

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**Obraz mentální anorexie dospívajících v Rorschachově
metodě**

**Image of anorexia nervosa in adolescents in the Rorschach
method**



Diplomová práce

Autor: Bc. Nikol Kuchtová

Vedoucí práce: PhDr. Martin Seitzl, Ph.D.

Olomouc

2020

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma:

„Obraz mentální anorexie dospívajících v Rorschachově metodě“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

Vdne

Podpis

Poděkování

V první řadě bych chtěla poděkovat panu PhDr. Martinu Seitlovi za odborné vedení této diplomové práce, za čas, který mi věnoval, za inspirace, velmi cenné rady a jeho laskavý a zároveň precizní přístup. Dále bych chtěla poděkovat všem zúčastněným klinikám, lékařům, sestřičkám a respondentům v tomto výzkumu za jejich čas a ochotu se na této práci podílet, a v neposlední řadě Tallymu, za podporu při psaní této diplomové práce.

Obsah

Úvod.....	7
Teoretická část	8
1. Osobnost a její diagnostické možnosti.....	9
1.1. Vymezení osobnosti	9
1.2. Charakteristika projektivních metod	12
1.3. Rorschachova metoda.....	13
2. Poruchy příjmu potravy.....	16
2.1. Vymezení poruch příjmu potravy	16
2.2. Poruchy příjmu potravy ve statistice.....	17
2.3. Charakteristika mentální anorexie.....	18
2.4. Etiopatogeneze mentální anorexie	21
3. Dospívání.....	24
3.1. Charakteristika dospívání jako vývojového období.....	24
3.2. Specifika a rizika mentální anorexie v dospívání	28
4. Provedené výzkumy.....	30
4.1. Výzkumy poruch příjmu potravy s užitím Rorschachovy metody ..	30
4.2. Výzkumy poruch příjmu potravy u adolescentů pomocí Rorschachovy metody	35
Výzkumná část.....	37
5. Výzkumný problém, cíle a výzkumné otázky.....	38
5.1. Výzkumný problém.....	38
5.2. Výzkumné cíle a výzkumné otázky.....	38
6. Výzkumný design.....	40
6.1. Základní a výběrový soubor	40
6.2. Metody získávání dat	41
6.3. Sběr dat.....	42
6.4. Zpracování a vyhodnocení dat.....	43
6.5. Etické aspekty výzkumu	44
7. Výsledky výzkumu	45
7.1. Kazuistika 1	45
7.2. Kazuistika 2.....	58
7.3. Kazuistika 3.....	72

7.4. Kazuistika 4	89
7.5. Kazuistika 5	106
7.6. Kazuistika 6	119
7.7. Výsledky výzkumu	139
8. Diskuze	142
9. Závěry	149
10. Souhrn	150
Seznam použitých zdrojů a literatury	154
Seznam tabulek a grafů	159
Seznam příloh	160

Motto:

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

I. D. Yalom

Úvod

Mentální anorexie je relativně rozšířenou duševní poruchou, která je rovněž spojená se somatickými faktory. Pro toto onemocnění je velmi významné téma tělesného vzhledu stejně tak, jako je tomu v období adolescence. A právě proto je toto období pro jeho výskyt velmi náchylné. Následky mentální anorexie jsou závažné ze somatického, psychického i sociálního hlediska a v těžkých případech při nich může dojít i k úmrtí pacienta. Také s ohledem na náročnou léčbu tohoto onemocnění a jeho možné fatální důsledky je žádoucí zabývat se jeho včasnou prevencí a podchycením.

Rorschachova metoda je jednou z projektivních metod, díky které jsme schopni velmi rozsáhle posoudit celou osobnost testovaného pacienta. Při vyšetření mentální anorexie jsou projektivní metody velmi přínosné, jelikož tito pacienti své problémy často skrývají. Rorschachova metoda je proto velmi vhodnou vyšetřovací metodou s ohledem na svůj nejednoznačný podnětový materiál, který pacientům znemožňuje záměrně zkreslit výsledky vyšetření.

Tvorba norem podobným způsobem jako u dospělých se v Rorschachově metodě nejeví jako příliš rozumný postup, jelikož děti nejsou malými dospělými. Slabou stránkou zde se stává fakt, že systematizace a tvorba dětských škál ustoupila do pozadí právě kvůli většímu přesunu pozornosti k systematizaci postupů u dospělých. Věnovat se tedy právě dětskému směru a dospívajícím v Rorschachově metodě se jeví jako velmi přínosné a snaha o tvorbu nových škál pro tyto pacienty je na místě.

Hlavní motiv výběru tohoto tématu spočíval ve snaze zmapovat a popsat projevy mentální anorexie v období dospívání, a to v individuálních výsledcích Rorschachovy metody. Hlavním cílem tohoto výzkumu je vyhledání jejich společných znaků napříč jednotlivými protokoly. Výsledky výzkumu mohou pomoci rozvinout pohled na specifické projevy a rysy dospívajících pacientů s mentální anorexií, a mohou sloužit jako základ pro další rozšiřující výzkumy v této oblasti, zejména pro tvorbu nové škály. Tuto škálu by následně bylo možné využít pro diagnostiku mentální anorexie u dospívajících pomocí Rorschachovy metody.

Teoretická část

1. Osobnost a její diagnostické možnosti

1.1. Vymezení osobnosti

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

U lidských osobností se setkáváme také s jejich poruchami. Jedná se o takové charakterové a temperamentové rysy, které se významně odlišují a odchylují od většiny lidí. Jedná se především o hluboce zakořeněné maladaptivní vzorce chování v reakci na osobní a sociální situace (Praško, 2015).

Osobností se předně jako samostatná psychologická disciplína zabývá psychologie osobnosti, která se snaží o její pozorování pomocí introspekce a extraspekce a také o její deskripci a definici. Dále se snaží o zachycení, rozpoznání a pochopení individuálního složení a procesů osobností. Psychologie osobnosti pracuje s propojením všech psychofyzických procesů a jevů. Popisuje a třídí jednotlivé psychické a konstituční složky, snaží se pochopit vnitřní uspořádání osobnosti a odhalit příčiny lidského prožívání a

jednání. Jejím předmětem je osobnost jako koncept s určitou strukturou a dynamikou (Cakirpaloglu, 2012).

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

Osobnost můžeme testovat či případně predikovat pomocí testových, standardizovaných metod. Jedná se o testy, dotazníky, posuzovací stupnice či o projektivní metody. Tyto testy slouží pro diagnostiku kognitivních, behaviorálních a emocionálních složek osobnosti (Svoboda, Humpolíček, Šnorek, 2013).

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

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

Rorschachova metoda uplatňuje při zkoumání osobnosti jak idiografický, tak nomotetický přístup, jelikož osobnost srovnává s ostatními i se sebou samým, čímž se popis osobnosti stává ještě více věrohodný a pohlíží na osobnost jako na celek. Tyto

přístupy jsou užitečné při diagnostice poruch příjmu potravy, jelikož se jedná o velmi komplexní poruchy, na které je nutné komplexně také pohlížet.

1.2. Charakteristika projektivních metod

Svoboda, Humpolíček a Šnorek (2013) definují pojem projekce jako promítání duševních obsahů do podnětového materiálu či obecně řečeno navenek mimo sebe. Projektivní techniky se převážně zaměřují na dynamické vlastnosti osobnosti, jakými jsou postoje, názory, zájmy, konflikty či problémy ve vztahových a dalších oblastech. Pokoušejí se zachytit a pochopit celou osobnost člověka. Fungují na principu konfrontace s podnětovou situací, která je pro člověka nestructurovaná a neurčitá. Tím lze docílit k širokému spektru odpovědí, jelikož je zde značný prostor pro vyjádření své individuality. Proband má zároveň minimální či téměř žádnou možnost ovlivnit nebo zkreslit výsledky vyšetření, jelikož není schopen rozklíčovat, co a jakou cestou daná metoda sleduje.

Projektivní metody dělíme na několik kategorií. Mezi verbální testy, při kterých respondent odpovídá na předkládané testové karty, patří například Slovní asociční experiment, Rorschachova metoda, Tematický apercepční test, Rosenzweigův obrázkový frustrační test, Hand test či Test nedokončených vět. Grafické metody, kde je sledován respondentův grafický projev na dané zadání, představují zejména Kresba postavy, Test kresby stromu či H-T-P metoda. V neposlední řadě manipulační metody představuje Lüscherův barvový test nebo kupříkladu Test rodinného systému (Svoboda, Humpolíček, Šnorek, 2013).

Samotná zmíněná Rorschachova metoda, které je tato práce věnovaná, se řadí mezi projektivní metody, nicméně je nyní chápána primárně jako metoda výkonová, která za určitých okolností poskytuje také projektivní materiál (M. Seitzl, osobní sdělení 19. září 2018).

Projektivní metody se během diagnostiky poruch příjmu potravy hojně užívají. Mezi nejčastěji používané patří právě Rorschachova metoda, Test stromu, Test nedokončených vět, Tematický apercepční test či Kresba lidské postavy.

Daini (2009) a také Guez (2010) uvádějí, že projektivní metody jsou při vyšetření poruch příjmů potravy a konkrétně také u mentální anorexie velmi přínosné, jelikož tyto pacienti své problémy často skrývají. Projektivní metody jsou proto velmi vhodné s ohledem na svůj nejednoznačný podnětový materiál, který pacientům znemožňuje záměrně zkreslit výsledky vyšetření. Umožňují také nahlédnout do vědomých i nevědomých obsahů mysli a zachycuje také zobrazení vlastního tělesného schématu.

1.3. Rorschachova metoda

S ohledem na zaměření této práce na obraz mentální anorexie v Rorschachově metodě bude v této kapitole tato metoda blíže uvedena a charakterizována.

Rorschachova metoda patří mezi verbální projekční testy osobnosti. Jedná se o percepčně strukturovanou metodu, která předpokládá úzké propojení osobnosti s vizuální percepcí. Rorschachova metoda vznikla na počátku 20. století a stala se jednou z nejvýznamnějších psychodiagnostických metod po celém světě. Je tomu tak především pro její komplexní a podrobné zachycení osobnosti. Lze ji použít prakticky bez omezení. Setkáváme se s ní zejména v klinické psychologii, psychologii sportu, práce a také u psychologického vyšetření dětí (Svoboda, Humpolíček, Šnorek, 2013).

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

Toto vyšetření je náročné jak pro probanda, tak pro vyšetřujícího psychologa. Vyhodnocení Rorschachovy metody klade nemalé nároky na čas, znalost této metody včetně vhodných osobních dispozic jako je intelekt, široké znalosti z psychologie a nadání pro její využití (Exner, 2009).

Metoda vyvolává u vyšetřované osoby pareidolie, které jsou následně verbalizovány a analyzovány. Princip metody předpokládá, že projekce na karty nejsou

náhodné a že odrážejí některé zvláštnosti vyšetřované osoby (Svoboda, Humpolíček, Šnorek, 2013).

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

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

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

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

Psychometrická linie neboli evidence-base přístup se Rorschachovu metodu snaží chápat jako psychometrický test, standardizovat její postupy administrace a vyhodnocování, propracovat její psychometrické parametry a umožnil také srovnávat

pacienty s normou. Tento přístup rovněž pomohl v obhájení užívání Rorschachovy metody a upevnit její autoritu jako diagnostické metody (Lečbych, 2016).

V neposlední řadě zmiňuje Lečbych (2016) vývojovou linii, která se týká především dětského vývoje v této metodě a snaží se porozumět dětskému vývoji. Tento směr projevuje největší zájem o samotnou tvorbu odpovědi. Orientuje se také na psychodiagnostiku dětského vývoje, vývojových trendů a o integraci vývojových teorií kognitivních funkcí. Rorschachova metoda se obvykle používá od 5 let, nicméně někteří zkušení klinici uvádí, že je možné tuto metodu použít již od 2 let věku dítěte. Psychometrici ovšem označili jako spodní hranici 5 let věku dítěte a tato hranice se dnes považuje za danou.

Lečbych (2016) dále uvádí, že tvorba norem podobným způsobem jako u dospělých se nejeví jako příliš rozumný postup, jelikož děti nejsou malými dospělými. Slabou stránkou zde se stává fakt, že systematizace ustoupila do pozadí právě kvůli většímu přesunu pozornosti k systematizaci postupů v Rorschachově metodě u dospělých. Věnovat se tedy právě dětskému směru v Rorschachově metodě se jeví jako velmi přínosné a snaha o tvorbu nových škál pro tyto pacienty je na místě.

2. Poruchy příjmu potravy

2.1. Vymezení poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou relativně rozšířenou poruchou spojenou s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Vyskytují se převážně v adolescentním období, které Thorová (2015) vymezuje mezi 12-19 lety.

Dle MKN 10 patří do okruhu poruch příjmu potravy primárně mentální anorexie (F50.0), mentální bulimie (F50.2) a záchvatovité přejídání spojené s jinými psychologickými poruchami. (F50.4). V této kategorii se můžeme setkat ještě s mentální anorexií s atypickým průběhem (F50.1) a také s atypickou mentální bulimií (F50.3). Dále jsou vytvořené speciální kategorie pro jiné poruchy příjmu potravy (F50.8), jako je například pica či psychogenní ztráta chuti k jídlu, a nespecifické poruchy příjmu potravy (F50.9). Rovněž se můžeme setkat se zvracením spojeným s jinými psychologickými poruchami (F50.5), které rovněž přiřazujeme k poruchám příjmu potravy.

Orel (2016) uvádí, že poruchy příjmu potravy zaznamenaly nárůst od druhé poloviny 20. století a vycházejí z nejrůznějších bio-psycho-socio-spirituálních faktorů. Je proto potřebné dívat se na pacienta celostně, jelikož i jeho problémy jsou komplexní. Příjem potravy má dopad jak na biologickou složku, či-li tělo, ale je také silným sociálním faktorem, jelikož je jídlo v naší kultuře často spojené se společenským životem. Prostřednictvím jídla může člověk sám sebe trestat či odměňovat, čímž narážíme také na psychologickou složku. V mnoha kulturách je jídlo spojené dokonce i se spiritualitou, kupříkladu s obřadními rituály. Můžeme ji nalézt i v pro nás o něco známějším křesťanství ve formě hostie.

Následky poruch příjmu potravy jsou vážné ze somatického, psychického i sociálního hlediska a v těžkých případech při nich může dojít i k úmrtí pacienta. I s ohledem na náročnou léčbu je žádoucí zabývat se včasnou prevencí a podchycení těchto poruch.

2.2. Poruchy příjmu potravy ve statistice

Mezi lety 2011-2017 bylo zaznamenáno nejvíce pacientů s mentální anorexií, dále s mentální bulimií a mentální anorexií s atypickým průběhem. Počet nemocných v pozorovaném období postupně mírně narůstá. V posledním statisticky zpracovaném roce 2017 bylo pro poruchy příjmu potravy ambulantně léčeno 3 731 pacientů a hospitalizováno v psychiatrických zařízeních bylo 454 pacientů. 90 % léčených tvořily ženy. Nejvíce ambulantní péče probíhalo v Hlavním městě Praha, dále v Jihomoravském, Moravskoslezském a Olomouckém kraji, přičemž tato data byla čerpána z psychiatrických ambulancí. Hospitalizace byla nejvíce zastoupena ve Středočeském kraji, Hlavním městě Praha, Moravskoslezském a Ústeckém kraji (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018).

Během sledovaného období se průměrná doba hospitalizace pohybovala mezi 35 až 42 dny. V roce 2017 byla průměrná ošetrovací doba 41,3 dne, přičemž nejvíce času na léčbu vyžadovala mentální anorexie se 46,1 dny. Kromě atypické a klasické mentální bulimie a nespecifických poruch příjmu potravy vyžadovaly všechny ostatní kategorie léčbu po dobu více než jednoho měsíce (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018).

Říčan a Krejčířová (2006) uvádějí, že prognóza pro mentální anorexiu představuje pro polovinu pacientů zlepšení jejich stavu. U zbývajících případů potíže obvykle přetrvávají. Samotná mortalita se potom pohybuje mezi 6–20 %.

Při porovnání roku 2011 a 2017 došlo k největšímu nárůstu hospitalizací u věkové skupiny 10–14 let a největší pokles byl pozorován u věkové skupiny 15–19 let, která je přesto stále nejpočetnější (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018).

Z výše uvedených dat můžeme sledovat, že se s ohledem na stále rostoucí počet pacientů jedná o velice aktuální téma.

2.3. Charakteristika mentální anorexie

S ohledem na široké množství poruch příjmu potravy, které by se mohly ve výsledcích výzkumů překrývat, je tato práce zaměřená na mentální anorexii, která bude v této kapitole blíže definována.

Mentální anorexie, klasifikována dle MKN10 jako F50.0, se vyznačuje primárně nízkou tělesnou hmotností, která je mnohdy život ohrožující. Oproti normě se váha osob trpících mentální anorexií pohybuje o více než 15 % níže a jejich index tělesné hmotnosti je pod hranicí 17.5 bodů. Viditelná bývá i zhoršená kvalita vlasů či nehtů v důsledku podvýživy a často také dochází k amenoree, tedy k vymizení menstruace. V nejtěžších případech tělo vyhladoví až do takové fáze, kdy dochází k poškození vnitřních orgánů či k úmrtí. Co se týče psychických projevů je pro mentální anorexii typické úmyslné snižování váhy a udržování výrazné podváhy omezením příjmu potravy, tedy přemáháním hladu a mnohdy i tekutin. Tito lidé jsou na sebe velice přísní, a to platí i v přijímání potravin, které extrémně omezují či následně navozují zvracení, praktikují cvičení, užívají laxativa nebo jiné léky. Jejich oblečení bývá obvykle volnější, čímž se svou poruchu snaží skrývat. I přes nezdravé vyhubnutí tito lidé trpí strachem z tloušťky a zkresleným vnímáním svého těla. Jejich myšlení a okruh zájmů se postupně zužuje a upíná pouze na neustálé snižování váhy, zaobírání se složením a kalorickou hodnotou potravin, čímž se často silně izolují od společnosti. Komplexnost u této poruchy je zcela jednoznačná a je tedy nezbytné k ní rovněž přistupovat a léčit ji celistvě (Orel a kol., 2016).

Gaudio a Quattrocchi (2012) uvádí jako klíčový symptom mentální anorexie zejména distorzi tělesného schématu a nespokojenost s vlastním tělem.

Některé zahraniční studie hovoří o významném nadhodnocování rozměrů svého těla u pacientek s mentální anorexií, jiné ovšem uvádí jejich realistické hodnocení svého tělesného schématu. Dá se tedy předpokládat, že se patologie nachází spíše v osobních preferencích toho, co tito pacienti považují za atraktivní než v poškozeném vnímání svého těla (Ulrichová, 2016).

Phillipou a kol. (2015) rovněž uvedli, že pacienti považovali za ideální postavu takovou, která byla výrazně štíhlejší než postava, kterou se cítili být. Během svého

výzkumu konfrontoval pacienty s mentální anorexií se siluetami různé postavy pomocí Fuger Rating Scale. Za pomoci eyetrackingu bylo pozorováno, že tato skupina pacientů při hodnocení svého těla déle setrvala u těch tělesných oblastí, které shledávala jako problematické či nedokonalé, což je v souladu se zvýšenou úzkostností těch pacientů, s jejich zvýšeným perfekcionismem a zaměřením na detail.

Lautenbacher a kol. (1990) také u této skupiny pacientů uvádí sníženou citlivost na bolestivé podněty. Antinocicepční mechanismy mohou být aktivovány stresem a je pravděpodobné, že právě pacienti s mentální anorexií trpí chronickým stresem v podobě strachu z přibírání na váze.

Dokonce již v šedesátých letech vnímal Bruch (1962) specifické prožívání vlastního těla u pacientů s mentální anorexií a definoval vzájemně propojené poruchy vnímání a myšlení, jimiž je narušený obraz vlastního těla, neschopnost identifikovat vlastní vnitřní pocity jako je hlad, nasycenost nebo i afektivnost, a v neposlední řadě paralyzující pocit vlastní neschopnosti.

Pro pacientky s mentální anorexií je typická také jistá forma depersonalizace, jelikož tělo vnímají často jako cizí a pasivní objekt (Lébllová, 2010).

Krch (2010) uvádí jako hlavní psychické a sociální důsledky pacientů s anorexií jejich náladu. Na počátku tohoto onemocnění mají velmi aktivní a živou náladu, která je ovšem s postupujícím úbytkem váhy a také s nátlakem okolí na lepší stravování pokleslá, podrážděná a přecitlivělá. Depresivní symptomatika je mnohdy také přítomna. Přichází také nával nejistoty a úzkostného prožívání, přičemž se jim každý problém zdá neřešitelný. Potřeba naprosté sebekázně a sebekontroly v průběhu onemocnění stále roste a je postupně přenášena z oblasti jídla i na další oblasti. Pacienti často prožívají velkou vnitřní tenzi nebo také nutkavé chování, které často souvisí i se zvýšenou aktivitou. Prožitky spojené s jídlem bývají extrémní a myšlenky zaobírající se jídlem stále narůstají. I fyziologické vnímání hladu, sytosti či chuti ztrácí regulační funkce a nelze se dle nich orientovat ani se na ně spoléhat. Orientace upadá také v jejich vnitřních pocitech a psychických stavech. Koncentrace pozornosti i pracovního tempa a celkové výkonnosti klesá s úbytkem energie a přibývají problémy se spánkem. Svět začínají vidět černobíle a ztrácí obvykle i smysl pro humor. Postupně se snižuje celkový zájem o okolí, sexuální

život a všech věcí, které se netýkají jídla a stravování. Sociální vztahy a kontakty tak upadají a přibývají i interpersonální konflikty, u dospívajících zejména v rodinném kruhu. Typické chování je také kompenzace odmítání potravy v podobě hledání a vytváření receptů a vaření pro druhé.

Plocová (nedat.) popisuje jako další důsledky tohoto onemocnění kromě zmíněných psychických problémů jako je prožívání deprese, bezmoci či zoufalství problémy s menstruací u dívek, neurologické problémy v podobě křečí a svalových slabostí či poruch centrálního nervového systému v podobě poruch paměti. Zvyšuje se také kazivost zubů v důsledku nedostatečné výživy, problémy s krví, srdcem a srdečním rytmem a celkově narušený metabolismus. Velkým problémem bývá zpomalené vyprazdňování žaludku, zácpy a zánět slinivky břišní. Problémy se týkají výrazně i kůže, která je velmi suchá až praskající.

Říčan a Krejčová (2006) uvádí, že osobnostní rysy osob trpících mentální anorexií jsou zejména extrémně dodržovaná sebekontrola, velká odpovědnost i vůči druhým osobám, nižší vyjadřování emocí a vzorné chování.

Toto jsou znaky typické pro mentální anorexií. Můžeme se ovšem setkat také s jejím atypickým průběhem, který následně klasifikujeme dle MKN10 jako Atypickou mentální anorexií pod kódem F50.1 (Mediately, nedat.)

Atypickou mentální anorexií popisuje MKN10 jako poruchu, která splňuje některá kritéria mentální anorexie, nicméně celkový klinický obraz k její diagnóze neopravňuje. Může se jednat například o chybějící strach z tloustnutí jako klíčový příznak, ale i tak je přítomen velký váhový úbytek v důsledku chování, které směřuje k redukci váhy.

Mezi další velkou kategorií poruch příjmu potravy patří mentální bulimie, kterou někteří autoři považují za další, chronickou variantu mentální anorexie. Je tomu tak především z toho důvodu, že se bulimie vyvine u 30-50 % pacientů s mentální anorexií. Mentální bulimie je typická epizodami hladovění a přejídání s následnou snahou potlačit kalorický efekt jídla doprovázený silnými výčitkami ze selhání formou zvracení, užívání laxativ, diuretik a dalších prostředků. Jsou také silně závislí na hodnocení druhých lidí. Oproti mentální anorexií nemají osoby trpící touto poruchou natolik vyvinutou sebekontrolu, která bývá patologicky porušována přejídáním s následnými pocity selhání,

viny a sebetrestání. Problémy v regulaci sebekontroly se mohou projevat také v jiných oblastech, ať už se jedná o užívání drog či sexuální aktivity. Na rozdíl od mentální anorexie nemusí být vždy snadné bulimii odhalit, jelikož tyto pacienti mají mnohdy tělesnou stavbu a váhu v normě. Častá je zde také sociální izolace (Říčan, Krejčířová a kol., 2006).

Co se týče léčby mentální anorexie, ta bývá náročná zejména kvůli nízké ochotě spolupracovat ze strany pacienta. Tito pacienti se obvykle necítí být nemocní a k léčbě přistupují velmi ambivalentně. Na terapeuta jsou kladeny nároky v oblasti komunikace a spolupráce. Pacienti s mentální anorexií typicky zprvu terapeuta a kontakt s ním testují a skutečnou intervenci odmítají (Říčan, Krejčová a kol., 2006).

Zejména u mladších pacientů je léčebnou metodou nejčastěji hospitalizace, k čemuž dle Říčana a Krejčové (2006) přispívají také konflikty s rodinou a život ohrožující váhový úbytek. Nicméně zlepšení somatického stavu pacienta není v tomto případě jediným cílem léčby. Ta se zaměřuje rovněž na zlepšení vztahů a komunikaci, nahlížení na vlastní tělo a na práci s rodinou. Samotná léčba na psychiatrickém či pediatrickém oddělení se skládá z režimových opatření, rekreačních aktivit, skupinových a individuálních psychoterapií a rodinných terapií. Během práce s rodinou je třeba brát ohledy na vývojovou fázi celé rodiny i samotného pacienta. Farmaka v těchto případech primárně indikována nejsou, nesetkáváme-li se u pacientů s přidruženou symptomatikou.

2.4. Etiopatogeneze mentální anorexie

Komplexnost mentální anorexie se projevuje ve všech jejích složkách ať už biologické, psychologické, sociální či dokonce spirituální.

Osobnostní struktura pacientek s mentální anorexií bývá většinou spojována s vyhubou osobností. Jsou zdůrazňovány osobnostní rysy, které mohou být rizikovým faktorem pro rozvoj mentální anorexie, kterými jsou zejména úzkostnost, inhibovanost a zvýšená tendence ke kontrole. Problém bývá také v seberegulujících funkcích ega. Jde o osobnostní deficit, který se zejména v průběhu dospívání manifestuje a projevuje se v podobě poruch příjmu potravy. Tyto známky můžeme ovšem nalézt i jinde, například u adolescentů zneužívajících návykové látky (Kocourková, Koutek 2002).

Říčan a Krejčová (2006) jmenují tři základní faktory, které toto onemocnění ovlivňují. Jako první zmiňují predispoziční faktory se týkají zejména sociální složky či jinak řečeno sociokulturní oblasti. Výzkumy ukazují, že mentální anorexií a dalšími problémy spojenými s jídlem trpí zejména dospívající, kteří jsou od dětství vedeni a orientováni na výkon. Mentální anorexie se také často vyskytuje v uzavřených rodinách, kde byl kladen důraz na perfekcionismus. Takoví jedinci jsou na sebe poté velmi přísní. Jsou sebekritičtí, vedeni k úspěchu, výkonu a sebeovládání, které je pro mentální anorexií natolik typické. U bulimických pacientů se jednalo spíše o rodiny dezorganizované. Dalším predispozičním znakem je příslušnost ke střední nebo vyšší společenské vrstvě, kde je oceňovaná štíhlost jakožto znak krásy, zdraví a úspěšnosti. Rovněž se ukazuje, že jsou tyto psychické problémy typické pro země západního světa, kde je role žen do jisté míry konfliktní a proměnlivá. Samotná rodina pacienta má následně největší dopad.

Co se týče rodinných vlivů, Krch (2004) spatřuje jako rizikový faktor pro vznik poruch příjmu potravy přítomnost obezity v rodině či u příbuzného, který poruchami příjmu potravy trpí. Ve výzkumném vzorku mělo až 14 % sledovaných pacientek trpící mentální anorexií v rodinné anamnéze matku s touto poruchou příjmu potravy. Nevhodné jídelní a dietní postoje se zde tedy vyskytují mnohem častěji.

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (2017) uvádí také genetické studie dvojčat, které prokázaly, že u této poruchy existuje geneticky podmíněné rodinné zatížení, nicméně není zcela jasné, o které konkrétní geny se jedná. U pacientů vyléčených z mentální anorexie byly pozorovány také hormonální odchylky u kortikotropního hormonu, noradrenalinu a 5-hydroxytryptaminu.

Říčan a Krejčířová (2006) dále uvádějí spouštěcí faktory jako faktory významné a typické pro toto onemocnění. Může se jednat o širokou škálu událostí od sexuálního zneužívání, změny tělesného vývoje, vnímání ženského těla a role, narušení rodinné rovnováhy, somatická onemocnění či zážitky spojené s ohrožením sebeoceny.

V neposlední řadě mají velký vliv také tzv. udržovací faktory, jakým může být kupříkladu sekundární zisk z onemocnění, syndrom hladovění nebo změny v endokrinní oblasti (Říčan, Krejčová a kol. 2006).

K udržovacím faktorům lze dále přiřadit podle Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví (2017) také fyziologické změny způsobené hladověním. Pacienti s mentální anorexií mají obvykle změněné vyprazdňování žaludku. To způsobuje patofyziologickou reakci, která podporuje odhodlání odolávat a omezovat stravování.

Vliv sdělovacích prostředků je zejména v dnešní době dalším nezanedbatelným faktorem. Módní a televizní průmysl propaguje štíhlost v pořadech i časopisech a hubenost je prezentována jako základ pro tělesnou přitažlivost. Také nejrůznější tabulky umožňující počítání a hlídání kalorií jsou velmi snadno dostupné jak ve zmíněných časopisech, tak na různých internetových stránkách (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2017).

Nelze opomenout ani vliv sociálních sítí jako je Facebook, Instagram či Youtube, kde dnes panuje veliký trend ve sdílení a natáčení svých běžných dní a stravovacích návyků. Trendem dnešní doby je prezentovat se co možná nejdokonaleji, což může zejména v adolescenci zkreslit názor na realitu jako takovou a měnit úroveň nároků na sebe sama. Úroveň plastické chirurgie je dnes také na velmi vysoké úrovni a rovněž posouvá ideál krásy za hranice běžné reality.

Novák (2013) rovněž upozorňuje na toto onemocnění jako na fenomén blahobytné společnosti. V zemích, kde panuje hlad a bída, se mentální anorexie nevyskytuje.

3. Dospívání

3.1. Charakteristika dospívání jako vývojového období

Dospívání neboli adolescence, je v mnoha částech světa spojována s pubertou, jakožto s fyzickými a hormonálními změnami lidského těla, které vedou k reprodukční zralosti. Adolescence dále představuje také psychologické a sociální změny v životě dospívajícího. Vývojovým úkolem se stává osamostatnění, tedy zbavení se závislosti na dospělých a schopnost žít samostatně (Csikszentmihalyi, 2019).

Čeští autoři vymezují období dospívání do jisté míry odlišně. Langmeier a Krejčířová (2006) vymezují období mezi 11-15 lety jako pubescenci. Toto období dále rozdělují na tzv. prepubertu, která trvá mezi 11-13 lety. Prepuberta se týká především rozvoje sekundárních pohlavních znaků. Vlastní pubertu určují mezi 13-15 lety, která trvá až po dosažení plných reprodukčních schopností. Vágnerová (2012) období mezi 11-15 lety nazývá ranou adolescencí. Thorová (2015) vymezuje adolescenci mezi 12-19 lety a období 11-15 let v ní charakterizuje jako období pozdního dětství.

Dle teorie psychosociálního vývoje nazvané Osm věků člověka podle Erika Eriksona toto období spadá do období tzv. krize identity, během kterého si má dospívající stanovit pevné pojetí vlastního já, své místo a smysl v životě. Toto mu následně umožňuje vytvářet smysluplné vztahy také s druhými lidmi, a to i na intimní úrovni. V důsledku krize identity často čelí emočnímu rozladění, obavám, zmatenosti i depresivním stavům. Na počátku tohoto období se často vyskytuje potřeba identifikovat se s nějakým svým vzorem a snaha o jejich nápodobu, což je často viditelné v podobě zkoušení různých účesů či stylů oblékání. V tomto období může docházet i ke zmatení role a z tohoto důvodu se zde mohou často vyskytovat nejasnosti v sexuální identitě, která se v tomto období výrazně rozvíjí, a stejně tak delikventní chování i psychotické ataky. Rodiče, kteří dětem umožní hledat vlastní identitu a nenutí je přizpůsobit se jejich názorům, mají dle Eriksona menší šanci býti ohrožení zmatením své role (Thorová, 2015).

Žaloudíková (2013) uvádí, že v období dospívání dochází k hlubšímu uvědomování sebe sama a formuje se také identita jedince. Dospívání charakterizuje jako komplexní a velice dynamickou životní proměnu. Do stádia dospělosti se dospívající dostává v tom okamžiku, kdy se z centra vlastního zájmu začíná obracet k druhým lidem a také k jejich potřebám. Dospívající silně ovlivňují jejich sociální vztahy s vrstevníky, kde mají možnost vzájemně sdílet a porovnávat své zkušenosti a názory, testovat sebe sama i ostatní. Vrstevnická skupina zároveň pomáhá postupně odpoutat dospívajícího od rodiny, čímž se učí přejímat odpovědnost za své kroky a jednat samostatně.

Dochází také k prvnímu navazování partnerských vztahů a první erotické zkušenosti, a to i vlivem hormonálních změn a dostatku sociálních příležitostí. V adolescenci mají vztahy obvykle přelétavý či experimentující charakter doprovázený bouřlivými city a hlubším vztahům se teprve učí (Thorová, 2015).

Rozvoj sexuality přichází společně s prvním polibkem a první zamilovaností obvykle okolo patnáctého roku věku. V průměru se potom o dva roky později, tedy v sedmnácti letech, dostávají dospívající také k provozování prvních nekoitálních aktivit a o rok později i k prvnímu pohlavnímu styku. V tomto věku začínají dospívající také navozovat první delší partnerské vztahy (Labusová, 2014).

Názory či námitky dospělých, ať už rodičů či jiných autorit, začínají dospívající postupně chápat nikoliv jako absurdní, ale polemizují s tím, vymezují se a hledají své vlastní názory a pohledy na danou věc. Začínají cítit potřebu být uznáván a akceptován. Přestávají se spoléhat na to, že mají rodiče vždy pravdu. Jsou stále závislí na rodičích a autoritách, ale na druhé straně se po nich už chce samostatné dospělé uvažování a rozhodování. Je to období přechodu mezi dětstvím a dospělostí (Nováková, 2015).

Další významné změny, ke kterým v tomto vývojovém období dochází, jsou také v kognitivních procesech. Okolo 12 let nastupuje přechod od konkrétního myšlení k myšlení abstraktnímu, vlivem kterého se dospívající začínají v myšlenkách obracet k budoucnosti, ideologickým problémům a operovat s abstraktními pojmy. Začínají také vyhledávat alternativní cesty během řešení problémů a rovněž přemýšlet hypoteticky. Celé myšlení se stává komplexnějším a flexibilnějším. Rozvíjí se paměť a pozornost. Koncentrace je nicméně kolísavá. Můžeme to pozorovat ve střídání zájmů či v emoční

labilitě, která je pro toto vývojové období typická. Způsobují ji zejména hormonální změny, které ovlivňují celkové citové prožívání. Dospívající rovněž začínají myslet více kriticky, což ovlivňuje jejich postoj k celému světu. Společně s vývojem myšlení se mění také morální postoje, které se přesouvají z pravidel určených společnostmi na pravidla vlastní, zvnitřněná dle svého svědomí. Z počátku dospívání se tyto změny projevují neschopností kompromisu, jež postupně odeznívá (Žaloudíková, 2013).

Nováková (2015) podotýká, že hloubka, závažnost, průběh i obsah dospívání má velmi individuální podobu, nicméně ne každá forma dospívání probíhá zdravým způsobem. Je nutné, aby nastaly určité procesy pro úspěšnou separaci od rodičů, která by jinak v pozdějších letech způsobovala problémy v samostatném rozhodování. Nicméně ani vystupňované konflikty v rodině natolik, že dospívající není v rodině schopen fungovat, také nejsou v pořádku, pokud každý rozhovor končí konfliktem či agresivitou. V tomto věku je velmi přínosné podporovat dítě v kreativě a ve vlastním vidění světa a zejména v posilování zdravé míry sebedůvěry. Hyperprotektivní přístup stejně jako nadměrně přísný zde již není přínosný a je třeba ho změnit. Dospívající jsou k novým zkušenostem a k novému přístupu postupem času vnímaví a otevření.

S ohledem na náročnost tohoto vývojového období je zde zvýšený výskyt psychických problémů, a to zejména poruch příjmu potravy, automutilace, agresivní a delikventní chování, zneužívání psychoaktivních látek, únik od reality – dnes zejména prostřednictvím počítačových her či filmů, depresivní a úzkostná symptomatika a také ztráta zájmu či demotivace. Toto vše silně souvisí s tématy sebehodnocení, identitou, pocitem jistoty a bezpečí a také s citovým zázemím, která jsou v tomto období velmi živá. Pro adolescenty je také velmi důležitý pocit pochopení, tedy cítit se chápán druhými (Nováková, 2015).

Téma tělesného vzhledu je v tomto životním období velmi výrazné, stejně jako je tomu u mentální anorexie. A právě proto je toto období pro její výskyt velmi náchylné. Stackeová a Kočí (2019) uvádí, že patologie v oblasti vnímání těla u pacientů s mentální anorexií obsahuje složku smyslovou a složku subjektivní, která zahrnuje kognitivní a emoční aspekty. Narušena může být pouze jedna složka či obě dvě najednou. Smyslová složka slojí za problémy spojené se schopností vnímat skutečné rozměry a tvary svého

těla a jeho vnímání není ve shodě s tím, jak jej vnímá okolí. Jedná se tedy o zkreslené představy svého těla. Subjektivní složka se týká úrovně spokojenosti se svým tělem a vzhledem. Nespokojenost se svým tělem může být ve své extrémní formě v podobě znechucení nad sebou samým.

Velmi zajímavou studii na téma spokojenosti s vlastním tělem a adolescencí provedl Krch (2010), jejíž výsledkem bylo zjištění, že význam tělesného vzhledu a jeho akceptace má zejména v adolescenci velmi důležitou hodnotu. Tělesný vzhled výrazně ovlivňuje jejich sebehodnocení a prožívání. Výsledky také ukázaly častější nespokojenost se svým tělem u dívek než u chlapců, což je v souladu se statistickými údaji, které uvádějí častější výskyt poruch příjmu potravy právě u dívek. Jejich tělesná nespokojenost výrazně narůstala společně s jejich hmotností. U dívek byl také významný vztah mezi tělesnou spokojeností a kvalitou sociálního života, která se společně s narůstající nespokojeností s se svým tělem rovněž zhoršovala. Jak ženy, tak muži v tomto výzkumu obecně vykazovaly nižší sebevědomí, byly depresivnější, zlostnější nebo uváděli více různých somatických potíží. Pokud jsou adolescenti se svým tělem spokojeni, mají mnohem lepší sebevědomí a také větší sebedůvěru. Nespokojenost může naopak hrát výraznou roli při rozvoji i jiných duševních potíží, než-li jsou poruchy příjmu potravy.

Na ženy je také větší mediální nátlak a jsou tudíž více náchylné k poruchám příjmu potravy, jelikož ženská krása bývá prezentována jako mnohdy jako extrémní vyhublost. Oproti tomu u mužů je prezentována zejména jejich výkonost a svalnatost, což vede spíše k lepšímu životnímu stylu a cvičení. Ženy oproti tomu dávají přednost dietám (Gorgan, 2000).

Prožívání svého těla je součástí naší identity. Bechyňová (nedat) rovněž poukazuje na nároky spojené s proměnou těla v dospívání, která je pro toto životní období natolik typická. Tělo mění své proporce, objevují se sekundární pohlavní znaky a sama adolescence je z biologického hlediska definovaná jako dosažení plné reprodukční zralosti. Jelikož se jedná o významnou změnu, může pro mnohé znamenat subjektivní prožívání zátěže. Může nastat ztráta sebejistoty. Okolí k dospívajícímu začíná rovněž přistupovat jinak a na tělesné změny mohou různě reagovat a ovlivňovat tak jejich subjektivní pocity z nastolených změn.

3.2. Specifika a rizika mentální anorexie v dospívání

Jelikož je dospívání náročné životní období plné dynamického prožívání a životních i osobnostních změn, nese společně se svými psychickými, sociálními i biologickými nároky také svá rizika a problémy s ním spojené. Mezi hlavní problémy patří právě mentální anorexie a další poruchy příjmu potravy, pro které je období dospívání nejrizikovějším pro jejich vznik, jelikož narůstá zájem o vlastní vzhled a nastupují také tělesné a hormonální změny a nároky. Poruchy příjmu potravy mohou dále v tomto období vyjadřovat také touhu po pozornosti. Dotknou se často dětí, které se snaží být perfektní a souvisí to zároveň s nároky, které na ně klade rodina (Nováková, 2015).

Rodinné prostředí hraje v jídelních postojích a stravovacích návycích velkou roli. Ovlivňuje celkový životní styl, který si děti z rodiny odnášejí a často je provází po celý život. Zvláště dnešní doba je v západoevropských zemích velmi náchylná zvýšené konzumaci alkoholu, sladkostí, fastfoodů a dalších nevhodných, nejen stravovacích návycích (Kytarová, 2011).

Krch (nedat.) uvádí, že se mentální anorexie týká až 6 % dospívajících dívek, které jsou proto více ohroženou skupinou, s ohledem na odlišný ideál krásy u chlapců a dívek. Nicméně tyto poruchy se týkají také chlapců. Pokud poruchy tohoto spektra propuknou před dovršením 15 let, představuje to pro dospívající závažnější zdravotní komplikace a důsledky. Takto mladý člověk má obvykle mnohem menší tukové rezervy, tudíž má rychlejší nástup zdravotních potíží a hrozí zároveň větší riziko dehydratace. Vyhublost je tím pádem mnohem výraznější. Hrozí také riziko zastavení tělesného růstu a celkového zrání. V psychosociální sféře jsou často přítomné konflikty s okolím, zejména s rodinou, dramatičtější odpor nebo agresivita. Někdy lze také pozorovat chování typické spíše pro mladší děti. Tím, že se okruh jejich zájmů přesouvá pouze k jídlu a stravování, přestávají nacházet uspokojování v běžných aktivitách a mít normální kontakty se svými vrstevníky.

Poruchy příjmu potravy se dají i u dětí úspěšně léčit. Neexistuje však pouze jeden rizikový faktor. Vždy se jedná o celkový obraz rodinných a sociokulturních vlivů, životní události, osobnostní rysy a také vývojové a biologické faktory. Je proto třeba k tomuto

onemocnění přistupovat skutečně komplexně a znát celkovou anamnézu dospívajících pacientů (Matyášová, 2013).

4. Provedené výzkumy

V oblasti diagnostiky mentální anorexie u adolescentů pomocí Rorschachovy metody se nepodařilo nalézt žádný konkrétní výzkum. Dostupné výzkumy týkající se diagnostiky mentální anorexie či rozlišení jednotlivých poruch příjmu potravy pomocí Rorschachovy metody u dospělých se primárně zaměřují na specifické škály, stejně jako v dětské populaci a u dospívajících. Autorka uvádí výzkumy týkající se použití Rorschachovy metody u problematiky poruch příjmu potravy, které se alespoň částečně přibližují tématu této diplomové práce.

4.1. Výzkumy poruch příjmu potravy s užitím Rorschachovy metody

Výzkum Kaufera a Katze (1983) je jedna z prvních studií, která se zároveň jako jediná dostupná zaměřila ve svém výzkumu pomocí Rorschachovy metody na odlišení skupiny respondentek s diagnostikovanou mentální anorexií od skupiny respondentek bez nalezených psychopatologií, které reprezentovaly běžnou populaci. Tato studie zahrnovala pouze ženy, a to ve věku od 17 do 31 let, které v době studie nebyly v akutním fyzickém stavu. Podmínkou zařazení do skupiny anorektických pacientek byla o nejméně 20 % nižší tělesná hmotnost oproti normě, a to alespoň v některém okamžiku jejich nemoci. Další podmínkou zařazení do výzkumu byla absence jiné přidružené psychické choroby. Všechny respondentky v této skupině uvedly v době výzkumu přetrvávající obavu z jídla a váhy.

Protokoly obou skupin byly porovnávány standardním skórovacím systémem podle obsahu a struktury odpovědí. Autoři Kaufera a Katze (1983) se specificky zaměřili na skórování a hodnocení deviantních verbalizací podle Rapaporta, Gilla a Schafera. Tato studie vychází z myšlenky, že fabulace, kontaminace a další deviantní verbalizace jsou patologickými ukazateli typickými pro narušené pacienty. Výzkumníci hledali v odpovědích respondentek odpovědi, kde figurovala krev nebo krvavé poškození těla, obrazy zničení a také odpovědi se sexuálním obsahem. V případě fabulovaných

odpovědích byl zjištěn velmi významný rozdíl mezi průměrným počtem těchto odpovědí mezi skupinami. Takové odpovědi měly podobu jako například: „*Jezero. Kolem jsou nebezpečné skály*“.

Fabulované odpovědi jsou takové, které obsahují výrazný emoční tón. Můžeme se také setkat s tzv. fabulační kontaminací, která spočívá v neskutečnosti a nemožnosti obsahové kombinace a rozpornost s realitou, jako kupříkladu: „*Dva svišti šplhají na motýla*.“ (Říčan, Šebek, Ženatý a Morávek, 1981).

Anorektická skupina celkově vykazala statisticky významnou úroveň obecné patologie ve verbalizaci odpovědí oproti neanorektické skupině. Jednalo se o odpovědi jako například: „*Nový typ snímku kostry, kde podali injekci s barvivem, a to se objevilo v těle*“, „*Stín ve vodě... Něco mrtvého ve vodě... Ta barva by mohla být vířící krev*.“, „*Monstrum. Cítím se, jako bych byl pod ním. Dupne na mě nohama*.“ anebo „*Krvácející modřina, jako kdyby někdo praštil. Najednou to vypadalo jako krev, bolestivá*“.

U řady protokolů anorektických pacientek byly charakteristické reakce plné destrukce a sexuálních odpovědí. Tyto pacientky podaly výrazně větší počet odpovědí zahrnujících poškození než neanorektická skupina. Rorschachova literatura naznačuje, že velké množství sexuálních odpovědí, krvavých odpovědí nebo jejich kombinace je představitelem psychické poruchy (Kaufman, Katz 1983).

Nejvýraznější zjištění této studie byla relativně vysoká úroveň poruch myšlení a častá přítomnost tzv. „*primárního procesu*“ jak v obsahu, tak ve struktuře odpovědí. Data z výzkumu však naznačují, že vážné a všudypřítomné vývojové poruchy ega, narušený obsah a struktura mohou poukazovat na mentální anorexii pouze na předběžných příznacích, které zahrnuje celá řada dalších odlišných diagnóz, nicméně více než polovina záznamů ze skupiny anorektických pacientek prokázala tento druh patologické odpovědi (Kaufman, Katz 1983).

Primární proces charakterizuje Plháková (2003) jako přehlížení vnější reality, včetně logických a formálních pravidel, a dále také jako bezčasovost a nepřítomnost protikladů. Jedná se o nevědomé procesy, které vycházejí z pocitů, jsou intuitivní, nepřesné ale rychlé a velmi emoční.

Data také odhalila statisticky významnou odezvu na krvavý obsah, nicméně studované patologické reakce – krvavé obrazy, sexuální materiál, deviantní verbalizace – opět nejsou pouze v protokolech anorektických pacientek, a ne všechny respondentky s mentální anorexií se těmito odpověďmi vyznačovaly. Existence představ o tělesném poškození a zničení spolu se zvláštním používáním jazyka v protokolech některých členů neanorektické skupiny také naznačuje, že takové reakce na skvrny zjevně nesouvisí výhradně s mentální anorexií či dalšími poruchami příjmu potravy (Kaufer, Katz 1983).

Nebyly nalezeny žádné významné rozdíly mezi skupinami v kategoriích, jako je determinanta pohybu nebo barvy, lokalizace nebo počet odpovědí atd. (Kaufer, Katz 1983). Výsledky této studie tedy nejvýrazněji ukazují na vážné vývojové poruchy ega, které reprezentují primárně procesové odpovědi a přítomnost krvavých a patologicky verbalizovaných odpovědí, které charakterizují velké procento dospělých žen trpící mentální anorexií.

Další dostupný výzkum Guinzbourga (2011) na téma Poruchy příjmu potravy – Podobnosti a rozdíly mentální anorexie, bulimie a kategorie jiných poruch příjmu potravy, se zabýval porovnáním těchto tří skupin s kontrolní skupinou pomocí Komprehenzivního systému Rorschachovy metody. Kontrolní skupinu představovaly diagnostikované pacientky, které ještě nezačaly svou léčbu. Výzkumu se zúčastnily opět pouze ženy, a to ve věku 18–30 let. Pacientky splňovaly diagnostická kritéria dle DSM-IV pro poruchy příjmu potravy. Výsledkem výzkumu byl prokazatelný rozdíl ve výsledcích Rorschachovy metody mezi skupinami s poruchami příjmu potravy a kontrolní skupinou, které mohou mít dopad na plánování terapie. Skupina poruch příjmu potravy vykazovala oproti kontrolní skupině častější introvertní styl. Informace z prostředí obvykle zpracovávaly velmi podobně jako další mladí lidé, ale vyhýbaly se složitému zacházení s podněty. Měly vyšší *Lambdu* a nižší *Blends*. Vykazovaly také méně osobnostních zdrojů (nižší *EA*), pokud byly konfrontovány se zkušenostmi a zejména s novými situacemi. Tato skupina také představovala menší schopnost zpracovávat pocity a emoce (*FM*, *m*, *C'* a *Y* nižší), zanedbávaly registraci svým potřeb a své emoce nevyjadřovali otevřeně (*C*). Dále měly pacientky méně expresivních zdrojů (nižší *FC*, *CF* a *C*) a projevovaly menší zájem o druhé lidi, kterým se vyhýbají, a o sociální vazby (*H* nízké). Od vztahů s lidmi měly

omezená očekávání (*H*, *COP*, *GHP* a *PHR* nižší). Představily také více sebestřednosti, než ostatní mladí lidé (*Fr* vyšší).

Guinzbourg (2011) uvádí, že v některých oblastech Rorschachovy metody se zároveň lišily výsledky mentální anorexie od bulimie a také kategorie jiných poruch příjmu potravy. Pacientky s mentální anorexií vykazovaly častěji introvertní styl než pacientky s mentální bulimií a dalšími poruchami příjmu potravy, nerozuměly složitosti reálných podnětů (*W + D* vyšší, ale *H + DA%* nižší), vykazovaly menší motivaci s ohledem na podněty prostředí (*Zd* nižší) a tendenci používat zjednodušující a zanedbávající styl. Projevily také menší zájem o ostatní lidi (*H* a *H Cont.* nízký) než pacientky s mentální bulimií. Byly více soustředěné na egocentrické osobnostní rysy a jejich chápání sociálních situací bylo někdy neefektivní a zkreslené (*M-*). Pacientky dále vykazovaly pesimističtější a morbidnější vnímání situací (*MOR* vyšší) a byly náchylnější k prožívání emočnímu zmatku a škodlivému chování (vyšší *S-CON*). Objevily se u nich myšlenkové skluzy, které ovlivňovaly jejich logické myšlení (*INC*, *Sum 6* vyšší). Byly také náchylnější k zažívání depresivních emocí, které ovlivňují jejich myšlení, zejména důvěru ve své zdroje (vyšší index *DEPI*).

Třetí dostupný výzkum mentální anorexie s použitím Rorschachovy metody pochází z polské univerzity (Izydorczyk, 2008) pod vedením profesora Stanika, který se zabýval strukturou osobnosti mladých žen ve věku 18-26 let s mentální anorexií, a to za pomoci vyšetření zmíněné Rorschachovy metody, lékařské dokumentace a klinických rozhovorů. Výsledky testu naznačují vyskytující se významné osobní rysy v testované skupině anorektických pacientek. Na základě těchto výsledků lze konstatovat, nakolik je emocionální a osobnostní struktura anorektických žen různorodá.

Respondentky se vyznačovaly zájmem o druhé lidi, jakož i schopnostmi vcítit a ztotožňovat se s nimi, ale jejich introvertnost může kontaktu bránit. Pacientky s mentální anorexií mohou být náchylné k vytváření postojů přímo opačných vůči skutečným emočním prožitkům. Mohou proto mít také sklon maskovat agresi nadměrnou zdvořilostí. Získané průměrné hodnoty *M* odpovědí naznačují dominující tendenci podřizovat se druhým, a stejně tak vyznačují i opatrnost, nedůvěru, a dokonce i neochotu k aktivním a upřímným vztahům s lidmi. Analýza výroků o lidském obsahu *H* a *Hd* ve

vztahu k celkovému počtu výroků R rovněž naznačovala dominanci strachu, a to zejména před lidmi. Při analýze struktury vztahů a způsobu komunikace s prostředím ženy odhalují neurotickou obranu proti agresivitě druhých. Jedná se o strach z nepřátelství, který ovlivňuje jejich myšlení (Izydorczyk, 2008).

Pacientky vykazovaly závislost na hodnocení svého prostředí a intelektuálně ovládaly svou emotivitu, která nebyla příliš expanzivní a byla spíše pasivní, sociálně přizpůsobená. Ve struktuře emočního a sociálního fungování prokazovaly respondentky vědomé sebeovládání a jeho silnou potřebu (poměr FC ku CF). Úroveň intenzity ukazatelů M a S může naznačovat možnost vzácných, ale rychlých emocionálních výbojů. To může souviset s tendencemi ke kompulzivním reakcím, například s vyvolávaným zvracením. Poměr $C:W$ může potvrdit nevýznamné použití emocionality k uskutečnění záměrů a dosažení cílů. Pacientky sledují cíle, ale emocionalitu v něm nevyužívají. Získaná data mohou také potvrdit skrytou depresi respondentek (Izydorczyk, 2008).

Odpovědi s obsahem A a Ad ve vztahu k R byly mírně nadprůměrné. Získané výsledky dále naznačují dominanci šoků na barvy na tabulích II. a III., na tabulích se sexuální tematikou VI. a VII. a vnitřní konflikty, které se vyskytly ve vztahu k matce na tabulích VII. a IX. Kvalita a závažnost šoků může značit potřebu zahrnout do stanovení klinické diagnózy těchto pacientek údaje, které se budou týkat otázek vztahu s matkou, psychosexuálního vývoje a postojů rodičovského prostředí k odhaleným sexuálním potřebám jednotlivce (Izydorczyk, 2008).

Mezi výroky týkajícími se zvířat se objevoval aktivní pohyb, který může naznačovat, že ve stavu neúplného vědomí a snížené kontroly budou tyto jedinci náchylní k eskalaci agrese. Pravděpodobně se jedná o infantilní prožívání životních zklamání a selhání. S ohledem na konfiguraci intenzity analyzovaných odpovědí můžeme dojít k závěru, že tento výsledek ukazuje zaměření zkoumaných dívek na jejich tělo a nemoci, nikoli přímo na sexuální obsah. Je pozoruhodné, že respondentky ve svých odpovědích výslovně nevykazovaly sexuální obsah, což může potvrdit jejich vysokou úroveň sebeovládání při uspokojování sexuálních potřeb (Izydorczyk, 2008).

4.2. Výzkumy poruch příjmu potravy u adolescentů pomocí Rorschachovy metody

Studie poruch příjmu potravy pomocí Rorschachovy metody Tibona a Rothschilda (2009) se zaměřila na disociativní stavy u poruch příjmu potravy u adolescentů ve věku 13 až 17 let. Výzkum zahrnoval 61 pacientů s diagnostikovanou mentální anorexií či mentální bulimií. Tito pacienti byli následně rozděleni do skupiny nepurgativní mentální anorexie a skupiny zahrnující purgativní mentální anorexiu a oba typy mentální bulimie. Tato studie zkoumá disociativní složky pomocí RFS-S stupnice, která je derivací RFS indexu Rorschachovy metody, který klasifikuje pacientovo rozlišování mezi realitou a fantazií.

Měřítka Rorschach Reality-Fantasy Scale (RFS) zahrnuje sadu proměnných odvozených z Komprehensivního systému a nové speciální skóre Reality Collapse (RC). Toto zvláštní skóre je dáno odpověďmi, kdy subjekt reaguje na skvrnu, jako by to byla samotná věc. Počáteční výběr proměnných, které mají být zahrnuty do tohoto měřítka, byl založen na psychoanalytickém teoretickém myšlení týkajícím se konceptů reality a fantazie. V souladu s tím byly proměnné, jako je determinanta formy (F), která souvisí s konkrétními vlastnostmi karty, vybrány jako reprezentující materiální svět, zatímco proměnné, jako je determinant lidského pohybu (M), kde je interpretován statický stimul v pohybu, byly vybrány jako reprezentace myšlenkové aktivity, která je udržována bez testování reality (Tibon, Rothschild, 2009).

Vyšetření probíhalo v akutní fázi onemocnění, kdy disociativní jevy převládají. Výsledky mezi skupinami jasně rozlišují a epizodu záchvatovitého přejídání označují jako onen disociativní stav, jelikož bylo RFS-S zvýšeno právě u výskytu záchvatovitého přejídání. Tato studie primárně zkoumá užitečnost stupnice RFS-S při rozlišování mezi dvěma skupinami adolescentních pacientů s poruchami příjmu potravy, které se vyznačují kritériem nadměrného stravování. Pacientům byl předložen Rorschachův test a výzkumníci dále skórovali podle Komprehensivního systému. Výsledky výzkumu odhalují předpokládaný vztah mezi disociačními a psychotickými jevy a úrovní poškození ega (Tibon, Rothschild, 2009).

Další výzkum s názvem Zhodnocení adolescentních bulimiků Rorschachovou metodou (Smith, Hillard, Roll, 1991) se snažil odlišit osobnostní charakteristiky 12 diagnostikovaných bulimických patientek pomocí DSM-III-R od běžných adolescentů, které reprezentovala skupina 12 dívek bez zjevných psychopatologií. Pro vyhodnocení protokolů autoři použili Komprehenzivní vyhodnocovací systém. Statisticky významné skupinové rozdíly byly zjištěny jak u indexu depresivity *DEPI*, tak u schizofrenních okruhů v indexu vnímání a myšlení *PTI*. Patientky s bulimií také vykazovaly průměrně větší počet agresivních reakcí na tabule. Data naznačovala, že adolescentní bulimičky byly více depresivní, sebekritické a negativističtější než jejich vrstevníci, a že měly více narušené myšlenky, nepřesné vnímání a zhoršený úsudek, přičemž kognitivní poruchy se netýkaly pouze jídla a hmotnosti.

Výše uvedené a popsané výzkumy naznačují významné rozdíly zjištěné pomocí Rorschachovy metody mezi běžnou populací a pacienty s poruchami příjmu potravy, a to jak u dospělých, tak u dospívajících. Jednalo se zejména o indexy depresivity *DEPI* a schizofrenní okruhy *PTI* a také větší počet odpovědí s agresivním obsahem. Metoda také poukázala na vývojové poruchy ega, významnou odezvu na krvavý obsah a obecně na patologické reakce a verbalizace odpovědí v podobě krvavých obrazů nebo sexuálního materiálu.

Samotné odlišení poruch příjmu potravy od dalších psychických problémů pomocí této metody je prozatím stále nejednoznačné, jelikož výsledky této metody jsou těžko odlišitelné od dalších psychických onemocnění. Existence představ o tělesném poškození a zničení spolu se zvláštním používáním jazyka v protokolech byla specifická pro poruchy příjmu potravy, nicméně někteří členové neanorektické skupiny zmiňované specifické reakce na skvrny také vykazovali, což tedy nesouvisí výhradně s mentální anorexií či dalšími poruchami příjmu potravy.

Výzkumná část

5. Výzkumný problém, cíle a výzkumné otázky

5.1. Výzkumný problém

Mentální anorexie je relativně rozšířenou poruchou, která je spojená s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Následky poruch příjmu potravy jsou závažné ze somatického, psychického i sociálního hlediska a v těžkých případech při nich může dojít i k úmrtí pacienta. Také s ohledem na náročnou léčbu a možné dopady je žádoucí zabývat se včasnou prevencí a podchycení těchto poruch (Orel, 2016)

Výzkumným problémem této práce se proto stává otázka, zda-li lze nalézt společné znaky v protokolech Rorschachovy metody získaných u adolescentů s mentální anorexií. Jelikož se mentální anorexie a poruchy příjmu potravy obecně nejčastěji vyskytují v období dospívání, je tato práce zaměřena na toto vývojové období.

Výzkumná část je v souladu s teoretickou částí zaměřena na zmapování a popis projevů mentální anorexie ve výsledcích Rorschachovy metody, jelikož je tato metoda jednou z nejpoužívanějších metod v psychodiagnostice s bohatou výpovědní hodnotou. Dále se autorka v této práci pokusí nalézt jejich společné znaky, čímž přispěje k lepšímu využití této metody v diagnostice mentální anorexie. Tento výzkum může dále posloužit jako podklad pro tvorbu škály dospívajících s mentální anorexií v Rorschachově metodě.

Na základě rešerše základní literatury doposud nebyla nalezena škála pro tuto poruchu u adolescentů.

5.2. Výzkumné cíle a výzkumné otázky

Hlavním výzkumným cílem této diplomové práce je zmapovat a popsat, jak se mentální anorexie projevuje v adolescentním období v individuálních výsledcích Rorschachovy

metody. Autorka se dále pokusí nalézt společné znaky probandů v Rorschachově metodě napříč jednotlivými protokoly.

V závislosti na cílech výzkumu byla stanovena následující výzkumná otázka:

Mají protokoly Rorschachovy metody získané u adolescentů s mentální anorexií společné znaky?

6. Výzkumný design

6.1. Základní a výběrový soubor

Základní soubor je tvořen pacienty s mentální anorexií v období adolescence. Výběrový soubor pro tento výzkum se skládá z dospívajících dívek ve věku od 12 do 18 let, přičemž jejich průměrný věk byl 14,8 let. Do vzorku byly zahrnuty pouze dospívající dívky s lékařsky diagnostikovanou mentální anorexií F50.0 či F50.1.

Výzkum probíhal v hlavním městě Praze v Psychiatrické nemocnici v Bohnicích, v Olomouckém kraji v Psychiatrické léčebně Šternberk a v Krajské nemocnici Liberec na oddělení dětské a adolescentní psychiatrie. Tyto kliniky byly vybrány s ohledem na přítomnost pacientů spadajících do výběrového souboru a zároveň souhlasily s účastí na tomto výzkumu, stejně jako zúčastněné pacientky a jejich zákonní zástupci. Údaje jsou podrobněji rozpracovány z tabulky č. 1 uvedené níže.

Tabulka č. 1 – Charakteristika výběrového souboru

Respondent	Pohlaví	Věk	Diagnóza	Nemocnice
1.	Žena	12	F50.0	Psychiatrická nemocnice Bohnice
2.	Žena	15	F50.0	Psychiatrická léčebna Šternberk
3.	Žena	17	F50.0	Krajská nemocnice Liberec
4.	Žena	15	F50.1	Krajská nemocnice Liberec
5.	Žena	13	F50.0	Psychiatrická nemocnice Bohnice
6.	Žena	17	F50.0	Psychiatrická nemocnice Bohnice

6.2. Metody získávání dat

Jako metodu získávání dat pro tento výzkum autorka zvolila Rorschachovu metodu, která je charakterizována v kapitole 4.2. pod názvem Rorschachova metoda. V následujícím textu bude definována administrace této metody.

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

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

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

fázi přecházíme k samotnému kódování odpovědí a k propočtení indexů v rámci Komprehenzivního vyhodnocovacího systému.

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

6.3. Sběr dat

Pro tento výzkum byli vybíráni respondenti na základě stanovených kvót, jimiž byl věk v rozmezí 12 až 18 let, který Thorová (2015) vymezuje jako adolescenci, a psychiatrická diagnóza mentální anorexie F50.0 či atypická mentální anorexie F50.1.

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

Sběr dat probíhal od 1. 7. 2019 do 25. 2. 2020. Před vyšetřením byly vždy od vrchní sestry, vedoucího lékaře nebo psychologa převzaty podepsané informované souhlasy s vyšetřením dítěte od zákonných zástupců a proběhlo také seznámení s anamnézou pacienta.

Testování probíhalo u stolu v samostatné tiché místnosti bez rušení a vstupů dalších osob. Administrátor a respondent seděli vždy přes roh stolu. V úvodním rozhovoru byl každý respondent seznámen s průběhem vyšetření, s cíli výzkumu a byl mu ponechán prostor pro jakékoliv dotazy. Rovněž vždy proběhl krátký počáteční rozhovor s každým respondentem pro lepší navázání kontaktu a pro navození příjemné vyšetřovací atmosféry.

Protokoly Rorschachovy metody byly administrovány standardizovaným způsobem. Délka administrace se pohybovala v rozmezí od 45 minut do 120 minut v závislosti na délce protokolu. Před vyšetřením samotnou Rorschachovou metodou probíhaly rozhovory ohledně zkušeností s touto metodou, její krátké představení, ohledně potřeb kompenzačních pomůcek a dalších potřeb či dotazů. Poté bylo respondentům

sděleno, že jim bude postupně předloženo deset tabulí s inkoustovou skvrnou, ke které nám sdělí, co to může být, a že mají na odpověď tolik času, kolik budou potřebovat. Následně byla respondentům předložena první tabule v základní poloze s instrukcí „*Co to může být?*“. Mimo tuto instrukci se administrátor vyjadřoval minimálně a v souladu s Komprehenzivním systémem. Zbývající tabule byly uloženy mimo dohled respondentů do doby, než jim byly předloženy. Pokud respondenti uvedli u první tabule pouze jednu odpověď, byli povzbuzeni k další odpovědi. Pokud ani po povzbuzení nedali další odpověď a na tabulích II., III. a IV. podali také pouze jednu odpověď, byli po IV. tabuli opět povzbuzeni k další odpovědi.

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

Znalosti o způsobu zápisu z vyšetření, přepisu protokolů, administraci a vyhodnocení protokolů včetně počátečních supervizí byly autorce poskytnuty PhDr. Martinem Seitlem, PhD.

6.4. Zpracování a vyhodnocení dat

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

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

Pozorování respondentů během vyšetření bylo zapracováno do úvodu každé kazuistiky, společně se zápisem anamnézy daného pacienta, jako status praesens psychicus. V tomto úvodu je zároveň vždy uveden zápis z rozhovoru.

6.5. Etické aspekty výzkumu

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

Nejprve byly osloveny psychiatrické kliniky s žádostí o umožnění výzkumu. Následně byly kontaktováni zákonní zástupci dětských pacientů a byl s nimi podepsán Informovaný souhlas s poskytnutím údajů pro výzkumné účely v rámci psychologické diagnostiky a souhlas se zpracováním osobních údajů. V neposlední řadě byli dotazováni samotní dospívající, zda-li jsou ochotni se výzkumu účastnit. Taktéž bylo dbáno na citlivé zacházení s údaji všech respondentů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. Informace získané od účastníků výzkumu byly zcela anonymizovány. Pro respondenty ani jejich zákonné zástupce z tohoto výzkumu nevyplývají žádná rizika, byly důkladně informováni o tématu a účelu výzkumu, o používaných metodách a byl ponechán také prostor pro jakékoli dotazy, na které vždy dostali pravdivou a celistvou odpověď. Každý respondent má zároveň právo od výzkumu kdykoliv odstoupit.

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

7. Výsledky výzkumu

7.1. Kazuistika 1

První protokol patří 12leté pacientce, která je nyní v sedmé třídě základní školy, a to s vynikajícím prospěchem. Ve vrstevnickém kolektivu je dobře adaptovaná, zcela bez problémů. Pacientka dále dochází do základní umělecké školy na kytaru již 5. rokem. Podle matky má před každým vystoupením, stejně jako před testy ve škole, veliký stres. Bydlí s rodiči a bratrem v rodinném domě.

Porod probíhal bez komplikací a v dětství pacientka prodělala běžná dětská onemocnění. V dětství dále zaznamenáno přechodné pošlapávání mezi 7-8 lety. Dále proběhla operace nosních mandlí v 6 letech a v roce 2017 měla na letním dětském táboře zhnisanou patu, kterou utajovala. Bez známého kontaktu s návykovými látkami.

Matka pacientky, 39let, zaměstnaná jako skladnice, zdráva. V adolescenci začala radikálně hubnout z nadváhy do běžné váhy. Její matka váží cca 160 kg se silně omezenou pohyblivostí. Otec, 41let, pracující jako inseminační technik, zdrav. Pacientka má také mladšího 10letého bratra, zdrav. Psychiatrická heredita v rodině neudána.

Farmakologicky pacientka užívala Sertralin, Atarax a Zyprexa – zatím bez efektu na vykonávaný pohyb.

Pacientka byla drobné postavy, upravená, lucidní, orientována všemi směry, spolupracovala dobře a kontakt včetně očního navazovala. Řeč byla plynulá, slovník přiměřený věku, myšlení bylo logické a její odpovědi přiléhavé. Emotivita byla křehká, psychomotorické tempo v normě, přetrvávalo klepání nohou převážně po celou dobu vyšetření a strnulé držení těla.

Pacientka byla vyšetřena Rorschachovou metodou poprvé. Vyšetření proběhlo během jejího 10. dne pobytu v psychiatrické léčebně Bohnice v sesterně. Pacientka byla s metodou obeznámena podle popisu v kapitole 6.2.2. Administrace Rorschachovy

metody a před samotným vyšetřením proběhl také krátký rozhovor, který sloužil pro lepší navázání kontaktu, spolupráci a odbourání počátečních nejistot a obav z vyšetření.

Pacientka během tohoto rozhovoru sdělila, že se dnes cítí dobře, na oddělení se jí líbí, ale stýská se jí po rodičích, na které se moc těší. Také zmínila svůj nařízený klidový režim, kvůli kterému nemůže ven a prožívá tam tudíž dlouhý čas.

Přichází do Psychiatrické nemocnice Bohnice s diagnózou mentální anorexie F50.0 na žádost dětské psychiatricky, ke které docházela – v zimě 2018 začala pacientka hubnout z nadváhy 49 kg na 39 kg, a to do srpna 2019. Zvracení a projímadla neguje. Stravu doma ještě zvládali, ale nadměrnou chůzí a pohyby ne, a to i přes medikaci. Pacientka je nadále úzkostná, náhled na onemocnění má omezený s poruchou vnímání tělesného schématu. Svůj stálý pohyb připouští a jíst se snaží. Nyní váhu vnímá jako problém i vlastní slabost, nicméně stejně uvádí, že má na sobě i špeky a připouští taktéž strach z nadváhy. Pacientka je bez psychotických problémů. Uvádí v sobě dva hlasy – jeden jí k jídlu nabádá a druhý odrazuje.

Pacientka má momentálně nařízený klidový režim s výživnou dietou, během něhož se dle sester a výsledků v dekurzu lepší. Stále ovšem záměrně napíná všechny svaly s cílem zvyšování energetického výdeje. Spolupracuje se všemi na oddělení dobře, pouze se neustále snaží o pohyb chůzí, klepáním nohou či zmíněným napínáním svalů. V noci spí dobře a sní vše, co má přidělené. Při zvracení ji nezastihli a sama ho také popírá. Na kolektiv je pacientka adaptována dobře. Hospitalizována je vůbec poprvé, doposud probíhala pouze ambulantní psychiatrická léčba.

Protokol - Protokol I. - f/12

1) I - Orientace A - ^

Pavouk

-OO

=Tady má tělo, oči, nohy a kusadla.

-Čím ti to připomnělo pavouka?

=Nevim, asi téměř kusadla a téměř nohama.

2) I - Orientace A - ^

Netopýr

-OO

=Tady má křídla, hlavu, tělo.

-Čím ti to připomnělo netopýra?

=Těma křídla. Má to takovej tvar jako křídla.

3) II - Orientace A - ^

Motýlek

E: OO

S: Jenom tady (D3) mi to připadalo jako motýl.

E: Čím ti to připomnělo motýlka?

S: Že to má takovej tvar jako motýl. Tady má křídla.

4) II - Orientace A - ^

Nějaký drak

E: OO

S: Drak.. Ten mi ho připomněl hlavou.

E: Hlavou?

S: Jo, tady (D6).

5) III - Orientace A - ^

Lebka

E: OO

S: Tady má čelisti a tady nahoře hlavu.

E: Čím ti to připomíná čelisti?

S: Tady je pusa, vypadá to jako čelist.

6) III - Orientace A - ^

Kůň

E: OO

S: Tady hlava a dole pusa koní.

E: Pusa koní?

S: Taková ta tlama. A tady má uši.



7) III - Orientace A - ^

Hlava zebry

E: OO
S: (Ukazuje) Uši, tlama, proužky. Tadytlen je jako proužkovaná.
E: Proužkovaná?
S: Jo, jako zebra.

8) IV - Orientace A - ^

Kalhoty

E: OO
S: Tady to vypadá jako kalhoty. Má to takové nohavice. Takhle (ukazuje).

9) V - Orientace A - ^

Můra

E: OO
S: Křídla, hlava, tykadla, nohy (ukazuje). Má to takový tvar.

10) V - Orientace A - ^

Nějaký drak

E:OO
S: Jo.
E: Drak?
S: No, že má tady hlavu bez těch rohů a tady křídla.
E: Bez těch rohů?
S: Ne, to nahoře tam není.

11) VI - Orientace A - ^

Nějaký drak zase

E: OO
S: Tady má hlavu a tady má křídla nějaký.
E: Čím ti to připomnělo draka?
S: Tou hlavou. Ta tlama tady a ty uši, chlupy.

12) VII - Orientace A - ^

Nějaká paní. Dvě paní naproti sobě. Tady je jedna a na druhé straně sedí druhá.

E:OO
S: Hlava, tělo, vlasy nahoru udělaný.
E: Udělaný?
S: Udělaný vlasy, aby jí stály.
E: Stály?
S: Hm, tak jak to má nahoru tady. Tady má obličej, tělo a sedí na šatech. A tady má ruku ohnout takhle dozadu.
E: Aha, a šaty?
S: No šaty, jakože je má na sobě dané, jako oblečení. Že jdou od krku až dolů.



13) VIII - Orientace A - ^

Dvě červený pandy naproti sobě

E: OO

S: Jedna jde tady a druhá jde tady.

E: Říkáš jde?

S: Ano, jsou v chůzi. A tady mají nohy, tady mají ocas, tady mají hlavu.

14) VIII - Orientace A - ^

Hlava tygra

E: OO

S: Tady oči tygra, uši, tvář a pusa.

E: Čím ti to připomnělo tygra?

S: Těma očima.

E: Tady tím (ukazuje).

15) IX - Orientace A - ^

Prvně mi to připadalo jako kachna

E: OO

S: Tady oči, zobák, nos, hlava bílá nahoru a nozdry.

16) X - Orientace A - ^

Nějakej pán

E: OO

S: Ta zelená je knírek, jako vousy. Červená vlasy, šedá klobouk, žlutá oči.

E: Říkáš teda pán?

S: Jo, tady tak vypadá těma očima, fousama - tím knírkem (ukazuje).

17) X - Orientace A - ^

Nebo nějaká cesta

E: OO

S: Tady je cesta, ta červená jí ohraničuje až k té šedé, tady jsou schody nahoru k tomu..

E: K čemu?

S: K nějaký budově.

E: K budově?

S: K nějaké budově.

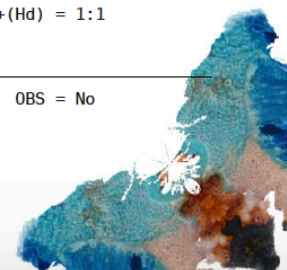


Pozn.

Loc. feat.	Blends	Singles	Contents	Approach
Zf = 9	FMa.FC	M = 1	H = 1	I: Dd W
Zsum = 30.5		FM = 0	(H) = 0	II: D D
Zest = 27.5		m = 0	Hd = 1	III: DdS DdS DdS
Zd = 3		FC = 0	(Hd) = 0	IV: Dd
		CF = 0	Hx = 0	V: W Dd
		C = 0	A = 5	VI: W
W = 4		Cn = 0	(A) = 2	VII: W
D = 4		FC' = 2	Ad = 4	VIII: D D
W+D = 8		C'F = 0	(Ad) = 1	IX: Dd
Dd = 9		C' = 0	An = 1	X: Dd DdS
S = 4		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 = 3	INC = 2 x2 0 x4
o = 14		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 = 2
		rF = 0	Hh = 0	WSum6 = 4
	FQ:	MQ:	W+D:	FD = 0
				F = 13
+ = 0	0	0		Na = 0
o = 5	1	5		Sc = 0
u = 5	0	1		Sx = 0
- = 7	0	2		Xy = 0
none = 0	0	0	(2) = 2	Id = 0
				AB = 0
				GHR = 1
				AG = 1
				PHR = 2
				COP = 0
				MOR = 0
				CP = 0
				PER = 0
				PSV = 1

Ratios, Percentages, and Derivations

CORE			AFFECT			INTERPERSONAL		
R = 17	L = 3.25		FC : CF+C = 1:0			COP = 0	AG = 1	
Ambitent Avoidant			Pure C = 0			GHR : PHR = 1:2		
EB = 1:0.5	EA = 1.5	EBper = No	SumC' : WsumC = 2:0.5			a : p = 1:1		
eb = 1:2	es = 3	D = 0	Afr = 0.42			Food = 0		
	Adjes = 3	AdjD = 0	S (Space) = 4			SumT = 0		
			Blends : R = 1:17			Human cont. = 2		
			CP = 0			Pure H = 1		
FM = 1	SumC' = 2	SumT = 0	Col-shd bl. = 0			PER = 0		
m = 0	SumV = 0	SumY = 0				Isol.index = 0.06		
IDEATION			PROCESSING			SELF-PERCEPTION		
a : p = 1:1			Zf = 9			3r+(2)/R = 0.12		
Ma:Mp = 0:1	XA% = 0.59		W:D:Dd = 4:4:9			Fr+rF = 0		
Intell = 0	WDA% = 0.75		W:M = 4:1			Sum V = 0		
MOR = 0	X-% = 0.41		Zd = 3			FD = 0		
Sum6 = 2	S- = 3		PSV = 1			An+Xy = 1		
WSum6 = 4	P = 3		DQ+ = 3			MOR = 0		
Lv2 = 0	X+% = 0.29		DQv = 0			H: (H)+Hd+ (Hd) = 1:1		
M- = 0	Xu% = 0.29							
M none = 0								
PTI = 2	DEPI = 4	CDI = 4*	SCON = 5	HVI = No	OBS = No			



Vysoká Lambda s hodnotou 3.25 svědčí o vyhýbavém stylu, který může být přechodný nebo představuje trvalejší formu vyrovnávání se s novými situacemi. Protokol I. bude přesto konzervativně interpretován, jelikož pacientka během celého vyšetření projevovala velmi dobrou a adekvátní snahu.

První pozitivní klíčová proměnná je index *CDI* s hodnotou 4. Jedná se o index deficitu zvládat nároky každodenního života, zvláště v sociálních situacích. Podle pravidel Komprehensivního systému bude sedm datových sekcí interpretováno v následujícím pořadí: Centrální, Interpersonální, Sebepercepční, Afektivní, Zpracování dat, Mediační a sekce Ideační.

1) Centrální sekce:

Prvním významným ukazatelem v centrální sekci, která zjišťuje situační stres a impulzivitu, je zmíněný *CDI* index deficitu zvládnání, který byl s hodnotou 4* pozitivní. Takto vysoký ukazatel představuje dlouhodobé problémy zvládat nároky každodenního života, zvláště v sociálních situacích. Představuje také možné dlouhodobé depresivní projevy v reakci na sociální selhání a problémy s kontrolou, protože pacient bývá snadno zahlcen. Tato hodnota poukazuje na menší sociální zdatnost a na náchylnost k zažívání obtíží v mezilidských vztazích, které bývají povrchní. Historie lidí s touto hodnotou bývá poznamenána sociálními zmatky nebo nespokojenostmi s mezilidskými situacemi. Dotyčný se může stahovat ze společenského styku a spokojit se s omezenými, povrchními vztahy. Vztahy spíše vyhledává, ale jeho neobratnost vede k jeho odmítání. Kapacita pacientky pro kontrolu zátěže je tedy limitována.

Hodnota 1.5 ukazatele psychologických zdrojů *EA* prezentuje omezené zdroje pro zvládnání stresu a každodenních problémů, s výjimkou rutinních nebo familiérních situací, což může způsobovat problémy v běžných denních záležitostech. Záleží tedy také na prostředí – ve strukturovaném prostředí mohou zdroje stále ještě dostatečně pokrývat zátěže. Rovněž je u mladších dospívajících a dětí vhodné ho do určité míry relativizovat.

Tato hodnota je velmi nízká a ukazatel není zcela spolehlivý. Nedoporučuje se dále přesně posuzovat kapacitu pro kontrolu na základě hodnot *Adj es*, *eb*, *AdjD* a *D*. Trs pro situační stres a impulzivitu nelze interpretovat.

2) Interpersonální sekce:

Interpersonální sekce představuje interpersonální percepci a chování. Pacientka měla negativní index *HVI*, stejně jako ukazatel *Fd* a neprokázala pasivní interpersonální styl. Nevykazuje tedy neobvyklé rysy, které by mohly ovlivňovat její vnímání druhých nebo způsob interakce s druhými lidmi.

Potřebu blízkosti a ochotu zapojovat se do blízkých emočních vztahů *T* si pacientka uvědomuje a projevuje tyto potřeby odlišným způsobem. Neznamená to ovšem, že tyto potřeby nemá. V interpersonálních situacích je pouze zdrženlivější, více se zabývá osobním prostorem a při tvorbě a udržování blízkých emocionálních vazeb je obezřetnější. Může se také jednat o projev popření potřeby blízkosti.

Pacientka se o druhé lidi zajímá stejně jako většina lidí a pravděpodobně si o nich vytváří úsudek, který je zakotvený v realitě. Do interpersonálních vztahů se ovšem zapojuje chováním, které je méně adaptivní, než by bylo žádoucí.

Ukazatele *Cop* a *AG* ukazuje na nízká očekávání od sociálních interakcí. Pacientka pravděpodobně nečeká, že pozitivní mezilidské interakce jsou běžné. Tato hodnota poukazuje na tendenci cítit se v sociálních situacích nepohodlně a může být vnímána jako odtažitá. Může být schopna zralých a hlubokých vztahů, ale obecně nebývá výrazně společenská, zvláště ve skupinových interakcích.

Indicie pro defenzivnost v sociálních situacích se u pacientky neprojevily.

3) Sekce sebepercepce:

Narcistické osobní rysy se v tomto protokolu pod kódem *Fr*, *OBS* ani *HVI* neprokázaly.

Index egocentritidy $\beta r+(2)/R$ se prokázal podprůměrnými hodnotami. Pacientka se s druhými srovnává negativně a obvykle prožívá nízkou sebeúctu, která může být prekurzorem deprese.

Kapacita pro introspekci *V a FD* se projevila rovněž podprůměrně, což prezentuje nedostatek introspekce. Pacienti s touto hodnotou mají pravděpodobně chudý vhled do vnitřního prožívání nebo problémů. Sebeobraz může být naivní nebo zkreslený.

Zaměření na tělesné nedostatky pod indexy *An* a *Xy* se neprojevily, stejně jako defektní sebeobraz.

Častým projektivním obsahem byl v tomto protokolu drak na II., V. a VI. tabuli, kterému příslušel skór *Agc* za agresivní obsah, přičemž téma II. tabule je právě agresivita. Na kartě III., která hovoří o mezilidských vztazích překvapivě nebyla uvedena žádná odpověď s lidským obsahem. Na kartě VII. hovořící o mateřství pacientka uvedla odpověď s dobrým lidským obsahem a pohybem.

4) Afektivní sekce:

Index depresivity *DEPI* se neprokázal. Copingový styl *EB* se projevil jako ambivalentní a společně s vysokým ukazatelem Λ hovoří o vyhýbavě ambivalentní strategii, během které se pacientka vyhýbá komplexnímu i koncepčnímu myšlení. Je to nejméně adaptivní strategie, při které dochází ke značné redukci podnětů.

Index vytěsňování emocí *WSumC* je indikátorem adekvátního prožívání a projevoování emocí, který v tomto protokolu není naplněn. Emoce jsou excesivně inhibovány s dopadem do bolestného prožívání a dezorganizace. Někdy může rovněž docházet k přenosu energie z potlačených emocí do tělesných projevů v podobě somatizace. Důvodem může být strach ze ztráty kontroly či zmatenost z jejich prožívání.

Afektivní poměr *Afr* poukazuje na tendenci stahovat se od emočně nabitých situací, kterým se snaží vyvarovat. Pacientce je pravděpodobně s emocemi velmi

nepohodlně. Obzvláště u dětí je nízké *Afr* problematické, protože se může vzájemně prolínat s běžnými výměnami, které jsou nezbytné pro zdravý vývoj. Index intelektualizace a barvová projekce je v pásmu průměru.

Pacientka zvládá své emocionální projevy se stejnou kontrolou, jako většina dospělých. Pravděpodobně se nejedná o příliš užitečné vyjádření, ovšem nevyhýbá se příliš ani spontánním projevům. Parametr *CF + C* zobrazuje případy, ve kterých byla pacientka náchylnější uvolnit afektivní stimul a aplikovat méně kognitivní modulace do translace kognitivního pole. Tento parametr pacientka neprokázala.

Index *S* vyznačující mezilidský postoj se s hodnotou 4 řadí mezi velmi vysoké a představuje opozici. Pacientka v sobě zachovává opoziční postoj, který má dopad na sociální postoje a rozhodování. Index může představovat také hněv, který může být projevován rutinně přímým nebo nepřímým způsobem či pasivní agresí.

Psychologická komplexnost *Blends:R* má nízký ukazatel, nicméně děti dávají v tomto indexu menší skóre. Fungování může být poznamenáno určitou nezralostí nebo ochuzením. Může představovat také problémy v chování, pokud je pacientka vystavena komplexním emočním situacím. *Barvově-odstínové blends* je nicméně negativní, tudíž je pacientka neprožívá emoční zmatek.

5) Sekce zpracování dat:

Zmíněná *lambda* je velmi vysoká a jedná se o vyhýbavý styl zpracování informací. Pacientka má základní tendenci zjednodušovat přicházející informace, které jsou komplexní nebo nejednoznačné. Tento styl může být ekonomický například v jednoduchých situacích, ale také může indikovat problémy se zpracováním informací, proto může zvyšovat riziko nepochopení sociálním situacím a činění nezvyklých rozhodnutí.

HVT index negativní, stejně tak index *OBS*. Úsilí věnované zpracování *Zf* je s hodnotou 9 v pásmu průměru, stejně jako *Zd* s průměrným úsilím a kvalitou ve zpracování.

Více k úsilí věnované zpracování ukazuje index ekonomie $W:D:Dd$, který je u neobvyklých detailů s hodnotou devět vysoký. Jedná se o nezvyklé zaměření na malé, nezvyklé nebo nepodstatné detaily. Pacientka může ztratit přehled o základních, důležitých informacích kvůli zaměření na tyto malé části, což může vést ke zkreslenému vnímání a problémům v myšlení.

Další aspirační ukazatel $W:M$ poukazuje na vyšší úsilí ve zpracování a potřebě výkonu. Pacientka vkládá více úsilí do zpracování informací, než může fakticky nebo efektivně zvládnout. Jedná se o přeceňování zdrojů. Pacienti s těmito hodnotami se snaží dosáhnout více, než je z hlediska jejich aktuálních schopností rozumné. Tato tendence může zvyšovat riziko selhání nebo sytit frustraci, nicméně je tento vyšší ukazatel pod 15 let obvyklý.

Pozitivní PSV ukazatel tendence k perseveraci je vyšší. Pacientka má místy potíže s přenášením pozornosti, což může činit zpracování neefektivním.

Distribuce DQ poukazuje na adekvátní kvalitu zpracování informací, ale více ekonomická, než je obvyklé. $DQ+$ se objevila také s integrací bílého prostoru. Přestože tato skutečnost může odrážet dobrou kvalitu zpracování informací, naznačuje také aktivaci vyšší kvality zpracování při aktivaci nějakého negativního či hostilního pohledu na věc.

6) Mediační sekce:

PTI index poukazující na rozsáhlé problémy v přesnosti vnímání a myšlení je negativní. Zvýšená lambda značí vyhubý styl ovšem může zkreslit výsledky interpretace této sekce.

$XA\%$ ukazatel rozšířené přiměřené formy vnímání a ukazatel obvyklé přiměřené formy $WDA\%$ jsou nízké a naznačují mediační poškození. Dysfunkce je více zřejmá v situacích, kde jsou méně zřejmá vodítka pro mediaci.

Proměnná $X\%$ rovněž značí vážnější mediační poškození, zejména v testování reality, které je obvykle spojeno s poruchami adaptace.

Většina FQ - jsou čistá F a společně se zvýšenou λ poukazují na vyhýbavý styl, který není efektivní a je udržován distorzí reality.

Přesnost vnímání ve zřejmých situacích P pacientka není schopna nebo nemá zájem vnímat svět přesně, konvenčně, a to ani v těchto zřejmých situacích, na což poukazuje a potvrzuje také zmíněné $WDA\%$, který se týká mírných problémů s přesností vnímání i v běžných situacích.

$X+\%$ ukazatel přesnosti vnímání je velmi nízký. Pacientka často interpretuje informace nebo situace nezvyklým způsobem a svět vnímá podstatně jinak než většina lidí. Poukazuje také na časté nekonvenční chování.

7) Ideální sekce:

Efektivita je poznamenána vyhýbavým stylem pacientky, která projevila silně zjednodušující myšlení, které je více náchylné k méně sofistikovanému způsobu myšlení. Styl myšlení jako takový je dle $a:p$ indexu nelze interpretovat.

Pacientka nadměrně používá fantazii. Jedná se o tzv. Sněhurčin syndrom dle ukazatele $Ma:Mp$. Je to výrazný styl, při kterém jsou úniky do fantazie běžnou taktikou, jak reagovat na nepřiměřené situace. Zahrnuje vyhýbání se odpovědnosti a rozhodování. Činí pacientku více bezmocnou a náchylnou k manipulaci od druhých, protože tento styl vyžaduje závislost na druhých.

$Wsum6$ ukazatel značí s hodnotou 4 jasné myšlení bez závažných problémů. Přítomný je pouze skóre $Incom$, který může značit problémy rozpoznávat pojmové hranice myšlenek nebo lidí. Myšlenky se mohou občas sbíhat a stávat se zmatenými.

Depresivní či pesimistické myšlení jako takové se pod ukazatelem MOR projevilo jako negativní, bez používání intelektualizace jako obrannou taktikou a rovněž bez neobvyklého způsobu myšlení M - a $Mnone$.

Pacientka se o druhé lidi zajímá stejně jako většina lidí a pravděpodobně si o nich vytváří úsudek, který je zakotvený v realitě. Jejím dominantním osobnostním rysem je zejména zapojování se do interpersonálních vztahů takovým chováním, které je méně adaptivní a je více odlišné od ostatních. Zároveň má nízká očekávání od sociálních interakcí a má tendenci cítit se v nich nepohodlně. Může být schopna zralých a hlubokých vztahů, ale obecně nebývá výrazně společenská, zvláště ve skupinových interakcích. V interpersonálních situacích je zdrženlivější, více se zabývá osobním prostorem a při tvorbě a udržování blízkých emocionálních vazeb je obezřetnější a udržuje si spíše opoziční postoj, který ovlivňuje také její rozhodování. S druhými lidmi se srovnává negativně a obvykle prožívá nízkou sebeúctu, která může být prekurzorem deprese. Emoce jsou tlumeny s dopadem do bolestného prožívání a dezorganizace. Má zároveň chudý vhled do vnitřního prožívání. Pacientka také vykazuje dlouhodobé problémy zvládat nároky každodenního života vlivem omezených psychologických zdrojů, a to zejména ve zmíněných sociálních situacích. Může se potýkat s depresivními projevy v reakci na sociální selhání. Pacientky kapacita pro kontrolu zátěže je limitována. Pacientka má také základní tendenci zjednodušovat přicházející informace, které jsou komplexní nebo nejednoznačné. Projevila ambitentní strategii, během které se vyhýbá komplexnímu i koncepčnímu myšlení. Tento styl může indikovat problémy se zpracováním informací, proto může zvyšovat riziko nepochopení sociálních situacím a činění nezvyklých rozhodnutí. Vykazovala také vyšší úsilí ve zpracování a potřebě výkonu a snažila se dosáhnout více, než je z hlediska jejich aktuálních schopností rozumné. Tato tendence může opět zvyšovat riziko selhání nebo sytit frustraci. Ani ve zřejmých situacích pacientka není schopna nebo nemá zájem vnímat svět konvenčně. Její myšlenky se mohou občas sbíhat a stávat se zmatenými. Pacientka také nadměrně používá úniky do fantazie, čímž reaguje na nepřiměřené situace. Tato strategie zahrnuje vyhýbání se odpovědnosti a rozhodování. Činí pacientku více bezmocnou a náchylnou k manipulaci od druhých, protože tento styl vyžaduje závislost na druhých.

Konstatujeme, že mezi nejvýraznější znaky protokolu patří:

- Vysoká *Lambda*
- Pozitivní *CDI* index deficitu zvládnání
- Nízký ukazatel psychologických zdrojů *EA*
- Nízký ukazatel potřeby blízkosti *T*
- Nízký ukazatel *COP* a zvýšený ukazatel *AG*
- Nízká kapacita pro introspekci *V* a *FD*
- Vysoký index *S* s opozičním mezilidským postojem
- Zaměření na neobvyklé detaily *Dd*
- Vysoký aspirační ukazatel *W:M*
- Nízké ukazatele vnímání *XA%*, *WDA%*, *X-%* a *X+%*
- Nízká proměnná *P* přesnosti vnímání
- Nadměrné užívání fantazie *Mp*
- Častý přítomný *Incom* skór

7.2. Kazuistika 2

Tato kazuistika je 15leté pacientky, která je nyní v deváté třídě základní školy s dobrým prospěchem. V kolektivu je dobře adaptovaná a zcela bez problémů. Chodí také do základní umělecké školy na zpět. Hudebka jí i zde na pobytu dle jejích vlastních slov velmi baví.

Porod probíhal bez komplikací a v dětství pacientka prodělala běžná dětská onemocnění. Měla v devíti letech zlomenou paži při tělocviku na prvním stupni základní škole. Bez známého kontaktu s návykovými látkami.

Matka pacientky, 40let, zaměstnaná jako manažerka prodeje, zdráva. Otec, 44let, pracující jako účetní, zdrav. Pacientka žije s oběma rodiči v rodinném domě a má vlastní pokoj. Vztahy v rodině uvádí jako dobré. Psychiatrická heredita v rodině neudána.

Pacientka byla drobné postavy, upravená, lucidní, orientována všemi směry. Psychomotorické tempo v normě, pomalejší tempo řeči, vázla verbální fluence. Kontakt

včetně očního navazuje dobře. Myšlení logické, odpovědi přiléhavé, slovník přiměřený věku. Emotivně stabilní a po celou dobu ochotně a se zájmem spolupracovala.

Pacientka byla vyšetřena Rorschachovou metodou již podruhé s 3měsíčním odstupem. Vyšetření proběhlo během jejího 3 měsíce pobytu v psychiatrické léčebně Kroměříž ve vyšetřovně. Pacientka byla s metodou obeznámena podle popisu v kapitole 6.2.2. Administrace Rorschachovy metody a před samotným vyšetřením proběhl také krátký rozhovor, který sloužil pro lepší navázání kontaktu, spolupráci a odbourání počátečních nejistot a obav z vyšetření.

Pacientka ochotně spolupracovala a během úvodního rozhovoru sdělila, že byla po 3 měsících hospitalizace poprvé doma na víkend a že se tam moc těšila. Doma se cítí lépe, ale zvládá hospitalizaci dle svých vlastních slov dobře. Hlavní problém nyní vidí v mase. Chce se stát vegetariánkou, ale tady je to pro ni těžší, protože dle svého výživového plánu má maso v jídelníčku zařazené. S matkou je domluvená, že až se uzdraví, nebude ho muset jíst. Další problém stále spatřuje ve vnímání sebe sama. Stále se upíná na snahu mít břišní svaly a vidí to jako svůj jediný směr. Zároveň se ale snaží poznávat, co to je mít normální postavu, a že je občas normální mít nafouklé břicho. Nemá ráda, když se tak cítí, a někdo se na ní dívá. I pohyb jí tu chybí, ale zároveň se bojí, aby ho potom nebylo moc. Kamarádů tu má více než doma. Děti tu více přemýšlí o budoucnosti a jsou více vyspělé. Může se s nimi bavit i o vážnějších tématech, na která doma nereagovaly.

Přichází do Psychiatrické léčebny Kroměříž s diagnózou mentální anorexie F50.0 na žádost dětské psychiatričky, ke které docházela ambulantně od srpna 2019 kvůli rapidnímu úbytku váhy a problémy se stravováním. Jedná se o její první hospitalizaci na psychiatrickém oddělení. Zvracení a projímadla neguje. Pacientka má nyní nařízený klidový režim s výživnou dietou. Její výsledky se zde pomalu postupně zlepšují. Spolupracuje se všemi na oddělení dobře a v kolektivu si našla i kamarády.

Protokol - Protokol II. - f/15

1) I - Orientace A - ^

No, taky mi to připomíná pánev

E: OO

S: (Kýve hlavou, ukazuje prstem, kde to viděla)

E: Čím ti to připomnělo pánev?

S: Hodně tou strukturou.

E: Strukturou?

S: Hm, jakože tvarem.

E: Takže tvarem ti to připomnělo kost?

S: Jo. Možná i díky té barvě. Je to tmavší, tak bývá ultrazvuk takový tmavý.

2) I - Orientace A - ^

Ale když se na to podívám, tady je brouček. Tělíčko, a má nějaké křídla a velké kusadla. A to je asi všechno.

E: OO

S: Křídla jsou vázaný tady s těma zubama a tady nahoře jsou větší zuby. Tady má větší, takový ty klepeta. Takový chroust.

3) II - Orientace A - ^

Mm, trochu jako vrchní část chrupavky.

E: OO

S: Jo.

E: Čím ti to připomnělo chrupavku?

S: Podle hlavně tvaru, protože jsem si to kreslila do sešitu. Hodně tvar a možná i trochu barva, ale spíš struktura.

E: Struktura?

S: Ten tvar, jak je to na sebe naskládáné.

E: Naskládáné?

S: Mm.

4) II - Orientace C - v

Tady tahle část zmenšený motýlek

E: OO

S: To červené, hlavně podle barvy. Motýlci bývají barevní. A hlavně ty větší skvrny díky křídům.

E: Skvrny jako křídla?

S: Jo, tady tyto.

5) II - Orientace A - ^

Tady nějaké nožičky

E: OO

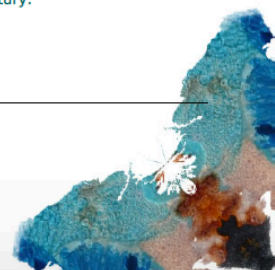
S: Tadyto visící. Hlavně podle odstínu červené. Tady jsou boty a tohle je část té nohy a podle struktury.

E: Struktura je zase tvar?

S: Jo, to světlejší je noha.

E: A říkáš visící?

S: Jo. Na druhé straně sedí nějaká holčička, tak si s nima hraje.

6) III - Orientace A - ^

Mm, jsou dva lidé, jakože naproti sobě. Něco jakože drží. A tady jsou jakože kdyby jejich srdce propojené nebo něco. (ukazuje)

E: OO

S: Ano.

E: A čím ti to připomnělo?

S: Srdce hlavně podle barvy a ty dva mužlíky hlavně podle tvaru, jak stojí a tak dále.

E: Mužíky?

S: Ty postavičky. (ukazuje)

E: Říkáš stojí?

S: Mm. A něco drží, něco těžkého jako nějaký košík.

E: Košík?

S: Jo, tady. (ukazuje)

7) III - Orientace A - ^

A tohle mi připomíná něco jako krev nebo pláč. Taková ta slza, jak bývá.

E: OO

S: Jo, že tady je začátek nebo nějaké to oko nebo poraněná část. A takhle skapá ta krev nebo slza.

E: Skapá?

S: Jako z rány kape kapka krve, prostě padající.

8) III - Orientace A - ^

A to spodní (ukazuje) jako ultrazvuk. Jako když se dívají doktoři.

E: OO

S: Že je to vlastně ultrazvuk nějaké kosti, jak většinou mívá ta kost trochu rovné části a potom je odstoupená jako pánev, tak trochu toho.

E: Odstoupená?

S: Jakože je plochá část. Tady je to trochu do tvaru srdíčka a potom plochá část. (ukazuje)

9) IV - Orientace C - v

Tohle jsou asi nějaká křídla, tady je hlava nějakého brouka nebo tak.

E: OO

S: Hmm.

E: Čím ti to připomnělo brouka?

S: Mm, asi hlavně ta hlava podle tvaru a ty křídla, že jsou takové obří a roztáhlé.

E: Roztáhlé?

S: Jo. Nejsou takové užší, jak bývá třeba pas nebo tak, tak jsou spíše roztáhlé, jako prsty nebo když se někdo rozvaluje.

10) IV - Orientace A - ^

Když to otočím, tak nějaké velké monstrum, které po nás něco flusá, nějakou věc.

E: OO

S: Ta věc tady. Hlavně podle tvaru. A to monstrum je celé tady toto. A to asi díky podle tvaru, že vlastně tady vidím boty, tady nějaké zmenšené ruce a hlavu.

E: A říkáš něco fluše?

S: Jo, věc co fluše - tady ta černá skvrna.

11) V - Orientace A - ^

Netopýra mi to trochu připomíná. To je asi všechno.

E: OO

S: Ano.

E: Čím ti to připomnělo netopýra?

S: Hlavně téma tykadla a asi taky ty křídla (ukazuje). A ty nožičky. Asi spíš vzhledově, tvarově.



12) V - Orientace A - ^

A když se zaměřím pořádně, tak nějaký člověk, který má něco s rukama. Nějaká moc se mu stala, a že je připevněný s těma rukama a nemůže nic dělat.

E: OO

S: Jo. Hlavně podle té hlavy a prostě jak bývají ve filmu ty scény jako z Marvelu, jak mají takové to, že třeba mají něco s rukama.

E: A říkáš nemůže nic dělat?

S: Oni jsou nějaké svázané, jako když má někdo odmotanou ruku, kdyby jí někdo připoutal k židli a nemohl se hýbat.

13) VI - Orientace C - v

Trochu mi to připomíná koberec ze živočichů a jinak jako... asi už nic.

E: OO

S: Ano, jakože jak je třeba ten medvěd, tak to je spíš z kočky nebo z tygra a ta představa je strašná.

E: Čím ti to připomnělo koberec?

S: Tvarově a jak je to odstínované. Tygr má taky tmavší a světlejší části.

14) VII - Orientace A - ^

Připomíná mi to takovou kostičku nějakou.

E: OO

S: Jo, jako kost, její část, možná trochu žebra (ukazuje rukou).

15) VII - Orientace A - ^

A tady je nějaký delfín, který je přivázaný na nějakém stole nebo tak. A tady je nějaká žena nebo postava, která se ukrývá za níma (ukazuje).

E: OO

S: Myslela jsem slony. Ta tmavá skvrna je postava, sloni podle tvaru. Ta osoba asi podle toho že je nejtmaší.

E: A říkáš přivázaný?

S: Přivázaný vlastně k tomu.. nechtěla jsem říct přivázaný, ale jak se stíhají keře podle předlohy, tak se dá říct, že ten slon na něčem drží. Jako přivázaný. A za tím se schovává postava.

E: Schovává?

S: Jo.

16) VIII - Orientace C - v

Tohle mi připomíná chameleony, kteří se opírají o nějaké ruce, nebo je drží nějaká postava, která má strašně dlouhatánské ruce.

E: OO

S: Chameleoni hlavně podle tvaru a barvy.

E: Barvy?

S: Že je to červené. Ty ruce jsou hlavně tady, hlavně podle tvaru, jak máme oddělené prsty. A tady podle nohou nějaké osoby, hlava a ruce (ukazuje).

E: Říkáš opírají?

S: Jo.

17) VIII - Orientace C - v

A tohle mi připomíná kytičku s lístkama.

E: OO

S: Hlavně podle barvy, tady je květ, a tady má lístky a tady kořeny.



18) IX - Orientace C - v

Tohle mi připomíná ze starší doby šaty, co nosily princezny.

E: OO

S: Tady máme rukávky to růžové, potom je jedna vrchní část těch šatů a tady je spodek. Hlavně podle barvy a asi i trochu podle tvaru.

E: Ze starší doby?

S: Jo, jsme se třeba v dějepisu učili. V Baroku, měli podobný styl. Tak mi to připomnělo.

19) IX - Orientace A - ^

A takhle mi to připomíná jakože trochu kořeny z kytky, potom nějaký lístek a nějaká květina, která roste.

E: OO

S: Dalo by se říct nějaký kořen. Tady hlavně podle barvy lístky a tady rozkvetlá květina, jakože květina, převážně hlavně podle barev. Opět může být barevný a listy a stonk zelený.

20) X - Orientace C - v

Tohle mi zase připomíná nějakou tu kůstku.

E: OO

S: To šedé, podle tvaru.

21) X - Orientace A - ^

Nebo postavu, která má nějaké křídla, jako kdyby chtěla odletět.

E: OO

S: Jo. A potom jsem si všimla že má dlouhatánské nohy, křídla a culičky (ukazuje). Hlavičku s dlouhýma nohama a dlouhé křídla.

22) X - Orientace A - ^

Tohle jako sloučeniny ledvín a nějaké jejich cévy.

E: OO

S: Jo, to je tady toto. Hlavně podle barvy, že je to růžová, taky strukturou jakože ledviny, (ukazuje obě dvě strany), spojení tady (tmavší růžová) díky té barvě.

E: Spojení?

S: Jakože ty ledviny jsou spojené s něčím, vedou do něčeho.

23) X - Orientace A - ^

Tady je nějaká ženská postava, která sedí na láně.

E: OO

S: To velké zelené je lán a tady sedí ta postava. (ukazuje) Vypadá, jakože je zamyšlená a nad něčím přemýšlí.

E: Zamyšlená?

S: Jo.

E: Čím ti to připomnělo tyhle věci?

S: Hlavně ten lán tou barvou a ta žena prostě jak jsou tady ty nožičky. Takže hlavně tvarem.

24) X - Orientace A - ^

Tady je nějaké prazvláštní monstrum, které chce ublížit.

E: OO

S: Tady toto (ukazuje modré na bocích). V příšerkách S.R.O. je jedna, co mi to připomněla.

E: Čím ti jí připomněla?

S: Tím tvarem.

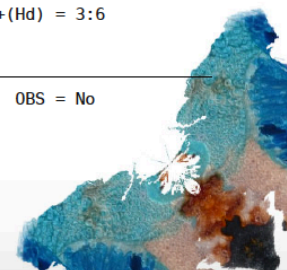


Pozn.

Loc. feat.	Blends	Singles	Contents	Approach
Zf = 14	Mp.CF	M = 5	H = 3	I: Dd W
Zsum = 45	mp.CF	FM = 0	(H) = 4	II: Dd D D
Zest = 45.5	Mp.FV	m = 0	Hd = 2	III: D D D
Zd = -0.5	Mp.FC	FC = 1	(Hd) = 0	IV: Dd W
	mp.CF	CF = 2	Hx = 0	V: W Dd
	C.YF	C = 0	A = 6	VI: W
W = 8	Mp.CF	Cn = 0	(A) = 0	VII: W W
D = 12		FC' = 1	Ad = 1	VIII: D D
W+D = 20		C'F = 0	(Ad) = 0	IX: W W
Dd = 4		C' = 0	An = 6	X: D D D D D
S = 0		FT = 0	Art = 0	
		TF = 0	Ay = 1	Special Scores
		T = 0	Bl = 1	Lvl1 Lvl2
DQ		FV = 0	Bt = 3	DV = 3 x1 1 x2
+ = 7		VF = 0	Cg = 3	INC = 0 x2 0 x4
o = 12		V = 0	Cl = 0	DR = 0 x3 0 x6
v/+ = 0		FY = 0	Ex = 0	FAB = 3 x4 2 x7
v = 5		YF = 1	Fd = 0	ALOG = 0 x5
		Y = 0	Fi = 0	CONT = 0 x7
		Fr = 0	Ge = 0	Sum6 = 9
		rF = 0	Hh = 4	WSum6 = 31
	FQ:	MQ:	W+D:	FD = 0
+ = 0	0	0	0	F = 7
o = 8	1	8		Na = 0
u = 8	4	6		Sc = 0
- = 8	4	6		Sx = 0
none = 0	0	0	(2) = 4	Xy = 1
				Id = 1
				AB = 0 GHR = 4
				AG = 1 PHR = 6
				COP = 1 MOR = 1
				CP = 0 PER = 0
				PSV = 3

Ratios, Percentages, and Derivations

CORE			AFFECT		INTERPERSONAL
R = 24	L = 0.41		FC : CF+C = 2:7		COP = 1 AG = 1
Ambitent			Pure C = 1		GHR : PHR = 4:6
EB = 9:8.5	EA = 17.5	EBper = No	SumC':WsumC = 1:8.5		a : p = 3:8
eb = 2:4	es = 6	D = +4	Afr = 0.6		Food = 0
	Adjes = 4	AdjD = +5	S (Space) = 0		SumT = 0
			Blends : R = 7:24		Human cont. = 9
			CP = 0		Pure H = 3
FM = 0	SumC' = 1	SumT = 0	Col-shd bl. = 1		PER = 0
m = 2	SumV = 1	SumY = 2			Isol.index = 0.13
IDEATION	MEDIATION		PROCESSING		SELF-PERCEPTION
a : p = 3:8	XA% = 0.67		Zf = 14		3r+(2)/R = 0.17
Ma:Mp = 3:6	WDA% = 0.7		W:D:Dd = 8:12:4		Fr+rF = 0
Intell = 1	X-% = 0.33		W:M = 8:9		Sum V = 1
MOR = 1	S- =		Zd = -0.5		FD = 0
Sum6 = 9	P = 4		PSV = 3		An+Xy = 7
WSum6 = 31	X+% = 0.33		DQ+ = 7		MOR = 1
Lv2 = 3	Xu% = 0.33		DQv = 5		H: (H)+Hd+(Hd) = 3:6
M- = 4					
M none = 0					
PTI = 5*	DEPI = 5*	CDI = 2	SCON = 4	HVI = Yes	OBS = No



Protokol II. je validní. Úroveň Lambdy je optimální, stejně jako počet odpovědí na tabule.

První pozitivní klíčová proměnná je index *PTI* s hodnotou 5. Jedná se o index percepce myšlení. Podle pravidel Komprehensivního systému bude sedm datových sekcí interpretováno v následujícím pořadí: sekce Zpracování dat, Mediační, Ideační, Centrální, Afektivní, Sebepercepční a sekce Interpersonální.

1) Zpracování dat:

HVI index se prokázal pozitivní a značí hypervigilantní přístup k přijímání informací, který se objevuje relativně vzácně. Jedná se o chronicky ostražitý postoj v důsledku nedůvěřivého pohledu na prostředí, který může být až paranoidní. Tato skutečnost vede k nezvyklému zájmu o detaily, v důsledku čehož se ztrácí širší obraz, a to dále vede k problémům při interpretaci informací. Značí také investování velké energie do skenování okolního světa a zpracovávání informací, a především snahu o včasné zjištění a předejití potenciálních hrozeb. V pozitivním slova smyslu tento index ovšem značí mimořádné úsilí ve zpracování. *OBS* index obsedantního stylu je negativní.

Copingový styl *EB* se projevil jako ambivalentní. Pacientka si netvoří konzistentní přístup k řešení problémů. Emoce někdy silně ovlivňují rozhodování, ale jindy hrají pouze okrajovou roli.

Zf ukazatel s počtem 14 značí vysoké úsilí věnované zpracovávání příchozích informací. To potvrzuje i skutečnost, že pacientka byla i při úvodním rozhovoru velmi otevřená a ochotná spolupracovat. *Zf* může být dále spojeno také s potřebami výkonu či perfekcionismem.

Poměr *W:D:Dd* značí zmíněné nezvyklé zaměření na malé, nezvyklé nebo nepodstatné detaily, které může vést ke zkreslenému vnímání a problémům v myšlení. Společně s pozitivním *HVI* indexem značí nedůvěřivost pacientky se snahou minimalizovat riziko nejednoznačnosti. Pacientka hledá ohrožení v prostoru.

Hodnota $W:M$ vypovídá o velmi opatrném, konzervativním definování cílů i s ohledem na zvýšené Zf . Hodnota Zd značí úsilí a kvalitu zpracování je v pásmu průměru.

Tendence k perseverace PSV byla v tomto protokolu velmi vysoká a značí výrazné potíže v přenášení pozornosti. U dětí je ovšem obvyklejší a častější než u dospělých. Na tuto problematiku rovněž poukazuje vyšší DQv , jako na příliš zjednodušenou a rozptýlenou formu kognitivního fungování. Kvalita zpracování informací je obvykle standardní, ale čas od času má pacientka sklony zpracovávat informace méně zralým způsobem, což je u dětí a adolescentů také ještě relativně běžný jev.

2) Mediační sekce:

V této sekci se dostáváme ke výše zmíněnému vysokému PTI indexu percepce myšlení. Takto vysoká hodnota 5^* prezentuje výrazné problémy v přesnosti vnímání a myšlení.

Nízké $XA\%$ a $WDA\%$ potvrzuje skutečnost, že přesné vnímání může skutečně chvílemi slábnout. Tato dysfunkce je u pacientky globální a týká se i obvyklých a zřejmých podnětů. Nízké $FQ+$ rovněž poukázalo na mediační dysfunkci.

Vysoká hodnota $X-\%$ poukazuje na závažné poškození mediace a testování reality, které je obvykle spojeno s poruchami adaptace.

Zvýšené $FQ-$ poukázalo na mediační zaujetí specifických obsahů, a to zejména anatomických. Vysoký počet těchto odpovědí hovoří o narušení kognitivních operací a o neadaptivním chování.

Populárních odpovědí uvedla pacientka nízký počet, což opět poukazuje na nekonvenční vnímání světa, a to ani ve zřejmých, dobře definovaných situacích.

Ukazatel $X+\%$ s velmi nízkou hodnotou 0.33 poukazuje na nezvyklou interpretaci informací a situací oproti zbytku populace. Značí tudíž časté nekonvenční chování, které je způsobené mediační dysfunkcí a problémy v testování reality.

3) Ideační sekce:

Copingový styl *EB* se projevil jako ambivalentní. Pacientka používá obě strategie – extratenzivní i introverzivní, které jsou obtížně předvídatelné. *HVT* index je pozitivní a značí hypervigilantní přístup k přijímání informací. Ukazatel *a:p* poukazuje na silně fixované myšlení, při kterém je obtížné změnit kognitivní strategie.

FM+m je nízké a značí vyhýbavý styl. Pacientka reaguje rychle, aby odstranila napětí, které působí periferní aktivita. Zbrkle formulované odpovědi nejsou dobře promyšlené, a proto je tento styl neefektivní.

Pacientka také nadměrně používá fantazii, zejména k překonání stresových situací. Jedná se o tzv. Sněhurčin syndrom dle ukazatele *Ma:Mp*. Je to výrazný styl, při kterém jsou úniky do fantazie běžnou taktikou, jak reagovat na nepřiměřené situace. Zahrnuje vyhýbání se odpovědnosti a rozhodování. Činí pacientku více bezmocnou a náchylnou k manipulaci od druhých, protože tento styl vyžaduje závislost na druhých.

Index intelektualizace je v pásmu průměru a nenaznačuje nadměrné využívání obranných procesů, které by redukovaly dopad emocionálních zážitků a situací.

Další ukazatel myšlení *Wsum6* je s hodnotou 31 velice vysoký a ukazuje na velmi vážné narušení myšlení. Tento ukazatel je doprovázený také *Level 2* skóry a *DV* skóry. Myšlení bývá dezorganizované, nekonzistentní a často poznamenané velmi chybnými úsudky. Bizarní myšlenky nejsou výjimkou a pacientka může mít potíže se efektivně vyrovnávat s každodenním životem. V extrémních případech mohou nastat také potíže s odlišováním sebe od okolního světa a realitu od vlastních myšlenek. *DV* poukazuje spíše na špatný výběr slov nebo na problémy s nalezením správného výrazu, se kterými jsme se v protokolu setkali.

Ukazatel *M-* je vysoký a značí neobvyklé způsoby myšlení, které může vést k utkvělým myšlenkám a nejasnému myšlení. Značí také sníženou schopnost empatie a selhávání ve schopnosti mentalizace.

4) Centrální sekce:

Index deficitu zvládání *CDI* je negativní a *Adj D* poukazuje na pevnější toleranci vůči stresu a větší kapacitu pro volní kontrolu. Dle ukazatele *Adj es* může tato proměnná ovšem mírně nadhodnocovat kapacitu pacientky zátěž zvládat.

Psychologické zdroje *EA* jsou velmi vysoké a značí nadprůměrné zdroje pro zvládání. Znamenají silný pocit kontroly a schopnost tolerovat stres.

Ukazatel *eb* značí zažívání jistého distresu, nicméně všechny proměnné *FM*, *m*, *Y*, *C*; *V* a *T* jsou v pásmu průměru.

Pacientka prožívala situační stres, který byl v mírném pásmu. Tento situační stres u pacientky ovlivňoval její myšlení i emoce, ale stále ho zvládala. Pacientka vykazovala pouze lehký emoční zmatek a stres jako takový u ní vedl ke zvyšování psychické komplexnosti a organizovanosti.

5) Afektní sekce:

Index depresivity *DEPI 5** je zvýšený. Představuje s touto hodnotou časté narušení nálad a může znamenat potenciál pro emoční poruchy, přestože nejsou přítomny jasné depresivní epizody. Společně s nízkým *CDI* poukazuje na prožívání dysforických pocitů, tísně či deprese, které mohou být zneschopňující. Emoce jsou pro pacientku při zvládání a rozhodování důležitým prvkem.

Negativní emoce pacientka prožívá i s tělesnými dopady. Emoce jako takové ovšem nevytěsňuje a index intelektualizace je rovněž negativní.

Afektivní poměr *Afr* je průměrný. Pacientka nemá tendenci tíhnout ani se stahovat od emočně nabitých situací a je ochotná účastnit se emoční výměny stejně jako většina populace.

Poměr tvarů a barev *FC:CF+C* značí náchylnost k otevřenému, jasnému a spontánnímu projevu emocí. V extrému se mohou tyto projevy jevit mimo kontrolu, což potvrzuje zvýšená proměnná *C*. U dětí je to ovšem běžnější než u dospělých. Sníženou modulaci afektů podporuje barvová odpověď *C* ve spojení s anatomickým obsahem.

Pacientka ovšem nevykazuje zmatení emocemi s průměrnou hodnotou *Blends* a *Barvově-odstínové Blends*. Nízké *S* rovněž vyvrací opoziční či negativistický mezilidský postoj.

6) Sekce sebepercepce:

Pacientka se s pozitivním *HVT* indexem zaměřuje na vlastní zranitelnost, pocity ohrožení a udržení bezpečí své osobní integrity. Selhání připisuje vnějším událostem. Narcistické osobnosti rysy *Fr* mají nulovou hodnotu, tedy se neprokázaly.

Index egocentritidy $3r+(2)/R$ je velmi nízký a pacientka se tak může s druhými srovnávat negativně. Obvykle značí nízkou sebeúctu, která může být prekurzorem deprese. Pacientka sama sobě nevěnuje pozornost nebo se jí vyhýbá.

Na tuto problematiku poukazuje dále kapacita pro introspekci *Sum V* a *FD*. Zvýšené *V* značí nezvyklou, negativní až bolestivou introspekci. Sebezaměření má zřejmě stísněující kvalitu a je prekurzorem deprese. Tento ukazatel bývá také někdy doprovodem kritické životní situace.

Pacientka je velmi silně zaměřena na tělesné nedostatky, o čem svědčí proměnné *An+Xy* s hodnotou 7. Nahlíží na sebe jako na fyzicky neadekvátní. Ukazatel *MOR* je v průměru a nepoukazuje na více poškozený či defektní sebeobraz.

Sebeobraz je založen více na fantazii než na realitě pod hodnotami $H:(H)+Hd+(Hd)$. Pacientka má problémy s přizpůsobováním sebeobrazu podle zpětné vazby od druhých, takže může mít velmi zkreslený sebeobraz a také obtížně měnitelný.

Častým projektivní obsahem byly v tomto protokolu odpovědi s anatomických obsahem na tabuli I., II., VII. a X., přičemž zaměření na tělo je pro mentální anorexii typické. Častý byl v tomto protokolu také výskyt morbidních a agresivních odpovědí. Na tabuli III. hovořící o mezilidských vztazích pacientka podala typicky lidské odpovědi, ale také odpověď obsahující krev a rentgen, který značí opět zaměření na sebe sama. Na desáté tabuli hovořící o vidění světa pacientka podala další odpověď s anatomickým a také agresivním obsahem.

7) Interpersonální sekce:

Sociální dovednosti pacientky nejsou limitovány při negativním *CDI* indexu. Pozitivní *HVT* index značí absenci pocitu komfortu a bezpečí ve vztazích a snížený zájem o intimitu s druhými. Značí také obezřetnost a podezřívavost vůči druhým lidem. Nezvyklé závislé potřeby a chování *Fd* nevykazuje, stejně jako pasivní interpersonální styl.

Potřeba blízkosti jako taková se pod proměnnou *T* jeví jako nízká. Pacientka potřeby blízkosti nemá či je zažívá nezvyklými způsoby. Je také velmi konzervativní v blízkých interpersonálních situacích.

Pacientčin Lidský obsah v protokolu poukazuje na vysoký zájem o lidi, ale dostatečně jim nerozumí. Jedná se o projev nedůvěry vůči druhým lidem nebo bránění se. Typické je také nerealistické očekávání od druhých lidí a sociální omyly.

Do sociálních vztahů se zapojuje méně adaptivním chováním, než je žádoucí, což potvrzuje další ukazatel *GHR* a *PHR*. Očekávání od sociálních interakcí *COP* a *AG* má pacientka nicméně pozitivní a má zájem se na nich podílet.

Defenzivní sociální styl *PER* je negativní a index *Isol/R* značící sociální izolaci je v pásmu průměru.

Schopnost správně percipovat druhé a schopnost vytvořit si reálný dojem z druhých lidí a sociálních situací má pacientka deformované.

Dominantním osobnostním rysem pacientky je v první řadě hypervigilantní přístup k přijímání informací. Udržuje ostražitý postoj v důsledku nedůvěřivého pohledu na prostředí a ve vztazích se necítí komfortně ani v bezpečí. Tato skutečnost vede k nezvyklému zájmu o detaily, v důsledku čehož se ztrácí širší obraz a správnou interpretaci informací. Vykázala také velké investování energie do skenování okolního světa a zpracovávání informací, a především snahu o včasné zjištění a předejití potenciálních hrozeb. Pacientka si netvoří konzistentní přístup k řešení problémů. Emoce někdy silně ovlivňují rozhodování, ale jindy hrají pouze okrajovou roli. Má výrazné problémy v přesnosti vnímání a myšlení, a to i při obvyklých a zřejmých situacích a

podnětech. Pacientka má nekonvenční vnímání světa a nezvyklou interpretaci informací a situací oproti zbytku populace. Poškozené má rovněž testování reality, které je obvykle spojeno s poruchami adaptace. Toto myšlení je silně fixované a je obtížné změnit kognitivní strategie. Pacientka projevuje vyhýbavý styl a jejích rychlé reakce jsou snahou o rychlé odstranění napětí, vykazala ovšem také relativně vysokou toleranci vůči stresu. Dále nadměrně používá fantazii, zejména k překonání stresových situací. Úniky do fantazie jsou běžnou taktikou, jak reagovat na nepřiměřené situace. Myšlení bývá dezorganizované, nekonzistentní a často poznamenané velmi chybnými úsudky způsobující potíže se efektivně vyrovnávat s každodenním životem. Značí také sníženou schopnost empatie a selhávání ve schopnosti mentalizace. Prožívá rovněž časté narušení nálad, což může značit potenciál pro emoční poruchy. Prožívá dysforické pocity, tíseň či deprese, které mohou být zneschopňující. Negativní emoce prožívá i s tělesnými dopady. Pacientka nemá tendenci tíhnout ani se stahovat od emočně nabitých situací a je ochotná účastnit se emoční výměny stejně jako většina populace. O lidi má zájem a má rovněž pozitivní očekávání od sociálních situací, ale dostatečně jim nerozumí. Typické jsou také nerealistická očekávání od druhých lidí a sociální omyly. Do sociálních vztahů se zapojuje méně adaptivním chováním, než je žádoucí. S druhými lidmi se srovnává negativně a je velmi silně zaměřena na své tělesné nedostatky. Prožívá nízkou sebeúctu a negativní až bolestivou introspekci. Její sebeobraz je ovšem založen více na fantazii než na realitě. Pacientka má také problémy s přizpůsobováním sebeobrazu podle zpětné vazby od druhých.

Konstatujeme, že mezi nejvýraznější znaky protokolu patří:

- Vysoký index *PTI*
- Pozitivní *HVI* index
- Ambivalentní copingový styl *EB*
- Vysoký ukazatel úsilí ve zpracování *Zf*
- Zvýšený index depresivity *DEPI*
- Nízký ukazatel *XA%*, *WDA%*, *X+% a FQ+*
- Nízký počet *P*

- Vysoká tendence k perseveraci *PSV*
- Nezvyklé zaměření na malé detaily *Dd*
- Nadměrné užívání fantazie *Mp*
- Nízká potřeba blízkosti *T*
- Vysoké zaměření na tělesné nedostatky *An+Xy*
- Vysoký ukazatel *EA* a *AdjD* psychologických zdrojů a tolerance vůči stresu
- Náchylnost k otevřenému a spontánnímu projevu emocí *FC:CF+C*
- Zvýšený ukazatel *M*- neobvyklých způsobů myšlení
- Vysoký ukazatel *Wsum6* značící vážné narušení myšlení

7.3. Kazuistika 3

Kazuistika číslo 3 je 17leté pacientky, která nyní dochází druhým rokem na střední pedagogickou školu, kde bydlí na internátě. V mateřské, základní i na střední škole do kolektivu adaptována bez obtíží. Znamky má dobré, pouze se jevíly občasné potíže v matematice. Pacientce byla diagnostikována dyskalkulie v prvním ročníku střední školy. Kamarádky a partu má, ale uvádí, že i když se začlenit umí, je radši sama. Ráda chodí zpívat do sboru a hraje na klavír v základní umělecké škole.

Těhotenství a porod probíhal u pacientky bez obtíží, psychomotorický vývoj mírně pomalejší, zejména chůze až v 15 měsících. Prodělala běžná dětská onemocnění. Logopedie jednorázově. Hospitalizace v 8 letech pro poruchu růstu, bez nalezené příčiny. Pacientka nesměla aktivně sportovat do první menstruace, poté začala cvičit příliš. Fraktura nosu v 6 letech. V roce 2018 na neurologii kvůli tikům – mrkání. Vyšetřena EEG, MR bez nálezu, postupně odeznělo. Pacientka má dále oční krátkozrakost – dioptrie na obou očích. V prosinci roku 2019 hospitalizována pro úbytek váhy. Spánek narušen, přijde jí, že nemůže spát, někdy si ale dá večer kávu. Abúsus neguje. První menarche ve 12,5 letech, nyní amenorhea 2,5 roku v důsledku podváhy.

Pacientka bydlí s oběma rodiči a mladší sestrou v rodinném domě, kde má svůj vlastní pokoj. Matka, 41let, zdravotní sestra, chronická cystitid a časté pyelonefritidy. V náročných situacích užívala antidepresiva, jinak zdráva. Sestra matky psychické potíže

po smrti jejich matky. Otec, 43let, střední odborné učiliště nástrojař, zdrav. Ve 49 letech prodělal mrtvici. Sestra otce rovněž psychické potíže po smrti jejich matky. Rodiče spolu žijí 22 let harmonickým vztahem s občasným náročným období. Pacientka má mladší sestru, 14let, chodí na základní školu, zdráva. Vychází spolu dobře. Vztah k matce hodnotí ambivalentně. Uvádí, že jí doma pomáhá s učením, chodí s ní na výlety a na procházky, ale také na ní doma nejvíc křičí a trestá ji. Otec je na ni hrubý a její chyby jí vytýká. Velmi pozitivní vztah má k babičce, která je jí vždy oporou a hodně jí chválí a také se sestrou.

Pacientka byla drobné postavy, upravená, lucidní a všemi směry orientována, přijata na doporučení psychiatricky pro poruchy příjmu potravy. Spolupracovala velmi dobře a kontakt včetně očního navazovala. Řeč byla plynulá, slovník přiměřený věku, myšlení bylo logické a její odpovědi přiléhavé. Emotivita byla stabilní, psychomotorické tempo v normě.

Pacientka byla vyšetřena Rorschachovou metodou rovněž poprvé. Vyšetření proběhlo během jejího prvního měsíce pobytu v psychiatrické nemocnici Liberec ve vyšetřovně. Pacientka byla s metodou obeznámena podle popisu v kapitole 6.2.2. Administrace Rorschachovy metody a před samotným vyšetřením také proběhl krátký rozhovor.

Přichází do Psychiatrické nemocnice Liberec s diagnózou mentální anorexie F50.0. Její stav vygradoval omdlením ve vlaku. Při příjmu na pediatrii vážila pouze 36.6 kg při výšce 151 cm. Nyní se snaží režim dodržovat, jíst a necvičit. Uvádí, že má stále pocity viny při jídle ale zároveň radost, že se jí daří danou porci sníst.

Rodiče uvádí, že byla vždy velmi drobná a že jsou zároveň všichni v rodině velmi sportovně aktivní. Už ve školce odmítala určité potraviny. Doma jedla docela dobře a jídlo neodmítala, ale v porovnání se starší sestrou jedla vždy méně a hodně si hlídala bílkoviny ve formě proteinových nápojů a tyčinek. Doma měli pravidelný jídelní režim.

Od dětství byla zařazena do výkonové skupiny mažorettek, hrála také tenis. Začala také chodit na Gladiátor běh, kde se jí dařilo a velmi ji to nadchlo. V 9. třídě začaly její kamarádky hubnout, ovšem ze 60 kg, a ona se také začala více hlídat a nerada viděla svou váhu. Začala navštěvovat anorektické stránky, polykat kostky ledu a další strategie vedoucí k hubnutí. V té době začala být trendy zdravá strava a všechny kamarádky si začaly hlídat

stravu, nosit ke svačině zeleninu a celozrnné pečivo. Jedna kamarádka jí také řekla, že je oplácaná. Byla schopná sníst i hamburger, ale hned se cítila nervózní, že to musí vycvičit. Matka jí vždy říkala, že když bude jíst hodně sladkého, bude tlustá. Zvracení negovala. Při tom všem začala sportovat také mimo tyto zájmové aktivity, chodila běhat ráno 15 km, potom měla malý oběd a šla odpoledne ještě s otcem na kolo na 30 km výlet. V posilovně, jak sama uvádí, to hodně přeháněla a soustředila se na vyrýsované břicho. Doma časem přestala jíst, začala být na rodiče hrubá a kritická ke složení doma připravovaného jídla. Vše převažovala, počítala kalorie, jedla maximálně vločky namočené ve vodě a přes den nakrájenou proteinovou tyčinku.

Pacientka uvedla, že si přišla vždy trošku přibraná a že by měla zhubnout. Děsilo ji, že by měla přibrat, ale cítila také, že má horší a více podrážděnou náladu v důsledku podváhy. Uvědomuje si, že byl její stav před hospitalizací velmi špatný, a to psychický i fyzický. Nejvíc ji vyděsilo, když jí při příjmu řekli, že prakticky umírá. Nyní svou léčbu vnímá jako velmi náročnou, ale říká, že se hodně snaží. O víkendu půjde s maminkou do kina, pokud přibere další kilo váhy a sama říká, že je to pro ni velká motivace. Na víkend domů se velmi těší, jelikož by to byl za dobu pobytu v léčebně její první víkend doma. Rodiče za ní ovšem pravidelně jezdí na návštěvy, což jí velmi těší. Uvádí také, že když dostane antidepresiva, nemá potom výčitky po jídle a prožívá menší stres. Do budoucna by si přála jít studovat tělovýchovu a proslavit se jako Bikini fitness.

Protokol

1) I - Orientace A - ^

Nějaký zlej drak.

E: OO

S: Tady má oči, tady nos, bílá tady dole jsou zuby. Tady má uši, a tvář. (Popsán celek)

E: Říkala jsi zlej drak?

S: Jo. Hrozně se to tak na mě už od začátku mračilo. Jako něco na způsob "chci tě zabít".

E: Mračilo?

S: Jo, tak škodolibě. Prostě jak má ty zuby a tak.

2) I - Orientace A - ^

Motýl.

E: OO

S: Tak toho tam teda už vůbec nevidím.

E: Tak se na to zkus chvíli v klidu podívat a třeba si vzpomeneš.

S: Jo už vím! Tady takhle. Tady jsou horní křídla (ukazuje bílý střed), tady jsou dolní křídla (tmavé části dole) a tady je tělo (čára střed).

E: Čím ti to připomnělo motýla?

S: No prostě, že tady jsou ty křídla, tady spodní a tady ta čára je jako tělo.

3) I - Orientace A - ^

Chroust. Nebo takovej ten brouk roháč.

E: OO

S: Tady má křídla rozletělá, tady tělo, tady kusadla, obličej, křídla a tělo.

E: Rozletělá?

S: Jo, má je roztažené, jako když letí.

4) I - Orientace A - ^

A sršeň.

E: OO

S: Jo. Tohle jsou jako oči sršně, tady zase nějaká kusadla, křídla, tělo. A ostrý žihadlo a varovný fleky (bílá), co mají ti sršni. Jako "dejte si na mě pozor".

5) II - Orientace A - ^

Nějaká žena, co se modlí.

E: OO

S: Tady jsou oči, obočí, nos a pusa. To červený je tvář, takhle mají ruce naproti sobě, jedna a druhá ruka. Tady kleč. To je koleno. Mají na sobě kapuci nějakou.

E: Ony? Jsou dvě?

S: Jo, jsou naproti sobě.

6) II - Orientace A - ^

Nevím, jestli to není blbý, když to řeknu, ale připomíná mi to menstruační cyklus.

E: OO

S: Jo. No, nevím, jak se jmenují všechny ty orgány. Tady je močový měchýř, tady je krev, jakože jde dolů už prostě. Tady to červené jsou vaječníky.



E: Krev jde dolů?

S: Jo.

7) II - Orientace A - ^

Zajíce s krvavými ušima.

E: OO

S: Jo. Obličej tady, tadydlen krvavý uši.

E: Krvavý?

S: Teda červený, no to je jedno, Prostě krvavý.

8) III - Orientace A - ^

Zase dva lidi, kteří sedí naproti sobě a pijí čaj.

E: OO

S: Takhle je tvář, nos, ruce. Tady to červený jsou ty čaje, jako hrnečky. Takhle mají nohy, tady boty a tady to je sedátko, na tom sedí. Dole je noha od té židle.

E: Říkáš červený?

S: Jo, je to červený.

9) III - Orientace A - ^

Motýl ve skalách.

E: OO

S: Jo, tady má ty křídla a tohle jsou ty skály. Tady obličej je zbytek skály. Tady zem. Mně to totiž připomnělo - u nás jsou skály Pan a Paní Starostovi. Oni jsou spojený, ale tady mi to připomnělo. Vypadá to skoro stejně.

E: A říkáš jsi motýl?

S: Jo, tady. Tady má ty křídla jako motýl.

10) III - Orientace A - ^

A nějaká zlá šelma.

E: OO

S: Jo. Tak tohle je jakoby nos té šelmy, ta čárka jak maj v prostředku, ta čelist takhle tady, oči tady, a tady to uši (Dd32). Jen to vlastně jen to černé. Kouká takhle zepředu přímo.

E: Ty jsi říkáš zlá?

S: Jo. Přijde mi, že je zlá.

11) IV - Orientace A - ^

Nějaký zlý netvor, který má ostrý drápy. Je to nějaký ztělesnění temna, nebo něco špatného.

E: OO

S: Jo. Tady je nos, hlava. Kouká zepředu. Tady má drápy dlouhý, dolů. Tohle je jeho plášť a velký nohy prostě. Tohle je ocas.

E: Kouká zepředu?

S: Jako čelem ke mně.

E: Ostrý drápy?

S: Jo, protože na té noze tady je dráp. Vypadá ostrý.

E: A něco špatného?

S: Je to černý, má to ty klepeta a plášť a ocas, tak to je jako ono.

12) V - Orientace A - ^

Můra.

E: OO



S: Takhle má tykadla, hlavu, takhle ty křídla a to je zbytek tělíčka. S nějakýma růžkama dole. Asi jsou součástí toho ocasu.

13) V - Orientace A - ^

Netopýr.

E: OO

S: To je - takhle visí dolů. To je jeho hlava, tykadla, nebo jak to mám říct. Tohle zase jeho křídla a nožičky, co visí.

E: Visí?

S: Jo, jako netopýr prostě.

14) V - Orientace A - ^

Krokodýlové se zabodnutým nožem v zádech.

E: OO

S: To je takhle. Pusa jeho, krokodýlí hřbet a tyhle dva jsou nože zabodnutý. (ukazuje během popisu)

15) VI - Orientace A - ^

Medvědí kožich. Takovej ten, jak když se zastřelí zvíře, tak ten kožich z nich.

E: OO

S: Tady to jsou jakoby ruce, nohy, ocas, a tady to mi připomnělo vousky a nos.

16) VI - Orientace D - <

Ježek.

E: OO

S: Tady nos s těma jako kdyby fouskama, takhle bodliny, a to je celý. Na druhý straně je druhý.

17) VI - Orientace D - <

Oheň.

E: OO

S: Takhle tady, a tady je větší oheň, To už je požár.

E: Čím ti to připomnělo oheň?

S: Vypadá to tak. Tady je ten menší a tady je větší požár.

18) VI - Orientace C - v

Mumínci. Připomíná mi je to z té pohádky.

E: OO

S: Tady má ouško, čelíčko, nosánek, ručička a zbytek toho těla. A na druhé straně je druhý, zase na druhou stranu.

19) VII - Orientace A - ^

Dvě ženy, které jsou z profilu, na sebe koukají.

E: OO

S: Tady mají ofinku, tady je nos, pusa. Ony jakoby koukají z profilu, tady mají prsa a zbytek těla, A na druhé straně je druhá.

20) VII - Orientace C - v

Nějaký dvě manekýny, který vyšpulujou zadek.

E: OO

S: Tady zase ofinka, obličej, nos, prsa a tady maj ruce, trup, zadek a nohy.



21) VII - Orientace C - v

Nějaký zlý netvor.

E: OO

S: Jo, to je prostě není moc určený. Ruce toho netvora tady, nohy a hlava.

E: Proč zlý?

S: Protože je černý. Působí to na mě jako špatně.

22) VII - Orientace C - v

A lampu.

E: OO

S: Tady je noční stolek, ozdobné vroubky lampy a kruh nahoře. Je to taková ta noční lampa.

23) VIII - Orientace D - <

Jé, ty jsou barevný...

Takhle mi to připomíná nějakýho pardála, který chodí po vodě, po ohni a po skalách.

E: OO

S: Tohle je oheň, Modrý je voda a šedivá je skála. On prochází mezi tím. Tady má hlavu, tělo, nohy.

E: Čím ti to připomnělo oheň?

S: Je to červený, oranžový, červeno-oranžový. Kvůli té barvě.

24) VIII - Orientace A - ^

Dva muže, kteří seděj zády k sobě a nad nima se tyčí skála a oni k sobě nemůžou.

E: OO

S: Tady nahoře je ta skála. Muži jsou ty dvě bouličky tady.

E: Tyčí jsi říkala?

S: Jo.

25) VIII - Orientace A - ^

Zase nějakou můru.

E: OO

S: To červený jsou křídla a to barevný je tělo. Tohle jsou oči, teda jakoby tykadla. Ty výběžky jsou tykadla a tady má ocas.

26) VIII - Orientace A - ^

Ještě vidím jak ten pardál se snaží přeprat nějaký zvíře. To bude asi had.

E: OO

S: Tady je stejný pardál a tady had, co má vyplazený jazyk uprostřed. Pardál se ho snaží zabít. Ta červená noha pardála je jazyk.

E: Jazyk?

S: Jo. Už tam má jeho jazyk na tý tlapě.

E: Snaží se ho zabít?

S: Jo tou tlapou.

27) IX - Orientace A - ^

Tak to mi připomíná dva jeleny, který vyjou, každý na jinou stranu.

E: OO

S: Tady je jelen, jeho zadek, parohy, tady nos nahoru a takhle vyje. A pod ním kousek zelenýho, jakože les.

28) IX - Orientace A - ^



Dva starý psi, taky každý štěká na jinou stranu, a pod nima je krev.

E: OO

S: Tady z profilu je pes. Tady je oko. Vypadá to jako starý kokršpaněl. Tlapička tady.

E: Krev pod nima?

S: Louže krve.

E: Čím ti to připomnělo krev?

S: Tou barvou.

29) IX - Orientace D - <

Vojáka, kterej drží v ruce flintu a na něco míří.

E: OO

S: Jo. Tady helma, tady má flintu. Voják klečí, jako sedí na bobku. Ta flinta končí tady.

E: Čím ti to připomnělo vojáka a flintu?

S: Nevím, vypadá to tak.

30) IX - Orientace C - v

Takhle mi to připomíná hrochy.

E: OO

S: Jo tady tělo, ouško, hroší obličej a jejich velké nos dopředu. Tady je jeden a tady druhý.

31) X - Orientace D - <

Evropu.

E: OO

S: Tady to vypadá jako Itálie, Skandinávie tady... Celkově evropa ten modrej flek.

32) X - Orientace D - <

Dvě letadla a z jednoho vytejká ten benzín nebo něco takovýho.

E: OO

S: Tady to je letadlo, jakoby to z pohádek. Ocas letadla, vrtulka. Z profilu je to letadlo. Tady je druhý a tady vytýká benzín.

E: Benzín?

S: Takový ten olej.

E: Čím ti to připomnělo olej?

S: Jak je to černý a je to zasažený v tom letadle.

33) X - Orientace C - v

Mořský koníky a u nich jsou koráli.

E: OO

S: Tady hlava koníka, tělo a tady nahoře ty výběžky. Tady je jeden a druhý. To růžový jsou koráli, jsou růžoví a mají takový tvar.

34) X - Orientace C - v

Takový ty stromy, jak se z nich dělaly ty nosy.

E: OO

S: Jo.

E: Jako jeden ten "nos"?

S: Jojo jeden.

E: A čím ti to připomnělo?

S: Tím tvarem.

35) X - Orientace B - >



Tohle mi připomíná draka z pohádek, co mají několik hlav a chrlí oheň. Uplně ale.

E: OO

S: Jedna hlava, druhá.. Plno hlav a tady tělo.

E: Chrlí oheň?

S: Tohle žlutý je oheň.

36) X - Orientace A - ^

Ještě takhle mi to připomíná, jak nějaký satan se modlí.

E: OO

S: Tady má ruce spojený. Tohle červený je jeho plášť.

E: Satan?

S: Protože má černý ruce.

37) X - Orientace A - ^

A ještě nějakou tvář, která má knírek.

E: OO

S: Tady oči, ta panenka, tady nos a tohle knír.

E: Čím ti to připomnělo tvář?

S: No vypadá to tak. Tohle vypadá jako knírek, oči a nos.

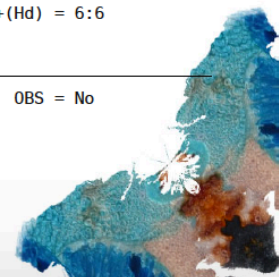


Pozn.

Loc. feat.	Blends	Singles	Contents	Approach
Zf = 30	Mp.FY	M = 1	H = 6	I: W DdS W WS
Zsum = 97	mp.FC	FM = 3	(H) = 5	II: Dd DdS Dd
Zest = 102.5	Mp.FC	m = 0	Hd = 1	III: D Dd D
Zd = -5.5	Mp.C'	FC = 2	(Hd) = 0	IV: W
	FMa.C	CF = 2	Hx = 0	V: W W Dd
	Mp.mp	C = 0	A = 14	VI: W W Dd D
W = 11	FMa.FMp.FC	Cn = 0	(A) = 1	VII: Dd Dd W DS
D = 13	FMa.C	FC' = 2	Ad = 4	VIII: W Dd W Dd
W+D = 24	F.mp.C	C'F = 1	(Ad) = 1	IX: D DS D D
Dd = 13	F.CF	C' = 0	An = 1	X: D Dd D D D Dd D
S = 5	FMa.C	FT = 0	Art = 0	
	Mp.CF	TF = 0	Ay = 0	Special Scores
		T = 0	Bl = 3	Lvl1 Lvl2
DQ		FV = 0	Bt = 1	DV = 0 x1 0 x2
+ = 12		VF = 0	Cg = 5	INC = 5 x2 0 x4
o = 22		V = 0	Cl = 0	DR = 1 x3 0 x6
v/+ = 0		FY = 2	Ex = 0	FAB = 0 x4 0 x7
v = 3		YF = 0	Fd = 1	ALOG = 0 x5
		Y = 0	Fi = 3	CONT = 1 x7
		Fr = 0	Ge = 1	Sum6 = 7
		rF = 0	Hh = 4	WSum6 = 20
	FQ:	MQ:	W+D:	FD = 0
+ = 0	0	0	0	F = 12
o = 24	4	14		Na = 2
u = 8	2	6		Sc = 1
- = 5	0	4		Sx = 1
none = 0	0	0	(2) = 14	Xy = 0
				Id = 1
				AB = 1
				GHR = 9
				AG = 8
				PHR = 9
				COP = 1
				MOR = 4
				CP = 0
				PER = 1
				PSV = 1

Ratios, Percentages, and Derivations

CORE			AFFECT		INTERPERSONAL
R = 37	L = 0.48		FC : CF+C = 5:8		COP = 1 AG = 8
Extratensive			Pure C = 4		GHR : PHR = 9:9
EB = 6:12.5	EA = 18.5	EBper = 2.08	SumC':WsumC = 4:12.5		a : p = 5:12
eb = 11:7	es = 18	D = 0	Afr = 0.68		Food = 1
	Adjes = 14	AdjD = +1	S (Space) = 5		SumT = 0
			Blends : R = 12:37		Human cont. = 12
FM = 8	SumC' = 4	SumT = 0	CP = 0		Pure H = 6
m = 3	SumV = 0	SumY = 3	Col-shd bl. = 0		PER = 1
					Isol.index = 0.24
IDEATION	MEDIATION		PROCESSING		SELF-PERCEPTION
a : p = 5:12	XA% = 0.86		Zf = 30		3r+(2)/R = 0.38
Ma:Mp = 0:6	WDA% = 0.83		W:D:Dd = 11:13:13		Fr+rF = 0
Intell = 2	X-% = 0.14		W:M = 11:6		Sum V = 0
MOR = 4	S- = 0		Zd = -5.5		FD = 0
Sum6 = 7	P = 9		PSV = 1		An+Xy = 1
WSum6 = 20	X+% = 0.65		DQ+ = 12		MOR = 4
Lv2 = 0	Xu% = 0.22		DQv = 3		H: (H)+Hd+(Hd) = 6:6
M- = 0					
M none = 0					
PTI = 1	DEPI = 4	CDI = 2	SCON = 6	HVI = Yes	OBS = No



Protokol III. je validní. Úroveň Lambdy je optimální, stejně jako počet odpovědí na tabule.

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

1) Centrální sekce:

CDI index je s hodnotou 2 negativní. Pacientka tedy neprokazuje výrazné dlouhodobé potíže se zvládním každodenního života. *AdjD* poukazuje na pevnější toleranci vůči stresu díky dostatečnému množství zdrojů. Proměnná *EA* je s 18.5 body vysoká a poukazuje na ony nadprůměrné zdroje pro zvládnání, silný pocit kontroly a schopnost tolerovat stres.

Proměnná *eb* poukazuje na prožívanou kognitivní tenzi a zátěž. Její neuspokojené potřeby negativně ovlivňují pozornost. Pacientka prožívala mírný situační stres, který ovlivňoval její myšlení i emoce. Vedl zároveň ke zvýšení její psychické komplexnosti a organizovanosti.

2) Interpersonální sekce:

Pacientka nemá při negativním *CDI* indexu limitovány sociální dovednosti. Index *HVI* hovořící o hypervigilantním sociálním postoji je pozitivní. Jedná se o jádrový prvek osobnosti. Pacientka je vysoce opatrná v sociálních interakcích a investuje hodně energie, aby udržela stálou pohotovost založenou na nedůvěřivému a zranitelnému pohledu na prostředí. Pokud necítí, že jsou sociální interakce pod její kontrolou, není ochotná takto blízké vztahy snášet. Je rovněž podezřívavá k projevům blízkosti od druhých.

Pacientka má tendenci zaujímat pasivní interpersonální postoj dle ukazatele *a.p.* Jedná se o deficit aktivity při navazování, rozvoji a udržování vztahů. Obvykle se vyhýbá

odpovědnosti za rozhodování a má menší snahu hledat nová řešení problémů nebo nové vzorce chování zejména tehdy, pokud cítí, že druzí lidé unesou odpovědnost za situaci.

Potřeba blízkosti a ochota zapojovat se do blízkých emočních vztahů T je nízká. Pacientka se více zabývá osobním prostorem a je opatrná kolem vytváření blízkých emočních pout.

Zájem o lidi jako takový je ovšem s hodnotou 12 u ukazatele *Human content* vysoký a pacientka se tudíž o druhé lidi velmi zajímá, ale dostatečně jim nerozumí. Charakteristické je také nerealistické očekávání a sociální omyly. Může se jednat až o nezdravé formy, což potvrzuje pozitivní *HVI* index. Zájem o druhé může být dán pocity nedůvěry vůči druhým.

Proměnné *GHR* a *PHR* poukázaly na zapojení do interpersonálních vztahů chování, které je méně adaptivní, než by bylo žádoucí. Pacientka prokázala vyšší *AG* s hodnotou 8 a agresivitu tak pravděpodobně vnímá jako přirozenou součást každodenních interakcí. Formy agrese mohou být i nepřímé a skryté. Indicie pro defenzivnost sociálních interakcí nebo sociální izolaci se neprokázaly.

3) Sebepercepční sekce:

Pacientka má pozitivní *HVI* index značící zaměření na vlastní zranitelnost a pocity ohrožení s negativními postoji k okolí. Selhání připisuje vnějším událostem. Narcistické osobnostní rysy *Fr* a Index egocentricity jsou negativní.

Úroveň sebehodnoty a sebezaujetí je typická k věku pacientky a Index egocentricity je v pásmu průměru.

Kapacita pro introspekci se jeví jako nedostačující s nulovou hodnotou proměnné V a *FD*. Pacientka má pravděpodobně chudý vhled do vnitřního prožívání nebo problémů. Sebeobraz může být naivní nebo zkreslený. Pacientka je sama sebou zaujata méně, než je obvyklé. Zaměření na tělesné nedostatky $An+Xy$ je v pásmu průměru.

Poškozený sebeobraz se u proměnné *MOR* ukázal s hodnotou 4 jako velmi vysoký. Pacientka vidí sama sebe jako defektní. Sebeobraz je výrazně poznamenaný negativními atribucemi a v myšlení je častý pesimistický pohled na sebe sama.

Sebeobraz pacientky se zakládá více na zkušenosti a zpětné vazbě než na fantazii. Vnímání sebe sama je založeno na identifikaci s reálnými osobami a sociální interakce jsou spojeny a formulovány prostřednictvím vlastního self. Na jejím sebeobrazu se výrazně podílela interakce.

Častým projektní obsahem byly v tomto protokolu odpovědi s agresivním a morbidním obsahem, a to na každé tabuli. Častý byl výskyt krvavých odpovědí, agresivních zvířat nebo netvorů.

4) Afektivní sekce:

Index depresivity *DEPI* a index *CDI* jsou negativní. Copingový styl *EB* se projevil jako extratenzivní. Pacientka má tendenci propojovat myšlení se svými emocemi a procesem rozhodování. Předpoklady ověřuje na principu pokus – omyl. Její emoce hrají v procesu rozhodování podstatnou roli.

Níže hodnota *EBPer* vypovídá o pacientčině schopnosti na základě volného rozhodnutí emoce z rozhodování krátkodobě vyloučit ve prospěch výsledku problémů, kde může být zapojení emocí kontraproduktivní.

Proměnná *eb* poukázala na prožívání negativních emocí spojených s pocitem bezmocnosti a na přítomnost iritace vytvořené neobvyklou tendencí tlumit prožívané emoce a vytěšňovat jejich dopad.

Afektivní poměr *Afr* je v pásmu průměru. Index intelektualizace je nízký a nenaznačuje obranné procesy, které by u pacientky redukovaly dopady emocionálních zážitků a situací.

Podle ukazatele *FC:(CF+C)* pacientka moduluje své emoční projevy mnohem méně než druzí lidé a častěji na sebe strhává pozornost intenzitou svých emočních

projevů. V případě potíží s testováním reality je pravděpodobné, že se objeví více slabě kontrolovaných projevů. U adolescentů se nicméně jedná o častější jev.

Vysoké *S* s hodnotou 5 poukazuje na prožívání hněvu a opoziční postoj. Pravděpodobně jde o osobnostní rys s výrazným dopadem na sociální postoje a rozhodování, přičemž hněv může být proječován i nepřímě. Pacientka může mít problémy s udržením smysluplných vztahů, protože má potíže tolerovat běžné kompromisy, které mezilidské vztahy vyžadují.

Blends:R ukazatel psychologické komplexnosti je v průměru a pacientka svými emocemi nebývá zmatena.

5) Sekce zpracování dat:

Pozitivní *HVI* index značí zaměření na vlastní zranitelnost a pocity ohrožení s negativními postoji k okolí, čímž specifickým způsobem také zkresluje pacientčino zpracovávání informací.

Proměnná *Zf* je s hodnotou 30 velice vysoká a značí ohromné úsilí vkládané do zpracování příchozích informací. Takto vysoké hodnoty mohou být také spojeny s potřebami výkonu nebo perfekcionismus.

Zvýšené zaměření na nezvyklé detaily *Dd* poukazuje na variantu, kdy pacientka ztrácí přehled o základních, důležitých informacích kvůli zaměření na tyto méně významné části informací. Tento přístup může vést ke zkreslenému vnímání a problémům v myšlení. Společně s pozitivním *HVI* indexem poukazuje na snahu minimalizovat riziko nejednoznačnosti a vyhledávání skrytého ohrožení v prostoru.

Aspirační index *W:M* ukazuje na průměrné úsilí ve zpracování a na průměrnou potřebu výkonu. Tento index je ovšem s hodnotami 11:6 téměř hraniční, a proto může naznačovat vyšší úsilí vkládané do zpracování informací a k možným problémům s ohledem na toto větší vydané úsilí, než je pacientka schopná fakticky či efektivně zvládnout a může tudíž tihnout k přeceňování svých zdrojů. Tato tendence může

zvyšovat riziko selhání nebo sytit frustraci. U dětí do 15 let se ovšem jedná o relativně běžný jev.

Úsilí, a hlavně kvalita zpracovávání informací je s ohledem na nízkou hodnotu -5.5 proměnné Zd ukvapená a nahodilá. Pacientka často pomíjí klíčové signály nebo části informací. Jedná se o neefektivní styl, který může vést k chybám ve vnímání a k problémům v myšlení.

Pacientka má rovněž místy potíže s přenášením pozornosti se zvýšenou proměnnou PSV , s čímž se ovšem u malých dětí můžeme rovněž setkat. Tyto potíže s přenášením pozornosti mohou rovněž činit zpracovávání informací neefektivní.

Vyšší $DQ+$ s hodnotou 12 poukazuje na psychologicky komplexnější myšlení a zapojení do aktivity. Mírně výšné DQv oproti tomu poukazuje na místy rozptýlenou kognici. Pacientka je tudíž schopna kvalitního zpracování informací, ale je více ekonomické, než je obvyklé. Vykazovala také projevy zmatenosti, frustrace nebo ohrožení z utvořených obrazů a hledala k nim tak obrazy alternativní.

6) Mediační sekce:

Index percepce myšlení PTI je nízký, tudíž neznačí rozsáhlé problémy v přesnosti vnímání a myšlení. Nejsou přítomny ani další známky mediačního poškození.

Proměnná $XA\%$ je v pásmu průměru. Mediace je tak přiměřená situaci a je přítomné konvenční testování reality. Pacientka v dobře čitelných situacích vykazuje konvenční chování s odpověďmi P v pásmu průměru.

Pacientka nicméně skvrnám v několika odpovědích zcela vnutila tvar, tudíž místy vykazovala také jisté narušené kognitivních operací.

Proměnné $X+\%$ a $X\#\%$ dále poukázaly na menší ohled v mediačních rozhodnutích na sociální požadavky a očekávání, což může mít za důsledek konflikt s prostředím nebo se systémem kulturních hodnot. Jedná se o méně konvenční chování, nikoli však o antisociální nebo nepřizpůsobivé. Přítomný je spíše silný vnitřní tlak na individualitu.

7) Ideální sekce:

Pacientka postrádá konzistenci v rozhodování a její chování je obtížněji předvídatelné. Její myšlení je pod ukazatelem *a:p* silně fixované a pro pacientku je tak velmi obtížné měnit kognitivní strategie. S pozitivním *HVT* indexem se dále zaměřuje na ostražitost před svým okolím. Myšlení je o to méně flexibilní a pacientka prožívá pocity zranitelnosti a ohrožení. Její myšlenky jsou s vyšším ukazatelem *MOR* pesimisticky laděné. Ignoruje vlastní chyby v logice myšlení i když si jich je vědoma. Stav vnitřních potřeb zároveň pacientce působí značnou úroveň periferní mentální aktivity

Pacientka dále nadměrně používá fantazii. Jedná se o tzv. Sněhurčín syndrom dle ukazatele *Ma:Mp*. Je to výrazný styl, při kterém jsou úniky do fantazie běžnou taktikou, jak reagovat na nepřiměřené situace. Zahrnuje vyhýbání se odpovědnosti a rozhodování. Činí pacientku více bezmocnou a náchylnou k manipulaci od druhých, protože tento styl vyžaduje závislost na druhých.

Index intelektualizace je v pásmu průměru. Proměnná *WSum6* je s hodnotou 20 velmi vysoká a poukazuje na velmi vážné narušení myšlení a testování reality. Myšlení bývá dezorganizované, nekonzistentní a často poznamenané velmi chybnými úsudky. Bizarní myšlenky nejsou výjimkou a pacientka může mít potíže se efektivně vyrovnávat s každodenním životem. Pacientka rovněž vykazovala odpovědi se skórem *Contam, DR a Incom*, které prohlubují a zdůrazňují tyto problémy. Pacientka může mít problémy rozpoznávat pojmové hranice myšlenek nebo lidí. Myšlenky se mohou sbíhat a stávat se zmatenými. Pacientka může mít dále problémy uvědomovat si sociální hranice. Výsledky ovšem podle ukazatele *M-* a *Mnone* nemají vypovídající hodnotu o poruchách ideace a považuje se tak za optimální stav.

Pacientky dominantním osobnostním rysem je v první řadě hypervigilantní přístup k přijímání informací. Pacientka je vysoce opatrná v sociálních interakcích a snaží se udržet stálou pohotovost založenou na nedůvěřivému a zranitelnému pohledu na prostředí, což ovlivňuje její pozornost a myšlení. Pokud necítí, že jsou sociální interakce pod její kontrolou, není ochotná takto blízké vztahy snášet a do interpersonálních vztahů se zapojuje chováním, které je méně adaptivní, než by bylo žádoucí. Agresivitu

pravděpodobně vnímá jako přirozenou součást každodenních interakcí. O druhé lidi se velmi zajímá, ale dostatečně jim nerozumí a má od druhých nerealistická očekávání. Zaujímá spíše pasivní interpersonální postoj, který se projevuje deficitem aktivity při navazování a udržování vztahů a vyhýbání se odpovědnosti. Ve vztazích také často prožívá hněv a zaujímá opoziční postoj. Pacientka tak může mít problémy s udržením smysluplných vztahů, protože má potíže tolerovat běžné kompromisy. Pacientka neprokazuje výrazné dlouhodobé potíže se zvládnutím každodenního života, projevila pevnější toleranci vůči stresu díky dostatečnému množství zdrojů, silný pocit kontroly a schopnost tolerovat stres. Její neuspokojené potřeby ovšem negativně ovlivňují její pozornost, která se zaměřuje spíše na pocity ohrožení. Má pravděpodobně chudý vhled do vnitřního prožívání nebo problémů a její sebeobraz může být naivní nebo zkreslený. Svá selhání připisuje vnějším událostem. Sebeobraz je dále výrazně poznamenán negativními atribucemi a v myšlení je častý pesimistický pohled na sebe sama. Své emoce je pacientka schopná z rozhodování krátkodobě vyloučit ve prospěch výsledku problémů, kde může být zapojení emocí kontraproduktivní. Je schopna kvalitního zpracování informací, ale je více ekonomická, než je obvyklé. V dobře čitelných situacích vykazuje konvenční chování, zároveň ale prožívá silný vnitřní tlak na svou individualitu. Pacientka dále nadměrně používá fantazii a úniky do ní jsou její běžnou taktikou, jak reagovat na nepřiměřené situace. Zahrnuje vyhýbání se odpovědnosti a rozhodování. Myšlení bývá dezorganizované, nekonzistentní a často poznamenané velmi chybnými úsudky. Bizarní myšlenky nejsou výjimkou a pacientka může mít potíže se efektivně vyrovnávat s každodenním životem.

Konstatujeme, že mezi nejvýraznější znaky protokolu patří:

- Vysoký index hypervigilantního sociálního postoje *HVI*
- Vyšší ukazatel *AdjD* a *EA* související se zvládnutím stresu
- Pasivní interpersonální postoj *p*
- Nízká potřeba blízkosti *T*
- Vysoký zájem o lidi *Human content*
- Vyšší ukazatel *Ag* a *MOR*

- Nedostačující kapacita pro introspekci V a FD
- Extratenzivní copingový styl EB
- Nižší modulace emočních projevů $FC:(CF+C)$
- Vysoká proměnná S
- Velké úsilí ve zpracování informací Zf
- Zvýšené zaměření na nezvyklé detaily Dd
- Nízké $X+\%$ a $Xu\%$
- Nadměrné používání fantazie Mp
- Vysoké $WSum6$ značící narušení myšlení a testování reality

7.4. Kazuistika 4

Následující kazuistika patří 15leté pacientce, která nyní studuje osmileté gymnázium. Do mateřské školy chodila od 4 let pouze na dopoledne. Adaptovala se dobře, ale moc se jí tam nelíbilo. Na základní škole měla dobrý prospěch, ale o něco náročnější kolektiv. Na gymnázium, kde nyní studuje, se cítí dobře. Přemýšlela, že by změnila obor a šla malovat, ale nakonec tam zůstala. Měla potřebu mít dobré známky, tak se hodně učila. Nyní říká, že na to nemá sílu a v prospěchu se zhoršila. Má pocit, že budoucnost nemá a nerada nad tím přemýšlí. Má pocit, že má jen na to stát se uklízečkou. Má jednu dobrou kamarádku a v kolektivu se jinak necítí moc dobře. Rozumí si více s kluky. Má obtíže bavit se s lidmi a být otevřená. Říká, že jí to nejde a je jí mezi lidmi nepříjemně. Cítí, že do kolektivu nikdy plně nezapadala.

Matka na rizikovém těhotenství pro onemocnění kyčlí, porod následně proběhl v termínu bez komplikací. Psychomotorický vývoj v normě, pacientka prodělala běžná dětská onemocnění. Dříve atopický ekzém, docházení na ortopedii a rehabilitace. V 7 letech operační odstranění mandlí, ve 12 letech gynekologická operace pro zprůchodnění vejcovodů. Od září roku 2019 dochází ambulantně k psychologovi pro poruchy příjmu potravy a doprovodnou depresivní symptomatiku.

Žije s rodiči a bratrem. Matka, 41 let, vysoká škola obor sociální práce, pracuje v hospici, zdráva. Otec, 50 let, středoškolské vzdělání, pracuje jako plánovač výroby, zdráv. Rodiče spolu mají dobrý vztah. Bratr, 11 let, zdráv. Pacientka uvádí otce jako cholerického a matku jako takovou, co vydrží být dlouho našťvaná. Dříve rodiče uvažovali o rozvodu, teď už je to mezi nimi klidnější. I vztahy doma hodnotí jako mnohem lepší v poslední době.

Pacientka byla průměrné výšky, výrazně hubenější postavy, upravená, lucidní a všemi směry orientována. Přijata k hospitalizaci na doporučení z ambulance Psychiatrické nemocnice Liberec s diagnózou atypické mentální anorexie F50.1 s ohledem na doprovodnou silnou depresivní symptomatiku a sebepoškození. Během vyšetření spolupracovala dobře a kontakt včetně očního navazovala. Nechtělo se jí moc mluvit, ale na projekční metodu reagovala velmi dobře a podávala vyšší počet odpovědí. Řeč byla plynulá, myšlení logické a odpovědi přiléhavé. Emotivita byla mírně oploštělá, psychomotorické tempo v normě.

Pacientka byla vyšetřena Rorschachovou metodou poprvé. Vyšetření proběhlo během jejích prvních dvou týdnů pobytu v psychiatrické nemocnici Liberec ve vyšetřovně. Pacientka byla s metodou obeznámena podle popisu v kapitole 6.2.2. Administrace Rorschachovy metody a před samotným vyšetřením proběhl krátký rozhovor.

Během vyšetření se snažila spolupracovat a během úvodního rozhovoru uvedla, že je tu zatím relativně krátce. Zatím to docela zvládá, ale říká, že by to mohlo být i lepší. Zatím je to tu pro ni velmi náročné a zvyká si na nový režim.

Pacientka uvádí, že za poslední půl rok zhubla 11 kg. Před tímto obdobím naopak přibrala. Mívala stabilně 59 kg a chtěla zhubnout, ale věděla, že nemůže doma přestat jíst. Říká, že někdy nejí a někdy jí hodně a že by chtěla ještě zhubnout, protože to potřebuje. Uvědomuje si, že málokdy jí normálně a po jídle má pocitu viny. Říká, že se někdy cítila tak špatně, že se pořezala. Matka na ní až poté začala být hodnější a začala brát její problémy vážně. Když na to přišla, donutila ji se svléknout a stát před ní v prádle. Bylo jí to hodně nepříjemné. Se sebepoškozením má problémy dodnes a má na ně časté myšlenky kvůli výčitkám s jídlem. Neví, jestli s tím chce přestat. Říká, že často pláče, ale

teď že už jí to ani nejde. Občas má dokonce myšlenky na sebevraždu. Když to na ni přijde, musí to něčím rozptýlit. Ví, že by to neudělala, ale musí se o tom přesvědčovat. Problémy se sebepoškozováním začaly před dvěma lety, když se cítila zle. Říká, že se jí špatně spí a má potom i potíže se vstáváním kvůli pozdnímu usnutí. Momentálně má nařízený klidový režim s výživnou dietou, kterou se snaží dodržovat.

Protokol

1) I - Orientace A - ^

Nějaký divoký zvíře na způsob vlka. Cení zuby. Vypadá rozzuřeně.

E: OO

S: Celý tohle. Má takový uši, působí to tak na mě celé.

E: Rozzuřeně?

S: Má takový oči, uši skloněný, jako kdyby se připravoval zaútočit.

2) I - Orientace A - ^

Ještě dvě vrány, od sebe koukající.

E: OO

S: (Ukazuje prstem). Tak to prostě vystupuje, hlavně ty výrazné zobáky.

E: Takže vrány?

S: Připadlo mi to tak. Tvarově jako vrána.

3) I - Orientace A - ^

Možná nějakýho brouka s kusadiama.

E: OO

S: Tady má kusadla, tělo. Ta bílá je vzor na těch krovkách.

4) II - Orientace A - ^

První mě napadl snímek orgánů.

E: OO

S: (ukazuje). Ta červená mi evokovala krev a tady je to černobílý, jako bývají rentgenový snímky.

5) II - Orientace A - ^

A dva psi proti sobě, koukají na sebe.

E: OO

S: Tady jsou psí hlavy, sklopené uši a přimhouřené oči. Tady tělo.

E: Přimhouřené oči?

S: (ukazuje horní červené fleky na černé).

E: Čím ti připadají přimhouřené?

S: Vypadají, jako když jsou přimhouřené.

6) II - Orientace A - ^

Trochu mi přijde, jako kdyby nahofe seděla nějaká postava zezadu, a něco jí svírá nebo obímá.

E: OO

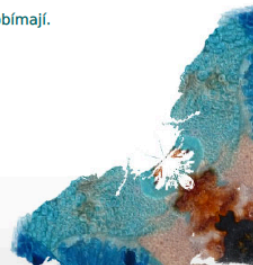
S: Vlastně to bílý je ta postava, tady má záda a zadek, a to červený.. Vypadá to jako ruce, které ji obímají.

E: Říkala jsi svírá?

S: Vypadá to tak, je to červený.

7) II - Orientace A - ^

A veprostřed je taková ta ryba, ta placatá. Vypadá trošku, že má křídla.



E: OO
S: Jo.
E: A čím ti to připomnělo?
S: Prostě tím tvarem, když se kouknete ze zhora. Tady má i ten ocas s tak.

8) II - Orientace A - ^

Možná taky ruce v rukavicích.

E: OO
S: Tady je ruka a na ní nasazená ta rukavice, jako palčáky.
E: Čím ti to připomnělo ruce v rukavicích?
S: Tím tvarem.

9) III - Orientace A - ^

Vprostřed je motýlek. Ten na krku. Jako kravata nebo motýlek.

E: OO
S: Jo.
E: A čím ti to připomnělo motýlka?
S: Prostře mi to tak z toho přišlo. Ta bílá odpovídá, že by to mohlo být na krku. Vystupuje mi to z toho.

10) III - Orientace A - ^

Pod ním snímek páneve, ne na vaření, jako kost.

E: OO
S: Vypadá to jako kostrč a pánev.
E: A čím ti to připomnělo?
S: Prostě tvarově to odpovídá a snímek, že je o takový nepřesný, takový trošičku zrnitý, jako tady.

11) III - Orientace A - ^

Pak nějaký jako dvě ženské postavy, co se o něco opíraj a hledějí si přímo do očí. Mají nějaký podpatky. Možná něco drží v ruce.

E: OO
S: Tady hlava, prsa, ruce, nohy, tady to vypadá jako podpatky. Dívají se na sebe a o něco se opírají nebo drží.
E: Opírají?
S: Vypadají, jako když jsou opřené.

12) III - Orientace A - ^

Pak je tam, žaludek mi to připomíná. I s trubicí.

E: OO
S: Přejde mi to přesně ten tvar toho, jak bych to nakreslila.

13) III - Orientace A - ^

Možná ještě šelmy, psovitě, co se zvláštně šklebí. Trochu jako hyena.

E: OO
S: Tady dva ty bílý, jsou trošku sklopený jakoby. Mají zvláštní výraz.
E: Říkáš šklebí?
S: Jo, vypadá to tak.
E: Čím ti to přijde?
S: Mají vystrčený čumák.

14) III - Orientace A - ^

A možná část křídel můry.



E: OO
S: Tady je nejvíc vidět vzor na těch křídlech, což mi sedí víc k můře ne motýlovi (ukazuje na výběžky).
E: Vzor?
S: Tady.

15) IV - Orientace A - ^

Tohle to je nějaký tloušťk, co sedí s rukama téměř v bok, sedí rozkročený na něčem.

E: OO
S: Jo. (Znovu ukazuje).
E: Rozvalený sedí?
S: Jo, sedí rozvalený.
E: Tloušťk?
S: No vypadá tak.

16) IV - Orientace A - ^

Brouk s tykadlami s kusadlami. Asi něco jako chroust.

E: OO
S: Tady kouká jakoby dolů. Ta hlava směřuje dolů. Tady má tykadla, tady nohy šest a krovky v tom.

17) IV - Orientace A - ^

Mohli by to být dva sloni co jsou zády k sobě. Mají tam kly.

E: OO
S: (Ukazuje znovu). Tady chobot, kly, zbytek těla.
E: Zády k sobě?
S: Jsou k sobě otočení zády.

18) IV - Orientace A - ^

Zase mi to zvrchu trochu připomíná jen snímek jako zezadu od hlavy páteř.

E: OO
S: Od vrchu, tady otud. Přejde mi to jako obratle. Je to tady takový čárkovaný.

19) IV - Orientace A - ^

Pak tam jsou dvě takový pistole na tankování. Co jsou na benzínce.

E: OO
S: Tady (ukazuje včetně bílé).

20) V - Orientace A - ^

První mi to přijde jako nějaká měra prostě.

E: OO
S: Uplně celá. Tvar těch křídel, tykadla..

21) V - Orientace A - ^

Možná dvě nějaký zvířata, spíš to vypadá na nějaký savce, co proti sobě skočili. S rohami. Už hlavou udeřili do sebe.

E: OO
S: Tady nohy zadní, jsou natažené. Odrazili se a jsou ve skoku a srazili se.

22) V - Orientace A - ^



Trochu to vypadá jako člověk, co leží v kaluži něčeho. Je to rozcáký kolem něj. Tady to vypadá jako smččí nohy.

E: OO

S: Tady hlava, uši, tělo, tady nohy a kolem něj něco rozlitého, vypadá to jako tekutina. A tohle mi připomnělo smččí nohy, je to tenký.

E: Smččí nohy?

S: Jo jakoby to z toho čouhá z tý kaluže.

E: Z kaluže?

S: Jo, vypadá to jako kaluž něčeho.

23) V - Orientace A - ^

Vystupujou z toho další lidský obličej. Mužskej s velkým nosem. Možná s nějakou bradkou. Dokonce dva a dva, takže čtyři.

E: OO

S: Tady ty tmavý, a tady v podstatě stejný světlý.

E: Čím ti to připomnělo obličej?

S: Tím tvarem, nos, bradka, ty vlasy tady..

24) VI - Orientace A - ^

Nějaká taková vlčí tlama. Dvě na obě strany.

E: OO

S: Tady má nos, tady fousy. (popisuje nyní jako jeden celek)

E: Čím ti to připomnělo vlčí tlamu?

S: Tím čumákem, tím tvarem.

25) VI - Orientace A - ^

Jakoby se to celý propadalo v půlce dolů. Prostě to tak vypadá.

E: OO

S: Tady celý, jak to jakoby tmavne a zase světlá kolem toho. Jako by tam byla prudká propadlina.

E: Prudká?

S: Jak to hodně tmavne tady.

26) VI - Orientace A - ^

Nahoře je javorovej list.

E: OO

S: Tím tvarem mi to připomnělo tady.

27) VII - Orientace A - ^

Mám pocit, jako by tam něco hořelo. Dole je nějaká svíčka, co se roztýká a dým jde nahoru.

E: OO

S: Svíčka je to malé dole. To celé.

E: Čím ti to připomnělo svíčku a dým?

S: Mně přišlo, že z toho jde dým, ta barva, i tvar... Dole to vypadá tvarem jako rozteklý vosk, ten plamen je tady světlejší.

28) VII - Orientace A - ^

Pak tam jsou nějaký dva dětský chlapecký obličej, co hleděj proti sobě. Jako by ty obličej byly omrzlý nějakýma rampouchama.

E: OO

S: Tady hlavy, oba obalený něčím světlejším. To působí jako rampouchy.

29) VII - Orientace A - ^



Hlava nějakého žraloka. Kousek hlavy prostě.

E: OO

S: Oko, čumák, zuby. (popisuje střed karty)

30) VII - Orientace A - ^

Připomíná mi to vyobrazení nějakých svatých nebo tak. Ta velká svatozář. Nějaká taková socha na podstavci.

E: OO

S: Ta blá. Jakoby tady mi to přijde jako stín. Sepnutý ruce a svatozář a výstupky jako hvězdičky, co se na to přidělávají. Tohle je jako podstavec.

31) VII - Orientace A - ^

A zase asi sloní hlavy.

E: OO

S: Tady chobot, oko. Tady to tmavne, asi do toho ucha. To je celý. (ukazuje střed karty)

32) VIII - Orientace A - ^

Tam vidím dva chameleony, co šplhají po nějakém stromě nahoru.

E: OO

S: Ty nohy se něčeho dotýkají, stromu.

E: Strom?

S: No mě to přišlo tou barvou jako strom, po kterým šplhají. Je to zelený.

E: Čím ti to připomnělo chameleony?

S: Tím tvarem, takhle vypadají.

33) VIII - Orientace A - ^

A krokodýla. Má otevřenou tlamu plnou zubů a je otočený přímo čelem ke mně.

E: OO

S: Tady, jinak i tou barvou, má tlamu přesně v tom tvaru. Ty čárky tvořej ty zuby.

34) VIII - Orientace A - ^

A pak další jako dinosauří hlavy. Vystupují z lávy, z ohně, nebo tak. Jsou jim vidět prostě jen ty hlavy.

E: OO

S: Tady a tady oko. Asi mi to přijde nejvíc tou barvou. Vypadá to, jako když se potápí, jako láva nebo tak něco.

E: Láva?

S: Jo, v lávě.

35) VIII - Orientace A - ^

Pak je tam zvíře s nějakým protáhlým čumákem, co hledí dozadu, jako by to něco sledovalo.

E: OO

S: To jsou tady ty oranžový skvrny. Tady má čumák, jako otočený napůl šikmo dozadu.

E: jako by něco sledovalo?

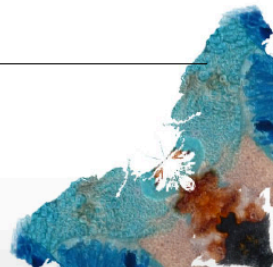
S: No přijde mi, že to vypadá hrozně strnule.

E: Strnule?

S: Jo.

36) IX - Orientace A - ^

Nahoře jsou jako nějaký kosti, asi paroží, už sedřený o ten strom.



E: OO
S: Jeleni jak to otraj. Tady je to světlejší, jako odřený.
E: Říkala jsi o strom?
S: No vypadá to jako sedřený o strom, jako to jeleni dělají.

37) IX - Orientace A - ^

Další dvě zvířata, jakoby zavěšený za krk. To mi připomíná vydry nebo tak.

E: OO
S: Tady ty zelený fleky. Jako kdyby je za krk táhly. Tady to tak vypadá.
E: Táhne za krk?
S: (ukazuje detail na D1)
E: A ty jsi říkala zavěšený?
S: No vypadají, jako by byly za ten krk prostě zavěšený.
E: Čím ti to připomnělo vydry?
S: Asi tvarem nejvíc. Tady ta hlava a tělo. Vypadá to trochu chlupatě po stranách, je to trochu rozteklý ta barva.

38) IX - Orientace A - ^

Zase v tom vidím trochu tu páteř, ty obratle, který končí tou pávní. Možná k tomu ještě játra.

E: OO
S: Jo. Tady páteř uprostřed, zase kostrbatá, jako kdyby měla obratle. To červený už vypadá jako pánev a tadyhle ty světlý skvrny kolem jako orgány, nejvíc vypadají asi jako játra.

39) IX - Orientace C - v

Takhle mi to připomíná kudlanku.

E: OO
S: Tady má čumák, oči. Kusadla to bílý.
E: Kusadla?
S: Jo, vypadá to jako kusadla.

40) IX - Orientace C - v

Jako kdyby nějaké výsměšné obličej. Takovej úsměv, oči a tak.

E: OO
S: Tady jsou oči, nos. Ta pusa mi přijde, že má zlostný výraz. To oranžový jako kdyby byly rty.
E: Čím ti to připomnělo rty?
S: Že je to oranžový a že to má takovej tvar.

41) IX - Orientace B - >

Jezevec.

E: OO
S: Zase to oranžový. Tady má čumák, nohy, ucho.
S: Oranžový?
E: No tady.
E: Čím ti to připomnělo jezevce?
S: Protože tak vypadá.

42) X - Orientace C - v

V tomhle vidím květ, stonek, pak nějaký to zelený - lístky, i s těma pestíkama. Jakoby v podstatě průřez květem, protože je všechno vidět.

E: OO
S: Tadydle to lístky, stonek, průřez pestíku, tyčinky.
E: Čím ti to nejvíc připomnělo?
S: Asi jednak tvarem a taky ta červená mi hodně sedí ke květinám a k tomuhle tvaru.



43) X - Orientace C - v

Pak jsou tam nějakí brouci čtyři s krovkama, rohama.

E: OO

S: Dva tady a tady, a dva sedí tady dole (šedá).

E: Čím ti to připomnělo brouky?

E: Asi zase že mají pevný kulatý krovky tvarově, kostrbatý malý nožky jako brouci.

S: Řikáš s rohama?

E: Tady (ukazuje).

44) X - Orientace C - v

Pak něco jako postava s křídla. Ruce má sepnuté nad hlavou, křídla jako vzhůru, ještě větší než postava, až nad hlavu.

E: OO

S: Jo, tady.

E: Čím ti to připomnělo postavu s křídli?

S: Asi tvarem i kontrastem tmavé a světlé. Hodně vynikla ta postava potom.

45) X - Orientace C - v

Je tam taky jako kostnatěj obličej usmívající se.

E: OO

S: Tady oči, úsměv. Jak se to zužuje až do té ostrá brady, tak je to takovej vyhublej. Tady pusa to oranžový.

E: Usmívající se?

S: Jo, ta pusa tak vypadá.

S: Kostnatý?

E: No jak se to zužuje.

46) X - Orientace C - v

Dvě hlavy šelem. Asi mají hodně hustou srst a čumákama se skoro dotýkají.

E: OO

S: Tady to modrý. To tmavý sou čumáky, to světlejší mi přijde jako hodně hustá srst. To světlý už tam jakoby nepatří ten střed.

E: Šelem?

S: Vypadá to třeba jako vlk nebo tak něco.

47) X - Orientace A - ^

A nějaký mořský živočichy. Koníky možná. Něco požívají.

E: OO

S: Tady ti i tvarově i barvou mi to připomíná koníky mořské. To modrý jako kdyby něco požívali. Ta pusa hned u toho.

E: Pusa hned u toho?

S: Tady to vypadá jako pusa.

48) X - Orientace C - v

Nějaký rostliny. Ne úplně palmy, spíš jako keřovitý, co jsou hodně do šířky.

E: OO

S: Tyhle ty modrý skvrny. Tím tvarem prostě, jako když to má listy.

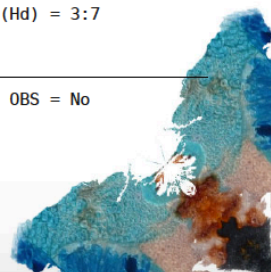


Pozn.

Loc. feat.	Blends	Singles	Contents	Approach
Zf = 39	Fmp.C	M = 1	H = 3	I: W D DS
Zsum = 143.5	Mp.mp.C	FM = 5	(H) = 1	II: DdS D DdS DS D
Zest = 134.5	Mp.FD	m = 0	Hd = 5	III: D D D D DdS DdS
Zd = 9	F.Mp.mp	FC = 2	(Hd) = 1	IV: W D Dd D D
	mp.YF	CF = 1	Hx = 1	V: W W W Dd
	FMa.C	C = 1	A = 14	VI: D W D
W = 7	Fmp.C.Y	Cn = 0	(A) = 0	VII: W D Dd DS D
D = 22	Fmp.FD	FC' = 3	Ad = 12	VIII: Dd DdS Dd Dd
W+D = 29	Fmp.FT	C'F = 0	(Ad) = 0	IX: Dd Dd DdS DS DdS Dd
Dd = 19	CF.C'F.TF	C' = 0	An = 2	X: Dd D D DdS Dd D D
S = 12	C.FD	FT = 0	Art = 1	
	FMa.C	TF = 0	Ay = 1	Special Scores
		T = 0	Bl = 1	Lvl1 Lvl2
DQ		FV = 1	Bt = 4	DV = 0 x1 0 x2
+ = 9		VF = 0	Cg = 3	INC = 1 x2 0 x4
o = 34		V = 0	Cl = 0	DR = 1 x3 0 x6
v/+ = 2		FY = 6	Ex = 0	FAB = 2 x4 0 x7
v = 3		YF = 4	Fd = 1	ALOG = 0 x5
		Y = 0	Fi = 1	CONT = 0 x7
		Fr = 0	Ge = 0	Sum6 = 4
		rF = 0	Hh = 1	WSum6 = 13
	FQ:	MQ:	W+D:	FD = 1
+ = 0	0	0	0	F = 11
o = 18	2	16		Na = 2
u = 18	1	9		Sc = 1
- = 12	1	4		Sx = 0
none = 0	0	0	(2) = 22	Xy = 3
				Id = 2
				AB = 1
				GHR = 3
				AG = 4
				PHR = 10
				COP = 1
				MOR = 9
				CP = 0
				PER = 1
				PSV = 2

Ratios, Percentages, and Derivations

CORE		AFFECT		INTERPERSONAL	
R = 48	L = 0.3	FC : CF+C = 2:9	FCOP = 1	AG = 4	
Extratensive		Pure C = 7	GHR : PHR = 3:10		
EB = 4:13.5	EA = 17.5	SumC':WsumC = 4:13.5	a : p = 3:15		
eb = 14:19	es = 33	Afr = 0.55	Food = 1		
	Adjes = 20	S (Space) = 12	SumT = 2		
		Blends : R = 12:48	Human cont. = 10		
		CP = 0	Pure H = 3		
FM = 11	SumC' = 4	Col-shd bl. = 2	PER = 1		
m = 3	SumV = 1		Isol.index = 0.19		
	SumY = 12				
IDEATION		MEDIATION		PROCESSING	
a : p = 3:15	XA% = 0.75	Zf = 39	SELF-PERCEPTION		
Ma:Mp = 0:4	WDA% = 0.86	W:D:Dd = 7:22:19	3r+(2)/R = 0.46		
Intell = 4	X-% = 0.25	W:M = 7:4	Fr+rF = 0		
MOR = 9	S- = 5	Zd = 9	Sum V = 1		
Sum6 = 4	P = 6	PSV = 2	FD = 4		
WSum6 = 13	X+% = 0.38	DQ+ = 9	An+Xy = 5		
Lv2 = 0	Xu% = 0.38	DQv = 3	MOR = 9		
M- = 1			H: (H)+Hd+(Hd) = 3:7		
M none = 0					
PTI = 0	DEPI = 5*	CDI = 2	SCON = 8*	HVI = No	OBS = No



Protokol IV. je validní. Úroveň Lambdy je optimální, stejně jako počet odpovědí na tabule.

Pacientka v protokolu vykazala vysokou hodnotu 8 u ukazatele *S-CON*. U pacientky existuje reálné riziko sebedestruktivního chování, které se v její anamnéze již vyskytuje, či riziko suicidia nebo pokusu o něj. Toto riziko je nutné brát v potaz.

První pozitivní klíčová proměnná je klíčová proměnná $p > a+1$. Podle pravidel Komprehensivního systému bude sedm datových sekcí interpretováno v následujícím pořadí: Ideální sekce, sekce Zpracování dat, Mediační, Centrální, Sebepercepční, Interpersonální a Afektivní sekce.

1) Ideální sekce:

Copingový styl *EB* se projevil jako extratenzivní. Pacientka má tendenci propojovat myšlení se svými emocemi a procesem rozhodování. Předpoklady ověřuje na principu pokus – omyl. Její emoce hrají v procesu rozhodování podstatnou roli.

Myšlení pacientky je pod ukazatele $a:p$ silně fixované. Její myšlení je značně neflexibilní a pacientka je tak neschopná podívat se na situace i z jiné perspektivy než ostatní. Svě názory a postoje mění jen obtížně.

Vysoká proměnná *MOR* hovoří o pesimisticky laděném myšlení. Pacientka anticipuje nezdar bez ohledu na úsilí. Ignoruje chyby ve vlastní logice myšlení, i když si je toho vědoma. Její stav vnitřních potřeb působí značnou úroveň periferní mentální aktivity.

Pacientka nadměrně používá fantazii. Jedná se o tzv. Sněhurčín syndrom dle ukazatele *Ma:Mp*. Je to výrazný styl, při kterém jsou úniky do fantazie běžnou taktikou, jak reagovat na nepřiměřené situace. Zahrnuje vyhýbání se odpovědnosti a rozhodování. Činí pacientku více bezmocnou a náchylnou k manipulaci od druhých, protože tento styl vyžaduje závislost na druhých.

Zvýšený Index intelektuální úrovně poukazuje na pacientčiny sklony zpracovávat emoce na intelektuální úrovni více než ostatní lidé. Popírání či zkrácení skutečného významu a dopadů situací je tak u ní častější.

Vysoká hodnota W_{sum6} hovoří o závažnějších problémech v myšlení, které je méně jasné a méně koherentní. Její chybné usuzování vede k nesprávným rozhodnutím, která mohou výrazně ovlivňovat její efektivitu a chování.

2) Sekce zpracování dat:

Proměnná Zf poukazuje na vkládání většího úsilí do zpracování příchozích informací. Jde o intelektuální snahu nebo potřebu přistoupit k podnětovému poli pečlivě či ostražitě.

Index ekonomie $W:D:Dd$ hovoří o pacientčině neobvyklém zpracování informací, při kterém se soustředí na neobvyklé a nekonvenční aspekty podnětu. Je negativisticky zaměřena vůči prostředí a může rovněž prožívat emoční zmatek.

Proměnná Zd je zvýšená a poukazuje na větší úsilí pacientky při skenovacích aktivitách. Její snaha vyhnout se nedbalosti vede k investování většího úsilí do snímání okolí, než by bylo nutné. Tento styl sám o sobě přináší vyšší přesnost při získávání informací pro rozhodnutí. Může ale také rozhodování jako takové ztížit a činit pacientku nerozhodnou, jelikož se zabývá zároveň i méně podstatnými informacemi.

Zvýšená PSV naznačuje potíže v přenášení pozornosti a může znamenat menší efektivitu při zpracování informací.

Vyšší ukazatel $DQ+$ a DQv ukazují, že je pacientka schopná kvalitního zpracování informací na vstupu, ale zároveň má tendence jednat méně zralým způsobem, což může způsobovat psychologický zmatek.

3) Mediační sekce:

Index $XA%$ a $WDA%$ hovoří o přiměřené mediaci v obvyklých situacích, ale stává se méně efektivní za jiných podmínek.

Hodnota $X\%$ značí tendenci k mediační dysfunkci. Tato dysfunkce pravděpodobně souvisí se specifickými problémy v oblasti afektu. Kognitivní operace jsou výrazně narušeny s vysokými hodnotami $FQ-$. Chování pacientky bude neadaptivní. Dysfunkce v oblasti mediace potvrzuje také nízký index $FQ+$.

Nízké $X+\%$ rovněž poukazuje na nepřiměřené chování, které je způsobené mediační dysfunkcí a problémy v testování reality.

4) Centrální sekce:

Pacientka nemá kapacitu pro kontrolu zátěže limitovanou a její tolerance vůči stresu je obvyklá jako u většiny lidí, což potvrzuje rovněž vyšší hodnota EA .

Pacientka prožívala distres a excesivní pocity s vyšší proměnnou C' , které by ráda vyjádřila, ale nedokázala je popsat. Rovněž zvýšená proměnná T poukázala na prožívání emoční a vztahové deprivace.

5) Sekce sebepercepce:

Úroveň pacientky sebehodnoty a zaujetí je adekvátní jejímu věku. Pacientka je nicméně s vysokou proměnnou V zaujata negativními aspekty vlastního self s prožíváním bolestivé introspekce. Rovněž hodnoty proměnných $An+Xy$ jsou nadprůměrné a poukazují na znepokojení nad vlastním sebeobrazem, což dále potvrzuje zvýšený ukazatel MOR . Pacientka s těmito hodnotami prožívá své tělo jako dysfunkční a poškozené. Její myšlení často zahrnuje negativní sebeobraz a je pesimistické.

Sebeobraz a vlastní sebehodnota je u pacientky postavena na imaginaci a fantazii. Hodnota indexu $H:Hd+(H)+(Hd)$ vypovídá o menší zralosti a o pokřiveném obrazu sebe sama, což negativně ovlivňuje také její rozhodování a řešení problémů.

Pacientka v protokolu často podávala odpovědi s agresivní tematikou zvířat.

6) Interpersonální sekce:

Pacientka nemá limitovány sociální dovednosti s negativním *CDI* indexem.

Ukazatel *a:p* vypovídá o pacientčíně pasivní interpersonální roli. Jedná se o deficit aktivity při navazování, rozvoji a udržování vztahů. Obvykle se vyhýbá odpovědnosti za rozhodování a má menší snahu hledat nová řešení problémů nebo nové vzorce chování zejména tehdy, pokud cítí, že druzí lidé unesou odpovědnost za situaci.

Zvýšená proměnná *Fd* poukazuje na více závislého chování, než je běžné. Spoléhá se na vedení a podporu druhých lidí. Má tendenci být ve vztazích naivní a očekává, že budou druzí její potřeby tolerovat. Potřeba blízkosti a ochota zapojovat se do blízkých emočních vztahů *T* je s hodnotou 2 silně nenaplněná. Intenzita těchto potřeb může zastiňovat uvažování pacientky a činit ji náchylnou k manipulaci druhými lidmi.

Pacientka pod *Human content* a *Pure H* ukazately vykazala zvýšený zájem o druhé, který je založen na mezilidském porozumění a má tendenci odrážet realitu. Toto zjištění odráží zdravý zájem o druhé lidi. Vyšší hodnota *COP* vypovídá o pacientčíně očekávání kooperace mezi lidmi, jako běžné součásti interakce s druhými. Do vztahů se nicméně zapojuje chováním, které je méně adaptivní, na což poukazuje také Index izolace se sníženou hodnotou. Pacientka má tendenci být v mezilidském kontaktu méně aktivní, než odpovídá očekávání. Jedná se o menší zájem v zapojení se do společenského kontaktu.

7) Afektivní sekce:

Pacientka pravděpodobně prožívá dysforické pocity v podobě deprese nebo tísně, které mohou být zneschopňující vlivem vysoké hodnoty indexu depresivity *DEPI*.

Pacientky *EB* styl je extratenzivní. Pacientka má tendenci propojovat myšlení se svými emocemi a procesem rozhodování. Předpoklady ověřuje na principu pokus – omyl. Její emoce hrají v procesu rozhodování podstatnou roli.

Vyšší hodnota *EBPer* potvrzuje dominantní roli emocí během rozhodování, která je maladaptivní, a pacientka tak selhává v situacích, které nelze řešit pokusem-omylem a které je nutné promyslet.

Pacientka je ochotná prožívat emoce stejně jako většina populace. Afektivní poměr *Afr* je nižší a značí tak nižší zaujetí emočními stimuly.

Vyšší Index intelektualizace upozorňuje, že pacientka zpracovává emoce na intelektuální úrovni více, než bývá obvyklé. Popírání či zkreslení skutečného významu a dopadů situací je tak u ní častější.

Proměnná *FC:CF+C* vypovídá o významné laxnosti v kontrole emocí, které nejspíš narušují také sociální adaptaci.

Vysoká hodnota *S* hovoří o generalizovaném vzteku pacientky, který zároveň ovlivňuje její rozhodování a copingové strategie. Pacientka má silně negativní postoj k okolí a odpor i k základním kompromisům. Tato problematika obvykle rovněž znamená problémy s kontrolou emocí a zvládání zátěže.

Vyšší hodnota *Color-Shade Blends* rovněž poukazuje na častější zmatení emocemi, než je obvyklé, a to zejména v emočně nabitých situacích.

Dominantním rysem pacientky je zejména riziko sebedestruktivního chování, které se v její anamnéze již vyskytuje, a je třeba brát toto riziko při práci s pacientkou v potaz. Její myšlení je značně neflexibilní a pesimisticky laděné. Pacientka je tak neschopná podívat se na situace i z jiné perspektivy. Nadměrně používá fantazii jako únik z nepřiměřené situace. Má sklon zpracovávat emoce na intelektuální úrovni. Popírání či zkreslení skutečného významu a dopadů situací je tak u ní častější. Do příchozích informací vkládala velké úsilí a soustředí se na neobvyklé a nekonvenční aspekty podnětu. Je negativisticky zaměřena vůči prostředí a může rovněž prožívat emoční zmatek. Je schopná kvalitního zpracování informací na vstupu, ale zároveň má tendence jednat méně zralým způsobem, což může způsobovat psychologický zmatek. Pacientka vykazovala dysfunkce v mediaci, které pravděpodobně souvisí se specifickými problémy v oblasti afektu. Její kognitivní operace jsou výrazně narušeny. Tolerance stresu je u ní obvyklá jako u ostatních

lidí a nemá tak problém zvládat stres a zátěž. Během vyšetření prožívala distres a excesivní pocity, které by ráda vyjádřila, ale nedokázala je popsat. Rovněž prokázala prožívání emoční a vztahové deprivace. Pacientka je také zaujata negativními aspekty vlastního self s prožíváním bolestivé introspekce a se znepokojením nad vlastním sebeobrazem. Prožívá své tělo jako dysfunkční a poškozené. Sebeobraz a vlastní sebehodnota je u pacientky postavena na imaginaci a fantazii. V sociálních vztazích nemá výrazně závažné limity. Její interpersonální role je pasivní a značí deficit aktivity při navazování, rozvoji a udržování vztahů. Spoléhá se na vedení a podporu druhých lidí. Má tendenci být ve vztazích naivní a očekává, že budou druzí její potřeby tolerovat. Potřeba blízkosti je silně nenaplněná. Intenzita těchto potřeb může zastiňovat uvažování pacientky a činit ji náchylnou k manipulaci druhými lidmi. O druhé lidi má pacientka zvýšený zájem, který je založen na mezilidském porozumění a má tendenci odrážet realitu. Toto zjištění odráží zdravý zájem o druhé lidi. Její očekávání od sociálních situací je převážně kooperace. Do vztahů se nicméně zapojuje chováním, které je méně adaptivní, zejména jejím menším zájmem v zapojení se do společenského kontaktu z vlastní iniciativy. Pacientka pravděpodobně prožívá dysforické pocity v podobě deprese nebo tísně, které mohou být zneschopňující. Její emoce mají nekonzistentní vliv na myšlení, objevuje se váhavost a nerozhodnost. Tato nekonzistence je zdrojem prožitků zmatku. Emoční projev je rovněž nepředvídatelný. Její kontrola emocí je laxní, což rovněž narušuje její sociální adaptaci.

Konstatujeme, že mezi nejvýraznější znaky protokolu patří:

- Vysoký index *SCON*
- Vysoký index depresivity *DEPI*
- Vysoký ukazatel *MOR*
- Nadměrné užívání fantazie *Mp*
- Vysoká hodnota *Wsum6*
- Zvýšená proměnná *Zf* a *Zd* zpracování informací a úsilí
- Zaměření na neobvyklé detaily v Indexu ekonomie *Dd*
- Vyšší ukazatel *PSV*
- Vysoká hodnota *S*

- Laxnost v kontrole emocí $FC:CF+C$
- Extratenzivní copingový styl EB
- Nenaplněná potřeba blízkosti T
- Index $H:Hd+(H)+(Hd)$ značící pokřivený sebeobraz založený na fantazii
- Vyšší hodnoty *Human content*, *Pure H* a *COP*
- Zvýšené hodnoty $An+Xy$
- Vyšší hodnota EA tolerance zátěže
- Nízké $X+%$, $FQ+$ a $X-%$

7.5. Kazuistika 5

Další kazuistický případ patří 13leté pacientce, která je nyní v osmé třídě základní školy, a to s výborným prospěchem. Pacientka je zařazena do kolektivu bez problémů již od mateřské školy.

Porod probíhal bez komplikací, psychomotorický vývoj v normě. Pacientka prodělala běžná dětská onemocnění. Hospitalizována v listopadu a poté v prosinci 2019 kvůli zhoršenému somatickému stavu v důsledku mentální anorexie na Dětském a novorozeneckém oddělení Nemocnice v České Lípě. Alergie neguje, sledována pro pollinosis. Abúzus neguje v plném rozsahu. Menstruaci má od 12 let pravidelnou. Pacientka začala docházet na psychiatrii ambulantně v listopadu 2019 a nyní užívá Olanzapin.

Matka, 48 let, zdráva, dělnice. Otec, 53 let, zdravý, úředník. Rodiče spolu mají dobrý vztah. Má dva bratry, 28 a 25 let, z prvního manželství matky a má s nimi pozitivní vztah. Psychiatrická heredita v rodině neudána. Pacientka bydlí s rodiči, má vlastní pokoj. Má dvě nejlepší kamarádky, od kterých, stejně jako od rodiny, vnímá velkou podporu. S rodiči vychází dobře a přála by si s nimi mít také rodinnou terapii.

Pacientka byla drobnější postavy, upravená, lucidní a orientována všemi směry. Přijata na doporučení dětského oddělení Nemocnice Česká Lípa s diagnózou mentální anorexie F50.0. Během vyšetření spolupracovala velmi dobře a kontakt včetně očního

navazovala. Řeč byla plynulá, slovník přiměřený věku, myšlení bylo logické a její odpovědi přiléhavé. Emotivita byla stabilní, psychomotorické tempo v normě.

Pacientka byla vyšetřena Rorschachovou metodou poprvé. Vyšetření proběhlo během jejího 2 týdne pobytu v psychiatrické léčebně Bohnice ve vyšetřovně. Pacientka byla s metodou obeznámena podle popisu v kapitole 6.2.2. Administrace Rorschachovy metody a před samotným vyšetřením rovněž proběhl krátký rozhovor.

Pacientka ochotně spolupracovala a během úvodního interview uvedla, že je zde nyní hospitalizovaná 20 dní. Z počátku pro ni bylo nové prostředí a režim náročný, ale říká, že už si zvykla a je to mnohem lepší. Kolektiv hodnotí jako dobrý a našla si zde i nové kamarádky.

Pacientka přestávala jíst a začala se více srovnávat s ostatními. Postupem času si toho všimli i rodiče, protože přestávala jíst také doma. Ze začátku si mysleli, že je vše ještě v rámci normy, protože se pokoušela zhubnout již dříve. Uvádí, že ještě před Vánocemi bylo všechno v pořádku. Potom dostala horečky, byla ve stresu ze školy kvůli klasifikaci a nechtěla jíst. Většinou se přejedla a potom zvracela. Přestala se usmívat a měla negativní náladu.

Pacientka nyní stále pocítuje silné výčitky z jídla a obavy, že přibere na váze. Doufá, že jí léčba a pobyt zde pomůže. Začala se cítit hodně tlustá poté, co jí dotkla nevhodná poznámka o jejím těle od dvou spolužáků ve škole. Přestávala jíst a začala se více srovnávat s ostatními. Nikdy předtím se jí tak nesmáli. Když se nají, má ruminační myšlenky, že přibere a vyčítá si to. Proto nejí. Říká, že si uvědomuje, že začala být i podrážděná a nepříjemná na okolí. Uvádí, že když chodila na psychiatrii ambulantně, moc jí to nepomáhalo. Léky jí s chutí k jídlu také nepomohly a cítí se ospale. Měla ovšem menší úzkost po jídle. Nyní váží 33,8 Kg.

Do budoucna by chtěla na policejní akademii. Přála by si být u jízdny policie a mít přiděleného vlastního koně, jelikož k nim má pozitivní vztah a ráda za nimi ve volném čase pravidelně dochází do stájí poblíž jejího bydliště.

Protokol - Protokol V. - f/13

1) I - Orientace A - ^

Brouk.

E: OO

S: Tady má tykadla, potom ty křídla takhle, tělo.

E: Čím ti to připomnělo brouka?

S: No vypadá to tak docela.

2) I - Orientace A - ^

Vosa.

E: OO

S: Jo tak tím tělem, tady to má rozšířené, a křídla. A ještě tady tím, že by to bylo... To... Žihadlo.

3) I - Orientace A - ^

Můra.

E: OO

S: To m i připomnělo hodně těma křídla... Hlavně těma křídla, má je takové velké.

E: Velké?

S: Jo.

E: A kde všude jsi tu můru viděla?

S: No tady to celé. Tělo, křídla.

4) II - Orientace C - v

Mně to připomíná lidský tělo, lidský orgány.

E: OO

S: Tohle by mohly být plíce nebo spíš ledviny (D3) a tady to mi připomnělo ty plíce (D6).

E: Čím ti to připomnělo ledviny a plíce?

S: Tím tvarem.

E: Tvarem?

S: Jo.

5) III - Orientace C - v

Tohle mi připomíná nějakýho pavouka.

E: OO

S: To mě napadlo - hlavně tady to mi připomíná kusadla. Pavouci je mívají. Tady nohama a tělo.

6) III - Orientace C - v

Nebo krtek.

E: OO

S: Jo, to mě napadlo těma ruka, krtek to takhle má, a hrabe, tak to mě napadlo.

E: Kde?

S: Ukazuje (stejná lokalizace).

E: Říkáš hrabe?

S: Jo, takhle (ukazuje).



7) IV - Orientace A - ^

Tady mě napadá nějaká postava, co sedí.

E: OO

S: To mě napadlo. To je to na čem sedí, a tady v tom jsem viděla prostě body, tady má ruce a hlavu.

E: Postava?

S: No, tady ty boty, ruce a hlavu...

E: Na nečem sedí?

S: Ano.

8) IV - Orientace C - v

A potom ještě nějakého motýla.

E: OO

S: Jo, tady protože, tady vidím křídla, a tady tělo jeho.

9) IV - Orientace A - ^

Nebo nějaký obličej nějakého brouka taky.

E: OO

S: Jo.

E: Čím ti to připomnělo brouka?

S: Že tady má zase ty tykadla, tady má to tělo ještě, a tady nožičky.

10) V - Orientace C - v

Tady mě napadá jasnej motýl a nebo můra.

E: OO

S: Tak motýl mě napadl, že tady má zase ty tykadla a takhle velký křídla. To maj většinou motýli.

11) V - Orientace D - <

Nebo mě napadá taky křídlo nějaký.

E: OO

S: Že to může být křídlo.

E: Čím ti to připomnělo křídlo?

S: Tvarem. Je to takhle jako do boku a je to jen jedna část.

E: Jedna část?

S: No jen jedno křídlo.

12) VI - Orientace C - v

Nějakej strom.

E: OO

S: Tady kmen, tady je koruna stromu.

E: A čím ti to připomnělo strom?

S: Tím tvarem, že tohle je jako kmen a tady ta koruna.

13) VI - Orientace C - v

Nebo květ kytky.

E: OO

S: Jo, květ tím tvarem rozkvetlým, jakože mi to připomnělo kytku. Že to rozkvetá tady z toho bodu.



14) VI - Orientace A - ^

Nebo nějakého pavouka zase.

E: OO

S: Jo, to mě napadlo tímhle. Tady má nožičky, tělo a tady hlavu.

15) VII - Orientace C - v

Mě napadá nějaké otvor do skály třeba.

E: OO

S: To mě napadlo tenhle prostor vevnitř. Jakože tohle je ta skála a tohle je ten otvor.

E: Otvor?

S: Tím tvarem.

E: Aha a skála?

S: Tou barvou a taky tím odstínem, mně to připomíná kamení.

E: Odstínem?

S: Jo, šedým.

16) VII - Orientace C - v

A potom třeba taky nějaké brouk, nějaké tlustší.

E: OO

S: Jo, protože tady je hlava a tady, že jsou končetiny. Tělo veprostřed.

E: Tlustší?

S: Tady to má rozšířenější.

17) VII - Orientace A - ^

Nebo taky mapu, nějaké stát.

E: OO

S: Jo to mě napadlo kvůli tomuhle šedému, že to jsou státy.

E: A říkáš teda mapa?

S: Jo.

18) VIII - Orientace A - ^

Napadají mě na plátně barvy jako.

E: OO

S: Když ten umělec jakoby jen tím štetecem hodí a barva se tam rozlítne. A že to udělá takovej rozkydlej vzor. Takže to mi to připomnělo.

E: jako když hodí barvama?

S: Jo. Protože je to barevný.

19) VIII - Orientace A - ^

A potom orgány.

E: OO

S: Tohle dole. Připomnělo mi to dýchací soustavu. Napadlo mě to i kvůli barvě a kvůli tvaru.

E: Dýchací soustava?

S: Jo.

20) VIII - Orientace C - v

A potom motýli.

E: OO



S: Taky tohle mě napadlo. tím že tady uprostřed má tělo a tady má křídla (ukazuje).

E: Čím ti to připomnělo motýla?

S: Těmi křídly a tou barvou takovou motýli mívají.

21) VIII - Orientace C - v

Nebo mi to připomíná kytky rozkvetlý.

E: OO

S: Taky tadytím. To je jako květ a tohle je stonek (DdS29). A taky barvou, takhle je rozkvetlá třeba orchidej.

22) VIII - Orientace D - <

Tohle mi připomíná zvíře nějaký. Geparda nebo tak.

E: OO

S: Tady ty dvě. Tady to má končetiny, tělo, tady hlava.

E: Čím ti to připomnělo gepardy?

S: On se jakoby plíží. Vidím ho jako když se plíží, a že tady jsou trošku jakoby chlupy (ukazuje barevné výběžky nahoře).

E: Plíží?

S: Jo.

23) VIII - Orientace A - ^

A tohle mi připomíná žábu.

E: OO

S: To mě připomnělo tímhle. Tady má nohy a má to rozplácí.

E: Rozplácí?

S: Vypadá, jako že leží. I tou barvou zelenou mi jí to připomnělo.

24) IX - Orientace A - ^

Taky mi to připomíná nějakou jako lidskou kostru.

E: OO

S: Taky tadyto celý (ukazuje). A připomnělo mi to hlavně tyhle škvíry mezi tím, že to jsou jakoby kosti a tady ty mezery - to mezi těma kostma.

25) IX - Orientace D - <

Potom mi to připomíná larvu tadyto.

E: OO

S: Připomnělo mi to tím, že je to zabalený takhle v tom tom... prostě jako larva.

E: Zabalený?

S: Jo.. No já jsem myslela spíš jako kuklu.

26) IX - Orientace C - v

A ještě šaty.

E: OO

S: Tady jsou rukávy, tady to pokračuje dolů jako sukýnka.

E: Čím ti to připomnělo šaty?

S: Těma rukávama a tou sukýnkou právě.

27) X - Orientace C - v

Tady mi to připomíná brouky, hodně brouků.

E: OO



S: Všechno to jednotlivý. Je jejich hodně pohromadě a tady zase vidím, že mají kusadla. Tady jsou nějaký housenky (ukazuje na růžové). Hlavně téma tvarama a barvama.

28) X - Orientace D - <

A nebo rozkvetlou louku.

E: OO

S: Jo, tohle jsou takový kytičky jakoby. Je to jako s těma broukama - je to celý hodně pohromadě a dohromady to tvoří rozkvetlou louku.

E: Rozkvetlá louka?

S: No hlavně téma barvama.

29) X - Orientace A - ^

A nějakou halenku, jakoby vestu.

E: OO

S: To mě napadlo jen to růžový vlastně, jak je mezitím prostor hlavně. Tady jsou rukávy na ramena a tady ty konce, jak třeba vlajou občas.

30) X - Orientace C - v

A taky kytku jako rozkvetlou.

E: OO

S: Jo, Tady je začátek, kousek stonku a tohle že je ta kytko samotná.

E: Čím ti to připomnělo rozkvetlou kytku?

S: Témahle okvětníma lístkama, že je to jakoby otevřené.



Pozn.

Loc. feat.	Blends	Singles	Contents	Approach
Zf = 15	Fmp.C	M = 1	H = 1	I: W Dd W
Zsum = 52.5		FM = 2	(H) = 0	II: D
Zest = 49		m = 1	Hd = 0	III: DdS DdS
Zd = 3.5		FC = 2	(Hd) = 0	IV: W Dd D
		CF = 4	Hx = 0	V: W Dd
		C = 1	A = 15	VI: W D D
W = 13		Cn = 0	(A) = 0	VII: WS WS W
D = 10		FC' = 1	Ad = 1	VIII: W D D DdS D D
W+D = 23		C'F = 1	(Ad) = 0	IX: WS D W
Dd = 7		C' = 0	An = 3	X: W W DS Dd
S = 7		FT = 0	Art = 1	
		TF = 0	Ay = 0	Special Scores
		T = 0	Bl = 0	Lv11 Lv12
DQ		FV = 0	Bt = 5	DV = 0 x1 0 x2
+ = 0		VF = 0	Cg = 3	INC = 0 x2 0 x4
o = 24		V = 0	Cl = 0	DR = 0 x3 0 x6
v/+ = 1		FY = 0	Ex = 0	FAB = 0 x4 0 x7
v = 5		YF = 0	Fd = 0	ALOG = 0 x5
		Y = 0	Fi = 0	CONT = 0 x7
		Fr = 0	Ge = 1	Sum6 = 0
		rF = 0	Hh = 1	WSum6 = 0
	FQ:	MQ:	W+D:	FD = 0
+ = 0	0	0	0	F = 16
o = 12	1	11		Na = 0
u = 9	0	6		Sc = 0
- = 9	0	6		Sx = 0
none = 0	0	0	(2) = 1	Xy = 0
				Id = 0
				AB = 0
				GHR = 1
				AG = 0
				PHR =
				COP = 0
				MOR = 1
				CP = 0
				PER = 0
				PSV = 1

Ratios, Percentages, and Derivations

CORE			AFFECT			INTERPERSONAL		
R = 30	L = 1.14		FC : CF+C = 2:6			COP = 0	AG = 0	
Extratensive Avoidant			Pure C = 2			GHR : PHR = 1:		
EB = 1:8	EA = 9	EBper = No	SumC':WsumC = 2:8			a : p = 3:2		
eb = 4:2	es = 6	D = +1	Afr = 0.76			Food = 0		
	Adjes = 6	AdjD = +1	S (Space) = 7			SumT = 0		
			B'Blends : R = 1:30			Human cont. = 1		
			CP = 0			Pure H = 1		
FM = 3	SumC' = 2	SumT = 0	Col-shd bl. = 0			PER = 0		
m = 1	SumV = 0	SumY = 0				Isol.index = 0.23		
IDEATION			MEDIATION			PROCESSING		
a : p = 3:2	XA% = 0.7		Zf = 15			SELF-PERCEPTION		
Ma:Mp = 0:1	WDA% = 0.74		W:D:Dd = 13:10:7			3r+(2)/R = 0.03		
Intell = 1	X-% = 0.3		W:M = 13:1			Fr+rF = 0		
MOR = 1	S- = 4		Zd = 3.5			Sum V = 0		
Sum6 = 0	P = 3		PSV = 1			FD = 0		
WSum6 = 0	X+% = 0.4		DQ+ = 0			An+Xy = 3		
Lv2 = 0	Xu% = 0.3		DQv = 5			MOR = 1		
M- = 0						H: (H)+Hd+ (Hd) = 1:0		
M none = 0								
PTI = 1	DEPI = 4	CDI = 2	SCON = 5	HVI = No	OBS = No			

Protokol V. je validní. Úroveň Lambdy je mírně zvýšená a svědčí o vyhýbavějším chování. Protokol bude přesto konzervativně interpretován, jelikož pacientka během celého vyšetření projevovala velmi dobrou a adekvátní snahu.

První pozitivní klíčová proměnná je klíčová proměnná $Lambda > 0.99$. Podle pravidel Komprehensivního systému bude sedm datových sekcí interpretováno v následujícím pořadí: Sekce zpracování dat, Mediační, Ideální, Centrální, Afektivní, Sebepercepční a sekce Interpersonální.

1) Sekce zpracování dat:

Úroveň Lambdy je mírně zvýšená a svědčí o vyhýbavějším stylu, který může být přechodný nebo představuje trvalejší formu vyrovnávání se s novými situacemi, což může ovlivnit zpracovávání informací.

Zf ukazatel s počtem 15 značí vysoké úsilí pacientky věnované zpracovávání příchozích informací. Toto úsilí může být dále spojeno také s potřebami výkonu či perfekcionismem.

Více k úsilí věnované zpracování ukazuje index ekonomie $W:D:Dd$, který je u neobvyklých detailů vysoký. Jedná se o nezvyklé zaměření na malé, nezvyklé nebo nepodstatné detaily. Pacientka může ztrácet přehled o základních, důležitých informacích kvůli zaměření na tyto malé části, což může vést ke zkreslenému vnímání a problémům v myšlení.

Další aspirační ukazatel $W:M$ poukazuje na vyšší úsilí ve zpracování a potřebě výkonu. Pacientka vkládá více úsilí do zpracování informací, než může fakticky nebo efektivně zvládnout. Jedná se o přeceňování zdrojů. Snaží se dosáhnout více, než je z hlediska jejích aktuálních schopností rozumné. Tato tendence může zvyšovat riziko selhání nebo sytit frustraci. U dětí a dospívajících je toto přeceňování vlastních sil relativně běžný jev.

Proměnná Zd je zvýšená a poukazuje na pacientky větší úsilí při skenovacích aktivitách. Její snaha vyhnout se nedbalosti vede k investování většího úsilí do snímání

okolí, než by bylo nutné. Tento styl sám o sobě přináší vyšší přesnost při získávání informací pro rozhodnutí. Může ale také rozhodování jako takové ztížit a činit pacientku nerozhodnou, jelikož se zabývá zároveň i méně podstatnými informacemi.

Mírně zvýšená hodnota PSV naznačuje potenciální potíže v přenášení pozornosti a může znamenat menší efektivitu při zpracování informací.

Nízký ukazatel $DQ+$ a zvýšené DQ' poukazují na neadekvátní zpracování informací a problémy zejména v řešení komplexních situacích. DQ' byla podána obvykle jako první odpověď na tabuli, což naznačuje projevy impulzivity a dřívější odpověď, než byla pečlivě zpracována.

2) Mediační sekce:

Proměnné $XA%$, $WDA%$ a $X-%$ poukazují na významné mediační poškození s dysfunkcí v testování reality. Tato dysfunkce je u pacientky globální a zahrnuje i obvyklé a zřejmé podněty. Může rovněž způsobovat potíže s adaptací. Vyhýbavý styl pacientky není efektivní a je udržován distorzí reality.

Pacientka rovněž podala nízký počet populárních odpovědí P . Její chování je méně konvenční, a to i situacích, které jsou jednoduché. Toto chování potvrzuje také nízké $X+%$. Pacientčino nekonvenční chování je způsobeno převážně mediační dysfunkcí.

3) Ideální sekce:

Pacientčino chování je vyhýbavě extratenzivní. Tento styl je náchylný k ovlivňování emocemi a závislosti na zpětné vazbě z okolí. Pacientka často aplikuje řešení pokus-omyl. Dominance vyhýbavého stylu redukuje komplexnost, proto ve složitějších situacích není schopna rozlišit své emoční prožitky a adaptivně reagovat na jejich změny, což vede k impulzivnímu a neefektivnímu myšlení. Objevuje se jednoduchá a chybná logika s dopadem do selhávání v adaptaci. Tento styl je funkční, pokud pacientka může v dané situaci předvídat okolnosti a kde je vyjadřování emocí oceňováno.

Její styl myšlení je silně fixovaný a pacientka pouze obtížně mění své postoje a názory. Proměnná *a:p* poukazuje na neschopnost podívat se na situaci z jiné perspektivy než vlastní.

Indexy *HVI*, *OBS* a ukazatel *MOR* jsou negativní a nepoukazují tak na další stylistické rysy ohledně každodenního zvládnání a rozhodování pacientky. Neobvyklé úrovně periferní Ideační aktivity se u pacientky rovněž neprojeví.

Poměr *Ma:Mp* poukazuje na pacientčinu výraznou tendenci obranně nahrazovat realitu fantazií častěji než druzí lidé. Myšlení pacientky dále není poznamenáno neobvyklými faktory.

4) Centrální sekce:

Vyšší hodnota *AdjD* a průměrné *EA* společně poukazují na pacientčinu pevnější toleranci vůči stresu a kapacitu pro volní kontrolu. Pacientčiny zdroje pokrývají její zátěž.

Pacientka nicméně během vyšetření prožívala jistou kognitivní tenzi a zátěž pod indexem *eb*. Trs pro situační stres a impulsivitu jako takovou nelze dle hodnot ukazatele *D* a *AdjD* hodnotit.

5) Afektivní sekce:

Pacientčino chování je vyhýbavě extratenzivní. Tento styl je náchylný k ovlivňování emocemi a závislosti na zpětné vazbě z okolí. Pacientka často aplikuje řešení pokus-omyl. Dominance vyhýbavého stylu redukuje komplexnost, proto ve složitějších situacích není schopna rozlišit své emoční prožitky a adaptivně reagovat na jejich změny, což vede k impulzivnímu a neefektivnímu myšlení. Objevuje se jednoduchá a chybná logika s dopadem do selhávání v adaptaci. Tento styl je funkční, pokud pacientka může v dané situaci předvídat okolnosti a kde je vyjadřování emocí oceňováno.

Proměnná *Afr* je v pásmu průměru a pacientka je tak ochotná účastnit se emoční výměny stejně jako většina populace.

Poměr $FC:CF+C$ ukázal na významnou laxnost pacientky v kontrole emocí, což může poukazovat také na impulzivitu. Tato skutečnost pravděpodobně narušuje její sociální adaptaci a mohou se vyskytovat problémy v testování reality.

Pacientčin prožívaný generalizovaný vztek pod zvýšeným ukazatelem S má vliv na její rozhodování a copingové strategie. Její silně negativní postoj k okolí a odpor i k základním kompromisům významně ovlivňuje také její sociální adaptaci kvůli obtížím s kontrolou a zvládnutím emocí.

6) Sebepercepční sekce:

Sebeobraz pacientky není odrazem stylistických rysů osobnosti. Indexy HVI a OBS jsou negativní a ukazatel narcistních rysů je nulový.

Index egocentricity má pacientka podprůměrný a úroveň její sebehodnoty a sebezaujetí není typická jejímu věku. Pacientčina sebeúcta je negativní a sama sobě nevěnuje pozornost nebo se tomu vyhýbá. Takto snížený index může být rovněž prekurzorem deprese. Nízké zaujetí sebou sama potvrzují nízké ukazatele FD a V s nulovou hodnotou.

Zvýšené hodnoty $An+Xy$ ukazují rovněž na znepokojení nad vlastním sebeobrazem.

7) Interpersonální sekce:

Pacientka nemá výrazně limitované sociální dovednosti při negativním CDI indexu. Pacientka nevykázala ani další neobvyklé osobnostní rysy, které by ovlivňovaly vnímání druhých nebo interakce s nimi.

Potřeba blízkosti jako taková se pod proměnnou T jeví jako nízká. Pacientka potřeby blízkosti nemá či je zažívá nezvyklými způsoby. Je také velmi konzervativní v blízkých interpersonálních situacích. Nízký index $SumH$ poukazuje na velmi nízký zájem až nezájem o druhé lidi. Ukazatele pro defenzivnost v sociálních interakcích jako takové nejsou přítomny.

Pacientčíným dominantním rysem je zejména je vyhýbavě extratenzivní chování. Je náchylná k ovlivňování emocemi a závislosti na zpětné vazbě z okolí. Často aplikuje řešení pokus-omyl. Toto chování redukuje komplexnost, proto ve složitějších situacích není schopna rozlišit své emoční prožitky a adaptivně reagovat na jejich změny, což vede k impulzivnímu a neefektivnímu myšlení. Objevuje se jednoduchá a chybná logika s dopadem do selhávání v adaptaci. Styl myšlení má silně fixovaný a není schopná podívat se na situace i z jiné perspektivy. Pacientka rovněž projevila tendenci obranně nahrazovat realitu fantazií. Její úsilí věnované zpracovávání přichozích informací je přes to velmi vysoké a je spojeno také s potřebami výkonu. Vkládá více úsilí do zpracování informací, než může efektivně zvládnout. Snaží se dosáhnout více, než je z hlediska jejích aktuálních schopností rozumné a tato tendence může zvyšovat riziko selhání nebo sytit frustraci. Její zpracování informací jako takové zároveň neprobíhalo zcela adekvátně a měla problémy zejména v řešení komplexních situacích. Zaměřuje se na nepodstatné detaily a může ztráct přehled o základních, důležitých informacích a získává tak zkreslené vnímání a problémy v myšlení. Tyto problémy dále způsobují její méně konvenční chování, a to i v situacích, které jsou jednoduché. Její tolerance vůči stresu je přitom relativně vysoká. Pacientka dále vykazuje významnou laxnost v kontrole emocí. Tato skutečnost pravděpodobně narušuje její sociální adaptaci a mohou se vyskytovat problémy v testování reality. Je ovšem ochotná účastnit se emoční výměry stejně jako většina populace. Má ovšem nízkou potřebu blízkosti a zájem o druhé lidi jako takový. V blízkých interpersonálních situacích je velmi konzervativní. Prožívá také generalizovaný vztek a její silně negativní postoj k okolí a odpor i k základním kompromisům také významně ovlivňuje její sociální adaptaci kvůli obtížím s kontrolou a zvládnutím emocí. Snížená modulace emocí nebo jejich neúměrná redukce je u pacientky častější. Pacientka nemá nijak výrazně limitovány sociální dovednosti a nevykázala ani další neobvyklé osobnostní rysy, které by ovlivňovaly vnímání druhých nebo interakce s nimi. Úroveň její sebehodnoty a sebezaujetí ovšem není typická jejímu věku. Sebeúctu prožívá negativní a prožívá také nízké zaujetí sebou sama a obecné znepokojením nad vlastním sebeobrazem.

Konstatujeme, že mezi nejvýraznější znaky protokolu patří:

- Vyšší Zf , Zd a $W:M$ ukazatele úsilí ve zpracování informací
- Zaměření na neobvyklé detaily Dd
- Poškozené testování reality $XA\%$, $WDA\%$ a $X-\%$
- Nízký počet P
- Vyhýbavě extratenzivní chování
- Silně fixovaný styl myšlení $a:p$
- Nadměrné užívání fantazie Mp
- Laxní kontrola emocí $FC:CF+C$
- Zvýšený negativní postoj k okolí S
- Podprůměrný Index egocentricity
- Nízké sebezaujetí FD a V
- Zvýšené hodnoty $An+Xy$
- Nízká potřeba blízkosti T
- Nízký index $SumH$

7.6. Kazuistika 6

Šestá kazuistika je 17leté pacientky, která nyní studuje třetí ročník na obchodní akademii. Učitelé ji hodnotí jako šikovnou, ale momentálně propadá z účetnictví. Se spolužáky se moc nebaví. Říká, že mezi nimi nemá kamarády. Je spíše tichá a uzavřená. Školu celkově hodnotí jako náročnou a zhoršení svých potíží vidí hlavně kvůli stresu z angličtiny.

Porod probíhal bez komplikací, psychomotorický vývoj v normě. Pacientka prodělala běžná dětská onemocnění. V roce 2017 nalétla na okraj postele a poranila si vnější genitálie, operace v narkóze. Menarché ve 13 letech, momentálně od listopadu 2019 amenorea z důvodu nízkého příjmu potravy. Alergie neguje, návykové látky neguje v celé šíři.

Matka, 56let, pracující jako úřednice, zdráva. Otec, 60let, pracující rovněž jako úředník, diabetes insipidus, hypertenze. Psychiatrická heredita v rodině neudána. Žije s oběma rodiči v bytě. Vztah s matkou hodnotí jako velmi blízký, s otcem si pacientka moc nerozumí. Vnímá ho jako přísného a ani si moc nepovídají. Nelíbí se jí, že na ni rodiče tlačí kvůli škole, zejména otec. Když se mu svěří, že je kvůli škole ve stresu, tak jí řekne, že je jen líná a hledá výmluvy.

Pacientka užívá Zoloft 100mg a Olanzapin 5mg. Pacientka byla poprvé hospitalizována v listopadu 2014 na dětské psychiatrii pro problémy s obsedantně-kompulzivními myšlenkami, na které je do teď ambulantně léčena.

Pacientka byla drobnější postavy, vyšší, upravená, lucidní a orientována všemi směry. Spolupracovala dobře a kontakt včetně očního navazovala. Řeč byla plynulá, slovník přiměřený věku, myšlení bylo logické a její odpovědi přiléhavé. Emotivita byla křehká, psychomotorické tempo v normě. Patrné známky tenze. Přichází do Psychiatrické nemocnice Bohnice s diagnózou mentální anorexie F50.0 překladem z kliniky dětí a dorostu ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady s váhou 36.9 kg při výšce 169 cm.

Pacientka ochotně spolupracovala po celou dobu vyšetření a během úvodního interview uvedla, že je hospitalizovaná v psychiatrické léčebně Bohnice týden. Rorschachovou metodou byla vyšetřena rovněž poprvé. Vyšetření proběhlo během jejího 1 týdne pobytu v psychiatrické léčebně Bohnice ve vyšetřovně. Pacientka byla s metodou obeznámena podle popisu v kapitole 6.2.2. Administrace Rorschachovy metody a před samotným vyšetřením rovněž proběhl krátký rozhovor.

Rodiče uvádí, že pacientka začala postupně ztrácet na váze. Když byli na kontrole u praktického lékaře, shledal, že je nutné pacientku hospitalizovat. Do minulého týdne měla nanogastrickou sondu v nose. Od listopadu 2011 začala držet dietu kvůli průjmům. Postupně hubla, vynechávala svačiny a jedla hodně málo, spíše zeleninu. Ze strachu zavolali 1. ledna záchrannou službu a nechali ji odvézt do nemocnice, kde nakonec podepsali reverz, protože se tam pacientka cítila ještě hůře. Mysleli, že to doma zvládnou. Váha se zpočátku držela, později ale začala drasticky klesat. Na přelomu roku 2014 a 2015 byla hospitalizována v Motole. Předtím se ambulantně pro poruchy příjmu potravy neléčila. Byla hodně ve stresu ze školy a začala hodně upravovat své oblečení, skládat ho,

mýt si častěji ruce. V rámci mentální anorexie si pacientka v noci přepočítává z hlavy kalorie, kolik toho za den snědla.

Pacientka říká, že se cítí kvůli hospitalizaci smutná a chtěla by co nejdříve domů. Uvádí, že neví, jak je možné, že je tolik hubená. Myslí si, že se stravuje adekvátně a svým problémům nerozumí. Uvádí, že poprvé výrazně zhubla, když byla týden nemocná a bylo jí špatně. Cítila se fyzicky lépe a řekla si, že by si chtěla takovou postavu udržet. Potom ale nemohla už vůbec jíst. Chtěla, aby za ní rodiče jezdili častěji a stále se ptá lékařů, kdy už ji pustí domů a zda-li by nemohli hospitalizaci zkrátit.

Do budoucna by si přála, aby mohla být zase doma a byla zdravá. Až bude velká, chtěla by být úřednice, protože rodiče jsou taky úředníci a nenapadá ji, co jiného by mohla dělat. Ráda tancuje, baví ji tenis a chodí na procházky do přírody.

Protokol - Protokol VI. - f/17

1) I - Orientace A - ^

Čert.

E: OO

S: Tady ta bílá jsou oči, tady jazyk, tady rohy.

E: Čím ti to připomnělo čerta?

S: Jak jsem se na to podívala, tak asi těma očima a ten jazyk.. Ten tvar. Celkově tvar toho obličejce.

2) I - Orientace A - ^

Nějaký jakoby motýl nebo brouk.

E: OO

S: Tady oči, jakoby ručičky, ty nožičky. A tady jakoby křídla z obou stran.

E: Čím ti to připomnělo brouka?

S: Asi právě tím předkem, tím obličejem tady.

3) I - Orientace A - ^

Dva andělíčky, že jdou k sobě.

E: OO

S: Je to jakoby to křídlo. Mohl by to být i andělíček a tady jejich hlavičky u sebe.

E: Říkala jsi, jdou k sobě?

S: No, že tady je jeden z týchle strany a tady druhý.

E: Vypadá to, že jdou?

S: Že jsou k sobě přiblížený. Tady jak je ta hlava, křídla, nohy.

4) II - Orientace A - ^

Beruška.

E: OO

S: Tady to celé. Napadlo mě to tím zbarvením.

E: Zbarvením?

S: Jo.

E: Jak to myslíš?

S: Červená a černá.. Mě napadlo, že by to mohla být barva pro berušku.

5) II - Orientace A - ^

Taky možná nějaký jako čert.

E: OO

S: No, to taky tady, jako oči a tady zase ten jazyk vyplazenej.

E: Vyplazenej?

S: Jo.

E: Říkáš vyplazený jazyk?

S: No že jak je to červený jako a jakoby takový.. No čert vypadá tak jako děsivě, ten jazyk tak trochu i vypadá tvarem.

6) II - Orientace A - ^

Potom jako kdyby tam byl nějaký šperk vevnitř.

E: OO

S: Jo, ten bílejší vnitřek.



E: Bílejší?
S: Jo, to bílý.
E: Čím ti to připomnělo šperk?
S: Tím tvarem. Takhle by mohl nějaký vypadat.

7) II - Orientace A - ^

Nějaký jakoby zezdola motýl jako kdyby tam byl.

E: OO
S: Jo.
E: Čím ti to připomnělo motýla?
S: Tady hlavně ty křídla na stranách.

8) II - Orientace A - ^

Nebo jakoby srdce třeba.

E: OO
S: Zase tohle. Je to jako tvar srdce a barva srdce.

9) II - Orientace A - ^

A ze shora možná nos.

E: OO
S: Tady nahoře, je to tvar nosu trochu.

10) III - Orientace A - ^

Divočák.

E: OO
S: Jakoby tady ten tvar celkově. Vidím tam obrázek divočáka.
E: Můžeš mi ukázat, kde vidíš divočáka?
S: No je to tady bez těch tohohle červeného (D2) - to černý po straně a to červený vevnitř jako oči.
E: Červený očí?
S: Jo.
E: Čím ti to připomnělo divočáka?
S: Asi tvarem.

11) III - Orientace A - ^

Možná nějaká mašlička, že tam je.

E: OO
S: Tady to červený, tím tvarem.

12) III - Orientace A - ^

Nějaký jako kdyby ptáčkové, že k sobě jakoby letějí.

E: OO
S: Tady zobáčky, tady křídla, vypadají jako když letí.

13) III - Orientace A - ^

Potom asi obrácený strom, jako vzhůru nohama.

E: OO
S: Tady je koruna a tady jakoby špička.
E: Čím ti to připomnělo strom?
S: Jak je to tady vlnitý, jako ty větvičky, ten tvar.



14) IV - Orientace A - ^

Tady bych taky viděla možná nějakýho toho divočáka.

E: OO

S: Zase celá ta skvrna. Jakoby tady uši a tady rypáček a tady kly po straně.

E: Hlava divočáka teda?

S: Jo.

E: Čím ti to připomnělo divočáka?

S: Tak ten tvar asi.

15) IV - Orientace A - ^

Možná netopýr.

E: OO

S: Zase jakoby z druhé strany. Že má křídla a obličej tady, nožičky, a konec těla.

16) IV - Orientace A - ^

Nějaký dvě můry, co k sobě letí.

E: OO

S: Tady ty dva obrazce vevnitř, že se k sobě blíže.

E: Blíže?

S: Letí k sobě.

E: Čím ti to připomnělo můru?

S: Asi tím tvarem.

17) IV - Orientace A - ^

Nebo možná jako nějaký dva lidi s trumpetou z těch stran.

E: OO

S: Tady dle jakoby obličej a tady trumpeteta. Z druhé strany to samé. Jenom to bílé.

E: Čím ti to připomnělo lidi s trumpetou?

S: No nejvíc tou trumpetou, vypadá to tak, i ty obličej.

18) V - Orientace A - ^

Asi taky nějaká můra nebo motýl.

E: OO

S: Tady křídla a vlastně hlavička tady, a tady křídla a konec těla.

19) V - Orientace A - ^

Možná jako dva draci.

E: OO

S: No tady jakoby křídlo - že jsou vlastně naproti sobě a blíží se k sobě.

E: Blíží?

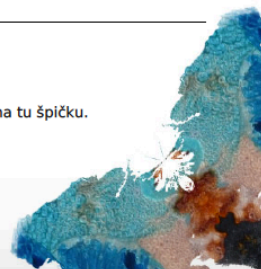
S: No jsou vlastně u sebe a tady mají zase ty hlavy u sebe a křídla a zbytek těla.

20) VI - Orientace A - ^

Bych řekla mmm... Jak je vlastně... ozdoby Vánoční na stromečku, tak ta špička jakoby, ta ozdoba na tu špičku.

E: OO

S: Že vlastně tady to je úplně ten vršek, co se nasazuje na stromeček. Celá taková ta špička.



21) VI - Orientace A - ^

Potom asi vložka.

E: OO

S: Je to jakoby obráceně tady vložka a tady konec vložky, jakoby tím tvarem.

E: Jako zimní vložka?

S: Jo, ano.

22) VI - Orientace A - ^

Nějaký šperk jako od náhrdelníku.

E: OO

S: No, tak celkové zase, že tady by se to jenom připnulo k tomu řetízku, má to ten tvar.

23) VI - Orientace A - ^

Taky nějaký brouk možná.

E: OO

S: Tady má klepeta zase, tady má ocas a tady nožičky, tělo... Tvarem, těma klepetama, tou hlavičkou a tak.

24) VI - Orientace A - ^

Dva obličej se k sobě přibližují.

E: OO

S: Tady nos a pusa. Připomnělo mi to obličej.

E: Řikáš přibližují?

S: No, že jsou jakoby kousek od sebe.

25) VI - Orientace A - ^

A možná jakoby dvě ruce, co se k sobě blíže.

E: OO

S: Tady palec a tady celá ruka, ostatní prsty.

E: Řikáš blíže?

S: Tady jsou palce oba dva proti sobě.

26) VII - Orientace A - ^

Tak taky asi nějaký brouk mě napadne.

E: OO

S: Tady má nožičky, tady vlastně není vidět to tělo, ale jen ty nožičky. Okraj toho brouka.

E: Okraj brouka?

S: Není vybarvenej vevnitř. A spodek těla tady, hlavička a celé tělo není vidět.

E: A čím ti to nejvíc připomnělo tuhle část brouka?

S: Těma nožičkama.

27) VII - Orientace A - ^

Náhrdelník nebo náramek ještě taky možná.

E: OO

S: No, že tady se to připne ke krku ze shora.

E: Čím ti to připomnělo náhrdelník?

S: Tím tvarem.

28) VII - Orientace A - ^

Žezlo, jakoby vršek žezla.



E: OO

S: Je to obráceně - ta koule nahoře na tom žezle tady a tady to pokračuje dál.

29) VII - Orientace A - ^

A jakoby takový dva smějící se obličej jako.

E: OO

S: Oko a pusa tady.

E: A čím ti to připomnělo obličej?

S: Když jsem se zaměřila na to bílý, tak to tak vypadá.

E: Smějící se?

S: No ta pusa je jakoby do úsměvu.

30) VIII - Orientace A - ^

Nějaký možná list podzimní.

E: OO

S: Jo, tou barvou mi to připomnělo.

31) VIII - Orientace A - ^

Nějaký motýl.

E: OO

S: Ta oranžovo-růžová tady.

E: A čím ti to připomnělo motýla?

S: Tvarem a barevností.

32) VIII - Orientace A - ^

Jakoby nějaký jakoby les trochu.

E: OO

S: Tady je to zelený, mohlo by to být lesní prostředí s tím zeleným. Celá ta karta je lesní prostředí.

E: Čím ti to připomnělo lesní prostředí?

S: Těma barvama.

33) VIII - Orientace A - ^

Jakoby vršek jehličnanu.

E: OO

S: Tady ta jedna barva jakoby špička.

E: Čím ti to připomnělo špičku?

S: Je to zelený a má to tvar jako špička stromu, tady.

34) VIII - Orientace A - ^

Nějaká korunka.

E: OO

S: Tady je vršek korunky.

E: Korunky?

S: No jako koruny na hlavu co se dává.

E: Čím ti to připomnělo korunu?

S: Tím tvarem.

35) VIII - Orientace A - ^

A jakoby okraje od nohou berušek.

E: OO



E: OO

S: Je to obráceně - ta koule nahoře na tom žezle tady a tady to pokračuje dál.

29) VII - Orientace A - ^

A jakoby takový dva smějící se obličej jako.

E: OO

S: Oko a pusa tady.

E: A čím ti to připomnělo obličej?

S: Když jsem se zaměřila na to bílý, tak to tak vypadá.

E: Smějící se?

S: No ta pusa je jakoby do úsměvu.

30) VIII - Orientace A - ^

Nějaký možná list podzimní.

E: OO

S: Jo, tou barvou mi to připomnělo.

31) VIII - Orientace A - ^

Nějaký motýl.

E: OO

S: Ta oranžovo-růžová tady.

E: A čím ti to připomnělo motýla?

S: Tvarem a barevností.

32) VIII - Orientace A - ^

Jakoby nějaký jakoby les trochu.

E: OO

S: Tady je to zelený, mohlo by to být lesní prostředí s tím zeleným. Celá ta karta je lesní prostředí.

E: Čím ti to připomnělo lesní prostředí?

S: Těma barvama.

33) VIII - Orientace A - ^

Jakoby vršek jehličnanu.

E: OO

S: Tady ta jedna barva jakoby špička.

E: Čím ti to připomnělo špičku?

S: Je to zelený a má to tvar jako špička stromu, tady.

34) VIII - Orientace A - ^

Nějaká korunka.

E: OO

S: Tady je vršek korunky.

E: Korunky?

S: No jako koruny na hlavu co se dává.

E: Čím ti to připomnělo korunu?

S: Tím tvarem.

35) VIII - Orientace A - ^

A jakoby okraje od nohou berušek.

E: OO



S: Nožičky a kousek těla.
E: Čím ti to připomnělo?
S: Já nevím. Přišlo mi to jako nožičky a červený jako beruška.

36) VIII - Orientace A - ^

A potom, jakoby když se zaměřím na to bílý, kolo pneumatiky.

E: OO
S: Tady, vypadá to tak.

37) IX - Orientace A - ^

Napadl mě semafor jako ty barvy světel.

E: OO
S: Jo no, prostě ty barvy jako na semaforu.

38) IX - Orientace C - v

Potom možná rak nebo štír.

E: OO
S: Tady klepeta a tělo.
E: A čím ti to připomnělo?
S: Tvarem.

39) IX - Orientace A - ^

Asi beruška.

E: OO
S: Asi tadydle. Tady má obličej a tady pokračuje tělo.
E: Čím ti to připomnělo berušku?
S: Že je to červený a asi trochu tvarem
ta hlavička, tykadla...

40) IX - Orientace A - ^

Motýl.

E: OO
S: Tady to zelený. Je to jako křídla, tělíčko.
E: Zelený?
S: Tady.
E: Čím ti to připomnělo motýla?
S: Hlavně téma křídla.

41) IX - Orientace A - ^

Potom možná jakoby oči žáby.

E: OO
S: Tadyhle ty kousky.
E: Žáby?
S: Nějak mi to připomnělo žábu, takhle by mohly její oči vypadat.

42) IX - Orientace A - ^

Potom jakoby takový obličej.

E: OO
S: Tady oko, nos, pusa - jakoby zub.
E: Aha, a čím ti to připomnělo obličej?



S: Tvarem.

43) IX - Orientace A - ^

Potom jakoby takovová jakoby padající jakoby koule třeba asi.

E: OO

S: Jakoby z tohohle bílýho, že padá tady ten kousek bílej, třeba sněhová koule.

E: Sněhová?

S: No je bílá. Jako se odlomil kus z toho sněhu a padal dolu.

44) IX - Orientace A - ^

A potom možná ještě takovej pohár nebo kalich.

E: OO

S: Tím tvarem, tady podstavec a vršek.

45) X - Orientace A - ^

Nějaká louka.

E: OO

S: No.

E: Čím ti to připomnělo louku?

S: Jakoby tou barevností, tím seskládáním. Jsou v tom různé tvary.

46) X - Orientace A - ^

Mohl by tam být nějaký most.

E: OO

S: Tady vlastně jakoby pokračuje.

E: Pokračuje?

S: Tady do dálky někam, tam už není namalovaný. Tady je začátek, konec není vidět.

E: Čím ti to připomnělo most?

E: Takhle může most vypadat.

47) X - Orientace A - ^

Květiny.

E: OO

S: Jak je tady ten oranžovej střed, to žlutý okolo jsou kvítky.

48) X - Orientace A - ^

Nějaký ten luční koník.

E: OO

S: Tady jakoby obrácenej - tělíčko, tykadla dlouhá.

E: Čím ti to připomnělo koníka?

S: Že je to zelený a má dlouhý tykadla.

49) X - Orientace A - ^

Nějaký jezírko.

E: OO

S: Tadydle to modrý. Je to jako jako voda.

50) X - Orientace A - ^

Tráva možná.



E: OO

S: Tadyhle hlavně (ukazuje). Tady to zelený, protože je to zelený. Jak jsem přemýšlela o té louce, nebo zahradě a parku, tak mě napadla ta tráva.

51) X - Orientace A - ^

Jo, potom možná jakoby nějaký běžící srnky.

E: OO

S: Tady jakoby hlavička, nožičky přední tělo a zadní nožičky. Z druhé strany to samé jen obrácené.

E: Říkáš běžící?

S: Přejde mi, že jakoby běží, že mají napnutý nožičky v běhu.

E: Čím ti to připomnělo srnku?

S: Možná, že je to hnědý, a tvarem.

52) X - Orientace A - ^

Potom zase možná obrácený pohár nebo kalich.

E: OO

S: Zase tady takhle - nahoře se rozšiřuje.

53) X - Orientace A - ^

Zvonečky.

E: OO

S: Dva zvonečky.

E: Čím ti to připomnělo zvonečky?

S: Tadyhle jakoby tvarem. Vidím tam zvonečky.

54) X - Orientace A - ^

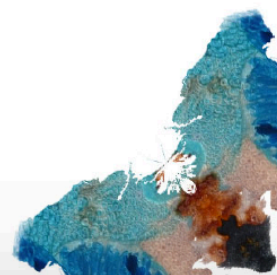
Velkej zvon taky.

E: OO

S: Zase tady, jakoby to bílý, ten výřez.

E: A čím ti to připomnělo zvon?

S: Taky jakoby tím tvarem.

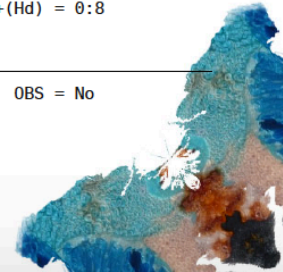


Pozn.

Loc. feat.	Blends	Singles	Contents	Approach
Zf = 41 Zsum = 166 Zest = 141.5 Zd = 24.5	mp.C' FMa.C	M = 2 FM = 4 m = 0 FC = 2 CF = 7 C = 6 Cn = 0 FC' = 1 C'F = 0 C' = 0 FT = 0 TF = 0 T = 0 FV = 0 VF = 0 V = 0 FY = 0 YF = 0 Y = 0 Fr = 0 rF = 0 FD = 0 F = 30	H = 0 (H) = 1 Hd = 5 (Hd) = 2 Hx = 0 A = 15 (A) = 1 Ad = 4 (Ad) = 0 An = 2 Art = 8 Ay = 0 Bl = 0 Bt = 5 Cg = 1 CL = 0 Ex = 0 Fd = 0 Fi = 0 Ge = 0 Hh = 2 Ls = 2 Na = 3 Sc = 4 Sx = 0 Xy = 0 Id = 0	I: WS W Dd II: W W DS D D DdS III: Dd D DdS DdS IV: Dd W DdS DdS V: W W VI: W W W W DdS DdS VII: W W DS DdS VIII: W D W D W D DdS IX: W DS D D DdS DdS DdS DS X: W D D D D D D DdS D DdS Special Scores Lv11 Lv12 DV = 2 x1 0 x2 INC = 0 x2 0 x4 DR = 0 x3 0 x6 FAB = 0 x4 0 x7 ALOG = 0 x5 CONT = 0 x7 Sum6 = 2 WSum6 = 2 AB = 0 GHR = 2 AG = 1 PHR = 6 COP = 0 MOR = 0 CP = 0 PER = 0 PSV = 1
W = 18 D = 19 W+D = 37 Dd = 17 S = 19				
DQ + = 1 o = 48 v/+ = 0 v = 5				
	FQ: MQ: W+D:			
+ = 0 o = 10 u = 30 - = 14 none = 0	0 0 10 0 1 19 1 8 0 0 0		(2) = 17	

Ratios, Percentages, and Derivations

CORE R = 54 Extratensive Avoidant EB = 2:18.5 eb = 6:2	L = 1.25 EA = 20.5 es = 8 Adjes = 8	EBper = No D = +4 AdjD = +4	AFFECT FC : CF+C = 2:14 Pure C = 7 SumC':WsumC = 2:18.5 Afr = 0.86 S (Space) = 19 Blends : R = 2:54 CP = 0 Col-shd bl. = 0	INTERPERSONAL COP = 0 AG = 1 GHR : PHR = 2:6 a : p = 4:4 Food = 0 SumT = 0 Human cont. = 8 Pure H = 0 PER = 0 IsoL.index = 0.24
FM = 5 m = 1	SumC' = 2 SumV = 0	SumT = 0 SumY = 0		
IDEATION a : p = 4:4 Ma:Mp = 0:2 Intell = 8 MOR = 0 Sum6 = 2 WSum6 = 2 Lv2 = 0 M- = 1 M none = 0	MEDIATION XA% = 0.74 WDA% = 0.78 X-% = 0.26 S- = 6 P = 1 X+% = 0.19 Xu% = 0.56	PROCESSING Zf = 41 W:D:Dd = 18:19:17 W:M = 18:2 Zd = 24.5 PSV = 1 DQ+ = 1 DQv = 5	SELF-PERCEPTION 3r+(2)/R = 0.31 Fr+rF = 0 Sum V = 0 FD = 0 An+Xy = 2 MOR = 0 H: (H)+Hd+(Hd) = 0:8	
PTI = 0	DEPI = 5*	CDI = 2	SCON = 7	HVI = Yes OBS = No



Protokol VI. je validní. Úroveň Lambdy je mírně zvýšená a svědčí o vyhýbavějším chování. Protokol bude přesto konzervativně interpretován, jelikož pacientka během celého vyšetření projevovala velmi dobrou a adekvátní snahu.

První pozitivní klíčová proměnná je klíčová proměnná $Lambda > 0.99$. Podle pravidel Komprehensivního systému bude sedm datových sekcí interpretováno v následujícím pořadí: Sekce zpracování dat, Mediační, Ideální, Centrální, Afektivní, Sebepercepční a sekce Interpersonální.

1) Sekce zpracování dat:

Úroveň Lambdy je mírně zvýšená a svědčí o vyhýbavějším stylu chování, který může být přechodný nebo představuje trvalejší formu vyrovnávání se s novými situacemi, což může ovlivnit zpracovávání informací. Pozitivní *HVI* index značí zaměření na vlastní zranitelnost a pocity ohrožení s negativními postoji k okolí, čímž specifickým způsobem rovněž zkresluje pacientčino zpracovávání informací.

Zf ukazatel s velice vysokým počtem značí pacientky vysoké úsilí věnované zpracovávání příchozích informací. Toto úsilí je pravděpodobně rovněž spojeno s pozitivním *HVI* indexem, který značí hypervigilantní přístup k přijímání informací. Jedná se o chronicky ostražitý postoj v důsledku nedůvěřivého pohledu na prostředí, který může být až paranoidní. Tato skutečnost vede k nezvyklému zájmu o detaily, v důsledku čehož se ztrácí širší obraz, a to dále vede k problémům při interpretaci informací. Značí také investování velké energie do skenování okolního světa a zpracovávání informací, a především snahu o včasné zjištění a předejití potenciálních hrozeb. V pozitivním slova smyslu tento index ovšem značí právě ono mimořádné úsilí ve zpracování.

Index *W:D:Dd* značí zmíněné nezvyklé zaměření na malé, nezvyklé nebo nepodstatné detaily, které může vést ke zkreslenému vnímání a problémům v myšlení. Společně s pozitivním *HVI* indexem značí nedůvěřivost pacientky se snahou minimalizovat riziko nejednoznačnosti. Pacientka hledá ohrožení v prostoru.

Další aspirační ukazatel *W:M* poukazuje na vyšší úsilí ve zpracování a potřebě výkonu. Pacientka vkládá více úsilí do zpracování informací, než může fakticky nebo

efektivně zvládnout. Jedná se o přeceňování zdrojů. Snaží se dosáhnout více, než je z hlediska jejích aktuálních schopností rozumné. Tato tendence může zvyšovat riziko selhání nebo sytit frustraci. U dětí a dospívajících je toto přeceňování vlastních sil relativně běžný jev.

Proměnná *Zd* je také velmi vysoká a poukazuje na pacientky větší úsilí při skenovacích aktivitách. Její snaha vyhnout se nedbalosti vede k investování většího úsilí do snímání okolí, než by bylo nutné. Tento styl sám o sobě přináší vyšší přesnost při získávání informací pro rozhodnutí. Může ale také rozhodování jako takové ztížit a činit pacientku nerozhodnou, jelikož se zabývá zároveň i méně podstatnými informacemi.

Mírně zvýšená *PSV* naznačuje potenciální potíže v přenášení pozornosti a může znamenat menší efektivitu při zpracování informací.

Nízký ukazatel *DQ+* a zvýšené *DQ^v* poukazují na neadekvátní zpracování informací a problémy zejména v řešení komplexních situacích. *DQ+* jako poslední odpověď na tabuli vypovídá o pacientčině zvyku setrvávat u podnětu, dokud nedojde k jeho nasnímání a pečlivější organizaci.

2) Mediační sekce:

Proměnné *XA%*, *WDA%* a *X-%* poukazují na významné mediační poškození s dysfunkcí v testování reality. Tato dysfunkce je u pacientky globální a zahrnuje i obvyklé a zřejmé podněty. Může rovněž způsobovat potíže s adaptací. Pacientčin vyhubý styl není efektivní a je udržován distorzí reality. Hodnota *WDA%* hovoří o zkresleném či ignorujícím vnímání i obvyklých vlastností podnětů. Pravděpodobně jde o důsledek emočního či ideačního rozruchu.

Pacientka rovněž podala nízký počet populárních odpovědí *P*. Její chování je méně konvenční, a to i situacích, které jsou jednoduché. Toto chování potvrzuje také nízké *X+%*. Řada pacientčiných rozhodnutí je sice nekonvenční, není to ovšem odrazem porušeného testování reality. Její řešení jsou nekonvenční, ale přijatelná, a často také neobvyklá. Pacientka není významně ovlivněna požadavky okolí a jeho očekáváním.

3) Ideální sekce:

Chování pacientky je vyhýbavě extratenzivní. Tento styl je náchylný k ovlivňování emocemi a závislosti na zpětné vazbě z okolí. Pacientka často aplikuje řešení pokus-omyl. Dominance vyhýbavého stylu redukuje komplexnost, proto ve složitějších situacích není schopna rozlišit své emoční prožitky a adaptivně reagovat na jejich změny, což vede k impulzivnímu a neefektivnímu myšlení. Objevuje se jednoduchá a chybná logika s dopadem do selhávání v adaptaci. Tento styl je funkční, pokud pacientka může v dané situaci předvídat okolnosti a kde je vyjadřování emocí oceňováno. S pozitivním *HVI* indexem se pacientka dále zaměřuje na ostražitost před svým okolím a prožívá tak pocity zranitelnosti a ohrožení. Neobvyklé úrovně periferní ideální aktivity se u pacientky neprojeví.

Poměr *Ma:Mp* poukazuje na pacientčinu výraznou tendenci obranně nahrazovat realitu fantazií častěji než druzí lidé.

Vysoký Index intelektualizace poukazuje na používání intelektualizace jako hlavní obranné strategie v situacích, které jsou pro ni emočně zatěžující. Tento proces tlumí emoce vyvolávající pocity tísně. Současně však snižuje skutečné porozumění situacím. Pacientka má tendenci být ve svém rozhodování více zranitelná a dezorganizovaná intenzivními emocemi, které její obranou proniknou, protože obvykle nedisponuje zralými strategiemi emoční regulace.

Pacientka pod proměnnou *Wsum6* vykazala jasné a koherentní myšlení, které odpovídá běžné populaci. Během vyšetření vykazala pouze mírnou kognitivní dysfunkci vyplývající z nepozornosti, snížené sebekontroly a neochoty propracovat adekvátní rozhodnutí.

Vyšší hodnota *M-* může reprezentovat náhlý ideální zmatek a zvláštnosti v myšlení. Poukazuje rovněž na sníženou schopnost empatie.

4) Centrální sekce:

Vyšší hodnota *AdjD* a průměrné *EA* společně poukazují na pacientčinu pevnější toleranci vůči stresu a kapacitu pro volní kontrolu. Zdroje pacientky pokrývají její zátěž.

Pacientka nicméně během vyšetření prožívala jistou kognitivní tenzi a zátěž pod indexem *eb*. Trs pro situační stres a impulsivitu jako takovou nelze dle hodnot ukazatele *D* a *AdjD* hodnotit.

5) Afektivní sekce:

Pacientka má s vyšším indexem *DEPI* potenciál pro časté zkušenosti s negativními náladami jako je deprese, tenze nebo úzkost. Obvykle však pacientka neprožívá periodické epizody negativních emočních prožitků.

Vykázala vyhýbavě extratenzivní chování, které je ovlivňováno emocemi a závislé na zpětné vazbě z okolí. Pacientka často aplikuje řešení pokus-omyl. Dominance vyhýbavého stylu redukuje komplexnost, proto ve složitějších situacích není schopna rozlišit své emoční prožitky a adaptivně reagovat na jejich změny, což vede k impulzivnímu a neefektivnímu myšlení. Objevuje se jednoduchá a chybná logika s dopadem do selhávání v adaptaci. Tento styl je funkční, pokud pacientka může v dané situaci předvídat okolnosti a kde je vyjadřování emocí oceňováno.

Vysoký Index intelektualizace poukazuje na používání intelektualizace jako hlavní obranné strategie v situacích, které jsou pro ni emočně zatěžující. Tento proces tlumí emoce vyvolávající pocity tísně. Současně však snižuje skutečné porozumění situacím. Pacientka má tendenci být ve svém rozhodování více zranitelná a dezorganizovaná intenzivními emocemi, které její obranou proniknou, protože obvykle nedisponuje zralými strategiemi emoční regulace. Průměrné hodnoty *Afr* hovoří o pacientčině ochotě účastnit se emoční výměny stejně jako většina populace.

Poměr $FC:CF+C$ ukázal na významnou laxnost pacientky v kontrole emocí, což může poukazovat také na impulsivitu. Tato skutečnost pravděpodobně narušuje její sociální adaptaci a mohou se vyskytovat problémy v testování reality.

Pacientčin prožívaný generalizovaný vztek pod vysokým ukazatelem *S* má vliv na její rozhodování a copingové strategie. Její silně negativní postoj k okolí a odpor i k základním kompromisům významně ovlivňuje také její sociální adaptaci kvůli obtížím s kontrolou a zvládnutím emocí.

6) Sebepercepční sekce:

Pacientka má pozitivní *HVI* index značící zaměření na vlastní zranitelnost a pocity ohrožení s negativními postoji k okolí. Selhání připisuje vnějším událostem. Narcistické osobnostní rysy *Fr* jsou negativní.

Index egocentricity má pacientka mírně podprůměrný a úroveň její sebehodnoty a sebezaujetí tak není typická jejímu věku. Sebeúcta pacientky je negativní a sama sobě nevěnuje pozornost nebo se tomu vyhýbá. Takto snížený index může být rovněž prekurzorem deprese. Nízké zaujetí sebou sama potvrzují nízké ukazatele *FD* a *V* s nulovou hodnotou.

Zvýšené hodnoty *An+Xy* ukazují rovněž na znepokojení nad vlastním sebeobrazem.

Sebeobraz a vlastní sebehodnota je u pacientky postavena na imaginaci a fantazii. Hodnota indexu $H:Hd+(H)+(Hd)$ vypovídá o menší zralosti a o pokřiveném obrazu sebe sama, což negativně ovlivňuje také její rozhodování a řešení problémů.

7) Interpersonální sekce:

Pacientka má pozitivní *HVI* index značící zaměření na vlastní zranitelnost a pocity ohrožení s negativními postoji k okolí. Selhání připisuje vnějším událostem. Nezvyklé závislé potřeby a chování *Fd* nevykazuje, stejně jako pasivní interpersonální styl.

Potřeba blízkosti jako taková se pod proměnnou *T* jeví jako nízká. Pacientka potřeby blízkosti nemá či je zažívá nezvyklými způsoby. Je také velmi konzervativní v blízkých interpersonálních situacích.

Pacientčin lidský obsah v protokolu poukazuje na obvyklý zájem o lidi, dostatečně jim ovšem nerozumí. Má tendenci špatně číst jejich chování a nesprávně interpretovat jejich sociální gesta. Tento nedostatek porozumění často vede k sociálním omylům a případně i k odcizení.

Do sociálních vztahů se zapojuje méně adaptivním chováním, než je žádoucí, což potvrzuje další ukazatel *GHR* a *PHR*. Očekávání od sociálních interakcí *COP* a *AG*

pacientka nemá pozitivní. V běžných interpersonálních situacích se cítí méně pohodlně, ale může mít i hluboké vztahy. Ostatními může být považována za rezervovanou až nespolečenskou. Indicie pro defenzivnost v sociálních interakcích nejsou přítomny.

Dominantním rysem pacientky je zejména vyhýbavě extratenzivní chování, které je ovlivňováno emocemi a závislé na zpětné vazbě z okolí. Pacientka často aplikuje řešení pokus-omyl. Tento styl redukuje komplexnost, proto ve složitějších situacích není schopna rozlišit své emoční prožitky a adaptivně reagovat na jejich změny, což vede k impulzivnímu a neefektivnímu myšlení. Objevuje se jednoduchá a chybná logika s dopadem do selhávání v adaptaci. Přestože pacientka projevila vysoké úsilí věnované zpracovávání přichozích informací a potřebu výkonu, toto chování je pravděpodobně spojeno s jejím hypervigilantním přístupem k přijímání informací. Pacientka má chronicky ostražitý postoj v důsledku nedůvěřivého pohledu na prostředí. Investuje velké množství energie do skenování okolního světa a zpracovávání informací, a především projevuje snahu o včasné zjištění a předejití potenciálních hrozeb. Její úsilí je větší, než může fakticky nebo efektivně zvládnout. Jedná se o přeceňování zdrojů. Snaží se dosáhnout více, než je z hlediska jejích aktuálních schopností rozumné. Tato tendence může zvyšovat riziko selhání nebo sytit frustraci. Přicházející informace zpracovává neadekvátně a má problémy v řešení komplexních situacích. Pacientka dále projevila dysfunkci v testování reality, která může rovněž narušovat její adaptaci. Její chování je méně konvenční, a to i v situacích, které jsou jednoduché. Její řešení jsou přes svou neobvyklost ovšem stále přijatelná. Pacientka má rovněž tendenci nahrazovat realitu fantazií a dále používá intelektualizaci jako hlavní obrannou strategii v situacích, které jsou pro ni emočně zatěžující. Má tendenci být ve svém rozhodování více zranitelná a dezorganizovaná intenzivními emocemi, které její obranou proniknou, protože obvykle nedisponuje zralými strategiemi emoční regulace. Její zdroje ovšem pokrývají zátěž a pacientka tudíž disponuje pevnější tolerancí vůči stresu. Má občasné zkušenosti s negativními náladami jako je deprese, tenze nebo úzkost a silně negativní postoj k okolí a odpor i k základním kompromisům, který významně ovlivňuje také její sociální adaptaci. V kontrole emocí je pacientka velmi laxní a mohou se u ní projevovat obtíže s emoční modulací. Její zaujetí sama sebou je velmi nízké a projevila znepokojením nad vlastním

sebeobrazem, který je postaven primárně na imaginaci a fantazii. Potřebu blízkosti s druhými lidmi má nízkou a v blízkých interpersonálních situacích je velmi konzervativní. O druhé lidi se zajímá, ale dostatečně jim nerozumí. Má tendenci špatně číst jejich chování a nesprávně interpretovat jejich sociální gesta. Tento nedostatek porozumění často vede k sociálním omylům.

Konstatujeme, že mezi nejvýraznější znaky protokolu patří:

- Pozitivní *HVT* index
- Vysoký ukazatel *Zf* a *Zd*
- Zaměření na nezvyklé detaily *Dd*
- Významné mediační poškození *XA%*, *WDA%* a *X-%*
- Nízký počet populárních odpovědí *P*
- Vyhýbavě extratenzivní chování
- Nahrazování reality fantazií *Mp*
- Vysoký Index intelektualizace
- Vyšší hodnoty indexu *DEPI*
- Laxnost pacientky v kontrole emocí *FC:CF+C*
- Vysokým ukazatelem *S*
- Nízké zaujetí sebou sama *FD* a *V*
- Zvýšené hodnoty *An+Xy*
- Nízká potřeba blízkosti *T*
- Negativní očekávání od sociálních situací *COP* a *AG*

7.7. Výsledky výzkumu

Protokoly Rorschachovy metody získané u adolescentů s mentální anorexií mají společné znaky. V předložených šesti kazuistikách lze přes řadu odlišných znaků v jejich protokolech najít následující společné znaky:

- 1) Nadměrné užívání fantazie manifestované zvýšenou proměnou *Mp*
- 2) Zaměření na neobvyklé detaily *Dd*
- 3) Nízká proměnná *X+%* značící časté nekonvenční chování způsobené mediační dysfunkcí
- 4) Snížené hodnoty ukazatelů *XA%* a *WDA%* vypovídající o mediační dysfunkci a narušeném testování reality

Pacientky zúčastněné tohoto výzkumu vykázaly v protokolech Rorschachovy metody nadměrné používání fantazie. Jedná se o výrazný styl, při kterém jsou úniky do fantazie běžnou taktikou, jak reagovat na nepřiměřené situace. Zahrnuje vyhýbání se odpovědnosti a rozhodování. Činí pacientky více bezmocnými a náchylnými k manipulaci od druhých, protože tento styl vyžaduje závislost na druhých. Vysoké úsilí věnované zpracování příchozích informací se zaměřením na neobvyklé detaily bylo rovněž významné. Jedná se o nezvyklé zaměření na malé, nezvyklé nebo nepodstatné detaily. Pacientky mohou ztrácet přehled o základních, důležitých informacích kvůli zaměření na tyto malé části, což může vést ke zkreslenému vnímání a problémům v myšlení. Přesnost vnímání je velmi nízká. Pacientky často interpretují informace nebo situace nezvyklým způsobem a svět vnímají podstatně jinak než většina lidí. Tato dysfunkce je u pacientek globální a týká se i obvyklých a zřejmých podnětů. Poukazuje také na časté nekonvenční chování. Jejich mediační dysfunkce bývají také odrazem výrazného odtržení od reality. Mediační aktivita je často chaoticky narušena způsobem, který vede k neefektivnímu nebo nepřiměřenému chování.

Ve většině protokolů bylo nalezeno několik dalších významných znaků. Přestože se tyto znaky nevyskytovaly ve všech protokolech, byly přítomny u většiny pacientů. Těmito charakteristickými znaky jsou:

- 1) Extratenzivní copingový styl (4/6)
- 2) Barvový typ vykazující výrazně sníženou kontrolu emocí (4/6)
- 3) Nízké *FD* a *V* zaujetí sebou sama (4/6)
- 4) Vysoké proměnné *An+Xy* vypovídající o zaměření na tělesné nedostatky (4/6)
- 5) Zvýšené *AdjD* poukazující na větší toleranci vůči stresu (4/6)
- 6) Vysoký ukazatel *Zf* úsilí ve zpracování (5/6)
- 7) Vyšší hodnota *DQv* značící dočasnou ztrátu kapacity v sofistikovaném kognitivním způsobu zpracování (5/6)
- 8) Vyšší hodnota proměnné *X-%* značící mediační poškození (5/6)
- 9) Zvýšená tendence k perseveraci (5/6)
- 10) Vysoký index *S* s opozičním mezilidským postojem (5/6)
- 11) Nízký počet populárních odpovědí (4/6)
- 12) Kognitivní speciální skóry zachycující narušený myšlenkový proces (5/6)

Většina pacientek zúčastněná výzkumu vykazuje extratenzivní copingový styl. Mají tendenci propojovat myšlení se svými emocemi a procesem rozhodování. Předpoklady ověřují na principu pokus – omyl. Jejich emoce hrají v procesu rozhodování podstatnou roli. V kontrole emocí rovněž projeví výraznou laxnost. Tato skutečnost pravděpodobně narušuje její sociální adaptaci a mohou se vyskytovat problémy i v testování reality. Pacientky dále vykazují mnohem menší sebezaujetí, než je obvyklé. U adolescentů značí jistou míru naivity směrem k sobě sama. Může se jednat o neschopnost introspekce. Na oblasti svých tělesných nedostatků jsou ovšem zaměřeny velmi silně. Nahlíží na sebe jako na fyzicky neadekvátní. Ruminace ohledně těla a sebeobrazu a může naznačovat znepokojivý pocit tělesné i duševní zranitelnosti. Toleranci vůči stresu jako takovou mají díky dostatečnému množství zdrojů relativně vyšší a vykazují tak schopnost kontrolovat stres ve stabilních každodenních situacích. Zpracování přichozích informací věnují velice vysoké úsilí, které může být dále spojeno s potřebami výkonu či perfekcionismem. Pacientky dále prokázaly závažné poškození mediace a testování reality,

které je obvykle spojeno s poruchami adaptace, a také prožívání hněvu a opoziční postoj. Pravděpodobně jde o osobnostní rys s výrazným dopadem na sociální postoje a rozhodování, přičemž hněv může být projevován i nepřímě. Pacientky mohou mít problémy s udržením smysluplných vztahů, protože mají potíže tolerovat běžné kompromisy, které mezilidské vztahy vyžadují. Jejich chování je méně konvenční, a to i v situacích, které jsou jednoduché. Projevila se u nich také dočasná ztráta kapacity v sofistikovaném kognitivním způsobu zpracování a dále byl u nich zachycen narušený myšlenkový proces. Kvalita zpracování informací je obvykle standardní, ale čas od času mají pacientky sklony zpracovávat informace méně zralým způsobem, což je u adolescentů ještě relativně běžný jev. Také místy projevily potíže s přenášením pozornosti, což může rovněž činit zpracování příchozích informací neefektivním.

8. Diskuze

Diplomová práce se zabývala obrazem mentální anorexie v období dospívání a jejím projevům v protokolech Rorschachovy metody. Cílem této diplomové práce bylo zjistit, jestli existují společné znaky napříč protokoly Rorschachovy metody u adolescentních pacientů s diagnostikovanou mentální anorexií. Získaná data pomocí Rorschachovy metody jsou kódována pomocí programu ROR online. Tyto kódy byly následně zpracovávány a interpretovány dle Komprehensivního systému. Výsledky získaných dat jsou zpracované formou kazuistik podle 3. svazku Komprehensivního systému Exnera a Weinaera (1995) - Hodnocení dětí a dospívajících.

Dle Říčana a Krejčířové (2006) představuje prognóza pro mentální anorexii u poloviny pacientů zlepšení jejich stavu. U zbývajících případů potíže obvykle přetrvávají. Samotná mortalita se potom pohybuje mezi 6–20 %. S ohledem na stále rostoucí počet těchto pacientů se jedná o velice aktuální téma a vzhledem k možným fatálním důsledkům této nemoci je její včasná diagnostika a léčba nezbytná. V období dospívání, ve kterém se toto onemocnění vyskytuje nejčastěji, je téma tělesného vzhledu velmi výrazné, stejně jako je tomu u mentální anorexie. A právě proto je toto období pro její výskyt velmi náchylné.

Základní soubor byl tedy cílen na pacienty s mentální anorexií v období adolescence. Výběrový soubor pro tento výzkum se skládá z dospívajících ve věku od 12 do 18 let, které Thorová (2015) vymezuje jako období adolescence. Do vzorku byly zahrnuty pouze dospívající s již lékařsky diagnostikovanou mentální anorexií F50.0 či F50.1. Limitem výběrové souboru se stává fakt, že se výzkumu se zúčastnily pouze dívky, jelikož na spolupracujících klinikách na tomto výzkumu nebyli hospitalizovaní v daném období žádní chlapci s touto diagnózou. Vzhledem k poměrně nízkému počtu respondentek je dále ohrožena také ekologická validita výzkumu a je otázkou, zda by bylo možné tyto výsledky považovat za dostačující pro tvorbu nové škály v Rorschachově metodě. Pro další směry a výzkumy se proto doporučuje ověřit zjištění tohoto výzkumu na kvantitativních datech

Výzkum mohl být dále limitován omezeným množstvím krajů a klinik, ve kterých probíhal. Jednalo se o Psychiatrickou nemocnici v Bohnicích v Praze, v Olomouckém

kraji o Psychiatrickou léčebnu Šternberk a dále o Krajskou nemocnici Liberec na oddělení dětské a adolescentní psychiatrie. Tyto kliniky byly vybrány s ohledem na přítomnost pacientů spadajících do výběrového souboru a zároveň umožnily průběh tohoto výzkumu včetně vyšetření hospitalizovaných pacientů na jejich odděleních. Respondenti byli vybráni pomocí záměrného účelového, dobrovolného a dostupného výběru tak, aby odpovídali zaměření tohoto výzkumu a výše uvedeným kvótám. Dále byl vždy nezbytný také souhlas zúčastněné pacientky a jejich zákonných zástupců, který se také stával limitem v případech, kdy zákonní zástupci dítěte nesouhlasili s jeho vyšetřením.

Před vyšetřením byly vždy od vrchní sestry, vedoucího lékaře nebo psychologa převzaty podepsané informované souhlasy s vyšetřením dítěte od zákonných zástupců a proběhlo také seznámení s anamnézou pacientky. Během tohoto výzkumu jsme se opírali o určené diagnózy mentální anorexie respondentek od jejich lékařů, nicméně konstatujeme, že s ohledem na závažnost stavu všech patientek a jejich relativně bohatou anamnézu včetně několika ambulantních vyšetření a hospitalizací byla jejich diagnóza lékaři určena správně.

Testování probíhalo u stolu v samostatné tiché místnosti bez rušení a vstupů dalších osob. Administrátor a respondent seděli vždy přes roh stolu. V úvodním rozhovoru byla každá respondentka seznámena s průběhem vyšetření, s cíli výzkumu a byl jim ponechán prostor pro jakékoliv dotazy. Rovněž vždy proběhl krátký počáteční rozhovor s každou respondentkou pro lepší navázání kontaktu a pro navození příjemné vyšetřovací atmosféry. Pozorování respondentek během vyšetření bylo zapracováno do úvodu každé kazuistiky, společně se zápisem anamnézy dané pacientky, jako status praesens psychicus, kde je zároveň vždy uveden zápis z rozhovoru.

Protokoly Rorschachovy metody byly administrovány standardizovaným způsobem. Délka administrace se pohybovala v rozmezí od 45 minut do 120 minut v závislosti na délce protokolu. Před vyšetřením samotnou Rorschachovou metodou probíhaly rozhovory ohledně zkušeností s touto metodou, její krátké představení, ohledně potřeb kompenzačních pomůcek a dalších potřeb či dotazů. Poté bylo respondentům sděleno, že jim bude postupně předloženo deset tabulí s inkoustovou skvrnou, ke které nám sdělí, co to může být, a že mají na odpověď tolik času, kolik budou potřebovat.

Následně byla respondentům předložena první tabule v základní poloze s instrukcí „*Co to může být?*“. Mimo tuto instrukci se administrátor vyjadřoval minimálně a v souladu s Komprehenzivním systémem. Zbývající tabule byly uloženy mimo dohled respondentů do doby, než jim byly předloženy. Pokud respondenti uvedli u první tabule pouze jednu odpověď, byli povzbuzeni k další odpovědi. Pokud ani po povzbuzení nedali další odpověď a na tabulích II., III. a IV. podali také pouze jednu odpověď, byli po IV. tabuli opět povzbuzeni k další odpovědi. Na konci každého vyšetření proběhl ještě krátký rozhovor, který sloužil k ujištění, že pacient odchází z vyšetření klidný a měl také znovu prostor pro jakékoli další doplňující dotazy.

Výzkum mohl být dále ovlivněn malou zkušeností autorky s používáním Rorschachovy metody, která se mohla projevit při sběru dat nebo jejich vyhodnocování. Data a jejich výsledky byly nicméně konzultovány s vedoucím této práce, který autorce poskytl znalosti o způsobu zápisu z vyšetření, přepisu protokolů, administraci a vyhodnocení protokolů včetně počátečních supervizí.

Prvním nalezeným společným znakem všech pacientek je nadměrné používání fantazie. Jedná se o výrazný styl, při kterém jsou úniky do fantazie běžnou taktikou, jak reagovat na nepřiměřené situace. Zahrnuje vyhýbání se odpovědností a rozhodování a činí pacientky více bezmocnými a náchylnými k manipulaci od druhých, jelikož tento styl vyžaduje závislost na druhých.

Toto zjištění je v souladu s tvrzením Kocourkové a Koutka (2002), kteří upozorňují, že osobnostní struktura pacientek s mentální anorexií bývá většinou spojována s vyhýbavou osobností.

Formou disociace v podobě úniku do fantazie u pacientů s poruchami příjmu potravy se zabývala studie Tibona a Rothschilda (2009) pomocí RFS-S stupnice v Rorschachově metodě, která se týkala konceptů reality a fantazie. Pomocí této stupnice ve svém výzkumu rozlišili epizodu záchvatovitého přejídání u adolescentních pacientů s mentální bulimií, během které tyto disociativní jevy převládaly. Na základě těchto zjištění lze předpokládat, že pacienti s poruchami příjmu potravy inklinují k útekům do fantazie častěji než běžná populace.

Také Orel a kol. (2016) upozorňuje na mediační dysfunkce těchto pacientů, které bývají odrazem výrazného odtržení od reality. Jejich mediační aktivita je často chaoticky narušena způsobem, který vede k neefektivnímu nebo nepřiměřenému chování. Tito pacienti i přes nezdravé vyhubnutí trpí strachem z tloušťky a zkresleným vnímáním svého těla.

Většina pacientek zúčastněná tohoto výzkumu vykázala extratenzivní styl. Pacientky mají tendenci propojovat myšlení se svými emocemi a procesem rozhodování. Předpoklady ověřují na principu pokus – omyl. Jejich emoce hrají v procesu rozhodování podstatnou roli. S ohledem na časté úniky do fantazie by byl u pacientek očekávaný naopak spíše introverzivní styl, který se rovněž projevil například ve výzkumu Guinzbourga (2011). Tyto výsledky mohou být ovlivněné výběrovým souborem pro tento výzkum.

U dvou zbývajících respondentek se projevil jak extratenzivní, tak introverzivní styl. Jejich emoce mají nekonzistentní vliv na myšlení, objevuje se u nich váhavost a nerozhodnost nebo dokonce změna předchozích rozhodnutí. Tato nekonzistence je zdrojem prožitků zmatku. Emoční projev je rovněž nepředvídatelný. Říčan, Krejčová a kol. (2006) upozorňují právě kvůli ambivalentnímu přístupu těchto pacientů i na jejich náročnou léčbu.

Většina respondentek rovněž projevila výraznou laxnost v kontrole emocí. Tato skutečnost pravděpodobně narušuje její sociální adaptaci a mohou se vyskytovat problémy i v testování reality. Izydorczyk (2008) ve svém výzkum uvedl, že respondentky s mentální anorexií vykazovaly během vyšetření Rorschachovou metodou naopak vědomé sebeovládání a také jeho silnou potřebu, ovšem výzkum Guinzbourga (2011) prokázal u anorektických pacientek rovněž menší schopnost zpracovávat své pocity a emoce. Lze usuzovat, že výsledky adolescentních pacientek se oproti výsledkům dospělých žen do jisté míry odlišují a že je v tomto životním období laxnost v kontrole emocí relativně častým jevem, na což rovněž Polák a Obuch (2011) upozorňují.

Dalším společným znakem respondentek je potřeba blízkosti zažívaná nezvyklými způsoby. V blízkých interpersonálních situacích jsou pacientky s mentální anorexií velmi konzervativní. Krch (2010) rovněž poukazuje na upadající sociální vztahy a kontakty této

skupiny pacientů a na přibývajících interpersonálních konflikty. Dle Poláka a Obucha (2011) se sice jedná s nulovými hodnotami T v získaných protokolech o nízkou či nezvyklou potřebu blízkosti, nicméně výzkumy mimo USA neprokázaly tuto hodnotu jako problematickou. Nulový výskyt textury v protokolech respondentek tak lze považovat za očekávanou hodnotu, při které pacientky vyjadřují potřeby blízkosti podobným způsobem jako většina osob.

Vysoké úsilí věnované zpracování příchozích informací se zaměřením na neobvyklé detaily bylo u respondentek rovněž velmi významné. Jedná se o nezvyklé zaměření na malé, nezvyklé nebo nepodstatné detaily. Pacientky mohou ztratit přehled o základních, důležitých informacích kvůli zaměření na tyto malé části, což může vést ke zkreslenému vnímání a problémům v myšlení.

Phillipou a kol. (2015) rovněž uvedli, že je tato skupina pacientů více zaměřena na ty tělesné oblasti, které shledává jako problematické či nedokonalé, což je v souladu s jejich zvýšenou úzkostností, zvýšeným perfekcionismem a také s neobvyklým zaměřením na detaily.

Dalším společným znakem respondentek je velmi nízká přesnost vnímání. Pacientky často interpretují informace nebo situace nezvyklým způsobem a svět vnímají podstatně jinak než většina lidí. Tato dysfunkce je u pacientek globální a týká se i obvyklých a zřejmých podnětů. Poukazuje také na časté nekonvenční chování. Na tuto problematiku poukazoval také Guinzbourg (2011), který ve svém výzkumu u skupin pacientek s mentální anorexií našel neefektivní a zkreslené chápání sociálních situací a neporozumění složitosti reálných podnětů. Pacientky v jeho výzkumu vykazovaly ve výsledcích Rorschachovy metody nižší ukazatel $WDA\%$, který se v našem výzkumu rovněž projevil u všech respondentek jako nízký.

Projevila se u nich také příliš zjednodušená a rozptýlená forma kognitivního fungování a dále byl u nich zachycen narušený myšlenkový proces. Kvalita zpracování informací je obvykle standardní, ale čas od času mají pacientky sklony zpracovávat informace méně zralým způsobem, což je u adolescentů ještě relativně běžný jev. Také místy projevily potíže s přenášením pozornosti, což může rovněž činit zpracování příchozích informací neefektivním. O potížích s koncentrací pozornosti, pracovním

tempem a celkové výkonnosti klesající s úbytkem energie a přibývajícími problémy se spánkem hovoří také Krch (2010).

Výzkum Kaufera a Katze (1983) ve svých výsledcích u anorektických pacientek rovněž odhalil narušený myšlenkový proces v podobě fabulovaných odpovědí a obecné patologie ve verbalizaci, která zde byla ve většině protokolů rovněž přítomna.

V našem výzkumu se dále u pacientek projevilo závažné poškození mediace a testování reality, které je obvykle spojeno s poruchami adaptace, a také prožívání hněvu a opoziční postoj. Pravděpodobně jde o osobnostní rys s výrazným dopadem na sociální postoje a rozhodování, přičemž hněv může být projevován i nepřímo. Pacientky mohou mít problémy s udržením smysluplných vztahů, protože mají potíže tolerovat běžné kompromisy, které mezilidské vztahy vyžadují. Jejich chování je méně konvenční, a to i v situacích, které jsou jednoduché.

Toleranci vůči stresu jako takovou mají díky dostatečnému množství zdrojů relativně vyšší a vykazují tak schopnost kontrolovat stres ve stabilních každodenních situacích. Zpracování příchozích informací věnují velice vysoké úsilí, které může být dále spojeno s potřebami výkonu či perfekcionismem. Krch (2010) upozorňuje, že potřeba naprosté sebekázně a sebekontroly v průběhu onemocnění stále roste a je postupně přenášena z oblasti jídla i na další oblasti.

Na oblasti svých tělesných nedostatků byly ovšem pacientky zaměřeny velmi silně. Nahlíží na sebe jako na fyzicky neadekvátní. Ruminace ohledně těla a sebeobrazu a může naznačovat znepokojivý pocit tělesné i duševní zranitelnosti. Gaudio a Quattrocchi (2012) považují distorzi tělesného schématu a nespokojenost s vlastním tělem za klíčový symptom mentální anorexie.

Jak uvádí Stackeová a Kočí (2019) téma tělesného vzhledu je v období adolescence velmi výrazné, stejně jako je tomu u samotné mentální anorexie. A právě proto je toto období pro její výskyt velmi náchylné. Patologie v oblasti vnímání těla u pacientů s mentální anorexií obsahuje složku smyslovou a složku subjektivní, která zahrnuje kognitivní a emociální aspekty. Výsledky tohoto výzkumu poukazují na narušení obou složek.

Rovněž Bruch (1962) definoval specifické prožívání vlastního těla u těchto pacientů vzájemně propojenými poruchami vnímání a myšlení, jimiž je narušený obraz vlastního těla, neschopnost identifikovat vlastní vnitřní pocity jako je hlad, nasycenost nebo i afektivnost.

Přes veškerou snahu do hloubky zmapovat a popsat, jak se mentální anorexie projevuje v adolescentním období v individuálních výsledcích Rorschachovy metody a rovněž nalézt jejich společné znaky byl výzkum konfrontován s různými limitujícími faktory a možnými zdroji chyb, které mohly mít vliv na výsledky této studie. Tato práce svými výsledky přesto rozvíjí pohled na diagnostiku mentální anorexie v období dospívání pomocí Rorschachovy metody včetně možností jejího uplatňování při práci s touto skupinou pacientů. Nalezené výsledky shledává autorka práce jako možný základ pro další rozšiřující výzkumy v této oblasti a pro tvorbu škály adolescentních pacientů s mentální anorexií. Tuto škálu by následně bylo možné využít pro diagnostiku mentální anorexie u dětských pacientů pomocí této metody.

9. Závěry

Nejvýznamnějším závěrem této práce je potvrzení hlavní výzkumné otázky, že existují společné znaky v protokolech Rorschachovy metody u adolescentních pacientek s mentální anorexií. Mezi tyto znaky patří nadměrné užívání fantazie, zaměření na neobvyklé detaily, narušená schopnost adekvátního překladu podnětů, časté nekonvenční chování způsobené mediační dysfunkcí, narušené testování reality a nízká potřeba blízkosti.

Ve většině protokolů bylo nalezeno několik dalších významných znaků. Přestože se tyto znaky nevyskytovaly ve všech protokolech, byly přítomny u většiny pacientů. Jedná se o nízké zaujetí sebou sama, zaměření na tělesné nedostatky, laxnost v kontrole emocí, vyšší toleranci vůči stresu, větší úsilí ve zpracování příchozích informací - přesto výrazné potíže v jejich zpracování, tendenci k perseveraci, opoziční mezilidský postoj, nekonvenční vnímání světa a extratenzivní copingový styl.

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

10.Souhrn

Diplomová práce se věnuje obrazu mentální anorexie v období dospívání a jejím projevům v protokolech Rorschachovy metody. Teoretická část se věnuje definici osobnosti, Rorschachově metodě, mentální anorexii a dospívání a shrnuje dosavadní výzkumy provedené v této oblasti. Empirická část mapuje projevy mentální anorexie u dospívajících v individuálních výsledcích Rorschachovy metody a věnuje se popisu a definici společných znaků v získaných protokolech.

Osobnost představuje souhrn či propojení temperamentu, charakteru, schopností a v neposlední řadě také konstitučních vlastností člověka. Jedná se o poměrně stabilní a konzistentní systém jedinečných vlastností a projevů člověka. Balcar sleduje fungování celé osobnosti jako funkční celek. Jeho definice dynamiky osobnosti představuje trvalejší duševní stavy a duševní děje, které se vztahují k jednotlivým psychickým procesům ovlivňující průběh změny. Právě toto pojetí je velmi blízké pojetí osobnosti v Rorschachově metodě.

Rorschachova metoda je jednou z projektivních metod, díky které jsme schopni velmi rozsáhle posoudit osobnost testovaného člověka. Vyhodnocovací systém Rorschachovy metody dle Exnera, nazvaný Komprehenzivní systém, poskytuje široké spektrum informací o osobnosti testovaného člověka, a je podložený několika desítkami let trvajících výzkumy. Tato metoda uplatňuje při zkoumání osobnosti jak idiografický, tak nomotetický přístup a osobnost tak srovnává s ostatními i se sebou samým. Tento přístup je užitečný při diagnostice poruch příjmu potravy, jelikož se jedná o velmi komplexní poruchy, na které je nutné komplexně také pohlížet.

Projektivní metody jsou při vyšetření mentální anorexie velmi přínosné, jelikož tito pacienti své problémy často skrývají. Jsou proto velmi vhodné s ohledem na svůj nejednoznačný podnětový materiál, který pacientům znemožňuje záměrně zkreslit výsledky vyšetření.

Mentální anorexie je rozšířenou poruchou chování spojená s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Vyskytuje se převážně v adolescentním období, které Thorová vymezuje mezi 12-19 lety. Primárně se vyznačuje nízkou tělesnou hmotností,

kteřá je mnohdy život ohrožující. Oproti normě se váha osob trpící mentální anorexií pohybuje o více než 15 % níže. Toto onemocnění má dopad na fyzickou, psychickou i sociální stránku člověka a je proto nutné brát toto onemocnění vážně. Dalším klíčovým symptomem mentální anorexie je zejména distorze tělesného schématu a nespokojenost s vlastním tělem.

Mezi hlavní psychické a sociální důsledky pacientů s mentální anorexií patří jejich zhoršená nálada s častou depresivní symptomatikou a úzkostné prožívání. Potřeba naprosté sebekázně a sebekontroly v průběhu onemocnění stále roste a je postupně přenášena z oblasti jídla i na další oblasti. Pacienti často prožívají velkou vnitřní tenzi nebo také nutkavé chování, které často souvisí i se zvýšenou aktivitou. Prožitky spojené s jídlem bývají extrémní a myšlenky zaobírající se jídlem stále narůstají. Koncentrace pozornosti i pracovního tempa a celkové výkonnosti rovněž klesá. Postupně se snižuje celkový zájem o okolí a všechny věci, které se netýkají jídla a stravování. Sociální vztahy a kontakty tak rovněž upadají a přibývají i interpersonální konflikty.

Prognóza pro mentální anorexiu představuje pro polovinu pacientů zlepšení jejich stavu. U zbývajících případů potíže obvykle přetrvávají. Samotná mortalita se potom pohybuje mezi 6–20 %. Při porovnání roku 2011 a 2017 došlo k největšímu nárůstu hospitalizací u věkové skupiny 10–14 let a největší pokles byl pozorován u věkové skupiny 15–19 let, která je přesto stále nejpočetnější. S ohledem na stále rostoucí počet pacientů se jedná o velice aktuální téma a vzhledem k možným fatálním důsledkům této nemoci je její včasná diagnostika a léčba nezbytná.

Období dospívání neboli adolescence, ve kterém se toto onemocnění vyskytuje nejčastěji, je v mnoha částech světa spojováno s pubertou, jakožto s fyzickými a hormonálními změnami lidského těla, které vedou k reprodukční zralosti. Adolescence dále představuje také psychologické a sociální změny v životě dospívajícího. Téma tělesného vzhledu je v tomto životním období velmi výrazné, stejně jako je tomu u mentální anorexie. A právě proto je toto období pro její výskyt velmi náchylné.

V oblasti diagnostiky mentální anorexie u adolescentů pomocí Rorschachovy metody se nepodařilo nalézt žádný konkrétní výzkum. Dostupné výzkumy týkající se diagnostiky mentální anorexie či rozlišení jednotlivých poruch příjmu potravy pomocí

Rorschachovy metody u dospělých se primárně zaměřují na specifické škály, stejně jako v dětské populaci a u dospívajících. Nalezené společné znaky u dospívajících se týkaly zejména oblastí mentální bulimie či záchvatovitého přejídání.

Výzkumným problémem této práce se tudíž stala otázka, zda-li lze nalézt společné znaky v protokolech Rorschachovy metody u dospívajících s diagnózou mentální anorexie. Hlavním výzkumným cílem této diplomové práce se proto stalo zmapování a popis projevů mentální anorexie v období dospívání v individuálních výsledcích Rorschachovy metody a vyhledání společných znaků napříč jednotlivými protokoly.

Základní soubor je tvořen pacienty s mentální anorexií v období adolescence. Výběrový soubor pro tento výzkum se skládá z dospívajících ve věku od 12 do 18 let, přičemž jejich průměrný věk byl 14,8 let. Do vzorku byli zahrnuti pouze dospívající dívky s lékařsky diagnostikovanou mentální anorexií F50.0 či F50.1. Respondentky byly vybrány pomocí záměrného účelového, dobrovolného a dostupného výběru tak, aby odpovídaly zaměření tohoto výzkumu a výše uvedeným kvótám.

Před samotným vyšetřením proběhlo seznámení s anamnézou pacientky, které následně probíhalo u stolu v samostatné tiché místnosti bez rušení a vstupů dalších osob. V úvodním rozhovoru byl každý respondent seznámen s průběhem vyšetření, s cíli výzkumu a byl mu ponechán prostor pro jakékoliv dotazy. Rovněž vždy proběhl krátký počáteční rozhovor pro lepší navázání kontaktu a pro navození příjemné vyšetřovací atmosféry.

Protokoly Rorschachovy metody byly administrovány standardizovaným způsobem. Délka administrace se pohybovala v rozmezí od 45 minut do 120 minut v závislosti na délce protokolu. Před vyšetřením samotnou Rorschachovou metodou probíhaly také rozhovory ohledně zkušeností s touto metodou, její krátké představení, dotazy na potřeby kompenzačních pomůcek a byl ponechán prostor pro další dotazy respondentů. Následně byla respondentům předložena první tabule v základní poloze s instrukcí „Co to může být?“. Mimo tuto instrukci se administrátor vyjadřoval minimálně a v souladu s Komprehenzivním systémem. Zbývající tabule byly uloženy mimo dohled respondentů do doby, než jim byly předloženy. Na konci každého vyšetření proběhl ještě

krátký rozhovor, který sloužil k ujištění, že pacient odchází z vyšetření klidný a měl také znovu prostor pro jakékoli další doplňující dotazy.

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

Nejvýznamnějším závěrem této práce je potvrzení hlavní výzkumné otázky, že existují společné znaky v protokolech Rorschachovy metody u adolescentních pacientek s mentální anorexií. Mezi tyto znaky patří nadměrné užívání fantazie, zaměření na neobvyklé detaily, časté nekonvenční chování způsobené mediační dysfunkcí a narušené testování reality.

Ve většině protokolů bylo nalezeno několik dalších významných znaků. Přestože se tyto znaky nevyskytovaly ve všech protokolech, byly přítomny u většiny pacientek. Jedná se o extratenzivní copingový styl, nízké zaujetí sebou sama, zaměření na tělesné nedostatky, laxnost v kontrole emocí, vyšší toleranci vůči stresu, větší úsilí ve zpracování příchozích informací - přesto výrazné potíže v jejich zpracování, tendence k perseveraci, opoziční mezilidský postoj a nekonvenční vnímání světa.

Vzhledem k poměrně nízkému počtu respondentů je otázkou, zda by bylo možné tyto výsledky považovat za dostačující pro tvorbu nové škály v Rorschachově metodě. Výzkum mohl být dále ovlivněn malou zkušeností autorky s používáním Rorschachovy metody, která se mohla projevit při sběru dat nebo jejich vyhodnocování.

Pro další směry a výzkumy se doporučuje ověřit zjištění tohoto výzkumu na kvantitativních datech. Výsledky výzkumu přesto rozvíjí pohled na specifické projevy a rysy dospívajících pacientů s mentální anorexií, a mohou sloužit jako základ pro další rozšiřující výzkumy v této oblasti. Výsledky by dále mohly sloužit zejména pro tvorbu škály adolescentních pacientů s mentální anorexií v Rorschachově metodě. Tuto škálu by následně bylo možné využívat pro diagnostiku mentální anorexie u dětských pacientů pomocí Rorschachovy metody.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- 1) Balcar, K. (1991). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Chrudim: MACH.
- 2) Bechyňová, B. (nedat). *Období dospívání*. In PhDr. Bernadeta Bechyňová. Získáno 3. února 2020 z <http://www.bechynova-psycholog.cz/clanky/obdobi-dospivani/>
- 3) Blatný, M. a kol. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
- 4) Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic medicine*, 24 (2). Získáno 3. února 2020 z <https://pdfs.semanticscholar.org/3306/964babd970a2de5911db7fbd11564a790c85.pdf>
- 5) Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
- 6) Csikszentmihalyi, M. (14. června 2019). *Adolescence*. Získáno 11. července 2019 z Encyclopaedia Britannica website: <https://www.britannica.com/science/adolescence>
- 7) Daini, S. (2009). Projective methods in the Study of Eating Disorders - an update. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 16 (2). Získáno 2. února 2020 z <http://somaticinkblots.com/downloads/sis/full/2009fb.pdf>
- 8) Exner, J. E. (2009). *Rorschach: A Rorschach Workbook for the Comprehensive System*. Praha: Hogrefe.
- 9) Exner, J. E. (2003). *The Rorschach: A Comprehensive system. Volume I. Basic Foundations and Principles of Interpretation*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- 10) 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.
- 11) Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
- 12) Gaudio, S., Quattrocchi, C. (2012). Neural basis of a multidimensional model of body image distortion in anorexia nervosa. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36 (8). Získáno 3. února 2020 z https://www.researchgate.net/publication/225052841_Neural_basis_of_a_multidimensional_model_of_body_image_distortion_in_Anorexia_Nervosa

- 13) Grogan S. (2000). *Body image: Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada.
- 14) Guez, J. et al. (2010). Self-figure drawings in women with anorexia; bulimia; overweight; and normal weight: A possible tool for assessment. *The Arts in Psychotherapy*, 37 (5). Získáno 1. února 2020 z <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0197455610001097>
- 15) Guinzbourg, M. (2011). Eating disorders—A current concern: Similarities and differences among the anorexia, bulimia, and EDNOS categories. *Rorschachiana*, 32 (1), 27-45. doi: 10.1027/1192-5604/a000014
- 16) Izydorczyk, B. (2008). Struktura osobowości mladých kobiet chorujících na anoreksie psychickou. *Psychiatria Polska*, 42 (2). Získáno 13. listopadu 2019 z <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=95eda4fb-ae26-4479-89b6-317046cbd235%40sessionmgr102&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHNoaWImbGFuZz1jcyZzaXRIPWVkcylsaXZl#db=e5h&AN=31769819>
- 17) Kaufer, J. F., Katz, J. L. (1983). Rorschach Response in Anorectic and Nonanorectic Women. *International Journal of Eating Disorders*, 3 (1), 65-74. doi: 10.1002/1098-108X(198323)3:1<65::AID-EAT2260030106>3.0.CO;2-D
- 18) Kocourková, J., Koutek, J. (2002). Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů. *Pediatric pro praxi*, 2002 (3). 98-100. Získáno 4. března 2020 z <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2002/03/02.pdf>
- 19) Krch, F., D. (2010). *Mentální anorexie*. Praha: Portál.
- 20) Krch, F., D. (2010). Vztah mezi tělesnou spokojeností a kvalitou života českých adolescentů. *Psychiatrie*, 2000 (4). Získáno 3. února 2020 z <http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2000/04/03krch.pdf>
- 21) Krch, F., D. (2004). Poruchy příjmu potravy – Rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi*, 2007 (4). Získáno 2. února 2020 z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/01/04.pdf>
- 22) Krch, F., D. (nedat.) *Poruchy příjmu potravy v dětství a dospívání*. Získáno 26. ledna z <http://www.healthyandfree.cz/index.php/ppp/ppp-v-detstvi-a-dospivani>

- 23) Kytnarová, J. a kol (2011). Obezita u dětí. *Pediatric*, 2011 (12). Získáno 4. února 2020 z Česká obezitologická společnost website: http://www.obesitas.cz/download/doporuceny_postup_prevence_a_lecby_detske_obezity.pdf
- 24) Labusová, E. (5. prosince 2014). *Výzvy a nástrahy adolescence*. Získáno 6. března 2020 z <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/vyvoj-ditete-a-jeho-potreby/vyzvy-a-nastrahy-adolescence.shtml>
- 25) Langmeier, J., Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- 26) Lautenbacher, S., Pauls, A., M., Strian, F., Pirke, K., Krieg, J. (1991). Pain Sensitivity in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Biological Psychiatry*, 29 (11), 1073-1078. doi:10.1016/0006-3223(91)90249-L
- 27) Léblová, P. (2010). Poruchy příjmu potravy: Vztah k imaginaci a závislosti na poli. *E-psychologie*, 4 (3). Získáno 3. února 2020 z <https://e-psycholog.eu/pdf/leblova.pdf>
- 28) Lečbych, M. (2016). *Rorschachova metoda*. Praha: Grada.
- 29) Matyášová, B. (1. listopadu 2013). *Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících*. Získáno 26. ledna 2020 z <https://www.sancedetem.cz/srv/www/content/pub/cs/clanky/poruchy-prijmu-potravy-u-deti-a-dospivajicich-98.html>
- 30) Mediately (nedat.) *MKN-10*. Získáno 21. března 2019 z <https://mediately.co/cz/icd/F00-F99/set/F50-F59/cls/F50.8/jine-poruchy-prijmu-potravy>
- 31) Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- 32) Nováková, M. (7. září 2015). *Nejčastější psychické problémy v dospívání*. Získáno 25. ledna 2020 z <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/psychicke-problemy-ditete/nejcastejsi-psychicke-problemy-v-dospivani.shtml>
- 33) Novák, T. (29. srpna 2013). *Mentální anorexie: nemoc blahobytné společnosti*. Získáno 5. března 2020 z <https://www.vitalia.cz/clanky/mentalni-anorexie-nemoc-blahobytno-spolecnosti/>
- 34) Orel, M. a kol. (2016). *Psychopatologie*. Praha: Grada.
- 35) Papežová, H., Hanusová, J. (2012). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Univerzita Karlova.

- 36) Phillipou, A., Rossell, S., L., Gurvich, C., Castle, D., J., Troje, N., F., Abel, L., A. (2015). Body Image in Anorexia Nervosa. *Eur. Eat. Disorder Rev*, 2015 (24), 131-138. doi: 10.1002/erv.2423.
- 37) Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- 38) Plocová, M. (nedat.). *Příznaky a léčba mentální anorexie*. In Branické sanatorium Moniky Plocové. Získáno 2. února 2020 z <https://monikaplocova.cz/anorexie>
- 39) Polák, A., Obuch, I. (2011). *Komprehensivní systém J. E. Exnera, Jr.* Praha: Hogrefe.
- 40) Praško, J. a kol. (2015). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
- 41) Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (2017). *Příčiny vzniku mentální anorexie*. (nedat.). Získáno 1. února 2020 z <http://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/poruchy-prijmu-potravy/priciny-vzniku-mentalni-anorexie/>
- 42) Říčan, P., Krejčířová, D. a kol. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
- 43) Smith, J. E., Hillard, M. C., Roll, S. (1991). Rorschach evaluation of adolescent bulimics. *Adolescence*, 26 (103), 687-96. Získáno 14. listopadu 2019 z <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=fcdfd1bb-0c5f-4dd6-b6c2-30b8145e70bf%40sdc-v-sessmgr03&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHN0aWImbGFuZz1jcyZzaXRlPWVkcylsaXZl#AN=1962551&db=mdc>
- 44) Stackeová, D., Kočí, G. (2019). Diskriminační čítí u adolescentních pacientek hospitalizovaných s mentální anorexií. *Psychosom*, 3 (4), 237-264. Získáno 2. února 2020 z <https://www.psychosom.cz/psychosom/vydani-3-4-2019/725-vyzkum-3-4-19>
- 45) Svoboda, M., Humpolíček, P., Šnorek, V. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- 46) Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie*. Praha: Portál.
- 47) Tibon, S., Rothschild, L. (2009). Dissociative states in eating disorders: An empirical Rorschach study. *Psychoanalytic Psychology*, 26 (1), 69-82. doi: 10.1037/t03349-000
- 48) Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2018). *Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011-2017*. Získáno 21. března 2019 z <https://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-o-pacienty-s-poruchami-prijmu-potravy-v-cr-v-letech-2011-2017>

- 49) Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie I*. Praha: Karolinum.
- 50) Žaloudíková, I. (15. března 2013). *Změny v psychice a chování u dospívajících ve věku 11-15 let*. Získáno 10. července 2019 z DUHA website: <https://duha.mzk.cz/clanky/zmeny-v-psychice-chovani-u-dospivajicich-ve-veku-11-15-let>
- 51) Říčan, P., Šebek, M., Ženatý, J. a Morávek, S. (1981). *Úvod do Rorschachovy metody*. Bratislava: Psychodiagnostiké a didaktické testy, n.p.
- 52) Ulrichová, M. (2016). *Pohybová léčba a posturální odchylky u dětských pacientek s mentální anorexií*. (Nepublikovaná dizertační práce). Univerzita Karlova.

Seznam tabulek a grafů

Tabulka č. 1: Charakteristika výběrového souboru

Seznam příloh

Příloha 1: Zadání diplomové práce

Příloha 2: Český a anglický abstrakt diplomové práce

Příloha 3: Průvodní dopis a informovaný souhlas

Příloha 4: Souhlas se zpracováním osobních údajů

Příloha 1: Zadání diplomové práce

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2018/2019

Studijní program: Psychologie
Forma studia: Prezenční
Obor/kombinace: Psychologie (PCHN)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

Jméno a příjmení: **Bc. Nikol KUCHTOVÁ**
Osobní číslo: **F180741**
Adresa: **Petržilkova 2491/56, Praha – Stodůlky, 15800 Praha 58, Česká republika**
Téma práce: **Obraz poruch příjmu potravy u dětské populace v Rorschachově metodě**
Téma práce anglicky: **Image of eating disorders in the pediatric population in the Rorschach method**
Vedoucí práce: **PhDr. Martin Seitl, Ph.D.**
Katedra psychologie

Zásady pro vypracování:

1. Autorka magisterské diplomové práce provede rešerši dostupné relevantní literatury a elektronických zdrojů v oblastech vývoje tělesného schématu, osobnosti, psychopatologie, poruch příjmu potravy a Rorschachově metodě. 2. Na základě literatury, zpracovaných výpisků a kopií autorka diplomové práce zformuluje osnovu pro teoretickou a výzkumnou část práce včetně metod a hypotéz. Postupuje od základního problému a výchozí hypotézy ke stanovení orientační osnovy práce, metodiky a cíle práce. 3. Autorka diplomové práce provede v rámci výzkumu vyšetření dětí s poruchami příjmu potravy pomocí rozhovoru, Rorschachovy metody a dalších relevantních metod, následně vyhodnocení získaného materiálu a kazuistický popis jednotlivých případů. Závěrečným krokem je identifikace znaků společných zkoumaným respondentům. 4. Cílem práce je kazuistický popis dětí s poruchami příjmu potravy pomocí Rorschachovy metody a popis profilů protokolu Rorschachovy metody typického pro poruchy příjmu potravy. 5. Výzkum bude proveden s využitím kvalitativní metodologie. Rorschachova metoda bude vyhodnocena Komprehensivním systémem, přesto bude s kódovaným materiálem zacházeno jako s kvalitativními znaky. 6. Celkový výběrový soubor bude v počtu min. 7 respondentů. 7. Zpracování dat z výzkumného šetření bude provedeno podle svého kvalitativního charakteru příslušnými metodami. 8. Parametry práce budou v souladu s metodickými pokyny katedry psychologie (viz Manuál psaní BP a DP na Katedře psychologie FF UP v Olomouci).

Seznam doporučené literatury:

1. Ames, L. B., Metraux, R. W., Walker, R. N. (1971). Adolescent Rorschach Responses: Developmental Trends from Ten to Sixteen Years. Lewittown: Brunner/Mazel.
2. Baštecká, B., Mach, J. a kol. (2015). Klinická psychologie. Praha: Portál.
3. Exner, J. E. (2009). Rorschach: A Rorschach Workbook for the Comprehensive System. Praha: Hogrefe.
4. Exner, J. E., Weiner, I. (1994). The Rorschach. A Comprehensive System: Assessment of Children and Adolescents (Vol. III.) New York: Wiley.
5. H. Papežová (2010). Spektru poruch příjmu potravy. Praha: Grada.
6. Kocourková, J. (1997). Mentální anorexie a bulimie v dětství a dospívání. Praha: Galén.
7. Krch, F. D. a kol. (1999). Poruchy příjmu potravy. Vymezení a terapie. Praha: Grada.
8. Krch, F. D. (2000). Bulimie – Jak bojovat s přejídáním. Praha: Grada.
9. Křivohlavý, J. (2002) Psychologie nemoci. Praha: Grada.
10. Křivohlavý, J. (2009) Psychologie zdraví. Praha: Portál.
11. Lečbych, M. (2013). Rorschachova metoda: Integrativní přístup k interpretaci. Praha: Grada.
12. Orel, M. a kol. (2012). Psychopatologie. Praha: Grada.

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

Příloha 2: Český a anglický abstrakt diplomové práce

Abstrakt diplomové práce

Název práce: Obraz mentální anorexie dospívajících v Rorschachově metodě

Autor práce: Bc. Nikol Kuchtová

Vedoucí práce: PhDr. Martin Seitl, Ph.D.

Počet stran a znaků: 160 stran, 208 653 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 52

Abstrakt:

Cílem diplomové práce bylo zmapovat a popsat projevy mentální anorexie v období dospívání v individuálních výsledcích Rorschachovy metody a dále vyhledání společných znaků napříč jednotlivými protokoly. Teoretická část se věnuje definici osobnosti, Rorschachově metodě, mentální anorexii a dospívání a shrnuje dosavadní výzkumy provedené v této oblasti. Výzkumná data byla sbírána pomocí Rorschachovy metody a byla kódována podle Komprehensivního systému pomocí programu ROR online. Výzkumný soubor tvořilo 6 respondentů ve věku od 12 do 18 let s diagnostikovanou mentální anorexií F50.0 či F50.1. Respondenti byli vybráni pomocí záměrného účelového, dobrovolného a dostupného výběru tak, aby odpovídali zaměření tohoto výzkumu a uvedeným kvótám. Výzkum potvrdil existují společné znaky těchto pacientů v protokolech Rorschachovy metody. Výsledky poukazují na specifické projevy a rysy dospívajících pacientů s mentální anorexií, a mohou sloužit jako základ pro další rozšiřující výzkumy v této oblasti, zejména pro tvorbu nové škály v Rorschachově metodě. Tuto škálu by následně bylo možné využívat pro diagnostiku mentální anorexie u dětských pacientů pomocí této metody.

Klíčová slova:

Rorschachova metoda, mentální anorexie, adolescence, diferenciální diagnostika

Abstract of thesis

Title: Image of anorexia nervosa in adolescents in the Rorschach method

Author: Bc. Nikol Kuchtová

Supervisor: PhDr. Martin Seitl, Ph.D.

Number of pages and characters: 160 pages, 208 653 characters

Number of appendices: 4

Number of references: 52

Abstract:

The aim of the thesis was to map and describe the manifestations of anorexia nervosa during adolescence in individual results of the Rorschach method and to find common features across individual protocols. The theoretical part is devoted to the definition of personality, Rorschach method, anorexia nervosa and adolescence and summarizes researches carried out in this area. The research data were collected using the Rorschach method and coded according to the Comprehensive System using the ROR online program. The research sample consisted of 6 respondents aged 12 to 18 years with diagnosed anorexia nervosa F50.0 or F50.1. Respondents were selected through purpose - built, voluntary and accessible selection to match the focus of this research and the quotas indicated. Research has confirmed there are common features of these patients in the Rorschach method protocols. The results show the specific manifestations and features of adolescent patients with anorexia nervosa and may serve as a basis for further expansive research in this area, particularly for the creation of a new scale in the Rorschach method. This scale could be used to diagnose anorexia nervosa in pediatric patients using this diagnostic method.

Key words:

Rorschach method, anorexia nervosa, adolescents, differential diagnostics

Příloha 3: Průvodní dopis a informovaný souhlas



Dobrý den,

jmenuji se Nikol Kuchtová a jsem studentkou navazujícího magisterského studia psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Ráda bych Vás požádala o **spolupráci na výzkumu** mé diplomové práce s názvem **Obraz mentální anorexie dospívajících v Rorschachově metodě**. Výzkum se provádí ve spolupráci s vybranými psychiatrickými léčebnami a klinikami u dětí ve věku 12-17 let s diagnostikovanou mentální anorexií.

Rorschachova metoda je jednou z nejpoužívanějších metod v diagnostice a s ohledem na svou bohatou výpovědní hodnotu byla zvolena jako diagnostická metoda pro tento výzkum. Jedná se o verbální **projektivní metodu**, během které osoba odpovídá na **inkoustové skvrny** dle toho, co na dané kartě vidí.

Výsledky budou interpretovány formou kazuistik. Pokusím se v této práci **zmapovat a popsat**, jak se poruchy příjmu potravy projevují ve výsledcích Rorschachovy metody, a dále se v ní pokusím **nalézt společné znaky** dětí s touto diagnózou, čímž tato práce přispěje k lepšímu využití této metody v diagnostice mentální anorexie.

Vyšetření bude trvat **zhruba 30 minut** v závislosti na individuálním tempu dítěte a na vzájemné spolupráci. Samotnému vyšetření bude předcházet **krátký rozhovor** s dítětem týkající se jeho stavu, který zároveň poslouží pro lepší navázání kontaktu a spolupráci.

Ráda bych Vás tímto požádala o Váš souhlas s vyšetřením jakožto zákonného zástupce dítěte, a o podpis souhlasu o zpracování osobních údajů. Nebude-li si Vaše dítě i přes Váš souhlas přát zúčastnit se tohoto výzkumu, **nebude do vyšetření nuceno**.

Pokud byste měli nějaké dotazy, připomínky apod., můžete se na mne obrátit na e-mail nikol.kuchtova@gmail.com nebo na tel.: 602 189 451.

Předem Vám mnohokrát děkuji za Váš čas a za Vaši ochotu!

Bc. Nikol Kuchtová

Olomouc 5. 7. 2019

Souhlas s účastí osoby svěřené do péče na výzkumu

Já,,
narozen/a,
bytem,

souhlasím, aby se mé dítě:

jménem.....,
narozeno.....,
bytem.....,

zúčastnilo výzkumu diplomové práce s názvem *Obraz poruch příjmu potravy dospívajících v Rorschachově metodě* realizovaný Bc. Nikol Kuchtovou.

Potvrzuji tímto, že souhlasím s účastí mého dítěte na výše jmenovaném výzkumu.

V dne

podpis

Příloha 4: Souhlas se zpracováním osobních údajů

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**“), **zpracovávala mé následující osobní údaje a údaje osoby svěřené do péče:**

jméno dítěte svěřené do péče.....,
narozeno.....,
bytem.....

Zpracovávané údaje budou zahrnovat:

jméno a příjmení, bydliště, datum narození, podpis, záznamy ze zdravotnické dokumentace a další osobní údaje vznikající při realizaci výzkumu (údaje plynoucí z odpovědí na projektivní tabule atd.). Všechny osobní údaje budou **anonymizovány**.

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 diplomové práce s názvem „**Obraz poruch příjmu potravy dospívajících v Rorschachově metodě**“.

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, pověření zaměstnanci a pověření 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 práv 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 popsáním zpracováním osobních údajů a že jsem byl/a ve výše uvedeném rozsahu poučen/a o podrobnostech jejich zpracování Univerzitou Palackého v Olomouci.

V dne

podpis