

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**POSOUZENÍ SOCIÁLNÍCH VZTAHŮ U DĚTÍ S ADHD
POMOCÍ PROJEKTIVNÍCH METOD**

**SOCIAL RELATIONS EVALUATION IN ADHD
CHILDREN BY MEANS OF PROJECTIVE TESTS**



Magisterská diplomová práce

Autor: **Mgr. Lucie Botorová**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, Dr. Sc.**

Olomouc

2013

Ochrana informací v souladu s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidence údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsob jejich zveřejnění. Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích. Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být pouze přílohou tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem.

Poděkování

Je mou milou povinností poděkovat doc. PhDr. Panatojis Cakirpaloglu, Dr. Sc. za odborné vedení práce, cenné rady, připomínky, trpělivost, vstřícnost a čas, který mi věnoval.

Dále bych chtěla vyjádřit své poděkování všem pedagogům a rodičům, bez jejichž pomoci by výzkum nemohl být realizován.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma „Posouzení sociálních vztahů u dětí s ADHD pomocí projektivních metod“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Ostravici dne 29. března 2013

.....
Lucie Botorová, v. r.

OBSAH

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Syndrom ADHD	7
1.1 Vymezení pojmu.....	9
1.2 Symptomy ADHD	11
1.3 Příčiny vzniku ADHD	13
1.4 Problémy dětí s ADHD.....	15
1.5 Prognóza a terapie.....	18
2 Sociální vztahy.....	23
2.1 Socializace	23
2.2 Sociální kolektiv	25
2.2.1 Zapojení do kolektivu	25
2.2.2 Společenské normy a hodnoty	27
2.2.3 Důležitost kolektivu pro dítě.....	28
3 Projektivní metody.....	28
3.1 Projekce	30
3.1.1 Formy projekce	30
3.2 Klasifikace projektivních metod.....	31
3.3 Reliabilita a validita projektivních metod.....	32
3.4 Tematicko apercepční test (TAT).....	32
3.4.1 Vznik a vývoj TAT	33
3.4.2 Omezení a výhody TAT	35
3.4.3 Skórovací systémy	36
3.4.4 Administrace a interpretace TAT	39
3.4.5 Popis tabulí a evokovaných témat	40
4 Srovnatelná šetření u nás a v zahraničí.....	44
VÝZKUMNÁ ČÁST	48
5 Problém výzkumu	48
6 Cíle výzkumu.....	48
7 Výzkumné otázky (kvalitativní výzkum) a hypotézy (kvantitativní výzkum)	49
8 Soubor – zkoumaná populace a výzkumný vzorek	49
9 Etický rozměr.....	51

10	Metody získávání dat	51
11	Metody zpracování a analýzy dat	53
11.1	Jednotlivé výsledky.....	53
11.2	Kazuistika vybraného chlapce s ADHD	75
12	Interpretace výsledků.....	78
12.1	Kvalitativní výzkum	78
12.1.1	Stručný souhrn k výzkumným otázkám.....	82
12.2	Kvantitativní výzkum	83
13	Diskuse.....	84
14	Závěry	87
	SOUHRN.....	88
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY	90

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce

Příloha č. 2: Český a anglický abstrakt diplomové práce

Příloha č. 3: Informovaný souhlas pro zákonné zástupce dětí s ADHD

Příloha č. 4: Záznamový list TAT

Příloha č. 5: Schéma pro skórování SCORS

Příloha č. 6: Záznamový arch SCORS

Příloha č. 7: Záznamový list odpovědí vybraného chlapce s ADHD

ÚVOD

V dnešní době se stává závažným problémem u dětí poměrně častý výskyt ADHD, tj. syndromu poruchy pozornosti s hyperaktivitou. Samotným dětem vážně komplikuje jejich životní cestu a také pro rodiče a okolí znamená obrovskou výzvu a zátěž. Naštěstí ADHD není nemoc, kterou by nebylo možno léčit, hodně záleží na rodičích, jak se k problému postaví a snaží se jej řešit. Je to sice náročná, nelehká a především dlouhodobá anabáze, ale výsledky určitě stojí za takové snažení. Děti jsou spokojenější a rovněž všichni kolem.

Projevy v chování u konkrétního dítěte jsou totiž důsledkem kombinace základních příznaků onemocnění, přidružených psychických poruch a vlivů prostředí – tedy toho, jak se kdo k dítěti chová, v jaké žije rodině, jaké má štěstí na učitele a spolužáky a jaké má další charakteristiky osobnosti (Goetz, Uhlíková, 2009).

Já sama mám osobní zkušenost s tímto problémem, a proto se mě celá záležitost týká velice zblízka. Mám takřka jedenáctiletého syna Daniela, který trpí syndromem ADHD. Je veden jako dítě s ranými riziky, souvisejícími s komplikovaným porodem, kdy mu byla také diagnostikována poporodní paréza brachiálního plexu PHK. Jeho tělesné postižení celou situaci komplikuje, protože je velmi zatěžován pravidelnou rehabilitací. Takže v tomto konkrétním případě nejde o úplně běžný případ ADHD. Od jeho pěti let navštěvujeme pedopsychiatra, takřka od té doby bere psychofarmaka, ale kvůli nedostačujícímu účinku léků je veden jako farmakorezistentní porucha pozornosti těžkého stupně. Podstupuje také psychoterapie, zkoušeli jsme akupunkturu, homeopatika, ale vše bez valného účinku. Daniel měl roční odklad školní docházky, nyní je ve čtvrté třídě běžné základní školy. Od pololetí druhého ročníku mu byl přidělen asistent pedagoga na plný úvazek. Dopomáhá mu nejen během vyučování, kdy se snaží aktivovat jeho pozornost, ale dohlíží na něj také o přestávkách a při mimoškolní činnosti (např. plavecký výcvik). Se synovým prospěchem zatím velký problém není, známky má dobré, učivo zná, školní výsledky jsou vyhovující. Velkou komplikací však je, že není příliš schopen samostatné činnosti. A situace se dále začala zhoršovat v souvislosti s jeho socializací a sociální edukací. Těžký ADHD syndrom bývá totiž silným prediktorem také v selhání v sociálních vztazích, nejen v učení. Což v jeho případě platí dvojnásob. Má konflikty se spolužáky, s kamarády, doma s mladší sestrou a rovněž se zbytkem rodiny. Díky tomu se cítí sám a nepochopen a jeho chování se zhoršuje, jeví se to jako dokonale začarovaný kruh.

Ovlivněna těmito zážitky jsem se rozhodla věnovat celému tématu blíže. Začala jsem přemýšlet, jaké má dítě s ADHD sociální vztahy, zda jsou jiné, či problémové. Že nemá lehký život, ale že se s tím dá určitým způsobem bojovat. Jako metodu vhodnou k posouzení fungování interpersonálních vztahů těchto dětí jsem si zvolila projektivní testy. V rámci postupové práce jsem použila konkrétně test CATO, nyní jsem tento výzkum rozšířila o metodu TAT (Tematicko apercepční test). Pokračovala jsem tedy ve zkoumání, které jsem započala ve své postupové práci, jež nese totožný název a vznikla v roce 2011.

První část teoretické práce je zaměřena na termín ADHD v celé jeho šíři. Zabývá se samotným vymezením pojmu, jeho klíčovými symptomy, možnými příčinami vzniku, problémy dětí s ADHD i prognózou a následnými možnostmi péče a terapie. Dále se věnuje procesu socializace a také interpersonálním vztahům a problémům jich se týkajících. A v neposlední řadě dodávám základní informace o projektivních metodách a testech, především pak o TAT.

Na teorii navazuje empirická část práce, jež je kombinací kvalitativního a kvantitativního výzkumu, zkoumá 30 dětí s diagnózou syndromu ADHD a 30 dětí jako kontrolní soubor. Aby byl vzorek co nejvíce homogenní, zvolila jsem chlapce, u nichž je tento problém častější, a věkovou hranici vymezila 8 až 11 lety. Cílem tohoto výzkumu bylo posoudit pomocí projektivních metod jejich sociální vztahy.

Co se týče etiky výzkumu, ředitelům zvolených základních škol jsem podala písemnou žádost se souhlasem vedoucího katedry psychologie. Výchovní poradci pak ve třídách rozdali vhodným dětem informované souhlasy pro jejich rodiče. A až na základě jejich podpisů jsem se dostala přímo k dětem, s nimiž jsem poté v době jim nejvíce vyhovující realizovala TAT. Tuto psychodiagnostickou metodu jsem tedy administrovala, výsledky zaznamenala a následně vyhodnotila.

Na závěr práce přidávám jako přílohy vzor informovaného souhlasu, záznamový list TAT, schéma pro skórování a záznamový arch SCORS a dále anonymní odpovědi vybraného chlapce s ADHD, ve kterých jsou zachyceny informace týkající se mezilidských vztahů v jeho rodině a v širším sociálním prostředí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Syndrom ADHD

„Duševní život malého dítěte býval někdy přirovnáván k odvrácené straně Měsíce: neznámá krajina v nedohlednu a jenom nejasně tušíme, co by tam asi mohlo být. Ale věda si našla cestu k neznámým končinám Měsíce a našla si ji i k počátkům našeho duševního života. Dítě, které se právě narodilo, už není tím nebohým, zoufale nedokonalým tvorečkem, za jakého jej považovaly minulé věky. Je vybaveno pozoruhodnými schopnostmi, které mu dovolují svým způsobem kontrolovat a ovlivňovat své životní prostředí. Psychologové a lékaři objevili, že má netušenou schopnost přizpůsobovat se a učit se. V několika prvních měsících jeho života už můžeme sledovat úžasnou dynamiku, která žene jeho vývoj kupředu podle určitých obecných zákonitostí, avšak přitom mu dává i zcela individuální osobitou podobu, takže nakonec se z každého dítěte stává jedinečná lidská bytost“ (Matějček, Langmeier, 1986, 5).

Mnoho dětí působí tak, že neumí sedět klidně a nedokáží normálně fungovat ve škole, doma a v situacích, kde se od nich automaticky očekává kontrolované chování. Bývají označovány jako hyperaktivní (O'Dell, Cook, 2000).

Syndrom ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder* – porucha pozornosti provázená hyperaktivitou) neboli hyperkinetické poruchy patří mezi neurovývojové poruchy, které charakterizuje především porucha pozornosti (nesoustředěnost, nepozornost), impulzivita a hyperaktivita. Projevují se již od raného dětství, nejvíce však ve školním věku, převážně u chlapců. Téměř u poloviny případů přetrvávají do dospělosti.

Pro ADHD se dříve používaly termíny LDE (lehká mozková encefalopatie) či LMD (lehká mozková dysfunkce), jež se snažily vystihnout etiologii. *„Naproti tomu diagnostické kategorie syndrom deficitu pozornosti a syndrom deficitu pozornosti s hyperaktivitou akceptují současný stav poznání a víceméně rezignují na hledisko etiologické. Popis syndromu je realizován výlučně a důsledně na základě jednotlivých způsobů chování“ (Kucharská, Ed., 1997, 23).* Aktuální označení syndromu tedy vychází z popisu projevů této poruchy. Zažitý název LDM se v souvislosti s poruchami učení, chování, pohybové koordinace a řeči začal užívat v 60. letech 20. století. Tento koncept vycházel ze zjištění, že příčinou specifických poruch učení a chování jsou drobná neurochemická poškození určitých částí nervové soustavy. Ke změně názvu na ADHD došlo poměrně nedávno. Mnozí rodiče dětí trpících těmito poruchami se totiž mylně

domnívali, že termín LDM označuje určitý stupeň poškození mozkových buněk. V každém případě se však jedná stále o totéž.

Jak již bylo řečeno, v pojmovém posunu od LDE přes LDM k dnešnímu ADHD ubývá původního důrazu na etiologii organickou, tj. na drobná mozková poškození či jiné mozkové anomálie, a přibývá důrazu na etiologii genetickou, anebo i výchovnou, neurotickou apod. Jde o pojetí čistě behaviorální a popisné. Už se neptáme, od čeho to to dítě má, nýbrž jen, jak to vypadá (Matějček, 2005).

Počátkem 20. století popsal jeden anglický pediatr skupinu dětí s poruchami učení a jejich potíže dával do souvislosti s poruchami poznávacích pochodů v mozku. Jeho domněnku upřesnili ve 40. letech téhož století lékaři Strauss a Lehtinen, kteří rovněž pozorovali děti s potížemi v oblasti učení a chování. Usoudili, že společným jmenovatelem těchto problémů by mohla být menší mozková dysfunkce (Serfontein, 1999).

Podle Koukolíka „*je syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder) znám od Stillova popisu z roku 1902. Je projevem zajímavé kombinace poruchy funkčního systému pozornosti a funkčního systému hybnosti*“ (Koukolík, 2002, 283).

Vývojové hledisko nám pomáhá k optimistickému pohledu na onemocnění. Záleží na tom, jak velkou má CNS schopnost kompenzovat nedozrálé funkce, nemalou úlohu hraje včasná diagnóza a potřebná stimulace z prostředí, aby adaptace mozku využila všechny možnosti, které jedinec má. Proces závisí na individuální schopnosti co do rozsahu a kvality (Třesohlavá et al., 1986).

ADHD je termín v dnešní době až nadužívaný a moderní, ale přesto si myslím, že má v určitých případech své opodstatnění. Dokázaly jej četné vědecké výzkumy a je zcela evidentní, že jde o vážný problém. Tedy pokud je tento syndrom diagnostikován oprávněně. Někdy najdeme tendence rodičů mít raději dítě s psychickou poruchou než přiznat nezvládnutí jeho výchovy. Děti postižené ADHD mají potíže ovládat své chování, nedokáží se patřičně vypořádat s přicházejícími podněty a správně je vyhodnocovat. Pravděpodobný počet školních dětí, které trpí tímto onemocněním, se uvádí jako 6–8 %, což není zanedbatelné číslo. Na druhou stranu je ale dobře, že se během posledních pár let díky úsilí odborníků také zvýšila informovanost o ADHD. Zajímají se o něj rodiče, pedagogičtí pracovníci ve školách a v neposlední řadě rovněž psychologové a lékaři. Děti s ADHD tak mají možnost žít díky péči všech výše jmenovaných lepší a kvalitnější život. Což je velice důležité. Nejen pro ně samotné, ale i pro jejich okolí – rodiče, sourozence, kamarády, učitele a spolužáky.

1.1 Vymezení pojmu

Podle mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10, která se u nás používá, se hovoří o hyperkinetické poruše (nedostatek pozornosti) – F90. Ta se dále dělí na dva hlavní typy:

- a) poruchu aktivity a pozornosti (F90.0) a
- b) hyperkinetickou poruchu chování (F90.1).

Jak sám název napovídá, u dětí s druhou diagnózou se k poruchám pozornosti, hyperaktivitě a impulzivitě připojují také poruchy chování. Ve zvýšené míře a dlouhodobě se může projevovat agresivita, rvačky, opoziční chování, lhaní, krádeže, záškoláctví, u starších dětí mohou mít projevy závažnější asociální nebo predelikventní charakter. Kombinace hyperkinetických poruch s poruchami chování je tedy prognosticky méně příznivá, existuje větší riziko rozvoje budoucího násilného chování a delinkvence.

V průběhu minulého století bylo pro hyperkinetické poruchy používáno mnoho různých názvů a také pohled na její příznaky prošel určitými změnami. V našich zemích byly řadu let hyperkinetické příznaky zahrnovány pod diagnózu lehké mozkové dysfunkce a děti byly označovány jako psychomotoricky nestabilní. V posledních letech se vedle současného oficiálního názvu hyperkinetická porucha stále častěji užívá přejatá zkratka používaná v klasifikačním systému Americké psychiatrické asociace (DSM-IV): ADHD (Drtílková, 2007).

Hyperkinetická porucha (MKN-10)	Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD (DSM-IV)
Porucha pozornosti a hyperaktivita (F90.0)	ADHD typ s převahou poruchy pozornosti
	ADHD typ hyperaktivně-impulzivní
	ADHD typ smíšený
Hyperkinetická porucha chování (F90.1)	
	ADHD typ nespecifický
	ADHD v časné remisi

Tab. 1: Dělení HKP podle MKN-10 a ADHD podle DSM-IV

Hlavní rozdíly mezi oběma klasifikačními systémy, týkající se ADHD a hyperkinetické poruchy, jsou tyto:

1. DSM-IV klasifikuje vlastnost „často je nepřiměřeně upovídané“ jako příznak hyperaktivity. MKN-10 uvádí podobný, ale přesnější popis chování „mluví nadměrně bez ohledu na společenské zvyklosti a zábrany“ jako příznak impulzivity.

2. DSM-IV vyžaduje, aby šest (nebo více) symptomů pro „hyperaktivitu-impulzivitu“ přetrvávalo po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že mají za následek nepříznovost dítěte a neodpovídají jeho vývojovému stadiu. Současný vědecký názor směřuje k tomu, že k základním příznakům ADHD (a hyperkinetické poruchy) patří právě nedostatečná kontrola impulzivity (Munden, Arcelus, 2006).

Existuje také termín ADD, který znamená pouze poruchu pozornosti (*Attention Deficit Disorder*). Dítě se syndromem ADD hyperaktivní převážně nebývá. Riefová (2007) uvádí, že takoví žáci ve třídě většinou nevyrušují, nezlobí a ani jinak na sebe neupoutávají učitelovu pozornost. Pro učitele proto nejsou tak nápadní. Pro dítě však může ADD představovat vážný problém, protože značně zhoršuje prospěch a je příčinou nízké sebeúcty.

Diagnostická kritéria HKP podle MKN-10	Diagnostická kritéria ADHD podle DSM-IV
Symptomy poruchy pozornosti: alespoň 6 příznaků po dobu 6 měsíců	Kritéria A1: 6 nebo více příznaků trvajících minimálně 6 měsíců
obtížná koncentrace pozornosti	Porucha pozornosti: nepozornost při školních úkolech, opomíjení detailů, chyby z nepozornosti
neposlouchá	neudrží pozornost při hře
nedokončuje úkoly	neposlouchá během rozhovoru
vyhýbá se úkolům vyžadujícím mentální úsilí	neposlouchá instrukce, není schopno dokončit úkol
nepořádný, desorganizovaný	organizační problémy
ztrácí věci	nesnáší úkoly vyžadující mentální úsilí, vyhýbá se jim
roztržitý	ztrácí věci
zapomnětlivý	dá se snadno rozptýlit vnějšími podněty
Symptomy hyperaktivity: alespoň 3 příznaky po dobu 6 měsíců	Kritéria A2: 6 nebo více příznaků hyperaktivity-impulzivity trvajících minimálně 6 měsíců, nepřiměřených vývojovému stupni
Hyperaktivita:	Hyperaktivita:
neposedí, vrtí se	neklid rukou, nohou, vrtí se na židli
pobíhá kolem	vstává ve třídě, když má sedět
vyrušuje, je hlučný, obtížně zachovává klid	často pobíhá v nevhodných situacích
v neustálém pohybu	neumí si hrát tiše
excesivně mnohomluvný	trvale příliš vysoká motorická aktivita nadměrně mnohomluvný
Symptomy impulzivity: alespoň 1 příznak po dobu 6 měsíců	Impulzivita:
nezdrženlivě mnohomluvný	často vyhrkne odpověď na otázky, které ještě nebyly dokončeny
vyhrkne odpověď bez přemýšlení	často není schopno čekat ve frontě nebo až přijde na řadu ve hře či komunikaci
nedokáže čekat	často přerušuje ostatní nebo se jim vnucuje
přerušuje ostatní	často příliš mluví bez ohledu na sociální zábrany

Tab. 2: Klinická diagnostická kritéria hyperkinetických poruch podle MKN-10 a ADHD podle DSM-IV

Hyperkinetická porucha se projevuje v průběhu vývoje dítěte v podobě deficitů v oblasti kognitivních a percepčně motorických funkcí, v oblasti regulace afektů a emotivity a také v sociálním přizpůsobení. Syndrom ADHD představuje rizikový faktor pro vývoj poruch chování, které mají charakter sociální maladaptace (Hort et al., 2000).

1.2 Symptomy ADHD

ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Potíže jsou chronické a tyto evidentně biologické deficity ovlivňují interakci dítěte s rodinou, školou a společností. Třemi základními příznaky ADHD jsou tedy porucha pozornosti, impulzivita a hyperaktivita. Tyto příznaky buď izolovaně, nebo ve svém souhrnu predisponují dítě k dalším obtížím, které jsou v mnoha případech závažnější než příznaky původní. Dalšími symptomy jsou snížené výkony ve škole, agresivita, problémy při navazování kontaktů s vrstevníky, neshovívavost, neschopnost podřídit se autoritě a obecně uznávaným pravidlům, agresivní řešení interpersonálních problémů, problémy se sociálním učením, nízké sebehodnocení a sociální status (Zelinková, 2003).

Porucha pozornosti souvisí se změnou aktivační úrovně, s kolísáním výkonu, se zvýšenou unavitelností a s nižší tolerancí k zátěži. Projevuje se v různých formách (kolísání, dekoncentrace, malý rozsah, malá intenzita, malá výběrovost, perseverace – ulpívavost). Jedinec se snadno rozptýlí jakýmkoliv vnějším, rušivým podnětem, má problémy s nasloucháním a s plněním pokynů, se zaměřením a udržením pozornosti, se soustředěním se na úkol a jeho dokončením, má nevyrovnaný výkon v práci, ve škole, je nepořádný, „vypíná“ pozornost a má nedostatečné studijní dovednosti a potíže se samostatnou prací. Pro děti s ADHD bývá typické, že jsou roztěkané, nesoustředěné a nepozorné. Velkou roli ve schopnosti koncentrovat pozornost hraje motivace a adekvátní stimulace.

Hyperaktivní dítě má vysokou míru neuspořádané aktivity: vypadá, že je v neustálém pohybu, nenechá v klidu ruce, nohy, vrtí se na židli, vyhledává blízké předměty, s nimiž si hraje, vkládá do úst apod., opouští své místo, prochází se po třídě ve chvíli, kdy se očekává, že bude sedět – nedokáže setrvat na svém místě, má velký pocit neklidu. Hyperaktivita také znamená neschopnost relaxace a sedavých aktivit (stále „na pochodu“). Bývá uváděna jako nadměrná nebo vývojově nepřiměřená úroveň motorické či

hlasové aktivity. Výkon pohybu je správný, ale jeho provedení se jeví jako zbrklé, nepřesné a nekoordinované.

Impulzivita představuje malé sebeovládání – jedinec často něco nevhodně vyhrkne, nemůže se dočkat, až na něj přijde řada, často skáče do řeči ostatním nebo je ruší, nadměrně mluví, dostává se do nesnází tím, že si věci nedokáže předem promyslet (jeho slova a chování předchází myšlenku), nezřídka se zapojuje do fyzicky nebezpečných činností, aniž by předem zvážil možné následky (skoky z výšky, vjíždění na kole na silnici bez rozhlédnutí apod.) a má problémy s činnostmi, které vyžadují klid a ticho. Impulzivní jednání bývá popisováno jako okamžitá reakce na podnět, kde chybí fáze rozmyšlení.

U hyperaktivních dětí v předškolním a školním věku pozorujeme mimo základní projevy syndromu ADHD také přidružené poruchy, které s vlastním syndromem úzce souvisejí. Jedná se o percepčně motorické poruchy (poruchy motoriky, motorické a senzomotorické koordinace a dále i poruchy percepčních funkcí, zejména zrakového a sluchového vnímání), poruchy paměti (zvláště tzv. provozní paměti, které úzce souvisejí s poruchou koncentrace pozornosti), poruchy v oblasti myšlení a řeči a rovněž poruchy emoční (související s prožíváním sebe sama) a následně i poruchy chování. Souvislost s ADHD mají také vývojové poruchy učení (dyslexie, dysgrafie atd.), u hyperaktivních dětí bývají umocněny kolísáním schopnosti koncentrace pozornosti, impulzivitou a poruchami paměti a řeči. Jelikož největší nároky na výkonnost dítěte klade základní škola, bývá vstup do ní pro dítě s ADHD zlomovým (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Téměř každé dítě s ADHD má nějakou vývojovou poruchu učení, tento syndrom se totiž jeví jako primární zátěž a nastavení pro pozdější komplikace výukových dovedností. Avšak u dětí s vývojovými poruchami učení se nemusí nutně vyskytnout poruchy pozornosti a hyperaktivita.

Pro poruchy emocionality jsou typické výkyvy nálad a nezralost citových reakcí. V poruchách motoriky a senzomotorické koordinace převažují obtíže v jemné motorice, v koordinaci, s četnými dopady do sociální oblasti (symptomy zaměňovány za nedbalost). Poruchy vnímání, tzv. dysgnozie (lehčí poruchy nebo opoždování vývoje vnímání), jsou spojené s obtížemi v analýze, syntéze a diferenciaci zrakových a sluchových podnětů. Poruchy řečového projevu mají podobu potíží v porozumění, poruch artikulace a rytmu či celkové chudosti verbálního projevu. Poruchy učení souvisí s nižší využitelností intelektové kapacity a s předcházejícími symptomy. Poruchy biorytmu a vegetativních funkcí se projevují od počátku vývoje nejčastěji v jídle a spánku, způsobují zvýšenou unavitelnost a souvisí s mnohými sociálními problémy (Kocurová, 2002).

Porucha pozornosti a aktivity je charakterizována neurovývojovým opožděním. Symptomy s ní spojené se během vývoje mění.

1.3 Příčiny vzniku ADHD

Příčiny ADHD nejsou v současné době známy. Stejně jako u mnoha jiných poruch nelze ani u této vždy určit jednoznačnou příčinu. Obvykle se ADHD připisuje dědičnosti nebo jiným biologickým faktorům.

K možným příčinám ADHD patří:

- genetické příčiny,
- biologické/fyziologické příčiny,
- komplikace nebo poranění v těhotenství či při porodu,
- otrava olovem (např. ze znečištěného životního prostředí),
- strava,
- užívání alkoholu a drog v těhotenství (Riefová, 2007).

Černá (1999) rozděluje příčiny a okolnosti vzniku a rozvoje syndromu lehkých mozkových dysfunkcí na:

1. činitele prenatální a perinatální – abnormální okolnosti v nejranějších formativních obdobích vývoje mozku (v době před porodem a kolem porodu) jsou činiteli nejčastěji uváděnými v příčinný vztah s LDM, porod představuje zátěž a zkoušku odolnosti organismu, někdy bývá dokonce považován za „nejnebezpečnější zkušenost“ lidského života, kdy riziko smrti je větší než kdykoliv jindy, rakouský psychoanalytik Otto Rank (1926; in Černá, 1999) i z psychologického hlediska hovořil o „porodním traumatu“, jemuž se nikdo nevyhne, také fyziologický porod je tu viděn jako událost traumatizující a potenciálně poškozující, jednou z nepříznivých porodních okolností je asfyxie způsobená přerušением přívodu kyslíku k mozkovým buňkám (mozek je nejnáročnější orgán lidského těla, pokud jde o zásobení kyslíkem), další ohroženou skupinou jsou děti s nízkou porodní hmotností a děti předčasně narozené,
2. činitele postnatální – v době poporodní je mozek mimořádně citlivý v řadě vlivů, jež jej mohou poškodit či oslabit, zvýšené riziko představují infekční onemocnění, zejména jsou-li spojena s teplotami a podrážděním CNS (černý kašel, encefalitida, meningitida, postvakcinační encefalitidy), rovněž úrazy

hlavy spojené s otřesy nebo zhmožděninami mozku mohou zanechávat následky zapadající do obrazu syndromu LDM,

3. podíl genetických činitelů – všechny případy syndromu však nelze vyložit na základě organického poškození z doby před porodem, při porodu nebo po něm, genetický podíl je záležitostí složitou, hovoří se o genetickém polymorfismu či o polygenetických abnormitách, samotný genetický činitel je ovšem velmi těžko izolovatelný a vysledovatelný a pokud jde o vliv genetické zátěže rodičů, nepadne se odděluje heredita biologická od „heredita“ extrabiologické, sociální, hyperaktivita je totiž příznak velmi citlivý na klima sociální a psychologické,
4. interakci genetických vlivů a centrálního poškození – nelze nezmínit tendenci ke kumulaci okolností nesoucích s sebou riziko poškození, každé z nich zvyšuje zranitelnost mozkové tkáně dalšími postiženími, snižuje se její odolnost vůči nepříznivým vlivům a vzrůstá pravděpodobnost dalších negativních vývojových zásahů,
5. některé patoanatomické, neurofyziologické a biochemické koreláty syndromu LDM – někdy jsou zjišťovány takové odchylky v tělesném vývoji, které jsou považovány za vývojové malformace (např. nízké čelo, znetvoření boltců, gotické patro, rozštěpy patra, malformace hrudníku či lebky, deformace prstů), další nálezy u dětí s LDM byly neurofyziologicky interpretovány jako projev nízké úrovně aktivace CNS, jež je spojena se sníženou inhibiční schopností mozku, mozková činnost má však vedle svých elektrofyziologických projevů také bohaté a složité koreláty biochemické, přičemž metabolické poruchy či odchylky mohou být jednou z příčin rozvoje syndromu LDM,
6. organické poškození mozku – skupina dětí s LDM je ve vysoké míře, ba ve většině případů složena z jedinců, kteří utrpěli drobné poškození mozku, není však zcela jednoznačné, jaké povahy by takové poškození mělo být, zda a nakolik jde o lehké změny strukturální (destrukce neuronů, např. při krvácení) s důsledky pro funkce nervového systému, anebo změny převážně funkčního rázu (dysfunkce), experimenty dokazují, že mozek je tím zranitelnější, čím je vystaven poškození v časnějším věku, nejranější etapy vývoje jsou etapami nejintenzivnějšího růstu, rovněž panuje shoda o tom, že chlapci jsou oproti dívkám zranitelnější, co se týče lokalizace těchto poškození, kladou je mnozí do oblasti mozkového kmene (retikulární formace), která působí jako selektivní

zesilovač vzruchů ve směru do vyšších center i k výkonným orgánům, se zráním mozkové kůry by se mělo zdokonalovat řízení této činnosti,

7. opožděné zrání CNS – pozorujeme-li chování dětí s LDM, snad prvním nejnápadnějším postřehem je to, že se projevují, jako by byly mladší, ne tak, jak by to odpovídalo jejich biologickému věku, děti tedy hodnotíme jako dětinské, v chování nezralé, jejich nálezy na EEG bývají interpretovány jako projev opožděné mozkové maturace, výskyt těchto abnormních nálezů se však s věkem snižuje, toto vývojové hledisko má tedy optimistický charakter – za příznivých podmínek by to, co je opožděno, mělo dozrávat.

Samostatnou otázkou tvoří osobnost dítěte, jeho celkový obraz, temperament, zranitelnost, plasticita nervové soustavy, podpora, která je mu dávana z okolí, schopnost adaptace, míra úzkostnosti, tolerance k zátěži atd. Je nutné brát v úvahu jak složku organickou, tak psychologickou. Všechny projevy chování se hodnotí ve vztahu k vývoji dítěte. Musí se vyloučit i další faktory, např. frustrace při obtížném úkolu, nedostatek motivace, zdravotní obtíže a především emoční problémy. Hyperkinetické poruchy jsou lékařskou diagnózou, která není dosud somaticky uchopitelná. V současnosti existuje pouze popis chování, jenž ale není určen jen biologicky, jak se to jevílo v dřívější době. Proto je důležité při nápravě eliminovat vnější příčiny, orientovat se na rozvoj kognitivních funkcí a vnímat sociální kontext, ve kterém se dítě pohybuje (Pokorná, 2001).

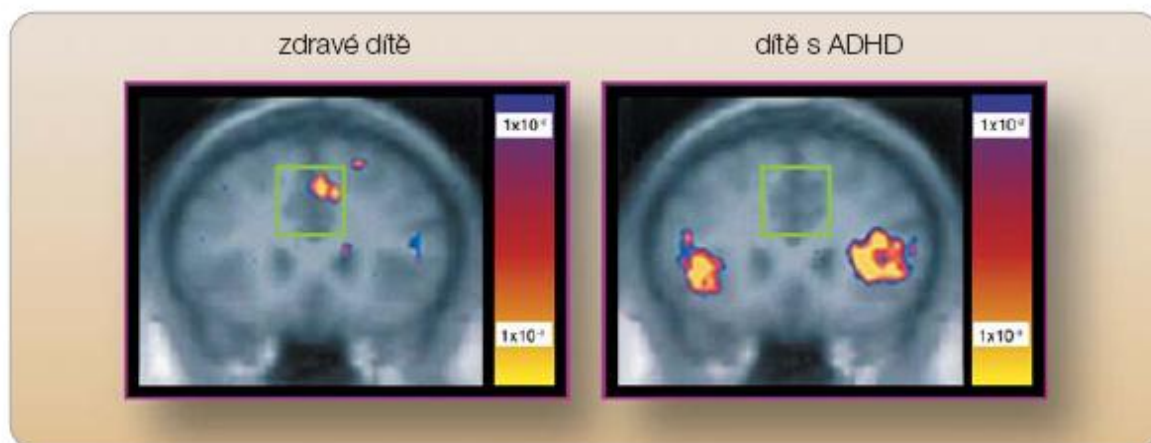
1.4 Problémy dětí s ADHD

Základním příznakem hyperkinetické poruchy je neklid, neschopnost soustředit se na úkoly přiměřené věku dostatečně dlouhou dobu. Při jinak průměrném, leckdy i nadprůměrném nadání se duševní funkce rozvíjejí nerovnoměrně (Novák, 2003).

Dominuje osobnostní nezralost dítěte, spočívající v neschopnosti brzdit momentální impulzy a regulovat své chování ke vzdálenějšímu cíli. Specifické rysy tohoto syndromu mají svůj neméně typický odraz v sociální oblasti, tj. v reakcích ve všech sociálních skupinách: v rodině, ve škole i mezi vrstevníky. Následkem toho se v různé míře mění a modifikuje i socializační vývoj těchto dětí. Rodina jako základní činitel socializace předává dítěti určitou soustavu hodnot, norem a cílů, které z nich vycházejí. Děti s hyperkinetickou poruchou však mají problémy ve všech složkách sociálního učení (Vágnerová, 1997).

Dle Biedermana (2005; in Malá, 2007) je celosvětová prevalence ADHD udávána v rozmezí 3–9 %. Porucha narušuje školní výkonnost dětí s normálním intelektovým potenciálem, takže jejich špatné výsledky jsou v rozporu s jejich dobrým intelektem. Porucha emocí, hyperaktivita a impulzivita se ztrátou vnitřní kontroly vedou k výrazné sociální maladaptaci. Neurovývojové opoždění u ADHD se projevuje odchýlnou maturací CNS a odlišným vývojem neurotransmiterových systémů. Největší dysregulace je v systému noradrenergním a dopaminergním. Děti s hyperkinetickými poruchami vykazují proti zdravým kontrolám odchýlnou aktivitu a inhibici mozkových struktur na zevní podněty z okolí. Tyto odlišnosti jsou objektivizovány zobrazovacími metodami, např. rozdílná aktivace mozkových struktur při řešení Stroopova testu u dětí s ADHD a u zdravých kontrol je znázorněna na obr. 1 (Stroopův test je psychologický test, dokládající, že člověk je při vykonávání nějakého úkolu snadno rozptýlen svými automatickými reakcemi a návyky, dnes bývá hojně využíván pod názvem Stroopova úloha k testování pozornosti, identifikaci specifických poruch učení).

Tento test (CWT – Stroopův Color-Word Test) pochází z roku 1935 a je vhodný ke zjišťování percepční zátěže, případně odolnosti vůči psychické zátěži. Bývá považován za reprezentanta tzv. objektivních testů osobnosti. Byly zjištěny významné korelace s testy inteligence, pozornosti, paměti (Svoboda, 2010).



Obr. 1: Rozdílná aktivita v cingulárním kortexu (zelený rámeček) během řešení Stroopova testu u zdravého dítěte a u dítěte s hyperkinetickou poruchou

U ADHD je zobrazovacími metodami zjišťován signifikantně menší (až o 3,5 %) objem mozku a mozečku, zmenšený objem bazálních ganglií a zmenšené corpus callosum.

Mozeček hraje roli v poznávání, ve smyslu koordinace kognitivních funkcí a je spojen s prefrontálním okruhem. Dopaminová a noradrenalinová hypotéza o dysregulaci noradrenergního a dopaminergního systému u ADHD odpovídá nacházeným změnám transmise dopaminu a noradrenalinu v prefrontální kůře, v bazálních gangliích a v oblasti vermis cerebelli. Tyto nálezy jsou důležité pro farmakologickou intervenci. Psychofarmaka přinášejí výrazné ovlivnění nežádoucích projevů (hlavně zlepšení kontroly chování) a tedy i příznivější sociální odezvu.

U postižených dětí se snižuje schopnost zaměřit a udržet pozornost, přizpůsobovat aktivitu a ovládat impulzy. Důsledkem poruchy jsou výkonové a adaptační obtíže během vzdělávání, na hyperkinetickou poruchu nejčastěji upozorní nástup dítěte do školy. Zahájením školní docházky jsou na dítě kladeny vyšší nároky na pozornost a soustředění, musí vydržet během vyučování a psaní domácích úkolů v klidu a právě tyto situace působí jako zátěžové a odkryjí jádrové příznaky ADHD. Ve škole se projevují neschopností vytrvalosti a koncentrace, děti dělají chyby z nepozornosti a dochází k mimointelektovému selhávání, protože v případě této diagnózy je intelekt většinou normální. Tyto situace mohou vést u dítěte k rozvoji pocitu neschopnosti a méněcennosti, což ve svém důsledku může způsobit rozvoj sekundárních neurotických obtíží a různých poruch chování.

Časté jsou potíže se sociální adaptací a patrné jsou problémy v mezilidských vztazích jak v oblasti rodinné a v oblasti přátel, tak v zaměstnání. Postižení se vyznačují tím, že nejsou schopni si práci zorganizovat efektivně, stále začínají nové úkoly bez dokončení předchozích, hledají neustále nové podněty, mají potíže se seberegulací a sebehodnocením.

Děti s ADHD mohou mít problémy navázat přátelství, mívají málo kamarádů. To si však bolestně uvědomují a mnohé z nich by pro změnu rády udělaly cokoli, jenom kdyby věděly jak. Příčinou problémů bývá často impulzivita a omezená pozornost, což má za následek neschopnost zvládat pravidla společenského chování nebo pochopit sociální pravidla. Mnohé hyperaktivní děti svými neúspěchy u vrstevníků nepochybně trpí. Proto se často snaží strhnout na sebe jejich pozornost. Pokusy překonat sociální izolaci se jim však většinou příliš nedaří (Šebek, 1990). Těmto dětem můžeme pomoci tím, že jim budeme věnovat zvláštní péči. Musí se naučit to, co ostatní zvládli snadno, bez přemýšlení. I učitelé a rodiče mohou citlivě pomoci. Opakované odmítání a neúspěch u vrstevníků může mít totiž ničující dopad na sebevědomí dítěte a na jeho další chování. Pokud se dítěti se syndromem ADHD nevěnuje patřičná pozornost, bude mít ještě větší sociální problémy (Train, 2001).

Hyperaktivita, impulzivita a potíže se soustředěním mohou vážně postihnout schopnost dítěte učit se. Často začíná zvolna zaostávat za ostatními ve třídě. Kromě potíží s chováním si dítě s ADHD vypěstuje i potíže s učením – přibude něco dalšího, čeho je třeba se bát, pro co se mu lze posmívat a možná i za co ho lze trestat. Učení mu ztěžuje především jeho porucha, nedokáže se soustředit tak dlouho jako jeho spolužáci, hluk a okolní pohyb jej snadno vyruší, přeslechne důležitou informaci nebo pokyn učitele, protože právě přemýšlí o něčem jiném. Může být také označeno za „problémového“ žáka, který vyrušuje při hodině (je neklidný, konfliktní, agresivní, provokuje) a který odmítá pracovat (Auger, Boucharlat, 2005). Značná část dětí s ADHD trpí rovněž specifickými poruchami učení (zejména dyslexií a dysgrafií).

Děti s ADHD mívají problémy i doma. Vzájemné vztahy mezi jednotlivými členy i v těch nejpozornějších a nejtrpělivějších rodinách mají tendenci dostávat se po řadu let do výjimečného napětí. Stejným způsobem, jak symptomy onemocnění útočí ve škole, přinášejí pohromu i domů a postihují nejen lidi, ale i majetek. Důsledky ADHD jsou dalekosáhlé pro všechny zúčastněné, a proto by se měly brát v úvahu při rozhodování o tom, jak nejlépe pomoci (Munden, Arcelus, 2006).

V kognitivní oblasti vstupuje do popředí kromě jiných obtíží především porucha selekce podnětů. Dítě není schopné účelně vybírat z vnějších podnětů, které na něj současně působí, ty, které jsou pro určitou činnost významné. Účelné je tedy omezení podnětů, pokud se dítě má soustředit na určitou činnost. Dále je optimální klidné a důsledné vedení. Dítě s ADHD právě pro svůj neklid, nesoustředěnost a emoční labilitu nemá rádo změnu, na niž se obtížně adaptuje. Proto je výhodné, když je vedeno k určitému, pokud možno důsledně dodržovanému řádu. Doporučuje se tedy, aby se vytvářely rituály, které v běžném životě dítěti pomáhají, aby si některé činnosti a jejich následnost zautomatizovalo (Pokorná, 2001).

U dětí s ADHD není možno vynechat problémy s jemnou motorikou, které mají dopad na jejich další intelektuální vývoj a pozdější již zmíněné vývojové poruchy učení, např. dyslexie, dysgrafie, dysortografie a dyskalkulie.

1.5 Prognóza a terapie

Diagnostický proces syndromu předpokládá spolupráci rodičů, učitelů, důležitá jsou vyšetření lékařská, psychologická, logopedická a podle potřeby i dalších specialistů (Swierkoszová, 2010).

U poloviny případů ADHD dochází ke spontánnímu ústupu kolem 12. roku věku. Děje se tak díky zrání kortikálních center, jež zodpovídají za volní kontrolu spontánních (impulzivních) tendencí (Matějček et al., 1991). Ve 40–60 % případů porucha přetrvává do dospělosti, poměr pohlaví se vyrovnává. Hyperaktivita se zmírňuje s věkem, poruchy pozornosti a zhoršená schopnost organizace aktivit naopak přetrvávají. Velmi častá (až 60 % pacientů) je psychiatrická komorbidita. Nejčastěji se spolu s ADHD vyskytují úzkostné poruchy, porucha opozičního vzdorů a poruchy chování, tiky, specifické poruchy školních dovedností a deprese (Goetz, 2009).

V adolescenci se dále příznaky ADHD stupňují a častá je impulzivita a poruchy chování. Pokud hyperkinetická porucha spontánně neustoupí a přetrvává do dospělosti, potom mluvíme o hyperkinetické poruše v dospělém věku. Její prevalence v dospělosti je poměrně vysoká a tato skupina pacientů by neměla být opomíjena. Klinický obraz již není úplně totožný s projevy v dětském věku a dominujícím jádrovým příznakem se stává impulzivita a časté jsou i poruchy chování. Vzhledem k tomu je diagnostika hyperkinetické poruchy v dospělém věku obtížnější a pacienti často léčeni nejsou.

Jedinci s perzistující formou ADHD mají významně závažnější postižení v sociální oblasti a neuropsychologických funkcích než pacienti s remitující formou poruchy. Přetrvávající specifická kognitivní porucha, nedostatky v oblasti inhibičních mechanismů chování s impulzivitou znamenají významný handicap v oblasti sociální, interpersonální i profesionální (Drtílková, Theiner, 2008).

Pomoc, terapie a intervence vůbec by měly vycházet z toho, co bylo řečeno o projevech a příčinách hyperkinetických poruch. Léčebný přístup k ADHD je ukázkovým příkladem komplexní práce pedopsychiatra. Terapeutický čas se dělí mezi pacienta a jeho rodinu, spolupracuje se se školou a všemi, kteří se o dítě starají. Komplexní bio-psycho-sociální přístup nachází u ADHD oporu nejen z pohledu zdravého rozumu, ale jako optimální je ověřen i v klinických studiích.

Jak již bylo zmíněno, terapie hyperkinetické poruchy musí být komplexní. Základem je spolupráce rodičů s pedagogy, psychologem, dětským psychiatrem a neurologem. Na pomoc jedincům s ADHD existuje řada léčebných postupů a opatření. Patří sem užívání léků, psychoterapie, opatření ve škole a sociální intervence. Pro děti se středně těžkou až těžkou formou poruchy může farmakoterapie znamenat skutečnou změnu v chování, myšlení a ve schopnosti učit se, stejně jako ve vztazích k ostatním lidem. V některých případech je správné užívání léků opravdu jedinou možností, jak zajistit

účinnost ostatních opatření. U dětí s mírnými příznaky může být vhodnější zvážit nejprve kombinaci psychologických, speciálněpedagogických a sociálních opatření.

Osvědčeným psychoterapeutickým postupem je kognitivně-behaviorální terapie. Jedná se o psychoterapeutický směr, který v sobě integruje kognitivní a behaviorální přístupy. Behaviorální přístup se zaměřuje především na zjevné chování a snaží se je změnit žádoucím směrem. Kognitivní postup pracuje s myšlenkami, postoji k sobě, k druhým a okolnímu světu. *„Jde o skupinový nácvik sociálních dovedností (včetně paralelního nácviku ve skupině rodičů), trénink vizuomotorické koordinace, všech sensorických vstupů a „školních“ dovedností spolu s tréninkem rodičů, jak tyto děti odměňovat a smysluplně trestat“* (Hort et al., 2000, 314). Kognitivně-behaviorální terapie se nesnaží hyperkinetickou poruchu vyléčit, ale zaměřuje se na přesně definované problémy. Byla prokázána její účinnost především v kombinaci s farmakologickou léčbou.

Farmakoterapie přináší výrazné ovlivnění nežádoucích projevů (hlavně zlepšení kontroly chování), a tím i příznivější sociální odezvu. Pro léčbu ADHD jsou v současné době v České republice registrovány pouze tři preparáty. Z psychostimulancií je to methylfenidát ve dvou lékových formách (standardní methylfenidát s krátkým poločasem Ritalin a methylfenidát s postupným uvolňováním Concerta – oba se řadí do skupiny omamných a psychotropních látek skupiny II a podléhají omezené preskripci), dále máme k dispozici nestimulační lék atomoxetin (Strattera – inhibitor norepinefrinového transportéru s minimální afinitou k dalším noradrenergním či jiným neurotransmitterovým systémům). Indikace atomoxetinu jsou však v našich podmínkách zúženy preskripčním omezením „P“ pro případy, u kterých byla léčba methylfenidátem neúspěšná anebo nevhodná. Účinnost psychostimulancií a atomoxetinu je podle různých studií srovnatelná a pohybuje se mezi 70–90 %. Drtílková (2008, 233) uvádí, že: *„Strattera prokázala účinnost nejen v léčbě nekomplikovaných forem ADHD, ale také v případech ADHD s komorbidními poruchami, u kterých je efekt methylfenidátu (Ritalinu) nejistý nebo přímo může symptomatologii zhoršit. Jedná se především o pacienty s tikovými poruchami, Tourettovým syndromem, výraznou anxiétou, agresivitou nebo s poruchami artistického a schizofrenního okruhu.“* V případě selhání těchto léků první a druhé volby mohou být použita některá antidepresiva s noradrenergním účinkem (efekt není tak spolehlivě prokázán jako u stimulancií a atomoxetinu, vyšší míra nežádoucích účinků), alfa-adrenergní látky, SNRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu), antipsychotika. V případě závažnější poruchy chování bývá vedle základní léčby užíván ještě Risperidon (Goetz, 2009).

účinná látka	název léčivého přípravku*	dávkovací formy	typická úvodní dávka	obvyklá maximální dávka	poznámka
methyfenidát	Ritalin	10 mg	5 mg/den	60mg/den	účinek zjistíme již v prvním týdnu bývá nutná dávka během vyučování
	Concerta	18, 36, 54 mg	18 mg/den	72 mg/den	účinek trvá až 12 hodin zlepšuje spolupráci event. snížení chuti k jídlu přetrvává celý den
atomoxetin	Strattera	10, 18, 25, 40, 60 mg	děti a adolescenti ≤ 70 kg: 0,5 mg/kg/den 4 dny, pak 1,2 mg/kg/den	1,2–1,4 mg/kg/den	nevyžaduje opiátový recept
					účinek poznáme až po několika týdnech výhodný při komorbiditě poruch, tiků, závislosti zlepšuje ranní a pozdně večerní chování, dobrý efekt na spánek monitorovat event. výskyt suicidálních myšlenek
* uvedeny přípravky aktuálně dostupné k 7. 7. 2009; zdroj AISLP verze 2009.2 – 1. 4. 2009 a Phoenix lékárenský velkoobchod					

Tab. 3: Přehled léčiv užívaných v terapii ADHD

Atomoxetin (ATX) je tedy nový nestimulační lék k léčbě ADHD. Na severoamerický trh byl uveden v lednu 2003, v dubnu 2007 pak na trh v České republice. Původně byl nazván Tomoxetin, ale název byl později změněn, aby se vyhnulo jakékoli možné záměně s Tamoxifenem. Jeho mechanismus účinku je v souladu se současnými neurobiologickými důkazy, že u ADHD jsou účinné léky ovlivňující dopaminergní a noradrenergní transmissi. ATX účinkuje mechanismem vysoce selektivní inhibice presynaptického noradrenalinového transportéru. Zvyšuje koncentraci noradrenalinu a nepřímým efektem i dopaminu v prefrontálním kortexu, dále pak noradrenalinu, nikoli však dopaminu, také ve striatu či nucleus accumbens. Chybění dopaminergní akce v podkorových strukturách zřejmě podmiňuje, že terapie atomoxetinem nepůsobí psychostimulačně a nepodporuje vznik syndromu závislosti ani tiků (Hrdlička, 2007).

Krok č.	Porucha aktivity a pozornosti (F90.0)	Hyperkinetická porucha chování (F90.1)
1	methyfenidát nebo atomoxetin + psychoterapie + režimová opatření + edukace rodičů	methyfenidát + psychoterapie + režimová opatření + edukace rodičů
2	atomoxetin při neúspěchu methyfenidátu; methyfenidát při neúspěchu atomoxetinu + pokračovat v psychoterapii	přidání risperidonu, příp. jiného (zejména atypického) neuroleptika v minimální dávce + pokračovat v psychoterapii
3	antidepresivum (imipramin, nortryptilin, bupropion) + zintenzivnit psychoterapii	risperidon, příp. jiné (zejména atypické) neuroleptikum v monoterapii nebo atomoxetin + zintenzivnit psychoterapii

Tab. 4: Základní kroky léčby hyperkinetické poruchy podle doporučených postupů Psychiatrické společnosti ČLS JEP

Jednou z terapeutických metod je EEG-biofeedback, jehož podstatou je využití biologické zpětné vazby k autoregulaci mozkové aktivity. Postižený je zpětnovazebně neustále informován o svém aktuálním stavu a výkonu. Přitom je operantním podmiňováním stimulována žádoucí aktivita a inhibována nežádoucí. Jedná se o vysoce specifickou metodu pro posílení chtěné aktivace nervové soustavy, především pro trénink pozornosti a soustředění, sebeovládání a sebekázně (zklidnění impulzivity a hyperaktivity), a zlepšení výkonu intelektu. Argument pro užití EEG-biofeedbacku u dětí s hyperkinetickou poruchou vychází z nálezu EEG klinických studií, které uvádějí u těchto dětí zvýšený výskyt pomalejších frekvencí pásma theta a snížený podíl některých rychlejších aktivit pásma alfa a beta (Drtílková, 2007).

Existuje také celá řada alternativních nebo nestandardních postupů, jejichž vědecká hodnota značně kolísá. Jde o různé potravinové doplňky, vitaminové směsi, „přírodní léky“ s uklidňujícími nebo povzbuzujícími účinky, dietní omezení. Rovněž hypnóza a akupunktura neprokázala u dětí s ADHD přesvědčivý efekt.

Co však opravdu pomáhá, je trpělivý každodenní přístup, při němž se dítě postupně učí ovládat ty složky chování, jejichž kontrola je zatím mimo jeho možnosti. Russell A. Barkley, americký psycholog, profesor a autor publikace *ADHD: What Do We Know*, sestavil pro rodiče, kteří chtějí zlepšit chování svého dítěte s diagnózou hyperkinetické poruchy, plán o osmi bodech:

1. Více používejte okamžitou zpětnou vazbu a umožněte dítěti ve větší míře pociťovat pozitivní důsledky jeho činů.
2. Zpětnou vazbu a odměnu používejte co nejčastěji.
3. Poskytujte významnější odměny.
4. Vždy se snažte působit spíše pozitivně než negativně.
5. Buďte důslední a zásadoví.
6. Naučte se předvídat obtíže.
7. Udržujte si odstup.
8. Cvičte svou schopnost odpouštět. (Martin, Waltmanová-Greenwoodová, 1997).

Hyperkinetická porucha patří k nejčastějším a nejvýznamnějším poruchám v dětské a dorostové psychiatrii, není však vždy správně rozpoznávána a léčena. Podstatným aspektem zlepšení stávající situace je, aby se v péči o děti s ADHD více prosadil jednotný medicínský přístup, a to je nepochybně pro následující období nezastupitelnou úlohou

lékařů – pediatrů, psychiatrů, dětských neurologů, ale zejména pak dětských psychiatrů (Hrdlička, 2007).

2 Sociální vztahy

Jsme společenší tvorové. Neustále se stýkáme s jinými lidskými bytostmi, mluvíme spolu, zapojujeme se do skupin a vyměňujeme si názory. Kultura, životní prostředí, sociální skupina nebo rodina silně ovlivňují naše chování. Potřeba společenského kontaktu utváří a usměrňuje poznávání světa (Hayesová, 1998).

Z procesu sociální interakce, tj. ze styku jedince s příslušníkem téhož druhu, vyrůstá složitá organizace duševního života člověka. Jako příklad může sloužit sociální závislost vývoje řeči a myšlení u dítěte.

Základním aspektem života v rámci určité kultury je sociální vztah, tj. vztah mezi příslušníky téhož druhu, tedy vztah člověk–člověk. Rozhodující prvkem sociálního vztahu je sociální akt, k němuž dochází, existuje-li jeden pól interakce (matka, rodič), jenž svým působením směřuje k druhému pólu interakce (kojenec, dítě). Sociální vztahy se odehrávají většinou v situacích tváří v tvář. Není to však jediný druh tohoto vztahu, protože ten může přejít i do jiné roviny (vzpomínky, představy). Sociální akt je významné chování zaměřené na sociální objekt. Raná zkušenost dítěte v oblasti sociálních vztahů je důležitá pro další duševní vývoj dítěte, a tedy pro utváření jeho osobnosti.

2.1 Socializace

Člověk přichází na svět jako biologická bytost vybavená poměrně chudým systémem vrozených reflexů a pudů, který mu umožňuje realizaci základních funkcí (např. příjem potravy). V průběhu individuálního vývoje se však člověk stává společenskou bytostí s bohatou zásobou psychických reakcí, které mu umožní přizpůsobovat se složitým podmínkám v lidské společnosti. K této postupné přeměně dochází v procesu socializace, tj. zespolečenštění, který má v podstatě charakter sociálního učení a uskutečňuje se v interakci lidského organismu se sociálním prostředím. Produktem procesu socializace je získání specificky lidských vzorců vnímání, citění a snažení, tj. získání vlastností umožňujících život ve společnosti. V průběhu procesu socializace je jeho základním produktem vznik lidské osobnosti, tj. specificky lidského uspořádání struktury celku duševního života.

Socializaci označujeme jako proces začleňování jedince do společnosti, vliv sociálního prostředí na vývoj osobnosti jedince. Každý člověk si po celý život osvojuje hodnoty a sociální normy skupiny, v níž žije a působí.

Cestou sociálního učení si člověk osvojuje schopnost přizpůsobit se obyčejům, mravům a zákonům kultury, v níž žije, a normám skupin, jejichž je členem. Zájmové skupiny, kterých jsou děti členy, mají velký vliv na utváření osobnosti v procesu socializace. Takové členství obsahuje řadu prvků, které nemůže dítě prožít nikde jinde než právě zde. Např. je to dobrovolnost činnosti, možnost kdykoli tuto činnost z vlastního rozhodnutí ukončit, úzce specializovaná činnost a učení. Zažívá jiný rozměr vlastní důležitosti (člen soutěžního družstva, dostává funkci s možností rozhodovat apod.).

Sociální učení je proces, ve kterém se jedinec socializuje, jde o sled změn, kterými člověk postupně prochází ze stavu sociálně naivního organismu a stává se osobností vyznačující se plností těch vlastností, které ji kvalifikují jako subjekt společenských procesů, do kterých je zahrnuta.

Významově širší jsou teorie sociálního učení, které vypracovali zejména J. B. Rotter (1954) a A. Bandura (1971). U Rottera je klíčovým aspektem učení očekávané zpevnění a jeho hodnota, druhým aspektem je těžiště kontroly vlastního chování, které vede např. k získání odměny. Bandura vytvořil velmi plodnou teorii observačního učení (na základě pozorování či modelu), kde klíčovou roli hraje termín zástupné zpevnění. Člověk ve svém sociálním okolí spontánně pozoruje lidi, jak získávají různé odměny a tresty, a pokud jsou to odměny pro něj atraktivní a tresty, kterých se obává, poskytuje mu toto pozorování, aniž si to plně uvědomuje, klíče k dosahování těchto odměn a k vyhýbání se těmto trestům (Nakonečný, 2009).

Pojem jáství představuje úroveň jednoty (integrace) duševního života. Jeho podstatnou složkou je vědomí sama sebe. Hovoříme o sociálním uvědomění, tzn. vědomí sociální příslušnosti.

Socializace u dětí s ADHD není jednoduchá a má svá specifika. Problémy nastávají zvláště ve školním prostředí, ale objevují se i dříve (v mateřské škole nebo při jiném dalším kontaktu s vrstevníky). Přítomnost těchto dětí v běžném dětském kolektivu je však nezbytná pro socializační proces, stejně jako funkční rodina s pevnými a stabilními vztahy. Úzká spolupráce mezi rodiči a školou se stává při socializaci dětí s poruchou ADHD podmínkou úspěchu. Důležitá je rovněž společná snaha rodiny a učitelů vytvořit pocit úspěšnosti u dítěte.

2.2 Sociální kolektiv

Vztah k jiným v raném dětství, určený bezmocností a slabostí každého jedince, je základní podmínkou života. Později v důsledku společenské struktury je kontakt s ostatními nevyhnutelný. I ten nejosamělejší člověk podléhá vlivům některých skupinových tlaků už jen pro svou příslušnost ke skupině rodiny.

Člověk nežije ve společnosti osamoceně, nýbrž v závislosti na jiných osobách, k nimž si vytváří vztahy a pouta, která utvářejí jeho život a psychiku. Příkladem toho je život dítěte, který se odehrává v prostředí rodiny. Později je člověk členem jiných skupin (třída, kroužek, pracoviště ap.). Skupinová příslušnost ho provází celý život. Uplatňuje se v jeho chování, vynořuje se v jeho citech i obsahu myšlení, a to i tehdy, když si to neuvědomuje a je prostorově vzdálen od přímého skupinového působení.

Potřeba studia sociálních skupin vyplývá z faktu, který si v běžném životě ani neuvědomujeme. Z hlediska sociálních vztahů tvoří skupiny prostředí, v němž žijeme. Jsme jejich členy prakticky od narození, jsou součástí našeho života a ovlivňují ho často rozhodujícím způsobem. Jednou z nejdůležitějších charakteristik všech skupin je právě jejich vliv na jedince.

V nejširším významu se jako skupina označuje určitý počet lidí, kteří mají něco společného. Tato seskupení lidí, jež na první pohled něco spojuje, se od sebe odlišují v mnoha znacích – může jít o velikost, dobu trvání, vliv, uzavřenost atd. Z hlediska jejich povahy, způsobu fungování a vlivu je nejdůležitější to, zda jedinci, kteří je tvoří, vytvářejí vnitřně propojený celek. Základními znaky skupin jsou interakce jistého počtu jedinců a jejich vnímání jako skupiny (Výrost, Slaměník, Eds., 2008).

Sociální kolektiv je nezbytný rovněž pro sociální a osobnostní rozvoj dítěte s ADHD. Už v předškolním věku se u něj rozvíjí prosociální chování a rozšiřují se sociální interakce, zejména v kontaktu s vrstevníky, i když těžiště socializace zůstává i nadále v rodině.

2.2.1 Zapojení do kolektivu

Socializace je tedy vysoce komplexní proces, začínající v novorozeneckém věku v rodině, pokračující ve škole a v zaměstnání, determinovaný masmédií, ale i příslušností k různým skupinám pracovním, zájmovým a dalším. Základy vytváří tzv. primární socializace, uskutečňující se u dítěte od jeho raného dětství v rodině v procesu rodinné výchovy, která je současně mediátorem vlivu dané kultury. Na tuto primární socializaci

pak navazuje další společenská instituce, škola, a později pracovní organizace (Nakonečný, 2009).

Stejně jako se vyvíjí skupina od svého vzniku až po zánik, vyvíjí se i pozice jedince ve skupině. Jeho členství prochází jistými změnami. Klíčovou úlohu má socializace člověka v malé sociální skupině. Rodina je základní společenská jednotka. Z hlediska klasifikace sociálních skupin se jedná o skupinu malou, primární a neformální. Je to nejvýznamnější forma organizace soukromého života. Historicky se podoba rodiny mění, ale základ je společný. Rodina je přirozené společenství osob, které vychází ze dvou druhů vztahů: vztahy partnerské (tj. vztahy mezi mužem a ženou – primární rodinná dyada, jsou základem pro vznik rodin) a vztahy příbuzenské (rodičovský vztah, sourozenecký vztah a další příbuzenské vztahy). Specifičnost této malé sociální skupiny spočívá v tom, že především pro dítě je rodina nezastupitelnou primární sociální skupinou, která má největší význam pro zprostředkování všech společenských vlivů v jeho psychice.

Kvalita soužití v rodině a způsob realizace mezilidských vztahů jsou „tavícím kotlem“, z něhož vycházejí první dětské vzorce sociálních reakcí. V rodině děti postupně přejímají životní role, osvojují si kulturní vzorce, zprvu především tím, že je přejímají od svých rodičů. Mezi základní znaky rodiny patří silná a trvalá citová vazba, spolupráce a vzájemná propojenost rolí (jejich vzájemná nahraditelnost), společné vedení domácnosti a v neposlední řadě projevoování vzájemné úcty. Rodina je založena na mnohoúrovňovém komplexu složitě vzájemně podmíněných vztahů hmotné i nehmotné povahy, což nachází svůj odraz i ve funkcích, které rodina plní. Biologicko-reprodukční funkce je nenahraditelná, ekonomická (materiální) funkce znamená vytváření materiálního zázemí, důležitá je také funkce výchovná, kdy rodina poskytuje dítěti základní orientaci ve světě a vše potřebné pro plynulé zařazení dítěte do společnosti a funkce psychologická (emocionální), jež představuje uspokojování sociálních potřeb a z toho plynoucí citovou jistotu. Kromě těchto primárních funkcí může rodina plnit též funkce sekundární – např. rekreační, odpočinkovou, vzdělávací, zájmovou (Výrost, Slaměník, Eds., 2008).

Rodina ve svém intimním prostředí umožňuje vytvořit pevné sociální vazby (pocit důvěry, emocionálně silné a opěťované vztahy), nabízí základní prostor pro další psychosociální vývoj jedince (sebedůvěra, motivačně-volní charakteristiky, bazální postoj k sobě, k personálnímu okolí, ke společnosti), formují se zde modely chování, regulační činitelé (interiorizace norem), proces identifikace a přijímání rolí (především pohlavní), rozvoj komunikace, rozvoj dovedností. Rodina také dává odpověď na otázky po smyslu života, uspokojuje potřeby všech jednotlivých členů. Ve funkční rodině by mělo být při

uspokojování potřeb upřednostňováno dítě. Rodina umožňuje samostatnost, osobní zodpovědnost, nezávislost myšlení a hodnocení, současně nabízí pocit emoční blízkosti, sounáležitosti, vzájemnosti.

Další podstatnou sociální skupinou je škola. Učitelé mají moc a odpovědnost, mohou ovlivnit postoje a chování celé skupiny. Uplatňují tento vliv tam, kde bude mít pravděpodobně dlouhodobé účinky, a to v prostředí mimo domov. Učitelé mají proto díky působení na vztahy vrstevnické skupiny ve svých třídách velký socializační vliv.

Důležitým zdrojem informací o nás samých a o tom, jak nás vidí druzí, je skupina vrstevníků. Je to skupina lidí, které pokládáme za nám podobné. Ti mohou naše chování velmi silně ovlivnit, zvláště v průběhu adolescence a v počátcích dospělosti, kdy rodina přestává být nejdůležitějším zdrojem sociálních informací (Hayesová, 1998).

2.2.2 Společenské normy a hodnoty

„Rodina jako primární nositel kultury poskytuje základ norem a hodnot dané společnosti. Vede dítě ke společenskému životu v prostředí, ve kterém vyrůstá, učí ho orientovat se ve světě symbolů. Rodinná výchova seznamuje dítě s kulturními vzorci (tradice, zvyky, mravy, zákony, tabu apod.) tím, že se dítě učí respektovat požadavky rodičů a je sankcionované za jejich nesplnění“ (Výrost, Slaměník, Eds., 2008, 50). Děti se učí, jak se mají chovat doma i mimo domov, vytváří si vzorce chování, poznání a emocí vázané na kontext.

Jedinec nikdy nezná dostatečně celou kulturu, ve které žije, ale považuje její postoje, hodnoty a stereotypy pro chování za zcela samozřejmé. Důležitým nástrojem vlivu kultury na člověka jsou tzv. kulturní vzorce, které se projevují prostřednictvím určitých norem chování a rolí a které vyjadřují očekávání okolí, jak se má v určité sociální situaci chovat. Kulturní vzorce a z nich vyplývající kulturní normy se v jednotlivých kulturách liší.

Kulturní normy a hodnoty by měly být také přenášeny u dítěte s ADHD. Je důležité, aby se naučilo rozpoznat, co je správné a špatné, vhodné či nevhodné. Hlavně rodina pomáhá dítěti se základními kulturními návyky – dochází v ní ke kulturnímu přenosu tradic, obyčejů, zvyků, norem a hodnot. U dítěte s hyperkinetickou poruchou je to obzvláště důležité, protože v mnohých případech mívá problém s pochopením významu norem a hodnot a jedinci s ADHD bývají rizikovou skupinou z hlediska antisociálního chování.

2.2.3 Důležitost kolektivu pro dítě

Dětský kolektiv přináší dítěti mnohé výhody. V životě každého člověka je důležité, jakým způsobem umí komunikovat s okolím, jak dokáže navazovat vztahy a jakým způsobem dokáže prosadit sebe sama – své potřeby a přání, svou identitu. Základy těchto dovedností se naučí právě v dětství, mezi ostatními dětmi.

Dětský kolektiv má pro psychický rozvoj dítěte nenahraditelný význam. Seznámí se se sobě rovnými, naučí se s nimi komunikovat a vycházet, což se významně liší od komunikace s dospělými. Mezi dětmi, které trávily rané dětství s rodiči, a dětmi, které navštěvovaly jesle a školku, je znatelný rozdíl. Děti stimulované dětským kolektivem mají vyvinutější řeč a schopnost vyjadřování vůbec – umí si říkat o své potřeby, umí se svěřovat s prvními zážitky, sdělují nám svá přání a potřeby a umožňují nám tak lépe nahlédnout do podstaty jejich osobnosti, což je zase zpětně důležité pro jejich správné, výchovné vedení. Děti trávící čas v dětském kolektivu jsou také samostatnější a sebevědomější – netrpí, když jsou krátkodobě bez rodičů – většinou mohou bez problémů pobýt např. u babičky, nasbírat nové, příjemné a poučné zážitky a jejich pobyt zde není provázen traumatologickými stavy a pocity stesku a opuštění.

Za normálních okolností tedy přátelství i vrstevnické skupiny mohou přispět k různým vývojovým kompetencím. Především přátelství může mít vliv na pocit sebehodnocení a očekávání od blízkých vztahů.

3 Projektivní metody

Projektivní metody tvoří svébytnou kategorii vyšetřovacích postupů. Svou komplikovaností, různorodostí, obtížnou uchopitelností i šíří záběru se vymykají z rámce jiných diagnostických postupů. První projektivní zkoušku v historii vědecké psychologie použil pravděpodobně Francis Galton v roce 1879, šlo o slovní asociační experiment (první exploatace projektivní zkoušky). Pojem „projekční techniky“ pochází od L. K. Franka z roku 1939, který ji definoval jako metodu výzkumu osobnosti konfrontující zkoumaného jedince s nějakou určitou situací, ve které bude odpovídat podle smyslu, jenž tato situace pro něj má, a podle toho, co cítí během této odpovědi. Podle Franka se vyvolávají u zkoumané osoby různé reakce, kterými vyjadřuje dojmy ze svého osobního světa a vlastní osobnosti. Jsou to takové techniky, při nichž se subjektu prezentuje víceznačný, nestrukturovaný podnětový materiál, při strukturaci a interpretaci těchto podnětů pak subjekt promítá do odpovědi své vnitřní stavy, motivy, potřeby a impulzy.

Projektivní metody vypovídají o vnitřním světě posuzovaných jedinců, o jejich psychické prezentaci sebe a vztahu k okolnímu světu. Tyto psychické prezentace jsou odrazem našeho vývoje, kdy subjektivní obraz je charakterizován osobnostními úrovněmi (percepčně-kognitivní, emoční, volní, motivační, vztahovou i sociální). Důležité je, nakolik posuzovaný jedinec dokáže tyto úrovně smysluplně interpretovat v rámci subjektu i k okolnímu světu. Projektivní testy konfrontují subjekt s podnětovou situací, která může mít mnohovýznamový charakter. Způsob, jakým subjekt vnímá, uvažuje a interpretuje testový materiál, odráží základní aspekt jeho psychického fungování. Do testového materiálu projikuje své myšlenkové procesy, emoce, potřeby, úzkosti a intrapsychické konflikty (Šípek, 2000).

V současné praxi může diagnostik využít projektivní metody u dětí k různým cílům, typ projektivního testu pak volíme podle toho, jestli se chceme dozvědět o dítěti povšechné informace, anebo jestli chceme explarovat co možná nejvíce složek osobnosti (Koluchová, Morávek, 1990).

Použití projekčních technik u dětí má svá specifika, kterými se liší od jejich aplikace v diagnostice dospělých. Řada technik má sice stejný podnětový materiál i interpretační postupy pro dospělé i pro děti, je však třeba brát v potaz zvláštnosti projektivního zkoumání dětských klientů:

- dětské Já se teprve vyvíjí, struktura a rysy osobnosti jsou ještě poměrně nestabilní, při interpretaci je obtížné odlišit vývojové faktory od osobnostní dynamiky, nezralost od patologické úchytky,
- hranice mezi vědomými a nevědomými procesy má u dětí jiný charakter než u dospělých,
- dítě je více než dospělý citlivé při vytváření projektivních odpovědí na prostředí, na interakci s vyšetřujícím, na průběh a délku sezení,
- mladší dítě neprožívá vnitřní konflikty stejně jako dospělý, interview poskytne řadu údajů přímo, bez použití projekce,
- děti interpretují podněty z projektivních technik ve shodě se svou úrovní vývoje, to platí zejména pro děti předškolního věku,
- jednotlivé testy se od sebe liší schopností vyvolávat projektivní reakce, liší se však i jednotlivé děti ve schopnosti projekce do testových materiálů (Svoboda, Ed., 2001).

Projektivní metody jsou tedy takové psychodiagnostické nástroje, které ve snaze poznat celou osobnost jedince užívají mechanismu projekce.

3.1 Projekce

Termín projekce zavedl do psychologie Sigmund Freud v roce 1894. Používal jej pro označení obranného mechanismu proti úzkosti, který umožňoval připisovat vlastní (nežádoucí) snahy, přání a pocity jiným osobám a okolí. Dále nazýval Freud projekcí i ovlivňování vnímání aktuálních podnětů vzpomínkami na minulost. Avšak jde v ní také o manifestní obsahy, nemusí mít vždy obrannou funkci a nezmenšuje vždy duševní napětí. Naopak, v některých prožitkových oblastech je může vyvolávat.

V neanalytickém pojetí je projekce procesem, ve kterém vyšetřovaná osoba promítá obsahy svých duševních procesů navenek mimo sebe, připisuje je jiným nebo spatřuje v jiných lidech, zvířatech, rostlinách, předmětech nebo dějích. Princip projekce předpokládá externalizaci chování, přičemž projekční techniky jsou vlastně katalyzátorem (Svoboda, 2010).

V užším slova smyslu je projekce více nebo méně vědomé modifikování procesu vnímání, v klasické podobě odštěpení nebo v jiné podobě úpravy vnímaných jevů. V širším slova smyslu je možné nacházet mechanismus projekce v každém lidském chování (Šípek, 2000).

3.1.1 Formy projekce

Existují různé formy projekce, jedno z možných dělení je níže uvedené:

1. *Atributivní projekce* spočívá v tom, že osoba připisuje vlastní motivy, city a chování jiným osobám. Uskutečňuje se i na úrovni vědomých mechanismů. Je to nejrozšířenější chápání projekce v psychologii. Na základě četných výzkumů docházíme k tomu, že atributivní projekce se objevuje v situacích, ve kterých se daná osoba může vcítit už do existující konstrukce sebe sama. To znamená tehdy, když je pozornost soustředěná na sebe.

2. O *autistické projekci* mluvíme tehdy, když osobou vnímané věci jsou modifikované v souladu s jejími vlastními potřebami. Jde při ní o určitou deformaci vnějšího světa zásluhou subjektu (např. když jsme vzrušení, vidíme druhého také jako vzrušeného).

3. U *racionalizační projekce* jde o racionalizaci chování, které si člověk sám uvědomuje. Tato projekce je v praktickém životě velmi častá. Odpovědi na podněty zahrnuté v projektivním testu mohou být projevem nejen defenzivní a obranné reakce, ale

také externalizace, při které jde o připisování vlastních citů, myšlenek, přání a postojů okolnímu prostředí (Stančák, 1982).

3.2 Klasifikace projektivních metod

V odborné literatuře se setkáváme s dlouhou řadou dělení projektivních metod.

Lindsey dělí projektivní metody na tyto kategorie:

1. asociativní (Asociační experiment, Rorschach test – ROR),
2. konstruktivní (CAT, TAT),
3. doplňovací (Doplňování vět, Rosenzweig),
4. výběrové a řadící (Lüscher, Antony-Bene),
5. expresivní (Kresba).

Říčan a Ženatý konstatují diskutabilnost každého třídění a poznamenávají, že i jejich klasifikace je více pragmatická než logická:

1. techniky interpretační (ROR, TAT, Test ruky),
2. techniky slovně asociační (Asociační experiment, Doplňování vět),
3. techniky imaginativně-verbální (Ahsenův rodičovský test),
4. techniky scénické (Sceno test Staabsově),
5. techniky výtvarné (Kresba postavy, stromu, rodiny, Wartegg),
6. preferenční techniky (Lüscher, Szondi, Zazzův Test zvířat),
7. techniky výrazové (Analýza mimiky a pantomimiky, grafologie).

Klasické Frankovo dělení rozlišuje následující techniky:

1. konstitutivní (ROR),
2. konstruktivní (Mozaikový test Lowenfeldové, MAPS),
3. interpretační (TAT, Rosenzweig, Szondi),
4. katartické (Terapeutické loutky Levyho),
5. refraktivní (Slovní vyjadřování, řeč, expresivní pohyby).

Svoboda (a ve vlastní modifikaci i Šípek) používá jednoduché a praktické dělení projektivních metod na:

1. verbální techniky,
2. grafické techniky – Kresba postavy, stromu (Baum Test),
3. techniky volby (manipulační) – Lüscher, Barevný pyramidový test.

Mezi verbální projektivní metody řadíme např. Slovní asociační experiment, Rorschach test, Zulligerův test, Holtzman Inkblot Technique, Hand test – Test ruky, TAT –

Tematicko apercepční test, CATO, Symmondsův test, MAPS, Test rodinných vztahů, Rosenzweig – Rosenzweigův obrázkový frustrační test, Doplnování vět (Svoboda, Ed., 2001).

3.3 Reliabilita a validita projektivních metod

Projektivní metody jsou málo strukturované, se širokou škálou interpretačních možností. Jejich reliabilitu (spolehlivost) není tedy snadné spočítat. Je důležité posuzovat je komplexně a ne jen jejich izolované znaky (Bahbouh, 2003).

U většiny projektivních testů máme však reliabilitu potvrzenou. Přesto se mohou v praxi objevit nejednotnosti závěrů různých kliniků. Na výsledky použitých technik má zřejmě vliv také osobnost a hlavně zkušenost psychologa (Morávek, 1987).

Validita (platnost) projektivních technik závisí nejen na nástroji, ale rovněž na vyšetřovaném jevu a v neposlední řadě na expertovi. Interpretační schopnosti osoby, která činí závěr, jsou velmi významným faktorem. Připojuje se tak i problém projekce sebe sama do hodnocených dat. Podněťová volnost a neurčitost projektivních metod je výhodou, neboť jimi málo omezujeme a poskytujeme vyšetřované osobě při projekci svobodu. Získáváme však málo přehledný materiál, proto je nezbytná určitá míra skrukturace (Šípek, 2000).

3.4 Tematicko apercepční test (TAT)

TAT představuje metodu, která si vedle Rorschachova testu získala v Evropě vedoucí pozici mezi testy užívanými v oblasti diagnostiky osobnosti. Používá se pro děti již od 4 let věku a pro dospělé především v oblasti klinické psychologie, psychoterapie a psychologického poradenství. Jedná se o projektivní test určený pro individuální vyšetřování. Testový materiál tvoří 31 tabulí, na nichž jsou znázorněny lidské postavy v různých nejednoznačných situacích a neurčitém prostředí. Proband interpretuje znázorněnou situaci tak, že vytváří ke každému obrázku příběh. Na jednu z tabulí, která je zcela prázdná, si promítá vlastní obraz. Díky nestrukturovanému exploračnímu materiálu umožňuje metoda osvětlení vnitřních problémů probanda, ukazuje na jeho dominantní pudy, emoce, komplexy a konflikty. Zjišťuje rozhodující rysy dynamické struktury osobnosti, přičemž nabízí také vhled do procesu jejich vzniku. Tabule jsou na zadní straně očíslované a jsou částečně diferencované podle věku a pohlaví vyšetřované osoby.

Apercepce je termín G. W. Leibnize pro účelově zaměřené vnímání, které může být podmíněno předchozími životními zkušenostmi člověka, individuálním zájmem nebo aktuální motivací. Může být aktivní, chtěná, záměrná, regulovaná vůlí, nebo pasivní, samovolná, vynucená okolnostmi. Apercepce znamená závislost každého nového vjemu na předchozí životní zkušenosti člověka včetně jeho okamžitého psychického stavu (Hartl, Hartlová, 2000).

K apercepčně vizuálním projektivním technikám je řazen především Rorschachův test a příbuzné metody, tedy i TAT. Všechny tyto metody jsou založeny na principu *pareidolie*, což je připravenost dotvářet neurčité podněty v okolí (např. mraky na obloze, skvrna na zdi) podle dynamiky vlastní fantazie (Šípek, 2000).

Tematicko apercepční test má v psychologické praxi i v psychologickém výzkumu mnohaletou historii. V našich podmínkách však není tak často používán jako v zahraničí. V posledních letech ale zájem o tuto metodu vzrůstá i u nás (Soukupová, Goldmann, 2007).

Diagnostická hodnota TAT vychází, podle jeho autora, z existence dvou významných tendencí v lidské psychice:

1. člověk je náchylný všechny mnohovýznamové situace, se kterými se v životě setká, interpretovat ve shodě s vlastními zkušenostmi a potřebami,
2. ve veškeré literární tvorbě se autor opírá o vlastní zkušenosti a vědomě nebo nevědomě vykresluje vlastní city a potřeby v postavách svých „vymyšlených“ hrdinů, jejich zkušenosti a potřeby jsou pak vlastně zkušenostmi a potřebami vyšetřované osoby (Svoboda, 2010).

3.4.1 Vznik a vývoj TAT

Mezi předchůdce Tematicko apercepčního testu se řadí H. L. Brittain (*A Study in Imagination*, 1907) a W. Libby (*The Imagination of Adolescents*, 1908). Přístupy obou těchto autorů, kteří sledovali především vývojové hledisko, byly pojaty jako zkouška fantazie. Patří zde také inteligenční škály A. Bineta a T. Simona z roku 1908, kde se nachází tři obrázky (otázka Co to je?). V další fázi se jednalo o tzv. sociální zkoušku. Louis A. Schwartz (*Social-Situation Pictures in the Psychiatric Interview*, 1932) je už pak považován za bezprostředního předchůdce TAT. Jeho test obsahoval osm tabulí s jednou či více dětskými postavami, byl určený pro delikventní klientelu. Autor ho používal jako

nástoj k usnadnění rozhovoru. Schwartz mluví o projekci a interpretaci, obranné reakci, úzkosti, strachu a hostilitě. Pokládá např. tyto otázky: Popiš, co vidíš na obrázku. Co si chlapec na obrázku myslí? Co si o tom myslíš ty? Kdybys byl ve stejné situaci, jak by ses zachoval? Zachovává přitom dané schéma: autorův popis obrázku (např. Chlapec na rybách), položené otázky, obvyklé odpovědi a příklady neobvyklých odpovědí. Objevují se zde čtyři kategorie odpovědí: představivost, fantazie a autistické sny, tělesná postižení a somatické reakce, přizpůsobivost myšlení a povaha rozhodování, emoční charakteristiky. Tento *Social-Situation Picture Test* je považován za test osobnosti a test řešení problémů.

Autorem TAT je Henry A. Murray a jeho kolegyně Christiana D. Morganová, která měla hlubový vztah k C. G. Jungovi, jenž ji analyzoval, a byla blízká také Murraymu (zakladatel Bostonské psychoanalytické společnosti). Vznik testu se datuje kolem roku 1935, kdy byla představena první série tabulí 1–10 a kdy napsali základní článek *A Method for Investigating Fantasies: The Thematic Apperception Test*. Oficiální testová příručka pak vyšla v roce 1943. Dnes má tento manuál, stejně jako Murrayho teorie *Needs and Presses*, již jen historický význam. Tabule byly tvořeny v několika formách s takovým záměrem, aby se lišily podle věku a pohlaví osoby, které budou předkládány (B, G, M, F). Později vznikla druhá série tabulí (tabule 11–20). Jejich celkový počet je 31.

Morganová byla spoluvůrcem obrazových předloh TAT, u některých společných publikací dokonce prvním autorem (později oficiálně prvenství odmítla). Co se týče tabulí, postupně s Murraym vybírali z mnoha variant. Pocházejí od různých autorů, jsou mezi nimi knižní ilustrace, originální obrazy, fotografie. Některé vytvořila osobně Morganová, některé malíř Samuel Thal. Chlapcem z tabule 1 je houslista Yehudi Menuhin (Soukupová, Goldmann, 2011).



Obr. 1: Houslový virtuos Yehudi Menuhin

Podle Murrayho nabízel TAT zjišťování apercepce. Definoval percepci jako rozpoznání objektu založené na sensorickém dojmu a aperpenci jako dodání významu tomu, co je vnímáno. Vyprávění příběhu k nakreslené scéně byl apercepční úkol, který zahrnoval výklad znázorněných podnětů, motivů, záměrů a očekávání postav (Soukupová, Goldmann, 2007).

TAT se tradičně řadí k projektivním metodám a k osobnostním testům, je však především testem osobnosti. Mohou se v něm uplatnit dva typy projekce: *atributivní* – připisování vlastních motivů, citů a chování k jiným lidem, aniž by šlo o obrannou reakci, a *autistická* – souvisí s mírou uspokojení individuálních potřeb, je jimi modifikovaná (např. hladový člověk častěji interpretuje jídlo). Podněty z prostředí jsou vnímány a organizovány podle specifických potřeb jedince, motivů, pocitů, percepčních schémat a kognitivních struktur, z velké části je tento proces automatický a mimo kontrolu vědomí.

Mezi odvozené metody k TAT patří Children's Apperception Test (Bellak, CAT, CAT-H s lidskými figurami, 1949), Senior Apperception Technique (Bellak, SAT, 1973), CATO (Boš, Strnadlová, CAT Opařany, 1975), Michalovo Projektivní interview (1974), Projective Storytelling Cards (Kent R. Caruso, R. J. Pulcini, 1996), Rosenzweigův obrázkový frustrační test (Saul Rosenzweig, 1945), TEMAS (G. Costantino, R. Malgady, L. H. Rogler, Tell-Me-A-Story, počátek 90. let), Apperception Adolescent Cards (Leigh Silverton, AAC, 1993).

3.4.2 Omezení a výhody TAT

Informace získané pomocí Tematicko apercepčního testu mohou dobře reprezentovat myšlenky a pocity člověka vztahující se k reálnému životu, ale nemusí nutně předvídat jeho chování v reálném životě (existuje mnoho důvodů, proč lidé nedělají všechno, o čem přemýšlejí nebo o čem mluví, lidé také nedělají vše, co řeknou, že udělají). Příběh však může být rovněž vyprávěn podle literární předlohy nebo děje filmu, dále vyvstává nebezpečí impresivní interpretace, kde stojí v popředí dojmy.

TAT je méně ovlivněn tendencí k sociální žádoucnosti a defenzivitou než např. dotazníky a sebesposuzovací stupnice. Má strukturovanější podnětový materiál než např. ROR, méně ohrožující pro některé vyšetřované osoby.

Validita TAT se posuzuje vzhledem ke znakům, které hodnotíme: stabilní charakteristiky (intelektové schopnosti a osobnostní rysy) a méně stabilní charakteristiky (náladu, motivy, psychopatologické příznaky – jejich hodnocení by se proto mělo

vztahovat jen k určité situaci). Je prokázaná validita aspektů, které v příbězích sledujeme a které ovlivňují chování člověka v sociálních situacích. Jedná se o sociální role (definovány kombinací věku a pohlaví), kontext (zda se hrdinové soustředí na lidi, nebo na neosobní úkoly) a emocionální tón (výraz a poloha těla postav).

Tematicko apercipční test lze použít napříč kulturami, protože všechny společnosti používají příběhy k socializování dětí.

Reliabilita TAT je dostatečná, pokud použijeme 10 tabulí, respektive pokud máme 10 příběhů a uplatníme-li k hodnocení některou škálu. Obvykle se v praxi užívá 8 až 12 tabulí. Doporučuje se předložit širokou varietu tabulí podle pohlaví, věku atd. (Soukupová, Goldmann, 2011).

3.4.3 Skórovací systémy

TAT zůstává nejpopulárnější z metod založených na vyprávění příběhů, byly od něj odvozeny mnohé další techniky postavené na apercipci (tzv. apercipční techniky). Navzdory tomu však dosud mezi kliniky neexistuje dohoda na určitém skórovacím systému nebo normách.

Interpretační systémy k TAT byly vyvíjeny ke studiu osobnosti, nebo pro klinické využití. Výzkumníci trvali na přesných psychometrických standardech, které by jim pomáhaly zjišťovat specifické osobnostní konstrukty. Klinici, na rozdíl od výzkumníků, dbali na interpretaci TAT, ale ne na jeho skórování (např. Bellak). Vývoj interpretačních schémat k Tematicko apercipčnímu testu probíhal především mezi léty 1950 a 1980. Od roku 1990 je největší pozornost věnována dvěma klinickým skórovacím systémům:

1. hodnocení obranných mechanismů podle Cramerové,
2. zjišťování objektívních vztahů podle Westena (Soukupová, Goldmann, 2007).

Výhoda strukturovaných skórovacích technik spočívá v jejich flexibilitě, efektivitě, zobecnitelnosti, konzistenci a objektivitě.

Použijeme-li ke skórování jednotlivé škály, můžeme zjišťovat strategie řešení problémů a poruchy myšlení, depresi a emocionální nepohodu v širším slova smyslu, vztah k sobě a k druhým, vztahové poruchy, obranné mechanismy, poruchy osobnosti a riziko suicidia. TAT není primárním nástrojem k diagnostice podle DSM-IV. Můžeme jej ale užít k plánování léčby, tedy vyslovení prognózy, výběru vhodného psychoterapeutického postupu, protože každý příběh lze číst v sociálním kontextu, můžeme jím zjišťovat, za

jakých sociálních podmínek si klient povede lépe, jaké vztahy má tendenci vytvářet a jaké má ve vztazích obtíže, silné a slabé stránky.

„Proces mentální reprezentace sociálních vztahů byl mnoho let zkoumán ze dvou pohledů – z pohledu psychoanalytické teorie objektních vztahů a z pohledu sociální kognice. Teorie objektních vztahů se zabývaly vznikem a vývojem reprezentace self a reprezentací druhých a afektivním procesem spojeným s těmito reprezentacemi. Zaměřily se především na patologické objektní vztahy (= problematické způsoby myšlení, cítění a motivace, které ovlivňují interpersonální fungování v blízkých vztazích). Sociální kognice se zabývá zpracováním sociálních informací, především u zdravých jedinců“ (Soukupová, Goldmann, 2007, 164–165).

Objektní vztahy představují organizaci nashromážděných zkušeností, které fungují mimo vědomí jedince a nezávisle na okolí jako vzorce pro porozumění interpersonálních zkušeností. Jejich teorie je založena na subjektivních reprezentacích interakcí jedince s ostatními lidmi. Objektní vztahy (jako všechna schémata) vytvářejí vnitřní strukturu, jež rozšiřuje kapacitu člověka pro seberegulaci. Jejich detekcí se tvoří mapa vnitřního světa lidských vztahů. A právě získané odpovědi na podnětové tabule TAT jsou vhodným nástrojem ke zjišťování objektních vztahů.

Westenova metoda SCORS (Social Cognition – Object Relation Scale) je jednou z metod zaměřených na zpracování sociálních informací a na objektní vztahy. Měří individuální rozdíly v dimenzích sociální kognice a objektních vztahů. Lze ji použít nejen pro příběhy získané v Tematicko apercepčním testu. Drew Westen (Departments of Psychology and Psychiatry at Emory University in Atlanta, Georgia) vytvořil tento systém empiricky na základě porovnávání tří diagnostických skupin pacientů, i když je to škála založená na psychodynamické teorii. Byla vyvinuta především k odlišení osob s hraniční poruchou osobnosti od jiných poruch.

SCORS je tvořena osmi škálami (*Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých, Afektivní kvalita reprezentací, Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů, Emoční vklad do hodnot a morálních norem, Porozumění sociální kauzalitě, Prožívání a zvládání agresivních impulzů, Sebedůvěra, Identita a soudržnost self*), které na sedmibodové stupnici nejvyšším skórem indikují vysokou zralost a zdravé fungování osobnosti. Skóry 1 a 2 značí přítomnost patologických odpovědí, skóry 6 a 7 pak zdravý způsob reagování. V praxi se jako norma ukazuje skór 5. Posuzování se pak běžně pohybuje mezi 3 až 5. Kromě standardního hodnocení narativního materiálu na osmi uvedených škálách lze ještě použít přídatnou tematickou škálu *Dominantní interpersonální zájmy*. Zahrnuje 50 témat

(např. emoční intimita, sexuální intimita, zavržení, dominance, závislost, obětování se, obdiv, obrácení rolí, trest, vina, strach, sexuální soutěžení, opuštěnost, bezmocnost, konflikty s autoritou, sebevražda, rezignace). Obvykle bývá v jednom příběhu zmíněno jedno až tři z uvedených témat. Westen tabule v praxi nepředkládá v ustáleném výběru ani pořadí, ale vyzývá, aby bylo použito raději většího množství podnětových tabulí. Šest jich považuje za minimální počet, doporučuje však raději osm až deset tabulí.

V manuálu SCORS jeho autor vysvětluje skórovací postup a ilustruje jej úvahami nad cvičnými protokoly. Každý příběh může být hodnocen pomocí všech osmi škál, Westen ale považuje pro TAT použití prvních pěti za obligatorní. Užití tří posledních škál je fakultativní. Po přiřazení dílčích skóru ke všem použitým tabulím vypočítáme průměrný skór každé škály. Je možné spočítat procento patologických odpovědí. Westen uvádí hodnotící vodítka pouze pro skóry 1, 3, 5 a 7. V případě, že se hledaný znak v odpovědi nevyskytuje, bude skór 0 a není s ním počítáno v propočtu průměrného skóru. U přídatné škály pak hodnotíme 1 (téma je pravděpodobně přítomno, ale není zcela jasné), 3 (téma je přítomno, ale není středem příběhu), 5 (téma je přítomno a je středem dění příběhu) a 7 (téma je důležité k porozumění tomu, kdo subjekt je a čím se zabývá; téma je neobvyklé pro tabuli, výstředně zpracované nebo zřetelně velmi emocionálně nabitě).

Skórování tedy spočívá v přiřazení dílčích skóru ke všem tabulím. Pak se vypočítá průměrný skór každé škály. Škály *Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých*, *Afektivní kvalita reprezentací*, *Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů* a *Porozumění sociální kauzalitě* se skórují vždy, škály *Sebedůvěra* a *Identita a soudržnost self* jsou obtížně uchopitelné a škály *Emoční vklad do hodnot a morálních norem* a *Prožívání a zvládání agresivních impulsů* někdy hodnotit nelze, nemusí být v příběhu vyjádřeny (Soukupová, Goldmann, 2011).

Škála SCORS je pro Tematicko apercipční test dostatečně validní a reliabilní. Její autor sice neuvádí normy pro zdravou populaci, ale poukazuje na výpovědní hodnotu nízkých a vysokých skóru. Mnoho kliniků a výzkumníků pak oceňuje její psychometrické vlastnosti a užitečnost pro praxi. Westenova škála má také oporu v odborné literatuře. Je to strukturovaná technika, která omezuje impresi psychologa (Soukupová, Goldmann, 2011).

Jednou z důležitých vlastností SCORS je její schopnost nezávisle měřit různé oblasti fungování osobnosti. Konstrukční vlastnosti škály totiž vycházejí z předpokladu, že jednotlivé oblasti fungování osobnosti nemusí být stejně zralé. Hodnocení by pak mělo být multidimenzionální také proto, že objektní vztahy jsou ze své podstaty multidimenzionální (Ackerman, 1999).

Skórovací systém Cramerové je po SCORS druhým konceptem, který skrze TAT zjišťuje psychodynamická pojetí. Jsou v něm charakterizovány obranné mechanismy v rozsahu od primitivních až po zralé (Cramer, 1996).

3.4.4 Administrace a interpretace TAT

Pro administraci Tematicko apercepčního testu je důležité vhodné pracovní prostředí (klidná místnost, dobré osvětlení apod.) a příprava pomůcek (sestava tabulí zvolená individuálně podle řešené diagnostické otázky nebo ustálená sestava tabulí). Administrace pak probíhá v přímé interakci s vyšetřovanou osobou. Příběhy tvoří klient, psycholog je zapisuje. Na začátku podává tyto instrukce: „Budu vám ukazovat obrázky, na kterých jsou nakresleny určité scény. Vytvořte ke každé scéně příběh tak, abyste zahrnul to, co se odehrávalo předtím, co se právě na obrázku odehrává, co si jednotlivé postavy myslí a co cítí a jak to bude pokračovat dál.“ Pokud má vyšetřovaná osoba potíže začít, tak ji psycholog může povzbudit: „Začněte tím, co se na obrázku odehrává.“

Otázka *Co se odehrává na obrázku?* je otázkou na identifikaci problému, zjišťuje se také paměť a uložená schémata, která jsou zdrojem tvorby nápadů. *Co tomu předcházelo?* je otázkou na sociální kauzalitu. *Co si jednotlivé postavy myslí a co cítí?* je otázkou pro porozumění vnitřnímu světu a udává schopnost sladit vnitřní a vnější realitu. Otázka *Jak to bude pokračovat dál?* je otázkou pro schopnosti řešit problémy.

U interpretace TAT se určují typy schémat, která se v něm často vyskytují (např. Bellak), hodnotí se kvalita popsaných scén (např. Teglasi). V přístupech jednotlivých autorů, kteří k interpretaci nepoužívají škály, ale jen určitá vodítka, se pak mohou v zásadě identifikovat výše uvedené dva systémy.

Hedwig Teglasi charakterizuje obsah tabulí takto:

- a) charakteristiky lidí – koho postavy představují (jejich pohlaví, všeobecný dojem),
- b) charakteristiky pozadí scény nebo objektů – typ scenerie,
- c) emocionální charakteristiky – základní dilema, které je vyjádřeno konfigurací podnětů (dilema latentní či zjevné),
- d) podobnost s respondentem.

Teglasi dále udává charakteristiky struktury tabulí: mnohoznačnost (umožňuje variabilitu příběhů), emocionální tón (nálada uchopená v příbězích, spíše negativní tón), komplexnost (množství prvků, které je třeba začlenit do příběhu), intenzita (dramatické

zachycení emoce či konfliktu) a univerzalita (všeobecná srozumitelnost emocí nebo zkušeností zachycených na tabulích).

Leopold Bellak hovoří o interpretačním schématu, které je založeno na psychoanalytické teorii. Patří sem tyto kategorie: hlavní téma příběhu, hrdina příběhu, hlavní potřeby hrdiny (needs), popis scény, interpersonální vztahy, významné konflikty, zdroj úzkosti, psychické obranné mechanismy, adekvátní funkce superega a integrace ega (Soukupová, Goldmann, 2011).

3.4.5 Popis tabulí a evokovaných témat

Užívají se různé sestavy tabulí TAT. Murray vytvořil sadu tabulí pro muže, ženy, chlapce a dívky (ve dvou sezeních po 16 tabulích). Bellak používal standardní sadu 1, 2, 3BM, 4, 6BM, 7GF, 8BM, 9GF, 10, 13MF. Goldmann a Soukupová (PL Bohnice) předkládají svým pacientům tyto tabule: 1, 2, 3BM, 4, 6GF, 6BM, 18BM, 8BM, 10, 13MF, 18GF, 5.

Existují také tematické sestavy TAT:

- sestava ke zjišťování deprese (Bellak) – 3BM, 3GF, 9GF, 12BG,
- sestava ke zjišťování suicidálního rizika (Bellak) – 9GF, 12BG, 14, 17GF,
- sestava ke zjišťování suicidálního rizika (Yufit) – 1, 3BM, 12BG, 14,
- sestava ke zjišťování vztahu k rodičovským postavám (Rappaport) – 2, 5, 6BM, 7BM, 7GF, 12F.

Jak již bylo zmíněno, na zadní straně každé tabule je její pořadové číslo (obrázky se předkládají v pevném sledu) a písmeno, označující, pro kterou skupinu vyšetřovaných osob je určena. Ta tabule, na níž je uvedeno jen číslo obrázku, je vhodná pro všechny věkové kategorie a obě pohlaví: B (boys) je pro chlapce, G (girls) pro dívky, M (male) pro muže nad 14 let, F (female) pro ženy nad 14 let. Tabule, kde jsou uvedena dvě písmena, se hodí pro obě populace, pro které jsou písmena stanovena (Murstein, 1963).

Deskripce, vyzývací charakter a základní témata jednotlivých tabulí TAT (na počátku je vždy krátký popis obrázku):

Tabule 1: Murray – chlapec se zamyšleně dívá na housle, které před ním leží na stole. Bellak a Abrams – nejcennější tabule v TAT, protože obsáhne celou osobnost. Čermák – příliš jednoznačně strukturovaná tabule, vyžaduje jen malé kognitivní úsilí, výborný začátek testové situace, tato tabule neohrožuje. Teglassi – tabule vyzývá k popisu jedné postavy a jednoho hlavního objektu. Témata, která tabule evokuje: vztah

k rodičovským figurám, vztah k autoritě, autonomie, potřeba úspěchu, sebehodnocení, vztah ke svým potřebám, aspirace, rodičovský tlak. Podle Bellaka a Abramse (1997) je identifikace s hlavní postavou nejvýznamnějším zdrojem pro interpretaci.

Tabule 2: Murray – venkovská scéna, v popředí je mladá žena s knihami v rukách, v pozadí pracující muž na poli a starší žena, která ho sleduje. Teglasi – příběh vyžaduje integraci tří postav. Témata: nezávislost na rodině, autonomie, pojetí rodových rolí, koalice uvnitř rodiny, aspirace, starost o práci, ekonomický tlak, rodičovský tlak. Kognitivně náročná tabule. Všíáme si emoční blízkosti či vzdálenosti postav, častější je dobrý konec příběhu.

Tabule 3BM: Murray – u gauče je na zemi schoulená postava chlapce s hlavou položenou na svých pažích a opírající se o sedačku, vedle něj leží revolver. Teglasi – zbraň a postava jsou jen formální podněty, většina respondentů se v příbězích jejich vztahem nezabývá. Bellak a Abrams – způsob zacházení s objektem ležícím na zemi může vyprávět o zacházení s agresí, tabule spouští depresivní vzorce vyprávění. Témata: sebevražda, rodičovský tlak, poruchy chování. Opatrně při hodnocení stavů nebo negativních emocí respondenta.

Tabule 3GF: Murray – mladá žena stojí se skloněnou hlavou, obličej má překrytý svou pravou rukou, její levá paže je natažená a opírá se o dřevěné dveře. Tabule vyvolává depresivní pocity. Opatrně při interpretaci pocitů smutku a beznaděje.

Tabule 4: Murray – žena tiskne ramena muže, jehož tělo a tvář jsou odvráceny, jako by se pokoušel od ní odejít. Teglasi – fyzická blízkost, ale různé emoce. Bellak a Abrams – šíře pocitů ve vztahu muže a ženy.

Tabule 5: Murray – žena středního věku stojí na prahu otevřených dveří a nahlíží do pokoje. Odpočinková tabule. Příběhy bývají mnohdy neutrální nebo jen mírně negativní, zakončení častěji neutrální. Témata: postoje k matce, pocity viny, autonomie, paranoidní témata, zakázané aktivity. Všíáme si, jakou roli žena v příběhu má a jak situaci zvládne – kontroluje, trestá, pečuje či reaguje s porozuměním?

Tabule 6BM: Murray – menší, postarší žena stojí u okna, za jejími zády je vysoký, mladý muž, který se dívá dolů a má zmatený výraz. Bellak a Abrams – vztah mezi matkou a synem. Teglasi – vyjasnění interakce mezi ženou a mužem. Témata: odchod od rodičů, tlak rodičů, téma ztráty, autorita matky (ženy), mateřská kontrola.

Tabule 6GF: Murray – mladá žena sedí na okraji pohovky a dívá se přes rameno na staršího muže s dýmkou v puse, vypadá, že ji chce oslovit. Aronow a Weiss – muž dělá ženě návrhy (nejen sexuální). Témata: postoje v heterosexuálních vztazích, postoje

k rodičovským figurám. Ženy a muži vnímají tuto tabuli velmi odlišně – ženy ji často berou jako nepříjemnou a ohrožující.

Tabule 7BM: Murray – muž s šedivými vlasy se dívá na mladého muže, který mrzutě hledí do prostoru. Teglasi – mohou být zmíněny rysy v obličejí postav, vztah mezi muži vzhledem k jejich věku a výrazu. Eron – příběh bývá neutrální, až mírně smutný nebo vážný. Henry – objevují se hierarchické mezilidské vztahy (mladší nezkušený muž, muž starší a zkušený). Témata: postoje k otcovské nebo jiné mužské autoritě, rodičovský tlak, zájem o společnou věc.

Tabule 7GF: Murray – starší žena sedí na gauči blízko vedle dívky, mluví na ni nebo jí čte, dívka, která má na klíně panenku, se dívá jinam. Bellak a Abrams – vztah mezi matkou a dcerou, pravděpodobně bude evokovat negativní postoje, protože dítě na obrázku se od matky odvrací. Teglasi – nesoulad mezi ženou a dívkou je ústředním motivem. Témata: vztah mezi matkou a dcerou, fakta životní historie, příchod sourozence, učení, udílení rad.

Tabule 8BM: Murray – adolescentní hoch v popředí obrázku, na jedné straně je puška, v pozadí je vidět matně scéna, která vypadá jako průběh chirurgické operace, má podobu jakoby snového obrazu. Tabule kognitivně náročná. Bellak a Abrams – agresivní témata nebo ambice hlavní postavy. Příběh je často převeden do snu. Lidé, kteří mají tendenci potlačovat agresi, budou zbraň ignorovat, a to může poukazovat na silnou latentní hostilitu. Henry – test orientace v realitě. Témata: agrese, ambice, válka, smrt, nemoc, plánování rozvoje schopností, „pitva“.

Tabule 8GF: Murray – mladá dívka sedí s rukou opřenou o bradu a dívá se do prostoru. Tabule nevyvolává specifická témata, je příliš neurčitá. Někteří autoři zmiňují téma plánování budoucnosti.

Tabule 9BM: Murray – čtyři muži v montérkách leží pohodlně v trávě. Málo požívaná tabule. Témata: vztahy mezi muži.

Tabule 9GF: Murray – mladá žena s časopisem a kabelkou v ruce se dívá zpoza stromu na jinou mladou ženu, ta má na sobě šaty na večírek a běží po pláži. Bellak a Abrams – vztah mezi ženami. Henry – příběh by měl zahrnovat obě ženy a výklad toho, proč se jedna skrývá a druhá utíká. Témata: konflikt mezi ženami, rivalita, žárlivost, zvědavost, únik z nebezpečného prostředí.

Tabule 10: Murray – hlava ženy spočívá na rameni muže. Bellak a Abrams – pohlaví postav je dvojznačné. Teglasi – významné téma je fyzická blízkost. Témata:

intimita, zkušenosti ve vztahu, péče o partnera, odjezd či příjezd partnera, blízkost, odchod od partnera, smrt nebo nemoc dítěte. Odpočinková tabule.

Tabule 11: Murray – silnice lemuje propast mezi srázy a vzadu jsou nejasné postavy, ze skály na jedné straně vyčnívá hlava a krk draka. Někteří autoři považují tuto tabuli za nejméně užitečnou, jiní za velmi výtěžnou (postavy tam nejdou vidět). Bellak a Abrams – tabule vyvolává primitivní strachy. Evokuje téma postoje k nebezpečí, prožívání úzkosti, zacházení se strachem k útoku.

Tabule 12BG: Murray – loďka leží na břehu lesního potoka, na obrázku nejsou žádné lidské postavy. Aronow, Weiss a Reznihoff – typický je popis šťastné a klidné scenerie. Méně zdraví lidé dávají příběhy samoty, suicidia. Henry – vysvětlení, proč je loďka na břehu, zahrnutí loďky a lesní scenerie. Témata: izolace, pocity opuštění, samota.

Tabule 12M: Murray – mladý muž leží na gauči se zavřenými očima, nad ním se naklání postarší hubená postava muže, jeho ruka je natažená nad obličej ležícího muže. Teglassi – výzvou je adekvátně vysvětlit neobvyklou polohu postav. Eron – mírně těžkomyslný příběh, zřídka se šťastným koncem. Aronow, Weiss a Reznihoff – hypnotismus, religiozita a nemoc, respektive smrt. Rappaport – někdy nápadné projevy pasivní závislosti. Témata: vztah mezi starším a mladším mužem (starší autoritativní).

Tabule 12F: Murray – portrét mladé ženy, za ní v pozadí dělá grimasy vrásčitá žena. Henry – adekvátní zpracování příběhu vysvětluje, proč jsou postavy v této pozici. Témata: vztah k matce.

Tabule 13B: Murray – malý chlapec sedí ve dveřích srubu. Teglassi – jednoduchý podnět, zahrnuje jednu postavu, vztah člověka ke světu. Témata: samota a introspekce.

Tabule 13G: Murray – malá holčička stoupá po točitých schodech. Henry – projekce obran proti pocitům samoty a úzkosti. Témata: dětství a samota.

Tabule 13MF: Murray – mladý muž stojící se skloněnou hlavou, kterou si překrývá paží, za ním leží na posteli postava ženy, „vražda“. Bellak a Abrams – sexuální konflikty mezi mužem a ženou, projekce vztahových problémů mezi manžely. Teglassi – objasnění vztahu mezi mužem a ženou. Témata: sexualita, agrese, smrt, nemoc partnera, pocity viny.

Tabule 14: Murray – silueta muže nebo ženy proti světlému oknu, pozadí je černé. Eron – zvědavost, aspirace a šťastné vzpomínky. Většina autorů se však shoduje, že tabule vyvolává depresivní a suicidální témata. Groth-Marnat – důležité je zjišťovat způsob řešení problému postavou.

Tabule 15: Murray – vyzáblý muž stojí mezi náhrobky. Moc nepoužívaná tabule. Témata: smrt, postoje ke smrti, strach ze smrti.

Tabule 16: Murray – prázdná karta. Umožňuje volně asociovat a projikovat. Odráží problémy, které vyšetřovanou osobu zaměstnávají nebo její vztah k psychologovi.

Tabule 17BM: Murray – nahý muž na laně, je zachycen při lezení nahoru, nebo dolů. Groth-Marnat – postoje k vlastnímu tělu (body image). Témata: útěk, nebezpečí, fyzická obratnost, aspirace.

Tabule 17GF: Murray – most přes vodu, naklánějící se žena přes zábradlí, v pozadí jsou vysoké budovy a malá postava muže. Nutno zkoumat copingové strategie vyšetřované osoby. Témata: sebevražda, postoje k sebevraždě, silné pocity nespokojenosti.

Tabule 18BM: Murray – muž je zezadu držen třemi pažemi, postavy, které ho svírají, nejsou vidět. Groth-Marnat – neviditelné síly ohrožující postavu jsou zdrojem úzkosti. Rappaport – námětem bývá loupež, zdůrazněná agrese a postoj k závislostem. Tabule evokuje prožitky úzkosti. Paranoidní jedinci reagují na možné ohrožení zezadu. Témata: sebeúcta, exhibice a soupeření s vrstevníky.

Tabule 18GF: Murray – žena stlačuje hrdlo druhé ženy, vypadá to, že je tlačena dozadu k zábradlí schodiště. Lze zjišťovat, jak vyšetřovaná osoba zachází s agresí. Témata: odpoutání se od rodičů, rodičovský tlak, nemoc či smrt dítěte, agresivita.

Tabule 19: Murray – oblaka visí nad zasněženým srubem. Jedna z málo jasných a málo strukturovaných tabulí. Můžeme odhalit, jak člověk zachází s úzkostí a nejistotou, jak reaguje na neobvyklé situace. Není tam sociální podnět.

Tabule 20: Murray – matně osvětlená postava muže nebo ženy opírající se o sloup veřejného osvětlení. V příbězích se často objevuje téma schůzky. Téma: samota, tma, nejistota (Čermák, 2005).

Na všech tabulích je sociální podnět explicitní, na rozdíl od Rorschacha. Nelze jej přehlédnout. Sociální výzva je téměř neopominutelná (Soukupová, Goldmann, 2011).

4 Srovnatelná šetření u nás a v zahraničí

V současné době pravděpodobně neprobíhá v České republice žádná další studie, která by projektivní metody u dětí s ADHD používala. Spíše se klade důraz na neuropsychologické testy.

Pouze při psaní své posudkové práce jsem se setkala s obdobným výzkumem v českém prostředí, který je popsán v příručce pro test CATO. Toto zkoumání bylo provedeno již v 80. letech 20. století. Jedním z diagnostických okruhů pro možnost použití testu CATO je lehká mozková dysfunkce s poruchami chování, kde se často vytvářejí

neuspokojivé vztahy mezi rodiči a dítětem. Projevy typické pro tuto diagnózu vedou ke zvýšenému psychickému napětí a k ambivalentním postojům, v některých případech až k odmítání dítěte. Děti s hyperkinetickou diagnózou nejsou přiměřeně přijímány ani dětským kolektivem a ostatními jedinci. Výzkum se týkal 39 chlapců hospitalizovaných pro LMD s poruchami chování (eventuálně sekundární neurotizací) v DPL v Dolních Počernicích a na psychiatrickém oddělení FN Motol ve věku od 6 do 10; 11 let. Jejich rozumové schopnosti byly v mezích širší normy. Podrobným rozborem výsledků testu byly zjištěny tyto odchylky od normálního vzorku:

1. zvýšené procento originálních reakcí (statisticky vysoce významný rozdíl mezi kontrolním souborem chlapců a chlapci s LDM, na základě výpočtu testu chí-kvadrát),
2. zvýšené procento úzkostí, strachů (statisticky vysoce významný rozdíl),
3. nápadně častá tematika trestání (statisticky vysoce významný rozdíl, vysoký počet anticipovaných trestajících reakcí otce),
4. anticipované negativní nebo ambivalentní postoje rodičů k dítěti (statisticky významně vyšší u skupiny s LDM),
5. vysoké procento žádajících reakcí dítěte, zejména k rodičům (statisticky vysoce významný počet P – potentních – reakcí k jednomu nebo oběma rodičům),
6. v protokolu jsou obsaženy individuální konflikty,
7. perseverace tématu v dalších obrázcích (nejde vždy o kritické téma),
8. konfabulace,
9. chybí správné určení naznačených sociálních rolí a postojů, nepřiměřené hodnocení situace,
10. chybí významové odlišení osob a věcí,
11. upoutávání pozornosti malými, nepodstatnými detaily,
12. infantilní odpovědi (Boš, Strnadová, 1975).

Postupem času došlo k mnoha posunům v terminologii hyperkinetické poruchy. Dnešní výběrový soubor budou tvořit děti s diagnózou ADHD syndromu, kdežto před více než 30 lety se ve stejné souvislosti hovořilo o lehké mozkové dysfunkci.

Zahraniční výzkum Kennetha W. Merrella a Erica Boeltera se zabývá souvislostí mezi sociálními vztahy a ADHD u dětí a mladistvých. Děti se syndromem ADHD mají tendenci mít problémy s ostatními dětmi z hlediska slabé adaptability ke společenským pravidlům a zásadám. To mnohdy ústí k jejich odmítání ve zdravé společnosti a má to velmi negativní dopad i na vztahy s rodiči a učiteli. Takové děti obecně mají problém se

společenskou interakcí, jsou náchylné k agresivitě, dominanci, impulzivitě, nezralosti, jsou příliš upovídané, příliš vznětlivé. To pak vede ke konfliktům v kolektivu, hlavně co se týče spolupráce a komunikace s jednotlivými členy skupiny.

Tyto děti jsou negativně přijímány takřka v každém věku, velmi těžce se přizpůsobují požadavkům skupiny, či spíše se příliš nepřizpůsobují, naopak často se snaží být dominantní či agresivní. U školních dětí s ADHD jsou tyto nesnáze pak daleko viditelnější. To vše může vyústit v antisociální chování, které může přetrvávat do puberty a dospělosti. Společně tomu může pomoci rodina, jednatelce, ale i zdravá skupina ve škole nebo mimo ni.

V rámci tohoto výzkumu byly provedeny dvě studie. První z nich byla realizována na 164 dětech ve věku 6–12 let. Polovinu respondentů diagnostikovali rodiče, prarodiče a odborníci jako syndrom ADHD. Druhou část tvořily děti bez projevů ADHD. Zohledňoval se jejich věk, pohlaví i etnikum (58,5 % běloši, 39 % černoši, 2,4 % Hispánci). Většina dětí (80,5 %) byla mužského pohlaví. Jako metodu výzkumu použili autoři škálu HCSBS (Home and Community Sicoal Behavior Scales). Výsledek, určený pomocí analýzy rozptylu, ukázal nižší sociální kompetence a zároveň vyšší antisociální chování u první výzkumné skupiny. U dívek se toto projevilo v menší míře.

Ve druhé studii figurovalo 148 respondentů s ADHD ve věku 11–15 let, tedy středoškoláků. Šlo o 66 chlapců (45 %) a 82 dívek (55 %), 55 % z nich bylo bílých, 39 % Hispánců a 6 % Američanů afrického původu. Jejich rodiče (129 matek, 19 otců) je hodnotili pomocí škál HCSBS a ADHD-SRS (ADHD Symptoms Rating Scale). Opět bylo zjištěno, že studenti s ADHD se daleko častěji oproti těm bez tohoto syndromu negativně sociálně chovají a předvádějí. Mnoho z nich dělá minimální pokrok ve svém sociálním chování, především se to týká samostatnosti v organizaci svých činností a sebeovládání. Jejich chování je mnohdy výbušné, vzteklé a obtěžující (Merrell, Boelter, 2001).

Další srovnatelný výzkum se týká hodnocení poruchy pozornosti užitím tematicko apercipční techniky. Zkoumání provedli G. Costantino, G. Colon-Malgady, R. G. Malgady a A. Perez (různé univerzity v USA). Syndrom ADHD se relativně často objevuje u školních dětí. Toto šetření bylo prováděno se 152 zdravými a 95 dětmi s ADHD (z hispánských, černošských a bělošských etnik) ve věku 7–15 let. Sledovala se povaha, události, prostředí a psychologické konflikty mezi školáky. Zjistily se velké rozdíly mezi testovanými soubory. Školáci s hyperkinetickou poruchou měli velké problémy v chování i ve studiu. Všichni testovaní pocházeli z nízké nebo chudší střední vrstvy, většinou žili bez

otce (65 % Hispánců, 62 % černochoů, 88 % bělochů). Problémové děti byly předem diagnostikovány na základě odborného pohovoru s psychologem.

Použitým testem byl TEMAS (Tell-Me-A-Story). Vytvořili jej právě Costantino, Malgady a Rogler na počátku 90. let 20. století. Je určen pro děti od 6 do 18 let. Lze použít dvě řady testu: 9 tabulí (45 minut), nebo 23 tabulí (120 minut). Je zaměřený na minority, nabízí verzi pro bělochy, černochoy a Hispánce. Tabule jsou odlišné také genderově a jsou barevné (údajně na ně děti reagují lépe). Metoda by měla zachytit kognitivní (reakční a celkový čas, plynulost, vynechané sekvence, představivost), osobnostní (mezilidské vztahy, agrese, úzkost, deprese, motivace k výkonu, odložení odměny, sebepojetí, sexuální identita, morální úsudek, porozumění realitě) a afektivní funkce (štěstí, smutek, vztek, bázlivost, neutrální hodnotové obsahy, ambivalentní, nepatřičný afekt).

Výsledky testování byly individuálně stanoveny pro každého probanda. Ukázalo, že hispánské a černošské děti s ADHD syndromem většinou selhávají ve většině zkoumaných veličin oproti dětem bez této diagnózy. Hlavním důvodem nedostačujících výsledků u dětí s ADHD je neschopnost komplexnosti v řešení jednotlivých úkolů a slabé zapamatování si instrukcí i po několikerém opakování.

Všechny tyto výzkumy odkazují na blízkou souvislost mezi syndromem ADHD a následnými problémy v sociální oblasti.

VÝZKUMNÁ ČÁST

Empirická část magisterské diplomové práce se týká specifík projektivních metod u dětí s diagnózou ADHD, konkrétně jde o projektivní test TAT.

5 Problém výzkumu

V poslední době je zaznamenáván nárůst dětí trpících syndromem ADHD, a to nejen ve školách, ale hlavně v pedopsychiatrických a psychologických ambulancích. Tento trend se bude dle mého názoru i nadále zvyšovat, což může souviset s mnoha různými faktory (např. celkové nastavení společnosti, povrchní mezilidské vztahy, vysoký standard porodní a neonatologické medicíny).

Interpersonální vztahy jsou velmi podstatnou součástí života jedince. Zejména u dětí a dospívajících mají velký význam pro vývoj sebehodnocení. U dětí s ADHD bývají tyto vztahy často narušeny. Porozumění jejich povaze je důležitým vodítkem nejen pro pochopení subjektivní spokojenosti, ale přináší také cenné informace o utváření a roli symptomů v jeho životě. Velký význam má zabývat se vztahovou problematikou s rodiči a s vrstevníky. A cenné informace nejen o rodinném prostředí můžeme získat právě z individuální administrace projektivních technik (Drtilková, Šerý, 2007).

6 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit, zdali se ve výsledcích projektivního testu TAT projeví určitá specifika dětí s hyperkinetickou poruchou. Ta budu poté porovnávat s výsledky kontrolního souboru, tj. u dětí bez přítomnosti ADHD i jiné psychiatrické diagnózy. Analýzu dat budu následně provádět prostřednictvím skórovacího systému SCORS Drew Westena. K ověření hypotéz bude použit dvouvýběrový Studentův t-test.

Při stanovování cílů výzkumu a odpovídajících výzkumných otázek jsem vycházela zejména ze svých osobních zkušeností, že děti s ADHD mají obtíže i v sociální oblasti (hlavně nevyhovující interpersonální vztahy) a rovněž z šetření, která jsou stručně popsána v teoretické části diplomové práce. V prvním případě jde o výzkum, jenž proběhl v rámci stanovení norem k testu CATO a je popsán v jeho manuálu. Test byl zadán nejen kontrolní skupině, ale také dětem s LDM. Dále se zmiňuji o dvou zahraničních výzkumech. Týkají se opět hyperkinetické poruchy, problémů dětí s ADHD v mezilidských vztazích a projektivních technik (u druhé studie byl použit projektivní test TEMAS).

7 Výzkumné otázky (kvalitativní výzkum) a hypotézy (kvantitativní výzkum)

Jak již bylo zmíněno, tento výzkum se stal kombinací kvalitativního a kvantitativního šetření. Proto je důležité položit výzkumné otázky a také stanovit hypotézy.

Co se týče kvalitativní analýzy, je mým cílem na základě předem vymezených oblastí odpovědět na tyto výzkumné otázky:

- U kterých tabulí TAT jsou rozdíly mezi soubory v dimenzích SCORS nejvíce zřetelné?

- U kterých škál SCORS se projeví největší rozdíl mezi oběma soubory?

- Jaká interpersonální témata jsou specifická pro děti s ADHD?

- Jaké budou postoje dětí s ADHD k ostatním jedincům?

- Mají děti s touto diagnózou větší problém v mezilidských vztazích než ostatní?

Vše bude rovněž přiblíženo v kazuistice vybraného chlapce s ADHD.

Pro kvantitativní část výzkumu jsem pak zvolila tuto hypotézu o rozdílu:

- Nulová hypotéza H_0 : Mezi průměrným skórem škál SCORS v Tematicko apercepčním testu u kontrolního souboru a u dětí s ADHD neexistuje statisticky významný rozdíl.

Pokud se rozdíly mezi dětmi s ADHD a kontrolní skupiny projeví, popíši specifické projevy těchto dětí a pokusím se je interpretovat.

8 Soubor – zkoumaná populace a výzkumný vzorek

Od podzimu roku 2012 jsem získávala probandy, tzn. děti s ADHD, jejichž věk a pohlaví jsem vymezila na chlapce mezi 8 až 11 lety, aby byl vzorek co nejvíce homogenní. Výběrový soubor čítal 30 jedinců. Dále jsem sehnala stejný počet dětí bez psychiatrické diagnózy odpovídajícího pohlaví a věku jako kontrolní soubor. Sběr dat probíhal na prvním stupni běžných základních škol. Přesně se jednalo se o tyto instituce: základní škola v Ostravici, základní škola v Nové Vsi, základní škola ve Frýdlantě nad Ostravicí, základní škola ve Frenštátě pod Radhoštěm, 4 základní školy ve Frýdku-Místku a 8 základních škol v Ostravě. Celkem šlo tedy o 16 různých základních škol. V dnešní době jsou totiž děti s hyperkinetickou poruchou integrovány do běžných škol, mívají individuální vzdělávací plán s cílem optimálního využití schopností dítěte při vzdělávání, někdy pracují s účastí asistenta pedagoga. Těmto dětem by se pak mělo poskytnout užší vedení ve výuce, častější dohled a nápověda, měla by se tolerovat omezená soustředěnost a

snadná unavitelnost a předcházet přetěžování. Je také důležité podpořit sociální vazby ve třídě a zapojit dítě mezi spolužáky.

K získání dětí výběrového i kontrolního souboru jsem postupovala následujícím způsobem. Navštívila jsem ředitele asi 20 základních škol, kterým jsem vysvětlila, co výzkum obnáší, předložila jsem jim souhlas vedoucího katedry psychologie FF UP a požádala jsem je o pomoc. Ti, jenž ji přislíbili, rozdali dětem ve vytipovaných třídách podle věku informované souhlasy zákonným zástupcům. Ty děti, jejich rodiče s výzkumem souhlasili a stvrdili to svým podpisem, jsem v domluvené době podrobila kratšímu rozhovoru a administraci zvoleného projektivního testu. Získala jsem tak 600 různých příběhů, na které jsem následně aplikovala vybraný skórovací systém.

Výběrový soubor je tedy tvořen 30 dětmi s diagnózou syndromu ADHD. Jde o samé chlapce. Deset z nich mělo v testované době 8 let, dalších devět 9 let, sedm 10 let a poslední čtyři 11 let. Věkový průměr tedy činí 9; 7 let. Všichni navštěvují běžné základní školy v šesti různých obcích a městech České republiky, které se nacházejí v Moravskoslezském kraji (Ostravice, Nová Ves, Frýdlant nad Ostravicí, Frýdek-Místek, Frenštát pod Radhoštěm, Ostrava), a patří mezi žáky 2. až 5. tříd. Někteří z nich měli odklad povinné školní docházky právě kvůli projevům hyperkinetické poruchy a celkové nezralosti.

Kontrolní soubor je sestaven rovněž z 30 dětí stejného pohlaví a věku. Ale jedná se již o chlapce bez ADHD a bez další psychiatrické diagnózy. Chodí do stejných základních škol, které byly uvedeny u výběrového souboru. Sedmnáct z nich mělo v testované době 8 let, dalších osm 9 let a posledních pět 10 let, 11 let neměl ještě žádný chlapec. Jejich věkový průměr dělá přesně 9 let, což je přibližně o 7 měsíců méně, než mají děti ve výběrovém souboru.

Dle Murrayho je metoda TAT určena již pro osoby od věku 4 let, avšak zkušenosti naznačují, že relevantní diagnostické údaje získáme až asi od 8 let (Svoboda, 2010).

věk chlapců (roky)	výběrový soubor (počet)	kontrolní soubor (počet)
8	10	17
9	9	8
10	7	5
11	4	-

Tab. 5: Charakteristika výběrového a kontrolního souboru

9 Etický rozměr

Etika výzkumu byla bezpodmínečně dodržena. Ještě před jeho počátkem byla předána ředitelům asi dvaceti základních škol v Moravskoslezském kraji žádost o pomoc při vědeckém výzkumu týkajícího se dětí s ADHD. Ředitelé, kteří souhlasili s podporou, pak oslovili výchovné poradce, ti následně rozdali vhodným dětem informované souhlasy pro své rodiče, jenž mohli stvrdit podpisem účast těchto dětí. Byla rovněž zajištěna veškerá anonymita a možnost účastníků kdykoliv z výzkumu odstoupit.

Zákonní zástupci všech 60 probandů dali svůj informovaný souhlas (viz Příloha č. 3). Jednotlivé děti pak podstoupily test individuálně, byl administrován v dopoledních hodinách v prostředí jejich škol, v tiché a dobře osvětlené místnosti a za vyhovujícího zdravotního stavu dětí. Ty nebyly do ničeho nuceny, naopak samy ochotně spolupracovaly.

10 Metody získávání dat

Základní metodou získávání dat byla administrace projektivního testu TAT, který obsahuje 31 tabulí. S pomocí vedoucího diplomové práce jsem vybrala 10 tabulí, které nejlépe odpovídaly věku, pohlaví a rovněž cíli výzkumu. Šlo o tabule 1, 3BM, 5, 7GF, 8BM, 11, 12M, 13B, 13G a 14. Předkládala jsem je postupně všem 30 chlapcům s ADHD syndromem a také 30 probandům v kontrolním souboru. Setkání s nimi proběhlo vždy v prostorách jejich školy, během vyučování. Měli jsme k dispozici místnost, kde nás nikdo nevyrušoval a která poskytovala klid na práci. Po úvodním seznámení jsem každému dítěti poděkovala za spolupráci a vysvětlila mu, co po něm budu chtít. Zaměřila jsem se především na jeho uvolnění a vytvoření dobrého kontaktu s ním. Šlo o relaxační rozhovor, ve kterém jsme si chvíli nezávazně povídali. Pak jsem měla sestavený seznam otázek, které jsem dítěti pokládala. Byly to tyto standardní dotazy: *Do jaké třídy chodíš? Kde bydlíš? Kdo všechno s tebou doma bydlí? Máš sourozence, pokud ano, kolik je mu let? Máš kamarády? Jak se ti líbí ve škole? Jaké máš známky? Co tě baví ve škole nejvíce? Co tě naopak moc nebaví? A co rád děláš ve volném čase? Máš nějaké koníčky? Baví tě nějaký sport? Čteš rád?* A u dětí s ADHD navíc otázka *Bereš nějaké léky?* Děti odpovídaly spontánně a se zaujetím, většina to brala jako zpříjemnění běžného vyučovacího dne. Všem jsem tykala.

Po rozhovoru jsem už přistoupila k samotné administraci testu. Nejprve jsem si zaznamenala základní údaje dítěte jako je jeho jméno a věk a také datum a přesný čas šetření.

Při administrování testu jsem používala instrukci uvedenou v kurzu *TAT a odvozené metody*. Její jádro je třeba zachovávat, detaily však lze obměňovat podle konkrétní situace a podle individuality dítěte.

Test jsem uváděla přibližně takto: „*Budu ti ukazovat obrázky, na kterých jsou nakresleny určité scény. Vytvoř ke každé scéně příběh tak, abys zahrnul to, co se odehrávalo předtím, co se právě na obrázku odehrává, co si jednotlivé postavy myslí a co cítí, a jak to bude pokračovat dál.*“ U dalších obrázků jsem dle konkrétní potřeby připomínala, co se po dítěti chce. Případně ho povzbuzovala k odpovědi. Pomocné otázky zněly: *Co by si mohl(a) myslet? Co tomu přecházelo? Jak to bude pokračovat dále?* Veškerá sdělení dětí jsem zapisovala do příslušných záznamových archů TAT (viz Příloha č. 4).

Samotná administrace se svou časovou délkou příliš nelišila. Průměrné vyprávění 10 příběhů trvalo asi 13 minut, a to jak u výběrového, tak i u kontrolního souboru. Každé dítě sice odpovídalo jinak, ale společné jim bylo to, že s postupujícími obrázky šlo na nich pozorovat únavu a přání už být na konci testu. Což se ovšem hlavně u dětí s hyperkinetickou poruchou dalo předpokládat. Jinak se jim tabule líbily a zajímalo je, co s nimi budeme dělat. Zapisovala jsem také jejich časové prodlevy (latence) u odpovědi.

Obecným metodologickým předpokladem testu je, že každý proband bude při interpretování nejednoznačných obrázků vycházet ze svých vlastních životních zkušeností, do svých sdělení promítne své vnitřní pocity a postoje. Je třeba přitom brát v úvahu skutečnost, že dítě interpretuje realitu podle své současné vývojové úrovně.

Pracovat s projektivními metodami jsem se rozhodla na základě svého vlastního zájmu o ně. Test CATO a následně hlavně TAT jsem si vybrala, protože v první řadě zkoumají sociální přizpůsobení a interpersonální vztahy, které jsou důležité pro každého. V listopadu 2011 jsem rovněž absolvovala dvoudenní školicí a výcvikový kurz *TAT a odvozené metody* PhDr. Terezy Soukupové, PhD. a PhDr. Petra Goldmanna v pražském Testcentru, jenž mě velmi inspiroval. Dále mě lákalo, že TAT je u nás málo známý, ačkoliv patří mezi deset nejpoužívanějších světových metod. Westenův SCORS systém jsem pak zvolila díky doporučení Terezy Soukupové, již připadal jako dobrý a užitečný výběr. Při interpretaci se však nesmí opomenout zohlednit věk dětí.

Záměrem testu je získat co nejvíce informací týkajících se mezilidských vztahů v rodině dítěte i některých mimorodinných situací a vztahů, které dítě běžně prožívá a které pro něj mají určitý význam.

TAT je projektivní test, který je určen zejména ke kvalitativnímu výzkumu. V tomto případě je však také důležité kvantitativní zpracování dat a jejich prezentace. Jako nejvhodnější je tedy dle mého názoru kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumu.

11 Metody zpracování a analýzy dat

Při hodnocení všech příběhů jsem pracovala s Westenovým systémem SCORS. Měla jsem k dispozici schéma pro skórování SCORS a záznamový arch SCORS (viz Příloha č. 5. a 6).

Ke každé tabuli TAT jsem získala 60 příběhů (30 od probandů z výběrového souboru a 30 z kontrolního souboru). Ty jsem pak skórovala ve všech osmi škálách SCORS. Následně jsem vypočítala průměrný skór každé škály u obou souborů a rovněž celkový průměrný skór tabule. Všechny jsou uvedeny v tabulkách. Pod každou z nich je připojen vlastní komentář narativního materiálu.

Všíkala jsem si také *Dominantních interpersonálních zájmů* podle Westena. U každého příběhu jsem zaznamenala pouze ta témata, která se u něj vyskytla (celkově 13 témat). Poté jsem je dále už neskórovala. Opět jsou zachycena v příslušných tabulkách.

Stejným způsobem jsem postupovala u všech deseti vybraných tabulí TAT.

Celou dobu jsem se snažila porovnávat použitý výběrový soubor s kontrolním souborem, vidět odlišnosti mezi nimi a nalézat specifika dětí s ADHD.

V kvantitativní části výzkumu mě zajímal statistický rozdíl mezi průměrným skórem škál SCORS v TAT u kontrolního souboru a u dětí s ADHD. Pro výpočet jsem použila dvouvýběrový Studentův t-test. Ten ověřuje, zda platí nulová hypotéza $H_0: \bar{x} = \mu$, ptáme se, zda existuje statisticky významný rozdíl mezi výběrovým průměrem \bar{x} a průměrem kontrolního souboru μ . Testovým kritériem je pak veličina t , kterou porovnáваме s kritickou hodnotou $t_\alpha(v)$.

11.1 Jednotlivé výsledky

Každé z deseti předkládaných tabulí Tematicko apercepčního testu se věnuji zvlášť, nejprve se pokusím o zachycení výsledků skórovacího systému SCORS a jejich možnou interpretaci a následně i o rozbor škály *Dominantních interpersonálních zájmů*. Tam jsem sledovala pouze ta témata, která se v příbězích objevila, ostatními z nich jsem se vůbec nezabývala.

Tabule 1 TAT



Tato tabule je první v pořadí. Děti neměly problém s tím, že obrázky nejsou barevné a že vypadají starodávně.

Do níže uvedené tabulky jsou zaznamenány průměrné skóry každé škály u obou souborů a výsledný celkový průměrný skór celé tabule, tedy všech osmi škál SCORS.

škály SCORS	výběrový soubor	kontrolní soubor
a) Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých	2,8	3,4
b) Afektivní kvalita reprezentací	3,8	3,8
c) Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů	3,1	3,4
d) Emoční vklad do hodnot a morálních standardů	3,2	3,2
e) Porozumění sociální kauzalitě	2,9	3
f) Prožívání a zvládání agresivních impulzů	3	3,2
g) Sebedůvěra	3,3	3,6
h) Identita a soudržnost self	4	4
celkový průměrný skór	3,3	3,5

Tab. 6: Výsledky SCORS k tabuli 1 TAT

Na této tabuli se největší rozdíl (0,6) objevil u škály *Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých*, kde probandi výběrového souboru příběh nejčastěji popisovali jednoduše a úsporně a viděli své self i druhé málo diferencovaně a komplexně.

Většinou se také postavy v příběhu primárně soustředily na své potřeby a zájmy. Vztahy v mnoha případech nebyly vůbec žádné.

Důležité je však brát v potaz také vývojové hledisko. Reprezentace se během vývoje jedince stávají diferencovanějšími, komplexnějšími a integrovanějšími. Děti se postupně zlepšují v odlišování svých vlastních myšlenek a pocitů od myšlenek a pocitů ostatních a umí rychleji chápat rozdílné úhly pohledu a vnímat rozdílnosti lidských osobností. Tato dimenze tudíž hodnotí rozsah, v rámci kterého je osobnost schopna diferencovat mezi vnímáním sebe sama a ostatních (Soukupová, Goldmann, 2011).

Odpověď chlapce s ADHD (10; 8 let): *Myslí si, že to jsou moc pěkné housle. Nebo co to je. Asi na ty housle se mu to moc nevede. Chtěl mít jiný dárek. Že by ho tatka naučil hrát na ty housle a měl by radost a ukázal by ve třídě, jak umí hrát.*

Další zajímavá odpověď hochy s ADHD (8; 5 let): *On chce hrát na ty housle a někde chce nějakou návštěvu. On poprosí maminku a maminka řekne ne a musí pořád hrát na ty housle. Cítí nějakou bolest, bolí ho ruka.*

U první odpovědi je zřejmá snaha dítěte se zalíbit, aby ho ostatní ocenili, jak dobře umí hrát. Ve druhém případě stojí v popředí rázné vedení rodičů, které může potlačovat individualitu dítěte.

Mezi netradiční prvky, které se u testovaných dětí s ADHD objevily, patří záměna houslí za kytaru (10; 3 let), psací stroj (9; 1 let), pistol (8; 7 let), stroj nebo sešit a popis, že dítě vypočítává příklad z matematiky (9; 1 let), něco opravuje (9; 11 let) nebo píše úkoly či telefonuje. Jeden chlapec také uvedl, že učitelka byla rozzlobená, on se snažil, ale nikdo mu nepomohl (10; 7 let).

Dominantní interpersonální zájmy	výběrový soubor	kontrolní soubor
emoční intimita	3	1
zavržení	-	-
dominance	4	2
závislost	3	2
obdiv	5	4
trest	-	1
vina	2	2
strach	2	4
opuštěnost	-	-
bezmocnost	13	2
konflikty s autoritou	2	1
sebevražda	-	-
rezignace	-	-

Tab. 7: Výskyt dominantních interpersonálních témat u tabule 1 TAT

Nejčastějším tématem u tabule 1 je bezmocnost. Objevila se zejména u dětí s ADHD, a to několikrát více než u kontrolního souboru. Dále děti zmiňovaly téma emoční intimity, dominance, závislosti, obdivu, trestu, viny, strachu a konfliktů s autoritou. Tyto ostatní motivy se už vyskytovaly u obou testovaných souborů zhruba stejně. Téma bezmocnosti se dalo předpokládat, hlavně vzhledem k tomu, že opakovaná byla nedůvěra

děti v sebe sama a jejich vsugerovaná neschopnost něco dokázat. Na druhé straně navíc čelily očekávání ze strany rodičů i učitelů.

Tabule 3BM TAT



Tabule 3BM je dle Murrayho určena chlapcům a mužům. Zadávala jsem ji jako druhou v pořadí.

škály SCORS	výběrový soubor	kontrolní soubor
a) Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých	2,6	3,1
b) Afektivní kvalita reprezentací	3,4	3,6
c) Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů	3	3,4
d) Emoční vklad do hodnot a morálních standardů	2,8	3,1
e) Porozumění sociální kauzalitě	2,3	2,3
f) Prožívání a zvládnání agresivních impulzů	2,2	2,2
g) Sebedůvěra	3	3,3
h) Identita a soudržnost self	3,3	3,6
celkový průměrný skór	2,8	3,1

Tab. 8: Výsledky SCORS k tabuli 3BM TAT

Opět se největší rozdíl (0,5) objevil u škály *Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých*, kde jsem ve více než polovině protokolů skórovala 3 – probandi tedy vidí své self a druhé málo diferencovaně a komplexně, popisy lidí bývají jednoduché, úsporné a jednodimenzionální, málo integrované.

Nízké jsou také skóry u škály *Prožívání a zvládnání agresivních impulzů*. Téma agresivity je zde bytostně dáno už jen přítomností zbraně na zemi u nohy postavy a rovněž její skrčenou polohou. Nevidíme postavě do tváře a oblečení je nejasné, takže není jisté pohlaví. Některé děti mluvily o muži, jiné o ženě. Viz odpověď jednoho chlapce (11; 5 let): *Je to holka, nebo kluk?*

Také předmět na zemi nebyl vždy přesně identifikován: padaly takové varianty jako klíče (10; 8 let), nůž nebo pistol (10; 11 let), nějaká střelná zbraň.

Obsahy příběhů byly ale většinou negativní: je to šikana, bojí se (10; 11 let), brečí, je v bezvědomí, omdlel, smutná paní pláče, mrtvola, přejelo ho auto (8; 5 let), někdo ho zmlátil, vyhrožovali mu (10; 7 let), nešťastná holka, opustil ji kluk nebo potrat (10; 9 let); některé možná trošku úsměvné: spí, spadl na lávku, odpočívá (9; 1 let), sedí na zemi a je unavená z práce (8; 9 let), zakopl, praštil se, spadl, cvičí a opírá se o lavičku (10; 3 let). Za povšimnutí stojí odpověď jako psychicky vyčerpaný člověk (10; 10 let), nevede se jí ve škole a neví, co s tím má dělat (10 let).

Děti na této tabuli dost často řešily interpersonální vztahy.

Odpověď hochy s ADHD (9; 1 let): *Všiml jsem si. Je tady střelná zbraň, že třeba byl tam nějaký vrah. Tak ho tam zavraždil. Třeba jejího syna a to je jeho máma a brečí tam. Že je strašně smutná.*

Chlapec s ADHD (8; 9 let): *Maminka, která brečí. Je smutná, že ji opustil manžel. Jak se to říká. Má jen babičku, pár sourozenců a svého syna. Syn ji uklidní. Maminka obejmě syna, už bude spokojená.*

Odpověď jiného chlapce s ADHD (9; 11 let): *Nějaká smutná paní nebo pán a brečí. Asi se pohádali. To bývá asi často. Odstěhuje se potom.*

Dominantní interpersonální zájmy	výběrový soubor	kontrolní soubor
emoční intimita	4	3
zavržení	1	-
dominance	1	1
závislost	1	2
obdiv	-	-
trest	-	-
vina	2	1
strach	6	4
opuštěnost	8	8
bezmocnost	18	14
konflikty s autoritou	-	-
sebevražda	-	3
rezignace	-	1

Tab. 9: Výskyt dominantních interpersonálních témat u tabule 3BM TAT

Nejfrekventovanějším tématem celé této tabule je opět bezmocnost. Zaznamenala jsem ji dohromady 32krát. Vyplývá už z celkového nastavení tabule. Dále zde v četné míře

nalezneme opuštěnost, strach a také motiv emoční intimity, v menším počtu zavržení, vinu, rezignaci, závislost a dominanci. Objevilo se zde navíc téma sebevraždy, ovšem zajímavé je, že pouze u kontrolního souboru, tedy dětí, které nemají syndrom ADHD. Započítala jsem ji vždy, v nezávislosti na tom, zda se jednalo o sebevraždu dokonanou či nikoli.

Tabule 5 TAT



Tabule 5TAT je vhodná pro všechny kategorie.

škály SCORS	výběrový soubor	kontrolní soubor
a) Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých	2,6	3
b) Afektivní kvalita reprezentací	3,8	3,8
c) Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů	3,1	3,7
d) Emoční vklad do hodnot a morálních standardů	3	3,3
e) Porozumění sociální kauzalitě	2,6	2,5
f) Prožívání a zvládání agresivních impulzů	2,7	2,5
g) Sebedůvěra	3,2	3,7
h) Identita a soudržnost self	3	3
celkový průměrný skór	3	3,2

Tab. 10: Výsledky SCORS k tabuli 5 TAT

Na této tabuli se nejvýraznější rozdíl (0,6) projevil u škály *Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů*, kdy probandi z výběrového souboru popisovali častěji negativně prožívanou kvalitu vyjadřovaných vztahů. Druhý nejvyšší rozdíl (0,5) je u kategorie *Sebedůvěra*, jež se dává najevo pocity neadekvátnosti. Nejvyšší průměrný skór u obou souborů pak najdeme u škály *Afektivní kvalita reprezentací*. Je to dáno lepší kvalitou očekávaných vztahů.

Velmi častý je statický popis pokoje – lampa, květiny, police s knížkami, skříň. Opakuje se také motiv úklidu.

Jeden chlapec vybízí ke zhasnutí lampy, protože se má šetřit, aby mohli na dovolenou, kde doufá, že ho rodiče vezmou s sebou (8; 9let). Rozsvícené světlo se objevuje ve více příbězích.

Některé ženy kontrolují pokoj, jiné chtějí zalít květiny.

Jednou nebylo správně rozpoznáno pohlaví postavy – nějaký pán (9; 1 let).

Odpověď chlapce s ADHD (10; 8 let): *Tady se kouká žena, že si to kontroluje. Zda jí někdo něco neukradl, kontroluje, jestli jsou tam všechny věci. Jestli má zavřené okno nebo zamknuté dveře. A dopadne to buď špatně, nebo dobře.*

Hoch s ADHD (9; 8 let): *Paní, která vstupuje do místnosti, kde byli lidé. Chtěla skočit pro nějaký čaj a nějaké cukrovičko a jak se vrátila, tak byla vykradená skříň a lidé tam nebyli. Skříň se pak našla rozmlácená na ulici.*

Příběh chlapce s ADHD (10; 10 let): *To vypadá jako maminka. Slyšela šramot v pokoji. Je tam její syn. Něco se tam stalo. Je vidět, že je vylekaná. Třeba spadla nějaká kytice. Stačil střepy rychle schovat.*

Tyto ukázky odkazují na negativní prožívání interpersonálních vztahů. První žena se bojí zloděje, ve druhém příběhu hosté na návštěvě ukradli skříň a v dalším se chlapec bojí trestu, tak se snaží skrýt následky nehody.

Dominantní interpersonální zájmy	výběrový soubor	kontrolní soubor
emoční intimita	7	7
zavržení	-	-
dominance	1	-
závislost	1	-
obdiv	-	-
trest	-	-
vina	-	-
strach	5	5
opuštěnost	-	1
bezmocnost	-	5
konflikty s autoritou	-	-
sebevražda	-	-
rezignace	-	-

Tab. 11: Výskyt dominantních interpersonálních témat u tabule 5 TAT

Téma emoční intimity je v četnosti na prvním místě. Objevuje se shodně 7krát v každém souboru. Častý je také strach – dohromady 10krát. Z dalších témat najdeme

mírně zastoupenou dominanci, závislost a opuštěnost. Jiné motivy se u dané tabule u testovaných dětí nevyskytly.

Tabule 7GF TAT



Čtvrtá předkládaná tabule je sice určena dívkám a ženám, ale přesto jsem se ji rozhodla použít, zejména proto, že je tam dětská postava. A už není tak podstatné, zda je mužského či ženského pohlaví.

škály SCORS	výběrový soubor	kontrolní soubor
a) Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých	2,9	3,1
b) Afektivní kvalita reprezentací	3,9	3,9
c) Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů	3,2	4,1
d) Emoční vklad do hodnot a morálních standardů	3,3	4
e) Porozumění sociální kauzalitě	2,7	2,6
f) Prožívání a zvládání agresivních impulzů	3	3
g) Sebedůvěra	3,2	3,9
h) Identita a soudržnost self	3,6	3,8
celkový průměrný skór	3,2	3,6

Tab. 12: Výsledky SCORS k tabuli 7GF TAT

Kategorie *Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů* má vyšší úroveň u kontrolního souboru. Rozdíl (0,9) je zde největší. Nízký skór u výběrového souboru je v této kategorii dán především tendencí vztahů být primárně založené na společné aktivitě. *Sebedůvěra* je vyšší u postav příběhů kontrolního souboru (rozdíl 0,7). Stejný rozdíl nalezneme také u škály *Emoční vklad do hodnot a morálních standardů*, kde se vykazují určité znaky internalizace norem.

Schopnost emocionální investice do vztahů s ostatními je další důležitou dimenzí objektivních vztahů. Výzkumníci, kteří se zabývali rozvojem sociální kognice, zjistili, že spolu s tím, jak děti stárnou, mají tendenci vymanit se ze vztahu založeného na

bezprostředním uspokojování potřeb. Postupně se zvyšuje tendence jít do vztahu, který je reciproční a zahrnuje opravdový zájem druhého (Soukupová, Goldmann, 2011).

V příbězích se nacházejí různé typy postav: starší paní je mamka, hospodyně (11 let), chůva či teta, mladší zase dcera, holka, sestra, dívka, panenka může být miminkem, malým dítětem, zvířetem (9; 11 let), králíčkem (8; 9 let), pejskem (8; 2 let), plyšáčkem nebo dokonce soškou. Jedna odpověď zněla, že jsou to dvě holky, které si hrají s panenkou (10 let).

Tabule děti vybízela většinou pouze k popsání postav a činností. Častým prvkem je emoční blízkost jednotlivých postav.

Chlapec s ADHD (9; 1 let): *Nějaká holčička, že mamka si čte. A holčička se dívá z okna a v ruce drží svého malého syna. Nebo holčička, sestra spíše, ta holčička třeba uvidí zraněného chlapce a zachrání ho. A maminka si bude jenom číst.*

Odlišný příběh hochy s ADHD (8 let): *Je tam paní s malým miminkem. A chtěla by mít doopravdické. O tom přemýšlí. Že by se jí narodilo děcko.*

Tabule by pravděpodobně měla evokovat negativní postoje, protože dítě na obrázku se od matky odvrací. Toto se však u získaných příběhů zpravidla nedělo. Probandi si spíše všimli panenky v náručí mladší postavy.

Rozdíl mezi celkovým průměrným skórem u obou souborů je ze zatím interpretovaných tabulí nejvyšší (0,4). Způsobují jej především velké rozdíly mezi uvedenými třemi škálami: *Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů, Emoční vklad do hodnot a morálních standardů a Sebedůvěra.*

Dominantní interpersonální zájmy	výběrový soubor	kontrolní soubor
emoční intimita	16	19
zavržení	-	-
dominance	1	3
závislost	2	2
obdiv	-	-
trest	-	-
vina	-	1
strach	1	-
opuštěnost	2	-
bezmocnost	1	2
konflikty s autoritou	-	-
sebevražda	-	-
rezignace	-	-

Tab. 13: Výskyt dominantních interpersonálních témat u tabule 7GF TAT

Nejčtenějším dominantním interpersonálním tématem u obou souborů je shodně emoční intimita. Její výskyt je několikrát vyšší než u ostatních nalezených motivů, kterými jsou u této tabule dominance, závislost, vina, strach, opuštěnost a bezmocnost. City se tedy objevují ve velké míře také u dětí s ADHD, jež emoční blízkost rovněž velmi potřebují a vyžadují.

V kontrolním souboru bylo častější téma dominance, kdy se starší žena na obrázku snažila ovlivňovat, usměrňovat nebo o něčem přesvědčovat přítomnou dívku. Toto se u dětí bez ADHD neobjevilo.

Tabule 8BM TAT



Tabule 8BM je primárně stanovena pro chlapce a muže. Tento obrázek je opět velmi užitečný. Podle Bellacka se chlapci obvykle identifikují s hochem v popředí. Základním tématem může být buď agrese (někdo byl zastřelen a nyní je v pozadí operován), nebo ambice (např. sen o tom, že se stane chlapec doktorem). Zdali si proband všimne pušky v levé části, má pro nás stejné interpretační důsledky, jako u zbraně na tabuli 3BM.

škály SCORS	výběrový soubor	kontrolní soubor
a) Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých	2,6	3,1
b) Afektivní kvalita reprezentací	3,2	3,4
c) Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů	2,5	2,6
d) Emoční vklad do hodnot a morálních standardů	2,9	3,1
e) Porozumění sociální kauzalitě	2,5	2,4
f) Prožívání a zvládnání agresivních impulzů	1,6	1,3
g) Sebedůvěra	3,5	3,5
h) Identita a soudržnost self	2,6	3,2
celkový průměrný skór	2,7	2,8

Tab. 14: Výsledky SCORS k tabuli 8BM TAT

Tato tabule patří k těm náročnějším, co se vytvoření uceleného příběhu týká. To se projevilo i v nízké hodnotě celkového průměrného skóru. Významnější rozdíl (0,6) je ve škále *Identita a soudržnost self*, kde ve výběrovém souboru probandi podávali častěji příběhy, ve kterých se postavy různým způsobem proměňovaly. Další rozdíl (0,5) se týká škály *Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých*. V příbězích často chybí vztahy, děti měly problém s jejich námětem a uchopením postav.

Problémy v dimenzi *Identita a soudržnost self* se projevují tím, že postava má v příběhu až paralelní osobnosti nebo že mínění o sobě je široce měnlivé. Pocity i chování jsou nepředvídatelné, jedinec nemá dostatek stabilních cílů a hodnot. Vědomí sebe sama je nestabilní. Zdraví jedinci na nejvyšší úrovni se cítí jako integrované osoby se stabilními závazky ke svým dlouhodobým cílům, hodnotám a vztahům (Soukupová, Goldmann, 2011).

Zbraň (puška, pistol) nebyla vždy na obrázku popsána, probandi se také vyhýbali postavě chlapce v popředí. Pokud byla v příběhu zmíněna, tak jako inspektor (8; 7 let), doktor, ten černej (9; 1 let), hajný (8 let), paní s kravatou (10; 11 let), vrchní doktor (10; 10 let). Časté bylo nepochopení celého příběhu. Objevily se teorie zraněného ve válce, pitvy, operace, nějaké hry či snu (11; 7 let). Byla vyjadřována agrese: rozříznout, zapíchnout někoho, řezat břicho. Někteří hovořili i o světle, které je na tabuli zřejmé.

Odpověď chlapce s ADHD (9; 8 let): *To je hnusné. Kluk, který zradil svého kamaráda. Kamarád mu něco udělal. A nechal ho u nějakých chlapů, aby ho rozřezali na kousky. Toho kluka házel do popelnice a on se pak naštvál a řekl nějakým dospělým pánům, aby ho rozřezali.*

Další chlapec s ADHD (10 let): *Že vzali nějakého kluka a odvezli ho někde do ciziny. Ted' mu chtějí vzít nějaké orgány, aby přežil někdo jiný.*

Chlapec s ADHD (8; 2 let): *Loupežníci. Chcou něco ukrást, ten jeden má pušku a oni kradou věci, zlaté a takové. Pak mají na to pomocníci, straku. Pak ještě loupežníci kradou věci od lidí, kradou kabelky a tak dále.*

Chlapec s ADHD (8; 5 let): *Proč mu řežou ruku? Asi proto, že je mrtvý a nevejde se do rakve.*

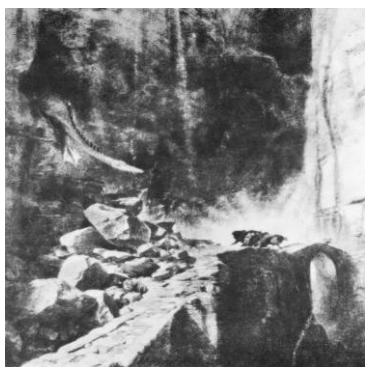
Tyto čtyři reakce byly nejvíce odlišné. Najdeme v nich téma krvavé pomsty a brání zákona do svých rukou, černého obchodu s lidskými orgány daleko za hranicemi naší země a také pohádkový motiv loupežníků, kteří kradou s pomocí straky či jednoduchou pragmatičností v pravém slova smyslu, kdy je třeba uřezat končetinu, aby se vešla do rakve. Vše je nepatřičné u takto malých dětí.

Dominantní interpersonální zájmy	výběrový soubor	kontrolní soubor
emoční intimita	1	1
zavržení	-	-
dominance	-	-
závislost	2	-
obdiv	-	-
trest	4	8
vina	2	8
strach	12	16
opuštěnost	-	1
bezmocnost	9	8
konflikty s autoritou	-	-
sebevražda	-	-
rezignace	-	-

Tab. 15: Výskyt dominantních interpersonálních témat u tabule 8BM TAT

Tato tabule by měla podněcovat k agresivním tématům, což se i v tomto případě potvrdilo. Nejčastějším interpersonálním zájmem je strach (dohromady 28krát), poté bezmocnost (17krát), trest (12krát) a vina (10krát). Objevuje se také závislost, opuštěnost a dominance. Rozdíly mezi oběma soubory jsou nepatrné.

Tabule 11 TAT



Tabule 11 TAT je určena pro všechny probandy. Je velice málo strukturovaná, což vybízí k různým interpretacím. Často se objevují pohádkové motivy, zejména u dětí. Běžný bývá motiv draka, který už není daleko od záchranu princezny nějakým statečným rytířem na koni.

Tabule se hodně odlišuje od všech ostatních. Nejsou na ní zřejmé žádné lidské postavy, můžeme si pouze domýšlet jejich přítomnost uprostřed obrázku. Scéna vypadá tajemně a zároveň nebezpečně, což je také dáno ryze přírodní scénérií popadaných kamenů, úzkou cestou nad propastí a naznačeným vodopádem vzadu.

škály SCORS	výběrový soubor	kontrolní soubor
a) Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých	2,5	2,9
b) Afektivní kvalita reprezentací	3,5	3,7
c) Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů	3	3,5
d) Emoční vklad do hodnot a morálních standardů	3,1	3,3
e) Porozumění sociální kauzalitě	2,5	2,8
f) Prožívání a zvládání agresivních impulzů	2	2,3
g) Sebedůvěra	3,5	3,8
h) Identita a soudržnost self	3,2	3,6
celkový průměrný skór	2,9	3,2

Tab. 16: Výsledky SCORS k tabuli 11 TAT

Největší rozdíl (0,5) tady zaznamenáváme u škály *Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů*. Ty bývají primárně založeny především na účasti na společné aktivitě, pokud jsou vůbec nějaké. Tabule se jevila jako hodně popisová, přičemž deskripce lidí byly jednoduché a úsporné.

Hlavním tématem se stala krajina a její prostý popis: hory, kameny, skála, skulina, hráz, puklina, hornatina (8; 9 let), vodopád, jeskyně, díra, most. Děti však viděly především draka, jednou se jménem Šesterák (10; 11 let), nebo obludu (11; 7 let), příšeru, nějaké zvíře, dokonce i hada, velkého brouka, rybu a mravence (9; 11 let) či jen kostru, co má zuby (8; 5 let). Z lidských postav identifikovaly kluka, kovboje, rytíře na koni, zlého čaroděje (8; 7 let), lidi na velbloudu (8; 2 let) a profesora, který měl být postavou z logických her (10; 10 let). Někdy se objevil námět záchrany princezny před drakem.

Chlapec s ADHD (10; 8 let): *To je asi drak. Ten drak vyhází všechny kameny, někomu pomohl vylézt z toho pryč, aby mohl dýchat a mohl cvičit letět. Že si myslí, že ta skála je pro něho malá, tak musí dělat větší díry.*

Příběh hochy s ADHD (10 let): *Jedou dva rytíři. A sunou tam nějaké zvíře. Drakovi jako oběť. Tak ten drak to zvíře sní a nechá je na pokoji na další jeden rok.*

Chlapec (9; 9 let): *Tohle je cesta. Ona už je strašně stará, vede na hrad. Tam byl kdysi nějaký most. Tady nějaký býk. Pán chtěl porazit draka a ten ho asi spálil.*

Popis obrázku chlapcem s ADHD (10; 9 let): *Tady je dračí ocas, nebo ne, je to hlava. Tady nějaká kamenitá cesta. Tady dva koně a jeden táhne člověka a tady je vodopád. Je to v nějakém skalnatém údolí. Skončí to tak, že drak je napadne a oni utečou i s tím mužem.*

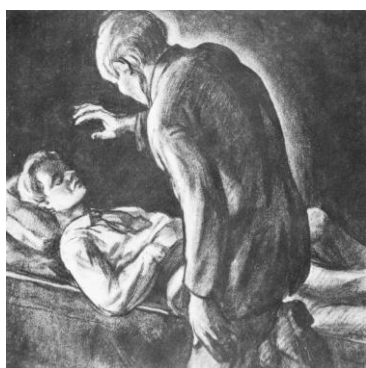
Agresivní tendence jsou poměrně časté. Skór škály *Prožívání a zvládnání agresivních impulzů* se jeví jako dost nízký u obou souborů.

Dominantní interpersonální zájmy	výběrový soubor	kontrolní soubor
emoční intimita	-	-
zavržení	-	-
dominance	2	-
závislost	-	-
obdiv	1	-
trest	3	1
vina	1	1
strach	11	16
opuštěnost	2	2
bezmocnost	4	9
konflikty s autoritou	-	-
sebevražda	-	-
rezignace	1	-

Tab. 17: Výskyt dominantních interpersonálních témat u tabule 11 TAT

Nejvíce frekventovaným tématem u všech testovaných dětí u této tabule se stal strach, a to ve větší četnosti u probandů bez ADHD (16krát). Také se u nich v hojnější míře projevila bezmocnost (9krát). Z dalších témat zde najdeme dominanci, obdiv, trest, vinu, opuštěnost a rezignaci.

Tabule 12M TAT



Tabule 12M patří mezi ty určené primárně mužům, ale jelikož stáří ležící postavy odpovídá mladému věku, rozhodla jsem se ji rovněž použít. Velice zajímavé je, jak se se stavem této nejasné osoby vypořádali jednotliví probandi. Všimli si také gestikulace. Obrázek nabádá k několika různým interpretacím, které mohou o mnohém vypovídat, a přináší spíše negativní témata. Působí pochmurným dojmem, jenž je dán už jeho samotným nastavením.

škály SCORS	výběrový soubor	kontrolní soubor
a) Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých	2,6	2,9
b) Afektivní kvalita reprezentací	3,8	3,9
c) Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů	3,2	3,3
d) Emoční vklad do hodnot a morálních standardů	3	3,4
e) Porozumění sociální kauzalitě	2,5	2,5
f) Prožívání a zvládání agresivních impulzů	2,3	2,4
g) Sebedůvěra	3,3	3,5
h) Identita a soudržnost self	3,2	3,4
celkový průměrný skór	3	3,2

Tab. 18: Výsledky SCORS k tabuli 12M TAT

Skóry jsou na této tabuli u obou souborů podobné, větší rozdíl (0,4) najdeme pouze u škály *Emoční vklad do hodnot a morálních standardů*. Vztah k morálním hodnotám je tedy o něco kvalitnější u kontrolního souboru.

Opět vidíme určitou variabilitu postav. Staršího muže probandi považovali za otce, dědečka, pána, syna, ale i čaroděje. Zatímco mladší muž byl brán za kluka, chlapce, syna, pána, prince, avšak také za paní, ženu, holku či maminku. Většinou je mezi nimi určitý vztah, který je nějakým způsobem blíže specifikován.

Za povšimnutí rovněž stojí zdůvodnění polohy mladší i starší postavy. Ležící osoba je pán na nosítkách (9; 9 let), nemocný chlapec, asi omdlel nebo spí (8; 7 let), je v bezvědomí (9; 1 let), ona měla něco se srdcem nebo strašně moc kouřila (9; 9 let), umírá, zemřela, je to člověk u psychiatra (11 let). Sklánějící se postava čaruje (10; 8 let), proklíná (8; 9 let), hypnotizuje (11; 11 let), říká zaklínadla, dává umělé dýchání, aby ožil (9; 5 let), kontroluje čelo, dává na něj ruku, zkouší, zda má horečku (10; 10 let), chce ho hladit po vlasech nebo je to pán ze záchranky (9; 8 let).

Uvádím několik odpovědí dětí s hyperkinetickou poruchou. První se zabývá nepochopením nenávratnosti smrti. Druhá úplně vybočuje svým tématem od ostatních. V příběhu je popsán zloděj, který chce ležící postavu okrást. A na další znovu objevuje motiv smrti, i když tady to není úplně tak definitivní. Hoch mění svou odpověď, z umírání se stává spánek, poté vražda a nakonec operace a nemoc.

Chlapec a ADHD (9; 2 let): *Ona ta paní zemřela a ten pán, on chtěl, aby zase vstala. Ale ona nemohla vstát, protože byla mrtvá. A on se k ní posadil a hladil ji po vlasech a potom odešel.*

Jedna atypická odpověď hochy s ADHD (10 let): *Tady je zloděj, co chce vzít šperky, co má na krku a nevezme to, protože se včas probudí.*

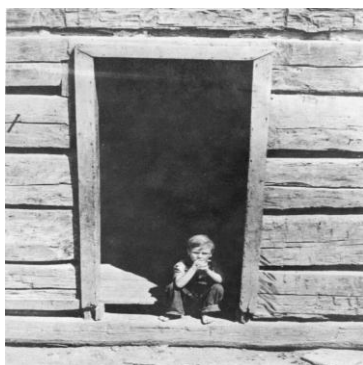
Chlapec s ADHD (9; 11 let): *Tady vypadá, že někdo je mrtvej, že někdo zemřel. Oni ho asi dávají do rakve. Nebo spí. A někdo ho asi chce zabít nebo operovat. Nebo může být nemocnej.*

Dominantní interpersonální zájmy	výběrový soubor	kontrolní soubor
emoční intimita	8	6
zavržení	-	-
dominance	2	1
závislost	3	-
obdiv	-	-
trest	1	1
vina	-	1
strach	3	9
opuštěnost	5	2
bezmocnost	18	10
konflikty s autoritou	-	-
sebevražda	-	-
rezignace	-	-

Tab. 19: Výskyt dominantních interpersonálních témat u tabule 12M TAT

Už z prvního pohledu na tabulku je zřejmé, že s předstihem převládá téma bezmocnosti. U kontrolního souboru je zmíněno 10krát, u výběrového dokonce 18krát. Z dalších interpersonálních zájmů je u dětí uvedena emoční intimita, dominance, závislost, trest, vina, ve větší míře pak strach, a opuštěnost. Bezmocnost je zcela na místě, postava na lůžku vypadá velice bezmocně a odevzdaně. U chlapců s ADHD je to pravděpodobně vnímáno ještě citlivěji.

Tabule 13B TAT



Toto je tabule často užívaná pro chlapce. Má silný vyzývací charakter. Evokuje opět spíše negativní témata, v jejichž popředí stojí osamělost. Hoch sedí sám v otevřených dveřích srubu s víceznačným výrazem ve tváři.

škály SCORS	výběrový soubor	kontrolní soubor
a) Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých	2,7	3,2
b) Afektivní kvalita reprezentací	3,6	3,8
c) Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů	3	3,9
d) Emoční vklad do hodnot a morálních standardů	3,6	3,7
e) Porozumění sociální kauzalitě	2,7	2,9
f) Prožívání a zvládání agresivních impulzů	2,7	2,8
g) Sebedůvěra	3,1	3
h) Identita a soudržnost self	3,2	3,3
celkový průměrný skór	3,1	3,3

Tab. 20: Výsledky SCORS k tabuli 13B TAT

Nejmarkantnější rozdíl (0,9) vidíme u škály *Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů*. Kvalita vyjadřovaných vztahů je tedy vyšší u kontrolního souboru. Děti s ADHD mívají obvykle vztahy méně stabilní a je jich málo. Dále najdeme znatelný rozdíl (0,5) u první kategorie *Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých*.

Velkým tématem této tabule je samota či smutek chlapce sedícího před srubem, i když její původ může být různý: hoch je smutný, všichni z rodiny ho opustili (10; 11 let), je nervózní, na někoho čeká (11 let), brečí, protože se ztratil (8 let), přemýšlí, co by mohl být v dospělosti, říká, že bude farmářem (9; 11 let), čeká na kamarády, chtěl by koně nebo králíčka, myslí na svoje pejsky, je mu smutno (9; 2 let), dělá si starosti, je uražený, protože ho naštvála mamka, pomůže chlapci, který spadl na kole, kluk něco udělal, tak ho rodiče nebo dědeček nepustí ven (11; 7 let), je naštvaný (8; 4 let), nikdo si ho nevšiml, nudí se a čeká na tatřku.

Dřevěné stavení je pojmenováno více výrazy: domeček, chalupa, chatrč, kůlna (9; 1 let), chaloupka, dům, chata nebo stodola (8; 9 let).

Odpověď hochs s ADHD (9; 8 let): *Chlapeček, který našel starou odrbanou chatrč. Byl tam s kamarádem, tam se propadl do nějaké propasti a on toho tedřka lituje a neví, jestli by neměl někoho zavolat*. Příběh je mírně zmanetý, vypadalo to, že sám jeho autor se v něm trochu ztrácel.

Dítě s ADHD (9; 1 let): *Nějaký chlapec od nějaké rodiny, kteří nemají moc peněz. Mají chudé oblečení, nemají dveře, nemá boty. Chlapec se nudí, sedí na zápraží. Pak třeba vyhrajou sportku a zbohatnou. Přestanou mít chudobu*. Téma nedostatku financí se objevilo několikrát. Asi je to nemalý problém více dnešních rodin. Pravděpodobně jej evokovala absence chlapcových bot a ponožek, čehož si probandi všimli.

Chlapec s ADHD (11; 5 let): *Asi něco provedl, teď se za to jakoby stydí. Cítí se provinile.* Tato emoce nebývala u testovaných dětí běžná. Je spíše výjimkou.

Tady se hoch s ADHD (10; 10 let) trápí kvůli problémům rodičů: *Ten kluk je asi smutný, že jeho rodiče se asi hádají. Tak si šel trošku oddychnout. Syn se bude snažit je uspokojit, ale nepovede se mu to.*

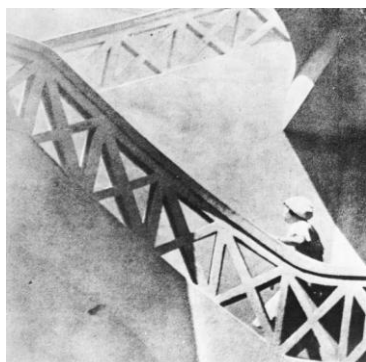
Dominantní interpersonální zájmy	výběrový soubor	kontrolní soubor
emoční intimita	2	5
zavržení	-	1
dominance	3	1
závislost	3	1
obdiv	-	1
trest	-	2
vina	2	2
strach	6	6
opuštěnost	19	13
bezmocnost	8	8
konflikty s autoritou	-	-
sebevražda	-	-
rezignace	-	-

Tab. 21: Výskyt dominantních interpersonálních témat u tabule 13B TAT

Nejvíce bylo zmiňováno téma opuštěnosti, které se ovšem u této tabule dalo předpokládat. Vyskytlo se s velkým náskokem celkem 32krát, s mírnější četností u výběrového souboru (19krát). Je to dáno samotným nastavením tabule TAT. Chlapec je na ní jedinou postavou a nevypadá spokojeně a šťastně. Co se mu však stalo či děje, to už je na vysvětlení jednotlivých probandů.

Dále je velmi častá bezmocnost a strach. Objevil se také motiv viny, trestu, obdivu, závislosti, dominance, zavržení a emoční intimity.

Tabule 13G TAT



Tabule 13G, jak už napovídá její název, se hodí spíše pro dívky. Účel tohoto výzkumu ovšem splňuje přítomností dětské postavy.

škály SCORS	výběrový soubor	kontrolní soubor
a) Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých	2,3	2,9
b) Afektivní kvalita reprezentací	3,9	3,8
c) Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů	3,2	3,6
d) Emoční vklad do hodnot a morálních standardů	3,4	3,5
e) Porozumění sociální kauzalitě	2,4	2,5
f) Prožívání a zvládání agresivních impulzů	2,6	3
g) Sebedůvěra	3,6	3,7
h) Identita a soudržnost self	3,2	3,1
celkový průměrný skór	3,1	3,3

Tab. 22: Výsledky SCORS k tabuli 13G TAT

Škála *Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých* nám ukazuje nejvyšší rozdíl (0,6) mezi oběma soubory. Je to patrně dáno přítomností jediné postavy na tabuli a tím pádem větší náročností vytvořit v příběhu nějakou formu vztahu. Shodný rozdíl (0,4) mezi průměrnými skóry pak vidíme u kategorií *Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů* a *Prožívání a zvládání agresivních impulzů*.

Dětem dělalo problém určit pohlaví osoby na obrázku. V odpovědích ji zmiňovaly jako pána, paní, kluka, chlapečka (9; 8 let), holku, dokonce i jako opraváře, který jde spravit loď (8; 5 let) či kuchařku jdoucí po mostě pro sůl (8; 9 let).

Také činnost vykreslené osoby se lišila: utíká na vlak (8 let), jde po schodech a dívá se, jestli neztratila nějaké peníze (10; 8 let), je na lodi a pluje po moři (11 let), leze po zábradlí (8; 2 let), může spadnout a může si rozbít hlavu, jde na věž, vystupuje z parkoviště (9; 1 let). Nejčastější odpovědi ovšem zahrnovaly slovo schody a zábradlí – jednou dokonce s upřesněním, že má tvar do písmene X (9; 1 let).

Netradiční odpověď chlapce s ADHD (9; 8 let): *Chlapeček, který jde po nově postaveném mostě, ale neví, jestli tam ten most vůbec byl. Jestli ho někdo postavil. Je zvědavý, jde na konec mostu. Čáry máry. Tam jsou dveře do jiné dimenze.*

Hoch s ADHD (9; 1 let): *Nějaký chlapeček jde po schodech a špatně našlápne a zvrtně si nohu a spadne ze schodů. Musí volat o pomoc, aby ho někdo odvezl do nemocnice, aby se mu nestalo ještě něco horšího.*

Spíše popisová odpověď chlapce s ADHD (8; 9 let): *Je tam nějaký kluk, který jde na most vysoký. Jde tam s maminkou. Potom se rozhlíží, koukají se na velký les, do oblak, na řeku, jak teče, na město, na okolí, jak to vypadá. Potom vyjdou dolů a dají si dobrůtku.*

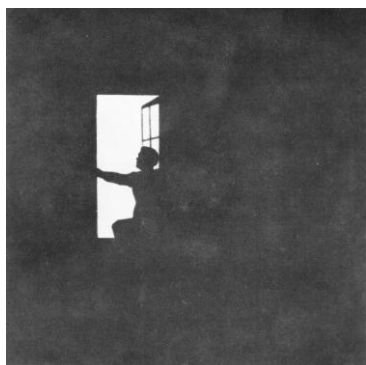
Naprosto ojedinělý příběh dítěte s ADHD (10; 10 let): *To vypadá spíš jako nějaká čínská operace, že něco tvoří něco zajímavého. On tam vstupuje do nějaké oblasti, kde nesmí nikdo, jen se speciálním povolením. Nakonec se jim ten pokus povede.*

Dominantní interpersonální zájmy	výběrový soubor	kontrolní soubor
emoční intimita	4	2
zavržení	-	-
dominance	1	1
závislost	1	1
obdiv	1	-
trest	-	-
vina	-	-
strach	3	5
opuštěnost	1	-
bezmocnost	2	3
konflikty s autoritou	-	-
sebevražda	-	1
rezignace	-	-

Tab. 23: Výskyt dominantních interpersonálních témat u tabule 13G TAT

U této tabule nenajdeme mezi výskytem uvedených interpersonálních témat velký rozdíl. O něco větší je přítomnost emoční intimity, strachu a bezmocnosti, ale objevuje se také motiv dominance, závislosti, obdivu, opuštěnosti a sebevraždy.

Tabule 14 TAT



Poslední mnou předkládaná tabule nese označení 14 TAT, takže se hodí pro všechny probandy. Je desátou v pořadí. Testovaným dětem se líbila ze všech nejméně, což je zřejmé už na první pohled. Převažuje na ní černá barva.

škály SCORS	výběrový soubor	kontrolní soubor
a) Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých	2,6	3,1
b) Afektivní kvalita reprezentací	3,5	3,6
c) Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů	3	3,5
d) Emoční vklad do hodnot a morálních standardů	3,1	3
e) Porozumění sociální kauzalitě	2,1	2,6
f) Prožívání a zvládání agresivních impulzů	2,8	2,7
g) Sebedůvěra	3,4	3,6
h) Identita a soudržnost self	3	3,2
celkový průměrný skór	2,9	3,2

Tab. 24: Výsledky SCORS k tabuli 14 TAT

Ve třech různých škálách se u této tabule projevilo stejné rozdíly (0,5): *Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých*, *Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů* a *Porozumění sociální kauzalitě*. Zejména u dětí s hyperkinetickou poruchou je vysvětlení lidského chování nebo významů interpersonálních zkušeností mírně matoucí a popisy interpersonálních událostí obsahují často inkongruence, které vyžadují námahu k jejich plnému pochopení. Schopnost porozumět tomu, proč lidé jednají tak, jak jednají, není dostačující

V průběhu vývoje člověka se stává chápání sociální kauzality komplexnější, logicky koherentní a přesnější. Tato dimenze SCORS byla vytvořena na základě klinického pozorování jedinců, kteří měli těžké poruchy osobnosti, především hraniční poruchy osobnosti. Tito pacienti často vytvářeli neobvyklé, výstřední, alogické příběhy (Soukupová, Goldmann, 2011).

Na této tabuli je pohlaví nakreslené osoby jasné, jednalo se ve všech případech o pána, kluka, dokonce i lupiče (8; 9 let) či zloděje.

Naopak činnosti, které osoba vykonává, se značně různí: chce si rozsvítit a hledá vypínač (11; 7 let), dívá se na měsíc (9; 2 let), někoho sleduje (10; 7 let), chce více světla v domě (9; 1 let), přemýšlí o hvězdách (11; 11 let), sedí v okně, chystá se utíkat s velkým lupem (10 let), přemýšlí, jaký by dal své ženě dárek k narozeninám (8; 9 let), má padák a skočí oknem (8; 5 let) nebo zkouší, jestli jde světlo nebo ne (10; 8 let). V jednom vyprávění šlo o natáčení tajemného filmu, který pojednává o zloději (10; 10 let).

Společným tématem mnoha dětí byla tma, noc (9; 9 let) a že je to úplně černé.

Ukázka příběhu chlapce s ADHD (9; 8 let), který má nadějný konec: *Tady moc nevidím. Pán, který všechno prohrál. Vsadil se s někým o svůj majetek a všechno prohrál.*

Je tak zoufalý, že už nemá smysl žít a chce skočit z okna. Nakonec neskočí. Jeden jeho kamarád mu vysvětlí, že to není důvod zemřít. On to pochopí, najde si novou práci a zase bude pokračovat jako předtím.

Hoch s ADHD (9; 1 let) a motiv direktivní výchovy rodičů: *Nějaký kluk, který se dívá z okna. Hodně se naklonil a skoro spadl. Pak tam někdo přijde, zavře mu okno a půjde s ním dolů. Bude mít zaracha, že byl na půdě.*

Negativní emoce chlapce s ADHD (11 let): *To asi někdo utíká z domu. Cítí se špatně. Uteče k nějakému kamarádovi. Předtím mu někdo ublížil.*

Měnicí se příběh dítěte s ADHD (9; 11 let): *Tady vypadá jako, že chce skočit z okna. Že se chce zabít. Nebo chce otevřít okno, že tam je smrad. Je tam kouř, že zavolá hasiče. Oni přijedou, uhasí to a potom půjde spát.*

Dominantní interpersonální zájmy	výběrový soubor	kontrolní soubor
emoční intimita	2	2
zavržení	1	-
dominance	1	1
závislost	2	1
obdiv	-	-
trest	4	1
vina	4	1
strach	6	6
opuštěnost	5	3
bezmocnost	4	4
konflikty s autoritou	-	1
sebevražda	6	4
rezignace	1	1

Tab. 25: Výskyt dominantních interpersonálních témat u tabule 14 TAT

Nejčastějším interpersonálním tématem této tabule se stal strach (12krát) a hned za ním následuje sebevražda. Motiv suicidia, ať už dokonaného, nebo nedokonaného, se zde objevil 10krát (z toho 6krát u výběrového souboru a 4krát u kontrolního). Rozdíl mezi testovanými soubory není příliš velký. Z dalších témat můžeme jmenovat opuštěnost (8krát), bezmocnost (8krát), vinu, trest, emoční intimitu, závislost, dominanci, rezignaci, konflikty s autoritou a zavržení. Jediný z uvedených zájmů, který úplně v uvedených příbězích chybí, je obdiv.

Tabule 14 TAT byla poslední předkládanou tabulí testového vyšetření. Uzavírala zvolenou sérii deseti obrázků Tematicko apercipčního testu.

11.2 Kazuistika vybraného chlapce s ADHD

Metody kvalitativního výzkumu si získávají stále větší význam, ať jsou považovány za doplněk tradičních kvantitativních postupů, nebo jejich protipól. Jsou velmi užitečné zejména v případech, kdy jde o zkoumání života lidí či společenských procesů (Hendl, 2005).

V rámci tohoto šetření jsem se rozhodla zpracovat kazuistiku jednoho dítěte s ADHD syndromem. Bližší informace, které jsou v ní uvedeny, jsem získala od jeho zákonného zástupce a také dostala souhlas k jejich anonymnímu zveřejnění. Rovněž jsem čerpala z poznatků z rozhovoru, jenž proběhl před administrací projektivního testu, a samozřejmě z deseti vyprávěných příběhů (viz Příloha č. 7). Při zpracovávání jsem měla k dispozici i jeho lékařskou dokumentaci.

Právě kazuistika neboli případová studie je základním a jedním z nejrozšířenějších typů výzkumu v rámci kvalitativního přístupu. V centru její pozornosti stojí případ, jak je již zřejmé ze samotného názvu (Miovský, 2006).

Tento „případ“ má 10; 11 let a trpí ADHD syndromem. Jde o hochu, který je pro těžkou poruchu pozornosti dlouhodobě veden v ambulanci pedopsychiatra, dětského neurologa i klinického psychologa.

Klinický dojem (pozorování)

Milý chlapec, čistý, upravený, drobné postavy. Krátké světle hnědé vlasy, modré oči. Oblečený do zelené mikiny s kapucí, modrých džínů. Podal ruku při pozdravu a podíval se i do očí. Celkově je však oční kontakt snížený. Během testování v chování poměrně klidný. Řeč dobře srozumitelná, bez nápadností a latencí. Psychomotorické tempo v normě. Je zvědavý a snaživý. Myšlení koherentní. Motorický neklid, neustále hýbe nohama, hraje si s rukama, poposedává si. Nevydrží ani na chvíli v klidu. Dobře spolupracuje. Je citlivý na pochvalu a ocenění. Pozornost výrazně klesá po zátěži.

Rodinná anamnéza (RA)

Rodiče jsou rozvedeni. Hoch žije s matkou, mladší sestrou (6 let), babičkou a dědou. Bydlí v rodinném domě prarodičů na vesnici. Otec se odstěhoval do vzdálenějšího města, se synem a dcerou se stýká nepravidelně, o jejich výchovu nemá příliš velký zájem. Ve vztahu k sestře se projevují ambivalentní pocity, má ji velmi rád, ale zároveň bojuje s pocity žárlivosti. Vztahy jsou rivalitní, ale emočně s pozitivní vazbou. Situace rodiny náročná vzhledem k souběhu více zátěžových faktorů – přechodné bydlení u rodičů matky, její časová vytíženost, nejednotný přístup ve výchově, na kterém se podílí více různých jedinců.

Osobní anamnéza (OA)

Chlapec z první fyziologické gravidity, těhotenství bez problémů, porod v termínu, ale komplikovaný, protražovaný, s uvíznutím dítěte, po porodu kříšen. Časný psychomotorický vývoj v normě, někdy i rychlejší. Verbální projev dobrý. Brzy začal dodržovat hygienu. Nízká nemocnost. Několik let bere psychofarmaka, avšak s nevelkým účinkem.

Sociální anamnéza (SA)

Mateřská škola od tří a půl let. Adaptace dobrá, bez potíží. Nastávají však první problémy s hyperaktivitou a pozorností a konflikty s ostatními dětmi (mírné projevy agresivity). Odklad školní docházky o jeden rok. Do školy chodí většinou rád, prospěchově relativně bez potíží. Stále čtenější problémy v chování a pozornosti, obtížně se soustředí. I doma při přípravě je to hodně náročné. Ve škole má asistenta pedagoga a individuální studijní plán. Není takřka schopen samostatné činnosti. Navštěvuje 4. třídu běžné základní školy. *Kamarády mám. Jednoho ve svojí třídě a jednoho největšího kamaráda o třídu míň. Je to bratr od mojí kamarádky ze třídy. Škola mě baví někdy. Nejvíce výtvarka, tělocvik a pracovky. Nejméně přestávky, je o nich nuda. Někdy je dobrý čeják, možná ája. Rád pomáhám dědovi, kdysi jsem měl největší koníček fotbal a teď koně. Hřebelcuju ho asi třikrát týdně. Víckrát to nestihám. Babička mi čte. Někdy si něco přečtu sám.*

Současný problém

ADHD symptomatika. Velká nesoustředěnost a roztěkanost, začínající prepuberta, nárůst problémového chování zejména v interpersonální oblasti.

Testové vyšetření

Kresba rodiny: Před zahájením se chlapec v klidu zeptá, zda to mohou být jen hlavy. Poté rychle, dynamicky až impulzivně nakreslí zjednodušené, schematické postavy bez rukou. Jsou v pořadí: máma, sestřička, já, táta. Popíše mámu psacím písmem, jinak tiskacím. První tři postavy jsou usměvavé, veselé. V celkovém dojmu dominuje napětí, rozmach, impulzivita, potíže se sebekoordinací.

WISC-III: Rozumové schopnosti jsou aktuálně hodnoceny v pásmu mírného nadprůměru, lehce převažují verbální schopnosti nad performačními. Intersubtestová variabilita je zvýšená. Výborná se jeví úroveň vizuálně percepční diskriminace, rovněž schopnost vizuální analýzy prostorových vztahů je na značně dobré úrovni. Vizuomotorika oslabena. Z verbálních schopností je velmi dobře hodnocena generalizace a abstrakce. Hodně slabá je rychlost zpracování (kódování značně pod normou) a pohotovost v řešení úloh. Úroveň verbalizace a sociálního porozumění je průměrná. Slabší je schopnost

anticipace vývoje sociálních událostí (může se projevovat nedostatečným smyslem pro zhodnocení důsledků vlastního chování a porozumění sociálním situacím vůbec). Chlapec nedokáže dostatečně nahlédnout přirozený sled událostí (chování), což může negativně ovlivňovat adaptaci v interpersonálních vztazích.

TAT: Příběhy jsou kratší, některé dostatečně propracované. Zejména v reakci na tabuli 1, 5, 11 a 13G. Chlapec se v nich řídí podle okamžité emoce, kterou zrovna prožívá. Jeví se, že je docela zatížený požadavky ze strany rodiny (pochválení a trest, posílení očekávání dobré známky, žádost matky, aby přinesl dobré známky atp.). Na podněty, které zná běžně z domu, odpovídá více, bez latencí a s rozvíjením obsahu, kdežto u témat, které jsou pro něj neznámá, možná nebezpečná, neví, co s nimi. Tam je prodloužená reakce a zkrácení povídání. Už na druhé podnětové tabuli je agresivní obsah (nůž, pistol) a ten se pak ještě u jednoho obrázku opakuje, ale v rámci jeho věku a pohlaví by se to ještě dalo brát jako norma. Pro chlapce jsou to dominantní symboly (síla, obrana). Vyplývá to také z jeho šoku na tabuli 8BM (mluví o zabíjení), ale pak se z toho pohádkově dětským způsobem dostane na další tabuli (drakem). Rozumný chlapec, suspektně úzkostný (v reakcích, někdy s panikou, ale i obranou s agresí). Výkyvy v chování. Má také ve svém věku ještě v sobě dost dětského světa. Infantilně zpracovává. Určitě vnímá požadavky okolí a reaguje nejvíce na odměny a tresty, hlavně od osob rodičů. Ze skórovacího systému SCORS vyplývá průměrný skór 3,2. Úroveň je sice mírně snižená, ale není to pásmo patologie, nýbrž dolní průměr v jednotlivých srovnávaných dimenzích. Kognitivní uchopení a diferencovanost pohledu 3, vztahy 3,75 a 3 (emočně blíže negativnímu pólu), vklad do morálních hodnot 3,25, schopnost sociálního konsenzu 3,1, agresivní tendence nezralá 2 (hodnota nejnižší), sebedůvěra 3 a nejpevnější projev v identitě 4,3. V popisu se objevuje osobnostní nezralost a oslabená schopnost perspektivy druhého.

Dokumentace

Dle dokumentace je hoch diagnostikován poruchou aktivity a pozornosti. Jde o farmakorezistentní formu.

Rozbor

ADHD syndrom, na podkladu četných ranných rizik. Z výsledků testového vyšetření je zřejmé, že aktuální úroveň intelektových schopností chlapce se nalézá v pásmu mírného nadprůměru. S lehkou převahou schopností verbálních nad performačními. Z TAT metody vyplývá, že jeho osobnost je dosti nezralá vzhledem k věku, s projevy zvýšené emotivity. Chlapec může mít problémy v sociální adaptabilitě, mezilidské vztahy jsou pro něj obtížně srozumitelné. Současný nárůst problémového chování může souviset s pocitem

insuficience, nezačlenění v rodině, zdá se být identifikován s negativní rolí. Bývá označován za příčinu svárů, tuto roli plní. Převažuje u něj negativní sebehodnocení, nejistota ve vlastní pozici a pochybnosti o sobě.

Závěr

Pacient trpí ADHD syndromem, který mu způsobuje značné problémy také v sociální oblasti. Zvýšené riziko dekompenzace psychického stavu v situaci zátěže. Vhodné je pozitivní posilování a laskavá důslednost. Zapojení ve skupině dětí. Hledání alternativ k odreagování a uplatnění energie, poskytnutí prostoru k volné hře, abreakci, expresi, uvolnění napětí. Pomoc zprostředkovávat sociální porozumění. Doporučení k pravidelné psychoterapii, důležitá je medikace psychofarmaky.

Z kazuistiky a rovněž z rozhovoru s dítětem i jeho matkou vyplývá, že za stěžejní považují právě chlapcovy problémy v sociální oblasti, zejména ve vztazích.

12 Interpretace výsledků

V této části práce se nejprve pokusím interpretovat jednotlivé výsledky a také odpovědět na výzkumné otázky a vyjádřit se k platnosti stanovené hypotézy.

12.1 Kvalitativní výzkum

K hodnocení příběhů byl uplatněn Westenův skórovací systém SCORS. U všech tabulí TAT, které byly v testu použity, byly vypočítány průměrné skóry a poté jejich celkový průměrný skór. Došla jsem k hodnotám, jež jsou uvedeny v následující tabulce.

tabule TAT	výběrový soubor	kontrolní soubor
1	3,3	3,5
3BM	2,8	3,1
5	3	3,2
7GF	3,2	3,6
8BM	2,7	2,8
11	2,9	3,2
12M	3	3,2
13B	3,1	3,3
13G	3,1	3,3
14	2,9	3,2
celkový průměrný skór	3	3,2

Tab. 26: Celkový průměrný skór u všech vybraných tabulí TAT

Celkový průměrný skór u výběrového souboru je 3 a u kontrolního souboru 3,2. Rozdíl mezi nimi činí 0,2. U výběrového souboru najdeme minimální skór u tabule 8BM a maximální u tabule 1. U kontrolního souboru se minimální skór nachází rovněž u tabule 8BM a maximální pak u tabule 7GF.

Úroveň skóru je mírně snižená, nejde však ještě o patologii, ale o dolní průměr. Všechny oscilují mezi hodnotami 2,7 a 3,6.

Rozdíly mezi soubory jsou nejvíce zřetelné u tabule 11 (0,8), dále u tabule 7GF (0,4) a shodně u tabulí 14 a 3BM (0,3). V čele stojí málo strukturovaná tabule, což se dalo předpokládat, protože příběhy pak mohou být hodně řízeny individualitou a fantazií každého dítěte. Dále jsou to tabule, kde jsou zobrazeny postavy ženy a dívky s panenkou, silueta muže proti oknu a schoulený chlapec u pohovky se zbraní na zemi.

Dále jsem blíže zkoumala jednotlivé skóry všech osmi dimenzí SCORS. U každé z nich jsem určila průměrný skór, medián, rozptyl a směrodatnou odchylku, a to jak u výsledků probandů výběrového, tak i kontrolního souboru. Všechny údaje jsou zaneseny do následujících tabulek.

škály SCORS – výběrový soubor	průměr	medián	rozptyl	směr. odchylka
a) Diferencovanost self a komp. rep. druhých	2,6	2,6	0,02	0,15
b) Afektivní kvalita reprezentací	3,6	3,7	0,05	0,22
c) Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů	3	3,05	0,04	0,2
d) Emoční vklad do hodnot a morál. standardů	3,1	3,1	0,05	0,23
e) Porozumění sociální kauzalitě	2,5	2,5	0,05	0,21
f) Prožívání a zvládání agresivních impulzů	2,5	2,65	0,19	0,43
g) Sebedůvěra	3,3	3,3	0,03	0,18
h) Identita a soudržnost self	3,2	3,2	0,12	0,35

škály SCORS – kontrolní soubor	průměr	medián	rozptyl	směr. odchylka
a) Diferencovanost self a komp. rep. druhých	3,1	3,1	0,02	0,15
b) Afektivní kvalita reprezentací	3,7	3,8	0,02	0,15
c) Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů	3,5	3,5	0,14	0,38
d) Emoční vklad do hodnot a morál. standardů	3,4	3,3	0,08	0,29
e) Porozumění sociální kauzalitě	2,6	2,55	0,04	0,21
f) Prožívání a zvládání agresivních impulzů	2,5	2,6	0,27	0,52
g) Sebedůvěra	3,6	3,6	0,06	0,25
h) Identita a soudržnost self	3,4	3,35	0,09	0,31

Tab. 27: Průměrné skóry jednotlivých škál SCORS a jejich statistické charakteristiky u výběrového a kontrolního souboru

Při bližším zkoumání je vidět, že největší rozdíl mezi oběma soubory se projevil u škál *Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých* (0,5) a *Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů* (0,5), další rozdíl pak u dimenze *Emoční vklad do hodnot a morálních standardů* (0,3) a *Sebedůvěra* (0,3). Naopak žádný rozdíl nebyl mezi skóry kategorie *Prožívání a zvládání agresivních impulzů*.

V první škále se hodnotí rozsah, v rámci kterého je osobnost schopna diferencovat mezi vnímáním sebe sama a ostatních a také na kolik jedinec může zhodnotit jedinečnost a komplexnost dispozic a subjektivní zkušenosti ostatních. Děti z kontrolního souboru propracovávaly osobnosti svých postav v příbězích o něco komplexněji a s větší hloubkou, i když i tak šlo většinou o málo kvalitní pohledy.

Stejně jako v předchozí dimenzi i ve škále kvality vyjadřovaných vztahů dosahují probandi výběrového souboru celkově nižších skóre. Znamená to tedy, že se blíží tendenci primárně se soustředit na vlastní potřeby ve vztazích, jejich vztahy jsou nestabilní a bouřlivé, mají jich málo, pokud vůbec nějaké.

Vztah testovaných dětí k morálním hodnotám se mi nelehce posuzoval, mnohdy jsem morální podtext vůbec neviděla, tak jsem skórovala 0 a škálu nezapočítávala do průměru. Přesto výsledky ukazují na nižší výsledný skóre u dětí výběrového souboru.

Sebedůvěra je další těžce uchopitelná dimenze. Hodnota skóre probandů kontrolního souboru naznačuje jejich menší sebedůvěru než u dětí bez syndromu ADHD.

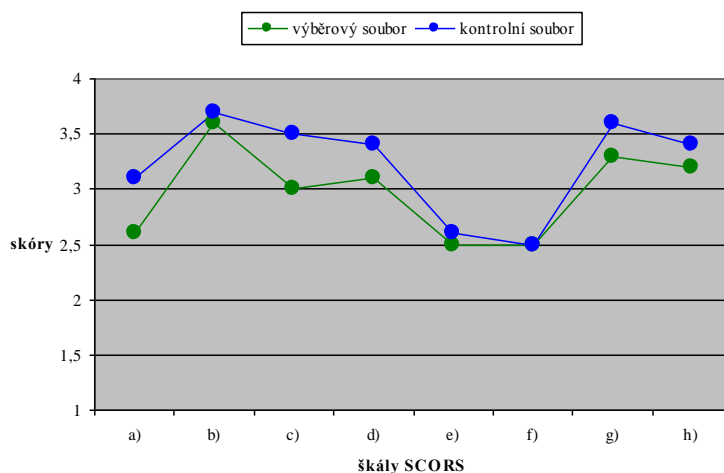
Pokusím se objasnit stejnou velikost výsledného skóre v obou souborech u škály týkající se agrese, jež se skóruje jen v tom případě, jestliže je tento projev chování v příběhu vyjádřený. Dle mého názoru by to mohlo být také tím, že jde o chlapce, tedy jedince mužského pohlaví, kteří ve svém věku považují pistole a nože za určité symboly. Budují tím svůj atavistický archetyp bojovníka a lovce, jenž v sobě nosí.

Poté jsem u všech kategorií vypočítala ty statistické charakteristiky, které popisují rozložení jednotlivých údajů ve výběrovém i kontrolním souboru.

Medián je naměřená hodnota, která se nachází ve středu řady všech naměřených hodnot souboru srovnaných podle velikosti. Je však třeba mít na paměti také míry pro individuální rozdíly – tzv. odchylky od střední hodnoty. Nejlepší mírou pro stupeň variability rozložení je směrodatná odchylka a její druhá mocnina, která se nazývá rozptyl neboli variance (Reiterová, 2009).

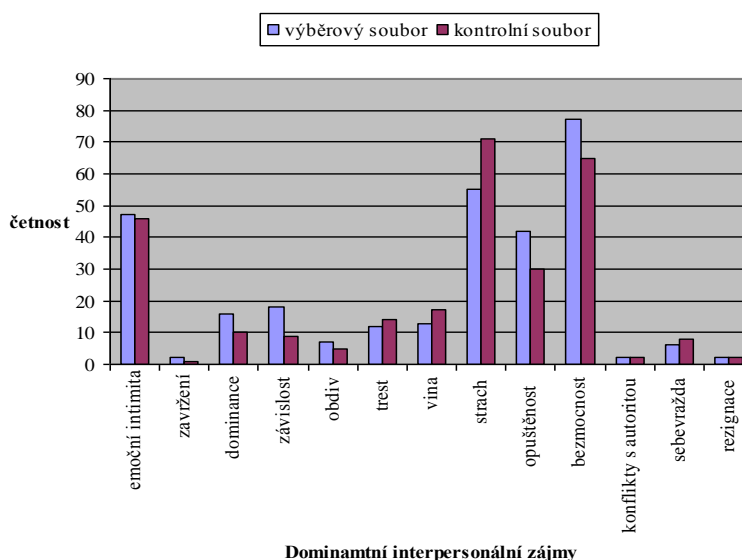
V níže uvedeném grafu pak můžeme sledovat celkovou komparaci průměrných skóre SCORS. Ve všech dimenzích jsou zřejmé nižší hodnoty u dětí s ADHD. I když

rozdíl není příliš velký, přesto existuje a je třeba jej nezlehčovat, a naopak vidět problémy u těchto dětí a snažit se je řešit.



Graf 1: Celkové srovnání průměrných skóreů jednotlivých škál SCORS

Poslední škálou, kterou jsem se zabývala, jsou Westenovy *Dominantní interpersonální zájmy*. Ve všech příbězích dětí jsem hledala jednotlivá témata, která autor uvádí. Následně jsem je však už dále neskórovala, nýbrž jen zapisovala jejich četnost u každé tabule. I když je hodnocení interpersonálních reakcí u dětí velmi individuální, výsledkem bylo, že u výběrového souboru byly nejčastější motivy bezmocnosti, strachu, emoční intimity a opuštěnosti. U kontrolního souboru byl výskyt témat obdobný: nejvíce opět strach, bezmocnost, emoční intimita a opuštěnost.



Graf 2: Výskyt dominantních interpersonálních témat na všech vybraných tabulích

Z jednotlivých výsledků provedeného šetření a rovněž z uvedené kazuistiky chlapce s ADHD je patrné, že děti s hyperkinetickou poruchou mívají v interpersonálních vztazích větší problém než ostatní a že i jejich postoje k ostatním jedincům budou mírně odlišné. Odvíjí se to od jejich vnitřního nastavení, které ovšem vychází ze samé podstaty uvedeného onemocnění.

12.1.1 Stručný souhrn k výzkumným otázkám

Nyní bych chtěla odpovědět na výzkumné otázky v tom pořadí, v jakém jsem je definovala, a to:

- U kterých tabulí TAT jsou rozdíly mezi soubory v dimenzích SCORS nejvíce zřetelné?

Největší rozdíly mezi soubory v dimenzích SCORS jsou nejvíce zřetelné u tabule 11 (0,8), 7GF (0,4), 14 (0,3) a 3BM (0,3) Tematicko apercpečního testu. Tabule 11 je velmi nestrukturovaná, tabule 7GF vyjadřuje blízký, i když na první pohled ambivalentní vztah dvou postav, u tabule 14 je velmi zřejmé téma strachu a bezmocnosti a tabule 3BM opět evokuje motivy bezmocnosti, opuštěnosti a strachu.

- U kterých škál SCORS se projeví největší rozdíl mezi oběma soubory?

Největší rozdíl mezi oběma soubory se projevil u dimenze *Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých* (0,5), *Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů* (0,5), *Emoční vklad do hodnot a morálních standardů* (0,3) a *Sebedůvěra* (0,3). Děti s ADHD tedy mívají větší problémy s diferencovaností self, s kvalitou vyjadřovaných vztahů, se vztahem k morálním hodnotám a se sebedůvěrou. Většinou vidí své self málo diferencovaně a komplexně, jejich popisy lidí bývají jednoduché a úsporné. Vztahy mají tendenci mít spíše povrchní a primárně založené na účasti na společné aktivitě. Vykazují určité znaky internalizace norem a jejich sebedůvěra bývá nízká.

- Jaká interpersonální témata jsou specifická pro děti s ADHD?

Pro děti se syndromem ADHD byla na předložených tabulích nejvíce specifická témata bezmocnosti, strachu, emoční intimity a opuštěnosti. Bezmocnost se u nich objevila celkem 77krát, strach 55krát, emoční intimita 47krát a opuštěnost 42krát.

- Jaké budou postoje dětí s ADHD k ostatním jedincům?

Postoje dětí s ADHD k ostatním jedincům se budou lišit od těch, které zaujímají děti bez této diagnózy. Vyplývá to z výsledků skórovacího systému a je to zřejmé i

z kazuistiky vybraného chlapce. Děti s hyperkinetickou poruchou často projevují protichůdné citové postoje, velmi stojí o vztahy, ale ukazují to nejasným způsobem.

- Mají děti s touto diagnózou větší problém v mezilidských vztazích než ostatní?
Děti s ADHD mají větší problém v mezilidských vztazích než ostatní jedinci.

12.2 Kvantitativní výzkum

Co se týče kvantitativní části výzkumu, nepotvrdila se nulová hypotéza H_0 , že mezi průměrným skórem škál SCORS v Tematicko apercipčním testu u kontrolního souboru a u dětí s ADHD neexistuje statisticky významný rozdíl. Zamítáme ji tedy a můžeme říci, že výběrový průměr se na zvolené hladině významnosti statisticky významně liší od hodnoty průměru kontrolního souboru.

K výsledku jsem došla pomocí dvouvýběrového Studentova t-testu. Díky jeho porovnání s tabulkovou hodnotou se zjistilo, že rozdíl mezi výběrovým průměrem a průměrem kontrolního souboru je signifikantní ($t > t_\alpha$).

Nejprve jsem zvolila hladinu významnosti $\alpha = 0,05$. Dále jsem vypočítala výběrovou směrodatnou odchylku s (kde $n = 10$).

$$s = \sqrt{\frac{\sum_{x=1}^n (x_i - \bar{x})^2}{n}}$$

$s = 0,17$ (směrodatná odchylka výběrového souboru)

$\bar{x} = 3$ (výběrový průměr)

$\mu = 3,2$ (průměr kontrolního souboru)

$n = 30$ (rozsah souboru)

$$t = \frac{|\bar{x} - \mu| \cdot \sqrt{n}}{s} \text{ při } v = n-1 \text{ stupních volnosti}$$

$$t = \frac{0,2 \cdot \sqrt{30}}{0,17} = 6,44$$

Vypočítanou hodnotu testového kritéria t jsem pak porovнала s kritickou hodnotou t_α (pro dané α a v), kterou jsem našla ve statistických tabulkách.

$t_\alpha(v): t_{0,05}(29) = 2,0452, 6,44 > 2,0452$

Je-li $t > t_\alpha(v)$, pak je rozdíl statisticky významný a my zamítáme nulovou hypotézu H_0 . Výběrový průměr se na zvolené hladině významnosti statisticky významně liší od průměru kontrolního souboru.

13 Diskuse

Ve výzkumném šetření jsem se zabývala zjišťováním sociálních vztahů u dětí s ADHD. Zde bych se chtěla pokusit rozvést hlavní dosažené výsledky a dát je do širších souvislostí.

V současné době není výskyt syndromu ADHD rozhodně zanedbatelný. Je nejčastější diagnózou v pedopsychiatrických ambulancích. Tyto děti jsou příliš impulzivní, mají obtíže v sebeovládání a nejsou schopny systematicky pracovat, v pozdějším věku u nich přetrvávají problémy s hyperaktivitou a navíc přibývají potíže se soustředěním se na školní práci. Objevují se konflikty se spolužáky i s učiteli, rovněž doma se situace nezlepšuje. Některé nežádoucí projevy hyperkinetické poruchy mohou být dokonce ještě nápadnější.

Prožívání hyperaktivního dítěte je příliš chaotické. Ve školním věku se střetává s požadavky, které jsou stále náročnější, vyžaduje se po něm ukázněnost, schopnost se ovládat, podat výkon, soustředit se a utlumovat bezprostřední impulzy. Tyto nároky však není schopno vzhledem ke svým obtížím přiměřeně splnit. Dítě s ADHD má problémy nejen ve škole, ale také v rodině, kde se vztahová situace stává velmi složitou.

Školní věk (asi do pátého ročníku) charakterizuje E. H. Erikson jako stadium snaživé píle. Dítě si osvojuje vztah ke světu práce a perspektivu celoživotního uplatnění v něm, což může být považováno také jako zdroj adaptability a vyrovnávání s osobními problémy. Novým citem tohoto období je pocit méněcennosti a k tomuto vývojovému selhání může mimo jiné přispět rovněž syndrom hyperaktivity (Říčan, Krejčířová, 2006).

Pro získání výzkumných dat jsem použila Tematicko apercepční test, který patří mezi projektivní metody. Výběrový soubor byl tvořen 30 dětmi s ADHD a kontrolní pak 30 dětmi bez tohoto syndromu. Všichni to byli chlapci mezi 8–11 lety, tedy v období tzv. prepuberty.

Z možných dvou přístupů ke zkoumání jsem zvolila jejich kombinaci, která se v tomto konkrétním případě jevila jako nejvhodnější. Kvalitativní přístup je totiž ve své povaze orientován především holisticky a kvantitativní je naopak reduktivním zkoumáním (Ferjenčík, 2000).

Pro samotné zpracování dat byl pak použit Westenův skórovací systém SCORS. Výsledky pomohly odpovědět na stanovené výzkumné otázky, k čemuž také přispěla kazuistika vybraného chlapce s ADHD. K ověření platnosti hypotézy o rozdílu jsem zvolila dvouvýběrový Studentův t-test.

Ke zvolenému výzkumnému problému jsem byla inspirována také šetřeními, o kterých se zmiňuji v teoretické části práce. Na základě těchto výzkumných studií, jež uváděly, že mezi zdravými dětmi a dětmi s hyperkinetickou poruchou existují rozdíly v sociálním chování, jsem předpokládala, že se bude tento rozdíl projevovat i mezi dětmi výběrového a kontrolního souboru.

Pokud bych měla porovnat výsledky svého výzkumu a obdobných šetření, které byly provedeny u nás a v zahraničí (viz teoretická část práce), musím konstatovat, že jsou dosti srovnatelné.

V 80. letech 20. století byl proveden výzkum s dětmi s lehkou mozkovou dysfunkcí. Rozdíly mezi výsledky se jeví jako zanedbatelné, připisují je zvláště celkovým společenským změnám, jinému pojetí rodiny, zrychlenému životu, menšímu zájmu o ostatní jedince kolem, upřednostňování jiných hodnot. Dnešní děti žijí ve zcela odlišných podmínkách, což se na nich dosti projevuje. Rodiče mají méně času, jsou pod větším tlakem, na děti jsou kladeny větší nároky, zejména ve škole. Bylo by však přínosné vytvořit nové normy pro test CATO, aby vyhovovaly současným poměrům. Změny ve společnosti se totiž týkají všech jedinců, bez ohledu na jejich věk, pohlaví, fyzický stav či psychické onemocnění. Došlo také k mnoha posunům v terminologii hyperkinetické poruchy. Dříve se ve stejném případě hovořilo o LMD a dnes se všude mluví o syndromu ADHD. V uvedené studii je navíc zohledněno téma časté úzkosti u dětí s ADHD a dále se tam objevují perseverace a konfabulace v příbězích, což jsem já u testovaných dětí nezaznamenala.

Výsledky dvou novějších výzkumů, které se uskutečnily v zahraničí, byly rovněž obdobné. Prokázaly souvislost mezi dětmi s ADHD a jejich možným problémovým chováním v sociální oblasti. Toto pak může podpořit potíže v interpersonálních vztazích, jež se u jedinců s hyperkinetickou poruchou také nezdívka vyskytují. Dle výsledků testů u nich nejsou uspokojovány potřeby citového vztahu. Tato skutečnost zvyšuje riziko socializačního selhání těchto dětí. Příčinou potíží v oblasti chování se může rovněž stát odmítání spolužáky, eventuálně i negativní hodnocení dospělých. Potíže v sociálním začlenění mohou vést k tomu, že dítě s ADHD bude obtížně hledat identitu a svou sociální roli. V této souvislosti bych také chtěla upozornit na fakt, že v obou studiích byly probandy nejen bílé děti, ale rovněž děti jiných etnik.

Pokud se diagnóza hyperkinetické poruchy skutečně potvrdí, otevírají se současně možnosti léčby s reálnou nadějí na zlepšení problémového chování. Nežádoucí projevy dětí se stanou srozumitelnějšími a speciální výchovný přístup k dětem v rodině a ve škole i

medikamentózní léčba je pomůže pomoci usměrnit. Je tedy důležité vědět, jak přistupovat k hyperaktivním dětem v běžném životě a pomáhat jim překonávat potíže, které je provázejí v rodinném i školním prostředí. To, jak okolí citlivě reaguje na dítě a jak je oceňuje, jsou okamžiky velmi významné především z hlediska vývoje osobnosti. Významnou mírou totiž ovlivňují, jak se utváří jeho sebehodnocení a sebepojetí.

Při administraci testu se také projevila snížená tolerance k zátěži, která je běžná u dětí s ADHD. Někteří vyšetřovaní chlapci s postupujícími tabulemi dávali najevo svou netrpělivost a přání mít už celý test za sebou. Jejich odpovědi nebyly dlouhé a často naznačovali, že už chtějí další obrázek. Na konci testu se jeví unavenější než při příchodu.

Dále bych ráda upozornila na skutečnosti, jež vyšly najevo po rozhovorech s dětmi se syndromem ADHD, které byly uskutečněny před administrací testu. Více než třetina dětí pochází z rozvedených rodin a žije pouze s matkou či ještě dalším sourozencem. Všechny děti shodně uvedly, že mají hodně kamarádů. Teď není jisté, zda je to jejich přání, či skutečnost. Škola je většinou baví, nejvíce asi tělesná a výtvarná výchova, někdy i matematika, největším problémem bývá český jazyk, občas angličtina. Ve volném čase mají nejraději hraní her na počítači a sledování televize. Knihy čtou jen někdy, když se jim chce, pak to bývají většinou fantasy s draky. Zajímavá byla otázka medikace těchto dětí, většina z nich totiž bere nějaká psychofarmaka. Dle odpovědí dětí: na soustředění, abych byl chytřejší, na zlobení, na zmírnění hyperaktivity. Řekla bych, že rodiče (matky) si moc neví rady s těmito dětmi (přes psychiatrickou léčbu), byla by třeba jejich větší edukace a důslednost v přístupu k nim. Doporučila bych proto dlouhodobé psychoterapeutické vedení se zapojením celé rodiny.

Na závěr bych se chtěla vyjádřit k nedostatkům svého výzkumu, které mohly zapříčinit zkreslení výsledků. Je to zejména možná existence další diagnózy, jež může ovlivnit jednání a chování jedinců. Bylo by proto vhodné mít k dispozici mnohem více informací o každém dítěti, které má být testováno.

Dalším nedostatkem tohoto šetření je nevelký počet probandů, aby mohla být učiněna dostatečná generalizace závěrů. Pokračující výzkum by tedy byl určitě velmi přínosný, ale měl by pojmut daleko více probandů a bylo by rovněž užitečné použít při vyhodnocování výsledků TAT kombinaci několika různých skórovacích systémů.

14 Závěry

Cílem této diplomové práce bylo posoudit pomocí projektivních testů sociální vztahy u dětí s ADHD. Použitou výzkumnou metodou se stal Tematicko apercepční test. Výběrový a kontrolní soubor tvořilo dohromady 60 chlapců ve věkovém rozmezí 8–11 let (30 jich bylo s diagnózou ADHD, 30 bez ní). Bylo zvoleno několik výzkumných otázek týkajících se rozdílů mezi oběma soubory, interpersonálních témat v poskytnutých příbězích a také kvality interpersonálních vztahů těchto dětí, rovněž byla stanovena hypotéza o rozdílu (nulová hypotéza H_0 : Mezi průměrným skórem škál SCORS v TAT u kontrolního souboru a u dětí s ADHD neexistuje statisticky významný rozdíl.).

Projektivní test potvrdil, že děti s touto diagnózou mají větší problémy v mezilidských vztazích než ostatní zdraví jedinci. Jejich postoje k rodičům i širšímu okolí včetně školy jsou odlišné. Westenovým skórovacím systémem SCORS (Social Cognition – Object Relation Scale) bylo zjištěno, že mezi příběhy vytvořenými dětmi z výběrového a kontrolního souboru existují rozdíly, a to jak v reakcích na tabule TAT, tak v jednotlivých škálách SCORS. Největší rozdíl byl nalezen v dimenzi *Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých* a také v odpovědích na podnětovou tabuli 11 TAT, která je značně nestrukturovaná a vybízí k různým interpretacím. Z kazuistiky vybraného hochy s ADHD rovněž vyplynulo, že v sociální oblasti nefunguje zcela bez nesnází. Může mít nesnáze v sociální adaptabilitě a mezilidské vztahy jsou pro něj obtížně srozumitelné. V rámci kvantitativní analýzy pak byla zamítnuta nulová hypotéza, a to pomocí dvouvýběrového Studentova t-testu, kdy byl potvrzen statisticky významný rozdíl mezi průměrem výběrového a kontrolního souboru.

Tyto výsledky jsou důležité k pochopení chování a prožívání dětí s ADHD. Ty mívají problémy ve všech možných interpersonálních vztazích a zažívají častý neúspěch. Diagnostika i terapie onemocnění vyžadují velmi úzkou a mezioborovou spolupráci dětského neurologa, dětského psychiatra, psychologa a pediatra spolu s rodiči a pedagogickými pracovníky.

SOUHRN

Tématem této diplomové práce je posouzení sociálních vztahů u dětí s ADHD pomocí projektivních metod. Hyperkinetická porucha je v dnešní době poměrně časté onemocnění dětí (v převážné většině s normálním či vyšším intelektem), které pak selhávají v oblasti sociální a v oblasti mezilidských vztahů, ve škole a profesním životě.

Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část obsahuje čtyři kapitoly, které slouží k uvedení do zmíněné problematiky a k hlubšímu seznámení se s tématem. První z nich je zaměřena na syndrom ADHD. Zabývá se samotným vymezením pojmu, symptomy ADHD, příčinami jeho vzniku, problémy dětí, které trpí tímto syndromem a také jeho prognózou a terapií. Syndrom ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) znamená v nejužším slova smyslu poruchu pozornosti s hyperaktivitou. Důležitá je terapie hyperkinetických poruch, kdy zásadní je její zahájení v dětském věku, což ve svém důsledku zabrání rozvoji sekundárních poruch a umožní normální vývoj jedince a jeho uplatnění ve společnosti.

Další část nesoucí název Sociální vztahy se věnuje procesu socializace a sociálnímu kolektivu, který je velmi důležitý pro každého jedince. Děti s touto poruchou vyžadují individuální, důsledný, trpělivý a zkušený přístup. Jsou největší skupinou dětí školního věku s nevýhodou, jež nejvíce narušuje své okolí a zároveň je těžce integrovatelná ve školském systému, přestože jsou to většinou jedinci velmi bystří, inteligentní a s velkou fantazií. Mají jen problémy, které je třeba respektovat jak doma při výchově, tak i ve škole.

Třetí velká kapitola pojednává o projektivních metodách. Nejprve vysvětluje samotný termín projekce, že jde o neuvědomované přenášení subjektivních či podvědomých přání, motivů a pocitů na jiné osoby či situace. Poté přináší různé klasifikace projektivních technik a řeší jejich jejich reliabilitu a validitu. Nejpodrobněji je přiblížen Tematicko apercepční test (*Thematic Apperception Test*), jehož autory jsou Henry A. Murray a Christiana D. Morganová. Popisuje se jeho vznik a vývoj, omezení a výhody, skórovací systémy, administrace a interpretace. Dochází také k deskripci jednotlivých tabulí testu a evokovaných témat. Uveřejnění TAT pak popularizovalo myšlenku, že vyprávění příběhu k nakreslené scéně, která zachycuje komplexní sociální situaci, odkrývá důležité aspekty osobnosti.

Poslední kapitola teoretické části práce bere v potaz obdobná šetření, která proběhla u nás či v zahraničí. Přibližuje tři studie, jež se zabývají dětmi s hyperkinetickou poruchou a jejich ztíženými interpersonálními vztahy. Byly v nich užity projektivní testy CATO a TEMAS.

Následuje výzkumná část, jež se nejprve zabývá problémem výzkumu, jeho cíli a věnuje se též etice výzkumu. Výzkum smí být totiž proveden pouze s osobami, které k účasti na něm udělily tzv. informovaný souhlas. V případě nezletilých dětí dávají tento souhlas jejich zákonní zástupci, nejčastěji rodiče. Důležitý je respekt a ohled vůči účastníkům výzkumu, jejich právo na informace, právo na soukromí a ochranu osobních údajů a právo odstoupit od výzkumu.

V rámci kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumu byly zvoleny výzkumné otázky (U kterých tabulí TAT jsou rozdíly mezi soubory v dimenzích SCORS nejvíce zřetelné? U kterých škál SCORS se projeví největší rozdíl mezi oběma soubory? Jaká interpersonální témata jsou specifická pro děti s ADHD? Jaké budou postoje dětí s ADHD k ostatním jedincům? Mají děti s touto diagnózou větší problém v mezilidských vztazích než ostatní?) a byla stanovena hypotéza o rozdílu (Nulová hypotéza H_0 : Mezi průměrným skórem škál SCORS v Tematicko apercpečním testu u kontrolního souboru a u dětí s ADHD neexistuje statisticky významný rozdíl.).

Sběr dat proběhl na běžných základních školách, a to v několika fázích (nejprve spolupráce ředitele, pak informovaný souhlas podepsaný zákonným zástupcem a nakonec samotné děti). Výzkumný soubor tvořilo 30 chlapců s diagnózou ADHD a kontrolní soubor 30 chlapců bez této diagnózy, všichni ve věku 8–11 let. Po kratším rozhovoru byla u každého z nich individuálně provedena administrace TAT.

Z několika skórovacích systémů Tematicko apercpečního testu jsem pro daný typ výzkumu zvolila Westenův SCORS, který obsahuje osm základních škál a jednu škálu přídatnou. Všechny příběhy dětí, které vznikly reakcí na podnětové tabule TAT, jsem na základě těchto škál vyhodnotila a u jednotlivých dimenzí pak spočítala průměrné skóry. Ke statistickému zpracování dat byl použit dvouvýběrový Studentův t-test, který zamítl nulovou hypotézu. Zjistilo se tedy, že rozdíl mezi výběrovým průměrem a průměrem kontrolního souboru je signifikantní.

Výzkumem bylo tedy zjištěno, že děti s ADHD mívají větší problémy v interpersonálních vztazích než ostatní jedinci. Potvrdily to nejen výsledky skórovací techniky SCORS, ale také kazuistika vybraného chlapce s hyperkinetickou poruchou.

Jedním z hlavních omezení tohoto šetření se stala jeho nemožnost dostatečné generalizace, která byla způsobena nevelkým počtem probandů. Nicméně je velmi důležité zabývat se problematikou dětí s ADHD, a to nejen kvůli dětem samotným, ale i jejich širšímu okolí. Další výzkum by proto mohl být jen přínosný.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

- Ackerman, S. J., et al. (1999). Use of TAT in the Assessment of DSM-IV Cluster B Personality Disorders. *Journal of Personality Assessment*, 73, 422–448.
- Auger, M.-T., & Boucharlat, Ch. (2005). *Učitel a problémový žák*. Praha: Portál.
- Bahbouh, R. (2003). Jaká je validita projektivních testů? *Psychologie dnes*, 9, 1–2.
- Bellak, L., & Abrams, D. M. (1997). *The TAT, CAT and SAT in clinical use*. Boston: Allyn and Bacon.
- Boš, P., & Strnadová, M. (1975). *CATO – příručka*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p.
- Costantino, G., et al. (1991). Assessment of Attention Deficit Disorder Using a Thematic Apperception Technique. *Journal of Personality Assessment*, 57, 87–95.
- Cramer, P. (1996). *Storytelling, narrative, and the Thematic Apperception Test*. New York, London: Guilford Press.
- Čermák, I. (2005). *Podnětové charakteristiky tabulí Tematicko apercepčního testu*. In Čermák, I., Ženatý, J. (Eds.). *Rorschach a projektivní metody*. Ročenka České společnosti pro Rorschacha a projektivní metody. Brno: Nakladatelství MSD a Česká společnost pro Rorschacha a projektivní metody. 163–189.
- Černá, M., et al. (1999). *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha: Karolinum.
- Drtílková, I. (2007). *Hyperaktivní dítě*. Praha: Galén.
- Drtílková, I. (2008). Kdy volit Stratteru pro léčbu hyperkinetické poruchy/ADHD. *Pediatr pro praxi*, 4, 232–235.
- Drtílková, I., & Šerý, O., et al. (2007). *Hyperkinetická porucha. ADHD*. Praha: Galén.
- Drtílková, I., & Theiner, P. (2008). Klinické a biologické markery perzistentní formy hyperkinetické poruchy (ADHD). *Česká a slovenská psychiatrie*, 104, 167–171.
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
- Goetz, M. (2009). Současný pohled na léčbu ADHD. *Remedia*, 19, 190–196.
- Goetz, M., & Uhlíková, P. (2009). *ADHD. Porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Praha: Galén.
- Hallowell, E. M., & Ratey, J. J. (2007). *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti*. Praha: Návrat domů.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hayesová, N. (1998). *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.

- Hort, V., et al. (2000). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.
- Hrdlička, M. (2007). Postavení atomoxetinu v léčbě hyperkinetické poruchy u dětí a adolescentů. *Česká a slovenská psychiatrie*, 103, 230–239.
- Jucovičová, D., & Žáčková, H. (2010). *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha: Grada.
- Kocurová, M. (2002). *Specifické poruchy učení a chování*. Plzeň: Západočeská univerzita.
- Koluchová, J., & Morávek, S. (1990). *Psychologická diagnostika dětí a mládeže*. Olomouc: Rektorát Univerzity Palackého.
- Koukolík, F. (2002). *Lidský mozek*. Praha: Portál.
- Kucharská, A. (Ed.). (1997). *Specifické poruchy učení a chování*. Praha: Portál.
- Malá, E. (2007). Atomoxetin. *Remedia*, 17, 404–408.
- Martin, M., & Waltmanová-Greenwoodová, C. (Eds.). (1997). *Jak řešit problémy dětí se školou*. Praha: Portál.
- Matějček, Z. (2005). *Výbor z díla*. Praha: Karolinum.
- Matějček, Z. (2008). *Co děti nejvíc potřebují*. Praha: Portál.
- Matějček, Z., & Langmeier, J. (1986). *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama.
- Matějček, Z., et al. (1991). *Lehké mozkové dysfunkce: možnosti screeningu a prevence*. Praha: Pražský podnikatelský klub.
- Matějček, Z., et al. (1999). *Náhradní rodinná péče*. Praha: Portál.
- Merrell, K. W., & Boelter, E. (2001). An Investigation on Relationships Between Social Behavior and ADHD in Children and Youth: Construct Validity of the Home and Community Social Behavior Scales. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 9, 260–269.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Morávek, S. (1987). *Úvod do psychodiagnostiky dospělých*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Munden, A., & Arcelus, J. (2006). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál.
- Murray, H. A. (1943). *Thematic Apperception Test manual*. Cambridge: Harvard University Press.
- Murstein, B. I. (1963). *Theory and Research in Projective Technique, Emphasizing the TAT*. New York: John Wiley and Sons.
- Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie*. Praha: Academia.
- Novák, T. (2003). *Proč jsi stále tak neklidný?!* Brno: Era.


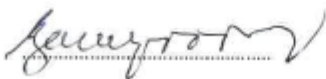
- O'Dell, N. E., & Cook, P. A. (2000). *Neposedné dítě*. Praha: Grada.
- Pokorná, V. (1998). *Cvičení pro děti se specifickými poruchami učení*. Praha: Portál.
- Pokorná, V. (2001). *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Praha: Portál.
- Reiterová, E. (2009). *Základy statistiky pro studenty psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Reutt, J., & Reuttová, N. (1960). *Skúmanie osobnosti metódou TAT Murraya*. Warszawa: Panstwowe wydawnictwo naukowe.
- Riefová, S. F. (2007). *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Praha: Portál.
- Říčan, P., & Krejčířová, D., et al. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
- Serfontein, G. (1999). *Potíže dětí s učením a chováním*. Praha: Portál.
- Soukupová, T., & Goldmann, P. (2007). *Zjišťování objektivních vztahů v Tematicko apercpečím testu*. In Telerovský, R., Ženatý, J., Čermák, I. (Eds.) (2008). *Rorschach a projektivní metody*. Ročenka České společnosti pro Rorschacha a projektivní metody. Praha: IPVZ, 161–174.
- Stančák, A. (1982). *Klinická psychodiagnostika*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
- Svoboda, M. (2010). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- Svoboda, M. (Ed.). (2001). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál.
- Swierkoszová, J. (2010). *Specifické poruchy chování*. Ostrava: Ostravská univerzita.
- Šebek, M. (1990). *Neklidné děti a jejich výchova*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Šípek, J. (2000). *Projektivní metody*. Praha: ISV nakladatelství.
- Train, A. (2001). *Nejčastější poruchy chování u dětí*. Praha: Portál.
- Třesohlavá, Z., et al. (1986). *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku*. Praha: Avicenum.
- Vágnerová, M. (1997). *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha: Karolinum.
- Výrost, J., & Slaměník, I. (Eds.). (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada.
- Zelinková, O. (2003). *Poruchy učení*. Praha: Portál.

Další zdroje:

- Soukupová, T., & Goldmann, P. (2011). *Školící a výcvikový kurz TAT a odvozené metody*. Praha: Testcentrum.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci Filozofická fakulta Akademický rok: 2011/2012	Studijní program: Psychologie Forma: Kombinovaná Obor/komb.: Psychologie (PSYK)	
Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta		
PŘEDKLÁDÁ: Mgr. BOTOROVÁ Lucie	ADRESA Ostravice 78, Ostravice	OSOBNÍ ČÍSLO F08177
TÉMA ČESKY: POSOUZENÍ SOCIÁLNÍCH VZTAHŮ U DĚTÍ S ADHD POMOCÍ PROJEKTIVNÍCH METOD		
NÁZEV ANGLICKY: SOCIAL RELATIONS EVALUATION IN ADHD CHILDREN BY MEANS OF PROJECTION TESTS		
VEDOUCÍ PRÁCE: Doc. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc. - PCH		
ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ: <ol style="list-style-type: none">1. Teoretické vymezení syndromu ADHD a sociálních vztahů2. Podání uceleného přehledu projektivních metod3. Tematicko apercepční test (TAT)4. Vymezení cíle a metod výzkumu5. Administrace testu u dětí s ADHD a kontrolního souboru6. Výsledky výzkumného šetření7. Shrnutí výsledků		
SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY: <ol style="list-style-type: none">[1] Bellak, L., & Abrams, D. M. (1997). The TAT, CAT and SAT in clinical use. Boston: Allyn and Bacon.[2] Cramer, P. (1996). Storytelling, narrative, and the Thematic Apperception Test. New York, London: Guilford Press.[3] Černá, M., et al. (1999). Lehké mozkové dysfunkce. Praha: Karolinum.[4] Goetz, M., & Uhlíková, P. (2009). ADHD. Porucha pozornosti s hyperaktivitou. Praha: Galén.[5] Hort, V., et al. (2000). Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál.[6] Koluchová, J., & Morávek, S. (1990). Psychologická diagnostika dětí a mládeže. Olomouc: Rektorát Univerzity Palackého.[7] Svoboda, M. (Ed.). (2001). Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál.[8] Šípek, J. (2000). Projektivní metody. Praha: ISV nakladatelství.[9] Třesohlavá, Z., et al. (1986). Lehká mozková dysfunkce v dětském věku. Praha: Avicenum.[10] Vágnerová, M. (1997). Psychologie problémového dítěte školního věku. Praha: Karolinum.		
Podpis studenta: 	Datum: 22. 11. 2011	
Podpis vedoucího práce: 	Datum: 28. 11. 2011	
<small>(c) IS/STAG, Portál - Podklad kvalifikační práce, F08177, 21.11.2011 16:02</small>		

Příloha č. 2: Český a anglický abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Posouzení sociálních vztahů u dětí s ADHD pomocí projektivních metod

Autor práce: Mgr. Lucie Botorová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, Dr. Sc.

Počet stran a znaků: 92 a 163 612

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 62

Abstrakt: Syndrom ADHD je v současné době poměrně časté onemocnění dětí. Celosvětově se stal nejkoumanější diagnózou dětské a dorostové psychiatrie. Pacienti, v převážné většině s normálním či vyšším intelektem, selhávají v oblasti sociální a v oblasti mezilidských vztahů, ve škole a později i v profesním životě. Teoretická část předložené diplomové práce je zaměřena na termín ADHD v celé jeho šíři, dále se zabývá procesem socializace a v neposlední řadě projektivními metodami, především TAT (Tematicko apercipční test). Na teorii navazuje empirická část práce, jež je kombinací kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Jejím cílem bylo ověřit na vzorku 60 osob ve věkovém rozmezí 8–11 let možnosti posouzení sociálních vztahů u dětí s ADHD a u kontrolního souboru zdravých dětí pomocí projektivních testů. Vybraní pacienti i kontrolní soubor byli vyšetřeni pomocí TAT. Jako skórovací systém byl zvolen SCORS (Social Cognition – Object Relation Scale). Tato Westenova škála je jednou z metod zaměřených na zpracování sociálních informací a na objektní vztahy. Výsledky empirického šetření naznačují u dětí s ADHD vyšší výskyt problémů v intepresonálních vztazích. Obdobné závěry také ukazuje kazuistika vybraného chlapce s tímto syndromem.

Klíčová slova: sociální vztahy, syndrom ADHD, projektivní testy, TAT (Tematicko apercipční test)

ABSTRACT OF THESIS

Title: Social relations evaluation in ADHD children by means of projective tests

Author: Mgr. Lucie Botorová

Supervisor: doc. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, Dr. Sc.

Number of pages and characters: 92 and 163 612

Number of appendices: 7

Number of references: 62

Abstract: ADHD is currently a relatively common disease in children. It has become the most researched diagnosis in child and adolescent psychiatry worldwide. Patients, mostly with average to high intellect, fail in social and interpersonal relationships at school, and later in their professional lives. The theoretical part of this thesis focuses on the full extent of ADHD, and discusses the process of socialization as well as, projective methods, namely TAT (Thematic Apperception Test). The theory is followed by an empirical analysis which is a combination of quantitative and qualitative research. Its aim was to test a sample of 60 children aged 8–11 years to examine the possibilities of assessing social relationships through projective tests in children with ADHD and in a control group of healthy children. The eligible patients and the control group were examined using the TAT. The SCORS (Social Cognition – Object Relations Scale) was chosen as a scoring system. This Westen's scale is one of the methods focused on social information processing and object relations. The results of the empirical research suggest that children with ADHD show a higher incidence of problems in interpersonal relationships. Similar conclusions are also evident in the selected case study of a boy with this syndrome.

Key words: social relations, ADHD, projective tests, TAT (Thematic Apperception Test)

Příloha č. 3: Informovaný souhlas pro zákonné zástupce dětí s ADHD

Vážení rodiče,

jmenuji se Lucie Botorová a jsem studentka 5. ročníku jednooborové psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. V rámci vědecké studie, která se týká dětí s diagnózou ADHD, bych Vás tímto chtěla požádat o pomoc. Má práce bude zkoumat sociální vztahy těchto dětí pomocí projektivních metod. Konkrétně se bude jednat o TAT, což je významný projektivní test obsahující sérii tématických obrázků podávaný hravou formou. Věřím, že tento výzkum bude přínosný, a to jak pro samotné děti s ADHD, tak pro jejich rodiny i široké okolí včetně školy, neboť socializace a sociální edukace jsou pro každého velmi důležité. Výzkumná studie je podpořena vedoucím Katedry psychologie UP, PhDr. Matúšem Šuchou, Ph.D. Veškerá získaná data budou použita anonymně a pouze k vědeckým účelům, v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů.

Ráda bych Vás poprosila o spolupráci. O výsledcích budete v případě zájmu informováni a Vaše dítě nebude rozhodně nijak zatíženo, test není časově náročný (max. půl hodiny) a je zajímavý. Výzkumnou část práce bych chtěla provést pravděpodobně v prosinci 2012 a lednu 2013, u každého dítěte individuálně a s ohledem na jeho denní režim, v době, která mu nejlépe vyhovuje, pravděpodobně během vyučování. Vše se bude odehrávat jen po předchozí domluvě s Vámi, pokud zaujmete kladné stanovisko.

V této části výzkumu se obracím na rodiče chlapců s diagnózou ADHD ve věku 8–11 let, tedy pravděpodobně žáky 2. až 5. tříd ZŠ.

Velice děkuji za pochopení i případnou pomoc.

Mgr. Lucie Botorová

PROHLÁŠENÍ RODIČE (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE) ŽÁKA

Souhlasím s účastí mého dítěte na výzkumu, týkajícího se posuzování sociálních vztahů u dětí s ADHD, kde získané informace budou použity pouze k výzkumnému účelu.

Svým podpisem stvrzuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s okolnostmi výzkumu a souhlasím.

Jméno a příjmení žáka:		Datum narození:	
Titul, jméno a příjmení rodiče (zák. zástupce):			
Dne:		Podpis rodiče (zák. zástupce):	

Příloha č. 4: Záznamový list TAT

Plné znění použitých psychodiagnostických metod je uvedeno v tištěné verzi diplomové práce.

Příloha č. 5: Schéma pro skórování SCORS

Plné znění použitých psychodiagnostických metod je uvedeno v tištěné verzi diplomové práce.

Příloha č. 6: Záznamový arch SCORS

Plné znění použitých psychodiagnostických metod je uvedeno v tištěné verzi diplomové práce.

Příloha č. 7: Záznamový list odpovědí vybraného chlapce s ADHD

Plné znění použitých psychodiagnostických metod je uvedeno v tištěné verzi diplomové práce.