

## OBRAZ MENTÁLNÍ ANOREXIE V RORSCHACHOVĚ METODĚ U ADOLESCENTNÍ PACIENTKY – PŘÍPADOVÁ STUDIE

*Nikol Kuchtová, Martin Seitl*

### Abstrakt

Cílem studie je prezentovat případovou studii založenou na protokolu Rorschachovy metody adolescentní pacientky s mentální anorexií, demonstrující hypervigilantní prožívání a zkreslené vzorce myšlení. Na základě psychologických charakteristik věku dospívání a kvantitativních výzkumů sledujících poruchy příjmu potravy s využitím Rorschachovy metody jsou vymezeny klíčové proměnné v aplikované metodě a jejich očekávaná konfigurace. Případová studie prezentuje anamnestická data 17leté pacientky s mentální anorexií a informace o kontextu provedené psychologické diagnostiky. Dále je prezentován protokol zahrnující 37 odpovědí získaných v souladu s pravidly Komprehenzivního systému. Vyhodnocení je provedeno v souladu s požadavky Komprehenzivního systému a navíc zahrnuje škály reflektované v předcházejících studiích. Nově je konzultován také skórovací systém Bariér a Penetrací. Vedle zhodnocení shody s očekávanou konfigurací proměnných (introverze, pozitivní PTI, zvýšené Wsum6, Mp a dysforické prožívání, snížené H a Hd, zvýšená agrese a S) je pozornost zvláště věnována dynamice protokolu a významu dílčích proměnných v celkovém obrazu protokolu s důrazem na zkreslené myšlení, téma těla a agresivitu. Případová studie přináší pohled na dynamiku hypervigilantního a fantazií zkresleného prožívání tělesných témat. Vedle omezení vyplývajících z idiografického přístupu k osobnosti je limitem absence dalších protokolů pacientky reflektujících vývoj onemocnění.

Klíčová slova: Rorschachova metoda; mentální anorexie; adolescence; diferenciální diagnostika; případová studie

### **PICTURE OF ANOREXIA NERVOSA IN THE ADOLESCENTS' PROTOCOL OF THE RORSCHACH TEST – CASE REPORT**

### Abstract

*The aim of this study is to present a case report based on the Rorschach protocol of an adolescent patient with anorexia nervosa, demonstrating hypervigilant experiencing and distorted thinking patterns. Based on the psychological characteristics of adolescence and quantitative research on the monitoring of eating disorders with the Rorschach test, the key variables of the applied method and their expected configuration are defined. The case study presents anamnestic data of a seventeen-year-old patient with anorexia nervosa and information about the context of the psychological diagnosis performed. The protocol contains 37 responses collected according to the rules of the Comprehensive System. The scoring is done according to the Comprehensive System rules and includes the scales used in previous studies. The scoring system for barriers and penetrations is also newly used. In addition to assessing agreement with the expected configuration of variables (introversion; high PTI, Wsum6, Mp; low H and Hd; high dysphoric experiencing, aggression and S), particular attention is paid to the dynamics of the protocol and the importance of partial variables in the overall protocol picture, focusing on distorted thinking, body theme and aggression. The case study offers insight into the dynamics of hypervigilant and fantasy-distorted experiences of body themes. In addition to the limitations of the idiographic approach to personality, the limitation is the absence of other patient protocols reflecting the disease's development.*

Keywords: Rorschach test; anorexia nervosa; adolescents; differential diagnosis, case report

## Úvod

Mentální anorexie, klasifikována dle MKN-10 jako F50.0, je duševní poruchou s incidencí zejména v době adolescence (Němečková, 2007; Krch, n.d.), kdy dochází k významnému vývoji identity, zahrnující také fyzický vzhled a fyzickou kapacitu (Žaloudíková, 2013; Říčan, Krejčířová a kol., 2006; Krch, 2016). Z hlediska somatických projevů se vyznačuje primárně nízkou tělesnou hmotností s ohledem na věk, pohlaví i vývojovou fázi pacienta. Jedná se o důsledek výrazného omezení energetických příjmů, přemáhání hladu a mnohdy i potřeby příjmu tekutin (American Psychiatric Association, 2013). Vlivem podvýživy bývá viditelná i zhoršená kvalita vlasů či nehtů a často také dochází k amenoree. V nejtěžších případech tělo vyhladoví až do takové fáze, kdy dochází k poškození vnitřních orgánů či k úmrtí (Němečková, 2007; Orel a kol., 2016). Z psychických projevů je pro mentální anorexii typické úmyslné snižování váhy a udržování výrazné podváhy způsobené obavou z nárůstu hmotnosti (American Psychiatric Association, 2013). Mezi vlastnosti osob trpících mentální anorexií patří sebekontrola, nižší vyjadřování emocí a vzorné chování. Pacienti s mentální anorexií praktikují extrémní formy cvičení, užívají laxativa nebo jiné léky. Jejich oblečení bývá obvykle volnější, čímž se svou poruchu snaží skrývat (Němečková, 2007; Říčan & Krejčová, 2006).

DSM-V dále poukazuje na distorzi tělesného schématu a nespokojenost s vlastním tělem jako na klíčový symptom mentální anorexie (American Psychiatric Association, 2013, Krch, 2016; Gaudio & Quattrocchi, 2012). I přes vyhubnutí trpí lidé s mentální anorexií obavami z tloušťky a zkráceným vnímáním svého těla (American Psychiatric Association, 2013; Koutek & Kocourková 2015). 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 (Krch, 2016; Orel a kol., 2016). Sociální vztahy a kontakty upadají a přibývají i interpersonální konflikty, u dospívajících zejména v rodinném kruhu. Na počátku onemocnění mají pacienti s mentální anorexií velmi aktivní a živou náladu, která je ovšem s postupujícím úbytkem váhy a také s nátlakem okolí na lepší stravování pokleslá, podrážděná a přecitlivělá (Krch, 2000; Krch, 2004).

Následky mentální anorexie jsou závažné ze somatického, psychického i sociálního hlediska (Orel, 2016). Jde o přetrvávající výzvu, jelikož lze sledovat v posledním pozorovaném období mezi lety 2011-2017 vzestupný nárůst případů mentální anorexie (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018), a onemocnění proto stále tvoří jednu z aktuálních otázek psychiatrie a psychologie u klientů adolescentního věku. Přes zjevný význam fyzického vzhledu pro vývoj onemocnění a jeho nejzřetelnější dopady je pozornost při prevenci, diagnostice, léčbě a navazující péči soustředěna i na psychické procesy, které stojí na pozadí vnímání, hodnocení a akceptace fyzického vzhledu jako součásti identity (Němečková, 2007; Krch, 2010a). Proto se jeví porozumění dynamice prožívání, specificky charakteristické pro adolescenty ohrožené onemocněním nebo pro pacienty již procházející mentální anorexií jako klíčové.

Mezi diagnostické metody s mimořádným potenciálem k porozumění dynamice prožívání patří Rorschachova metoda (dále ROR). Umožňuje popsat a interpretovat rozsáhlou oblast psychických procesů diagnostikovaného pacienta a porozumět jejich vzájemným souvislostem v jednotě osobnosti (Svoboda et al., 2013). ROR je přínosná jako projektivní metoda také v případě poruch příjmu potravy, jelikož pacienti s těmito poruchami své problémy často skrývají (Daini, 2009; Guez, 2010). Předností ROR při diagnostické práci v kontextu poruch příjmu potravy se staly motivem výzkumného snažení o identifikaci charakteristického profilu onemocnění v odpovědích pacientů

(např. Kaufer & Karz, 1983; Kuchtová, 2020; Guinzbourg, 2011; Smith et al. 1991; Tibon & Rothschild, 2009). Výzkum Kaufera a Katze (1983) byl zaměřen jako jeden z prvních na identifikaci znaků v ROR, odlišujících skupinu respondentek s diagnostikovanou mentální anorexií od skupiny respondentek bez onemocnění. Ve skupině s mentální anorexií se vyskytovaly vývojové poruchy ega, reprezentované primárně procesuálními odpověďmi, a patologicky verbalizované odpovědi. Nicméně patologické odpovědi – krvavé obrazy, sexuální materiál, deviantní verbalizace – nebyly exklusivní pouze pro protokoly pacientek s mentální anorexií a navíc nebyly obsažené ani ve všech protokolech této skupiny. I když byla existence představ o tělesném poškození a zničení spolu se zvláštním používáním jazyka v protokolech skupiny s poruchami příjmu potravy přítomná častěji, u části neklinické skupiny byly tyto specifické reakce na skvrny také (Kaufer & Katz, 1983). Další výzkumy poruch příjmu potravy s Rorschachovou metodou (Smith et al., 1991; Tibon & Rothschild, 2009), aplikující již metodiku Komprehenzivního systému (Exner, 2003), nerozlišovaly striktně mezi typy poruch příjmu potravy. Významné rozdíly byly zjištěny mezi běžnou populací a klinickými skupinami v indexu depresivity (*DEPI*) a percepčně-kognitivním indexu (*PTI*). Zjištěn byl také větší počet odpovědí s obsahem krev (B1), Sex (Sx) a agrese.

Studie Izydorczykové (2008) se ale specificky zaměřila na protokoly respondentek s mentální anorexií a ve výsledcích konstatovala zvýšený zájem o druhé lidi (*H*, *Hd*), stejně jako převažující introverzivní styl. Lidské pohyby se vyskytovaly především ve flexní variantě, která je v Komprehenzivním systému kódována obvykle jako pasivní. Mezi dalšími zjištěními charakteristikami figurovala na jedné straně zvýšená emoční sebekontrola a na druhé straně náhlé selhávání v modulaci odpovědi k tabulím s červenou barvou. Z nízkého výskytu *Dd* byla vyvozena hypotéza o nižší svědomitosti pacientek s mentální anorexií, což však není zcela v souladu s vymezeným obrazem onemocnění ani zvýšenou úrovní sebekontroly. Autorka také opakovaně upozorňuje na téma potlačené a nepřímě vyjádřené agresivity (např. *S*) nebo na ukazatele dysforického prožívání spojeného s tenzí. V rozporu s výsledky předchozích studií pacientky ve svých odpovědích navíc výslovně neuváděly sexuální obsahy (Izydorczyk, 2008).

Závěry umožňující prohloubení diferenciální diagnostiky přinesla Guinzbourg (2011), když ve své studii rozlišila u dospělých pacientek znaky v ROR u mentální anorexie, mentální bulimie a dalších poruch příjmu potravy. Ve shodě se studií Izydorczykové (2008) vykazovaly pacientky s mentální anorexií častěji introvertní styl než pacientky s mentální bulimií a dalšími poruchami příjmu potravy. Dále vykazovaly menší účinnost při pronikání do podnětového pole a tendenci používat zjednodušující a zanedbávající styl (*Zd* nižší). Projevily ale menší zájem o svět lidí (*H Pure* a *H Cont.* nízký) než pacientky s mentální bulimií, což neodpovídá závěrům předchozí studie (Izydorczyk, 2008). Byly více zastoupeny egocentrické osobnostní rysy (2) a porozumění sociálním situacím bylo někdy neefektivní a zkreslené (*M-*). Pacientky dále vykazovaly pesimističtější a morbidnější vnímání situací (*MOR* vyšší) a byly náchylnější k prožívání emočního zmatku či dysforie (vyšší index *DEPI*), stejně jako škodlivému chování (vyšší *S-CON*). Objevovaly se u nich myšlenkové skluzy, které ovlivňovaly jejich logické myšlení (*INC*, *Sum 6* celkově vyšší). Poslední jmenované proměnné však předcházející autoři (Smith et al., 1991; Tibon & Rothschild, 2009), identifikovali jako společné různým poruchám příjmu potravy.

Výzkum Kuchtové (2020) poukázal ve všech sledovaných protokolech u hospitalizovaných adolescentních pacientek s mentální anorexií na nadměrné uplatňování obranného mechanismu úniku

do fantazie (*Mp*) a neobvyklé úsilí věnované zpracování podnětového pole (*Dd*, *Zf*). Úspěšnost kognitivní mediace však byla převážně nízká, a to na globální úrovni (*XA%* a *WDA%* nízké). Výsledky poukázaly také na časté nekonvenční chování (*Xu%*, nízké *P*). V části protokolů, nikoliv však exkluzivně, bylo nalezeno několik dalších významných znaků. Pacientky vykazovaly mnohem menší sebezaujetí, než je obvyklé (*FD*, *V*), avšak zaujetí tělesným schématem (*An+Xy*) a tělesnými tématy bylo neobvykle vysoké. Dále byla ve většině protokolů zjištěna kapacita pro zvládání zátěže ve stabilních každodenních situacích (*AdjD*). Ve shodě s výzkumem Izydorczykové (2008) byly také zjištěny častější projevy hněvu a opozičního postoje (*S*). Ve většině protokolů byl navíc zachycen narušený myšlenkový proces (*Wsum6*) a místy se rovněž projeví potíže s přenášením pozornosti (*PSV*) (Kuchtová, 2020).

Z výše popsaných závěrů vyplývají charakteristické proměnné v protokolech pacientů s mentální anorexií (např. introverze, pozitivní *PTI*, zvýšené *Wsum6*, *Mp* a dysforické prožívání, snížené *H* a *Hd*, zvýšené *S*), ale i řada rozporných či jinde neuvedených zjištění (zvýšené *Dd* a *M-*, zvýšené *Zf* a snížené *Zd*, zvýšené *An+Xy*, zvýšené *Bl* a *Sx*, pozitivní *S-CON*). Do určité míry jsou výzkumné závěry o frekvenci výskytu znaků navíc vytržené z kontextu dynamiky konkrétních protokolů. Při idiografické analýze materiálu a práci s jednotlivými pacienty se může jako přínosnější jevit analýza tematické volby odpovědí a návaznost témat či charakteristik prožívání mezi tabulemi, zrcadlíci dynamiku prožívání. Proměnné identifikované v předcházejících výzkumech s využitím Komprehenzivního systému mohou tvořit spíše kostru pro analýzu konkrétního protokolu, zvláště pak z hlediska svého souběžného výskytu a souvislostí s dalšími proměnnými. Proto jsme se rozhodli prezentovat navazující případ, zvážit v jeho kontextu výzkumná zjištění a zohlednit celkový obraz, který protokol Rorschachovy metody přináší. V tomto konkrétním případě přináší protokol možnost nahlédnout do dynamiky hypervigilantního prožívání odehrávajícího se v kontextu introverzivního myšlení se zafixovanými a chybnými schématy. Představuje dosud vzácně diskutovaný celistvý pohled na prožívání pacientky s mentální anorexií, umožňující zhodnotit zdroje onemocnění v další perspektivě.

Cílem případové studie je prezentovat specifickou konfiguraci proměnných v protokolu Rorschachovy metody, která dává v tomto jednotlivém případě možnost zhodnotit v celku dynamiku psychického prožívání dříve diskutované kvantitativní závěry a přispět tak k diagnostice zdrojů, udržujících nefunkční vzorce myšlení a chování v rámci mentální anorexie.

## Popis případu

### *Etické otázky*

Během výzkumu byly dodrženy etické principy pro výzkum s lidmi podle Americké psychologické asociace, jimiž je zejména 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, 2017). Souhlas s realizací výzkumu postupně vyslovili psychiatrická nemocnice, zákonní zástupci pacientky a pacientka samotná včetně uzavření Informovaného souhlasu a souhlasu se zpracováním osobních údajů. S osobními údaji bylo zacházeno 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. Informace získané od respondentky během výzkumu byly anonymizovány. Pro respondentku ani její zákonné zástupce z tohoto výzkumu nevyplývají žádná rizika, byli důkladně

informování o tématu a účelu výzkumu, o používaných metodách a byl ponechán také prostor pro jakékoli dotazy, na které dostali pravdivou a celistvou odpověď. Respondentka nevyjádřila pochybnosti ani přání od výzkumu odstoupit.

### *Základní informace*

Pacientka, 17 let, drobné postavy a menšího vzrůstu, hospitalizovaná pro mentální anorexii F50.0 v psychiatrické nemocnici. Data pro studii byla získána 4 týdny po přijetí pacientky k léčbě, která probíhá prostřednictvím režimových opatření, skupinové a individuální psychoterapie. Pacientka byla diagnostikována Rorschachovou metodou poprvé. Byla s metodou obeznámena a před samotným vyšetřením proběhl krátký rozhovor, který sloužil pro navázání pracovního společenství a odbourání počátečních nejistot a obav z vyšetření.

### *Anamnestická data*

#### *Nynější onemocnění*

Pacientka přichází k hospitalizaci do psychiatrické nemocnice na doporučení ambulantního psychiatra. Při příjmu vážila 36.6 kg při výšce 151 cm. V posledních dnech před hospitalizací častěji omdlávala.

Od dětství byla zařazena do výkonové skupiny mažorettek. Hrál pravidelně tenis a účastnila se běhu Gladiátor, kde se jí dařilo a velmi ji to nadchlo. V 9. třídě začaly její kamarádky hubnout a ona se rovněž rozhodla více hlídat a nerada viděla svou váhu. Navštěvovala anorektické stránky, polykala kostky ledu a aplikovala další strategie vedoucí k hubnutí. V té době zesílil trend zdravé stravy a všechny její kamarádky si začaly hlídat složení potravin, nosit ke svačině zeleninu a celozrnné pečivo. Jedna kamarádka jí také řekla, že je oplácáná. I když neměla v té době potíže sníst i hamburger, hned se cítila nervózní, že to musí vycvičit. Matka jí vždy říkala, že když bude jíst hodně sladkého, bude tlustá. Vyvolávat zvracení nikdy nezkoušela. Vedle výše zmíněných zájmových aktivit zahájila individuální sportovní aktivity. Chodila běhat ráno 15 km, potom měla malý oběd a šla odpoledne ještě s otcem na kolo na 30 km dlouhý 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, propočítávala kalorie, jedla maximálně vločky namočené ve vodě a přes den nakrájenou proteinovou tyčinku. Pacientka uvedla, že si přišla vždy trochu "přibraná" a že by měla zhubnout. Děsila ji představa nárůstu váhy, ale sama začala pociťovat, že má v důsledku podváhy horší a více podrážděnou náladu. Aktuálně si uvědomuje, že byl její stav před hospitalizací velmi špatný, a to jak psychický, tak fyzický. Nejvíce ji vyděsilo, když jí při příjmu řekli, že prakticky umírá. Nyní svou léčbu vnímá jako velmi náročnou, ale snaží se dodržovat veškerý režim zahrnující stravu a omezený pohyb. Stále má pocity viny při jídle, ale zároveň radost, že danou porci dokáže sníst. Největší motivací za dodržování pravidelného jídelníčku jsou pro pacientku možné odjezdy domů k rodině. Uvádí také, že od doby, co užívá antidepresiva, nemá takové výčitky po jídle a prožívá menší stres. V budoucnu by se ráda proslavila jako Bikini fitness.

### Rodinná anamnéza

Pacientka bydlí s oběma rodiči a mladší sestrou (11 let) v bytě, kde má svůj vlastní pokoj. Matka, 45 let, zdravotnický pracovník. V náročných situacích užívala antidepresiva. Otec, 47 let, technik. Rodiče pacientky spolu žijí 22 let harmonickým vztahem s občasným náročnějším obdobím. Vychází spolu dobře. Vztah k matce hodnotí pacientka ambivalentně. Uvádí, že jí doma pomáhá s učením, chodí s ní na výlety a na procházky, ale také na ni 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 ji chválí, a dále se svou sestrou.

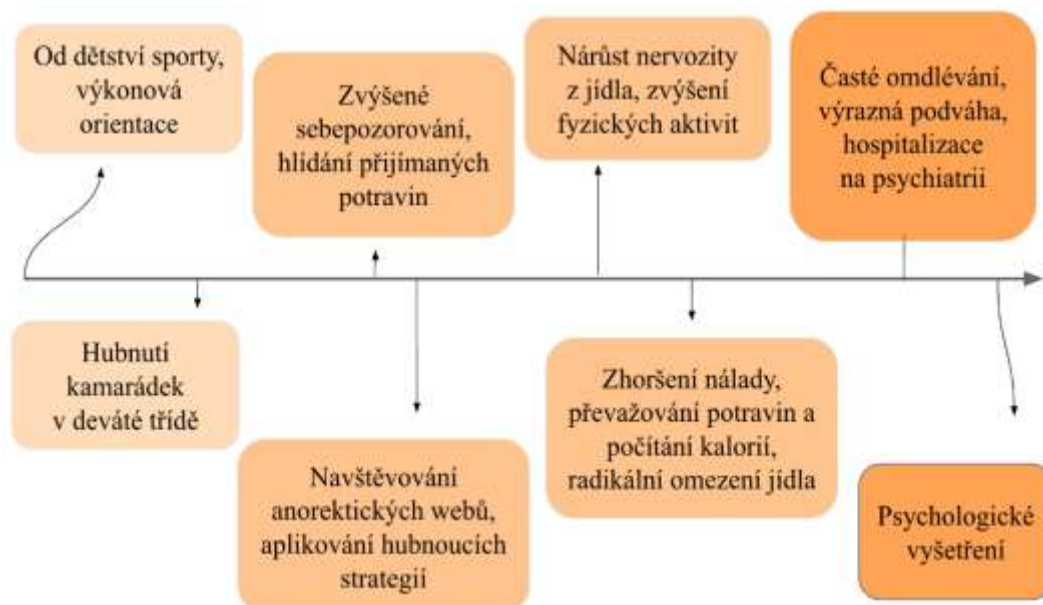
### Osobní anamnéza

Těhotenství a porod probíhal u pacientčiny matky bez obtíží. Psychomotorický vývoj pacientky byl mírně pomalejší – chůze v 15 měsících. Jednorázově absolvovala sezení s logopedkou pro úpravu výslovnosti. Prodělala běžná dětská onemocnění. Dále fraktura nosu v 6 letech. V 8 letech hospitalizována pro poruchu růstu, bez nalezené příčiny. Pacientka nesměla aktivně sportovat do první menstruace, poté začala a značně aktivně. V 15 letech byla na neurologickém vyšetření kvůli tikům – mrkání. Vyšetřena EEG, MR – bez nálezu. Potíže postupně odezněly. Pacientka má oční krátkozrakost – dioptrie na obou očích. V 17 letech hospitalizována pro úbytek váhy. První menarche ve 12,5 letech, nyní amenorhea 2,5 roku v důsledku podváhy.

### Sociální anamnéza

V mateřské, základní i střední škole byla pacientka do kolektivu adaptována bez obtíží. Školní prospěch byl vždy velmi dobrý, pouze se objevovaly občasné potíže v matematice. Pacientce byla diagnostikována dyskalkulie v prvním ročníku střední školy. Aktuálně pacientka dochází druhým rokem na střední školu. Pro větší vzdálenost od bydliště bydlí na internátě. Kamarádky má, ale uvádí, že i když se začlenit mezi ostatní vrstevníky umí, je raději sama. Ráda chodí také zpívat do sboru a hraje na klavír v základní umělecké škole.

Graf 1: Vývoj onemocnění



Na vyšetření přichází pacientka upravená, lucidní a všemi směry orientována. Působí velmi jemným dojmem a hovoří tišším hlasem. Spolupracuje velmi dobře, ochotně. Kontakt včetně očního navazuje bez výrazných obtíží. Myšlení pacientky se jeví jako logické a její odpovědi přiléhavé. Emotivita je stabilní, psychomotorické tempo v normě. Administrace ROR proběhla v souladu s Komprehenzivním systémem (Exner, 2003). Rozhovor před administrací proběhl standardním způsobem. Pacientka nepoložila žádné otázky.

## Diagnostické vyšetření

Tabulka 1: Protokol

---

I. 1) A) R: Nějakej zlej drak.

*I: 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) A) R: Motýl.

*I: 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) A) R: Chroust. Nebo takovej ten brouk roháč.

*I: 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) A) R: A sršeň.

*I: 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".*

---

II. 5) A) R: Nějaká žena, co se modlí.

*I: E: OO S: Tady jsou oči, obočí, nos a pusa. To červený je tvář, takhle maj ruce naproti sobě, jedna a druhá ruka. Tady klečí. To je koleno. Mají na sobě kapuci nějakou. E: Ony? Jsou dvě? S: Jo, jsou naproti sobě.*

6) A) R: Nevím, jestli to není blbý, když to řeknu, ale připomíná mi to menstruační cyklus.

*I: 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) A) R: Zajíce s krvavýma ušima.

*I: E: OO S: Jo. Obličej tady, tadydlen krvavý uši. E: Krvavý? S: Teda červený, no to je jedno, prostě krvavý.*

---

III. 8) A) R: Zase dva lidi, kteří sedí naproti sobě a pijí čaj.

*I: 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 tý židle. E: Říkáš červený? S: Jo, je to červený.*

---

---

**9) A) R:** Motýl ve skalách.

*I: E: OO S: Jo, tady má ty křídla a tohle jsou ty skály. Tady obličej a 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 říkala jsi motýl? S: Jo, tady. Tady má ty křídla jako motýl.*

**10) A) R:** A nějaká zlá šelma.

*I: 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 říkala zlá? S: Jo. Přijde mi, že je zlá.*

---

IV. **11) A) R:** Nějaký zlý netvor, který má ostrý drápy. Je to nějaký ztělesnění temna, nebo něco špatného.

*I: 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.*

---

V. **12) A) R:** Můra.

*I: E: OO S: Takhle má tykadla, hlavu, takhle ty křídla a to je zbytek tělíčka. S nějakýma růčkama dole. Asi jsou součástí toho ocasu.*

**13) A) R:** Netopýr.

*I: 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) A) R:** Krokodýlové se zabodnutým nožem v zádech.

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

---

VI. **15) A) R:** Medvědí kožich. Takovej ten, jak když se zastřelí zvíře, tak ten kožich z nich.

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

**16) D) R:** Ježek.

*I: E: OO S: Tady nos s těma jako kdyby fouskama, takhle bodliny, a to je celý. Na druhé straně je druhej.*

**17) D) R:** Oheň.

*I: 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) C) R:** Mumínci. Připomíná mi je to z té pohádky.

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

---

VII. **19) A) R:** Dvě ženy, které jsou z profilu, na sebe koukají.

*I: 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) C) R:** Nějaký dvě manekýny, který vyšpulujou zadek.

*I: E: OO S: Tady zase ofínka, obličej, nos, prsa a tady maj ruce, trup, zadek a nohy.*

**21) C) R:** Nějaký zlý netvor.

*I: 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) C) R:** A lampu.

*I: E: OO S: Tady je noční stolec, ozdobné vroubky lampy a kruh nahoře. Je to taková ta noční lampa.*

---

**VIII 23) D) R:** Jé, ty jsou barevný... Takhle mi to připomíná nějakýho pardála, který chodí po vodě, po ohni a po skalách.

*I: 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) A) R:** Dva muže, kteří seděj zády k sobě a nad nima se tyčí skála a oni k sobě nemůžou.

*I: E: OO S: Tady nahoře je ta skála. Muži jsou ty dvě bouličky tady. E: Tyčí jsi říkala? S: Jo.*

**25) A) R:** Zase nějakou můru.

*I: 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) A) R:** Ještě vidím, jak ten pardál se snaží přeprat nějaký zvíře. To bude asi had.

*I: 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.*

---

**IX. 27) A) R:** Tak to mi připomíná dva jeleny, který vyjou, každý na jinou stranu.

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

**28) A) R:** Dva starý psi, taky každý štěká na jinou stranu, a pod nima je krev.

*I: 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) D) R:** Vojáka, kterej drží v ruce flintu a na něco míří.

*I: 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) C) R:** Takhle mi to připomíná hrochy.

*I: E: OO S: Jo tady tělo, ouško, hroší obličej a jejich velkej nos dopředu. Tady je jeden a tady druhý.*

---

**X. 31) D) R:** Evropu.

*I: E: OO S: Tady to vypadá jako Itálie, Skandinávie tady... Celkově Evropa ten modrej flek.*

---

**32) D) R:** Dvě letadla a z jednoho vytejká ten benzín nebo něco takového.

*I: 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 zasazený v tom letadle.*

**33) C) R:** Mořský koníky a u nich jsou koráli.

*I: E: OO S: Tady hlava konika, tělo a tady nahoře ty výběžky. Tady je jeden a druhý. To růžový jsou koráli, jsou růžoví a mají takový tvar.*

**34) C) R:** Takový ty stromy, jak se z nich dělaly ty nosy.

*I: E: OO S: Jo. E: Jako jeden ten "nos"? S: Jojo jeden. E: A čím ti to připomnělo? S: Tím tvarem.*

**35) C) R:** Tohle mi připomíná draka z pohádek, co mají několik hlav a chrlí oheň. Úplně ale.

*I: E: OO S: Jedna hlava, druhá.. Plno hlav a tady tělo. E: Chrlí oheň? S: Tohle žlutý je oheň.*

**36) A) R:** Ještě takhle mi to připomíná, jak nějaký satan se modlí.

*I: E: OO S: Tady má ruce spojený. Tohle červený je jeho plášť. E: Satan? S: Protože má černý ruce.*

**37) A) R:** A ještě nějakou tvář, která má knírek.

*I: 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.*

---

Note. R = odpověď v asociační fázi; I = inquiry; E = examiner; S = subjekt; OO = opakuje odpověď

Protokol byl skórován standardní cestou podle Komprehenzivního systému (Exner, 2003) prostřednictvím software ROR online (Seitl & Andrlé, 2017). Navíc byly uplatněny doplňkové skóry a skórovací systémy reflektující a) v teorii vymezenou problematiku mentální anorexie a b) dosavadní výzkumy věnované ROR a mentální anorexii. Prvořadě byly doplněny obsahové skóry agrese AgC, AgPot a AgPast (Gacono & Meloy, 1994) v souladu se zjištěními Kaufera a Katze (1983). Dále byla skórována Škála orální závislosti ROD (Masling, Rabie, Blondheim, 1967) se záměrem zachytit zaujatost jídlem a orální tematikou (Krch, 2010a). Pro poruchy vývoje ega byla rovněž konzultována Lernerova škála obran (Lerner, 2011). V neposlední řadě byl zahrnut skórovací systém BP podle Fishera a Clevelanda (in O'Neill, 2005) reflektující tělesné schéma a tělesné hranice jako specifickou zkušenost a nedílnou součást ega. Odpovědím splňujícím kritéria byl přisouzen skór Bariéra, manifestující prožitek jednoznačných a pevných tělesných hranic, nebo skór Penetrace, manifestující prožitek nejasných a vágních tělesných hranic, nebo oba skóry současně (viz Lečbych, 2016). Dosavadní výzkumy prokázaly relevanci těchto skórů k tělesnému schématu, prožívání nemoci, imaginaci, adaptaci a zvládání stresu nebo negativnímu emočnímu prožívání (viz O'Neill, 2005), jak o něm referují u poruch příjmu potravy Smith et al. (1991), Tibon a Rothschild (2009), nebo Guinzbourg (2011). Sekvence skórů je s ohledem na svůj rozsah uvedena v Supplementu II.<sup>1</sup> Sumarizaci skórů a základní propočty prezentuje Strukturální souhrn v Tabulce 2 níže.

---

<sup>1</sup> <https://tinyurl.com/5y4e5sc2>

Tabulka 2: Strukturální souhrn

Loc. feat.	Blends	Singles	Contents	Approach
Zf = 30	Mp.FC'	M = 6	H = 6	I: WS DdS W WS
Zsum = 98	Mp.CF	FM = 2	(H) = 4	II: Dd DdS Dd
Zest = 102.5	Mp.FC	m = 1	Hd = 2	III: D Dd D
Zd = -4.5	Mp.FC'	FC = 2	(Hd) = 0	IV: W
	FMa.CF	CF = 0	Hx = 0	V: W W Dd
	FMa.FC	C = 0	A = 12	VI: W W Dd D
W = 11	FMa.CF	Cn = 0	(A) = 1	VII: Dd Dd W DS
D = 12	FMa.CF	FC' = 1	Ad = 6	VIII: W Dd W Dd
W+D = 23	mp.C'F	C'F = 0	(Ad) = 1	IX: Dd DS D D
Dd = 14	FMa.CF	C' = 0	An = 1	X: D D D D D Dd Dd
S = 6	Mp.FC'	FT = 0	Art = 1	
		TF = 0	Ay = 0	Special Scores
		T = 0	Bl = 3	Lvl1 Lvl2
DQ		FV = 0	Bt = 2	DV = 4 x1 0 x2
+ = 17		VF = 0	Cg = 5	INC = 8 x2 1 x4
o = 19		V = 0	Cl = 0	DR = 2 x3 0 x6
v/+ = 0		FY = 0	Ex = 0	FAB = 1 x4 2 x7
v = 1		YF = 0	Fd = 1	ALOG = 0 x5
		Y = 0	Fi = 3	CONT = 0 x7
		Fr = 0	Ge = 1	Sum6 = 18
		rF = 0	Hh = 2	WSum6 = 48
	FQ:	W+D:	FD = 0	
+ = 0	0	0	F = 14	AB = 1 GHR = 5
o = 11	2	11		AG = 5 PHR = 11
u = 14	4	6		COP = 0 MOR = 3
- = 12	5	6		CP = 0 PER = 1
none = 0	0	0	(2) = 15	Id = 1 PSV = 0

Ratios, Percentages, and Derivations

CORE			AFFECT		INTERPERSONAL	
R = 37	L = 0.61		FC : CF+C = 4:5	COP = 0	AG = 5	
Introversive			Pure C = 0	GHR : PHR = 5:11		
EB = 11:7	EA = 18	EBper = 1.57	SumC':WsumC = 5:7	a : p = 8:12		
eb = 9:5	es = 14	D = +1	Afr = 0.68	Food = 1		
	Adjes = 13	AdjD = +1	S (Space) = 6	SumT = 0		
			Blends : R = 11:37	Human cont. = 12		
FM = 7	SumC' = 5	SumT = 0	CP = 0	Pure H = 6		
m = 3	SumV = 0	SumY = 0	Col-shd bl. = 0	PER = 1		
				Isol.index = 0.22		
IDEATION			PROCESSING		SELF-PERCEPTION	
a : p = 8:12	XA% = 0.68		Zf = 30	3r+(2)/R = 0.41		
Ma:Mp = 1:10	WDA% = 0.74		W:D:Dd = 11:12:14	Fr+rF = 0		
Intell = 3	X-% = 0.32		W:M = 11:11	Sum V = 0		
MOR = 3	S- = 2		Zd = -4.5	FD = 0		
Sum6 = 18	P = 7		PSV = 0	An+Xy = 1		
WSum6 = 48	X+% = 0.3		DQ+ = 17	MOR = 3		
Lv2 = 3	Xu% = 0.38		DQv = 1	H: (H)+Hd+(Hd) = 6:6		
M- = 5						
M none = 0						

PTI = 5\*    DEPI = 4    CDI = 2    SCON = 4    HVI = Yes    OBS = No

Strukturální souhrn je v Tabulce 3 rozšířen o údaje z doplňkových skóru a skórovacích systémů. Navíc je uvedena hodnota Indexu poškození ega EII2 (Viglionie et al., 2003), protože poskytuje nezanedbatelný příspěvek k interpretaci celistvosti ega. Naopak nejsou prezentovány výsledky

k Lernerově škále obran. Pouze čtyři odpovědi umožnily zvážit kategorie uvedené ve škále s ohledem na požadované podmínky pro jejich skórování.

Tabulka 3: doplňkové skóry a výpočty

Skór/výpočet	<i>f</i>	<i>l</i> <sub>al</sub>	<i>M</i>
EII2	4,08		
Agresivní obsahy			
<i>AgC</i>		14	0,38
<i>AgPot</i>		2	0,05
<i>AgPast</i>		3	0,08
ROD		8	0,22
BP			
<i>Bariery</i>		10	0,27
<i>Penetrace</i>		9	0,24

Note. EII2 = Index poškození ega 2, AgC = agresivní obsah, AgPot = agresivní potenciál, AgPast = agresivní minulost, ROD = Škála orální závislosti, BP = skórovací systém bariér a penetrací.

Protokol je dle Weinerja (2003) validní a lze jej vyhodnotit a interpretovat standardně. Kostru interpretace tvoří postup podle trsů (Exner, 2003) dále doplněný o zjištění z doplňkových skórů a výpočtů či kvalitativní obraz protokolu. Při interpretaci základních (nepočítaných a nepoměrových) proměnných, jejichž hodnota je hraniční, je přes celkovou validitu protokolu zvážen nadprůměrný počet odpovědí. Hraniční hodnoty pro vyhodnocení podle trsů předpokládají standardní délku protokolu (17-27 odpovědí, Exner, 2003). Při práci s protokolem delším o 10 odpovědí je vhodné platnost hraničních hodnot v dílčích případech zvážit (Meyer et al., 2018).

Interpretační postup podle Komprehenzivního systému, stejně jako kvalitativní analýza protokolu jsou s ohledem na svůj rozsah uvedeny v Supplementu I. Pro porozumění níže uvedeným stručným výsledkům doporučujeme seznámit se s obsahem Supplementa<sup>2</sup>.

## Výsledky

Obraz protokolu jako celku je ovlivněn hypervigilantním stylem, který obecně reprezentuje kognitivní styl práce (zesílené skenování podnětového pole, pozornost věnována neobvyklému a zkreslenému rozhodování) a současně předznamenává nedůvěru vůči druhým, prožívané ohrožení a zesilování osobních hranic s navazujícím selháváním v interpersonálních vztazích. Zpracování informací v protokolu tomu velkou měrou odpovídá, z dílčích proměnných jsou výrazně zvýšené hodnoty Zf, Dd a DQ+ a naopak snížená hodnota Zd. Pacientka věnuje pozornost nezvyklým částem skvrny, do zpracování vkládá vyčerpávající množství energie, a přesto se jí nedaří dosáhnout očekávané úrovně řešení. Testování reality (mediace) je poznamenáno výrazným selháváním. Hlavní obtíže s testováním reality provázejí odpovědi s lidskými, pseudolidskými a zvířecími obsahy, které jsou nezřídka mytologické. V problematických odpovědích se opakují témata ohrožení, agrese a narušení tělesné integrity. Vedle toho ale protokol obsahuje poměrně vysoký počet konvenčních

<sup>2</sup> <https://tinyurl.com/2whnr4hk>

reakcí, naznačujících kapacitu pro sociálně očekávané chování. Celkově je proto nízká kvalita mediačních rozhodnutí ovlivněna spíše vstupy ze zpracování informací (hledání neobvyklého, pátrání bez očekávané efektivity) a konceptualizace (vnucení lidských, zvířecích, mytologických, agresivních a poškozených postav materiálu, který tomu neodpovídá). V rámci konceptualizace a myšlenkových procesů (ideace) je zvláště významný introverzivní styl provázený imaginací, zafixovanými vzorci myšlení a negativní emotivitou. Záměrné myšlení je narušováno tenzí, vyplývající z potřeb hlásících se o uspokojení, přičemž v potřebách dominují orální témata, manifestovaná především ve spojení s méně regulovanou emotivitou. Z hlediska vzorců myšlení je patrná vyšší frekvence selhávání, spojená především s pojmovým myšlením. Pojmy jsou označovány nepřiléhavě, jsou jim přisuzovány nepravděpodobné nebo nemožné charakteristiky či aktivity. Při usuzování a vyvozování rozhodnutí pro záměrné chování jsou uplatňovány procesy izolované imaginace zacházející s nesprávně vymezenými pojmy, což má zásadní význam především u lidských či zvířecích postav. Výše popsané charakteristiky kognitivního řešení úkolu do značné míry překrývají zjištění pro další trsy. Kapacita pro zvládnání zátěže se jeví být jako dostatečná, ale přezkoumání rozsahu zátěže a reálně dostupných kvalitních zdrojů vede k nejednoznačným závěrům. Afektivita je spíše kontrolovaná, k selhávání modulace emocí a současně zvýšenému prožívání negativních emocí dochází pod vlivem ideačních rozhodnutí (lidé, zvířata, agrese, ohrožení, tělesné hranice). Sebepercepce je negativní a zvýšeně ovlivněna hypervigilancí (vztahování okolního dění k sobě). Nízký počet obsahů anatomie a rentgenů naznačuje, že problematika tělesného schématu je spíše důsledkem ideačního nastavení, než zvýšeného zájmu o vlastní tělo a tělesné schéma. Interpersonální adaptace je limitovaná. Byť je patrný zvýšený zájem o „lidská“ témata, děje se tak v kontextu hypervigilance a možný je i vliv většího množství odpovědí. V protokolu se vyskytují zvýšené známky neúspěšných vztahových zkušeností (PHR) a zaujetí tématem agrese.

V prožívání pacientky hraje ústřední roli introverze pracující s chybně zafixovanými pojmy souvisejícími s tělem a hypervigilance, tematizovaná agresí a ohrožením. Z kvalitativní analýzy protokolu navíc vyplývá prolínání témat agrese a těla, přičemž dochází ke stírání hranic mezi vnitřním a vnějším světem, což vytváří cestu pro neregulované uplatnění psychického prožívání v chování.

## Diskuse

Cílem případové studie bylo prezentovat specifickou konfiguraci proměnných v protokolu Rorschachovy metody, která dává v tomto jednotlivém případě možnost zhodnotit v celku dynamiky psychického prožívání dříve diskutované kvantitativní závěry a přispět tak k diagnostice zdrojů, udržujících nefunkční vzorce myšlení a chování v rámci mentální anorexie.

Anamnéza obsahuje několik informací, které lze hodnotit jako rizikové. Pacientka byla v minulosti vyšetřována pro fyziologické symptomy bez nalezené příčiny, což přináší hypotézu o psychogenních zdrojích obtíží, které se manifestovaly skrze tělo. Anamnéza zachytila rovněž vlivy sociální a výchovné, které se případně podílely na vývoji obrazu současného onemocnění. Protokol Rorschachovy metody, z bodu, kdy byla pacientka již hospitalizována, přináší pohled na dynamiku prožívání a poukazuje na problematiku kognitivní. Dominantním zdrojem obtíží se jeví být myšlenkové procesy a konceptualizace, pracující s nesprávně definovanými pojmy a čerpající velkou měrou ve vnitřním světě, odtrženém od testované reality. Produkty imaginace jsou bez ohledu na výzvy vnějšího prostředí manifestovány a vnější realitě vnucovány. Poruchy ideace byly zjištěny

i v předcházejících výzkumech, byť v některých případech nebyly rozlišeny jednotlivé typy poruch příjmu potravy. Příkladem je právě zvýšená hodnota PTI (Smith et al., 1991; Tibon & Rothschild, 2009) nebo primárně procesuální odpovědi a patologické verbalizace (Kaufer & Karz, 1983). Z hlediska typu fabulací byly zdůrazněny zejména odpovědi INCOM (Guinzbourg, 2011). U konceptualizace považujeme navíc za důležité zdůraznit introverzivní styl (např. Guinzbourg, 2011; Izydorczyk, 2008) a fantazijní imaginaci, nerespektující požadavky reality, která je reprezentovaná např. M- (Guinzbourg, 2011; Tibon & Rothschild, 2009). S výjimkou Izydorczykové (2008) se naopak v předcházejících výzkumech neobjevuje jako charakteristická hypervigilance, která se v aktuálně prezentovaném případě na problematické ideaci bezesporu podílí. V popisu projevů mentální anorexie nacházíme pouze dílčí projevy, které lze s hypervigilancí spojit, jako je aktivita do vyčerpání, klesání nálady, růst podrážděnosti a přecitlivělosti včetně interpersonálních konfliktů a izolace (Krch, 2000). Přestože výzkumy zdůrazňují zkreslení tělesného schématu a nespokojenost s fyzickou podobou (Bruch, 1962; Gaudio & Quattrocchi, 2012), z aktuálního protokolu ROR vyplývá, že minimálně v tomto případě jde o širší ideační obtíže. Jsou založené na nekorektně vymezených pojmech a introverzivním spoléhání se na vlastní myšlení, které je však v tomto případě významně založené na zkreslující imaginaci (M<sup>P</sup>-). Na druhou stranu ale z kvalitativní analýzy sdělených odpovědí vyplynuly četné indicie o obecných obtížích s vymezením tělesného schématu a významu tématu těla v prožívání pacientky. Problém ideace je pravděpodobně obecný, ale téma těla z něj vystupuje jako dominantní i přes nízký výskyt odpovědí An+Xy. Z předcházejících zdrojů rovněž vyplynuly závěry o chybné mediaci (Guinzbourg, 2011, Orel et al., 2016) a specifické formě zpracování informací charakteristické zvýšenou pečlivostí a sebeřízením s nízkou výslednou efektivitou (Guinzbourg, 2011; Krch, 2010a; Phillipou et al., 2015). V aktuálně prezentovaném případě vyplynuly jmenované aspekty mediace a zpracování informací jako konsekvence problémů v ideaci včetně pozitivního HVI. Vlastní deformované ideje jsou vnější realitě vnucovány (XA% a WDA% nízké) a zvýšené nároky na sebe sama, stejně jako nutkavé chování a hledání skrytého (vysoké Zf a Dd) vedou ve finále k neefektivním výsledkům (-Zd). Rovněž témata agrese, ohrožení a úzkosti, identifikované napříč předcházejícími studiemi (např. Izydorczyk, 2008; Kaufer & Karz, 1983; Smith et al., 1991; Tibon & Rothschild, 2009) jako charakteristické pro mentální anorexii, resp. poruchy příjmu potravy, jsou kontextu HVI přiléhavé. V protokolu se z hlediska agrese vyskytovalo nejen množství agresivních pohybů (AG), ale také morbidních odpovědí (MOR), agresivních obsahů (AgC – Gacono & Meloy, 1994) a lokalizací založených na využití Space. Zcela absentovaly tvarové dimenze manifestující introspektivní hodnocení. Navíc se v protokolu objevuje řada destruktivních odpovědí a ohrožujících objektů, ať už postav či nástrojů. K zachycení těchto obsahů navrhli Ephraim a Kaser-Boyd (2003, in Gacono et al., 2008) tzv. Danger index složený ze čtyř kategorií. Ověřen byl na dvou skupinách respondentů, které prožily trauma. Průměrná hodnota indexu pro klinické skupiny byla mezi 5,55 a 6,33 ve srovnání s hodnotou kontrolní skupiny na úrovni 1,25. Pokud je index aplikován na aktuální protokol, je jeho hodnota 10. Obraz protokolů pacientů s traumatem a s pozitivním HVI se do značné míry překrývá (Huprich, 2015), z čehož dovozujeme, že i odpovědi zahrnující agresi a ohrožení v řešeném případě reprezentují součást dynamiky pozitivního HVI. Překvapující je, že přestože předcházející výzkumy zaznamenaly proměnné související s hypervigilancí, nebyla předmětná konfigurace pojmenována. Zjištění proto považujeme za přínos idiografického zpracování dat v prezentované případové studii.

Další výrazné hodnoty v protokolu ROR se protínají se zjištěními některých předcházejících výzkumů a jiným naopak odporují. Interpretace těchto zjištění v kontextu případu vyžaduje z našeho pohledu zvýšenou opatrnost, protože neobvyklé hodnoty proměnných nejsou exklusivní pro mentální anorexii, resp. poruchy příjmu potravy, a navíc je jejich význam vhodné hodnotit skrze prioritní výsledky týkající se kognice, které jsou známé v aktuální kazuistice, ale nejsou dostupné k výzkumným závěrům předcházejících studií. Například podobně jako Izydorczyková (2008) a Guinzbourgová (2011) jsme identifikovali negativní emotivitu a sníženou emoční regulaci, kterou by bylo možné spatřovat i u primárně procesuálních odpovědí identifikovaných Kauferem a Katzem (1983). Ve shodě s Izydorczykovou (2008) jsme zjistili známky pasivity, závislosti a zájmu o druhé lidi. Také zvýšené množství obsahu krev se v předcházejících studiích již objevil (Smith et al., 1991; Tibon & Rothschild, 2009).

Přes tyto výsledky, dílem shodné i rozdílné od předchozích studií, považujeme otázku kognitivní ideace a hypervigilance za určující pro aktuální případ. Kvalitativní analýza protokolu umožňuje zvážit problémy při konceptualizaci a artikulaci těla stejně jako při správném ohraničení pojmu jeho charakteristickými rysy (pusa, obličej, ruce,...) v dynamické interakci s ideací hněvu, agrese, ohrožení a úzkosti. Neschopnost reflektovat vlastní chybné myšlenkové postupy nebo přijmout zpětnou vazbu k těmto postupům je kombinovaná s vývojově raným stíráním rozdílů mezi vnitřním a vnějším. Z rozhovoru před administrací ROR je patrné, že popsána dynamika zůstává do značné míry stále přítomná. Pacientka cítí při jídle vinu, chce přibrat kilo, aby mohla navštívit kino a v budoucnu by se ráda proslavila jako Bikini fitness. Je patrné, že koncepční základna mentální anorexie zůstává stabilní.

V tomto směru je vhodné zvážit, zda protokol svědčí pro případný zisk pacientky z psychotherapeutické práce nad rámec probíhající léčby. Z pohledu znaků zmiňovaných Weinerem (2004) nejsou u pacientky přítomné předpoklady pro zisk z terapie (chybějící FD a T, kladné D, disproporční a:p). Protokol pacientky nicméně disponuje některými znaky uváděnými Nygren (2004) jako pozitivní pro zisk z dynamické psychotherapie (především zvýšené EA, vyšší hodnota blends, vyšší ZF a AG, přiměřené F%). Proto vedle standardně uplatněné ústavní léčby, orientované zejména na stravovací režim s cílem upevnit jídelní návyky, pravidelné kontroly hmotnosti, dodržování zásad zabraňujících nadměrné tělesné aktivitě či snižování příjmu potravin, odměňování žádoucího chování vycházkami a zavedení farmakoterapie, lze rovněž reálně posoudit benefit z navazující psychotherapeutické péče.

Získané výsledky je nutné zvážit ve světle podmínek, za kterých byla administrace ROR provedena. Pacientka byla již měsíc v léčbě a s medikací antidepresivy. Jak léčebný režim, tak medikace mohly významně ovlivnit obraz získaného protokolu. Byť se jeví, že motivace pro léčbu je především vnějšího charakteru, stále jde o motivaci. Pacientka byla při administraci spolupracující, otevřená komunikaci. Při diagnostice v odlišných, zejména ambulantních podmínkách může být spolupráce mnohem menší a tedy i navazující protokol bude méně odkrývající. Například Kocourková a Koutek (2002) uvádějí, že osobnost pacientů s mentální anorexií je většinou vyhýbavá. Tento obraz může za určitých okolností vyvést z chybějící motivace a ochoty se odkrýt. Současně jde o záznam případu, který si neklade za cíl výsledky generalizovat, jako spíše reflektovat dříve generalizovaná zjištění na konkrétním případě, dát jim další význam a potenciálně otevřít nové otázky. Mezi tyto nově otevřené otázky pro empirický výzkum může patřit například Danger index

v kontextu mentální anorexie, role pozitivního HVI v dynamice prožívání osob s mentální anorexií nebo dynamika střídání tématu těla a agrese.

Limitem zpracované případové studie je pozornost soustředěná na ROR bez srovnání s výsledky dalších diagnostických metod a postupů. Podobně spatřujeme limit v absenci opakované administrace a porovnání získaných dat v různých etapách léčby.

## Literatura

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- APA. (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code>
- Bornstein, R. F., & Masling, J. M. (2005). The Rorschach Oral Dependency Scale. In R. F. Bornstein & J. M. Masling (Eds.), *Scoring the Rorschach: Seven validated systems* (pp. 135–157). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24(2), 187-194.
- Carstairs, K. S. (2011). Rorschach assessment of parenting capacity: A case study. *Rorschachiana*, 32(1), 91–116. <https://doi.org/10.1027/1192-5604/a000017>
- Daini, S. (2009). Projective methods in the study of eating disorders - an update. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 16(2), 117-123.
- Exner, J. E. (2003). *The Rorschach. A Comprehensive System: Basic Foundation and Principles of Interpretation* (4th ed., vol. I.). Wiley.
- Gacono, C., & Meloy, J. R. (1994). *The Rorschach Assessment of Aggressive and Psychopathic Personalities*. Routledge.
- Gacono, C., Evans, F., B., Kaser-Boyd, N., & Gacono, L. A. (2008). *The Handbook of Forensic Rorschach Assessment*. Routledge.
- Gaudio, S., & Quattrocchi, C. (2012). Neural basis of a multidimensional model of body image distortion in anorexia nervosa. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(8), 1839-1847. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.05.003>
- 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), 400-406. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2010.09.001>
- Guinzbourg, M. (2011). Eating disorders – A current concern: Similarities and differences among the anorexia, bulimia, and EDNOS categories. *Rorschachiana*, 32(1), 27-45. <https://doi.org/10.1027/1192-5604/a000014>
- Huprich, S. K. (2015). *Rorschach Assessment of the Personality Disorder*. Routledge.
- Izydorczyk, B. (2008). Struktura osobowości młodych kobiet chorujących na anoreksję psychiczną. *Psychiatria Polska*, 42(2), 195-208.
- Kaufman, J. F., & Katz, J. L. (1983). Rorschach Response in Anorectic and Nonanorectic Women. *International Journal of Eating Disorders*, 3(1), 65-74. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198323\)3:1<65::AID-EAT2260030106>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198323)3:1<65::AID-EAT2260030106>3.0.CO;2-D)
- Kocourková, J., & Koutek, J. (2002). Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů. *Pediatric pro praxi*, (3), 98-100. <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2002/03/02.pdf>
- Koutek, J., & Kocourková, J. (2015). Poruchy příjmu potravy - spolupráce psychiatra s pediatrem a gynekologem. *Psychiatrie pro praxi*, 2015; 16(1): 11–13. <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2015/01/03.pdf>
- Krch, F., D. (n.d.) *Poruchy příjmu potravy v dětství a dospívání*. <http://www.healthyandfree.cz/index.php/ppp/ppp-v-detstvi-a-dospivani>



- Krch, F. D. (2004). Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi*, 1, 14-16. <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/01/04.pdf>
- Krch, F. D. (2010a). *Mentální anorexie*. Portál.
- Krch, F. D. (2000). Vztah mezi tělesnou spokojeností a kvalitou života českých adolescentů. *Psychiatrie*, 4(4), 231-235. <http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2000/04/03krch.pdf>
- Krch, F. (2016). Poruchy příjmu potravy. *Pediatric pro praxi*, 17(4), 238-239. <https://doi.org/10.36290/ped.2016.054>
- Kuchtová, N. (2020). *Obraz mentální anorexie dospívajících v Rorschachově metodě* [Nepublikovaná diplomová práce]. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Lečbych, M. (2016). *Rorschachova metoda. Integrativní přístup k administraci* (2nd ed.). Grada.
- Lerner, P. M. (2011). *Psychoanalytic Perspectives on the Rorschach*. Routledge.
- Masling, J., Rabie, L., & Blondheim, S. H. (1967). Obesity, level of aspiration, and Rorschach and TAT measures of oral dependence. *Journal of Consulting Psychology*, 31(3), 233–239. <https://doi.org/10.1037/h0020999>
- Meyer, G. J., Viglione, D. J., Mihura, J. L., Erard, R. E., & Erdberg, P. (2011). *Rorschach Performance Assessment System. Administration, Coding, Interpretation and Technical Manual*. RPAS.
- Meyer, G. J., Hosseininasab, A., Viglione, D. J., Mihura, J. L., Berant, E., Resende, A. C., & Reese, J. (2018). The Effect of CS administration or an R-Optimized alternative on potential projective material in Rorschach responses from six studies and a meta-analysis of their findings. *Journal of Personality Assessment*, 102(1), 135-146. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1492926>
- Němečková, P. (2007). Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 4, 155–157. <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/04/02.pdf>
- Nygren, M. (2004). Differences in Comprehensive System Rorschach variables between groups differing in therapy suitability. *Rorschachiana*, 26(1), 110–146. <https://doi.org/10.1027/1192-5604.26.1.110>
- O'Neill, R. M. (2005). Body Image, Body Boundary, and Barrier and Penetration Rorschach Scoring System. In R. Bornstein & J. Masling, *Scoring the Rorschach: Seven Validated Systems* (pp. 159-189). Lawrence Erlbaum Associates.
- Orel, M. a kol. (2016). *Psychopatologie*. Grada.
- Phillipou, A., Rossell, S., L., Gurvich, C., Castle, D., J., Troje, N., F., & Abel, L., A. (2016). Body Image in Anorexia Nervosa: Body Size Estimation Utilising a Biological Motion Task and Eyetracking. *European Eating Disorder Review*, 24(2), 131-138. <https://doi.org/10.1002/erv.2423>
- Rossel, F., Husain, O., & Revaz, O. (2019). *Zvláštní fenomény v Rorschachově metodě. Psychodynamická analýza diskurzu*. Hogrefe.
- Říčan, P., Krejčířová, D. a kol. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Grada.
- Seitl, M., & Andrlé, I. (2017). *ROR online. Asistenční on-line program pro zápis, skórování a vyhodnocení protokolů Rorschachovy metody administrované s využitím Komprehenzivního systému*. IPS.
- Smith, J. E., Hillard, M. C., & Roll, S. (1991). Rorschach evaluation of adolescent bulimics. *Adolescence*, 26(103), 687-96.
- Svoboda, M., Humpolíček, P., Šnorek, V. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Portál.
- Tibon, S., & Rothschild, L. (2009). Dissociative states in eating disorders: An empirical Rorschach study. *Psychoanalytic Psychology*, 26(1), 69-82. <https://doi.org/10.1037/a0014675>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2018). *Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011-2017*. <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8150>

- Viglione, D. J., Perry, W., & Meyer, G. (2003). Refinements in the Rorschach Ego Impairment Index Incorporating the Human Representational Variable. *Journal of Personality Assessment*, 81(2), 149–156. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8102\\_06](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8102_06)
- Weiner, I. B. (2003). *Principles of Rorschach Interpretation* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Weiner, I. B. (2004). Rorschach Inkblot Method. In M. E. Maruish (Ed.), *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment* (3rd ed.), Vol. 3 (pp. 553-587). Lawrence Erlbaum Associates.
- Žaloudíková, I. (15. března 2013). *Změny v psychice a chování u dospívajících ve věku 11-15 let*. <https://duha.mzk.cz/clanky/zmeny-v-psychice-chovani-u-dospivajicich-ve-veku-11-15-let>

## O autorech

### **Mgr. Nikol Kuchtová**

Absolventka jednooborové psychologie na Katedře psychologie FF UP v Olomouci. Současně působí v Diagnostickém centru Nemocnice Hořovice a je zařazena do specializačního vzdělávání v oboru klinická psychologie. V rámci výzkumu se věnuje zejména využití Rorschachovy metody u dětí a dospívajících.

Kontaktní údaje: Nemocnice Hořovice, 267 01 Hořovice

E-mail: nicol.kuchtova@gmail.com

Korespondenční autorka.

### **PhDr. Martin Seitl, Ph.D.**

Působí jako odborný asistent na Katedře psychologie FF UP v Olomouci. Rorschachově metodě se věnuje ve výzkumu, výuce a praxi od roku 2005. Je absolventem základního i supervizního kurzu v Rorschachově metodě a získal mezinárodní certifikaci pro R-PAS. Absolvoval stáž věnovanou Rorschachově metodě v Izraeli podpořenou programem Masaryk Distinguished Chair. Je autorem či spoluautorem několika studií věnovaných projektivním metodám a působí jako lektor kurzů Rorschachovy metody pro psychology v praxi v České republice a na Slovensku.

E-mail: martin.seitl@upol.cz

---

Kuchtová, N., & Seitl, M. (2023). Obraz mentální anorexie v Rorschachově metodě u adolescentní pacientky – případová studie. *E-psychologie*, 17(1), 13-30. <https://doi.org/10.29364/epsy.462>