	Or	Loc	DQ	DET	FQ	2	Obsah	P	Z	Spec.	Skor
I.	1	^	D	o	F	u		Ad				
I.	2	^	D	o	F	o		A				
I.	3	^	Dd	o	F	u		Na				
II.	4	^	D	+	FMa	o	(2)	A	P	3		
II.	5	^	D	o	F	-		Hd				PHR
II.	6	^	D	o	C	o		A				
III.	7	^	D	o	FC	o		Id				
III.	8	^	D	o	F	o		A				
III.	9	^	Dd	o	F	-		Ad				INC1
IV.	10	^	D	+	FMa	o		(Ad), Ls		4		
IV.	11	^	D	o	F	-		A				
V.	12	^	W	o	F	o		A	P	1		
V.	13	^	D	o	FMp	o		Ad				
VI.	14	^	D	o	mp	o		Ad	P			
VI.	15	^	Dd	o	F	-		An				
VI.	16	^	D	+	rF	-		Na			2,5	
VII.	17	^	DdS	o	Ma	-	(2)	H		4		PHR
VII.	18	^	D	o	FC'	u	(2)	(Hd)				GHR
VII.	19	^	Dd	+	FMp	o	(2)	H		3		GHR
VIII.	20	^	D	o	F	o		Ls				
VIII.	21	^	D	o	FMp	o		A	P			
VIII.	22	^	D	o	C	o		A				
IX.	23	^	Dd	o	F	o		Ad				
IX.	24	^	Dd	o	F	-		An				
IX.	25	^	DS	o	F	-		Xy			2,5	
X.	26	^	Dd	o	F	u	(2)	Id				
X.	27	^	D	o	F	u		A				
X.	28	^	D	o	F	-		An				PSV
X.	29	^	Dd	o	F	o		A				
X.	30	^	D	o	F	u		Bt				PER

Strukturální souhrn kompletní

KA05KO_03 - f/14

Věk:14

Pozn.

Loc. feat.	Blends	Singles	Contents	Approach
Zf = 7		M = 1	H = 2	I: D D Dd
Zsum = 20		FM = 5	(H) = 0	II: D D D
Zest = 20.5		m = 1	Hd = 1	III: D D Dd
Zd = -0.5		FC = 1	(Hd) = 1	IV: D D
		CF = 0	Hx = 0	V: W D
		C = 2	A = 10	VI: D Dd D
W = 1		Cn = 0	(A) = 0	VII: DdS D Dd
D = 20		FC' = 1	Ad = 5	VIII: D D D
W+D = 21		C'F = 0	(Ad) = 1	IX: Dd Dd DS
Dd = 9		C' = 0	An = 3	X: Dd D D Dd D
S = 2		FT = 0	Art = 0	
		TF = 0	Ay = 0	Special Scores
		T = 0	Bl = 0	Lv11 Lv12
DQ		FV = 0	Bt = 1	DV = 0 x1 0 x2
+ = 4		VF = 0	Cg = 0	INC = 1 x2 0 x4
o = 26		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 = 0	CONT = 0 x7
		Fr = 0	Ge = 0	Sum6 = 1
		rF = 1	Hh = 0	WSum6 = 2
	FQ:	MQ:	W+D:	FD = 0
+ = 0	0	0	0	F = 18
o = 15	0	12		
u = 6	0	4		
- = 9	1	5		
none = 0	0	0	(2) = 5	
				Na = 2
				Sc = 0
				Sx = 0
				Xy = 1
				Id = 2
				AB = 0
				AG = 0
				COP = 0
				CP = 0
				GHR = 2
				PHR = 2
				MOR = 0
				PER = 1
				PSV = 1

Ratios, Percentages, and Derivations

CORE			AFFECT			INTERPERSONAL		
R = 30	L = 1.5		FC : CF+C = 1:2			COP = 0	AG = 0	
Extratensive	Avoidant		Pure C = 2			GHR : PHR = 2:2		
EB = 1:3.5	EA = 4.5	EBper = No	SumC':WsumC = 1:3.5			a : p = 3:4		
eb = 6:1	es = 7	D = 0	Afr = 0.58			Food = 0		
	Adjes = 7	AdjD = 0	S (Space) = 2			SumT = 0		
			Blends : R = 0:30			Human cont. = 4		
			CP = 0			Pure H = 2		
FM = 5	SumC' = 1	SumT = 0	Col-shd bl. =			PER = 1		
m = 1	SumV = 0	SumY = 0				Isol.index = 0.23		
IDEATION			MEDIATION			PROCESSING		
a : p = 3:4			XA% = 0.7			Zf = 7		SELF-PERCEPTION
Ma:Mp = 1:0			WDA% = 0.76			W:D:Dd = 1:20:9		3r+(2)/R = 0.27
Intell = 0			X-% = 0.3			W:M = 1:1		Fr+rF = 1
MOR = 0			S- = 2			Zd = -0.5		Sum V = 0
Sum6 = 1			P = 4			PSV = 1		FD = 0
WSum6 = 2			X+% = 0.5			DQ+ = 4		An+Xy = 4
Lv2 = 0			Xu% = 0.2			DQv = 0		MOR = 0
M- = 1								H: (H)+Hd+(Hd) = 2:2
M none = 0								

PTI = 1 DEPI = 3 CDI = 2 SCON = 4 HVI = No OBS = No

Protokol považujeme za validný vzhľadom na R, ktorého hodnota je 30 a lambda sa rovná 1,5. V súlade s komprehenzívnym systémom budeme výsledky interpretovať v nasledujúcom poradí: Centrálna sekcia > Afekt > Spracovanie > Sebapercepcia > Mediácia > Ideácia Interpersonálna percepcia

1. Centrálna sekcia

Pacientkina tolerancia voči stresu a kapacita pre jeho zvládanie sa javí u pacientky obvyklá.

Pacientka je schopná fungovať v štruktúrovanom prostredí, kde je taktiež dostatok zdrojov na pokrytie záťaže.

2. Afekt

U pacientky pozorujeme sklon k vyhýbavému extratenzívnemu štýlom. Ide o štýl, kedy je rozhodovanie ovplyvnené emóciami a riešenie problémov je založené na pokus - omyl. Vďaka vyhýbavému štýlu nie sú emócie dostatočne rozlišované, čo spôsobuje nedostatočnú identifikáciu a ich uplatnenie. Dôsledkom toho môže u pacientky vznikáť impulzívne správanie a myslenie.

U pacientky hrajú emócie rolu pri rozhodovaní, ale dokáže ich krátkodobo eliminovať pro rozhodovaní a riešení problémov, kde by bol vplyv emócií kontraproduktívny.

U pacientky očakávame znížený záujem o emočné stimuly, čo ale nie je znakom lability ale môže ísť len o znížený záujem o emočné podnety.

Pacientka disponuje nezrelosťou psychologickkej organizácie, prežívaniu problémov či konfrontácií s emočnými situáciami.

3. Spracovanie

Pacientky má sklony k ekonomickému a úspornému spracovávaniu informácií. Poukazuje na vyhýbanie sa komplexnosti pri riešení problémov či rozhodovaní.

Index ekonómie nám hovorí o pozornosti zameranej tým najobyčajnejším veciam a snahe nevyhľadávať súvislosti. Pacientka sa môže javiť ako menej vnímavá osoba, ktorá bude disponovať ku zlyhávaniu v situáciách žiadúcich flexibilitu či tvorivosť.

Pacientkina efektivita skenovania o vynaloženom úsilí odpovedá úrovni bežnej populácie.

U pacientky môžeme pozorovať menšie problémy v presúvaní pozornosti. Môže byť prítomná menšia efektivita pri spracovaní informácií.

4. Sebapercepcia

U pacientky pozorujeme zvýšené zaujatie vlastnou osobou. Pacientka má rozhodovanie a správanie ovplyvnené smerom, ktorý opakovane umožňuje potvrdenie pacientkinho zvýšeného sebahodnotenia. Pacientke sa nedarí udržať medziľudské vzťahy. V prípade, že sa vyskytne zvýšené sebaopozorovanie môže to vyvolať u pacientky vnútorný konflikt medzi vysokou hodnotou prisudzovanou vlastnej osobe a priemernosťou, ktorú dáva najavo okolie.

Index egocentricity je podpriemerný. Značí o nízkej sebaúcte a negatívnom vzťahu pacientky voči jej vlastnej osobe. Má negatívny postoj ku vlastnému self a nízky odhad vlastnej hodnoty. Pozornosť, ktorú by mala venovať sebe potláča.

V prípade pacientky sme si všimli jav, ktorý môže byť známkom ruminácie, ktorá sa týka vlastného tela. Ide o znepokojivý pocit zraniteľnosti.

Odpovede s ľudskou reprezentáciou nám hovoria o pacientkinom zakladaní sebaobrazu na základe skúseností a spätnej väzbe. Jej vnímanie je založené na identifikácií s reálnymi osobami. Ide o sebaobraz, na ktorom sa podieľa interakcia s okolím.

U pacientky pozorujeme zvýšený počet odpovedí so zvieracím obsahom. Taktiež sa v protokole nachádza prevaha tvarových odpovedí. Pacientka sa u odpovedí zameriava prevažne na detaily.

U pacientky pozorujeme zvýšený počet zvieracích odpovedí. Zvýšený počet týchto odpovedí sa vyskytuje u detí či u pacientov so sklonom k prežívaniu úzkostných stavov.

5. Mediácia

U pacientky sa prejavuje stredná úroveň mediačnej dysfunkcie. Do istej miery môže ísť u pacientky aj o narušenie testovania reality či emočného rozruchu. Pacientka má taktiež sklony k narušeniu testovania reality, ktoré môže byť spojené s poruchou adaptácie.

Prejavuje sa vyhýbavý štýl, ktorý nie je efektívny a je udržiavaný distórciou reality.

Odpovede pacientky sú menej konvenčné a objavujú sa aj v situáciách, ktoré sú jednoduché a menej definované. Môže nastať otázka, či pacientka nemá trvalú tendenciu k prehliadaniu sociálnych konvencií či uprednostňovaní individuálnych potrieb a prianí.

Celková tendencia ku konvenčnému správaniu u pacientky je zvýšená. Očakávame správanie, ktoré je menej primerané a konvenčné. Pacientka disponuje sklonom ku správaniu spôsobenému mediačnou dysfunkciou a problémami s testovaním reality.

6. Ideácia

U pacientky sa prejavuje vyhýbavý extratenzívny štýl, ktorý je náchylný k ovplyvňovaniu rozhodnutí emóciami. Často je aplikované riešenie pokus – omyl. V zložitejších situáciách pacientka nie je schopná rozlíšiť svoje emočné prežitky a adaptívne reagovať na ich zmeny. To môže viesť k impulzívnemu a neefektívnemu mysleniu. Je možnosť zlučovania emócií s rozhodovaním.

Pacientka má tendenciu k dominantnému, asertívnemu a prípadne agresívnemu rozhodovaniu a ovplyvňovaniu prostredia.

U pacientky môžeme pozorovať rôzne zvláštnosti v myslení. Môže to byť prejavom zlyhania schopností mentalizácie či zníženou schopnosťou empatie.

7. Interpersonálna percepcia

Pacientka uznáva potreby a blízkosť druhých. Podľa Komprehenzívneho systému je však interpretácia tejto hodnoty problematická.

U pacientky taktiež pozorujeme menšiu mieru záujmu o druhých, čo sa predovšetkým vyskytuje u osôb emočne stiahnutých do seba či sociálne izolovaných.

Pacientka neočakáva pozitívnu interakciu s druhými. V interpersonálnych situáciách sa cíti menej pohodlne, môže však vybudovať hlboké a pevne vzťahy.

Index izolácie je znížený.

. Pacientka je schopná fungovať v štruktúrovanom prostredí, kde je taktiež dostatok zdrojov na pokrytie záťaže. U pacientky prevažuje rozhodovanie ovplyvnené emóciami a riešenie problémov je založené na systéme pokus - omyl. Vďaka vyhýbavému štýlu nie sú emócie dostatočne rozlišované, čo spôsobuje nedostatočnú identifikáciu a ich uplatnenie. Dôsledkom toho môže u pacientky vznikáť impulzívne správanie a myslenie. Očakávame znížený záujem o emočné stimuly. Pacientka disponuje nezrelosťou psychologickéj organizácie, prežívaniu problémov a konfrontácií s emočnými situáciami. Poukazuje na vyhýbanie sa komplexnosti pri riešení problémov či rozhodovaní. Jej pozornosť je zameraná k tým najobyčajnejším veciam a snahe nevyhľadávať súvislosti. Môže byť prítomná menšia efektivita pri spracovaní informácií. U pacientky pozorujeme zvýšené zaujatie vlastnou osobou. Pacientka má rozhodovanie a správanie ovplyvnené smerom, ktorý opakovane umožňuje potvrdenie pacientkinho zvýšeného sebahodnotenia. Vzhľadom na tento stav sa pacientke nedarí udržať medziľudské vzťahy. Má negatívny postoj ku vlastnému self a nízky odhad vlastnej hodnoty. Pacientka si zakladá sebaobraz na základe skúseností a spätnej väzbe. Jej vnímanie je založené na identifikácii s reálnymi osobami. Pacientka sa u odpovedí zameriava prevažne na detaily. U pacientky sa prejavuje stredná úroveň mediačnej dysfunkcie. Do istej miery môže ísť u pacientky aj o narušenie testovania reality či emočného rozruchu. Prejavuje sa vyhýbavý štýl, ktorý nie je efektívny a je udržiavaný distórciou reality. Odpovede pacientky sú menej konvenčné a objavujú sa aj v situáciách, ktoré sú jednoduché a menej definované. Môže nastať otázka, či pacientka nemá trvalú tendenciu k prehliadaniu sociálnych konvencií či uprednostňovaní individuálnych potrieb a prianí. Celková tendencia ku konvenčnému správaniu u pacientky je zvýšená. Často je aplikované riešenie pokus – omyl. V zložitejších situáciách pacientka nie je schopná rozlíšiť svoje emočné prežitky a adaptívne reagovať na ich zmeny. To môže viesť k impulzívnemu a neefektívnemu mysleniu. U pacientky taktiež pozorujeme menšiu mieru záujmu

o druhých, čo sa predovšetkým vyskytuje u osôb emočne stiahnutých do seba či sociálne izolovaných. Pacientka neočakáva pozitívnu interakciu s druhými.

Tabuľka 4.

Významné znaky v profile pacientky

Pacientka č. 3	Výrazné znaky v profile pacientky	Očakávané, ale chýbajúce znaky v profile pacientky	Neočakávané znaky v profile pacientky
	<ul style="list-style-type: none"> • Zvýšený počet odpovedí s obsahom A • Zvýšený počet D + Dd odpovedí • Pomalý reakčný čas • Znížený počet H odpovedí 	<ul style="list-style-type: none"> • Zvýšené CDI • Zvýšené DEPI • Nízky počet R • Zvýšený počet C' odpovedí 	<ul style="list-style-type: none"> • Odpovede S (Space)

U tretej pacientky sa prejavuje vyššia tendencia k prežívaniu aktuálnej úzkosti. X-1 vyšlo 59 a x-2 = 53. Môže ísť o nepríjemné pocity s testovaním. V oboch prípadoch však vidíme zvýšené hodnoty a teda sklony k úzkostným stavom. Pacientka zjavne pociťovala tenziu počas celého testovania ale zároveň podľa anamnézy a rozhovoru má tendenciu stiahnuť sa do seba. Vzhľadom na prejavovanie emócií, ktoré prežíva, môže ísť o dlhodobý stav pocitu úzkosti či tenzie.

6.4.Kazuistika č. 4

Pacientka, ktorou sa budeme zaoberať v kazuistike č. 4 je slečna, ktorá má 12 rokov. V dobe zberu dát táto pacientka navštevovala 7. ročník základnej školy. V škole nerobí problémy, má v kolektíve pár kamarátok, baví ju street dance. V poslednej dobe sa jej výrazne zhoršil prospech. Okrem tanca sa taktiež venuje aj drevárskemu krúžku.

Pacientka bola privezená pre stabilizovanie porúch správania pri rozkolísanom ADHD, s náznakmi emočnej lability až agresie.

Matka má 43 rokov. Vzťah majú celkom dobrý. Otec má asi 46 – veľmi nevedela. Vraj jazdí autobusom. O oboch rodičoch veľa nepovedala. Pacientka žije s matkou a s bratom, rodičia sú rozvedení. Doplňuje, že sa jej otec stará o postihnutú pani. S bratom nemá moc dobrý vzťah. Jej brat je starší a agresívny. Má ešte sestru, o ktorej veľa nehovorí pretože s nimi nežije. Sestra má 21 rokov a už má vlastný život. V detstve to mala veľmi ťažké, pretože jej matka si priviezla domov iného chlapa, ktorý bol alkoholik. Dostávala tresty ako kľáčanie na hrachu, občas jej dal facku, bol agresívny. Pacientka popisuje, že sa ju pár krát snažil aj škrtiť a postupom času bol agresívny aj na matku. Odvtedy má psychosomatické problémy. Vraví o sebe že agresívna nebíja. Všimla si však kolísanie nálad, kedy má záchvaty plaču, tenzie a neskôr to prejde do výbuchu zlosti. To všetko aj kvôli drobnostiam.

Pacientka býva podráždená, impulzívna, v domácom prostredí kolísavé pocity medzi hnevom, pohodou či vnútorným napätím. Pacientka sa bojí tmy a búrok.

Pacientka pri prvotnom rozhovore spolupracuje a je orientovaná primerane svojmu veku. Kontakt je spontánny, odpovede sú veľmi stručné, občasné problémy s vyjadrovaním. Používa popisný štýl vyjadrovania. Psychomotoriku má mierne spomalenú. Pacientka sa javí podráždená a popisuje, že v domácom prostredí je často impulzívna a vzdorovitá. Nejaví žiadne známky depresie, v afektu býva vulgárna, zvykne kradnúť a má nízku frustračnú toleranciu. Myslenie bez bludov, fobické prvky – strach z tmy. Intelekt je v pásme subnormy. Pacientka vykazuje nízku sebareflexiu a horší náhľad na svoje správanie.

Pacientka privezená do PNKM ku stabilizačnému pobytu pri pubescentne rozkolísanom ADHD. Pacientka podstupuje psychoterapiu individuálnu ale aj skupinovú. Má medikáciu. Pacientke je stanovená dg.: F90.0 – hyperkinetické porucha – porucha aktivity a pozornosti spolu s inými poruchami správania a emócií.

Pri testovaní spolupracuje. Rorschachovu metódu robila prvý krát. Pacientka podáva veľmi strohé odpovede. Javí sa akoby to chcela mať čo najskôr za sebou. Nejaví žiadne náznaky agresivity. Postoj mala odťazitý a o témach s emočne nabitým obsahom nechcela hovoriť. Povedala na rovinu že o tom nechce hovoriť. Snažíme sa v rámci možností spolupracovať.

Protokol

MI07FI_04 - f/12

Věk:12

1) I - Orientace B - >

Pes

K: Tady jsou uši, hlava, nohy, jsou 2.

2) II - Orientace B - >

Medvěd

K:Tady.
E: Pomoz mi vidět to tak, jak to vidíš ty.
K: Tady ten tvar prostě. Tady má uši, nos, hlava.

3) II - Orientace A - ^

Srdce, nebo co to je.

K: Tohle červený. Má to tvar srdce a ještě to má takovou barvu .

4) III - Orientace B - >

Opice

K: Tady tohle.
E: Pomoz mi vidět to tak, jak to vidíš ty.
K: Tak tady je hlava, tady má nohy, zde je ocas.

5) III - Orientace B - >

Ryba

K: Má to tvar ryby jako když chodíme rybařit.
E: Pomoz mi to vidět tak, jak to vidíš ty.
K: Tady má ocas, takové prodloužené tělo. Zde je hlava.

6) III - Orientace A - ^

Rybník

K: Jo tohle by mohl být rybník protože je to takové jako voda.
E: Voda?
K: To stínování barev. Jakoby se tam ta voda hýbala a ještě když sem tam viděla ryby tak ty jsou v rybníku že.
E: Hýbala?
K: Tady ty čárky.

7) IV - Orientace A - ^

Zase brouk

K: Tady tahle část jenom.
E: Pomoz vidět to tak, jak to vidíš ty.
K: Tady to. Prostě tady má hlavu, kusadla a je převrácený.
E: Převrácený?
K: Jo. Musí ležet na zádech, vidíme jenom břicho. Oči nejsou vidět takže je musí mít z opačné strany a tím pádem je prostě otočený.

8) IV - Orientace A - ^

Samota

K: Jo je to celé úplně černé. Ta černá barva je prostě jak když se cítím sama.

9) IV - Orientace A - ^

Strašidlo

K: Tady to vypadá jako nějaké strašidlo. Je to celé černé.
E: Pomoz mi vidět to tak, jak to vidíš ty.
K: Tady je hlava, rohy obrovské a velké nohy. Strašidlo a je to černé jako ve tmě.

10) V - Orientace A - ^

Netopýr

K: Má to takový tvar, tady jsou křídla.

11) V - Orientace A - ^

Tahle ta část je jako pusa krokodýla

K: Jo tady má spodní a tady vrchní část pusy. Má ji otevřenou. A zde jsou oči a zbytek těla.

12) VI - Orientace A - ^

Možná znova nějaká samota či zlo.

K: Je to celé černé. Nemá to žádný tvar a ta barva je zlá. Černá není dobrá.

13) VI - Orientace A - ^

Možná taky hmyz nějaký, nebo já vlastně nevím.

K: Tak třeba tady to. Vypadá to jako nějaká hlava, tykadla a ještě křídla.

14) VIII - Orientace A - ^

Lev

K: Tohle. Má to ten tvar a možná kulhá.
E: Kulhá?
K: Tuhle nohu má divnou asi ho něco bolí nebo mu někdo ublížil, nevím. Má jí jinou, kratší, kulhá.

15) VIII - Orientace A - ^

Hora.

K: Ten tvar jako kopec. Možná aj ta barva ale to nevím. Hory nemají jenom tuhle barvu.
E: Pomoz mi to vidět tak, jak to vidíš ty.
K: Má to tvar kopce nebo hory. To je asi to samé. Takové do špičata to je.

16) X - Orientace A - ^

Šipky

K: Tohle malé černé.
E: Pomoz vidět to tak, jak to vidíš ty.
K: Má to tvar šipky z té hry. Kdy se snažíme trefit do terča. Tady to je hrot.

Sekvence skórá základní

MI07FI_04 - f/12

Věk:12

Tab	N.	Or	Loc	DQ	DET	FQ	2	Obsah	P	Z	Spec.	Skor
I.	1	^	D	o	F	-	(2)	A				
II.	2	^	D	o	F	o		A	P			
II.	3	^	D	o	FC	o		An				
III.	4	>	Dd	o	F	-		A				
III.	5	>	D	o	F	o		A			PER	
III.	6	^	DdS	v	mp.Y	u		Na		3		
IV.	7	^	D	o	FMP	u		A				
IV.	8	^	W	v	Mp.C'	none		Hx			AB, PER, PHR	
IV.	9	^	W	o	C'F	o		(H)	P	2	GHR	
V.	10	^	W	o	F	o		A	P	1		
V.	11	^	D	o	FMP	o		Ad				
VI.	12	^	W	v	Mp.C'	none		Hx			AB, MOR, PHR	
VI.	13	^	D	o	F	o		A				
VIII.	14	^	D	o	FMa	o		A	P		MOR	
VIII.	15	^	D	o	F	o		Ls				
X.	16	^	Dd	o	F	u		Id				

Strukturální souhrn kompletní

MI07FI_04 - f/12

Věk:12

Pozn.

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

Ratios, Percentages, and Derivations

CORE			AFFECT			INTERPERSONAL		
R = 16	L = 1		FC : CF+C = 1:0			COP = 0	AG = 0	
Ambitent Avoidant			Pure C = 0			GHR : PHR = 1:2		
EB = 2:0.5	EA = 2.5	EBper = No	SumC':WsumC = 3:0.5			a : p = 1:5		
eb = 4:4	es = 8	D = -2	Afr = 0.23			Food = 0		
	Adjes = 8	AdjD = -2	S (Space) = 1			SumT = 0		
			Blends : R = 3:16			Human cont. = 1		
FM = 3	SumC' = 3	SumT = 0	CP = 0			Pure H = 0		
m = 1	SumV = 0	SumY = 1	Col-shd bl. = 0			PER = 2		
						Isol.index = 0.19		
IDEATION			MEDIATION			PROCESSING		
a : p = 1:5			XA% = 0.75			Zf = 3		3r+(2)/R = 0.06
Ma:Mp = 0:2			WDA% = 0.77			W:D:Dd = 4:9:3		Fr+rF = 0
Intell = 4			X-% = 0.13			W:M = 4:2		Sum V = 0
MOR = 2			S- = 0			Zd = 0		FD = 0
Sum6 = 0			P = 4			PSV = 0		An+Xy = 1
WSum6 = 0			X+% = 0.56			DQ+ = 0		MOR = 2
Lv2 = 0			Xu% = 0.19			DQv = 3		H: (H)+Hd+ (Hd) = 0:1
M- = 0								
M none = 2								

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

Protokol považujeme za validný vzhľadom na $R = 16$, $\lambda = 1$. Počas interpretácie a tvorby výsledku budeme však brať ohľad že nemusí byť dostatočne odhaľujúci. Výsledky sú validné spôsobom, akým sa pacientka správa, keď je ostražitý a opatrný. V súlade s komprehenzívnym systémom budeme výsledky interpretovať v nasledujúcom poradí: Centrálna sekcia > Interpersonálna percepcia > Sebapercepcia > Afekt > Spracovanie > Mediácia > Ideácia

1. Centrálna sekcia

Kapacita pre kontrolu je u pacientky limitovaná. Vykazuje znížené výsledky, čo môže priviesť pacientku v stresových situáciách k dezorganizácii. Kapacita pre kontrolu je u pacientky nižšia ako u väčšiny populácie. Môže dochádzať k emočnému rozrušeniu či neefektívnemu správaniu.

Predpokladáme že pacientka disponuje nižším počtom zdrojov ku zvládaniu kontroly a môže dochádzať k dezorganizácii aj počas bežných záťažových situácií. V prípade, že sa pacientka vyskytuje v štruktúrovanom prostredí, môže byť táto záťaž dostatočne pokrytá.

2. Interpersonálna percepcia

Pacientkine schopnosti v sociálnych situáciách sú značne limitované. Môžeme predpokladať, že pacientka nie je na svoj vek sociálne zrelá a môžu sa vyskytovať prípadné problémy v interakciách s ostatnými ľuďmi. Jej vzťahy môžu byť často krát povrchné. Pacientka sa môže zdať utiahnutá, izolovaná a pre ostatných menej citlivá k potrebám a záujmom druhých. Môžu sa vyskytovať epizódy emočných rozkladov a depresie, čo môže byť reakciou na zlyhanie v sociálnej oblasti.

U pacientky sa objavujú rysy, ktoré môžu ovplyvňovať vnímanie druhých osôb a interakciu s nimi. Pozorujeme tendenciu zastávať pasívny postoj v interpersonálnych situáciách. Má sklony ťažšie nadväzovať kontakt s okolím, rozvojom a udrzaním vzťahov. Tendencia vyhýbať sa zodpovednosti pri rozhodovaní je zrejma.

Zvýšená potreba či závislosť na druhých osobách nie je prítomná.

U pacientky prevyšuje tendencia vyhýbať sa ostatným a prejavovať nezáujem o kontakt s nimi. Často sa tento jav vyskytuje u osôb, ktoré sú emočne stiahnuté do seba alebo sú sociálne izolované.

Pacientka disponuje menej adaptívnym spôsobom správaním v interpersonálnych vzťahoch ako väčšina populácie. Často krát môže dochádzať k nežiadúcemu správaniu.

Prejavuje sa očakávanie negatívnych interakcií s druhými ľuďmi. V spoločnosti sa pacientka necíti pohodlne, je rezervovaná až nespooločenská a ukazuje náznak vyhýbavosti, čo podľa examinátorky bolo značne viditeľné aj pri testovaní.

Pacientka sa javí viac defenzívne v interpersonálnych situáciách, snaží sa prezentovať len do tej miery, do ktorej sa cíti ona sama bezpečne. Index izolácie je nesignifikantný.

U pacientky je výskyt odpovedí s ľudským obsahom nízky a v protokole sa nachádza len jedna párová odpoveď. Tieto odpovede sú kľúčovými indikátormi schopnosti jedinca participovať s druhými osobami. Percepcia a dojem je spojený s empatiou voči okoliu. Tento výsledok nám ukazuje, že pacientkin postoj v participácií je odťažitý.

3. Sebapercepcia

Pacientka neprejavuje žiadne štylistické osobnostné rysy, ktoré by mali vplyv na jej sebaobraz.

Index egocentricity je v pacientkinom prípade podpriemerný. Hovorí to o pacientkinej nízkej sebaúcte. Má tendenciu nevenovať pozornosť samej sebe čo môže byť prekurzorom depresie.

U pacientky sa vyskytujú odpovede s morbidným obsahom. Značí to pesimistický náhľad na vlastnú osobu či konflikt sebaobrazu.

U pacientky pozorujeme sebaobraz tvorený na základe vlastnej imaginácie.

4. Afekt

U pacientky pozorujeme vplyv emócií pri rozhodovaní. Pozorujeme zvýšený potenciál pre prežívanie negatívnych nálad, ktoré môžu byť spôsobené v interpersonálnej adaptácii.

Index vytesnenia emócií nám hovorí o neadekvátnom prežívaní a prejavovaní emócií. Emócie sú u pacientky inhibované, čo môže byť vzniknuté strachom zo straty kontroly či zmätenosťou v prežívaní. Toto môže mať dopad na prežívanie a dezorganizáciu pacientky.

Afektívny pomer je nízko pod hranicou pásma normy. Značí to vyhýbaní sa emočným impulzom. V emočných situáciách sa pacientka cíti nepríjemne a sociálne sa stiahne.

Pacientka má sklon popierať či skresliť skutočný význam situácií. Spracovanie emócií je skôr na intelektuálnej rovine.

Color – Shade Blends sa v prípade pacientky nachádza v pásme normy.

5. Spracovanie

Index ekonómie nám u pacientky vypovedá o venovaní pozornosti tým najjednoduchším veciam, riešeniam a situáciám. Pacientka má tendenciu zlyhávať v situáciách potrebných flexibilitu a tvorivosť.

U pacientky pozorujeme preceňovanie vlastných zdrojov, čo vedie k nedosiahnutiu cieľov a to následne k možnej frustrácii. U pacientky môže ísť taktiež o veľmi silne fixované myslenie, kedy je náročné zmeniť kognitívne stratégie. Jej spracovanie informácií je povrchné a myslenie prezieravé.

V bežnom živote môže dochádzať ku preceňovaniu vlastných zdrojov, čo môže viesť ku zlyhaniu pri dosahovaní stanovaných cieľov.

U pacientky je zjavná neadekvátna kvalita spracovania informácií. Pacientka tiahne ku problémom hlavne v riešení komplexných situácií, čo môže skončiť problémami prispôsobenia.

6. Mediácia

U pacientky pozorujeme strednú úroveň mediačnej dysfunkcie. Môže ísť o známku skresleného či ignorujúceho vnímania aj bežných podnetov. Môže to byť dôsledok emočného či ideačného rozruchu.

Je možný výskyt vplyvu afektov. Vzhľadom na výskyt FQ- na tabuliach I. – III. môže ísť zo strany pacientky o neprijatie testu vyvolané testovou úzkosťou či neporozumením úlohu.

Pacientka vykazuje vyššie množstvo mediačných rozhodnutí bez ohľadu na sociálne požiadavky a očakávania. Môže to byť dôsledkom konfliktu s prostredím. Aj napriek menej konvenčnému správaniu nemusí ísť priamo o antisociálne správanie. Môže byť prítomný vnútorná tlak na individualitu či sociálnu obranu.

7. Ideácia

U pacientky prevažuje prežívaniu vlastných základných a psychických potrieb.

Myslenie sa javí viac fixovane ako flexibilne. Neočakávame nezvyčajnú úroveň perifernej ideačnej aktivity.

U pacientky pozorujeme vyššiu tendenciu využívať fantáziu k prekonávaniu stresových situácií. V prípade závislosti na druhých osobách by mohlo ísť ku prehĺbeniu orientácií práve vďaka fantázií.

Pacientka má väčšie sklony ku spracovaniu emócií na intelektuálnej úrovni. Podľa indexu intelektuálizácie je skreslenie skutočného významu a dopadu situácií častejšie.

Pacientkino javí problémy v kontrole ideácií, ktoré pomáhajú v myslení. Môže to byť spôsobené smútkom, hnevom či zúrivosťou alebo tvorivosťou. V oboch prípadoch však usudzujeme, že môže ísť o stratu kontaktu s realitou, kedy sa pacientka rozhoduje na základe svojho prežívania.

Výrazným znakom u pacientky je kapacita pre kontrolu zvládania, ktorá je u pacientky nižšia ako u väčšiny populácie. Môže dochádzať k emočnému rozrušeniu či neefektívnemu správaniu. V prípade, že sa pacientka vyskytuje v štruktúrovanom prostredí, môže byť táto záťaž dostatočne pokrytá. Pacientkine schopnosti v sociálnych situáciách sú značne limitované. Môžeme predpokladať, že pacientka nie je na svoj vek sociálne zrelá a môžu sa vyskytovať prípadné problémy v interakciách s ostatnými ľuďmi. Jej vzťahy môžu byť často krát povrchné. Pacientka sa môže zdať utiahnutá a izolovaná. Môžu sa vyskytovať epizódy emočných rozkladov a depresie, čo môže byť reakciou na zlyhanie v sociálnej oblasti. U pacientky sa objavujú rysy, ktoré môžu ovplyvňovať vnímanie druhých osôb a interakciu s nimi. U pacientky prevyšuje tendencia vyhýbať sa ostatným. Často sa tento jav vyskytuje u osôb, ktoré sú emočne stiahnuté do seba alebo sú sociálne izolované. Pacientka disponuje menej adaptívnym spôsobom správaním v interpersonálnych vzťahoch ako väčšina populácie. Často krát môže dochádzať k nežiadúcemu správaniu, čo dokazujú aj jej výbuchy z anamnézy. U pacientky pozorujeme vplyv emócií pri rozhodovaní, zvýšený potenciál pre prežívanie negatívnych nálad a neadekvátne prejavovanie emócií. Emócie sú u pacientky inhibované, čo môže byť vzniknuté strachom zo straty kontroly či zmätenosťou v prežívaní. Jej spracovanie informácií je povrchné a myslenie prezieravé. V bežnom živote môže dochádzať ku preceňovaniu vlastných zdrojov, čo môže viesť ku zlyhaniu pri dosahovaní stanovaných cieľov. U pacientky je zjavná neadekvátna kvalita spracovania informácií. Pacientka tiahne ku problémom hlavne v riešení komplexných situácií, čo môže skončiť problémami prispôsobenia. U pacientky prevažuje prežívanie vlastných základných a psychických potrieb. Myslenie sa javí viac fixované ako flexibilne. Neočakávame nezvyčajnú úroveň periférnej ideačnej aktivity. U pacientky pozorujeme vyššiu tendenciu využívať fantáziu k prekonávaniu stresových situácií. V prípade závislosti na druhých osobách by mohlo ísť ku prehĺbeniu orientácií práve vďaka fantáziám. Pacientka má väčšie sklony ku spracovaniu emócií na intelektuálnej úrovni. Sú prítomné problémy v kontrole ideácií, ktoré pomáhajú v myslení. Môže to byť spôsobené smútkom, hnevom či zúrivosťou alebo tvorivosťou. V oboch prípadoch však usudzujeme, že môže ísť o stratu kontaktu s realitou, kedy sa pacientka rozhoduje na základe svojho prežívania.

Tabuľka 5.

Významné znaky v profile pacientky

Pacientka č. 4	Výrazné znaky v profile pacientky	Očakávané, ale chýbajúce znaky v profile pacientky	Neočakávané znaky v profile pacientky
	<ul style="list-style-type: none"> • Zvýšený počet odpovedí s obsahom A • Zvýšené CDI • Zvýšený počet D + Dd odpovedí • Nízky počet H odpovedí • Pomalý reakčný čas • Zvýšené DEPI 	<ul style="list-style-type: none"> • Zvýšený počet C' odpovedí 	<ul style="list-style-type: none"> • Vyšší počet MOR odpovedí

Hodnoty u pacientky v oboch častiach dotazníka sú pomerne nízke oproti ostatným pacientom. U časti x-1 sa výsledok rovná hodnote 37 a u časti x-2 to je 34. Aj napriek nižším hodnotám usudzujeme, že pacientka má sklony k prežívaniu aktuálnej úzkosti. Rozdiel medzi dvoma hodnotami však nie je výrazný.

6.5.Kazuistika č. 5

V kazuistike č. 5 sa budeme venovať pacientovi, ktorý je vo veku 14 rokov. Pacient navštevuje základnú školu a nachádza sa v 8 ročníku. Momentálne nerád stáva do školy, pretože je tam šikanovaný, po návrate domov javí sebapoškodzujúce rezné rany. Vzdelávania zanedbáva. Kamarátov takmer nemá. Nejaví žiadne záujmy o koníčky.

Pacient privezený pre odporúčanie komplexného psychologického vyšetrenia.

Má veľmi problémové vzťahy v rodine. Matka má 41 rokov a pracuje ako riaditeľka v MŠ. Otec má 39, pracuje v bare a už 8 rokov s nimi nežije. Pacient má sestru. V rodine sú známky alkoholizmu a suicidálnych pokusov zo strany strýka. Žili spolu so strýkom dokiaľ nespáchal samovraždu. V matke nemá autoritu. Problém vyzerá byť hlavne vo výchove, matka je naňho sama.

Pacient ani nevie prečo je hospitalizovaný. Vraj to môže byť kvôli škole ale istý si nie je. Je orientovaný, lucidný, jeho odpovede sú zabiehavé. Odkedy nastúpil do novej školy tak sa reže, vraví, že to videl u kamarátky. Vraj mu to pomáha aby si uľavil. Používa žiletku. Hovorí o tom veľmi otvorene. V škole je šikanovaný a hovoria mu že je „prerastená opica“. Nedokáže o tom hovoriť s nikým a stále dúfa, že to správanie prejde a že ho začnú mať radi. Pri prvom kontakte je zjavná oscilácia pozornosti a impulzivita. Emotivita sa javí ako labilná. Odbieha zrakom aj témami. Intelekt sa javí v nižšej subnorme. Výchova a rodinné zázemie podporuje disharmonický vývoj pacienta.

Pacientovi je diagnostikovaná dg.: F90.0 – hyperkinetické porucha – porucha aktivity a pozornosti spolu s inými poruchami správania a emócií.

S Rorschachovou metódou sa už stretol pri prvej hospitalizácii. Bol hospitalizovaný 5 týždne pred našim zberom dát. Spolupracoval v rámci svojich možností. Bol roztržitý, reakcie trvali dlhšie ale nebola potreba ho nejako zvlášť motivovať k odpovediam. Pri rozhovore pred zahájením testovania sa javil a popisoval jeho povahu ako manipulatívnu a labilnú. Stále dúfa, že z celého tohto kruhu raz vyskočí. Niekedy má chuť všetkých zbiť ale potom si to rozmyslí a radšej ten hnev rieši rezaním sa. Zo začiatku sa mu uľavilo a opadli všetky negatívne pocity. Teraz tomu vraj tak nie je ale nehovorí o tom s nikým.

Protokol

FI06VA_05 - m/14

Věk:14

1) I - Orientace A - ^

Motýl

Tady má tělo, křídla jsou zde

2) I - Orientace A - ^

Pavouk

K: Zde má nohy, ústrojí, zadeček, tady má zbytek těla

3) II - Orientace A - ^

Tohle by mohla být nějaká propast.

K: To bílé uprostřed. Okolí by mohla být pevnina. Tohle vypadá jak něco hlubokého. Nejde vidět na spodek. Asi propast. Takový ten pohled z vrchu dolů.

4) III - Orientace A - ^

Tohle to jsou 2 postavy.

Tady mají tělo (ukazuje D9)

5) III - Orientace C - v

Moucha

K: Tady má jenom část těla. Zbytek chybí.
E: Pomoz mi to vidět tak, jak to vidíš ty.

K: Tady jsou oči, tady má nohy a zbytek nevím kde je.

6) IV - Orientace A - ^

Nějaká postava

K: Tady je nějaká malá hlava, tělo zde. Tady jsou malé ruce a obrovské nohy.

7) IV - Orientace A - ^

Hora

K: Tady by mohl být vrchol hory (D3) a tady je ten spodek. Prostě hora.

8) V - Orientace A - ^

netopýr

K: Tady má křídla, oči a tykadla

9) VI - Orientace C - v

List

K: Tohle vypadá jako náčrt listu. Takový list má javor.

10) VII - Orientace A - ^

Tady vidím 2 postavy co se na sebe dívají.

K: Tady mají hlavu, tělo a zbytek.

11) VIII - Orientace A - ^

Tady mi to připomíná jakoby 2 zvířata lezli na horu.

K: Tady jsou zvířata (nohy, hlava) a to po čem lezou, je tvar hory nebo kopce.

12) IX - Orientace A - ^

Vosk ze svíčky.

K: Tady je vosk. Vypadá jak ten vosk, který teče ze svíček. Tady ty vypukliny by mohli být dírky, které se tam dělají. Prostě vosk.
E: Vypukliny?
K: Je to takové vystrčené.

13) IX - Orientace A - ^

Tohle by mohla ještě být sklenička.

K: Ten tvar jako nějaký hrnek nebo sklenička (D8)

14) X - Orientace A - ^

Tohle je údolí.

K: Tady to je údolí, okolo je pevnina. Možná nějaká řeka zde.

15) X - Orientace A - ^

Ještě by to mohla být cesta do chrámu.

K: Tady je ten chrám a tady je ta cesta, která vede do něj.
E: Pomoz mi to vidět tak, jak to vidíš ty.
K: Nevím prostě to má tvar cestu a tohle je jako chrám. Nevím, zda je tam něco víc. Prostě cesta.

Sekvence skóřů základní

FI06VA_05 - m/14

Věk:14

Tab	N.	Or	Loc	DQ	DET	FQ	2	Obsah	P	Z	Spec.	Skor
I.	1	^	W	o	F	o		A	P	1		
I.	2	^	W	o	F	-		A		1		
II.	3	^	DS	v/+	FD	o		Ls		4,5		
III.	4	^	D	o	F	o	(2)	H	P	3	GHR	
III.	5	v	Dd	o	F	-		Ad				
IV.	6	^	W	o	F	o		H	P	2	GHR	
IV.	7	^	D	o	F	u		Ls				
V.	8	^	W	o	F	o		A	P	1		
VI.	9	^	Dd	o	F	o		Bt				
VII.	10	^	D	+	Mp	o	(2)	H	P	3	GHR	
VIII.	11	^	D	+	FMa	o	(2)	A, Ls	P	3		
IX.	12	^	Dd	o	mp	u		Id				
IX.	13	^	DS	o	F	u		Hh		5		
X.	14	^	DdS	o	F	o		Ls		6		
X.	15	^	DdS	+	F	u		Ls, Sc		6		

Strukturální souhrn kompletní

FI06VA_05 - m/14

Věk:14

Pozn.

Loc. feat.	Blends	Singles	Contents	Approach			
Zf = 11		M = 1	H = 3	I: W W			
Zsum = 35.5		FM = 1	(H) = 0	II: DS			
Zest = 34.5		m = 1	Hd = 0	III: D Dd			
Zd = 1		FC = 0	(Hd) = 0	IV: W D			
		CF = 0	Hx = 0	V: W			
		C = 0	A = 4	VI: Dd			
W = 4		Cn = 0	(A) = 0	VII: D			
D = 6		FC' = 0	Ad = 1	VIII: D			
W+D = 10		C'F = 0	(Ad) = 0	IX: Dd DS			
Dd = 5		C' = 0	An = 0	X: DdS DdS			
S = 4		FT = 0	Art = 0				
		TF = 0	Ay = 0	Special Scores			
		T = 0	Bl = 0	Lvl1 Lvl2			
DQ		FV = 0	Bt = 1	DV = 0 x1 0 x2			
+ = 3		VF = 0	Cg = 0	INC = 0 x2 0 x4			
o = 11		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 = 0			
		rF = 0	Hh = 1	WSum6 = 0			
	FQ:	MQ:	W+D:	FD = 1	Na = 0	AB = 0	GHR = 3
				F = 11	Sc = 1	AG = 0	PHR =
					Sx = 0	COP = 0	MOR = 0
					Xy = 0	CP = 0	PER = 0
				(2) = 3	Id = 1		PSV = 0

Ratios, Percentages, and Derivations

CORE			AFFECT			INTERPERSONAL		
R = 15	L = 2.75		FC : CF+C = 0:0			COP = 0	AG = 0	
Coartation			Pure C = 0			GHR : PHR = 3:		
EB = 1:0	EA = 1	EBper = No	SumC':WsumC = 0:0			a : p = 1:2		
eb = 2:0	es = 2	D = 0	Afr = 0.5			Food = 0		
	Adjes = 2	AdjD = 0	S (Space) = 4			SumT = 0		
			Blends : R = 0:15			Human cont. = 3		
FM = 1	SumC' = 0	SumT = 0	CP = 0			Pure H = 3		
m = 1	SumV = 0	SumY = 0	Col-shd bl. =			PER = 0		
						Isol.index = 0.4		
IDEATION			MEDIATION			PROCESSING		
a : p = 1:2			XA% = 0.87			Zf = 11		3r+(2)/R = 0.2
Ma:Mp = 0:1			WDA% = 0.9			W:D:Dd = 4:6:5		Fr+rF = 0
Intell = 0			X-% = 0.13			W:M = 4:1		Sum V = 0
MOR = 0			S- = 0			Zd = 1		FD = 1
Sum6 = 0			P = 6			PSV = 0		An+Xy = 0
WSum6 = 0			X+% = 0.6			DQ+ = 3		MOR = 0
Lv2 = 0			Xu% = 0.27			DQv = 0		H: (H)+Hd+ (Hd) = 3:0
M- = 0								
M none = 0								

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

Na základe veľkosti lambdy a počtu odpovedí môžeme povedať, že protokol je technicky validný. Musíme však dávať pozor a interpretáciu jednotlivých trsov. Výsledky tohto protokolu považujeme za validné vzhľadom na spôsobom, akým sa subjekt správa keď je ostražitý či opatrný. Prvou pozitívnou odpoveďou je $CDI > 3$. Vzhľadom na používanie Komprehenzívneho systému budeme výsledky interpretovať v nasledovnom poradí: Centrálna sekcia > Interpersonálna percepcia > Sebapercepcia > Afekt > Spracovanie > Mediácia > Ideácia

1. Centrálna sekcia

Pacient vykazuje známky nezrelosti, bezradnosti v zvládaní bežných nárokov a to hlavne v interpersonálnej oblasti. Pacient podľa všetkého vykazuje málo zdrojov ku zvládaniu záťaže.

2. Interpersonálna percepcia

Vzhľadom na hodnotu CDI môžeme povedať, že pacient je pravdepodobne menej sociálne zrelý a má občasné problémy s kontaktom s druhými. U pacienta môže dochádzať k emočnému rozkladu, sociálnej neobratnosti či dokonca k bezmoci a necitlivosti v správaní k druhým.

Pacient nejaví známky závislého správania na svojom okolí.

Pacient má záujem o kontakt s ostatnými osobami v rovnakej miere ako väčšina ľudí. Úsudok o týchto ľuďoch si zvykne vytvoriť na základe reality.

Pacient je schopný sa zapojiť do situácií správania, ktoré je vzhľadom na situáciu adaptívne.

U pacienta sa môže vyskytovať pocit nepohodlia pri kontakte s druhými ale dokáže zároveň nadviazať aj hlboké vzťahy. Môže ísť o neschopnosť imaginácie kooperácie či agresie. Môže to byť prejavom nespolupráce či prejav vyhybavého správania.

Index izolácie môže hovoriť že pacient je viacej izolovaný. Nemusí ísť o patologické vyhýbanie sa ostatným. Môže to byť známka prejavu sa z nejakých dôvodov vyhýbať nadväzovaniu iných vzťahov. V protokole pacienta vidíme nízky výskyt ľudských a pohybových odpovedí, čo môže ukazovať zníženú schopnosť správne participovať druhých a zníženú schopnosť vytvoriť dojem iných ľudí a sociálnych situácií.

3. Sebapercepcia

U pacienta nie je sebaobraz odrazom štylistických rysov osobnosti. Zároveň vidíme že pacient nejaví rysy narcistických sklonov.

Index egocentricity je v pacientovom prípade podpriemerný. Ide o tendenciu zníženej sebaúcte, malej pozornosti venovanej sebe. Môže ísť o prekursor depresie či poruchy nálad.

Pacient využíva introspekciu, ktorá slúži ako proces k prehodnocovaniu vlastného self. Tento znak berieme pozitívne. Pacient netrpí zvýšeným zaujatím vlastného tela v zmysle úzkosťami spôsobenými fyzickou stránkou.

U pacienta sa vyskytuje negatívny aspekt self. Najčastejšie sa vyskytuje v náročných životných situáciách. Ide o prejav introspekcie, ktorou dosahuje jedinec vyššieho sebauvedomenia.

4. Afekt

U pacienta nepozorujeme zvýšený index DEPI. Pozorujeme však zvýšenie indexu deficitu zvládania, čo nám môže naznačovať, že u pacienta sa môže vyskytovať zvýšený potenciál pre prežívanie negatívnych nálad, ktoré sú spôsobené problémami v interpersonálnej adaptácii. Tým, že je zvýšený len jeden z indexov, prihliadame k tomuto fakt s rezervou.

Štýl zvládania záťaže je v tomto protokole koartovaný, pričom lambda je väčšia ako 1, čo môže znamenať neobvyklý emočný stav. Môže ísť o prejav depresívneho prežívania prípadne odznievanie ataky psychózy. Vzhľadom na nulovú hodnotu pravej strany tohto pomeru môžeme taktiež tvrdiť, že ide o extrémnu kontrolu emócií.

U pacienta pri rozhodovaní hrajú rolu do určitej miery emócie. Vyskytuje sa prežívanie negatívnych emócií, čo môže viesť k situačným negatívnym pocitom. U pacienta môžeme pozorovať inhibované emócie, čo môže byť spôsobené strachom zo straty kontroly. Môže to viesť do bolestivého prežívania a dezorganizácie až ku psychosomatickým problémom ako je bolesť hlavy či žalúdku.

U pacienta pozorujeme znížený afektívny pomer. Tento index nám hovorí o tendencií stiahnuť sa a vyhýbať sa emočne nabitým situáciám. U pacienta pozorujeme vyhýbavý štýl, kedy sa pravdepodobne pacient menej zaujíma o emočné stimuly, ale nemusí to byť znakom lability.

Podľa odpovedí s obsahom farieb usudzujeme že ide o pacienta, ktorého modulácia emócií je slabšia. Je možný vysoký výskyt intenzity expresie emócií.

Nastavenie voči okoliu môže byť rezervované. U pacienta môže dochádzať k pocitu hnevu či negatívneho postoja voči testovej situácii alebo autorite.

5. Spracovanie

Vysoká lambda nám hovorí o vyhýbavom štýle. Môžeme taktiež uvažovať o tom, že tento štýl môže byť spojený so špecifickým osobnostným štýlom.

Viac informácií o vynaloženom úsilí pri spracovaní informácií, ktoré súvisia s riešením problému či rozhodovaním nám hovorí index ekonómie. Tento index je v prípade nášho pacienta indikátorom spracovania informácií s neobyčajným úsilím. Pacient sa sústreďí na neobvyklé a nekonvenčné aspekty podnetu. Vzhľadom na vyšší výskyt detailných odpovedí, to môže byť značiť istú mieru obrany a nedôvery, prípadne negativistické zamerania voči prostrediu.

Ďalším indikátorom je aspiračný pomer, ktorý hovorí o vynaloženom úsilí a hrubom odhade schopností, ktoré je dostupná pre akciu orientovanú na výkon. V pacientovom prípade môžeme hovoriť o snahe dosiahnuť viac, ako je rozumné s ohľadom na jeho dostupné zdroje. V tomto prípade je pravdepodobné zlyhanie v dosahovaní cieľov v bežnom živote a môže byť často prežívaná frustrácia. Pacient sa nachádza v adolescentnom období

života, takže tento pomer môžeme taktiež interpretovať ako preceňovanie vlastných síl a snaha vytvoriť si vlastné ideály.

U pacienta pozorujeme adekvátne spracovanie, ktoré môže byť viac ekonomické. Môže sa nachádzať najmä u vyhýbavého štýlu.

6. Mediácia

U tohto pacienta je mediácia primeraná situácií a teda konvenčné testovanie reality je prítomné. Vzhľadom na výskyt *FQ*- na tabuli I. a III. usudzujeme, že u pacienta je možný výskyt znakov neprijatia testu spôsobené testovou úzkosťou. U pacienta sa prejavuje vyhýbavý štýl.

Počet populárnych odpovedí v tomto protokole je na hranici normy vzhľadom na celkový počet odpovedí.

Pacient disponuje sklonmi ku konvenčnému správaniu.

7. Ideácia

Pacient má sklony reagovať rýchlo aby sa znížilo napätie, ktoré prežíva. Odpovede často krát nie sú premyslené. Môže sa vyskytnúť práve u vyhýbavého štýlu.

U pacienta sa môžu vyskytovať závažnejšie problémy v myslení, ktoré sa javia ako menej jasné a koherentné. Môže dochádzať k nesprávnym rozhodnutiam, ktoré majú vplyv na efektivitu.

Pacient je menej sociálne zrelý a má občasné problémy s kontaktom s druhými. U pacienta môže dochádzať k emočnému rozkladu, sociálnej neobratnosti či dokonca k bezmoci a necitlivosti v správaniu k druhým. Pacient nejaví známky závislého správania na svojom okolí. U pacienta sa môže vyskytovať pocit nepohodlia pri kontakte s druhými ale dokáže zároveň nadviazať aj hlboké vzťahy. Pozorujeme zníženú sebaúctu. Pacient využíva introspekciu, ktorá slúži ako proces k prehodnocovaniu vlastného self. Pacient netrpí zvýšeným zaujatím vlastného tela v zmysle úzkosťami spôsobenými fyzickou stránkou. U pacienta nepozorujeme zvýšený index depresivity. Má však zvýšený potenciál pre prežívanie negatívnych nálad, ktoré sú spôsobené problémami v interpersonálnej adaptácií.

U pacienta pri rozhodovaní hrajú rolu do určitej miery emócie. Vyskytuje sa prežívanie negatívnych emócií, čo môže viesť k situačným negatívnym pocitom. Pozorujeme inhibované emócie. Pacient má tendenciu stiahnuť sa a vyhýbať sa emočne nabitým situáciám. Jeho modulácia emócií je slabšia. Nastavenie voči okoliu môže byť rezervované.. Pacient vynakladá na spracovanie informácií neobyčajné úsilie a sústreďí na neobvyklé a nekonvenčné aspekty podnetu. Vzhľadom na vyšší výskyt detailných odpovedí, to môže byť značiť istú mieru obrany a nedôvery, prípadne negativistické zamerania voči prostrediu. V pacientovom prípade môžeme hovoriť o snahe dosiahnuť viac, ako je rozumné s ohľadom na jeho dostupné zdroje. V tomto prípade je pravdepodobné zlyhanie v dosahovaní cieľov v bežnom živote a môže byť často prežívaná frustrácia. U pacienta pozorujeme adekvátne spracovanie, ktoré môže byť viac ekonomické. Pacient má sklony reagovať rýchlo aby sa znížilo napätie, ktoré prežíva. Odpovede často krát nie sú premyslené.. U pacienta sa môžu vyskytovať závažnejšie problémy v myslení, ktoré sa javia ako menej jasné a koherentné. Môže dochádzať k nesprávnym rozhodnutiam, ktoré majú vplyv na efektivitu.

Tabuľka 6.

Významné znaky v profile pacienta

Pacient č. 5	Výrazné znaky v profile pacientky	Očakávané, ale chýbajúce znaky v profile pacientky	Neočakávané znaky v profile pacientky
	<ul style="list-style-type: none"> • Pomalý reakčný čas • Nízky počet R • Zvýšené CDI • Zvýšený počet D + Dd odpovedí • Znížený počet M / FM odpovedí • Znížený počet H odpovedí 	<ul style="list-style-type: none"> • Zvýšený počet odpovedí s obsahom A • Zvýšený počet C´ odpovedí • Zvýšené DEPI 	<ul style="list-style-type: none"> • Výskyt S (Space) odpovedí

V tomto prípade ide o celkovo nižšie výsledky z testu STAI. V rámci bodového rozpätia 20 – 80 sa pacient nachádza v dotazníku x-1 na 34 bodoch a v rámci dotazníku x-2 na 30 bodov. Usudzujeme, že pacient má mierne vyšší sklon k prežívaniu aktuálnej úzkosti. Podľa anamnézy zvykne vlastné emócie dusiť v sebe a o ťažkých situáciách nezvykne rozprávať. Z tohto dôvodu sa môže u pacienta hromadiť vnútorná tenzia.

6.6.Kazuistika č. 6

V nasledujúcej kazuistike sa budeme venovať pacientke, ktorá má 14 rokov. Pacientka je evidovaná na základnej škole, kde dočasne nedochádza a to z dôvodu hospitalizácie vo výchovnom ústave. Je pod dohľadom OSPODU. V škole sa vždy učila horšie, už robila niekoľko krát aj opravné skúšky v lete. So spolužiakmi žiaden kontakt neudržiava, vraj jej píšú aby „chcípala“.

Pacientka bola privezená do PNKM z dôvodu predávkovania sa.

Rodičov má rozvedených. Matka žije s priateľom. Dcéra bola do 6 rokov v starostlivosti otca, ten je však momentálne vo väzení a tak je v starostlivosti matky. Pacientka má sestru, ktorá sa lieči a dochádza k psychiatrovi z dôvodu depresií a pre poruchy osobnosti. Mama má 38 rokov, momentálne na materskej a kedysi robila prostitútku. Pacientka s matkou nevychádza dobre, nemá ju rada. Otec má 39 rokov, je vo väzení, často býval opitý. Momentálne sa spolu nestretávajú ale mala ho vždy rada a teší sa až ho pustia z väzenia. S nevlastným otcom nemá takmer žiaden vzťah. Okrem staršej sestry má ešte jedu, mladšiu a tú má rada.

Pacientka si je vedomá z akého dôvodu je hospitalizovaná. Je lucidná, orientuje sa všetkými smermi. Pacientka nejaví žiadne prejavy tenzie, agresivity ani depresie. Občas sa aj usmiala. Nesúhlasila so skupinovou terapiou pretože má strach a je si vedomá svojej výbušnej povahy.

Pacientka je hospitalizovaná z dôvodu nadužívania antipsychotík. Pacientke bola stanovené dg.: F92.8 – iné zmiešané poruchy správania a emócií.

Rorschachovu metódu videla po prvé. Pacientka spolupracovala. Nejavila žiadne zámky tenzie. Držala si však odstup. Očný kontakt udržiavala, bola veľmi zhovorčivá. Nerobilo jej problém sa zdôveriť s jej situáciou a všetko vysvetliť. Popri popisovaní situácie nejavila známky prejavu emócie. Rozprávala o tom ako by to bola bežná situácia aj napriek tomu, že podľa jej slov toho ľutuje. Vraví že to spravila pre lepší život matky a sestry. Viackrát by to vraj neurobila.

Protokol

VA05HO_06 - f/14

Věk:14

1) I - Orientace A - ^

Vidím tam mouchu, která se právě šprajcla v pavoučí síti a nemůže se z toho dostat.

K: Tady to je prostě tělo, tady je to síť nebo pavučina.
E: Pomoz mi to vidět tak, jak to vidíš ty.
K: Tady je ta moucha, ta má hlavu a zbytek těla (D4) a tohle okolo je pavučina (D2). Má to tvar pavučiny.

2) II - Orientace A - ^

Ježíš mária (dlho mlčí)

No třeba tady jsou 2 postavy, které se hledají a asi se našly, tady si plácají rukama, dotýkají se.

K: Tady to jsou ty postavy s rukama (D6) Tady mají hlavu, tělo.

3) II - Orientace A - ^

Medvěd

K: Tohle třeba je medvěd (D1) tady má hlavu.

4) III - Orientace A - ^

Ježíš mária. Tady asi nevidím nic. Možná tady nějaká kráva.

K: (D1) Tady má uši, čelist tady dole má nos.

5) IV - Orientace A - ^

Ach jo. Tady je orangutan s podpatkami. Je to divné.

K: (D7) Tady má hlavu, tady ruce. Jo tady tohle jsou ty podapatky.

6) V - Orientace A - ^

Netopýr

K: To celé je prostě netopýr. Tady má křídla.

7) VI - Orientace A - ^

Ježíš. Tady vidím ptáka a je rozplácly. Asi na cestě.

K: (W). Tady to je ten pták. Tohle nahoře je hlava. To po stranách jsou rozplácnutá křídla a nohy.
E: Rozplácnutá křídla?
K: Jo má to takový tvar.

8) VII - Orientace A - ^

Ježíš mária. To jsou samé obrázky. Možná nějaká brána.

K: (D4) Tohle má tvar brány.

9) VII - Orientace A - ^

Možná tady jsou nějaké mraky.

K: (D2) Tyhle skvrny vypadají jako mraky. To stínování je jako když vidím na obloze mračná.

10) VIII - Orientace A - ^

Ty jo, to jsou orgány.

K: (D7) Má to tvar jak orgány v pánevním dnu. Učili jsme se to ve škole.

11) VIII - Orientace A - ^

Tady možná zvíře. Nějaký lev (ach jo, kdo to vymyslel to je hrozný).

K: (D1) Tady má nohy, ocas. Lev to je.

12) VIII - Orientace A - ^

Taky to vypadá celé jako nějaký svět. Tady něco leze a hledá nějaký život na zemi. Kdo ví co bude dál, asi hledají místo, kde jim bude dobře.

K: (W) Celé to je svět. Tady (D1) je něco živého. a ten zbytek vypadá jako nějaké kameny nebo prostě svět. Je to barevný tak asi hledají něco dobrého.

13) IX - Orientace A - ^

Sépiák ze spongeboba.

K: (DS8) Tady je hlava prostě jako z toho filmu.

14) IX - Orientace A - ^

Krab.

K: (D9) Tady má něco jako chápadlá.

15) IX - Orientace A - ^

Mušle

K: (D4), Má to tvar mušle.

16) X - Orientace A - ^

Ach jo, to je těžký. Všechno to vypadá jako nějaké rostliny.

K: (ukazuje D10,D15, D12). Všechno to vypadá jako kytky. Nějaký zlatý déšť, listy, aloe vera a tak. Prostě rostliny.

Sekvence skóřů základní

VA05HO_06 - f/14

Věk:14

Tab	N.	Or	Loc	DQ	DET	FQ	2	Obsah	P	Z	Spec. Skor
I.	1	^	D	+	FMp	-		A, Id		1	MOR
II.	2	^	D	+	Ma	o	(2)	H		3	COP, GHR
II.	3	^	D	o	F	o		A	P		
III.	4	^	D	o	F	-		Ad			
IV.	5	^	W	+	F	o		A, Cl		2	FAB1
V.	6	^	W	o	F	o		A	P	1	
VI.	7	^	W	o	FMp	o		A		2, 5	MOR
VII.	8	^	D	o	F	u		Sc			
VII.	9	^	D	v	Y	o		Cl			
VIII.	10	^	D	o	F	-		An			PER
VIII.	11	^	D	o	F	o		A	P		
VIII.	12	^	W	v/+	FMa.C	o		A, Ls		4, 5	ALOG
IX.	13	^	DS	o	F	-		(A)		5	
IX.	14	^	D	o	F	-		A			INC1
IX.	15	^	D	o	F	u		A			
X.	16	^	D	o	F	u		Bt			

Strukturální souhrn základní

VA05HO_06 - f/14

Věk:14

Pozn.

Loc. feat.	Blends	Singles	Contents	Approach
Zf = 7	FMa.C	M = 1	H = 1	I: D
Zsum = 19		FM = 2	(H) = 0	II: D D
Zest = 20.5		m = 0	Hd = 0	III: D
Zd = -1.5		FC = 0	(Hd) = 0	IV: W
		CF = 0	Hx = 0	V: W
		C = 0	A = 9	VI: W
W = 4		Cn = 0	(A) = 1	VII: D D
D = 12		FC' = 0	Ad = 1	VIII: D D W
W+D = 16		C'F = 0	(Ad) = 0	IX: DS D D
Dd = 0		C' = 0	An = 1	X: D
S = 1		FT = 0	Art = 0	
		TF = 0	Ay = 0	Special Scores
		T = 0	Bl = 0	Lvl1 Lvl2
DQ		FV = 0	Bt = 1	DV = 0 x1 0 x2
+ = 3		VF = 0	Cg = 0	INC = 1 x2 0 x4
o = 11		V = 0	Cl = 2	DR = 0 x3 0 x6
v/+ = 1		FY = 0	Ex = 0	FAB = 1 x4 0 x7
v = 1		YF = 0	Fd = 0	ALOG = 1 x5
		Y = 1	Fi = 0	CONT = 0 x7
		Fr = 0	Ge = 0	Sum6 = 3
		rF = 0	Hh = 0	WSum6 = 11
	FQ:	W+D:	FD = 0	
+ = 0	0	0	F = 11	AB = 0 GHR = 1
o = 8	1	8		AG = 0 PHR =
u = 3	0	3		COP = 1 MOR = 2
- = 5	0	5		CP = 0 PER = 1
none = 0	0	0	(2) = 1	Id = 1 PSV = 0

Ratios, Percentages, and Derivations

CORE			AFFECT			INTERPERSONAL		
R = 16	L = 2.2		FC : CF+C = 0:1			COP = 1	AG = 0	
Ambitent Avoidant			Pure C = 1			GHR : PHR = 1:		
EB = 1:1.5	EA = 2.5	EBper = No	SumC':WsumC = 0:1.5			a : p = 2:2		
eb = 3:1	es = 4	D = 0	Afr = 0.78			Food = 0		
	Adjes = 4	AdjD = 0	S (Space) = 1			SumT = 0		
			Blends : R = 1:16			Human cont. = 1		
FM = 3	SumC' = 0	SumT = 0	CP = 0			Pure H = 1		
m = 0	SumV = 0	SumY = 1	Col-shd bl. = 0			PER = 1		
						Isol.index = 0.38		
IDEATION			MEDIATION			PROCESSING		
a : p = 2:2			XA% = 0.69			Zf = 7		3r+(2)/R = 0.06
Ma:Mp = 1:0			WDA% = 0.69			W:D:Dd = 4:12:0		Fr+rF = 0
Intell = 0			X-% = 0.31			W:M = 4:1		Sum V = 0
MOR = 2			S- = 1			Zd = -1.5		FD = 0
Sum6 = 3			P = 3			PSV = 0		An+Xy = 1
WSum6 = 11			X+% = 0.5			DQ+ = 3		MOR = 2
Lv2 = 0			Xu% = 0.19			DQv = 1		H: (H)+Hd+ (Hd) = 1:0
M- = 0								
M none = 0								

PTI = 2 DEPI = 3 CDI = 5* SCON = 6 HVI = No OBS = No

Protokol považujeme za validný. $R = 16$. Počas interpretácie a tvorby výsledku budeme však brať ohľad že nemusí byť dostatočne odhaľujúci. Výsledky sú validné spôsobom, akým sa pacientka správa, keď je ostražitý a opatrný. V súlade s Komprehenzívnym systémom budeme výsledky interpretovať v nasledujúcom poradí: Centrálna sekcia > Interpersonálna percepcia > Sebapercepcia > Afekt > Spracovanie > Mediácia > Ideácia

1. Centrálna sekcia

Pacientka vykazuje známky nezrelosti a bezradnosť v zvládaní nárokov každodenného života najmä v interpersonálnej oblasti.

Pacientka je disponovaná nízkym počtom zdrojov ku zvládaniu, má väčšiu pravdepodobnosť k dezorganizácií ako ostatný ľudia. V tomto prípade je veľmi dôležité aj prostredie, ktoré pri správnom prístupe dokáže pacientke poskytnúť potrebné zdroje.

2. Interpersonálna percepcia

Pacientka disponuje menej zrelej sociálnej stránke, kedy môže zažívať časté problémy v interakcií s druhými. Vzťahy môžu byť vnímané vzdialene a pre ostatných sa javí ako izolovaná, neobratná či dokonca bezmocná. Záujem o vzťahy byť môže, ale vďaka sociálnej neobratnosti sa pacientke ťažko udržiavajú či nadväzujú.

U pacientky vidíme stiahnutie sa do seba a sociálnu izoláciu.

Taktiež sa u nej prejavuje negatívne očakávanie v interakcií s ostatnými. V bežných situáciách sa nemusí cítiť príjemne a tak sa často javí ako rezervovaná.

Pacientka prejavuje defenzívnosť v sociálnych situáciách. Zvýšený výskyt môže naznačovať strach o udržanie vlastnej integrity v kontakte s druhými.

Index izolácie je u pacientky zvýšený. Môže ísť o defenzívnosť v sociálnych interakciách.

U pacientky pozorujeme znížený počet ľudských odpovedí, ktoré sú pre nás hlavnými indikátormi, či pacientka javí schopnosti správne participovať v medziľudských situáciách alebo nie.

Na druhú stranu je značný rozdiel v odpovediach so zvieracím obsahom, ktorého počet je zvýšený.

3. Sebapercepcia

Pacientka má index egocentricity nízko pod spodnou hranicou, čo značí, že úroveň sebahodnoty a zaujatie samou seba je negatívne. Pacientka je negatívna voči vlastnej osobe, jej self je taktiež negatívne. Odhad vlastnej ceny má pacientky nízky. Môže to byť spojené s poruchami nálady či jej kolísavosťou.

U pacientky nepozorujeme zvýšené zaujatie vlastnou osobou.

Zvýšený je počet odpovedí s morbidným obsahom, čo môže značiť pesimistický pohľad na vlastnú osobu.

Vzhľadom na početnosť odpovedí s ľudskou reprezentáciou usudzujeme, že pacientka vníma samú seba na základe spätnej väzby.

4. Afekt

U pacientky pozorujeme zvýšené CDI. Pacientka môže mať sklony k prežívaniu negatívnych emócií a problémy v interpersonálnych vzťahoch. Vzhľadom na hodnotu DEPI, ktorá nie je zvýšená, budeme prihliadať k tomuto výsledku s rezervou.

Štýl, ktorým pacientka disponuje je vyhýbavo ambitentný. Podľa EB a lambdy ide o najmenej adaptívne stratégie, kedy sa vyskytuje aj nekonzistencia pri zvládaní a rozhodovaní. Vyhýbavá stratégia je dominantná. Môže dochádzať ku zníženej modulácii emócií či jej neúmernej redukcii. V období adolescencie už v tomto prípade môžeme hovoriť o tendencii zlyhávať v adaptácii vo väčšine zložitejších situácií.

Index vytesňovania emócií nám hovorí o nenaplnení správneho prežívania a prejavovania emócií. Pacientkine emócie sú inhibované. Môže za to napríklad strach zo straty kontroly či zmätenosť z ich prežívania.

Hodnota blends je u pacientky podpriemerná, čo značí osobnú nezrelosť či problémy s prežívaním.

5. Spracovanie

Pacientka inklinuje k ekonomickému, úspornému spracovaniu a vyhýbaniu sa komplexnosti. Pacientkino úsilie vložené do spracovania informácií a celkového riešenia problémov sa javí vyhýbavé až ľahostajné. Môže ísť o prejav nespolupráce.

Aspiračný pomer hovorí o zlyhávaní pacientky v dosahovaní bežných cieľov. Vzhľadom na jej vek môže ísť o preceňovanie vlastných síl a tvorbe ideálov.

6. Mediácia

U pacientky pozorujeme známku významného mediačného poškodenia. Môže dochádzať k dysfunkciám v testovaní reality. Táto dysfunkcia môže byť spojená s poruchami adaptácie.

U pacientky môže dochádzať k dysfunkciám, ktorá je produktom afektívnych problémov, spojených s hnevom či nepriateľským postojom voči prostrediu.

Počet populárnych odpovedí je podpriemerom, čo nám poskytuje otázku, či pacientka nemá trvalú tendenciu vyhýbať sa alebo prehliadať sociálne konvencie a uprednostniť individuálne potreby a prania. Vzhľadom na povahu pacienta predpokladáme výkon a inteligenciu. V tomto prípade teda môže ísť o formu obrany či mediačnej dysfunkcií.

U pacientky očakávame neprimerané a nekonvenčné správanie, ktoré môže byť spôsobené mediačnou dysfunkciou.

7. Ideácia

Rys, ktorý popisuje ako v každodennom živote pacientka zvláda rozhodovanie a ktoré je používané pre zámerné a riadené myslenie je vyhýbavo ambitentný. U pacientky môže ísť o patologický mix, v ktorom je efektívita poznamenaná vyhýbavým štýlom.

Môže inklinovať k vyhýbaniu sa komplexnosti a je nekonzistentná v koncepčnom myslení. Často krát môže byť toto myslenie náchylne k menej sofistikovanej spôsobe

rozhodovania. U detí je tento stav tolerovaný. Pacientka sa však nachádza vo vekovom rozmedzí, kedy môže ísť o zlyhávanie adaptácie v situáciách vytvárajúcich na osobu zvýšené nároky.

Pacientka reaguje rýchlo, aby odstránila napätie. Takéto odpovede často krát nie sú premyslené a tento štýl je neefektívny.

Myslenie a rozhodovanie pacientky môže byť dominantné, asertívne či agresívne.

Pacientka vykazuje známky nezrelosti a bezradnosť v zvládaní nárokov každodenného života najmä v interpersonálnej oblasti. Pacientka je disponovaná nízkym počtom zdrojov ku zvládaniu, má väčšiu pravdepodobnosť k dezorganizácii ako ostatní ľudia. Pacientka disponuje menej zrelej sociálnej stránke, kedy môže zažívať časté problémy v interakciách s druhými. U pacientky vidíme stiahnutie sa do seba a sociálnu izoláciu. Taktiež sa u nej prejavuje negatívne očakávanie v interakciách s ostatnými. Pacientka má index egocentricity nízko pod spodnou hranicou, čo značí, že úroveň sebahodnoty a zaujatie samou sebou je negatívne. Pacientka je negatívna voči vlastnej osobe, jej self je taktiež negatívne. Odhad vlastnej ceny má pacientky nízky. Môže to byť spojené s poruchami nálady či jej kolísavosťou. Pacientka môže mať sklony k prežívaniu negatívnych emócií a problémy v interpersonálnych vzťahoch. Jedným z rysov u pacientky sú aj menej adaptívne stratégie, kedy sa vyskytuje aj nekonzistencia pri zvládaní a rozhodovaní. Môže dochádzať ku zníženej modulácii emócií či jej neúmernej redukcii. V období adolescencie už v tomto prípade môžeme hovoriť o tendencii zlyhávať v adaptácii vo väčšine zložitejších situácií. Pacientkine emócie sú inhibované. Môže za to napríklad strach zo straty kontroly či zmätenosť z ich prežívania. Pacientkino úsilie vložené do spracovania informácií a celkového riešenia problémov sa javí byť vyhýbavé až ľahostajné. U pacientky pozorujeme známku významného mediačného poškodenia. Môže dochádzať k dysfunkciám v testovaní reality. Táto dysfunkcia môže byť spojená s poruchami adaptácie. U pacientky môže dochádzať k dysfunkciám, ktorá je produktom afektívnych problémov, spojených s hnevom či nepriateľským postojom voči prostrediu. Vyskytuje sa neprimerané a nekonvenčné správanie, ktoré môže byť spôsobené mediačnou dysfunkciou. Môže inklinovať k vyhýbaniu sa komplexnosti a je nekonzistentná v koncepčnom myslení. Pacientka reaguje rýchlo, aby odstránila napätie. Takéto odpovede často krát nie sú

premyslené a tento štýl je neefektívny. Myslenie a rozhodovanie pacientky môže byť dominantné, asertívne či agresívne.

Tabuľka 7.

Významné znaky v profile pacientky

Pacientka č. 6	Výrazné znaky v profile pacientky	Očakávané, ale chýbajúce znaky v profile pacientky	Neočakávané znaky v profile pacientky
	<ul style="list-style-type: none"> • Nižší počet R • Zvýšené CDI • Zvýšený počet A odpovedí • Zvýšený počet D + Dd odpovedí • Pomalý reakčný čas • Znížený počet H odpovedí 	<ul style="list-style-type: none"> • Zvýšené DEPI • Zvýšený počet C' odpovedí 	<ul style="list-style-type: none"> • Vyšší výskyt MOR odpovedí

Pacientka disponuje väčším sklonom k predispozičnej úzkosti. Výsledok x-2 nám udáva hodnotu 52 bodov a výsledok x-1 sa rovná 47. Hodnoty sa od seba markantne nelíšia. Pacientka aj napriek tomu má tendenciu k úzkostlivosti, potlačovaniu emócií, čo nám potvrdzuje aj výsledok z Rorschachovho testu, v ktorom sa ukázala tendencia k inhibícií vnútorných pocitov.

6.7.Kazuistika č. 7

Pacientka v nasledujúcej kazuistike je slečna vo veku 13 rokov. Je žiačkou 7. ročníka základnej školy. V škole nemá problémy. Prestupovala ale 2 krát na inú školu. Má staršiu kamarátku. V škole ju učenie celkom baví. Vo svojom voľnom čase rada spieva a kreslí. Hrávala aj hádzanú.. Prvý krát pretože sa jej rozdeľovala trieda a dostala sa do zlého kolektívu, druhý krát pretože sa jej smiali. Potom sa začala aj rezať, nemala tam nikoho.

Pacientka privezená do PNKM s podozrením na nevyvážený vývoj osobnosti.

Matka má 46 rokov. Je celkom prísna, zakladá si na poriadku, je úzkostná. Dochádza k psychiatrovi a berie prášky. Keď príde pacientka zo školy tak sa rozprávajú. Otec má 40 rokov. Taktiež prísnej povahy ale dokáže byť dobrý a zvykne presadzovať svoj názor. Teraz s nimi moc nežije pretože sa musí starať o dedka. Pacientka má 2 sestry, každá z ich má iného otca. Jedna z nich má 22 rokov a druhá 26. S oboma má celkom dobrý vzťah.

Pacientka prichádza sama od seba. Je lucidná, orientovaná všetkými smermi. Na prvý pohľad sa javí nápadne, má modré vlasy, štýlové a výraze okuliare. Kontakt udržuje spontánne. Emotivita je nestabilná, náznaky impulzivity, nízkej frustračnej tolerancii. Prejavuje tenziu, ľahké vyhýbavé správanie a disociatívne stavy. Sebavedomie má znížené.

Pacientka prichádza sama od seba, a je si vedomá prečo. Od svojho psychológa dostala odporúčenie na vyšetrenie pre nevyvážený osobnostný vývoj, sebapoškodzovanie a úzkostné stavy v podobe panických atak so sklonom k poruchám správania. Stanovená dg.: F928 – iné zmiešané poruchy správania a emócií, prípadne F38: Emočné poruchy s nástupom špecifickým pre detstvo.

Diagnostiku Rorschachovou metódou už robila. Medzi prvým a druhým testom je rozostup 6 týždňov. Pacientka sa pri prvom kontakte so mnou správala primerane situácií. Javila prejavy tenzie, chvíľkami mala depresívne sklony. Vravela, že často krát má výbuchy nálad ale že sa to snaží utlačiť v sebe aby neublížovala okoliu. Keď bola malá, tak bola dosť výbušná a často sa bila. Teraz to už opakovať nechce tak to ventiluje inými spôsobmi. Vie, prečo je hospitalizovaná a chce s tým niečo robiť, pretože nevie prečo má také výkyvy nálad. Zmienila sa, že občas počuje náhodné slová.

1) I - Orientace A - ^

Hmyz s roztrhanými křídly

K: (W) Tady tohle všechno.
E: Řekla jsi roztrhané?
K: Jo má to takový nepravidelný tvar. Je to takové hrbolaté.
E: Pomoz mi to vidět tak, jak to vidíš ty.
K: Tak ty barvy, tady tmavší a tady zase ne. To stínování je také, proto je to roztrhané.

2) I - Orientace A - ^

Tady jsou díry.

K: (DS29 a DS30). Tohle bílé. Nehodí se to do obrázku. Jsou to nějaké hluboké díry.
E: Říkáš hluboké?
K: Jo prostě je to bílé.

3) II - Orientace A - ^

Vidím asi jenom 2 překrývající se barvy.

K: (D6) Tady je to.

4) III - Orientace A - ^

Hmyz. Je nějaký rozpoložený.

K: (D1). Tady je hlava, nohy. Má to takový tvar, je to také rozložené.
E: Rozložené?
K: Jo. Prostě to má ten tvar hmyzu.

5) III - Orientace D - <

Tady by mohlo být zvíře na nějaké větvi.

K:(D2). Jo tady je ta větev a tady visí to zvíře. Má tu hlavu.

6) III - Orientace D - <

Taky to vypadá jako pistole.

K: (D2)No tak tady je to prostě to má ten tvar. Tady je rukojeť.

7) IV - Orientace A - ^

Nějaké zvíře ale není úplně přirozené.

K: (W). Tady má hlavu (D1) a tady má nohy (D2). Je to jako zvíře z nějakého filmu.

8) V - Orientace A - ^

Motýl. Má dlouhé křídla.

K:(W). To celé má tvar motýle.

9) V - Orientace C - v

Když do otočím tak třeba i netopýr.

K: (W) Tady to tak vypadá. Zde by mohly být zuby, křídla jako z nějakého filmu.

10) VI - Orientace A - ^

Nějaký kožešinový koberec.

K: (W) Vypadá to jako koberec v domě. Má to ten tvar zvířecího koberce. Nebo koberce ze zvířat.
E: Říkáš koberec?
K: Jo to stínování je jako koberec (sahá na tabuli).

11) VII - Orientace A - ^

Pohled do tmavé místnosti z dálky, kde stojí 2 lidé. Zbytek mi tam nepasuje.

K (D4) : Je to tmavé, proto místnost a lidí jsou tady. Jsou maličký.

12) VIII - Orientace B - >

Zvíře, které chodí po kameni ve vodě a je to zrcadlově.

K: (W). Tady je to zvíře (D1) tady má hlavu. Tady jsou kameně (D6) a zde je voda jakoby (Dd21). Všechno to do sebe tím tvarem zapadá.

13) IX - Orientace A - ^

No to teda nevím. Vidím jenom barvy, které se k sobě nehodí.

K: (W) Prostě barvy.

14) X - Orientace B - >

Hmyz

K: (D9) Má to tvar nějakého hmyzu. Brouk. Nevím.

15) X - Orientace A - ^

Taky to klidně mohou být jenom barvy.

K: (W) Prostě také abstraktní umění. Jenom fleky od barev.

16) X - Orientace A - ^

Možná taky nějaké podivné útvary z knih.

K: (D1) Tohle vypadá jako nějaký divný útvar z vesmíru má to zvláštní tvar.

Sekvence skóřů základní

SA06KA_07 - f/13

Věk:13

Tab	N.	Or	Loc	DQ	DET	FQ	2	Obsah	P	Z	Spec.	Skor
I.	1	^	W	o	FY	o		A		1	MOR	
I.	2	^	DdS	v	V	u		Id		3,5	ALOG	
II.	3	^	D	v	Cn	u		Id				
III.	4	^	D	o	F	-		A			MOR	
III.	5	^	D	+	F.FMp	-		A,Na		3		
III.	6	<	D	o	F	o		Sc				
IV.	7	^	W	o	F	o		(A)		2	PER	
V.	8	^	W	o	F	o		A	P	1		
V.	9	v	W	o	F	o		A		1		
VI.	10	^	W	o	FY	o		Ad,Hh		2,5		
VII.	11	^	D	+	Mp.VF	u		H,Sc		1	GHR	
VIII.	12	>	W	+	FMa.Fr	o		A,Na	P	3		
IX.	13	^	W	v	C	-		Id				
X.	14	>	D	o	F	-		A				
X.	15	^	W	v	C	none		Id		5,5		
X.	16	^	D	v	F	-	(2)	Id				

Strukturální souhrn kompletní

SA06KA_07 - f/13

Věk:13

Pozn.

Loc. feat.	Blends	Singles	Contents	Approach
Zf = 10	F.FMp	M = 0	H = 1	I: W DdS
Zsum = 23.5	Mp.VF	FM = 0	(H) = 0	II: D
Zest = 31	FMa.Fr	m = 0	Hd = 0	III: D D D
Zd = -7.5		FC = 0	(Hd) = 0	IV: W
		CF = 0	Hx = 0	V: W W
		C = 2	A = 7	VI: W
W = 8		Cn = 1	(A) = 1	VII: D
D = 7		FC' = 0	Ad = 1	VIII: W
W+D = 15		C'F = 0	(Ad) = 0	IX: W
Dd = 1		C' = 0	An = 0	X: D W D
S = 1		FT = 0	Art = 0	
		TF = 0	Ay = 0	Special Scores
		T = 0	Bl = 0	Lvl1 Lvl2
DQ		FV = 0	Bt = 0	DV = 0 x1 0 x2
+ = 3		VF = 0	Cg = 0	INC = 0 x2 0 x4
o = 8		V = 1	Cl = 0	DR = 0 x3 0 x6
v/+ = 0		FY = 2	Ex = 0	FAB = 0 x4 0 x7
v = 5		YF = 0	Fd = 0	ALOG = 1 x5
		Y = 0	Fi = 0	CONT = 0 x7
		Fr = 0	Ge = 0	Sum6 = 1
		rF = 0	Hh = 1	WSum6 = 5
	FQ:	W+D:	FD = 0	
+ = 0	0	0	F = 7	AB = 0 GHR = 1
o = 7	0	7		AG = 0 PHR =
u = 3	1	2		COP = 0 MOR = 2
- = 5	0	5		CP = 0 PER = 1
none = 1	0	1	(2) = 1	Id = 5 PSV = 0

Ratios, Percentages, and Derivations

CORE			AFFECT	INTERPERSONAL
R = 16	L = 0.78		FC : CF+C = 0:2	COP = 0 AG = 0
Extratensive			Pure C = 2	GHR : PHR = 1:
EB = 1:3	EA = 4	EBper = 3	SumC':WsumC = 0:3	a : p = 1:2
eb = 2:4	es = 6	D = 0	Afr = 0.45	Food = 0
	Adjes = 5	AdjD = 0	S (Space) = 1	SumT = 0
			Blends : R = 3:16	Human cont. = 1
FM = 2	SumC' = 0	SumT = 0	CP = 0	Pure H = 1
m = 0	SumV = 2	SumY = 2	Col-shd bl. = 0	PER = 1
				Isol.index = 0.25
IDEATION	MEDIATION		PROCESSING	SELF-PERCEPTION
a : p = 1:2	XA% = 0.63		Zf = 10	3r+(2)/R = 0.25
Ma:Mp = 0:1	WDA% = 0.6		W:D:Dd = 8:7:1	Fr+rF = 1
Intell = 0	X-% = 0.31		W:M = 8:1	Sum V = 2
MOR = 2	S- = 0		Zd = -7.5	FD = 0
Sum6 = 1	P = 2		PSV = 0	An+Xy = 0
WSum6 = 5	X+% = 0.44		DQ+ = 3	MOR = 2
Lv2 = 0	Xu% = 0.19		DQv = 5	H: (H) +Hd+ (Hd) = 1:0
M- = 0				
M none = 0				

PTI = 2 DEPI = 5* CDI = 5* SCON = 8* HVI = No OBS = No

Protokol považujeme za validný. Počas interpretácie a tvorby výsledku budeme však brať ohľad že nemusí byť dostatočne odhaľujúci. Výsledky sú validné spôsobom, akým sa pacientka správa, keď je ostražitý a opatrný. V súlade s Komprehenzívnym systémom budeme výsledky interpretovať v nasledujúcom poradí: Centrálna sekcia > Interpersonálna percepcia > Sebapercepcia > Afekt > Spracovanie > Mediácia > Ideácia

1. Centrálna sekcia

Pacientka vykazuje známky nezrelosti či bezradnosti v zvládaní situácií a to hlavne v interpersonálnych vzťahoch.

Pacientka má k dispozícii málo zdrojov ku zvládaniu záťaže a je náchylnejšia k dezorganizácií pri bežných záťažových situáciách.

2. Interpersonálna percepcia

Index zvládania nám hovorí o sklone pacientky k prežívaniu problémov v interakcií s druhými osobami. Pacientka je skôr sociálne nezrelá. Okolie ju môže vnímať ako izolovanú či neobratnú. Vďaka tejto neobratnosti nedokáže udržať vzťahy alebo ich nadviazať, aj napriek o jej snahu. U adolescentov je to známka nezrelosti.

Pacientka má tendenciou zastávať pasívne role v interpersonálnych situáciách. Inklinuje k vyhýbaniu sa riešiť problémy či niesť zodpovednosť za rozhodnutia.

Pacientka má silne nenaplnené potreby blízkosti. Môže to byť aj dôsledok situačného vplyvu v prípade, že sa u pacientky vyskytla emocionálna či vzťahová strata.

Pacientka má sklony emočne sa stiahnuť do seba a byť sociálne izolovaná, čo sa môže javiť z jej strany ako nezáujem o druhých.

Pozorujeme tendenciu bežne neočakávať pozitívnu interakciu s druhými ľuďmi. V spoločnosti sa cíti menej pohodlne ale aj napriek tomu môže mať hlboké vzťahy. Často krát môže byť považovaná za rezervovanú či nespooločenskú. V tomto prípade ide na oboch

stranách o nulové hodnoty, čo nám ukazuje neschopnosť imaginácie a agresie. Môže sa jednať o prejav nespolupráce a vyhýbavosti.

Index izolácie nie je signifikantný.

Pacientka dala v protokole nízky počet odpovedí s ľudským a pohybovým obsahom. Odpovede tohto typu považujeme za kľúčové indikátory schopnosti jedinca správne percipovať. V protokole sa naopak nachádza zvýšený počet odpovedí so zvieracím obsahom. Tieto odpovede sa nachádzajú práve u pacientom s úzkostnými stavmi.

3. Sebapercepcia

U pacientky sa môže vyskytovať zvýšené zaujatie vlastnou osobou. Môže dochádzať ku zvýšenému sebaopozorovaniu a problémom udržať medziľudské vzťahy či opakovanému potvrdzovaniu sebahodnoty.

Index egocentricity je nízko pod spodnou hranicou. Poskytuje nám to informáciu, kedy pacientkina sebaúcta je negatívna, jej vnímanie self je rovnako negatívne a odhad jej vlastnej ceny je nízky.

U pacientky môže dochádzať ku vnímaniu negatívnych aspektov self či bolestivej introspekcií. Vyskytovať sa môže z dôvodu emočnej straty, zlyhania, fyzickými či psychickými problémami.

Vyskytujú sa odpovede s morbidným obsahom, čo nám môže naznačovať negatívne sebaopojatie a pesimistický pohľad na vlastnú osobu. .

4. Afekt

U pacientky je zvýšený index depresivity a zvládania. Pacientka má zvýšený potenciál pre zažívanie negatívnych nálad, ktoré sú často krát spôsobené problémami v interpersonálnej adaptácií.

U pacientky pozorujeme extratenzívny štýl. Pacientka má sklony ovplyvňovať a prepájať svoje rozhodnutia a myslenie emóciami. Prikláňa sa k riešeniu problémov pokus – omyl.

Vzhľadom na nadmerný vplyv emócií pri rozhodovaní môže dochádzať k maladaptívnemu riešeniu problémov.

Afektívny pomer sa nachádza pod priemerom. Pacientka má tendencie sa nezaoberať emočným impulzom. Môže ísť o znížený záujem o emočné podnety.

U pacientky pozorujeme osobnú nezrelosť psychologickej organizácie a časté problémy s prežívaním ak sa nachádzajú v komplexných emočných situáciách.

5. Spracovanie

U pacientky hovorí o primeranom úsilí, ktoré je vložené do spracovania informácií súvisiacich s riešením problémov, čo nám potvrdzuje aj výsledok z indexu ekonomie.

Aspiračný pomer, hovorí o tendencií pacientky v bežnom živote zlyhávať v dosahovaní stanovených cieľov. Tento stav môže byť sprevádzaný frustráciou. Vo veku, v ktorom sa nachádza pacientka môže ísť o preceňovanie vlastných síl a tvorbe ideálov.

Pacientka často zabúda na dôležité prvky v podnetovom poli. Môže sa jednať o zdroj chýb v spracovaní podnetov, ktoré vedú k menej efektívnemu vzorcu správania. Tento štýl je sprevádzaný rýchlym rozhodovaním. Bežne sa vyskytuje u detí.

U pacientky sa môžu vyskytovať problémy pri riešení komplexných situácií a to môže viesť k problémom s prispôbením.

6. Mediácia

Pozorujeme dysfunkciu testovania reality. Táto dysfunkcia je globálna a zahrňuje zvyčajné aj nezvyčajné podnety.

U pacientky je prítomné vplyv afektov, ktoré môžu spôsobovať stratu kontaktu s realitou.

Je prítomná známka mediačného poškodenia.

Počet populárnych odpovedí sa nachádza pod priemerom, čo značí menej konvenčné a viac individualistické odpovede, ktoré sa objavujú aj v situáciách, ktoré sú jednoduché a menej definované.

U pacientky môžeme očakávať neprimerané správanie s náznakmi nekonvenčnosti. Správanie môže byť spôsobené mediačnou dysfunkciou či problémom s testovaním reality.

7. Ideácia

Pacientka spája emócie s riešením problémov a rozhodovaním. Často krát sa spolieha na stratégiu pokus – omyl. Vplyv emócií na ideáciu spôsobuje komplexnosť vzorcov myslenia. Pacientka je viac intuitívna.

U pacientky hrajú rolu emócie v rozhodovaní aj v situáciách, kedy je môže dochádzať k limitovaniu myslenia a proces je kontraproduktívny.

Pozorujeme neobvyklú úroveň periférnej ideačnej aktivity, ktorá hovorí, že pacientka má tendenciu vyhýbavého štýlu. V tomto prípade môže ísť o rýchle reagovania z dôvodu odstránenia napätia, ktoré spôsobuje periférna aktivita. Dochádza taktiež ku rýchlo formulovaným odpovediam, ktoré často krát nie sú premyslené a preto sa stáva tento štýl neefektívnym.

Pacientka vykazuje známky nezrelosti či bezradnosti v zvládaní situácií a to hlavne v interpersonálnych vzťahoch. Pacientka má k dispozícii málo zdrojov ku zvládaniu záťaže a je náchylnejšia k dezorganizácii pri bežných záťažových situáciách. Okolie ju môže vnímať ako izolovanú či neobratnú. Vďaka tejto neobratnosti nedokáže udržať vzťahy alebo ich nadviazať, aj napriek o jej snahu. Pacientka má tendenciu zastávať pasívne role v interpersonálnych situáciách. Inklinuje k vyhýbaniu sa riešiť problémy či niest zodpovednosť za rozhodnutia. Pacientka má silne nenaplnené potreby blízkosti. Môže to byť aj dôsledok situačného vplyvu v prípade, že sa u pacientky vyskytla emocionálna či vzťahová strata. V spoločnosti sa cíti menej pohodlne ale aj napriek tomu môže mať hlboké vzťahy. Pacientkina sebaúcta je negatívna, jej vnímanie self je rovnako negatívne a odhad jej vlastnej ceny je nízky. U pacientky môže dochádzať ku vnímaniu negatívnych aspektov self či bolestivej introspekcií. Vyskytovať sa môže z dôvodu emočnej straty, zlyhania, fyzickými či psychickými problémami. Pacientka má zvýšený potenciál pre zažívanie negatívnych nálad, ktoré sú často krát spôsobené problémami v interpersonálnej adaptácii. Pacientka má sklony ovplyvňovať a prepájať svoje rozhodnutia a myslenie emóciami. Vzhľadom na nadmerný vplyv emócií pri rozhodovaní môže dochádzať k maladaptívnemu

riešení problémov. Pacientka má tendencie sa nezaoberať emočným impulzom. U pacientky sa môžu vyskytovať problémy pri riešení komplexných situácií a to môže viesť k problémom s prispôbením. Pozorujeme dysfunkciu testovania reality. Je prítomná známka mediačného poškodenia. U pacientky môžeme očakávať neprimerané správanie s náznakmi nekonvenčnosti. Správanie môže byť spôsobené mediačnou dysfunkciou či problémom s testovaním reality. Pacientka spája emócie s riešením problémov a rozhodovaním. Často krát sa spolieha na stratégiu pokus – omyl. Vplyv emócií na ideáciu spôsobuje komplexnosť vzorcov myslenia. Pacientka je viac intuitívna. Pozorujeme neobvyklú úroveň periférnej ideačnej aktivity, ktorá hovorí, že pacientka má tendenciu vyhýbavého štýlu. V tomto prípade môže ísť o rýchle reagovania z dôvodu odstránenia napätia, ktoré spôsobuje periférna aktivita. Dochádza taktiež ku rýchlo formulovaným odpovediam, ktoré často krát nie sú premyslené a preto sa stáva tento štýl neefektívnym.

Tabuľka 8.

Významné znaky v profile pacientky

Pacientka č. 7	Výrazné znaky v profile pacientky	Očakávané, ale chýbajúce znaky v profile pacientky	Neočakávané znaky v profile pacientky
	<ul style="list-style-type: none"> • Nízky počet R • Zvýšené CDI • Zvýšené DEPI • Zvýšený počet A odpovedí • Pomalý reakčný čas 	<ul style="list-style-type: none"> • Vyšší počet C' odpovedí • Zvýšený počet C odpovedí • Zvýšený počet D + Dd odpovedí 	<ul style="list-style-type: none"> • Vyšší počet MOR odpovedí

U poslednej pacientky pozorujeme celkovú zvýšenú tendenciu k úzkostným stavom. V prípade časti x-1 sa výsledok rovná 59. Tento výsledok je väčší ako u časti x-2, ktorá vyšla na hodnote 52. Predpokladáme, že pacientka pociťovala hlavne situačnú úzkosť či tenziu, čo mohlo byť spôsobené celkovou testovacou situáciou či aktuálnym emočným

rozpoložením pacientky. Pacientka má podľa anamnézy sklony k silným výbuchom emócií. To môže byť spôsobené vnútornou tenziou. Pacientka často krát svoje emócie potláča aby neranila okolie.

7. Výsledky výskumu

U nami vybraného populačného vzorku sa vyskytol jeden spoločný znak a to pomalý reakčný čas. Vo všetkých prípadoch šlo a zdĺhavé vyšetrenie aj napriek snahe povzbudiť pacientov. Môžeme predpokladať, že šlo o celkové spomalené psychomotorické tempo u pacientov. V protokoloch sa našli znaky, ktoré neboli zdieľané všetkými pacientmi ale považujeme mi ich za významné. Vyskytli sa znaky, ktoré sme očakávali vzhľadom na doterajšie výskumy ale aj znaky, ktorých výskyt sme nepredpokladali.

Znaky, ktoré považujeme za významné a najčastejšie vyskytujúce sa sú:

1. Nízky počet odpovedí (5/7)
2. Zvýšené *CDI* (4/7)
3. Zvýšené *DEPI* (4/7)
4. Vyšší počet odpovedí zameraných na *D* či *Dd* (5/7)
5. Vyšší počet odpovedí s obsahom *A* (4/7)
6. Znížený počet odpovedí s obsahom *M* a *FM* (5/7)
7. Odpovede s *MOR* (5/7)
8. Zvýšené *WsumC* (4/7)
9. Znížené *Afr* (5/7)

V našom výskume sa našlo päť protokolov s nízkym počtom odpovedí. Aj napriek tomu, že sa nenachádza samostatne v žiadnom z trsov má určitú významnosť. Krátke protokoly môžu byť dôsledkom pacientovej miery ostražitosti či mierne chudej verbalizácie, čo je podporené napríklad vysokou λ , populárnymi odpoveďami, odpoveďami zameranými na detail či vysokým alebo priemerným $x+\%$.

V protokoloch sme pozorovali zvýšené *CDI* – index deficitu zvládania. Pri zvýšenom indexe môžeme tvrdiť, že ide o znak dlhodobých problémov vyskytujúcich sa v bežnom živote našich pacientov. Problémy sa u pacientov najviac vyskytujú v oblasti sociálnej, kedy môže dochádzať k zahľteniu či depresívnym prejavom. U týchto pacientov ide o zníženú schopnosť sociálne sa angažovať či slabšiu sociálnu zdatnosť v medziludských vzťahoch. Ďalej sme pozorovali u väčšiny pacientov zvýšený index depresivity – *DEPI*, ktorý nám hovorí o narušení nálad či potenciálny výskyt emočných porúch, depresie a úzkosti. U niektorých z pacientov sme pozorovali odpovede, ktoré boli zamerané prevažne na detaily. Jeden z indikátorov úzkosti je *AdjD* a samotné *D*, ktoré udávajú mieru kapacity pre

zvládanie a adaptívnosť na afekty. U odpovedí zameraného hlavne na D či Dd môžeme taktiež hovoriť o odolnosti voči stredu a aktuálnu kapacitu pre jej zvládaniu. Môžeme teda tvrdiť že ide o vzťah o medzi dostačujúcimi zdrojmi zvládania a úzkosťou. U niektorých z pacientov sa vyskytol aj zvýšený počet odpovedí so zvieracím obsahom. Tento znak nachádzame najmä u u konvenčných a úzkostných osôb. U detí je tento znak normálny ale u adolescentov a dospelých to môže byť známka infantilnosti či neurotickej úzkosti.

U niektorých z pacientov sme vypozerovali znížený počet m a FM odpovedí. Pri zníženom počte FM odpovedí môže ísť o problémy so správaním, nenaplnenými potrebami či prejavmi rýchlo uspokojiť vlastné potreby. U počtu m odpovedí môže u pacientov dochádzať k prežitku bezmoci v konfrontácií so silami, ktoré sú mimo ich kontrolu. Pozorujeme vyšší výskyt odpovedí s morbidným obsahom. Pri zvýšenom počte MOR odpovedí ide o pesimistické ladenie a pesimistický pohľad na vlastnú osobu. Môže ísť taktiež o nadmerné prežívanie vnútornej tiesni. U pacientov so zníženým WSumC a zároveň zníženým afektívnym pomerom môžeme hovoriť o ich tendencií vyhýbať sa emočným situáciám. Hodnota WsumC predstavuje zvládanie emočných situácií a emócií. Pri nízkom afektívnym pomere môžeme hovoriť o sklonoch k emočnej labilitě, sociálnemu a emočného stiahnutiu. V našom výskume sme však mali prevahu protokolov, ktoré obsahovali zvýšený index WSumsC.

Menej vyskytujúcimi spoločnými znakmi boli napríklad odpovede zahrňujúce S space. Odpovede zameraná na bielu plochu nám hovoria o tom, či pacienti emócie súvisia s nastavením voči okoliu.

Dotazník úzkosti a úzkostlivosti nám ukázal, že u väčšiny pacientov zúčastnených nášho výskumu šlo o prejavy úzkosti, ktoré boli spôsobené situačne. U 5 pacientov vyšli zvýšené výsledky v časti x-1, ktorá nám hovorí o aktuálnom výskyte či prežívaní tenzie čo nepríjemných pocitoch. Pod týmto pocitom si môžeme predstaviť vedomé prežívanie napätia či strachu. Položky tejto škály sa zameriavajú na prítomnosť obáv či strachu. U zvyšných dvoch pacientov bol zvýšený výsledok v časti x-2, ktorý hovorí o predispozičnej úzkosti. Táto škála disponuje tromi základnými charakteristikami a to je rozdiel vo vnímaní sveta, rozdiely v individuálnych prejavoch emočných stavov a hovorí nám o schopnosti jednotlivca reagovať na určité situácie.

8. Diskusia

Magisterská diplomová práca sa zaoberá profilom pacientov s poruchami správania so zameraním na prejavy úzkosti v Rorschachovej metóde. Cieľom tejto práce bolo zistiť, ako sa úzkosť pri tomto populačnom vzorku prejavuje v použitej testovacej batérii. Ďalej sme sa snažili zistiť, či úzkosť, ktorá sa v protokoloch objavila súvisí s genetickou predispozíciou a teda je do istej miery ovplyvnená diagnózou alebo či ide o situačnú úzkosť. Pri zbere dát sme použili okrem Rorschachovej metódy aj dotazník úzkosti a úzkostlivosti (STAI-x1, x2). Pri vyhodnotení sme použili vyhodnocovací systém ROR online a príručku STAI. Výsledky boli následne spracované kvalitatívnou formou vo forme kazuistík.

Vzhľadom na zameranie výskumu, bola našou cieľovou skupinou populácia detí s diagnózou poruchy správania a emócií s obvyklým nástupom v detstve a v dospievaní (F90.0, F91.8 a F92.8). Výskumu sa zúčastnili deti v období ranej adolescencie vo veku od 12 do 14 rokov. Podľa Vágnerovej (2012) ide toto obdobie môžeme označiť ak ranú adolescenciu či pubescenciu. Typické pre toto obdobie je telesné dospievanie v podobne meniaceho sa zovňajšku a ďalších hormonálnych zmien. V tomto období tiež dochádza ku zmene myslenia a emočného prežívania.

Pracovali sme so 6 pacientkami a 2 pacientmi, z čoho jeden pacient počas výskumu odstúpil. Pri plánovaní celého výskumu sme si nestanovili podmienku ohľadom pohlavia pacientov, zároveň si spätne uvedomujeme, že to mohol byť ďalší limit práce, kedy väčšina súboru tvorili pacientky.

Jednou z hlavných súčastí diskusie je vyjadrenie sa k limitom práce. Ako prvé vidíme limity v užití Rorschachovej metódy na úrovni študenta. Aj napriek odbornej konzultácii protokolov s vedúcim práce si uvedomujeme, že správne a bezchybné používanie tejto metódy je podmienené hlavne dlhými rokmi praxe s Rorschachovou metódou a hlbokým vhl'adom do metódy. Ďalším limitom užitia tejto práce je skórovanie protokolov, ktoré sa uskutočnilo po dlhšej dobe od ich zberu, čo mohlo ovplyvniť ich interpretáciu.

Medzi ďalšie limit práce zaradujeme fakt, že zber dát bol prevedený len na populácií detí hospitalizovaných v psychiatrickej nemocnici v Kroměříži. Počas fáze kontaktovania nemocníc sme sa snažili naviazať spolupráce ohľadom výskumu v psychiatrickej nemocnici v Šternberku ale neúspešne. Ďalej sa nám podarilo získať povolenie pre výskum v nemocnici Bohniciach v Prahe, kde sme však nezískali potrebných pacientov. Naš výskumný súbor sme z tohto dôvodu zozbierali v psychiatrickej nemocnici v Kroměříži. Pacienti, ktorých sme do

výskumu zaradili, boli vybraný zámerné vzhľadom na naše počiatočne stanovené kritériá. Po vybraní vhodných pacientov bol rozoslaný informovaný súhlas rodičom. Tento krok berieme tiež ako jeden z limitov práce. Zo začiatku sa nám podarilo zahrnúť do výskumu všetkých vybraných pacientov. Po celom testovaní sa však jeden z pacientov, respektíve jeho rodičia rozhodli, že sa výskumu nezúčastnia, a tak sme pozbierané dáta od tohto pacienta v našej práci nepoužili. Na záver sme pracovali so siedmimi pacientmi, diagnostikovanými s jednou z porúch správania a emócií s obvyklým nástupom v detstve a v dospievaní (F90 – F98).

Počas nášho výskumu sme používali dve metódy. Prvou, kľúčovou z nich bola Rorschachova metóda. Vďaka tejto metóde sme sa snažili dokázať náš hlavný cieľ práce a to popísať profil pacientom so zameraním na prejavy úzkosti u detí s diagnostikovanou poruchou správania. Druhou metódou bolo dotazník úzkosti a úzkostlivosti, dotazník STAI-x1 a STAI - x2, ktorý nám mal pomôcť pri zodpovedaní druhej otázky a to či sa prejavovaná úzkosť dotazníku javila ako predispozičná alebo situačná. V oboch prípadoch sme vychádzali zo stanovených administratívnych pravidiel daných metód a následne aj spracovanie a interpretáciu získaných výsledkov.

Počas testovania boli pacientom urobené priaznivé podmienky. Miestnosť, ktorá nám bola k dispozícii bola nerušená a tak sme vytvorili pacientom príjemné prostredie aj s ohľadom na ich vek a situáciu. Celé testovanie trvalo približne 90 - 120 minút. Pri administrácii STAI -x1, x2 sme si prešli prvú názornú testovú položku a bol im poskytnutý potrebný čas pre vyplnenie. Pri administrácii Rorschachovej metódy sme si zo začiatku overili, či sa pacienti už stretli s danou metódou. Pri administrácii bolo pacientom povedané, že budú pracovať s 10 tabuľami, ktoré im budú predkladané postupne. Pri každej tabuľi nám povedia, čo tam vidia, čo im to pripomína a zároveň sme ich uistili, že na nich nebude kladený žiaden nátlak ohľadom času.

Pred samotným testovaním sme si s pacientmi urobili krátky rozhovor, kde sme pozbierali potrebnú anamnézu a zároveň si urobili príjemnú atmosféru a poskytli im pocit bezpečia počas testovania. Po testovaní sme ďalej v rozhovore pokračovali, aby sme sa uistili, že všetko prebehlo v poriadku, celému procesu výskumu rozumejú a v prípade otázok sme im boli k dispozícii.

Jediným spoločným zdieľaným znakom všetkých protokolov bol pomalý reakčný čas. Po komunikácii s ošetrojúcimi lekármi a samostatnou prácou s nimi môžeme usudzovať, že

u pacientov tento znak môže byť spôsobený celkovým pomalým psychomotorickým tempom pacientov. Zvyšné znaky, ktoré nám z protokolov vyšli, neboli zdieľané všetkými pacientmi.

Prvým najčastejšie zdieľaným znakom bolo zvýšené CDI. CDI je index, ktorý nám hovorí o limitáciách či nedostatku prostriedkov pacienta pre zvládanie záťaže. Častý výskyt a dôležitosť tejto premennej potvrdzuje výskum Rundla (2004), ktorý sa zaoberal rozličnými poruchami správaniu u chlapcov a ich prejavom emócií. Výskyt zvýšeného CDI bol jedným z najčastejšie vyskytujúcich sa znakov u jeho populačného vzorku.

Wiener (2016) uvádza, že v prípade signifikantných indexov DEPI a CDI môže ísť u pacientov o prejav afektívnych problémov.

U pacientov sa vyskytoval zvýšený index DEPI. Zvýšený index DEPI sa podľa výsledkov výskumu Saaiva a Ferraiva (2016) vyskytoval u detí, ktoré mali sklony k pesimizmu, cítili sa osamelo či boli náchylní k nezvládaniu stresových situácií. Šlo o deti, ktorým bola diagnostikovaná porucha opozičné vzdor, porucha hyperaktivity a impulzivity a deti s diagnostikovanou antisociálnou poruchou.

Zvýšené DEPI nám hovorí o narušení náladovosti a potencionálnemu výskytu emočných porúch, depresie či úzkosti.

Vzhľadom na anamnézu a klinický dojem našich pacientov usudzujeme, že ich emočné rozpoloženie a sklony k emočnej labilitě sú zjavné. K týmto emočným výkyvom môže dochádzať najmä pri načrtnutí emočne náročnejších tém u týchto detí.

Jedným zo znakov, ktoré sa najviac vyskytovali v našich výsledkoch boli aj odpovede zamerané na detaily. Podľa Lečbycha (2016) sú významnými ukazateľní úzkostného prežívania v protokoloch odpovede zamerané na detail D – bežný detail alebo aj napríklad AdjD – adjustovaný detail.

Řičan, Šebek, Ženatý a Morávek (1981) radia odpovede zamerané na detail k jedným z indikátorov úzkostných stavov.

Protokol s prevažnými D a Dd odpoveďami vypovedajú o situačnej kontrole a kapacite zvládania záťažových situácií (Exner, 1991).

Ďalším dôležitým zistením bola spoločná tendencia k mediačnej dysfunkcii. U každého z pacientov sa prejavovala do istej miery dysfunkcia, ktorá ovplyvňuje schopnosť pacientov vnímať svet realisticky. Taktiež má vplyv na testovanie reality a konvenčné správanie pacientov. Poškodené testovanie reality môže byť ovplyvnené afektívnymi problémami.

U pacientov sme si všimli tendenciu inhibovať emócie. Lečbych (2016) uvádza, že práve tento výskyt je častý u pacientov trpiacich rozličnými deficitmi emócií. U našich pacientov mohlo ísť už o zmienenú inhibíciu emócií či ich zníženú moduláciu. Toto mohlo mať vplyv na adaptívne stratégie u pacientov, ich rozhodovanie a prežívanie.

U adolescentov je častý výskyt ľahostajnosti voči kontrole vlastným emóciám (Polák, Obuch, 2011).

Vo výskume, ktorý sa zaoberal deťmi s poruchou pozornosti, opozičným vzdorom a poruchou správania došli k výsledku, že u detí u týchto detí je častý výskyt práve s kontrolou emócií, kedy dochádzalo aj ku problémom svojej emócie vedieť verbalizovať (Rundle 2004).

Vzhľadom na anamnézy a klinický dojem pacientov usudzujeme, že majú sklony potláčať vlastné emócie. Niektoré z nich dokonca vedome tvrdia, že pocity potláčajú, ako by to mali povedať okoliu. Nahromadenie emócií a pocitov môže viesť k tenzií a emočnej nestabilite.

U väčšiny pacientov sme pozorovali celkový znížený počet odpovedí s pohybovými a ľudskými odpoveďami. Podľa Exnera a Erdberga (2005) to hovorí o vnímaní vlastných pocitov pacienta, ktoré môže byť narušené.

Na druhej strane sa vyskytovali časté odpovede so zvieracou tematikou. V ranom detstve toto považujeme za prirodzenú časť vývoja. Naši pacienti sa však nachádzajú v období, kedy to môže byť znakom úzkostných stavov či infantilnosti (Řičan, Šebek, Ženatý & Morávek, 1981).

U niektorých pacientov sa taktiež vyskytovali časté odpovede s morbidným obsahom vzhľadom na celkový počet odpovedí v protokoloch. Podľa Lečbycha (2016) môžu byť aj toto prejavy emočnými poruchami.

Rundle (2014) vo svojom výskume zameranom na popis emočnej reaktivity u detí s diagnostikovanou poruchou správania a poruchou opozičného vzdoru tvrdí, že jedným zo znakov narušenia emočnej reaktivity u týchto detí je aj práve výskyt morbidných odpovedí.

Vzhľadom na ich emočné rozpoloženie a celkovú situáciu, ktorú prežívali v daný moment sa to mohlo odraziť aj do odpovedí. U niektorých sme pozorovali väčšiu projekciu ich vnútorného sveta a potlačovaných pocitov.

U štyroch našich pacientov sme pozorovali zvýšený index WsumC a zároveň u troch kde bol tento index znížený spolu s afektívnym pomerom. Tieto znížené hodnoty u pacientov môžu vypovedať o vyhýbaní sa emočným situáciám a celkové zníženie schopnosti takéto situácie zvládvať.

Czopp a Wiener (2016) vo svojej kazuistike s úzkostnou pacientkou popisujú tieto indexy a ich vzťah ako jeden zo základných indikátorov ku správneému zvládaniu emócií.

Vzhľadom na príbehy pacientov a celkový dojem pri testovaní môžeme tvrdiť, že títo pacienti mali problém hovoriť o situáciách, ktoré boli emočne nabité. Ich reakcie boli neadekvátne a aj napriek vážnosti situácie odvrátili tému k niečo veselšiemu.

Afektívny pomer vyšiel znížený u piatich našich pacientov, čo vo výsledku naznačuje nižší záujem o emočné stimuly a podnety.

Czopp a Wiener (2016) hovoria o výskyte v prípade, že pacienti majú sklony k emočnej labilitate, sociálnemu či emočnému stiahnutiu.

Po rozhovoroch s našimi pacientmi sme zistili, že väčšina z nich sa stiahne do seba. Aj napriek užšiemu kruhu priateľov riešia svoje problémy vo vnútri seba a majú sklony ich potláčať.

Jeden z menej vyskytujúcich sa znakov v našich protokoloch boli odpovede zamerané na bielu plochu. Aj napriek tomu, že sa tento znak nevyskytoval často, treba spomenúť že sa častokrát spája s emóciami a prežívaním. Rundle (2004) popisuje odpovede S space ako jeden z ukazateľov emočnej reaktivity.

Poslednou časťou výskumu bolo použitie dotazníka STAI. Táto metóda nám slúžila k tomu, aby sme sa pokúsili zistiť, či úzkosť, ktorá sa prejavuje u pacientov a v Rorschachovej metóde je situačná alebo má predispozičné základy. U väčšiny našich pacientov sa jednalo o úzkosť, ktorá bola spôsobená situačne. Aj napriek ich príbehom,

rodinnému zázemiu a celkovým pocitom prevažovala úzkosť, ktorá mohla byť spôsobená napríklad testovou metódou. U dvoch z našich pacientov sa úzkosť javila predispozične. Vzhľadom na ich anamnézu usudzujeme, že pacienti môžu dlhodobo pretrvávajúť v úzkostnom stave a zázemí.

Karevold (2008) popisuje výskum v ktorom hovorí, že deti / adolescenti majú väčšie sklony k úzkosti pri prežití raných negatívnych skúseností a pri rodinnom zázemí s týmito sklonmi.

V našej práci sme sa pokúsili popísať spoločné prejavy úzkosti u detí s poruchami správania. Podarilo sa nám nájsť zhodné prejavy úzkosti či emócií u týchto detí a zároveň nájsť znaky, ktoré sme nepredpokladali, že sa v protokoloch vyskytnú. Aj napriek tejto snahe bol výskum limitujúci a pripúšťame možný výskyt obmedzujúcich faktorov. Túto prácu aj napriek tomu považujeme za prínosnú v oblasti práce s deťmi s poruchami správania. Práca priniesla mnohé informácií ohľadom profilu detí a špecifických znakov prejavujúcich sa v protokoloch. Zároveň nám dáva možný základ pre ďalšie výskumu zaoberajúce sa klinickým profilom u detí s poruchami správania.

9. Záver

Najdôležitejším záverom práce je zistenie, že sa v protokoloch ukázal jeden spoločný znak v protokoloch u detí s poruchami správania. Týmto znakom bol pomalý reakčný čas. V protokoloch sa následne objavovali prejavy úzkosti, ktoré však neboli zdieľané vo všetkých prípadoch ale len u väčšiny pacientov. Medzi tieto znaky patrí zvýšený index CDI, zvýšený index depresivity, vyšší počet odpovedí zameraných na detail, odpovede s morbidnom obsahom. Ďalej medzi tieto znaky patria odpovede zamerané zvierací obsah, znížené odpovede s ľudským a pohybovým obsahom či znížený afektívny pomer.

Druhým dôležitým zistením bolo, že vďaka použitiu metódy STAI sme zistili, že u väčšiny z týchto pacientov prevažovala úzkosť situačná. U všetkých sa prejavila zvýšená hodnota celkového počtu bodov v jednej z dvoch častí dotazníka. Vzhľadom na výsledky zo STAI predpokladáme, že u pacientov sa úzkosť prejavila hlavne z dôvodu nestabilnej emočnej nálady či ťažkosti zvládať náročnejšie situácie.

Ako hlavný prínos práce vnímame lepšie pochopenie emočných prejavov u detí s poruchami správania. Výsledky tohto výskumu môžu slúžiť pre ďalšie výskumy pri práci s klientmi trpiacimi touto diagnózou. Od výskumu sa tak môže odrážať ďalšie využitie v rámci emočného rozpoloženia detí s poruchami správania a jeho pochopenia u týchto pacientov.

10. Súhrn

Magisterská diplomová práca sa zaoberá prejavmi úzkosti u pacientov, ktorí boli diagnostikovaní s poruchami správania. Popisuje sa ich profil v Rorschachovej metóde so zameraním na úzkosť a následne sa vo výskume pracuje s metódou STAI, ktorá ukazuje či úzkosť, ktorá sa v Rorschachovej metóde u pacientov prejavila, je situačná alebo dispozičná. V teoretickej časti sa venujeme definovaní osobnosti a popisu vývojového štádia u pacientov. Priblížili sme si diagnostiku tohto vývojového štádia, venovali sme pozornosť úzkosti u detí, predstavili sme si rozličné poruchy správania a následne sa venovali výskumom v tejto oblasti.

Osobnosť predstavuje súbor duševných ale aj telesných vlastností. Tieto vlastnosti sa vytvárajú počas celého vývoja. Vlastnosti osobnosti môžeme rozdeliť na získané a vrodené. Osobnosť sa podľa Eysencka dá popísať ako súhrn skutočných a potencionálnych vzorcov správania a zároveň sa skladá z kognitívnej časti, konatívnej, afektívnej a telesnej. K osobnosti sa dá prizerať podľa nomotetického prístupu alebo idiografického. Prepojením viacerých zložiek či úrovní človeka je taktiež jednou z kľúčových myšlienok H.S. Sullivana. Sullivan vníma osobnosť ako výsledok interpersonálnych vzťahov. Jeho teória je obohatená o pochopenie tenzie ako dôsledok neuspokojenia základných potrieb. Priemernou vekovou hranicou, kedy sa úzkosť u detí začne objavovať je dvanásť rok života.

Medzi základné prejavy tenzie či úzkosti patrí najmä subjektívny pocit ako je tlak na hrudi, nekľudné a zabiehavé myšlienky, zvláštny a neurčitý vnútorný pocit. Môže sa prejavovať strach z neurčitých vecí ale taktiež sa môžu vyskytovať psychosomatické prejavy ako je zrýchlenie dychu.

Úzkosť môže zastávať dve podoby. Môžeme hovoriť o úzkosti ako aktuálnom stave, spôsobený rôznymi stresovými situáciami či aktuálnou záťažou. Úzkosť ďalej môže byť aj ako predispozičný rys, trvalý stav jedinca. Podľa doterajších výskumov sa ukázalo, že úzkosťou trpí približne 80% detí a často krát jej príznaky bývajú prehliadané. U detí je úzkosť mnoho krát spojovaná a diagnostikovaná spolu s ďalšími poruchami.

Medzi najčastejšie vyskytujúce sa poruchy u detí sú poruchy správania. Tento druh porúch je typický pre opakujúce sa vzorce správania trvajúce po dobu aspoň šiestich mesiacov. Ide o správanie, ktoré nie je primerané veku dieťaťa. Je narušená sociálna norma

správania, agresívne či disocálne správanie alebo sa môžu vyskytovať aj rôzne problémy v škole.

Poruchy správania sú diagnostikované takmer u 15% detí a adolescentov. Okrem podmienok, v ktorých dieťa vyrastá, môže mať na vznik porúch správania aj poškodenie centrálného nervového systému. Poruchy správania sa často krát môžu prekrývať s rôznymi emočnými poruchami ako je emočná porucha v detstve či zmiešaná porucha správania a emócií.

Práca s detským Rorschachom nesie sebou veľkú zodpovednosť. Na rozdiel od skórovania protokolov dospelých pacientov, je nutné brať u detí ohľad na konkrétne vývojové štádium, v ktorom sa pacient nachádza.

Naše dáta v rámci použitia Rorschachovej metódy boli kódované pomocou Komprehenzívneho systému. Skórovanie a vyhodnotenie protokolov prebehlo pomocou online servere Inštitút psychologických služieb. Ďalej sme pokračovali s interpretáciou kódov, ktoré boli spracované vo forme kazuistík.

Ako druhú doplnkovú metódu pre náš výskum sme použili dotazník úzkosti a úzkostlivosť. Tento dotazník má dve časti a obe sa dajú použiť v celej alebo skrátenej verzii. V našom výskume sme pracovali s neskrátenou verziou. STAI X-1 je prvá zo škál, ktorá nám ukazuje aktuálny stav pacienta. STAI X-2 je druhá časť tohto testu, ktorá slúži k meraniu úzkostlivosti, inak povedané sklonu či tendencie k úzkostlivým stavom.

Celé naše testovanie trvalo približne 90 – 120 minút. V rámci tohto časového rozpätia je zahrnutá práca s oboma metódami a zároveň aj úvodný rozhovor. V úvodnom rozhovore sme si od pacientov pozbierali doplnujúce informácie v rámci anamnézy a snažili sme sa navodiť čo najviac príjemnú situáciu pre testovanie.

V našom výskume sme sa zamerali hlavne na prejavy úzkosti. Veľmi často sa stáva, že samotný pacient alebo rodičia tieto znaky úzkosti ignorujú a považujú ich za niečo prechodné.

Hlavným výskumným cieľom tejto práce je nájsť a popísať spoločné prejavy úzkosti u detí vo veku od 12 do 14 rokov s diagnostikovanou poruchou správania v Rorschachovej metóde.

Vzhľadom na stanovený cieľ sme si kládli dve otázky. Prvou z nich bolo, aké sú spoločné prejavy úzkosti u detí s poruchami správania v protokoloch v Rorschachovej metóde. Druhú otázku, ktorú sme si kládli bolo, či úzkosť objavujúca sa v protokoloch je predispozičná alebo situačná.

Našou cieľovou skupinou bola populácia detí s diagnózou porúch správania a emócií s obvyklým nástupom v detstve a v dospievaní (F90.0, F91.8 a F92.8). Pracovali sme s deťmi v období ranej adolescencie vo veku od 12 do 14 rokov. Pubescencia. je obdobie, pre ktoré je typické telesné dospievanie v podobe meniaceho sa zovňajšku a ďalších hormonálnych zmien. Dochádza ku zmene myslenia a emočného prežívania. Človek stretáva aj so sociálnym zmenami v podobe ukončenia základného vzdelávania a nástupu na strednú školu. Každé dieťa potrebuje v tomto období potrebu istoty a prijatia novej pozície.

Výskumu sa zúčastnilo 6 pacientok a 2 pacienti, z čoho jeden pacient počas výskumu odstúpil.

Celý priebeh výskumu začal určením si výskumného súboru. Druhým našim krokom bolo oslovenie psychiatrických nemocníc s potenciálnymi pacientmi, ktorí by zapadali do nášho výskumu. Po oslovení sme rozoslali informačné maily s podrobnými informáciami, čo sa bude robiť počas nášho výskumu, ako to všetko bude prebiehať, čo budeme používať za metódy a taktiež informované súhlasy pre rodičov detí.

Po celom tomto procese začal samostatný zber dát, ktorý prebiehal vo viacerých stretnutiach, kedy počas jedného stretnutia sme otestovali 2 – 3 deti. S deťmi bol vedený na úvod krátky rozhovor na odľahčenie situácie a získanie anamnéz a nasledovalo testovanie. Ako prvý test sme dávali dali test úzkosti a úzkostlivosti a nasledovala Rorschachova metóda.

Najvýznamnejšou časťou práce je pre nás schopnosť popísať profil pacientov s diagnostikovanou poruchou správania. Dostali sme sa v záveru k jednému spoločnému znaky, ktorý sa nachádzal vo všetkých protokoloch a to pomalý reakčný. Predpokladáme, že celkové ich psychomotorické tempo bolo spomalené.

V protokoloch našich pacientov sme našli ďalšie významné znaky, ktoré sa však nenachádzali vo všetkých protokoloch. Medzi tie znaky patrí celkový nízky počet odpovedí v protokole, zvýšený index zvládanie záťaže, zvýšený index depresivity, odpovede zamerané hlavne na detaily, zvýšený počet odpovedí so zvieracím obsahom, odpovede s morbidným obsahom. Ďalej sme pozorovali znížený počet ľudských a pohybových odpovedí či sklony k emočnej labilitate a emočnému stiahnutiu.

Vďaka použitiu dotazníka úzkosti a úzkostlivosti sme zistili že u väčšiny detí šlo o pocity úzkosti spôsobené situačne, čo mohlo byť spôsobené práve testovacou situáciou. U dvoch detí zo siedmich vyšla úzkosť ako predispozičná.

Výsledky nášho výskumu mohli byť ovplyvnené a skreslené nízkym počtom respondentov. Zároveň výsledky výskumu mohli byť ovplyvnené nízkymi vedomosťami a skúsenosťami autorky s prácou s Rorschachovou metódou.

Ako hlavný prínos práce vnímame lepšie pochopenie emočných prejavov u detí s poruchami správania. Výsledky tohto výskumu môže slúžiť pre ďalšie výskumy pri práci s klientmi trpiacimi touto diagnózou. Od výskumu sa tak môže odrážať ďalšie využitie v rámci emočného rozpoloženia detí s poruchami správania a jeho pochopenia u týchto pacientov.

Zoznam použitej literatúry

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Author.
2. Abel, Mr. (2018). Personality assessment test. Získané dňa 26.8.2020 z file:///C:/Users/vanda/Downloads/PDF_THE_PROJECTIVE_TECHNIQUES_OF_PERSON.pdf
3. Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Dorsay Press
4. Balottin L., Mannarini, S., Candeloro, D., Mita, A., Chiappedi, M. & Balottin, U. (2018) *Rorschach evaluation of personality and emotional characteristics in adolescen with migrane vs. Epilepsy and conntrol*. Front. Neurol. 9:160.
5. Blaauw et al.: *The relationship of anxiety, depression and behavioral problems with recurrent headache in late adolescence – a Young-HUNT follow-up study*. The Journal of Headache and Pain 2015 16:10.
6. Bowlby, J. (2010). *Vazba: Teoria kvality raných vzťahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál
7. Brohm F., Brunecký Z. & Holub V. (1957). *Duševní vývoj dítěte a jeho poruchy: Příručka pro dětské lékaře*. Praha: SzdN
8. Budinger, M. C., Drazdowski, T. K., & Ginsburg, G. S. (2013). *Anxiety-Promoting Parenting Behaviors: A Comparison of Anxious Parents with and without Social Anxiety Disorder*. *Child Psychiatry and Human Development*, 44(3), 412–418. <http://doi.org/10.1007/s10578-012-0335-9>
9. Bushnell GA, Gaynes BN, Compton, SN, et al. (2018). *Incidence of mental health hospitalizations, treated self-harm, and emergency room visits following new anxiety disorder diagnoses in privately insured US children*. *Depress Anxiety*. October 24, 2018; E-pub ahead of print.
10. Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada
11. Copeland, W. E., Angold, A., Shanahan, L., & Costello, E. J. (2014). *Longitudinal Patterns of Anxiety From Childhood to Adulthood: The Great Smoky Mountains Study*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(1), 21–33. <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.017>
12. Czopp – Tibon, S. & Weiner, B.R. (2016). *Rorschach Assessment of Adolescents*. USA. Springer

13. Dolejš, M. & Kulíšek, J. (2019). *Depresivita a impulzivita ako prediktory rizikového správania dospievajúcich v systéme ústavnej starostlivosti a nižšieho sekundárneho vzdelávania*. Získané z https://psych.upol.cz/fileadmin/userdata/FF/katedry/pch/vyzkum/publikace/2019/Kulisek__Dolejs_-_Depresivita_a_impulzivita_.
14. Drapela, J.V. (2011). *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál
15. Dušek, K. & Večeřová – Procházková A. (2018). *Diagnostika a terapie duševných poruch*. Praha: Grada Publishing
16. Exner, J. E. (1993). *The Rorschach: A comprehensive system. Basic Foundation and Principles of Interpretation*. Vol. 1. 3th ed. New Jersey: John Wiley.
17. 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
18. Exner, J. E., & Erdberg, P. (2005). *The Rorschach: A comprehensive system* (3rd ed). New Jersey: John Wiley.
19. Exner, J. E. (2009). *Rorschach: A Rorschach Workbook for the Comprehensive System*. Praha: Hogrefe.
20. Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
21. Hall, C.S. & Lindzey, G. (1997). *Psychológia osobnosti*. Bratislava: SPN
22. Hort, V., Hrdlička M., Kocourková J., Malá, E. aet al. (2008). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál
23. Ivanouw, J. (2000). *The Rorschach Comprehensive System Scoring Conceptualized by a Phenomenological Metalanguage* in Rorschachiana Journal of the International Society for the Rorschach (2012). 127-149
24. Karevold, E. (2008). *Emotional problems in childhood and adolescence*. Norway: AiT e-dit AS
25. Kim – Cohen, J., Caspi, A., E.Moffitt, T., Harrington, H., J.Milne, B. & Poulton, R. (2003). *Prior Jevvenile Diagnoses in Adulst with Mental Disordet: Developmental Follow – Back of a Prostective – Longitudinal Cohort* in Archives of General Psychiatry (2003)
26. Koplewicz, H. S. (2018). *Understanding Anxiety in Children and Teens*. Získané dňa 28.9.2020. z <https://childmind.org/blog/understanding-anxiety-children-teens/>

27. Langmeier, J., Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
28. Lečbych, M. (2016). *Rorschachova metoda*. Praha: Grada.
29. Lečbych, M. (2015). *Rorschachova metoda při posuzování dopadu psychologického traumatu*. *Československá psychologie*, číslo 1, 72-79
30. Lečbych, M. (nedat). *Rorschachova metoda u dětí*. Získané z Powerpoint prezentácie dňa 26.8.2020
31. Luxenberg, T. Levin, P. (2004). *The role of the Rorschach in the assessment and treatment of trauma*. In: Wilson, J. P., Keane, T.cM. (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*. 2nd Edition. New York, Guilford Press.
32. Merikangas, K.R., Nakumara, E.F. & Kessler, R.C. (2009). *Epidemiology of mental disorders in childhood and adolescents*. Copyright: ILLS SAS.
33. Millon, T., & Davis, R.D. (1996). *Disorders of personality: DSM – IV and beyond* (2.vyd.) New York: Wiley
34. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada
35. Najbrtová, K., Šípek, J., Loneková, K., & Čáp, D. (2017). *Projektivní metody v psychologické diagnostice*. Praha, Portál
36. Nakonečný, M. (1995). *Lexikón psychológie*. Praha: Vodnář
37. Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie*. Praha: Academia
38. Noord, R.G. (2006). *The Use of the Rorschach Comprehensive System as an Assessment of Depression in Adolescents*. Copyright
39. Orel, M. et al. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.
40. Pawlik, K. & Rosenzweig, M.R. (2000). *The International Handbook of Psychology*, London. SAGE Publications
41. Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia
42. Pokorná, V. (1993). *Poruchy chování u dětí a jejich náprava*. Praha: Portál
43. Polák, A. & Obuch, I. (2011). *Komprehensivní systém J. E. Exnera, Jr.* Praha: Hogrefe.
44. Praško, J. (2005). *Úzkostné poruchy*. Praha: Portál
45. Praško, J. et al. (2009). *Poruchy osobnost*. Praha: Portál.
46. Praško, J. et al. (2015). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
47. Riegel, K.D., Kalina K. & Pěč O. (2020). *Poruchy osobnosti v 21.storočí*. Praha: Portál

48. Ruisel, I. et al. (1980). *Dotazník na meranie úzkosti a úzkostlivosti*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, N.P.
49. Rundle, J. (2004). *The place of emotion in oppositional defiant – and conduct disorders: A Rorschach Study of 9-12 year old boys*. Victoria University
50. Říčan, P., Šebek, M., Ženatý, J. & Morávek, S. (1981). *Úvod do Rorschachovy metody*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n.p.
51. Říčan, P., Krejčířová, D. et al. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
52. Říčan, P. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada
53. Říčan, P., Krejčířová, D. et al. (2018). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
54. Saaiaava, A.B. & Ferreira, J. (2016). *Personality attributie of childre with behaviour problems. An exploratory anaysis with the Exner Comprehensive System of the Rorschach Inkblot Test and implication for the socia-historical clinical practival approach*. Russian psychological society
55. Scharfe., E. (2017). *Attachment Theory*. doi: 10.1007/978-3-319-16999-6_3823-1
56. Sullivan., H.S. (2006). *Psychiatrické interview*. Praha: Triton
57. Svoboda, M., Humpolíček, P. & Šnorek, V. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál.
58. Šípek, J. (2000). *Projektivní metody*. Praha: ISV Nakladatelstvo
59. Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie*. Praha: Portál.
60. Tyrka, A. et al (2009). *Childhood maltreatment and adult personality disorder symptions: Influence of mailtreatment type*. *Psychiatry research*, 165281 – 287. doi:10.1016
61. Ulč, I. (1999). *Úzkost a úzkostné poruchy*. Praha: Grada.
62. Ústav Zdravotnických Informací a Statistiky ČR (2018). *Mezinárodní Klasifikace nemocí*. Získané dňa 28.5.2020 z <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci>
63. Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie I*. Praha: Karolinum.
64. Vymětal, J. (2004). *Úzkost a strach u dětí*. Praha: Portál
65. Wagner, K. D. (2019). *Anxiety Disorders in children and adolescents: New Findings*. *Psychiatric Times*, (25.2.2019). vol.36, issue 2
66. Wiener, I. B. (2003). *Principles of Rorschach Interpretation*. Vancouver: Routledge
67. World Health Orgaizationn (2006). *MKN-10, Duševní poruchy a poruchy chování*. Psychiatrické centrum Praha

Zoznam tabuliek a grafov

Tabuľka č. 1: výberový súbor

Tabuľka č. 2: významné znaky v profile pacientky

Tabuľka č. 3: významné znaky v profile pacientky

Tabuľka č. 4: významné znaky v profile pacientky

Tabuľka č. 5: významné znaky v profile pacientky

Tabuľka č. 6: významné znaky v profile pacienta

Tabuľka č. 7: významné znaky v profile pacientky

Tabuľka č. 8: významné znaky v profile pacientky

Zoznam príloh

Príloha 1: Formulár zadania magisterskej diplomovej práce

Príloha 2: Abstrakt v slovenskom jazyku

Príloha 3: Abstrakt v anglickom jazyku

Príloha 4: Vzor oslovovacieho listu

Príloha 5: Vzor súhlasu so spracovaním osobných údajov

Abstrakt diplomovej práce v slovenskom jazyku

Názov práce: Profil pacientov s poruchami správania v Rorschachovej metóde

Autor práce: Bc. Vanda Omastová

Vedúci práce: Phdr. Martin Seidl, Phd.

Počet strán a znakov: 140 strán, 249 998 znakov

Počet príloh: 5

Počet titulov použitej literatúry: 67

Abstrakt:

Diplomová práca sa venuje popisu profilu pacienta s poruchami správania. Naši respondenti boli vybraný zámerný výberom. V práci sa kladieme za cieľ popísať hlavné znaky prejavu úzkosti u adolescentov s diagnózou porúch správania a zároveň sa pokúšame zistiť, či úzkosť u tohto výberového vzorku je situačná alebo dipozičná. Počas celého výskumu sme požívali kvalitatívny prístup. Pracovali sme s Rorschachovou metódou a s dotazník úzkosti a úzkostlivosť STAI.S protokolmi sme pracovali v súlade s Komprehenzívnym systémom. Na záver výskumu sme zistili, že existujú vo väčšine prípadov spoločné znaky prejavu úzkosti u tohto výberového súboru a zároveň, že pacienti majú tendenciu k pociťovaniu úzkosti ako k situačnému stavu. Vzhľadom na špecifiká výskumu, je možné ďalej pokračovať v hlbšom preskúmaní jednotlivých prejavov v rámci tejto oblasti.

Kľúčové slová: Rorschachova metóda, STAI, poruchy správania, úzkosť

Abstract of master's thesis

Titul of thesis: Profil of adolescent diagnosed with behavioral disorders in Rorschach test.

Author: Bc. Vanda Omastová

Supervisor: Phdr. Martin Seitl, Phd.

Number of pages and characters: 140 pages , 249 998 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 67

Abstract:

This master's thesis aims to describe a person suffering from behavioral issues. Our respondents were chosen with a specific intent. The overall goal of the thesis is to describe the main symptoms of the anxiety disorder in adolescents diagnosed with behavioral issues, all the while I am trying to differentiate whether the anxiety in the studied sample should be classified as situational or dispositional. Throughout the whole study I was using the qualitative method. I worked with the Rorschach's method as well as an anxiety questionnaire and anxiety STAI. The protocols were in a concordance with the comprehensive system. In the conclusion of the study, I came to find out that in most of the cases there are shared symptoms of anxiety in the sample of respondents, as well as that the patients tend to experience their anxiety situationally. In accordance to the specifics of the study it is possible to continue with a deeper approach within this studied field.

Klíčové slová: Rorschach method, STAI, behavioral disorders, anxiety

Príloha 4: Vzor oslovovacieho listu

Dobrý deň XY,

moje meno je Vanda Omastová a som študentkou naväzujúceho magisterského ročníka na Univerzite Palackého. Na univerzite študujem jednooborovú psychológiu.

Rada by som Vás oslova a poprosila o možnosť spolupráce na mojej diplomovej práci s témou „*Profil pacientov s úzkostnými poruchami a poruchami správania v Rorschachovej metóde*“. Celý proces výskumu bude zastrešovať vedúci práce PhDr. Martin Seitl PhD.

Počas výskumu sa bude pracovať s deťmi vo veku od 11 do 14 rokov, pričom nebude kladený dôraz na pohlavie. Deti vo výskume majú diagnostikovanú jednu z porúch správania. Vo výskume budeme pracovať s Rorschachovou metódou a ako doplnkovú metódu použijeme dotazník úzkosti a úzkostlivosť STAI x-1, x-2.

Spracovanie dát bude prebiehať anonymne. Výsledky budú spracované vo forme kazuistík. Interpretácia získaných dát z Rorschachovej metódy bude na základe Komprehenzívneho systému. Obe metódy budú spracované kvalitatívne.

Celé vyšetrenie bude prebiehať približne 90 minút, ktoré budú obsahovať testovaciu batériu zloženú z Rorschachovej metódy a dotazníka STAI- Pred zahájením bude krátky rozhovor s každým pacientom. V prípade rozhodnutia pacienta či rodiča odstúpiť od testovania budeme ich rozhodnutie akceptovať.

Bola by som rada a veľmi vďačná za umožnenie výskumu pod odborným dozorom. Za týmto výskumom vidíme pozitívne objasnenie emócií u detí s touto diagnózou, čo môže vylepšiť používanie týchto metód s touto skupinou detí V prípade akýchkoľvek otázok budem rada ak budete kontaktovať mňa alebo pani psychologičky Slámovú.

Veľmi si vážim Vašej ochoty a Vášho času,

Bc. Vanda Omastová

Souhlas se zpracováním osobních údajů a poučení o jejich zpracování Univerzitou Palackého v Olomouci jako správcem osobních údajů

Já,

narozen/a

bytem

souhlasím, aby

Univerzita Palackého v Olomouci se sídlem Křížkovského 511/8, Olomouc, PSČ 779 00, katedra psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci se sídlem Vodární 6, Olomouc, PSČ 771 80, (dále také jako „**správce osobních údajů**“ nebo „**UP**“), ve smyslu nařízení Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/45/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů – dále jen „**nařízení**“), **zpracovává mé následující osobní údaje:**

jméno a příjmení, bydliště, datum narození, e-mail, telefonní číslo, podpis a další osobní údaje vznikající při realizaci výzkumu, jehož jsem účasten (údaje o řízení motorového vozidla, údaje plynoucí z odpovědí na dotazníky a výkonové metody atd.).

Beru na vědomí, že správce zpracovává osobní údaje výlučně v souladu s čl. 5 a čl. 6 nařízení **pouze pro tyto účely:**

získání, analýza, vyhodnocení a interpretace dat v rámci projektu Technologické agentury České republiky s názvem „Komplexní fyziologické monitorování řidiče s ohledem na psychologické faktory ovlivňující chování při jízdě“, PID: TL01000216.

Beru na vědomí, že navazující publikační a veřejně přístupné výstupy projektu nezahrnují osobní údaje respondentů ve výzkumu.

Beru na vědomí, že osobní údaje jsou zpracovávány pouze v rozsahu nutném pro naplnění výše uvedených účelů a pouze po dobu nutnou pro dosažení výše uvedených účelů, nejdéle však **po dobu 5 (pěti) let**.

Beru na vědomí prohlášení UP, že bude mé osobní údaje **zpracovávat těmito způsoby:** shromáždění, zaznamenání, uspořádání, strukturování, uložení, nahlédnutí, použití, seřazení či zkombinování, zpřístupnění, výmaz nebo zničení, a to vždy v rámci výše uvedených účelů zpracování osobních údajů; zpracování pro jiný účel je možné pouze na základě mého souhlasu či z důvodů stanovených nařízením.

K osobním údajům má přístup správce, pověřeni zaměstnanci a pověřeni studenti UP, a to pouze za výše uvedenými účely zpracování. Zpracování osobních údajů a základní procesy při zpracování osobních údajů UP jsou upraveny vnitřní normou UP.

Beru na vědomí, že **poskytnutí osobních údajů je dobrovolné**; v případě, že odmítnu poskytnutí údajů nezbytných k realizaci výzkumu, nebude mě UP moci zařadit jako účastníka do předmětného výzkumu.

Beru na vědomí, že **jsem oprávněn kdykoli tento svůj souhlas se zpracováním osobních údajů odvolat**, a to stejným způsobem, jako jsem souhlas poskytnul/la. Beru na vědomí, že

odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování vycházející ze souhlasu, který byl dán před jeho odvoláním.

Beru na vědomí také následující poučení UP o mých právech v souladu s čl. 13 či 14 nařízení, popř. podle čl. 15 až 22, 34 a 77 nařízení takto:

UP sděluje, že pozici tzv. **pověřence pro ochranu osobních údajů** u ní vykonává kancléř Univerzity Palackého v Olomouci, Křížkovského 8, 779 00 Olomouc (je možno jej kontaktovat na výše uvedené adrese).

Mám dle čl. 15 nařízení právo získat od UP **potvrzení**, zda osobní údaje, které se mne týkají, jsou či nejsou zpracovány, a pokud jsou zpracovány, **mám právo získat přístup k těmto osobním údajům** a k souvisejícím informacím vymezeným čl. 15 odst. 1 písm. a) – h) nařízení. Mám za podmínek čl. 15 nařízení **právo na bezúplatné poskytnutí jedné kopie zpracovávaných osobních údajů**.

Mám dle čl. 16 nařízení **právo na opravu nepřesných osobních údajů**, které se mne týkají, případně **právo na doplnění neúplných osobních údajů**.

Mám dle čl. 17 nařízení právo na to, aby UP bez zbytečného odkladu **vymazala osobní údaje, které se mne týkají**, a to za podmínek stanovených článkem 17 nařízení.

Za podmínek stanovených čl. 18 nařízení mám právo žádat, aby UP **omezila zpracování osobních údajů**.

Za podmínek stanovených čl. 20 nařízení mám **právo na přenositelnost osobních údajů**.

Za podmínek stanovených čl. 21 nařízení mám **právo vznést námitku** proti zpracování svých osobních údajů.

Mám dle čl. 22 nařízení **právo nebýt předmětem žádného rozhodnutí založeného výhradně na automatizovaném zpracování**, včetně profilování, které má pro mne právní účinky nebo se mne obdobným způsobem významně dotýká, nejedná-li se o některou z právem stanovených výjimek.

Za podmínek dle čl. 34 nařízení mám **právo být informován o nastalém porušení zabezpečení osobních údajů**, a to je-li pravděpodobné, že takový případ porušení zabezpečení osobních údajů bude mít za následek vysoké riziko pro práva a svobody fyzických osob.

Mám v souladu s čl. 77 nařízení **právo podat stížnost u některého dozorového úřadu**, zejména v členském státě svého obvyklého bydliště, místa výkonu zaměstnání nebo místa, kde došlo k údajnému porušení, pokud se domnívám, že zpracováním mých osobních údajů je porušeno nařízení.

Další informace o mých právech v oblasti zpracování osobních údajů obsahují čl. 15 až 22 a 34 nařízení.

Potvrzuji tímto, že souhlasím s výše popsaným zpracováním svých osobních údajů a že jsem byl ve výše uvedeném rozsahu poučen o podrobnostech jejich zpracování Univerzitou Palackého v Olomouci.

V dne

podpis

