

Univerzita Palackého v Olomouc

Filosofická fakulta

Katedra psychologie

**OSOBNOST A VÝCHOVNÝ STYL MATEK U  
ADOLESCENTŮ S ADHD**

**THE PERSONALITY AND PARENTING STYLE OF  
MOTHERS AMONG ADOLESCENTS WITH ADHD**



**Magisterská diplomová práce**

Autor: Bc. Tereza Chobotská

Vedoucí práce: PhDr. Marie Ocisková, PhD.

Olomouc

**2019**

# Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou práci na téma: „*Osobnost a výchovný styl matek u adolescentů s ADHD*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité zdroje a literaturu.

V.....dne.....

Podpis.....

## Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Marii Ociskové, PhD. za možnost psát pod jejím vedením tuto práci. Její podnětné rady byly pro tuto práci velkým přínosem. Další díky patří všem rodinám, které byly ochotné dotazník vyplnit a organizacím, které kontakt s rodinami zprostředkovaly. Jmenovitě je to zejména P-centrum, spolek a Cesta životem. Bez nich by tato práce nemohla vzniknout. Poslední dík patří mojí rodině a všem blízkým lidem, kteří mi byli při psaní této práce velkou oporou. Jmenovitě potom děkuji Andreasovi Aulichovi za to, že byl mým největším pomocníkem a podporou.

# Obsah

ÚVOD .....	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1 Charakteristika období adolescence .....	9
1.1 Motorický vývoj.....	10
1.2 Kognitivní vývoj .....	10
1.3 Emocionální vývoj .....	12
1.4 Morální a sociální vývoj .....	13
2 Hyperkinetické poruchy.....	16
2.1 Vymezení pojmu ADHD .....	16
2.2 Diagnostika ADHD .....	19
2.3 Etiologie a prognóza .....	22
2.4 Terapie ADHD.....	26
2.5 Charakteristika dospívajícího s ADHD .....	30
3 Rodina.....	33
3.1 Význam a funkce rodiny .....	33
3.2 Výchovné styly .....	35
3.3 Pozitivní faktory rodiny ve vztahu k dospívajícímu s ADHD .....	41
3.4 Negativní faktory rodiny ve vztahu k dospívajícímu s ADHD .....	44
4 Osobnost.....	47
4.1 Vymezení pojmu .....	47
4.2 Vnitřní a vnější činitele vývoje osobnosti .....	48
4.3 Psychické vlastnosti osobnosti.....	50
4.4 Vybrané typologie osobnosti .....	52
4.4.1 Eysenckův model osobnosti .....	52
4.4.2 Cattellův model faktorů osobnosti .....	53
4.4.3 Model Big five .....	55
4.5 Osobnost rodičů dětí s ADHD .....	56
5 Dosavadní výzkumy.....	59
PRAKTICKÁ ČÁST .....	65
6 Výzkumný problém, výzkumný cíl, výzkumné hypotézy .....	66
7 Aplikovaná metodika.....	72

7.1	Metody získávání dat .....	72
7.1.1	Dotazník pro zjišťování způsobu výchov v rodině.....	72
7.1.2	Gordonův osobnostní Profil - Inventorium .....	76
7.2	Metody zpracování a analýzy dat .....	79
7.3	Etické aspekty .....	79
8	Výzkumný soubor.....	81
8.1	Výběr vzorku z populace a sběr dat .....	81
8.2	Popis souboru .....	83
9	Výsledky .....	89
9.1	Výchovný styl matek.....	89
9.2	Osobnost matek adolescentů s ADHD .....	95
10	Diskuze .....	99
11	Závěry.....	108
12	Souhrn .....	109
	POUŽITÉ ZRDOJE A LITERATURA .....	112
	SEZNAM PŘÍLOH	



## ÚVOD

Předkládaná práce se zabývá propojením několika, v posledních letech poměrně diskutovaných, témat. Diagnóza ADHD se mezi dětskou populací objevuje stále častěji a stává se běžnou součástí školního i rodinného života. A právě psychosociálními podmínkami, konkrétně rodiči a jejich osobností a výchovným působením, se budeme v této práci zabývat. V tomto výzkumu se zaměřujeme na rodiče adolescentů, kteří kvůli problémovým projevům chování způsobených ADHD stále navštěvují poradenská či terapeutická zařízení. Vycházíme z teoretických i výzkumných poznatků, podle kterých diagnóza ADHD s věkem a správným výchovným vedením v čase ustupuje. Její největší projevy by potom měly být v mladším školním věku. Pokud nejsou ale okolní podmínky včetně léčby ideální, může ke zhoršeným projevům docházet až do adolescence ( např. Malá, 2012).

V teoretické části se zaměříme jak na výchovné styly rodičů, teoretické zakotvení pojmu osobnost a konkrétní pojmenování vybraných teorií osobnosti, charakteristiku adolescentního věku z hlediska vývojové psychologie, tak na samotnou diagnózu ADHD, její způsoby léčby, etiologii apod. V neposlední řadě také představíme vybrané dosavadní výzkumy provedené na podobné téma ve valné části v zahraničí. V praktické části potom čtenáři představíme metodologický rámec výzkumu, samotné výsledky výzkumu i zamyšlení nad limity a nedostatky této práce.

Téma diplomové práce jsem si vybrala z důvodu mojí praktické zkušenosti s prací s rodinami, kde je dítě s ADHD, úzkostné nebo s jinými výchovnými obtížemi. Často se tak ve své praxi setkávám s velmi podobnými přístupy, které rodiče ke svým dětem s ADHD uplatňují. Zajímalo mě tedy, zda se jedná pouze o praktickou zkušenost, nebo tato pozorování lze doložit i statisticky a výzkumně. Cílem této práce je tedy více porozumět výchovnému stylu a vybraným aspektům osobnosti, které by mohli mít vliv na projevy ADHD u adolescentů, což by mohlo pomoci k zkvalitnění a zefektivnění práce s nimi.

# TEORETICKÁ ČÁST



# 1 Charakteristika období adolescence

Langmeier a Krejčířová (2006) toto období charakterizují jako období pubescence, které trvá zhruba od 11 do 15 let a dělí ho na dvě období. Fáze prepuberty začíná prvními známkami pohlavního dospívání a urychlením růstu. Končí nástupem menstruace u dívek a noční polucí u chlapců. U většiny dívek v naší společnosti trvá první fáze asi od 11 do 13 let, u chlapců probíhá fyzický vývoj asi o 1-2 roky později, tedy zhruba od 12 do 14 let. Druhá fáze – vlastní puberta nastupuje po dokončení prepuberty a trvá do dosažení reprodukční schopnosti, což se u dívky stává spuštěním menstruačního cyklu. Reprodukční schopnost u chlapců je dosahována o něco později, zhruba od 13 do 15 let.

Dále dle Langmeiera a Krejčířové (2006) nastupuje fáze adolescence, která trvá zhruba od 15 do 22 let. Kromě tělesného růstu a dosažení plné reprodukční schopnosti se zde také mění postavení jedince ve společnosti. Začínají častější a hlubší erotické vztahy, mění se zásadně sebepojetí.

S podobným náhledem na vývoj dítěte staršího školního věku přichází i Říčan (2004), který toto období rovněž rozděluje do fáze pubescence a adolescence se stejným věkovým určením jako výše zmínění Langmeier a Krejčířová. Říčan toto období považuje za nejdramatičtější a biodromálně nejzajímavější. Pod vlivem společnosti a dospívání takové dítě v tomto období mění své nazírání na svět i na vlastní život. Mnohem hlouběji začíná chápat svoji individualitu a hledá svoji osobnost.

Oproti tomu Thorová (2015) označuje období pozdního dětství pouze jako adolescenci, která trvá zhruba od 12 či 13 až do 19 let. Kromě na první pohled výrazných fyzických změn pokračuje emoční, kognitivní a sociální vývoj. Thorová (2015) také zdůrazňuje v souvislosti s dospíváním vyšší míru stresu, kterému je dospívající vystaven, což může vést k odmítání dospělosti a zvýšené úzkosti.

To byl tedy krátký úvod do dětství staršího školního věku neboli adolescence. Pro větší přehlednost budeme v další práci uvádět právě pojem adolescence nebo období staršího školního věku. V dalších podkapitolách popíšeme podrobněji některé důležité aspekty a oblasti vývoje, jako je vývoj motorický, kognitivní, emocionální či sociální a morální.

## **1.1 Motorický vývoj**

V základním, tedy biologickém, významu lze toto období charakterizovat jako životní úsek ohraničený na jedné straně prvními známkami pohlavního zrání (zejména objevením prvních sekundárních pohlavních znaků) a akcelerací růstu, na druhé straně dovršením plné pohlavní zralosti, plné reprodukční schopnosti a dokončením tělesného růstu (Thorová, 2015).

Diskrepance somatického vývoje se tedy projevuje na úrovni motoriky v podobě přechodné neobratnosti a nekoordinovanosti pohybů a to zvláště u chlapců. V jemné motorice pak může být patrná křečovitost, která se může projevit ve zhoršeném grafickém výkonu. Zrychlený růst způsobuje i zhoršení fyzické výkonnosti, objevují se silácké, ale krátkodobé fyzické aktivity, které jsou vystřídány pocitem únavy až apatie (Šimíčková-Čížková & kol., 2008).

I když přesný mechanismus spouštějící v mezimozku, respektive v hypotalamu, příslušné endokrinní pochody není dosud přesně vysvětlen, jisté je, že důležitou podmínkou pro započítí puberty jsou metabolické procesy, které ovlivňují celkový stav mladého organismu. Z mnoha studií vyplývá, že například dobré nutriční podmínky mohou nástup puberty urychlit, zatímco hladovění či fyzické strádání a chronický stres nástup hormonálních procesů a změn zpomalují (Jedlička, 2017).

Růst v tomto období, tedy kromě růstových hormonů, řídí nově také pohlavní hormony. V důsledku hormonálních změn také dochází k zvýšené impulsivitě a přecitlivělosti (Thorová, 2015). Fyzický vzhled a zejména tělové schéma (to jak člověk vnímá svoje tělo a jak se v něm cítí) má v době dospívání velký vliv na vývoj identity. Adolescent věnuje svému vzhledu zvýšenou pozornost, musí přijmout změnu podoby způsobenou dosaženou pohlavní zralostí a rozvinutím sekundárních pohlavních znaků. Někdy svůj vzhled může chápat jako prostředek k dosažení sociální akceptace a prestiže (Vágnerová, 2012).

## **1.2 Kognitivní vývoj**

Na počátku dospívání narůstá rozvoj kognitivních schopností. Podle Piagetovy teorie dosahují dospívající stádia formálních logických operací, což znamená, že začínají být schopni uvažovat na kvalitativně jiné úrovni, tedy abstraktně a hypoteticky. Díky tomu

mohou do důsledku pochopit význam slov jako je naděje, svoboda, spravedlnost nebo smysl života a uvažovat nad nimi (Blatný, 2016). Nový způsob myšlení je ale limitovaný nedostatkem životních zkušeností a komplexních znalostí, což může vést k idealistickým a zkresleným představám, které opomíjí širší kontext problému (Vágnerová, 2012). To se může projevit i v hodnocení jiných lidí, kdy vlivem nezkušenosti může docházet k zjednodušeným úsudkům. U adolescenta se často projevuje racionalismus, který se vyznačuje tím, že neuznává citové důvody lidského jednání, více lpí na rozumových zdůvodněních, a to i přesto že jeho vlastní chování ovlivňují citové pohnutky. Myšlení se také mnohdy vyznačuje radikalismem, unáhleným hodnotícím soudem, kdy jednu získanou zkušenost generalizuje a přijímá jako platný fakt. Adolescenti tak mohou neakceptovat kompromis, nerozpoznávat složitost jevů nebo nepostihovat všechny působící vlivy na hodnocený fakt. Pro pubertu je tedy typická názorová proměnlivost, dospívající často ještě nejsou individualitami, které si stojí za svým (Šimíčková-Čížková et al., 2008).

Myšlení adolescenta vyspívá, dospívající je schopen vyvozovat abstraktní závěry, slábne bipolární vyhraněnost mladšího školáka, uvažuje multiperspektivně. Chápe, že ostatní lidé nemohou kontrolovat jeho mentální aktivitu. Myšlení se stává pružnějším, komplexnějším a systematictější (Thorová, 2015).

Další oblastí v myšlení, ve které dochází k výrazné změně, je tak zvané myšlení sociálně-kognitivní. Dospívající jedinec je schopen lépe uvažovat o druhých lidech a vztazích mezi nimi. Podstatným vývojem prochází také rekurzivní myšlení, tedy představa jedince o tom, jak druzí lidé uvažují o jeho myšlení (Dumontheil, Apperly & Blakemore, 2016). Zajímají se nejen o vlastní duševní stavy, ale i o emoční prožívání druhých lidí, jejich motivy, vlastnosti a charaktery (Thorová, 2015).

Mezi 9. a 17. rokem se kromě myšlení také výrazně vyvíjí paměť, a to především ta pracovní. To pro jedince znamená rozvoj schopnosti rozumově zpracovávat větší množství vstupních informací. Dochází také k zrychlení jejich zpracování, a to v průměru o polovinu. Zrychluje se i schopnost přesouvat záměrnou pozornost na různé objekty, to znamená zvětšování flexibility pozornosti. Mezi 9. a 15. rokem tedy narůstá schopnost potlačovat nežádoucí podněty (Vágnerová, 2012). Šimíčková-Čížková & kol.

(2008) na druhé straně upozorňují na přechodné zhoršení percepční výkonnosti vlivem emoční lability, kdy se může zhoršit zejména registrace podnětů.

K výraznému rozvoji dochází také v oblasti metakognice. Dospívající získávají přesnější a podrobnější představu o svých kognitivních schopnostech, více o nich přemýšlejí a dovedou je také lépe využívat. Lépe také rozumí svým paměťovým schopnostem a učení. Mohou díky nim zjistit, jaké strategie učení a školní přípravy jsou v jejich případě nejefektivnější (Blatný, 2016). Pokroky v introspekci mohou vést k projevům adolescentního egocentrismu. Adolescent se domnívá, že se každý zajímá o jeho názory, přeceňuje vlastní důležitost a schopnosti. Opírá se o logické uvažování, může být sebekritický a kritizovat ostatní (Thorová, 2015).

Mimo jiné v tomto období vzrůstá také důležitost a význam fantazie, která se stává pojítkem mezi skutečností, reálným prožíváním a ideálem. Projevuje se formou denního snění, ve kterém se jedinec vidí v ideálním světle, ve kterém má ideální představy o vlastních kvalitách i dovednostech. Pokud je ale denního snění mnoho, může fungovat jako blokátor školní úspěšnosti, neboť zhoršuje motivaci pro učení a zaměřenost na stávající povinnost (Šimíčková-Čížková & kol., 2008).

### **1.3 Emocionální vývoj**

S biologickými změnami dochází v dospívání k oslabení autoregulace emocí a chování. Začátek adolescence bývá často provázen nárůstem emočních potíží, problémů v chování i častějších konfliktů s autoritami. Nedostatek sebeovládání a neuvážené reakce mají z biologického hlediska původ v nerovnoměrném dozrání mozkových center odpovědných za zpracování emocí a řízení chování, např. limbického systému. Taktéž dochází k rychlejšímu dozrání podkorových částí mozku oproti mozkové kůře, na níž rovněž závisí schopnost člověka ovládat sebe a svoje emoce (Santrock, 2012). S dozráním některých částí mozku souvisí také ovlivnění lidské motivace a schopnosti dospívajícího prožívat jídlo, sex, lásku, peníze a drogy jako velmi příjemné a vysoce odměňující (Young et. al, 2005).

U dospívajících teenagerů byla mimo jiné zjištěna větší hladina dopaminu v prefrontální kůře, což může být příčina silné touhy vyhledávat vzrušující zážitky, které bývají půdou pro výskyt rizikového chování. Zvýšená hladina dopaminu také způsobí

to, že dospívající méně pociťují strach z nevyzkoušených aktivit a experimentování (Vágnerová, 2012).

Na druhou stranu je zde ale pro tento věk charakteristická zvýšená úzkostnost a výskyt různých psychických obtíží. Emoční labilita se odráží ve sklonu k ruminaci, která se může projevovat zvýšenou senzitivitou na různé komentáře dospělých či vrstevníků, kterým přikládají nadměrný význam (Blatný, 2016). Díky intenzivním emocím a pomaleji se rozvíjejícím regulačním dovednostem, mohou být dospívající náchylnější ke vzniku psychopatologie. Zvyšuje se tak výskyt psychiatrických onemocnění jako jsou afektivní poruchy, schizofrenie, poruchy příjmu potravy nebo zneužívání návykových látek. Rozvíjí se svědomí, zvýrazňují se emoce jako lítost a úleva. Fyziologická reakce na stres je větší, dospívající na ní reaguje úzkostněji, s čímž souvisí větší výskyt panické poruchy (Thorová, 2015). U citlivějších jedinců se také mohou objevovat poruchy soustředění (Říčan, 2004).

Dospívající často reagují podrážděně. Jejich nálady bývají labilní, nápadně často se mění, převládají však záporné emoce jako je rozmrzelost, nepokoj, neklid, horečná aktivita, potom zase apatie hraničící s depresí. Dospívající často sám nerozumí tomu, co se s ním děje a vysvětlení přirozeně hledá v tom, jak se k němu chová jeho okolí. Výbušnost citů nemusí nutně znamenat hloubku nebo intenzitu této emoce. Kritický pozorovatel má často spíše dojem přecitlivělosti či sentimentality. Ani to, že se v pubescenci již vyskytují suicidia, nedokazuje intenzitu citu, ale spíše labilitu a nedostatek sebeovládání (Macek, 2003).

#### **1.4 Morální a sociální vývoj**

S kognitivními změnami, které byly popsány výše, souvisí i vývoj morálního usuzování. Dle Kohlbergovy teorie je dospívající jedinec ve stádiu konvenční morálky, přičemž málokterý dosáhne stádia postkonvenčního, které je charakterizováno zvnitřněním principů spravedlnosti, svobody a osobní zodpovědnosti. Pro většinu je tedy typická morálka založená na snaze být dobrým člověkem v očích lidí, na kterých jim záleží (Hardy et. al., 2010).

Zejména první polovina dospívání je charakteristická zvýšenou kritičností k rodičům oproti výrazné nekritičnosti vůči vrstevníkům. Objevují se tak i velmi časté konflikty

mezi rodičem a dospívajícím. Z výzkumů ovšem vyplývá, že čím méně těchto konfliktů musí dospívající absolvovat, tím vyšší má sebedůvěru a dosahuje vyšších úrovní morálního usuzování (Jedlička, 2017). Smékal et al. (2004) také upozorňuje na fakt, že i přesto že se může zdát, že oproti vrstevníkům rodina pro dospívajícího ztrácí smysl, v rané pubescenci je naopak nejdůležitějším socializačním činitelem utvářejícím identitu dospívajícího. Proto například rozvod rodičů může být vážným zásahem do integrity rodových rolí. Narušený obraz rodičů, díky kterému může dojít k znesnadnění identifikace s rolemi matka/otec, ztěžuje i pozdější přizpůsobení ve vlastních partnerských vztazích a manželství.

Dalším charakteristickým rysem pro dospívajícího je vyhledávání společnosti a společenské komunity, kde bude lidmi přijímán a oceňován. Osamělost v období pubescence a adolescence může být rizikovým faktorem pro budoucnost a pozitivně korelovat s pozdějšími kardiovaskulárními rizikovými faktory jako je vysoký cholesterol, vysoký tlak, vysoký body mass index (Caspi et al., 2006).

Sociální vývoj je důležitý i v otázkách zvládnání stresu adolescentů. Výhodu totiž mají ti, kteří dozrávají stejným nebo velmi podobným tempem jako jejich vrstevníci, protože s nimi mohou jejich změny sdílet a dočkají se pochopení. Ti, kteří dospívají například rychleji, mohou prožívat silnější úzkost (Vágnerová, 2012).

Důležitou součástí sociálního vývoje jedince je také školní prostředí, které při přechodu na druhý stupeň klade na jednotlivce větší zátěž ve smyslu samostatnosti, zodpovědnosti a schopnosti zodpovídat sám za sebe a svoje problémy. Střídající se vyučující často nemusí postřehnout problémy, které mezi žáky nebo u jednotlivých žáků mohou vznikat. Školní úspěšnost může souviset s rodinným prostředím a očekáváním rodičů. Dobře jsou na tom studenti pocházející z milujících a láskyplných rodin, oproti těm autoritářským, kde je naopak větší riziko nedokončení školy (Levine a Munsch, 2016).

Dalším velmi podstatným aspektem, o kterém je nutno se zmínit, je identita dospívajících, která také prochází oproti předchozímu vývojovému stádiu výraznou změnou a vývojem. Jedním z hlavních úkolů adolescentního jedince je rozvíjet pocit sebe jakožto autonomního individua. Mladý člověk postupně přijímá nové role a volí si

dlouhodobější cíle a hodnoty, díky kterým získává pocit smyslu života a pochopení jeho směřování (Upton, 2011). Hledání identity je tedy v tomto období přirozený proces, naopak jedinci, kteří se hledáním příliš nezabývají a nepřijímají žádné závazky ani zodpovědnost, mohou mít větší pravděpodobnost vzniku duševní poruchy (Blatný, 2016).

Identita samozřejmě souvisí i se sebepoznáváním. Velmi dobře se tak odráží v tom, jak dospívající sami sebe popisují. S vytvořením a přijetím vlastní identity a sebepoznání souvisí i chápání smyslu života, se kterým si dospívajícím zvědomuje téma smrti a smrtelnosti. Nárůst úzkosti v tomto období provází i rozvoj strategií, které pomáhají tyto obavy překonat jako je cynismus, humor, zlehčování, odstup apod. Jinou formou potom může být idealizace a mytizace smrti se spirituálním podtextem (Macek, 2003).

Dospívající se může intenzivně věnovat introspekci a sebereflexi. Jak si ujasňuje svoje hodnoty a názory vztahované k vlastnímu životu i ke světu, restrukturalizuje se jeho sebepojetí. Americká klinická psycholožka Ruthellen Josselsonová u dospívajících popsala čtyři stádia vývoje sebepojetí a identity:

**1. fáze diferenciacie (12 – 13 let):** Adolescent si uvědomuje, že se svými postoji a názor odlišuje od rodičů a je vůči nim zvýšeně kritický;

**2. fáze získávání zkušenosti a experimentování (14 – 15 let):** Dospívající se snaží sám přijít na to, co je pro něj nejlepší. Má pocit, že vše ví nejlépe, a vyhraňuje se proti autoritám, snaží se dosáhnout autonomie;

**3. fáze sblížení s přáteli (16 – 17 let):** Zlepšují se vztahy s rodiči, kritické postoje přestávají být tolik vyhraněné. Na významu nabývají přátelské a erotické vztahy, dospívající se chová zodpovědněji;

**4. fáze vztahu k sobě (18 let – konec dospívání):** Ustálení a upevnění názorů vztahovaných k vlastní osobě, k okolnímu světu a k budoucnosti. Formuje se pocit autonomie a jedinečnosti (Thorová, 2015).

## **2 Hyperkinetické poruchy**

Hyperkinetické poruchy se řadí mezi neurovývojové poruchy, které provázejí dětství, dospívání i dospělost. Dlouhou dobu však byla považována výhradně za onemocnění dětského věku (Cahová et al., 2010).

V posledních letech se u nás vedle oficiálního názvu „hyperkinetické poruchy“ stále častěji používá zkratka ADHD, která je přejatá z klasifikačního systému Americké psychiatrické asociace (Kulišťák, 2003).

Hyperkinetické poruchy převažují u mužské části populace. Jsou provázeny nepozorností, neschopností delší koncentrace, plánování či usměrňování motivace a vytrvalosti. Postižena bývá také paměť a prostorová představivost. K nejvýraznějším projevům patří hyperaktivita a impulzivita. Zvýšená aktivita je provázena zbrklostí, emoční labilitou, nepozorností, roztržitostí a chaotičností. Činnosti jsou realizovány bez rozmyslu. Pozorovateli se takový jedinec může jevit jako někdo, kdo „neposedí ani chvíli v klidu“ a je neustále v nějaké činnosti. Nesoustředěnost a potřeba zvýšené aktivity narušují výkon ve škole i mimoškolních činnostech. Opakovaně se objevují podobné chyby, není dodržovaný systém a řád (Malá, 2001).

Výrazné narušení zaznamenáváme v oblasti sociálních vztahů. Pro emoční labilitu a problematické chování jsou děti s hyperkinetickými poruchami vrstevníky i autoritami často odmítáni. To může vést k frustraci, pocitům selhání, dysforii nebo negativismu (Orel et al., 2016).

V rámci této kapitoly se zaměříme zejména na podrobnější představení hyperkinetické poruchy, a to zejména z hlediska základních charakteristik, diagnostických kritérií a způsobů léčby.

### **2.1 Vymezení pojmu ADHD**

Odborná terminologie v oblasti hyperkinetické poruchy prošla řadou proměn. Během dosavadního vývoje chápání je možné setkat se s různými pojmy, v nichž se odrážela předpokládaná etiologie onemocnění – např. minimální poškození mozku a později především dominující behaviorální faktory – např. hyperkinetický syndrom apod. Vývoj pojmů vztahující se k problematice lehkých vývojových poruch tak ilustruje



posun od důrazu na příčinu diagnózy (lehká mozková dysfunkce), ke snaze vyjádřit charakteristiky odrážející se v chování jedince (Porucha aktivity a pozornosti, Hyperkinetická porucha chování). První známý zdokumentovaný popis, vztahující se zejména k dnešní hyperkinetické poruše chování, byl zaznamenán v roce 1902, kdy britský lékař George Still přednášel o skupině dětí s poruchami mravní kontroly. Tyto děti údajně vykazovaly slabou sebekontrolu, přehnanou aktivitu a netrpělivost. V následujícím období se vyskytla řada diagnostických a deskriptivních termínů, které popisovaly poruchu v současné době označovanou jako ADHD (Ptáček & Ptáčková, 2018).

Podle Paclta (2007) ale termín ADHD zahrnuje mírnější parciální poruchy a nezahrnuje poruchy chování. ADHD lze diagnostikovat, pokud se u dítěte vyskytuje alespoň jedna porucha ze dvou, to znamená buď porucha pozornosti nebo hyperaktivita a impulzivita. Zároveň se dané příznaky objevují buď pouze v domácím nebo pouze ve školním prostředí. Oproti tomu termín hyperkinetický syndrom zachycuje podle autora závažnější příznaky, včetně poruchy chování, a lze jej diagnostikovat, pokud se příznaky objevují jak v domácím, tak ve školním prostředí. Presto že i v jiné odborné literatuře často dochází k zmatení, popřípadě záměně těchto pojmů, převládá názor, že ADHD je pouhou zkratkou nebo chceme-li jiným názvem pro hyperkinetické poruchy.

Hyperkinetická porucha se vyskytuje asi u 6% dospívající populace v poměru chlapců a dívek 3 až 5 : 1, přičemž asi u 50% lidí přetrvává až do dospělosti (Cahová et al., 2010). Lidé s hyperkinetickým syndromem chronicky trpí nepozorností, nadměrnou aktivitou a impulzivitou. Tyto charakteristiky se u nich projevují již v raných stádiích vývoje a to zřetelněji, než odpovídá jejich mentálnímu věku. Symptomy vystupují výrazněji v situacích, které kladou požadavky na udržení pozornosti, kontrolu pohybů a utlumení impulsů (Paclt, 2007).

Podle MUDr. Evy Malé (2001) je ADHD sociálně-psychiatricko-školní problém, který je charakterizován poruchou systému motorického, percepčního, kognitivního a behaviorálního narušujícího školní výkonnost dítěte s normálním intelektovým potenciálem.

Primární charakteristika hyperkinetické poruchy by se tedy dala rozdělit do tří oblastí, kterými jsou **deficit pozornosti, hyperaktivita a impulzivita**. Děti trpící touto poruchou mají problémy s udržení pozornosti ve větší míře než normální děti stejného věku a pohlaví. Avšak souborný pojem deficit pozornosti je multidimenzionální a může se vztahovat k deficitu čilosti, vzrušivosti, výběrovosti podnětů, soustředěné pozornosti, těkavosti nebo nedostatečnému rozsahu chápání apod. (Paclt, 2007). S rozptýlenou pozorností a poruchou kognitivních funkcí souvisí také obtíže v aspektu sluchovém a zrakovém. Dítě s těmito obtížemi není schopné usměrnit pozornost k podstatným informacím a zpracovává tak všechny podněty bez schopnosti selekce. Porucha exekutivních kognitivních funkcí se projevuje neschopností dokončit úkol nebo hru, organizovat práci nebo strukturovat volný čas. Poznávací funkce jsou omezeny i v oblasti vizuoaspciální. Je tedy narušena schopnost vnímání časových a zřakově prostorových souvislostí (Janderková et al., 2016).

Druhým základním rysem je **nadměrná nebo vývojově nepřiměřená úroveň motorické či hlasové aktivity**. Neklid, nepokojné vrtění se a všeobecně patrné pohyby těla, které nejsou nezbytné ani potřebné, jsou u těchto dětí běžným chováním. Takové děti často neposedí, ve škole jsou běžně mimo lavici, pohybují při práci rukama či nohama, hrají si s předměty, které nemají žádný vztah k zadané úloze, povídají si s jinými dětmi, skáčou do řeči nebo vydávají atypické zvuky (Cahová, 2010). Je přítomna motorická neobratnost a porucha vizuomotorické koordinace. Výkon pohybu je správný, ale jeho provedení je zbrklé, nepřesné, nekoordinované. To vše vede k poruše emocí a k emoční labilitě, u adolescentů k dysforii a pocitům nudy (Malá, 2001).

S problémem zhoršené vytrvalosti ve volném úsilí je propojena nedostačivost v útlumu chování, reagujícího na situační požadavky, neboli nadměrná **impulzivita** v porovnání s ostatními dětmi téhož věku a pohlaví. Tyto děti rychle odpovídají v různých situacích, aniž by čekaly, až budou dokončeny instrukce, či aniž by adekvátně zhodnotily, co se po nich v dané situaci chce. Výsledkem bývají často omyly vzniklé z nepozornosti. Tyto děti mohou rovněž selhávat v uvažování o potenciálně negativních, destruktivních či dokonce život ohrožujících následcích, které mohou při určitých činnostech vzniknout. S impulzivitou tedy souvisí i zvýšené riziko úrazu (Jucovičová & Žáčková, 2010).

## 2.2 Diagnostika ADHD

ADHD je v současné době jednou z nejčastěji diagnostikovaných poruch v dětském věku (Ptáček & Ptáčková, 2018). Zatímco v DSM-IV je ADHD pojímáno především jako vývojová porucha a její kritéria se vztahují prakticky pouze k dětskému věku, v DSM-5, která prošla značnou revizí, můžeme najít nový diagnostický pohled. Nejde již o poruchu typickou pro dětský věk, ale poruchu, která se může objevovat v průběhu celého života, nicméně její počátek je i dle DSM-5 v dětství. Požadavek, aby byly některé příznaky přítomné před 12 rokem, je ale oproti DSM-IV, která vyžadovala výskyt příznaků před 7 rokem, posun (APA, Americká psychiatrická asociace, 2013).

DSM-5 definuje tři základní typy ADHD:

- Kombinovaná porucha;
- Porucha s převahou nepozornosti;
- Porucha s převahou nepozornosti a impulzivity.

Rozlišuje také tři úrovně intenzity od mírné, střední až po závažnou, které se určují dle narušení sociálního, školního a pracovního fungování. Definovaná je zde také kategorie částečné remise, která se určuje, pokud byla v minulosti kritéria zcela splněna, během předchozích měsíců byla splněna částečně, ale symptomy ještě stále způsobují narušení v oblasti sociálního, školního či pracovního fungování (Ptáček & Ptáčková, 2018).

Diagnostická kritéria DSM-5 se rozdělují do pěti základních kategorií a jejich podkategorií:

- A) Přetrvávající nepozornost a/nebo hyperaktivita, které narušují fungování nebo vývoj;
- B) Některé příznaky nepozornosti nebo hyperaktivity byly přítomné před 12. rokem věku;
- C) Některé příznaky nepozornosti nebo hyperaktivity – impulzivity jsou přítomné ve dvou nebo více prostředcích (doma, ve škole nebo v práci, v kontaktu s přáteli a příbuznými, při jiných aktivitách);

- D) Jsou přítomny jasné důkazy, že tyto příznaky ovlivňují nebo redukují kvalitu sociálního, školního nebo pracovního fungování;
- E) Tyto příznaky se neobjevují zásadně v průběhu schizofrenie nebo jiné psychotické poruchy a jejich přítomnost nemůže lépe vysvětlit jiná duševní nemoc (např. afektivní porucha, úzkostná porucha, asociativní porucha, apod.) (APA, Americká psychiatrická asociace, 2013).

Příznaky (6 a více z podrobně rozepsaných kategorií) musí přetrvávat po dobu delší než 6 měsíců a musí být takového stupně, který neodpovídá vývojové úrovni jedince (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 2015).

MKN-10 kritéria pro hyperkinetickou poruchu obecně korespondují spíše s kritérii DSM-IV-TR a v zásadě i s kritérii DSM-5 kromě toho, že poruchu neuvádí jako celoživotní. Najdeme zde i několik odlišností v kategorizaci, symptomech a diagnostických označeních.

MKN-10 rozlišuje několik forem hyperkinetické poruchy:

- Porucha aktivity a pozornosti;
- Hyperkinetická porucha chování;
- Jiné hyperkinetické poruchy;
- Hyperkinetická porucha nespécifikovaná (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2008).

Pro diagnostiku je nutné, aby byla jednoznačně přítomná výrazná nepozornost, hyperaktivita a neklid. Tyto rysy chování by měly být pervazivní ve všech situacích, měly by být trvalé a neměly by být způsobeny jinými poruchami jako je například autismus nebo afektivní porucha. Co se týče kategorie nepozornosti, je nutné, aby šest z podrobně vypsanych devíti příznaků přetrvávalo po dobu 6 měsíců a byly takového stupně, který je maladaptivní a v rozporu s úrovní dítěte. Stejně tak je tomu u kategorie hyperaktivity s tím rozdílem, že musí být splněny alespoň tři příznaky z pěti a u impulzivity, která musí splňovat jeden bod ze čtyř vypsanych kritérií (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2008).

V souvislosti s hyperkinetickou poruchou je nutno zvažovat možnou přítomnost řady komorbidních diagnóz. Ve většině případů je nutné diferenciální diagnostické rozhodnutí. Když jsou přítomny dvě či více poruch je možné, že jedna bude primární a další sekundární (např. přetrvávající hyperkinetická porucha může vést rozvoji sekundárních poruch nálad). Bez ohledu na to, zda jde o primární či sekundární diagnózu, hyperkinetická porucha souvisí s vyšším výskytem přidružených diagnóz. Až 60% dětí a dospívajících s touto poruchou trpí alespoň jednou komorbidní poruchou a mnoho z těchto dětí má diagnózy vícečetné. Rozsáhlá epidemiologická studie ADHD prokázala, že 40% jedinců trpí kromě ADHD také poruchou opozičního vzdoru, asi 30% má přidruženou úzkostnou nebo tikovou poruchou a 14% z nich trpí zároveň i poruchami chování (Jensen et al., 2001).

Dudová a Hrdlička (2003) ve své studii uvádí tyto komorbidity ADHD:

- porucha opozičního vzdoru (50%),
- porucha chování (30-50%),
- porucha nálad (15–20%),
- úzkostné poruchy (15-25%),
- specifické poruchy učení (10-25%).

V souvislosti s ADHD se také hovoří o větším riziku užívání návykových látek. Longitudiální studie prokázaly, že osoby s historií ADHD v dětství, mohou být v dospívání náchylnější ke zneužívání alkoholu (Smith et al., 2002).

Důležitá je v případě hyperkinetické poruchy také diferenciální diagnostika, neboť jsou i jiné duševní poruchy, které se mohou vyznačovat obdobnými symptomy. Např. při poruchách nálady, ale také u záchvatovitých onemocnění nebo poraněních hlavy, zanedbávaných nebo zneužívaných dětí dochází k poklesu pozornosti a narušené regulace chování, což může být mylně zaměřeno za symptomatiku ADHD (Ptáček & Ptáčková, 2018). S deficitem pozornosti jsou spojeny také poruchy autistického spektra a mentální retardace (Orel et al., 2016).

Spencer a kol. (2002) uvádí některé rozdíly mezi ADHD a jinými poruchami:

- Jedinci s poruchami chování se od jedinců s ADHD liší persistentním antisociálním chováním jako je lhaní, podvádění a krádeže.
- Jedinci s poruchou opozičního vzdoru se snadno rozčílí a vykazují hostilní negativistické chování.
- Jedinci s depresivní poruchou mohou vykazovat známky nepozornosti, nicméně je přítomna ztráta zájmu o aktivity, úbytek energie, nikoliv hyperaktivita.
- V případě úzkostných poruch je hyperaktivní chování doprovázeno zvýšenými a perzistentními obavami a strachem.

### 2.3 Etiologie a prognóza

Čím jsou naše znalosti o fungování lidského mozku podrobnější, tím se paradoxně zdají být příčiny mnoha psychických poruch složitější než v minulosti. Tento posun se dotkl i hyperkinetické poruchy, která přestala být pouze lehkou mozkovou dysfunkcí, vzniklou nejčastěji v důsledku perinatálních komplikací. Podle současných názorů je příčina ADHD pravděpodobně heterogenní, v etiologii se mohou uplatňovat genetické i negenetické faktory (Drtílková et al., 2007). Pohledy na vznik ADHD, tak můžeme obecně rozdělit zhruba do třech kategorií, kterými jsou **etiopatogenické teorie**, **neuropsychologické teorie** a **integrativní modely** (Jucovičová & Žáčková, 2015).

Pod etiopatogenické teorie řadíme například **hereditární model**, který zdůrazňuje význam genetických faktorů. Vychází z předpokladu, že existuje určitý gen nebo skupina genů, které se významně podílejí na patogenezi poruchy. Díky rozvoji molekulární psychiatrie se začaly objevovat studie s cílem určit gen, který je odpovědný za danou psychickou poruchu. Novější studie spíše poukazují na více genů, které se vyskytují výrazně častěji u jedinců s hyperkinetickou poruchou, a které mohou modulovat mozkové neurotransmise a některé neurofyziologické funkce (Malá, 2001). Tím se dostáváme k **neurobiochemickému modelu**, který vysvětluje příčiny vzniku poruchy na úrovni změn neurotransmiterů. Tento model předpokládá poruchy dopaminergní a noradrenergní transmise, jinak řečeno **katecholaminovou hypotézu ADHD**, o kterou se doposud opírají farmakologické postupy léčby. Tuto hypotézu zpětně potvrzuje účinek psychostimulancií a nálezy zvýšené koncentrace dopaminového transportéru u neléčených případů ADHD (Drtílková et al., 2007).

Další etiopatogenickou teorií je **neurofyziologický model**, který vymezuje syndrom jako jednu z forem psychomotorické poruchy, jež má svou příčinu v poškození podkorových struktur, které hrají důležitou úlohu v zajišťování souhry volných a mimovolných pohybů. Výsledky novějších zobrazovacích studií popisují strukturální a funkční abnormality mozku u dětí s ADHD, které svědčí pro hypofunkční katecholaminové projekce z oblasti bazálních ganglií do nefrontálního kortexu (Ptáček & Ptáčková, 2018).

Kulišťák (2003) ve své publikaci popisuje mnoho výzkumů, které uvádí nálezy, jenž svědčí o poruchách předních oddílů mozku, hlavně orbito-frontálních systémů a jejich nervových propojení do limbických struktur. Podklady byly vesměs získány zobrazovacími metodami, jako je například SPECT a PET. Kvantitativní EEG studie u chlapců s ADHD našly pomalou aktivitu ve frontálních oblastech mozku a sníženou beta-aktivitu v oblastech temporálních.

Další z teorií vzniku ADHD spadá pod neuropsychologické teorie a je to **teorie deficitu inhibičních mechanismů**, podle níž je základním deficitem ADHD špatná behaviorální inhibice, kdežto pozornostní deficit je pouze jejím důsledkem. Neschopnost inhibovat interferující myšlenky a impulsy vede k sekundárnímu narušení exekutivních funkcí, kterými jsou pracovní paměť, seberegulace, internalizace řeči a rekonstituce (Theiner, 2012).

Na druhé straně Kulišťák (2003) uvádí nová zjištění týkající se pozornostních sítí v mozku. Tyto sítě nejsou v mozku striktně lokalizovány, ale propojují více oblastí mozku. Poškození některé z těchto sítí má stejné následky bez ohledu na to, zda byla poškozena cévní mozkovou příhodou, degenerativním onemocněním nebo vývojovou abnormalitou. Příznaky syndromu ADHD by tak odpovídaly deficitům ve dvou pozornostních sítích, a to exekutivní kontroly a bdělosti či udržování vigilantního stavu.

Co se týče negenetických faktorů, diskutuje se o vlivu konzumace alkoholu a kouření matky během těhotenství, nízká porodní váha, předčasný porod, perinatální traumata spojené s hypoxií plodu nebo také úrazy hlav zasahující frontální a nefrontální část mozku. Pro hypotézu o vzniku ADHD za předpokladu konzumace alkoholu matkou v

období gravidity svědčí fakt, že u dětí s fetálním alkoholovým syndromem se častěji vyskytují hyperkinetické projevy oproti dětem zdravým. Okrajově bývá zvažován i vliv toxinů prostředí, například radioaktivity nebo umělých aromat a barviv v potravinách. Průzkumy cílené na děti s ADHD a jejich rodiny rovněž napovídají, že porucha se s větší pravděpodobností projeví u dětí, které žijí v nepříznivých psychosociálních podmínkách, zejména jestliže dochází k jejich kumulaci (disharmonické, dlouhodobě konfliktní prostředí, menší sounáležitost rodiny a psychopatologie nebo nezralá osobnost u rodiče – zejména u matky) (Drtílková et al., 2007).

Je nesporné, že vedle diskrétních odchylek ve struktuře CNS se na vzniku a rozvoji těchto poruch podílejí negativní psychologické faktory a chronický stres způsobovaný nevhodnými výchovnými metodami a strategiemi – nedůslednost, lhostejnost k dítěti, ponechávání dítěte bez většího dozoru či naopak prosazování tvrdé disciplíny (Vališová, Kasíková, Bureš, 2011).

Porucha se s větší pravděpodobností projeví u dětí, které žijí zejména v dysharmonickém a dlouhodobě konfliktním prostředí. Samozřejmě velkým dílem může také přispět psychopatologie u rodiče – zejména u matky (Drtílková et al., 2007). Vazba matka - dítě je velmi důležitá při raném vývoji dítěte. Dítě potřebuje cítit pocity jistoty a bezpečí. Pokud dítěti pak matka takovou potřebu nebyla schopna poskytnout, dítě hledá někoho jiného, kdo by mu pomohl žádoucího pocitu dosáhnout. Hyperaktivita jako taková – těkání od jednoho podnětu ke druhému a upoutávání pozornosti – může být projevem úsilí potřeby jistoty a bezpečí dosáhnout (Vágnerová, 2012).

Psychosociální faktory zdůrazňuje také **psychoanalytická teorie** vzniku ADHD. Vysvětluje hyperaktivitu v rámci teorie objektivních vztahů. Vzrušení a neklid se objevují v souvislosti s dočasnou ztrátou nebo oddělením pečujících osob. Důsledkem je trvalá hyperaktivita, která je symptomovým chováním, za nímž se skrývá obava z blízkosti k někomu nebo něčemu. Yeschinová (2000) se dále snaží vysvětlit problémy lidí s ADHD pomocí Sternova konceptu afektivního vyladění, který je chápán jak rezonance emočních stavů mezi dítětem a primární pečující osobou. Autorka poukazuje na skutečnost, že tato afektivní dynamika pokračuje i v dalších vztazích, které vyvíjíme po celý život. Podle ní se u jedinců s ADHD vyskytuje odlišná forma emoční transakce, ve



které se opakují pocity frustrace a zmatení nebo prožitky konfliktů a kritiky z minulosti.

Jak naznačují výše uvedené modely, existuje řada rozmanitých přístupů, které vysvětlují vznik ADHD. Jednotlivé teorie a modely se ovšem zaměřují pouze na některé z aspektů, nepostihují však poruchu v celé její komplexnosti. Proto se Teeterová a Semrudová-Clikemanová (1995) rozhodly vytvořit transakční model vzniku ADHD. Do modelu bylo zahrnuto pět různých oblastí a to: neurobiologická, rozdělená na neurofyziologickou a neuropsychologickou, kognitivní, sociální, behaviorální a psychologickou. Rozdělení těchto oblastí dokládají četnými výzkumy, které v oblasti ADHD byly provedeny. Neurobiologické výzkumy prokazují, že ADHD má základ v centrálním nervovém systému. Vývoj a zrání nervové soustavy jsou ovlivněny genetickými a temperamentovými faktory. Je zde obousměrný vztah mezi neurálními mechanismy pozornosti, inhibicí a motorickou aktivitou, které v zásadě ovlivňují intelektuální a percepční kapacitu dítěte. Na vyjádření charakteristik ADHD má vliv domácí, sociální i školní prostředí.

O souhrnný výklad ADHD se pokusil také Sergeant (2000; in Kulišťák, 2003) a to pomocí kognitivně – energetického modelu. Ten řeší deficity při ADHD na třech odlišných úrovních:

1. první úroveň předpokládá nejnižší úroveň kognitivních procesů – kodování, centrálního zpracování a tvorby odpovědi;
2. druhá úroveň je tvořena z energetických rezerv – arousalu, aktivace a úsilí;
3. třetí úroveň modelu obsahuje systém řízení a exekutivní funkce

Model se tak snaží upozornit na skutečnost, že nejen potíže s inhibicí – což je hlavní deficit dětí s ADHD, ale také nedobrý energetický stav má vliv na funkčnost dítěte.

Co se týče **průběhu a prognózy** tohoto onemocnění v kojeneckém období je výrazná zejména porucha biorytmů, děti bývají nápadně neklidné a ukřičené, mají problémy s usínáním. V batolecím a předškolním období převažuje desinhibované chování spojené s dlouhotrvající fází vzdoru a výraznými záchvaty vzteku. V předškolním věku se již může projevit nadměrná divokost těchto dětí, zvýšená dráždivost a neklid. Ve školním

věku se dominantním příznakem stává porucha v kognitivní oblasti spojená s typickými behaviorálními problémy. Děti bývají často kárány za nekázeň, zapomínání úkolů, nedbalost a vyrušování. V tomto věku se u nich může rozvinout pocit neúspěšnosti a selhání a může tak dojít k rozvoji neurotických poruch (Thompson, 2018).

Oproti tomu v období adolescence se stupňují spíše poruchy chování spojené s impulzivitou s rizikem sociální maladaptace. Asi u poloviny dětí dochází ke spontánnímu ústupu hyperaktivity ještě před dosažením puberty. U 40-60% tato porucha přetrvává až do dospělosti a komplikovat život může především nedostatkem seberegulace a zvýšenou impulzivitou. Tyto charakteristiky tak mohou vést ke zvýšené pravděpodobnosti výskytu rizikového chování (Drtílková et al., 2007).

## **2.4 Terapie ADHD**

V současnosti je stále diskutovanějším tématem otázka dětské agresivity, hyperaktivity a problém s výchovou takových dětí. I přesto, že se dětská a dorostová psychiatrie v tomto oboru poměrně rychle vyvíjí, nic z toho ovšem nenahradí kvalitní rodinné prostředí a vyspělost rodičů, která může příznaky a vývoj ADHD u dítěte a dospívajícího zhoršovat nebo naopak zlepšovat (Paclt, 2007).

Hyperkinetické dítě svými projevy často vyvolává negativní reakce okolí, jeho výchova je náročná, v rodičích může vyvolávat pocit selhání, vzájemné obviňování, a svádět k používání tvrdých represivních výchovných postupů. V těchto případech může být prospěšná rodinná terapie, v rámci které je potřeba rodiče poučit o povaze onemocnění a doporučit tolerantní přístup, zdůraznit potřebu pochvaly a porozumění (Drtílková et al., 2007).

Co je pro léčbu takového člověka důležité vědět je to, že všechny obtíže a symptomy, se kterými se v rámci ADHD potýká, jsou potenciálně léčitelné. Stejně tak jak je potřeba při stanovování diagnózy spolupráce mnoha lidí, potřebuje i stanovení terapeutického plánu týmový přístup. Do takového týmu může spadat například školní psycholog, který se může zapojovat do testování dětí s ADHD, může vést poradenství pro učitele, jak s takovým dítětem pracovat, může zde být pro dítě v krizových chvílích a pomoci mu jak se se situací nebo samotnou diagnózou vyrovnat. Velmi vhodný je v tomto

případě také asistent pedagoga. Může prakticky poradit, jak se má s problematickým chováním dítěte a mládeže zacházet a mají zkušenost hlavně s dětmi, pro které je učení obtížné (Žáčková & Jucovičová, 2017).

Důležitým článkem je také dětský lékař, který může být první, který si všimne, že dítě trpí pravděpodobně ADHD. Neocenitelnou službou a pomocí jsou pro rodiny s dětmi a adolescenty s ADHD sociální služby, které nabízejí různé terapeutické a aktivizační služby, které pomohou dětem začlenit se do kolektivu, získat sebejistotu při kontaktu s vrstevníky nebo se díky ní naučí, jak řešit problémové situace. Pro rodiče to zároveň může být prostor pro odpočinek, který je při péči o takové děti potřebný (Munden & Arcelus, 2006).

V neposlední řadě je zde důležitá role psychologa ať už pro dítě nebo pro rodiče. Velmi vhodná bývá velmi často také rodinná terapie, v rámci které se všichni členové rodiny mohou naučit, jak s problematickým chováním dítěte tolerantně zacházet. Psychologové tak mohou nabídnout značnou pomoc a radu dětem a rodinám s ADHD a v mnoha případech jsou i hlavní oporou léčby. Mohou také nabídnout konstruktivní pomoc v situacích, kdy vztahové záležitosti nejsou tak dobré, jak by měly být (Thompson, 2018).

Obecně se při práci s dítětem v rámci rodiny doporučuje především sjednocení výchovného působení, vytvoření pevného denního režimu a rozvržení denních aktivit a vytvoření pevných domácích pravidel, která musí být výstižná a spravedlivá. Zároveň je důležité dítě nikdy netrestat zákazem aktivit, jež mohou být jedinými činnostmi, ve kterých dítě vyniká (Lechta, 2010). Diagnóza této poruchy by se také před dítětem neměla vůbec tajit, naopak by dítě mělo být seznámeno s jejími příznaky způsobem přiměřeným jeho věku. Dítě by mělo zažívat, stejně jako jeho vrstevníci, pocit úspěchu a důležité je, aby cítilo u rodičů porozumění, zastání a především také bezpečí (Drtílková et al., 2007).

Řada technik na zlepšení chování dětí vychází z behaviorální terapie, která je založena na využívání principu učení k získávání žádoucích reakcí a vzorců chování výměnou za nežádoucí. Terapeut používá konkrétní příklady ze života dítěte a snaží se, aby je dítě pochopilo a dokázalo jich využít při řešení potíží, které se vyskytují v každodenním

životě. Pro zmírnění nežádoucích projevů chování se používá mnoho behaviorálních technik, které v rámci rozsahu této práce nejsme schopni všechny vyjmenovat. Zaměříme se proto na dvě, kterými jsou analýza ABC a pozitivní podpora (Pešek, Praško & Štípek, 2013).

Analýza ABC spočívá v tom, že projevy většiny vzorců chování jsou ovlivněny předcházejícími událostmi (písmeno A) a následující událostmi (písmeno C). Změnou právě předcházejících nebo následujících událostí lze změnit projevy chování (písmeno B) nebo dosáhnou změny v četnosti výskytu těchto projevů. Terapeut tak požádá rodiče, aby zaznamenávali události, které předcházely nežádoucímu chování dítěte. Pak se spolu s nimi pokusí sestavit schéma, které ukazuje, jak se dítě za určitých okolností nevhodně projevuje. Terapeut také požádá rodiče, aby zapisovali události, které po nevhodném chování následovaly. Povede je to také k tomu, aby si uvědomovali své vlastní reakce na chování dítěte a co může dítě v důsledku svého chování získat (Pešek, Praško & Štípek, 2013).

Pozitivní posilování vychází z teorie, která říká, že reakce na podněty nebo určité chování jsou častější nebo silnější, pokud následuje ocenění. V rámci této techniky je potřeba dítěti podrobně a důkladně popsat chování, které se od něho očekává, a zároveň zjistit, zda dítě sdělení pochopilo. Vysvětlit dítěti důsledky každého žádoucího chování, aby si uvědomovalo co a za jakých podmínek dostane, když bude hodné. Toto chování opravdu odměnit a to co nejdříve potom, co se pěkně zachovalo. Zároveň je také potřeba nereagovat (do rozumné míry) na nežádoucí chování dítěte. Bude-li dítě o sobě slyšet, že je hodné a ne zlobivé, začne se dost možná snažit ještě více, aby bylo ještě více chválené. Posledním a velmi důležitým bodem je dítěti s celou situací pomoci například tak, že si s dítětem budou plánovat dopředu situace, které nejspíše prožije nebo se budou snažit dítě vystavovat co nejméně situacím, ve kterých velmi pravděpodobně hrozí jejich selhání (Munden & Arcelus, 2006).

Klěbě ADHD také neodmyslitelně patří farmakoterapie, a to zejména u těžších projevů ADHD. Nejčastější skupinou léků, která se při léčbě používá, jsou psychostimulancia, konkrétně Ritalin, který snižuje hyperaktivitu a impulzivitu a zvyšuje rozsah pozornosti. Při správném užívání se lze vyhnout nežádoucím účinkům, kterými mohou být například nespavost nebo nechutenství. Děti jsou po užití prášku méně agresivní,

začínají být poslušnější a lépe ovládají svoje impulzy. Zlepšuje se také kvalita jejich práce. Protože dochází i k tomu, že v rámci zlepšení jejich chování pod vlivem Ritalinu, dojde i ke zlepšení chování autorit i vrstevníků k nim, kromě zlepšeného sebeovládání se zároveň zvyšuje i jejich sebevědomí (Theiner, 2012).

V české republice se kromě Ritalinu předepisuje také Concerta a Strattera. Všechny tři preparáty jsou schváleny k podávání dětem ve věku od 6 let a výše s řádně stanovenou diagnózou ADHD. Výběr konkrétního léku záleží zejména na jednotlivém pacientovi. Zatímco Ritalin nebo Concerta nastupují s účinností téměř ihned, mají zase větší riziko vedlejších příznaků. Přesně naopak je tomu u Strattera, jejíž nástup může být zřejmý až po několika dnech nebo týdnech. U dětí tedy vybíráme volně ze všech tří druhů léků podle psychického stavu pacienta, snášenlivosti apod. U dospívajícího a dospělého jedince přihlížíme ke schopnosti pravidelného užívání léku nebo riziku jeho zneužití. Podle některých studií jsou pro adolescenty léky, které obsahují atomoxetin (tedy Strattera) z hlediska účinku lepší a nezpůsobují jim na rozdíl od methylfenidátu (Ritalinu nebo Concerty) dysforické stavy (Schaster et al., 2001; Smith et al., 1998).

Výzkumníci z americké akademie pediatriů v roce 2001 uveřejnili článek, ve kterém na základě klinické praxe a důsledné analýzy desítek studií, které zkoumaly efektivní léčbu dětí a adolescentů s ADHD, stanovili základní principy a postupy účinné léčby. Jsou jimi:

- Včasné rozpoznání diagnózy praktickým lékařem či psychologem a stanovení léčebného plánu.
- Stanovení výchovných a vzdělávacích cílů dítěte ve spolupráci lékař, psycholog, rodič a škola.
- Pokud je to možné předepsat dítěti vhodnou farmakoterapii v kombinaci s behaviorální či kognitivně behaviorální terapií.
- Pokud vybraná péče o dítě nevede ke stanoveným cílům, je na místě přezkoumání diagnózy a zhodnocení použití všech vhodných léčebných postupů, toho zda byl léčebný postup dodržen a zda se u dítěte nevyskytuje komorbidní porucha, která léčbu brzdí.

- Klinický psycholog by měl pravidelně poskytovat vedení rodičům a dítěti s ADHD a také systematicky sledovat pokroky v léčbě a dodržování léčby (American Academy of Pediatrics, 2001).

## 2.5 Charakteristika dospívajícího s ADHD

Tak jak bylo zmíněno v první kapitole, dochází v adolescenci ke spoustě fyzických i psychických změn včetně změn nálady, větší citlivosti na kritiku a menší stabilitě sebehodnocení. Tyto znaky jsou symptomy ADHD ještě více zesíleny. Porucha také příliš nenapomáhá, aby se dítě v pubertě snadno začlenilo do kolektivu. Může selhávat ve škole a v sociálních dovednostech. Adolescent s ADHD prodělává stejné změny jako jeho vrstevníci, ale je méně připravený zvládnout zodpovědnost plynoucí z nabytí samostatnosti, kterou vyžaduje stejně jako každý jiný v jeho věku (Závěrková, 2016).

V průběhu dospívání se pak stále výrazněji projevují komplikace ADHD v podobě přidružených psychických poruch. S antisociálním chováním se setkáváme u 25 – 30% pacientů, 30% z nich experimentuje s drogami, dříve začínají kouřit a více hrají hazardní a počítačové hry. Dříve také začínají sexuální život. Nejvýraznější, co se týče procentuálního zastoupení, jsou obtíže ve školní výkonnosti. Až 58% adolescentů s ADHD alespoň jednou opakuje ročník. Jestliže získají řidičský průkaz, mají adolescenti s ADHD větší sklony k riskantnímu řízení a častěji se stávají účastníky dopravních nehod (Goetz & Uhlíková, 2009).

Mnoho adolescentů s ADHD nedokáže dodržovat dohody uzavřené se svými rodiči. Není to jen projev přirozeného odporu v omezování rozletu, ale také nepozornost plynoucí z poruchy samé. Impulzivita, jako jeden z výrazných rysů této poruchy, vede ke zvýšené náladovosti, snížené odolnosti vůči zátěži, zejména psychické, a obtížnějšímu přijetí důsledků vlastního jednání, což často vede k snadnému vzniku a eskalaci konfliktů, bouřlivým hádkám a někdy i fyzickým potyčkám. I v tomto věku se tato porucha může projevovat pohráváním si s čímkoliv v dosahu, což může být mylně vysvětlováno především jako projev nedostatečného respektu k rodičům (Goetz & Uhlíková, 2009).

Dospívající s ADHD bývají méně sebekritičtí, téměř nereflektují, co si mysleli a co udělali a často chápou reakce svého okolí špatně. Ze svého jednání se učí jen těžko a

pomalou. Zkušenosti proto sbírají jen váhavě. Mají sklony dlouho setrvávat ve své vlastní předpojatosti a nenacházejí svou vlastní identitu. Dospívající tak mohou působit méně vyzrálé a dětinsky i přesto, že u nich probíhá stejný vývoj jako u ostatních jedinců (Jucovičová & Žáčková, 2010).

Rozdíl u dospívajících s touto poruchou je také z hlediska pohlaví. Zatímco chlapci se vyznačují motorickým neklidem a impulzivitou, dívky jsou spíše nepozorné a zasněné. S tím souvisí i větší introverze dívek oproti chlapecké extroverzi, která působí místy až agresivně. Dívky vše prožívají více na emoční rovině. Často se cítí osaměle a nepochopeně, mají sklony k sebeobviňování a ztrátě sebeúcty. Také mají oproti chlapcům větší sklony k depresím (Train, 1997). Jenett (2013) tyto rozdíly připisuje zásadní přestavbě mozku. V předním mozku, místě, které je zodpovědné za všechna rozhodnutí týkající se našeho jednání, za plného provozu mezi nervovými buňkami vznikají zcela nová propojení. Emocionální příspěvky z jader v mozkovém kmenu se bouřlivě hlásí o slovo a přehlušují racionální podíl ostatního mozku. Přední mozek by přitom měl fungovat jako prostředník, je však dočasně nebo situačně přetížen. Přední mozek je totiž místem, kde dochází k problémům s neurotransmitery zodpovědnými za diagnózu ADHD. Symptomatika se tak může v období adolescence zhoršit. Zejména z tohoto důvodu je proto nutná stabilní osobnost rodiče a autoritativní výchovný styl.

Ke zhoršení symptomů hyperkinetické poruchy v období dospívání může vést ponocování, které k věku všeobecně patří. Obecně u dětí s ADHD ale nedostatek spánku posiluje psychické symptomy jako je strach, neklid a nutkání. Když jsou nevyspalí, mají horší náladu a jsou ještě podrážděnější, neklidnější a obzvláště nepozorní. Pokud vlivem únavy dojde k odpolednímu spánku, večer mohou zažít druhý příliv energie a jejich mozek se opět stává aktivním, což vede k oddalování večerního usínání (Jenett, 2013).

Dospívající s ADHD také často mohou výrazně narušovat hranice ostatních. Dokážou sice velmi dobře rozlišovat mezi tím, co je jejich a co někoho jiného, většinou ale pouze na základě racionálního poznatku, který postrádá emocionální základ. Mají tak tendence se při překročení ospravedlňovat pseudologickým způsobem jako je například: „Má toho přece tolik, že si ani nevšimne, když si něco vezmu!“. Málokdy v těchto situacích umí projevit lítost. Zároveň mohou být dobře manipulovatelní, mohou se nechat snadno přemluvit kamarády například k drobnějším krádežím. S tím souvisí

i oblast, která je pro dospívající s ADHD poměrně specifická, a to je velmi časté střídání přátel. Ačkoliv to k věku samozřejmě patří, tyto lidé jsou schopni kamarády střídat řádově v hodinách. Nebezpečná bývají právě přátelství, při nichž jsou tyto adolescenti využíváni a stanou se tak závislí, že se ze vztahu vlastními silami nedokážou vymanit. Nejde tu ani tak o silnou emocionální vazbu, ale hlavně o vazbu s kamarády založenou na společné trestné činnosti nebo provokování či ponižování ostatních spolužáků (Ptáček & Ptáčková, 2018).

S tím souvisí i provokování a šikanování druhých, které dospívající s touto poruchou často vnímají jako legraci. Mnohem častěji ale bývají obětmi svých vrstevníků. Působí vždy o něco nevyzráleji a naivněji, což ostatní dospívající berou jako znamení toho, že jsou menší a bezbrannější. Dospívající s hyperkinetickou poruchou chování si velmi často neumí říct o pomoc a mohou tak trpět psychosomaticky v podobě bolesti hlavy, problémy se zažíváním, poruchami spánku apod. (Jenett, 2013).



### **3 Rodina**

O rodině a výchově toho bylo napsáno i řečeno mnoho. Vzniklo spoustu publikací a vědeckých i méně odborných článků o tom, jak správně vychovat svoje dítě. Pravdou je, že v dnešní společnosti na výchovu často nezbývá tolik času ani sil, kolik by si rodiče přáli nebo potřebovali. Stále častěji se setkáváme s rozpadem manželství a tím pádem i rodiny, která ovlivňuje následný vývoj dítěte. A právě proto se pozornost odborníků i široké veřejnosti zaměřuje na hledání vhodných výchovných postupů. Pouze láskyplné prostředí nestačí, základem úspěchu bývá důslednost, včasná, cílená a soustavná výchova. Rodina a její výchova by měla děti naučit přijmout zodpovědnost za svoje jednání a chování (Severe, 2000).

Právě rodinou a výchovnými styly se budeme v této kapitole podrobněji zabývat. Vymezíme význam a funkci rodiny, podíváme se na některé základní výchovné styly více do hloubky a zaměříme se zejména na pozitivní a negativní faktory rodiny ve vztahu k dospívajícímu s hyperkinetickou poruchou chování.

#### **3.1 Význam a funkce rodiny**

Rodina je primární nositel kultury, který poskytuje základ norem a hodnot dané společnosti. Vede dítě tak, aby bylo schopno přizpůsobit se prostředí, ve kterém vyrůstá, seznamuje ho s kulturními vzorci (tradice, zvyky, tabu, apod.) tím, že se dítě učí respektovat požadavky rodičů a je sankciované za jejich nesplnění (Výrost & Slaměník, 2008).

Definujeme-li rodinu jako systém, můžeme využít jeho nejjednodušší definici – „systém je soubor částí a vztahů mezi nimi“. Kdykoliv mezi blízkými lidmi existují intenzivní a kontinuální psychologické a emocionální vazby, může být užíván pojem rodina, i když jde o nesezdaný pár nebo o náhradní rodinu. Zvláštnosti rodinného systému spočívají v propojení prvků veřejných, sociologických i ryze soukromých a psychologických (Sobotková, 2012).

Obecně lze tedy říci, že rodina bývá charakterizována především z hlediska svého postavení ve společenské struktuře, dále pak z hlediska vazeb, sociálních funkcí a základních sociálních procesů, které v ní probíhají. Jedna z nejjednodušších definic popisuje rodinu jako malou skupinu osob, které jsou navzájem spojené manželskými,

příbuzenskými nebo jinými obdobnými vztahy a zvláště společným způsobem života (Lovasová, 2006). Rodina je přirozeným místem pro výchovu a růst (Satirová, 1994).

Vztahy utvořené v rodinně vytváří její strukturu, kterou tvoří neviditelný soubor funkčních požadavků, jež organizují způsob chování jednotlivých příslušníků. Rodina jako systém je v chodu na základně transakčních vzorců, které vytvářejí to jak, kdy a ke komu se vztahovat a jsou základem tohoto systému (Minuchin, 2013).

Satirová (1994) rozlišuje dva druhy systému rodiny – uzavřený a otevřený. V tom **uzavřeném** jsou spolu části přísně propojeny nebo naopak zcela uvolněny. V žádném z těchto případů neexistuje volný tok informací, ať už mezi členy nebo zvenčí dovnitř a naopak. Nejsou-li části propojeny, jsou jen zdánlivě účinné. Neexistují zde žádná hranice. V **otevřeném** systému rodiny jsou členové vzájemně propojeni, jsou vůči sobě vnímaví a citliví, dovolují výměnu informací mezi vnitřním a vnějším prostředím. V otevřených systémech se také více klade důraz na sebehodnocení, až druhotně na výkon a sílu. Jednání odpovídá vnitřnímu přesvědčení. Většina našich systémů je podle Satirové uzavřených, připouštějí jen málo změn a potlačují tak přirozený vývoj. Proto považuje za nutné, aby se dnešní rodiny měnily na systémy otevřené, aby nám rodina mohla poskytnout potřebnou péči a podporu, a zároveň byla schopná zajistit běžný chod věcí.

Podle Matějčka (2013) jde v rodině především o vzájemnost potřeb a jejich uspokojování, což současně znamená vzájemnost pocitu uvolnění spokojenosti, radosti a ostatních pozitivních prožitků. O rodinném soužití tedy můžeme mluvit tam, kde dítě uspokojuje psychické potřeby rodičů a rodiče uspokojují potřeby dítěte. V rodině na rozdíl od jiných výchovných institucí také není přísně oddělen životní čas a životní prostor vychovatelů a dítěte. Charakteristické pro rodinu je naopak propojení a vzájemné sdílení. To je pak základním předpokladem pro učení nápodobou, identifikaci, učení přitažlivými vzory a společnou činností.

I přesto, že dnes se kromě tradičního modelu rodiny objevují rodinné systémy novodobé (např. homosexuální pár vychovávající dítě), česká legislativa považuje za rodinu tu, která je založena manželstvím, což je v dnešní době umožněno pouze ženě a muži. Taková rodina se nazývá nukleární. Tato rodina je ve většině kultur uznávaná

jako jediná legitimní sociální jednotka plodící potomky a mající zodpovědnost za jejich výchovu (Sobotková, 2012).

Stručně lze základní funkce rodiny shrnout takto:

- reprodukční: plození potomků;
- emocionální: zajišťuje citové zázemí pro členy rodiny;
- socializační: učí děti zařazovat se do dané společnosti, či kultury;
- ekonomická: hmotné zajištění členů rodiny (Lovasová, 2006).

Souhrnně lze říci, že rodina poskytuje dítěti modely k napodobování a identifikaci. Předává mu základní model sociální interakce a komunikace v malé sociální skupině. Začleňuje dítě do určitého způsobu života a předává mu sociální požadavky a normy. Odměnami a tresty podporuje přijetí těchto požadavků dítětem. Tím dochází k socializaci dítěte v rodině, k jeho výchově a vývoji osobnosti (Čáp, 1993). Osobnost dítěte se rozvíjí v závislosti na podmínkách, které mu jeho přirozené sociální prostředí, tedy rodina poskytuje. Vztah s matkou (klíčovou osobou), uspokojování či ignorování potřeb dítěte, styl výchovy, osobnost rodiče, vzorce chování členů rodiny a způsob komunikace v rodině, to vše ovlivňuje formování osobnosti a sociálních kompetencí dítěte. Děti vyrůstají v různých podmínkách. Tomu potom odpovídá tzv. výstup v podobě osvojení či neosvojení sociálně kompetentního chování, podle kterého je daný jedinec svým okolím hodnocen (Výrost & Slaměník, 2014).

### **3.2 Výchovné styly**

Charakteristickým znakem rodinné výchovy je vytváření hlubokých a trvalých citových vztahů mezi dítětem a jeho vychovatelem. Pro rodinu je typický zejména interakční model výchovy. Ten předpokládá, že ve výchově nejde o jednostranné záměrné a cílevědomé působení aktivního vychovatele na pasivního vychovávaného. Dospělý vychovatel je také výchovně ovlivňován svým vychovávaným dítětem (Matějček, 1992).

Způsob výchovy v sobě obsahuje podstatné charakteristiky záměrného i bezděčného působení na dítě. Zahrnuje postoje dospělých k dětem, vzájemné emoční vztahy dospělých s dětmi, míru a způsob kladení požadavků a její kontroly, druh a množství kladených trestů, celkové emoční klima či ladění v rodině apod. Styl výchovy dále

zahrnuje upevněné postupy, techniky, praktiky, strategie, ale také názory rodiče na dítě a výchovu, ať už ty vyřčené nebo nevědomé. Celkový způsob výchovy silně působí na činnost dětí, na jejich psychický stav, nejrůznější složky osobnosti a projevy chování (Čáp, 1993).

Každý rodič se vyznačuje určitým způsobem výchovy, který je pro něho relativně stabilní, zároveň však dochází k různým variabilitám (např. rodiče často vychovávají jinak dceru a jinak syna). To, který výchovný styl bude pro daného jedince nejpřirozenější podle Čápa (1996) záleží na třech skupinách činitelů, kterými jsou:

1. **Společenskohistorické podmínky** od ekonomických, politických a kulturních až po výchovné tradice.
2. **Osobní zkušenosti a vlastnosti vychovatelů.** Do výchovného působení rodičů často zasahuje jejich zkušenost toho, jak byli sami v dětství vychovávaní. Rodiče s různými rysy osobnosti, ať už cholerik, flegmatiky, dominantní, submisivní nebo afiliativní neb hostilní budou k dětem přistupovat různě a každý z nich si osvojí jiný způsob výchovy.
3. **Vlastnosti a zkušenosti dětí,** jejich chování. Děti klidné, dobře komunikující podporují ve vychovateli kladný emoční vztah. U dětí hyperaktivních nebo jinak výrazných tomu bývá přesně naopak.

Kladný emoční vztah uspokojuje jeho důležité potřeby (jistota, bezpečí, pozornosti, porozumění apod.) naopak záporný emoční vztah tyto potřeby hluboce frustruje. To podstatně ovlivňuje psychosomatický stav jedince, jeho projevy, chování, styk s druhými lidmi, výsledky jeho činností, sebehodnocení apod. Podobně jsou na tom výchovné požadavky, které jsou na jedince kladeny. Pokud jsou přiměřené a adekvátní, mohou jedince vhodně stimulovat a rozvíjet, pokud jsou požadavky neadekvátní (ať už příliš nízké, vysoké nebo rozporuplné) narušují socializaci, projevy chování a formování osobnostních rysů jedince (Čáp & Mareš, 2007).

K poznání toho, co vůbec celkový styl výchovy je, jaké jsou jeho hlavní formy, účinky a vznik se velkou měrou zasloužil Kurt Lewin se spolupracovníky, kteří na základě svých poznatků a výzkumů rozlišili tři základní koncepce, kterými jsou autoritářské, liberální

a demokratické výchovné vedení. Jedná se o tzv. **typologický model** (Prekopová, 2010).

Při **autoritářském** vedení rodič nerespektuje, nebo respektuje pouze minimálně, potřeby, přání či pocity dětí s minimální snahou jim porozumět. Děti determinuje svými zkušenostmi a úsudky a poskytuje jim málo samostatnosti a iniciativy. Takový rodič je také často velmi dominantní, na dítě klade vysoké nároky, rozkazuje a více trestá. Do autoritářského stylu někteří autoři řadí i perfekcionismus rodiče. Perfekcionismus je založen na přísné a náročné výchově. Rodiče chtějí mít perfektní dítě a to potom žije pod neustálým tlakem, že není dosaženo dokonalosti, i přesto že dítěti může chybět nadání. Jako důsledky této výchovy se objevují obranné mechanismy (útěky do nemoci), nevolnosti, útěky do regrese a útěky do apatie. Tento styl výchovy také vede děti k vyššímu napětí, dráždivosti, dominantnosti a agresivitě (Fontana, 2003).

Další z výchovných stylů je styl **liberální**, při kterém rodič dítě řídí málo nebo vůbec, neklade na něj téměř žádné požadavky. Pokud už nějaký požadavek vysloví, nekontroluje a nepožaduje jeho důsledné plnění. Jiní autoři tento styl nazývají hyperprotektivním. Při protekcionismu neboli rozmazlující výchově rodiče dítě ochraňují a ve všem mu vyhoví. Zdroj jakýkoliv problémů vidí v okolí. Důsledkem takovéto výchovy může být to, že dítě je pasivní, nejedná. Nedůslednost (improvizace) se ve výchově projevuje tak, že rodiče podléhají dítěti, když chce něco naléhavě, podléhají vlastním náladám a dítě získává zkušenost, že vše jde, pokud ví, jak na to. Důsledky se projevují manipulací s lidmi ze strany dítěte a tak, že dítě nemá vůli. V takovém případě si dítě často říká o pozornost, na kterou je zvyklé a kterou si mnohdy vynucuje všemi možnými prostředky. Bývá také závislé na pochvale dospělého (Prekopová, 2010).

A konečně poslední z trojice je **demokratický** výchovný styl, kdy rodič uděluje méně příkazů a požadavků, podporuje samostatnou iniciativu dítěte, diskutuje o společné práci a působí spíše příkladem, než tresty a zákazy. Zároveň je ale důsledný a pevně drží hranice přijatelného chování (Fontana, 2003).

Pro lepší pochopení přikládáme grafické znázornění tohoto modelu.

Obrázek 1.: Typologický model (In Čáp, 1993, s. 334)



Na Lewinovo bádání v 70. letech navázala Baurmindová (Čáp & Mareš, 2007), která svoji teorii o výchově nazvala **model čtyř stylů výchovy**. V modelu se nachází dvě dimenze. První dimenze rozděluje rodiče na odmítající a akceptující, ta druhá se potom týká toho, zda jsou rodiče nároční a kontrolující nebo nenároční a nekontrolující. Vzorce výchovného působení potom získáme, pokud zkombinujeme tyto dvě dimenze. Na obrázku lze vidět, že Baurmindová počítá, kromě již tří uvedených stylů výchovy z Lewinovy koncepce, se čtvrtým zanedbávajícím stylem.

Obrázek 2.: Model čtyř stylů výchovy (In Čáp, Čechová, & Boschek, 2000, s. 6)

Rodiče	odmítající	akceptující
nároční a kontrolující	autotitářský styl ①	autorativně vzájemný styl ④ ⑤
nenároční a nekontrolující	zanedbávající styl ②	shovívavý styl ⑥ ⑧

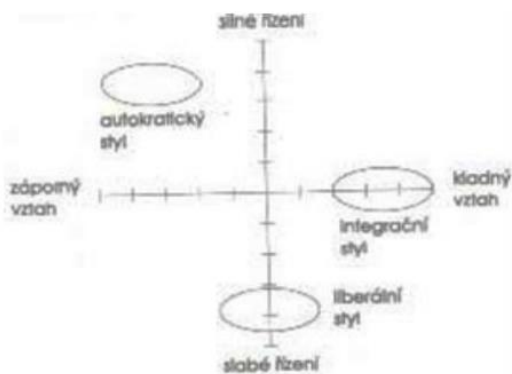
Charakteristiky ostatních výchovných stylů jsou popsány výše. Přidáváme popis zanedbávajícího stylu od Fontany (2003), který je v jeho celé charakteristice zaměřen spíše na rodiče, což vypovídá o tom, že děti v těchto případech nebývají centrem zájmu rodiny. Rodiče v případě zanedbávajícího výchovného stylu nevěnují svým dětem moc času, což vede k tomu, že děti hledají náhradní zdroje uspokojení jejich potřeb u jiných osob nebo činnostech. Podle Fontany jsou to právě ty děti, které mají sklon k zapojení do špatné party nebo k problémovému chování.

Podobným popisem výchovných stylů je také Schaeferův **model dvou dimenzí**, který je obdobou některých modelů osobnosti (např. Eysenckova), a zároveň pokládá počátky analyticko-syntetických modelů výkladu výchovy. Tento model předpokládá,

jak už z názvu napovídá, dvě dimenze, na kterých se pohybuje výchova rodiče. Těmi dimenzemi jsou:

1. dimenze emočního vztahu k dítěti: láska, kladný postoj x nepřátelství, záporný postoj;
2. dimenze řízení: autonomie, minimální řízení x přísná kontrola, maximální řízení (Boschek, Čechová & Čáp, 2000).

Obrázek 3.: Model dvou nezávislých dimenzí (In Čáp, 1993, s. 334)



Tento model se ale ukázal jako velmi zjednodušující, například kladný a záporný pól v dimenzi emočního vztahu se nevylučuje, u rodičů jsou známy časté případy ambivalence. Proto pro překonání nedostatků byl vymyšlen **model čtyř komponent výchovy a jejich kombinací**, o který se zasloužili Božena Rotterová a Jan Čáp. Model rozlišuje komponenta požadavků, komponenta volnosti, komponenta záporných emocí a komponenta kladných emocí, které se vzájemně kombinují v různých kvantitativních stupních a kvalitativně odlišných formách. Všechny získané údaje o jednotlivých komponentách lze následně sloučit a vytvořit komplexní charakteristiku výchovného stylu. Tento model tedy již počítá se složitostmi a rozporuplnostmi, ke kterým při diagnostice konkrétní výchovného stylu dochází (Klégrová & Zelená, 2006).

Navržený model způsobů výchovy ve výše uvedené formě je sice relativně použitelný k vyjádření individuálních případů, hůře se ale zobecňuje. Proto s přihlédnutím k dalšímu výzkumu a své praxi Čáp s Čechovou (1992) vyjádřili hlavní formy způsobů výchovy **schématem dvanácti polí**. Emoční vztah rodičů k dítěti rozlišili na tři formy, konkrétně kladný, střední a záporný. Formy výchovného řízení rozdělili do čtyřech kategorií, a to řízení silní, střední, slabé a rozporné. Kombinací těchto forem vzniká

dvanáct různých stylů výchovy, kdy každý z nich působí na osobnost i chování dítěte různě. Opět přikládáme obrázek pro dokreslení.

Obrázek 4.: Model dvanácti polí způsobu výchovy (In Čáp, Čechová, & Boschek, 2000, s. 6)

Způsob výchovy v rodině		Řízení			
		silné	střední	slabé	rozporné
Emoční vztah k dítěti	záporný	1	2	3	4
	střední	5	6	7	8
	kladný	9	10	11	12

Další praxí se ale některé komponenty modelu ukázaly spíše jako uměle vytvořené než odpovídající realitě, např. střední emoční vztah rodičů byl těžko identifikovatelný. Proto Čáp a Boschek (1994) přepracovali schéma na **model devíti polí**. Právě tento model je pro naši práci důležitý z toho důvodu, že z něj vychází standardizovaný dotazník pro zjišťování způsobů výchovy v rodině, který v praktické části používáme a budeme se jím tedy více zabývat v kapitole 7.1 Metody získávání dat. Pro krátké doplnění přikládáme grafické znázornění modelu devíti polí.

Obrázek 5.: Model devíti polí (In Čáp 1996, s. 153)

Emoční vztah	Řízení			
	silné	střední	slabé	rozporné
záporný	1 výchova autokratická, tradiční, patriarchální		2 liberální výchova s nezájmem o dítě	3 pesimální forma výchovy, rozporné řízení se záporným vztahem
záporněkladný	9 výchova emočně rozporná, jeden z rodičů zavrhuje, druhý extrémně kladný nebo dítě je s ním v koalici			
kladný	4 výchova přísná a přitom laskavá	5 optimální forma výchovy se vzájemným porozuměním a přiměřeným řízením	6 laskavá výchova bez požadavků a hranic	7 rozporné řízení relativně vyvážené kladným emočním vztahem
extrémně kladný			8 kamarádský vztah, dobrovolné dodržování norem	



### **3.3 Pozitivní faktory rodiny ve vztahu k dospívajícímu s ADHD**

Dítě s ADHD zpravidla nenaplnjuje rodičovská očekávání. Nechápe sociální signály, nereaguje na emocionální nabídky a jen málokdy uposlechne jasné pokyny. Takové chování je pro rodinný život téměř vždy problematické a rodiče stojí mnoho úsilí na tyto specifika adekvátně reagovat tak, aby to bylo spíše ku prospěchu chování dítěte.

Obecně jako pozitivní faktor, který má vliv na projevy ADHD u dospívajícího, funguje především sjednocení výchovného působení, vytvoření pevného denního režimu, rozvržení denních aktivit a vytvoření pevných domácích pravidel, která musí být výstižná a spravedlivá. Jenett (2013) za pozitivní faktor zdůrazňuje autenticitu a upřímnost rodiče. V tom, co považují za důležité dodržovat, by měli jít svým dětem příkladem. Dítě se zkušeností, že rodič mluví a koná v souladu, lze mnohem snáze směřovat a vést tím směrem, kterým rodič chce. Důležitý je také autentický zájem o dítě. Nechat dítě vypovídat i ve chvílích, kdy je vyprávění chaotické nebo se dítě hůř vyjadřuje, je důležitým krokem k jeho vlastnímu sebepoznání a zvýšení pocitu vlastní hodnoty.

Train (1997) taktéž upozorňuje na důležitost být jako rodič jednoznačný a důsledný. Pokud dítě zjistí, že se rodič nechová, podle stanovených pravidel, bude reagovat negativně. Na každé dítě působí nejednoznačnost rodiče špatně, natož na dítě s ADHD, u kterého je ještě o to více nutno dbát na denní řád. Pokud je pro něj chování rodiče nebo situace nečitelná, projevy ADHD se zněkolikanásobí. Obdobně je to i s důsledností, která pro rodiče bývá mnohdy obtížná. Pokud je rodič důsledný, pevně dodržuje stanovená pravidla popřípadě odměnu či trest za dodržení nebo porušení pravidel, působí to na dítě s ADHD velmi pozitivně, dělat výjimky a ústupky se často nevyplácí. Zároveň je dobré se na pravidlech a případných sankcích či odměnách s dítětem domluvit. Jako trest se ale výrazně nedoporučuje dítěti odeprít činnost, ve které zažívá pocity úspěchu. Vzhledem k tomu, že ADHD dítě běžně zažívá pocity selhání, nemělo by být cílem výchovy mu za trest sebrat činnost, ve které má možnost zažít pocity opačné a zlepšit si tak sebevědomí (Vágnerová, 2012).

Naopak pozitivně na dítě s ADHD působí zaměření se na jeho kladné vlastnosti a zároveň ocenění za žádoucí projevy a způsoby chování. Je důležité objevit oblast, ve které je úspěšné, a na tu se zaměřit. Celkově se doporučuje u dětí s ADHD pracovat

především s oceňováním, výhodami a pochvalami, než s tresty (Jucovičová & Žáčková, 2015).

I přes doporučení jednotné výchovy, se v rodinách, kde je dospívající s ADHD, setkáváme s velmi protikladným výchovným stylem. Rodiče nejsou za jedno a mnohdy si tuto skutečnost ani neuvědomují. Pohybují se mezi starostlivou ochranou a ponižujícím ztrapňováním, mezi svéprávností zbavující záchranou a příkrými požadavky, mezi přátelským povzbuzováním a smutnou rezignací. Dítě se potom může cítit jako obětní beránek a jít svojí vlastní cestou, kde už žádné způsoby výchovy nezaberou. Jako protektivní faktor na projevy ADHD tak působí vzájemná podpora a pomoc mezi rodiči i přesto, že výchova ADHD dítěte manželské a partnerské vztahy zatěžuje mnohdy až na hranici jejich rozpadu. Potíže s takovým dítětem mohou vést k odvedení pozornosti od jiných potíží, které se ve vztahu mohou vyskytovat (Vališová, Kasíková, Bureš, 2011). Proto Jenett (2013) doporučuje pro rodiče, kteří mají ADHD nebo jinak problémové dítě, navštěvovat rodinnou poradnu hned od začátku zjištění diagnózy.

Jenett (2013) za další důležité rodinné zdroje považuje spolupráci a komunikaci. I přes nesnadnost a mnohdy i bezvýchodnost komunikace s dospívajícím s ADHD, doporučuje rodičům vytrvat a nenechat se odradit neúspěchem momentálních snah. I když se to jeví, jako že je děti neposlouchají, opak bývá mnohdy pravdou, děti s ADHD často registrují víc, než se zdá. Carter (2014) k tomu ještě dodává doporučení dětem s ADHD vždy jasně a pevně představit svoje plány, které jsou následně na to ale potřeba dodržet, nejlépe i s časovým ohraničením, aby dítě nebo dospívající měl možnost se v situaci lépe orientovat. Důležitá jsou pro děti s ADHD také jednoduchá, jasně formulovaná a pro ně přiměřená a pochopitelná pravidla. Doporučuje také denní rozvrhy nebo nástěnky, díky kterým by se naučilo systematicky organizovat čas, jehož vnímání mají často zkreslené. Výborně ale reagují na vizuální vnímání.

Jucovičová a Žáčková (2015) za pozitivní faktor ovlivňující projevy ADHD u dítěte považují klidné rodinné prostředí, ve kterém dítě bude cítit lásku od rodičů i za předpokladu, že zlobí. Dítěti je třeba dát jasně najevo, že v rodiči bude mít vždy oporu a doma najde kvalitní zázemí. Dítě by mělo mít pevné místo v rodině, pocit sounáležitosti a bezpodmínečné přijetí.

Doporučuje se také pro rodiče pracovat s jejich vlastní trpělivostí. Rodič, který vede své dítě už od mala k samostatnosti i přesto, že mu diagnóza ADHD mnohé činnosti znesnadňuje a trvají mu tak mnohem déle, pomáhají dětem zlepšovat jejich soustředění. Rodič, který jim do činnosti netrpělivě zasáhne a udělá ji za ně, dítě velmi rychle naučí, že se nemusí snažit a namáhat (Jucovičová & Žáčková, 2015).

Těžištěm správné výchovy by tak mělo být především budování silného pocitu vlastní identity. Dospívající, u kterého se projevují problémy v chování, si obvykle málo váží sám sebe. Rodič mu může pomoci lépe se vyznat sám v sobě tím, že se ho bude ptát na to, co se mu líbí, co má rád, jaký je. Celou svojí výchovou by v ideálním případě měl rodič s ADHD dospívajícím směřovat k tomu, aby dítě dokázalo život vidět objektivně, aby si dokázalo vážit důležitých osob v jeho životě a umělo se vyrovnat s případnými rozporuplnými pocity (Train, 1997). Má-li dítě přijmout samo sebe, vnímat se pozitivně a být schopno sebekontroly, potřebuje mít vůli a sebekázeň. Proto na dítě s ADHD pozitivně působí alespoň chvilková každodenní nejlépe fyzická činnost, která pro něj bude jak výzvou, tak i splnitelným úkolem. Ve chvílích plnění úkolu je zároveň potřeba, aby dítě cítilo jistotu v rodiči v tom slova smyslu, že kdyby se mu něco nedařilo, včas zasáhne a pomůže mu (Závěrková, 2016). Jucovičová a Žáčková (2015) k tomu dodávají nutnost volit pro takové děti adekvátní zájmovou činnost. Pro dítě s ADHD tak bude pravděpodobně lepší sport než hra na klavír.

Je-li dítě dostatečně silné a jeho pocit identity už je zformován, je možné, aby se začalo učit sebekontroly. V této chvíli pomáhá, když dospívající vnímá ADHD jako určitý druh poruchy, kterou ale může ovládat. Zde je také obrovské pole působnosti pro rodiče či psychology nebo pedagogy, aby takto hyperkinetickou poruchu dokázali dítěti podat. Dokáže-li se dítě od svého handicapu odpoutat, bude nakonec schopno ho překonat. Potom se snáze vyrovná samo se sebou a časem se naučí své chování ovládat (Jucovičová & Žáčková, 2015). Train (1997) zároveň zdůrazňuje, že ví-li dítě o svém handicapu předčasně, může ho i zneužívat a snadno se tak vzdávat odpovědnosti za své chování.

Z průzkumu Žáčkové (2005) vyplynulo, že optimální výchovný styl pro vedení hyperaktivního dítěte je ten, kde je kombinováno pevnější výchovné vedení, které je

důsledné a dává dítěti hranice, s citlivým a pozitivním přijímáním dítěte, kdy dítě vnímá lásku rodičů a zároveň je schopno přijmout samo sebe takové, jaké je.

### **3.4 Negativní faktory rodiny ve vztahu k dospívajícímu s ADHD**

I přesto, že někteří autoři pokládají ADHD čistě za poruchu vývojovou, kterou lze vysvětlit neurologicky, nezpochybují, že na rozvoj a projev těchto poruch má negativní vliv například chronický stres, způsobovaný nevhodnými výchovnými metodami a strategiemi – nedůslednost, lhostejnost k dítěti, ponechávání dítěte bez většího dozoru či naopak prosazování tvrdé disciplíny (Vališová, Kasíková, Bureš, 2011). Rodiče, kteří vykazují spíše lhostejný výchovný styl nebo se vyznačují netrpělivostí, mohou narušit proces osamostatňování se dospívajícího. Vzhledem ke zmenšené schopnosti plánovat u jedinců s ADHD v kombinaci s jejich častou nemotorností, mohou vést k tendenci rodičů zasáhnout v roli pomocníka (Závěrková, 2016).

Jucovičová a Žáčková (2015) zdůrazňují velký rozdíl mezi správným výchovným postupem, u kterého může dojít ke zmírnění nebo až úplnému omezení nežádoucích projevů na minimum oproti nesprávnému vedení, při kterém se projevy ADHD naopak zdůrazní nebo dokonce zhorší a jsou více nápadné.

Porucha se s větší pravděpodobností projeví u dětí, které žijí zejména v disharmonickém a dlouhodobě konfliktním prostředí. Samozřejmě velkým dílem může také přispět psychopatologie u rodiče – zejména u matky (Drtílková et al., 2007). Život v nepodnětném nebo nevhodném prostředí zvyšuje riziko zafixování nežádoucích způsobů chování v době, kdy je rodina nejdůležitějším sociálním prostředím. Dítě se zde nemusí naučit rozlišovat sociální signály a adekvátně na ně reagovat, což může být z hlediska syndromu ADHD klíčové (Vágnerová, 2012).

Dítě s ADHD může trpět běžnými hádkami o dost více než ostatní děti. Jeho roztěkanost se může ve chvíli rozrušení zhoršit, a jeho následná hyperaktivita a impulzivita situaci doma mohou ještě více zhoršovat. Dítě nedokáže pochopit, co se kolem něho děje, cítí se ohrožené a v takové situaci nereaguje adekvátně, ale přemůže ho impulzivita, jakožto jeho způsob zvládnání. Snaží se tak přizpůsobit situaci v rodině a zaujmout ostatní svými vlastními problémy. Na dítě s ADHD obzvláště negativně působí, nejsou-

li rodiče schopni se v konfliktních situacích domluvit. Děti potřebují mít jasnou představu o rodinných vztazích a vzájemné ambivalentní vztahy rodičů jim rozhodně neprospívají. V takové situaci je pro ně lepším když znepřátelení rodiče žijí odděleně. (Train, 1997).

Vojtová a kol. (2012) zdůrazňují, že disharmonické rodinné prostředí je zejména pro dospívající s ADHD krizovým pro další projevy chování. Pokud rodiče neplní svoji roli a k jejich nezájmu se přidá i školní neúspěch, mají tyto dospívající tendenci potřebu sociálního kontaktu a seberealizace uspokojovat v nevhodných partách. Objevuje se záškoláctví, lhaní, experimentování s návykovými látkami i první sexuální zkušenosti. Tyto problémy v chování přidružující se k samotné diagnóze často pramení právě z nevyřešených rodinných vztahů a nepříznivé situace v rodině.

Jucovičová a Žáčková (2015) přímo uvádí několik nesprávných postupů při výchově ADHD dítěte, kterými jsou:

- **Nejednotná výchova**, která následuje v případě, že se rodiče nedohodnou na jednotném postupu. Někdo dítěti něco zakáže a druhý to povolí.
- **Perfekcionistická výchova**, která je výchovou příliš náročnou, autoritářskou a přísnou. Výchova dítěte a dospívajícího s ADHD vyžaduje sice důslednost, systém a řád, nikoliv ale necitlivý přístup.
- **Příliš liberální výchova**, popřípadě výchova úzkostlivá až příliš ochraňující, tedy výchova kdy je naopak dítěti povoleno vše. To co provede, bývá přehlíženo omlouváno nebo bráno na lehkou váhu. Při této výchově chybí dítěti řád – není mu jasné, co smí, a co ne.
- **Nevyvážená, nedůsledná, lhostejná výchova**, která se svým způsobem podobá nejednotné výchově. V tomto případě ale často rodič něco zakáže a později tu samou věc ve stejné situaci povolí, uloží dítěti nějaký úkol, ale nekontroluje, zda jej splnilo. Dítě bývá tímto postupem zmatené, neví, jak se správně zachovat.

Novák (2014) oproti tomu popisuje typické charakteristiky, které se vyskytují v rodinách s dětmi s výraznými hyperkinetickými poruchami chování:

- Dlouhodobě přetrvávající rozpory, chybění pocitu pohody;
- Soutěžení rodičů namísto spolupráce, patří sem i žárlivost na vztah dětí k protějšku;
- Děti bývají vmanévrovány do postavení, které jim nenáleží. Mohou být považovány za viníka všech problémů nebo naopak za jedinou oporu proti druhému rodiči;
- V rodině není přehledná a jasná komunikace, fakta jsou často zkreslována;
- V rodině chybí pocit vzájemného sdílení a opory;
- Chybějí přátelské vztahy mimo rodinu;
- Sexuální otázky a problémy jsou v rodině tabu;
- Konfliktní situace jsou maskovány, pokud je to alespoň částečně možné.

Z výzkumu Žáčkové (2005) vyplynulo, že nejvíce výchovných problémů bylo zaznamenáno u dětí, které byly vedeny příliš volně, bezhraničně, lhostejně. Další skupinou dětí s velkými výchovnými problémy v rámci ADHD diagnózy byly děti, které byly vedeny sice pevně, ale příliš tvrdě – necítily od rodičů pozitivní přijímání. Zejména u této skupiny dětí byly zaznamenány výchovné obtíže, které přetrvávaly i v dospělosti.

Za nevýhodu ale také považuje, když je dítě s ADHD jedináček, kdy se rodiče často uchylují ke shovívavosti, rozmazlování a přílišné ochraně. Matka tak často prodlužuje období infantilní péče a brání dítěti v samostatnosti. Matka bývá na dítěti také často citově závislá, což se později může projevit větší hyperaktivitou a impulzivitou dítěte (Train, 1997).

Cílem rodičů při výchově dítěte s ADHD by tedy mělo být nalezení způsobu, jak si počínat v soužití s dítětem tak, aby se dosáhlo stavu přijatelného pro obě strany. Je třeba snažit se odlišit, za co dítě ve svých projevech může a tudíž si zaslouží potrestání, a za co naopak nemůže a trestání je zbytečné, vede jen ke snížení sebevědomí, k pocitům méněcennosti a k větší zatvrzelosti dítěte (Jucovičová & Žáčková, 2010).

## 4 Osobnost

Pojem osobnost je používán v různých významech, ať už je to v lidové řeči, právu, sociologii, historických vědách nebo se tímto pojmem rozumí neobyčejný nebo jinak výrazný jedinec. Do psychologie byl tento pojem zaveden až na počátku 20. století, kdy se ukazovala nutnost sledovat duševní život člověka jako celek, jako vnitřní uspořádání duševního života, který se vyznačuje určitou organizovaností a neprojevuje se pouze jako soubor myšlení, vnímání nebo cítění (Nakonečný, 2009).

Osobnost člověka se utváří v rámci konkrétních lidských situací a důležitou roli v její tvorbě hraje primární skupina, společnost a kultura. Vývoj osobnosti implikuje zúčastněnost obou stran, jednotlivce a společnosti. Člověk aktivně působí na svoje okolí a vytváří podmínky, které ho zpětně ovlivňují. V procesu socializace jedinec získává potřebné vědomosti, dovednosti a normy pro své zdárné zařazení do chodu společnosti a vyvíjí se v jedinečnou osobnost (Cakirpaloglu, 2012).

Osobnost a celkově psychologie osobnosti jakožto věda, která jí studuje, je široký pojem, který se zabývá mnoha rozsáhlými oblastmi zájmu. Většina autorů mezi ně řadí temperament, charakter, rysy osobnosti, motivaci, inteligenci, kognitivní stránku osobnosti – sebepojetí a utváření a vývoj osobnosti (Blatný et al., 2010). Není v možnostech této práce všechny jednotlivá témata a přístupy, které vydávají na celé knihy, vyčerpat. Proto zde vybíráme pouze ty, které mají souvislost s tématem naší práce.

### 4.1 Vymezení pojmu

Vesměs každá teorie osobnosti se snaží vymezit základní charakteristiky a podstatu osobnosti. Kdybychom definice shrnuli dohromady a vybrali z nich ty společné charakteristiky, vyšlo by nám, že osobnost představuje souhrn či propojení charakteru, temperamentu, schopností a také konstitučních vlastností člověka. Dílčí psychologické teorie se ovšem liší ve výkladu o tom, co je skladba osobnosti, ale také v počtu morfologických prvků, v jejich názvu organizaci či ve funkčním významu pro osobnost a její chování. Zároveň také zdůrazňuje, že vedle struktury existují také procesy osobnosti. Souhrnně je označujeme jako dynamika osobnosti, kterou tvoří různé

potřeby, motivy, ale také kognitivní činitele jako jsou ideje, vůle a další sebedeterminující tendence (Cakirpaloglu, 2012).

Říčan (2007) upozorňuje na možnost chápat pojem osobnost dvěma různými způsoby. Prvním z nich je osobnost jakožto osobitost každého jedince, jeho odlišnost od jiných. V tomto smyslu pak považuje psychologii osobnosti jako vědu o individuálních rozdílech, kterou podpořil například Raymond Cattel svojí definicí osobnosti jako toho, co působí individuální rozdíly mezi lidmi. Druhý způsob jakým lze pojem chápat, je osobnost jako struktura nebo uspořádání celku psychiky. Jde tedy o rozčlenění psychiky na relativně samostatné složky, z nichž každá má určitou funkci či funkce, a zejména o integrovanou souhru těchto složek.

Podle H. J. Eysencka osobnost představuje souhrn skutečných a potenciálních vzorů chování organismu, které determinují dědičnost a prostředí. Osobnost se potom vyvíjí skrze funkční součinnost inteligence, charakteru temperamentu a tělesné konstituce. Allport oproti tomu vnímá osobnost jako dynamickou organizaci těch psychofyzických systémů, které určují charakteristické myšlení a aktivitu jedince (Cakirpaloglu 2012).

Je tedy zřejmé, že definic osobnosti je celá řada a přístupů, jak na ní nahlížet, taktéž. Není ale v možnostech této práce všechny jednotlivé přístupy blíže přiblížit. Proto lze jednotlivé definice shrnout tak, že i přesto, že ve spoustě z nich jde o individuální odlišnosti v lidské psychice, tedy o jedinečnost každého z nás, kterou nelze zcela do detailu popsat, je možné v její charakteristice najít něco společného se skupinou jiných osob, například uzavřenost nebo naopak družnost, i když každá z těchto obecných charakteristik bude u každého z nás svým projevem jedinečná (Nakonečný, 2009).

## **4.2 Vnitřní a vnější činitele vývoje osobnosti**

Vývoj osobnosti znamená komplexní a celoživotní přeměnu člověka z biologického v jedinečné bytí. Je to celoživotní proces, který zahrnuje vzestupnou a sestupnou dráhu života. Vývoj osobnosti představuje sociální proces. Osobnost se vždy utváří v rámci lidské situace a stejně tak působí na utváření osobností jiných. Podle Bandury je osobnost výsledkem vlivu člověka na svoje okolí a také vlivu různých činitelů na okolí člověka. V souladu s tím člověk hodnotí, interpretuje okolní svět a jedná s ním dle subjektivních představ, očekávání a přání (Bandura, 1997)



Poslední poznatky genetiky, molekulární biologie a neurověd dokazují, že s velkou částí základních charakteristik osobnosti se člověk už rodí, a že mnoho odlišností v osobnosti jedinců je dáno právě odlišností genů, které se dědí po rodičích. Neznamená to ovšem, že by tímto naše osobnost byla neměnná, právě naopak. Jedním z úžasných rysů některých složek osobnosti je právě pružnost, která dovoluje člověku přizpůsobit se různorodým životním prostředím a překážkám, a která je těmito vlivy také výrazně měněna (Hamer & Copeland, 2003).

Vliv okolního prostředí na projevy osobnosti zdůrazňuje například Říčan (2007), který považuje **vliv učení** na vývoj osobnosti za zásadní a připisuje mu největší roli. Zdůrazňuje, že učení může mít význam jak pozitivní, formující, tak i deformující nebo brzdící. Pro svůj normální život člověk potřebuje podněty ze svého přirozeného prostředí, jež jeho učení usměrňují. U člověka jde v největší míře o sociální prostředí, jež působí z velké části cíleně.

Tyto teze ve své podstatě odrážejí sociálně – kognitivní teorie osobnosti, podle kterých mají veškeré psychologické mechanismy a struktury sociální základy. Specificky lidské kognitivní kapacity jako je například schopnost sebereflexe a seberegulace se vynořují v daném čase, ovšem pouze za předpokladu rozvoje tohoto procesu ze strany druhých lidí (Blatný et al., 2010). To koresponduje s pojmem senzitivní období, které ve své publikaci zmiňuje Říčan (2007). Oproti zvířatům v lidském vývoji člověka, zvláště v tom psychickém, nejsou známá žádná kritická vývojová období. Lze ale mluvit právě o obdobích senzitivních, kdy je psychika zvláště vnímaná k určitým vlivům. Jestliže se toto období plně nevyužije, může vzniknout defekt, tzn. v osobnosti bude některé složka chybět nebo bude oslabena či deformována.

Obecně lze tedy říci, že psychologické pojetí vývoje osobnosti vymezuje dva řády vlivů: vnitřní a vnější činitele. Cattell rozděluje **vnitřní činitele** na čtyři skupiny:

1. **Dědičné** – představují predispozici vývoje v podobě genů. Tyto genové předpoklady dítě přebírá od svých rodičů.
2. **Vrozené** – sem patří specifická vývojová výbava včetně genové mutace. Pojmy vrozenost a dědičnost se tak liší tím, že to co je vrozené a zároveň existuje v genech se ještě nemusí nutně dědit.

3. **Kongenitální** – tato skupina vlivů působí zejména v prenatálním období vývoje. Patří sem například výrazné změny plodu způsobené škodlivými látkami nebo negativními psychickými podmínkami, kterým je žena vystavena během těhotenství. To znamená vše, co se projeví při narození, nemusí být vrozené.
4. **Konstituční** – tato skupiny vnitřních vlivů vývoje sestává z fyziologických a tělesných vlastností, které dítě získává po narození (Cakirpaoglu, 2012).

Cakirapoglu (2012) k těmto vnitřním činitelům doplňuje také řadu psychických vlivů, které mají vliv na další utváření osobnosti jako jsou představy, aktuální potřeby, motivy, paměť a zkušenost nebo morálka. Zdůrazňuje také vliv psychiky jakožto mediátora mezi objektivní skutečností a specifickými vlastnostmi a potřebami jedince.

Mezi **vnější činitele** vývoje potom řadíme:

1. **Fyzické okolnosti života**, kam patří široká škála geografických, klimatických a civilizačních vlivů.
2. **Společnost a kultura**, které jsou základními zdroji a zprostředkovateli procesu vývoje osobnosti. Určují formu a obsah socializace, tedy konkrétní systém vědomostí, společenské pozice a role, hodnoty, normy apod. Tyto vnější formy a obsahy člověk přijímá zejména výchovou a vzděláním (Cakirpaloglu, 2012).

### 4.3 Psychické vlastnosti osobnosti

Slovo vlastnost má široké použití ve vědeckém jazyce i v běžném vyjadřování. Existují psychické vlastnosti, které mají všichni normální lidé, např. schopnost komunikace nebo tendence vyhýbat se utrpení. Obvykle tak vlastností myslíme to, co lidi charakterizuje, odlišuje je od druhých. Řekneme-li o někom, že je upovídaný, znamená to, že se upovídaností vyznačuje oproti jiným lidem, kteří buď upovídání nejsou vůbec, nebo méně. Kritériem toho, zda osoba danou vlastnost má, je tedy její frekvence a intenzita (Říčan, 2007).

Za psychickou vlastnost osobnosti můžeme označit také rys osobnosti. Je to klíčový aspekt psychologie osobnosti aplikované v praxi, neboť tu jde především o rozpoznání

psychických zvláštností jedince, o jeho individuální psychologickou charakteristiku (Říčan, 2007).

Německý klinický psycholog G. Witzlack vypracoval pojetí, které nazval **vztahová teorie psychických vlastností osobnosti**, dle které jsou psychické vlastnosti zevnitřnělymi reprezentacemi vzniklými na základě učení pramenícího ze vztahu osoba – prostředí, tj. představují naučené vztahy jedince k jeho životnímu prostředí, přičemž se tu nerozlišuje mezi pramennými a povrchovými psychologickými vlastnostmi osobnosti. Smyslem vlastnosti je skrytá interakce mezi osobou a situací. To však neznamená, že musí být vždy produktem zkušenosti, ale že se v nich mohou uplatňovat také vlivy genetické (Blatný et al., 2010).

Psychologie osobnosti od svého vzniku s vlastnostmi počítá, předpokládá, že skutečně existují, že je možno je poznávat nebo měřit a na základě toho měření predikovat chování a prožívání probandů. Objevují se ovšem i zásadní pochybnosti. Říčan (2007) zmiňuje výzkum Hartshorna a Maye již z roku 1928, kteří zkoumali dětskou poctivost, kterou chtěli potvrdit jakožto obecnou vlastnost. Výsledek ovšem neodpovídal očekávání – děti které podváděly v jedněch zkouškách ještě zákonitě nepodváděly ve zkouškách jiných. Výsledky uvedeného výzkumu tak otevřely diskuzi o tom, zda je chování více ovlivněno osobností (tedy vlastnostmi) nebo situací.

Novější výzkum provedli Shoda, Mischel a Wright, kteří zkoumali agresivitu chlapců na letním táboře se stejným výsledkem, jako předchozí studie. Chování v jedné situaci jen málo souviselo s chováním chlapců v situaci jiné. Zároveň se však ukázalo, že když se opakovala podobná situace, chlapci se v ní zachovali téměř stejně nebo velmi podobně jako napoprvé. Autoři tak dospěli k závěru, že jednotlivé vlastnosti nelze zkoumat jednotlivě bez přihlídnutí k vlastnostem jiným, které v dané situaci na daného člověka působí. To znamená, že i přes stejnou agresivní dispozici, kterou chlapci měli, se lišili v jiných vlastnostech, což způsobilo rozdílnou reakci u každého z nich vzhledem k situaci (Nakonečný, 2009).

Důležitým prvkem je také sama kvalita jednotlivé vlastnosti či rysu. V případě již zmíněné agresivity je kvalitativní rozmanitost příslušné dispozice poměrně velká od potěšení z toho, že jiná bytost trpí, přes krutost až po jednoduché vybití vzteku nebo

hájení teritoria. Říčan (2007) tak upozorňuje na fakt, že obecné vlastnosti osobnosti jsou sice nepochybně velmi užitečným modelem, nevyčerpávají ale celou složitost individuální variability.

#### **4.4 Vybrané typologie osobnosti**

V minulé kapitole se několikrát objevil pojem jedinečnost, jakožto rys každého člověka. Člověka samozřejmě charakterizuje především jeho individualita, současně se však u mnoha lidí projevuje jednota oné individuality. Tito lidé jsou tedy jedineční, ale současně mají s jinými lidmi něco společného.

V psychologii klasické typologie vychází ze zobecněných klinických pozorování (Kretschmerova typologie, Jungova typologie), z fenomenologických analýz (typologie Sprangera) nebo z výsledků shlukové či faktorové analýzy. Najdou se ovšem i autoři, jako je například G. W. Allport, kteří se k psychologickému pojetí typu staví poněkud skepticky. Podle něho teorie typu neříká nic víc, než že si jsou lidé v něčem podobní. Existuje mnoho hledisek, podle kterých lze lidi třídit a týž člověk tak může příslušet k mnoha typům. Nakonečný (2009) tuto námitku považuje za správnou a zdůrazňuje tak nutnost na všechny typologie nahlížet kriticky, zároveň ale zdůrazňuje přínos a ověřitelnost některých současných i minulých typologií.

V následujících podkapitolách čtenáři představíme několik konkrétních vybraných typologií osobnosti.

##### **4.4.1 Eysenckův model osobnosti**

Eysenckova typologie pramení z faktorového šetření osobnosti. Použitím složitých matematických výpočtů psychologové zjistili, že individuální variace psychiky a chování způsobuje pouze malý počet faktorů. Jinými slovy, různorodost v psychickém a behaviorálním projevu každého člověka lze vysvětlit několika základními faktory, jejich kvalitou a intenzitou u jednotlivce a jejich kombinací (Říčan, 2007).

Eysenck se ve svojí teorii inspiroval neurofyziologickou teorií I.P. Pavlova, který zkoumal vyšší nervovou činnost v souvislosti se stanovením základních typů osobnosti. Eysenck na tato zjištění potom navázal a díky faktorové analýze dotazníků a

posuzovacích škál abstrahoval tři základní faktory osobnosti, kterými jsou: extraverte, neuroticismus a psychoticismus (Cakirpaloglu, 2012).

Typický **extravert** je podle Eysencka družný, rád chodí do společnosti, má mnoho přátel, nerad čte nebo studuje o samotě. Má rád legraci, vždy má pohotovou odpověď a ve všem má rád změnu. Má sklon být agresivní, snadno ztrácí náladu a trpělivost. Oproti tomu **introvert** je typicky tichý a klidný člověk. Často se stahuje do sebe, je introspektivní. Rád plánuje a příliš nedůvěřuje okamžitým impulsům. Je spolehlivý, poněkud pesimistický, své city drží pod přímou kontrolou a klade velký důraz na etické normy (Smékal, 2004).

Další ze základních rysů osobnosti je podle této teorie **neuroticismus**. Člověk s vysokým neuroticismem bývá neklidný, úzkostný, chová se nedospěle, snadno se lze dotknout jeho citů, chybí mu sebedůvěra a dlouho se trápí nezdary. Bývá nejistý jak ve vztahu k sobě, tak k ostatním. Může být přehnaně perfekcionista a přísný na sebe i ostatní lidi. Jiný termín pro neuroticismus je labilita, tuto dimenzi lze tedy stanovit opět dvojpólově jako stabilita – labilita (Vágenrová, 2010).

Faktor **psychoticismu**, který Eysenck objevil a zkonstruoval jako poslední se vyznačuje agresivitou, chladem, necitlivostí, nedostatkem empatie, neosobností, impulzivitou a sobectvím. Patří sem však i určitý druh kreativity (Smékal, 2004). Eysenck zároveň připouští, že na rozvoj jednotlivých charakteristik psychoticismu (agresivita, sobectví, impulzivita, nedostatek empatie, asociálnost, aj.) má vliv okolí a sociální učení (Říčan, 2007).

#### **4.4.2 Cattellův model faktorů osobnosti**

Raymond Cattell je jeden z nejproduktivnějších a nejuznávanějších badatelů v oblasti individuálních rozdílů vůbec. Jeho cílem bylo pomocí faktorové analýzy stanovit základní vlastnosti osobnosti, na které by bylo možno redukovat co nejvíce rozmanitosti lidských povah (Smékal, 2004).

Protože je ale psychologie v tomto smyslu o něco složitější, spokojil se Cattell a jeho pokračovatelé s nalezením optimálně stanovených faktorů, které by bylo schopny vysvětlit alespoň co největší část variability osobnosti. Z toho důvodu Cattell rozlišil

pramenné a povrchové rysy tak, jak jsme již zmiňovali v předcházející kapitole (Vágnerová, 2010).

Důležitý je také **původ rysů**, které mohou pocházet jak z vnitřního, tak z vnějšího prostředí. Povahu každé osobnosti vlastnosti určuje kombinace a převaha vnitřních či vnějších sil. Z hlediska původu tak Cattell rozlišuje:

- **Konstituční rysy**, které určuje individuální fyziologie. Jsou trvalejší a odolnější vůči změnám.
- **Rysy modelované prostředím** zejména kontaktem člověka s kulturou, společností, rodinou apod. Zkušenostní aspekty osobnosti potom mají adaptivní význam a přizpůsobují se v souladu s potřebami, které určuje situace (Cakirpaloglu, 2012).

Obrázek 6.: Faktorová hierarchie rysů osobnosti v Cattellově šestnáctifaktorovém systému (Říčan, 2007, s. 115)



V pravém sloupci obrázku můžeme vidět vybrané příklady povrchových rysů. Uprostřed je potom 16 pramenných rysů, které jsou výsledkem faktorové analýzy (Vágnerová, 2010).

Jak jsme se dozvěděli z předchozí podkapitoly, H. J. Eysenck dospěl faktorovu analýzou pouze ke třem faktorům, oproti Cattellovým šestnácti, což lze vysvětlit tak, že začínal od korelací mezi měřeními, z nichž každé bylo již na úrovni Cattellových faktorů 1. řádu. Faktory obou zmíněných psychologů ovšem nejsou v zásadním rozporu a lze tak oba považovat za ty osobnosti, které obor posouvali výrazně kupředu (Říčan, 2007).

#### 4.4.3 Model Big five

Dotazník NEO je potomkem Cattellova 16 P.F. Jeho autoři shlukovou analýzou škál Cattellova dotazníku dospěli ke třem shlukům Cattellových primárních faktorů. Tyto shluky nazvali **Neuroticismus**, **Extraverze** a **Otevřenost ke zkušenosti**. Zbývající dva faktory **Vstřícnost** a **Svědomitost** doplnili autoři na základě lexikálních studií. Výsledek potvrdil pět faktorů jež tvoří nynější podobu dotazníku (Říčan, 2007). Dále uvádíme v souhrnné tabulce jednotlivé osobnostní faktory a popis odpovídajících vlastností.

Obrázek 7.: Název a popis osobnostní faktorů OCEAN (Cakirpaloglu, 2012, s.133)

Rysové dimenze	Popis
<b>Otevřenost</b> (angl. <i>Openess</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vynalézavý–praktický</li> <li>• rozmanitost–rutina</li> <li>• nezávislost–konformita</li> </ul>
<b>Svědomitost</b> (angl. <i>Conscientiousness</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• organizovaný–neuspořádaný</li> <li>• opatrný–neopatrný</li> <li>• ukázněný–neukázněný</li> </ul>
<b>Extraverze</b> (angl. <i>Extraversion</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• společenský–samotářský</li> <li>• vtipný–rozvážný</li> <li>• citlivý–zdrženlivý</li> </ul>
<b>Vstřícnost</b> (angl. <i>Agreeableness</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ohleduplný–bezcitný</li> <li>• důvěřivý–podezřívavý</li> <li>• ochotný–neochotný</li> </ul>
<b>Neuroticismus</b> (angl. <i>Neuroticism</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• klidný–úzkostlivý</li> <li>• jistý–pochybující</li> <li>• spokojený–nespokojený</li> </ul>

Podobně jako je tomu u předchozích teorií i u této se vedou četné diskuze o podílu dědičnosti a prostředí v interindividuální variabilitě. Například McCrae a Costa se dle

výsledků svých výzkumů domnívají, že rysy jsou vrozené a velmi málo ovlivnitelné prostředím. Naopak Pervin, Cervone a John uvádějí poměrně nízké koeficienty heritability, konkrétně pro Extraverzi 0,36 pro Neuroticismus 0,31, pro Svědomitost a vstřícnost u obou shodně 0,28 a u Otevřenosti ke zkušenosti potom 0,46 (Hřebíčková & Urbánek, 2001). Zdá se tedy, že diskuze stále není u konce.

V současné době se uvažuje o doplnění pětifaktorového modelu dvěma dalšími faktory, kterými jsou *sebevědomí* – nízké/vysoké a *maskulinita/feminita*, aby se dosáhlo odpovídajícího psychologického porozumění osobnosti, což vyžaduje informace o sebehodnocení zkoumaného jedince, zejména jak člověk vnímá svou osobnost a sexuální totožnost (Cakirpaloglu, 2012).

#### **4.5 Osobnost rodičů dětí s ADHD**

Na téma vlivu rodičovského výchovného stylu a určitých osobnostních projevů rodičů existuje spousta výzkumů, které si představíme v další kapitole. Zde čtenáře ve zkratce seznámíme s poznatky především teoretické literatury, které se ale většinou přímo prolínají s výzkumnou či klinickou praxí. Vzhledem k tomu, že dotazníkem použitým pro tuto práci měříme pouze pět osobnostní vlastností u rodičů, kterými jsou emoční stabilita, převaha, zodpovědnost, opatrnost a osobní vztahy, zaměříme se na poznatky zabývající se alespoň okrajově právě jimi.

Podle Cussena a kol. (2012) se výskyt ADHD a jeho zhoršené projevy pojí často s nižší kvalitou života rodiny projevující se zejména po emoční stránce, v rodinných aktivitách, apod., nižším psychickým zdravím rodičů a horší kvalitou rodičovských vztahů. Rodiče, zejména matky, dětí trpících ADHD jsou často náchylnější k depresím a úzkostem. Cussen taktéž upozorňuje na fakt, že dle různých výzkumů se v rodinách, kde dochází ke zhoršeným projevům ADHD u dítěte, objevuje zvýšený chlad, lhostejnost a zanedbávání potřeb dítěte ze strany pečovatелů, opět zejména matky. Dítě nemá dostatek prostoru naučit se zvládat svoji emocionalitu a není potom schopno přijmout samo sebe, vnímat se pozitivně a být schopno sebekontroly.

To potvrzuje i Marková (2008). V rodinách dětí, které mají celkově problémy s chováním se podle ní matka často projevuje chladně, lhostejně, nezodpovědná nebo naopak příliš tvrdě, agresivně a dominantně. Pro tento fakt svědčí i studie Goldfarbové



a kol. (2014), která dokazuje, že děti, kterým se jejich rodiče věnují a uspokojují jejich základní potřeby, mají negativních projevů chování mnohem méně.

Čáp (1993) potom upozorňuje na problém opačný, kterým jsou matky nadměrně ochraňující dítě. Hyperprotektivní, příliš opatrná matka se o dítě stará přespříliš, překračuje meze zdravé výchovy, dítě izoluje od dětské společnosti, pěstuje v něm závislost na sobě a snaží se zabránit rozvoji jeho samostatnosti. Tyto matky se potom projevují jako shovívavé nebo příliš dominantní, rázné. Příliš ochraňující matky pak mohou v dítěti svou výchovou uchovávat infantilní agresivitu a nedostatek sebeovládání, které se pak projevují impulsivitou a neschopností řešit běžné problémy. Příliš dominantní a rázné matky naopak nedávají dítěti prostor pro vyjádření jeho emocí, dítě drží příliš zkrátka a ono tak nemá prostor pro upuštění přebytečné energie, což se může projevit nadměrným těkáním pozornosti a impulzivními reakcemi.

Rodiče, kteří vykazují zvýšenou hyperprotektivitu či opatrnost nebo se vyznačují netrpělivostí, mohou narušit proces osamostatňování se dospívajícího. Vzhledem k zmenšené schopnosti plánovat u jedinců s ADHD, v kombinaci s jejich častou nemotorností, mohou vést k tendenci rodičů zasáhnout v roli pomocníka, čímž brání přirozenému vývoji sebepojetí u dospívajícího (Závěrková, 2016).

Jako negativní faktor také působí nedostatek pocitu jistoty a bezpečí, které dítě pociťuje zejména u emočně nestabilních rodičů. Pokud takový pocit chybí, může to mít výrazný vliv na projevy ADHD. Hyperaktivita jako taková – těkání od jednoho podnětu ke druhému a upoutávání pozornosti – může být projevem úsilí pocitu jistoty a bezpečí dosáhnout (Vágnerová, 2012). Dítě s ADHD potřebuje mnohem více jistoty a stability než ostatní děti a jeho chování je značně ovlivňováno okolní situací. Když dojde k prudkým změnám, například z jeho život zmizí nějaká důležitá osoba, musí měnit bydliště, apod., prožívá pocity nejistoty a narůstá tak jeho úzkost (Train, 1997).

Vágnerová (2010) dává emoční nestabilitu do souvislosti s Eysenckovým neuroticismem. Člověk s vysokým neuroticismem, tedy člověk emočně nestabilní, bývá neklidný, úzkostný, chová se nedospěle a impulsivně. Může být také přehnaně perfekcionista a přísný na sebe i ostatní lidi. To vede u dětí k vyššímu napětí, dráždivosti a agresivitě, tím spíše u dětí s ADHD či neurotickými poruchami.

Pokorná (2010) naopak zdůrazňuje zodpovědnost a důslednost jako důležitý rys, který by měl rodič dítěte s ADHD mít. Pro dítě s ADHD, jak už bylo výše zmíněno, je nesmírně důležité stanovení jasných pravidel a trvání na jejich dodržování. Pokud je rodičovo chování k těmto hranicím lhostejné nebo nezodpovědné, dítě situacím nerozumí, což může zhoršovat negativní projevy jeho chování. Zodpovědnost je také potřeba při kontrole těchto pravidel ve chvílích, kdy je dítě mimo dosah rodiče nebo kdy má pocit, že ho rodič zrovna nevidí.

## 5 Dosavadní výzkumy

I přesto, že jsme v předchozích kapitolách již na některé výzkumy stručně poukazovali, jednalo se spíše o teoretické zakotvení. Proto považujeme za nutné v této kapitole představit konkrétní výzkumy, které se zabývaly podobnou problematikou, jaká je zkoumaná v této práci. Jak už bylo zmíněno výše, z mnoha studií vyplynulo, že rodinné dysfunkce či maladaptivní rodičovské styly mohou příznaky ADHD u dítěte ještě zhoršovat (Muñoz-Silva, Lago-Urbano, Sanchez-Garcia, 2017). Výzkumů na toto téma existuje poměrně velké množství, představíme si tedy pouze několik vybraných z nich.

Například Dallos a Smart (2010) ve své studii zkoumali důležitost attachmentu a jeho vliv na další vývoj dítěte. Zjistili, že se ADHD často pojí s dezorganizovanou vazbou dítěte k matce charakteristickou zejména lhostejností a odmítavým postojem rodičů k dítěti. Zjistili také, že vztah rodičů je v těchto rodinách často konfliktní a staví dítě do centra těchto konfliktů, což vede k jeho zmatenosti a narušení vědomí koherence.

Cussena a kol. (2012) nebo Rogers a kol. (2009) prokázali, že se výskyt ADHD v rodině často pojí s nižší kvalitou života rodiny projevující se zejména po emoční stránce, v rodinných aktivitách, nižším psychickým zdravím rodičů a horší kvalitou rodičovských vztahů. Zhuo Rachel Han a Ann Shaffer (2014) se potom zaměřili konkrétně na vztah dítěte a matky. Zjistily, že zvýšená kritičnost matky vůči dítěti snižuje úspěšnost jeho psychosociálního vývoje. Současně vede častá kritika k narušení schopnosti dítěte regulovat své emoce. Naopak větší emoční angažovanost matky a její citlivá účast na vývoji dítěte snižuje symptomy problémového chování.

Další studie proběhla na Tchaj-wanu, kde si výzkumníci v čele se Susan Shur – Fen Gau v roce 2007 vzali za cíl prokázat souvislost mezi ADHD a jeho výraznými negativními projevy a mateřským stresem, výchovným stylem a kvalitou interakce rodič dítě. Vzorek byl tvořen 375 dětmi s diagnózou ADHD podle DSM-IV, kontrolní vzorek byl utvořen na základě rozložení experimentální skupiny z hlediska pohlaví a věku v počtu 750 dětí a jejich rodičů. Výsledky prokázaly, že matky v experimentální skupině byly méně láskyplné a prokazovaly více přehnané kontroly oproti matkám v kontrolní skupině. Zajímavé je, že tyto charakteristiky byly znát více ve vztahu k chlapcům s ADHD než k dívkám. V rodinách, kde probíhala malá komunikace mezi dítětem a jeho

rodičem se zároveň vyskytovaly závažnější projevy ADHD. K velmi podobným závěrům dospěl také Anastapoulos a kol. (2009) nebo Aunola a Nurmi (2005), kteří se zaměřili konkrétně na hyperkinetickou poruchu chování a pomocí longitudinální studie zmapovali, které aspekty jednotlivých výchovných dimenzí (parental warmth/affection, behavioral control, psychological control), zvláště u matek a otců, mají za následek zhoršené projevy chování. Výsledky ukázaly, že vysoká úroveň psychologické kontroly (výchovná dimenze psychological control) v kombinaci s vysokou náklonností (dimenze parental warmth) vede ke zhoršení projevů chování. Naopak vysoká úroveň kontroly chování (dimenze behavioral control) v kombinaci s nízkou úrovní psychologické kontroly (dimenze psychological control) vede ke snížení nežádoucích projevů.

Gau a Chang (2013) se zabývali výzkumem ADHD přímo u adolescentů a zjišťovali rozhovory i standardizovanými testy kvalitu jejich vztahu s matkou. Výzkumný soubor vznikl tak, že si skupinu adolescentů, kterým bylo ADHD diagnostikováno v útlém dětství, rozdělili na skupinu, kde symptomy ADHD stále přetrvávaly a na tu, kde naopak téměř zcela vymizely. Ukázalo se, že ve skupině s přetrvávajícím ADHD matky prokazovaly přílišnou náklonnost, péči a hypeprotektivitu. Jako významný korelát přetrvávajících symptomů ADHD se také ukázala impulsivita a zvýšený neuroticismus u matky. Zároveň také matky v experimentální skupině uváděly oproti skupině kontrolní pocit malé podpory ze strany zbytku rodiny. Podobné závěry uváděli ve svojí studii také Chi a Hinshaw (2002).

Stejní autoři Gau a Chang (2013) se stejným způsobem, jaký je popsán v předchozím odstavci, rozhodli otestovat i kvalitu vztahu otec a adolescent s přetrvávajícím ADHD oproti adolescentům, u kterých se ADHD diagnostikované v útlém dětství již neprojevuje. Výsledky ukázaly, že otcové z experimentální skupiny prokazovali méně náklonnosti či péče a zároveň velmi často vykazovali autoritářský výchovný styl. Podobně jako u matek se významným korelátem ukázal zvýšený neuroticismus a depresivita u otců. Zajímavým faktem je také to, že samotné děti kvalitativně hodnotily vztah s otcem hůře než samotní otcí.

Oproti tomu ve studii Lifforda a kol. z roku 2007, která se zabývala projevy ADHD u dítěte v souvislosti s prožitkem pocitu odmítnutí, zvláště ve vztahu dítě – matka a dítě –

otec, vyšlo najevo, že děti s ADHD statisticky významně vnímaly pocity odmítnutí pouze ze strany matky, u otce tomu bylo naopak. Zároveň se také prokázalo, že čím více pocitu odmítnutí dítě vnímalo, tím byly zhoršeny jeho projevy. Výzkumníci si tento výsledek vysvětlují odlišným zapojením v denních činnostech u otce a matky. Vzhledem k tomu, že zejména u menších dětí, bývá matka zapojena více než otec, má také větší možnost na dítě působit.

Podobné výsledky měl i výzkum Firouzkoiho a kol. (2013), který porovnával rodičovský styl u rodičů dětí s ADHD a u kontrolní skupiny, kde se nevyskytují děti s žádnou psychiatrickou poruchou. Z výsledků vyplynulo, že rodiče dětí s ADHD jsou často méně tolerantní, vykazují statisticky nižší rys odpovědnosti a zároveň více inklinují k autoritářskému výchovnému stylu. Ke stejným závěrům dospěl i Yousefia a kol. (2011).

Lange a kol. se v roce 2005 rozhodl provést výzkum s rodinami, kde se vyskytuje dítě s ADHD, s rodinami, kde je dítě s úzkostnou poruchou nebo poruchou nálady a s kontrolní skupinou a tyto rodiny porovnat ve čtyřech kategoriích:

- 1) stres, rodinná podpora a kvalita rodinného života
- 2) běžné rodinné fungování,
- 3) výchovný styl
- 4) vztah mezi rodiči.

U obou klinických skupin byla statisticky významně vyšší úroveň stresu a nižší úroveň vnímání vzájemné rodinné podpory a kvality života než u kontrolní skupiny. Obě klinické skupiny zároveň vykazovaly deficity v běžném rodinném fungování. Rodiče dětí s ADHD vykazovali autoritářský výchovný styl a u rodičů z obou klinických skupin byla naměřena menší spokojenost v manželství či partnerství než u skupiny kontrolní. Zajímavé je, že výrazně větší nespokojenost s párovým fungováním vykazovali rodiče s dětmi s ADHD. Zároveň byly také u obou klinických skupin prokázány větší problémy se zdravím jak u dětí, tak i rodičů.

Další ze studií, kterou považujeme pro naši práci za zajímavou, je výzkum Huvera a kol. (2009), kteří se zaměřili na výzkum souvislosti mezi čtyřmi základními výchovnými

styly (tedy autoritářský, autoritativní, liberální a zanedbávající) a osobností rodiče. Zajímalo je, zda konkrétní osobností charakteristiky naměřené v dotazníku Neo-Big five budou předpokladem pro výchovný styl, který daný rodič bude praktikovat. Výzkum byl proveden na 688 holandských rodičích a dětech v adolescentním věku. Z výsledků vyplynulo, že emocionální stabilita koreluje s nižší přísnou kontrolou, nikoliv však s úplnou absencí kontroly, tedy s autoritářským výchovným stylem. Naopak méně emocionálně stabilní jedinci velmi pravděpodobně dle výsledků zvolí autoritářský výchovný styl. Škály v osobnostním dotazníku Svědomí a Otevřenost sice přímo nekorelovaly s rodičovskými výchovnými styly, autoři ale předpokládají jejich vliv na specifické obsahy rodičovství.

Podobný výzkum provedl i Prinzie a kol. (2009), jehož výzkumným cílem byla souvislost mezi osobností naměřenou dotazníkem Neo-Big five a volbou výchovného stylu, který byl měřen ve třech dimenzích (kontrola chování, podpora autonomie dítěte a vřelost). Výzkumu se zúčastnilo na 5 853 respondentů. Výzkum ukázal, že rodiče, kteří dosahovali vysokých skóre na škálách extravertnosti, přívětivosti, svědomitosti a otevřenosti a nižších skóre na škále neuroticismu častěji vykazovali statisticky významné skóre v dimenzích vřelosti a kontroly chování dítěte. Ti, kteří vykazovali vyšší skóre pouze na škálách přívětivosti a nižší skóre na škále neuroticismu, vykazovali signifikantní skóre v dimenzi podpora autonomie. Autoři studie na základě těchto výzkumů usuzují, že na základě osobnosti lze zhruba určit, který výchovný styl rodič zvolí a jaké rodičovské charakteristiky bude mít směrem k dítěti.

Považujeme za důležité zmínit také studie, které zkoumaly nejen výskyt negativních projevů chování v rámci diagnózy ADHD v souvislosti s výchovným stylem, osobností nebo konkrétním chováním rodiče, ale také ty, které se zajímaly o funkčnost programů, jejichž cílem bylo zlepšit rodičovské schopnosti ve vztahu k dítěti s ADHD. Jedním takovým je výzkum Chronis (2005), která zkoumala efektivitu programů, jenž systematicky vzdělávají a učí rodiče, jak mají reagovat na nevhodné chování jejich dětí a jak lépe upravit příčiny a důsledky takového chování. Rodiče jsou instruováni, aby jakékoliv vhodné a prosociální chování dítěte odměňovali pochvalou nebo věnováním pozornosti oproti ignorování chování opačného. V rámci programu se rodiče také učí efektivnější komunikaci a ovládání svých emocí. Rodiče vzájemně diskutují, jaké emoce

v nich konkrétní chování dítěte vzbuzuje a přicházejí si na to, které myšlenkové vzorce negativně ovlivňují jejich chování a přístup k dítěti a jak tyto vzorce změnit. Ačkoliv ve studii nešlo zcela podchytit spoustu dalších působících okolních vlivů, chování dítě se při dodržování výše uvedených zásad ze strany rodičů zlepšilo jak z hlediska hodnocení rodičů samotných, sourozenců, spolužáků nebo třídního učitele. Často se také zlepšila výkonnost žáků.

Další výzkum zaobírající se efektivitou rodičovských programů je výzkum McKee a kol. (2004). Konkrétně je zajímavé, zda se po účasti na takovém programu zlepší copingové strategie rodičů, jejich disciplína a s tím související projevy chování dítěte s ADHD. U matek i otců před zahájením rodičovských programů bylo zjištěno více maladaptivních copingových strategií, svoji disciplínu hodnotily jako laxní a pozorované chování dětí jako negativní. Po absolvování rodičovského programu se u matek neprojevila statisticky významná změna, oproti otcům, kde se ukázalo signifikantní zlepšení chování jejich dětí. Výzkumníci tento fakt vysvětlují tak, že když už se otcové přihlásili do podobného rodičovského programu, projeví více motivace oproti matkám, které to brali více jako povinnost a nutnost každodenního života.

K zajímavým výsledkům došli i Wells, Hinshaw a Chi (2006), kteří porovnávali efektivitu různých druhů léčby u negativních projevů ADHD. Rodiče s dětmi rozdělili do čtyřech skupin podle druhu léčby, konkrétně: farmakologická léčba, behaviorální terapie zaměřená na rodinu, kombinace obou přístupů a komunitní terapie, svépomocné skupiny apod. Ukázalo se, že největší výsledný efekt měla třetí skupina, tedy kombinace behaviorální terapie a farmakoterapie. Autoři tím prokázali opomíjený fakt, že je důležitá v případě dítěte s ADHD i terapie, nejlépe ta rodinná, ne pouze předepsání léků.

Na závěr této kapitoly zmíníme výzkum Modesta – Lowe, který v roce 2007 udělal zhodnocení dostupných výzkumů zabývajících se ADHD a rodičovstvím a jejich výsledků. Z velkého procenta studií bylo prokázáno, že rodičovský styl i osobnost rodiče ovlivňuje projevy ADHD u dítěte. Zároveň se jako signifikantní ukázalo, že děti s ADHD vyvolávají u svých rodičů větší míru stresu, rodiče často vykazují maladaptivní copingové strategie i maladaptivní vzorce chování a rodičovských vzorců. Jako častá se také ukázala psychopatologie u rodiče (často úzkosti a deprese). Optimalizace

interakce rodič - dítě nebo celkové zlepšení rodinných podmínek a partnerského fungování vede dle většiny výzkumů k zlepšení projevů chování dítěte, které v adolescenci často vymizí úplně.



## **PRAKTICKÁ ČÁST**

## 6 Výzkumný problém, výzkumný cíl, výzkumné hypotézy

Cílem této kapitoly je představit čtenáři propojení teoretické části této práce s částí praktickou a seznámit ho s výzkumnými cíli a hypotézami.

I přesto že někteří autoři pokládají ADHD čistě za poruchu vývojovou, kterou lze vysvětlit neurologicky, nepochybně, že na rozvoj a projev těchto poruch má negativní vliv například chronický stres způsobovaný nevhodnými výchovnými metodami a strategiemi, např. nedůslednost, lhostejnost k dítěti, ponechávání dítěte bez většího dozoru či naopak prosazování tvrdé disciplíny (Vališová, Kasíková, Bureš, 2011).

To podporuje například transakční model vzniku ADHD. Vychází z neurobiologických výzkumů, které prokazují, že ADHD má základ v centrálním nervovém systému. Zároveň je ale vývoj a zrání nervové soustavy ovlivněno temperamentovými faktory. Je zde obousměrný vztah mezi neurálními mechanismy pozornosti, inhibicí a motorickou aktivitou, které v zásadě ovlivňují intelektuální a percepční kapacitu dítěte. Na vyjádření charakteristik ADHD má tedy potom vliv sociální i školní prostředí, zejména pak rodina (Clikemannová, 1995).

Taktéž existují výzkumy (např. Modesto-Lowe, 2007; Wells, Hinshaw a Chi, 2006; McKee & kol., 2004), které prokázaly, že pokud rodiče změni přístup k dítěti a svoje projevy chování, tak se zmírní negativní projevy chování dítěte.

Z mnoha studií zároveň vyplývá, že osobnost a rodičovský styl matek bývá pro zhoršené projevy ADHD zásadnější oproti vlivu otců. Například Dallos a Smart (2010) zkoumali důležitost attachmentu a jeho vliv na další vývoj dítěte. Zjistili, že se ADHD často pojí s dezorganizovanou vazbou dítěte k matce charakteristickou zejména lhostejností a odmítavým postojem matky k dítěti.

Na základě těchto poznatků (které jsou dopodrobna rozpracované v teoretické části této práce) stanovujeme jako **výzkumný problém** výchovný styl a osobnost matek u adolescentů s ADHD.

V návaznosti na tento výzkumný problém definujeme **výzkumné cíle**:

- Zjistit, jaké komponenty výchovy vykazují matky adolescentů s ADHD.
- Zjistit, jaké vybrané aspekty osobnosti vykazují matky adolescentů s ADHD.

V souvislosti se stanovenými výzkumnými cíli byly definovány **výzkumné hypotézy**.

I přesto že mnoho z uvedených výzkumů hovoří o rodičích všeobecně, rozhodli jsme se v našich hypotézách zaměřit pouze na matky adolescentů s ADHD z několika důvodů. Jedním z nich byla převaha signifikantních výsledků výzkumů prokazující větší vliv matky na negativní projevy chování dítěte. Dalším důvodem byl také rozsah této práce. Pokud bychom se měli zaměřit na zmíněné faktory i u otců, počet hypotéz by se zdvojnásobil, což není v možnostech tohoto výzkumu. Posledním důvodem byla také větší ochota a spolupráce matek při provádění výzkumu. Dotazníků od matek adolescentů s ADHD se vrátilo několikanásobně více než od otců (viz kapitola Výběr vzorku z populace a sběr dat).

První a druhá hypotéza jsou podloženy následujícími výzkumy a teoretickými poznatky. Train (1997) ve své publikaci zdůrazňuje nutnost důslednosti rodičů. Pokud dítě zjistí, že se rodič nechová podle stanovených pravidel, bude reagovat negativně.

Stejně tak Jucovičová a Žáčková (2010) jako jeden z nevhodných výchovných stylů, nejen u adolescentů s ADHD, jmenují výchovu příliš volnou až lhostejnou, tedy výchovu kdy je dítěti povoleno vše. To co provede, bývá přehlíženo, omlouváno nebo bráno na lehkou váhu. Při této výchově chybí dítěti řád – není mu jasné, co smí a co ne. Z výzkumu Žáčkové (2005) vyplynulo, že nejvíce výchovných problémů bylo zaznamenáno u dětí, které byly vedeny příliš volně, bezhraničně, s minimálním zájmem o dítě.

Podle Gillernové (2004) je lhostejný výchovný styl typický, kromě záporného emočního vztahu a slabého řízení, jeho bezhraničností bez kladení požadavků a navíc s malým nebo nevýrazným zájmem o dítě. Důsledkem může být nízká výkonnost dítěte a roztržitěná pozornost. To potvrzují i Čáp a Boschek (1994) v testové příručce Dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině.

Vzhledem k tomu, že výše zmíněný dotazník v hrubých skórech měří čtyři základní komponenty, ze kterých dále skládá celkový emoční vztah a styl řízení, které se

následně kombinují v 9ti různých stylech výchovy, považujeme za nejsrozumitelnější pracovat v hypotéze se základními komponentami, které tvoří základní charakteristiku daných výchovných stylů.

Na základě výše uvedených poznatků tedy stanovujeme první a druhou hypotézu

***H<sub>1</sub>: Matky, jejichž dítě má diagnózu ADHD, dosahují statisticky významně vyššího skóre na škále záporné emoční komponenty než matky, jejichž dítě nemá žádnou psychiatrickou diagnózu.***

***H<sub>2</sub>: Matky, jejichž dítě má diagnózu ADHD, dosahují statisticky významně vyššího skóre na škále komponenty volnosti než matky, jejichž dítě nemá žádnou psychiatrickou diagnózu.***

Další skupinou dětí s výchovnými problémy v rámci ADHD diagnózy jsou děti, které jsou vedeny sice pevně, ale příliš tvrdě – necítí od rodičů pozitivní přijímání. Zejména u této skupiny dětí byly zaznamenány výchovné obtíže, které přetrvávaly i v dospělosti (Žáčková, 2005). Lange a kol. (2005) prezentuje výsledky svého výzkumu, ve kterém rodiče adolescentů s ADHD vykazovali autoritářský výchovný styl oproti skupině kontrolní. Podobné výsledky měl i výzkum Firouzkoioho a kol. (2013) nebo Yousefia a kol. (2011).

Jucovičová a Žáčková (2010) taktéž shodně s předchozími údaji jmenují autoritářskou a přísnou, popřípadě příliš perfekcionistickou výchovu jako tu, která negativně ovlivňuje projevy chování u dětí s ADHD.

Zároveň také dle Gillernové (2004) kombinace záporného emočního vztahu a silného řízení v Dotazníku zjišťování způsobů výchovy v rodině použitým v této práci, nejvíce odpovídá v tradičním pojetí autoritářské výchově. Kromě záporného emočního vztahu a silného řízení je typická množstvím kladených požadavků bez výraznějšího akceptování potřeb a přání dítěte. Jde o přísnou výchovu vyžadující bezpodmínečné plnění úkolů. To opět potvrzují i Čáp a Boschek (1994) v testové příručce.

Opět se v další hypotéze zaměříme na základní komponentu výchovy, vzhledem k větší srozumitelnosti následného výkladu. Na základě výše uvedených poznatků tedy

stanovujeme třetí hypotézu. V rámci tohoto stylu, zhruba odpovídajícímu autoritářskému, je také potřeba ověřit zápornou emoční komponentu, kterou již ověřujeme v první hypotéze.

***H<sub>3</sub>: Matky, jejichž dítě má diagnózu ADHD, dosahují statisticky významně vyššího skóre na škále komponenty požadavků než matky, jejichž dítě nemá žádnou psychiatrickou diagnózu.***

Tyto hypotézy doplníme o výsledky z popisné statistiky, které odpoví na otázky:

- 1) Jaký emoční vztah matky se nejčastěji vyskytuje u experimentální a kontrolní skupiny.
- 2) Jaký styl řízení matky se nejčastěji vyskytuje u experimentální a kontrolní skupiny.
- 3) Jaký výchovný styl podle modelu devíti polí se nejčastěji vyskytuje v experimentální a kontrolní skupině.

Nyní se dostáváme k hypotézám, které mají za cíl ověřit vybrané osobnostní rysy matek. Dle Vágnerové (2012) jako negativní faktor působí nedostatek pocitu jistoty a bezpečí, které dítě pociťuje zejména u emočně nestabilních rodičů. Pokud takový pocit chybí, může to mít výrazný vliv na projevy ADHD. Hyperaktivita jako taková – těkání od jednoho podnětu ke druhému a upoutávání pozornosti – může být projevem úsilí pocitu jistoty a bezpečí dosáhnout.

Vágnerová (2010) dále dává emoční nestabilitu do souvislosti s Eseyneckovým neuroticismem. Člověk s vysokým neuroticismem, tedy člověk emočně nestabilní, bývá neklidný, úzkostný, chová se nedospěle a impulsivně. Může být také přehnaně perfekcionista a přísný na sebe i ostatní lidi. To vede u dětí k vyššímu napětí, dráždivosti a agresivitě, tím spíše u dětí s ADHD (Jucovičová & Žáčková, 2015).

Gau a Chang (2013) ve svém výzkumu zjišťovali kvalitu vztahu adolescentů s matkou. Jako významný korelát přetrvávajících symptomů ADHD se mimo jiné ukázala impulsivita a zvýšený neuroticismus u matky. Zvýšené skóre na škálách neuroticismu může být ovšem zapříčiněno výraznými nároky péče o dítě s ADHD.

Na základě těchto poznatků stanovujeme čtvrtou hypotézu.

***H<sub>4</sub>: Matky, jejichž dítě má diagnózu ADHD, dosahují statisticky významně nižšího skóre na škále Emocionální stability než matky, jejichž dítě nemá žádnou psychiatrickou diagnózu.***

Jako další z možných rizikových rysů osobnosti u rodiče se ukázala absence zodpovědnosti nebo naopak nadměrná lhostejnost. Pokorná (2010) považuje zodpovědnost a důslednost dodržování hranic jako důležitý rys, který by měl rodič dítěte s ADHD mít. Pokud je rodičovo chování k těmto hranicím lhostejné nebo nezodpovědné, dítě situacím nerozumí, což může zhoršovat negativní projevy jeho chování. Zodpovědnost je také potřeba při kontrole těchto pravidel ve chvílích, kdy je dítě mimo dosah rodiče, nebo kdy má pocit, že ho rodič zrovna nevidí. To může být způsobeno diagnózou ADHD i u rodiče, což bývá poměrně častým jevem (Jucovičová & Žáčková, 2010).

Podobné výsledky měl i výzkum Firouzkoioho a kol. (2013), z jehož výsledků vyplynulo, že rodiče dětí s ADHD vykazují statisticky nižší rys odpovědnosti. Ke stejným závěrům dospěl i Yousefia a kol. (2011) nebo Train (1997).

Na základě těchto poznatků stanovujeme pátou hypotézu.

***H<sub>5</sub>: Matky, jejichž dítě má diagnózu ADHD, dosahují statisticky nižšího skóre na škále Zodpovědnosti než matky, jejichž dítě nemá žádnou psychiatrickou diagnózu.***

Další hypotéza vychází z výzkumů, které dokládají menší spokojenost v manželství či partnerství oproti skupině kontrolní, která nemá dítě s žádnou psychiatrickou diagnózou. Takový výzkum provedl například Lange a kol. (2005).

Porucha se s větší pravděpodobností projeví u dětí, které žijí zejména v disharmonickém a dlouhodobě konfliktním prostředí (Drtilková et al., 2007). Život v nepodnětném nebo nevhodném prostředí zvyšuje riziko zafixování nežádoucích způsobů chování v době, kdy je rodina nejdůležitějším sociálním prostředím. Dítě se zde nemusí naučit rozlišovat sociální signály a adekvátně na ně reagovat, což může být z hlediska syndromu ADHD klíčové (Vágnerová, 2012). To potvrzuje i Train (1997).

Na základě těchto poznatků stanovujeme šestou hypotézu.

***H<sub>6</sub>: Matky, jejichž dítě má diagnózu ADHD, dosahují statisticky nižšího skóre na škále Osobní vztahy než matky, jejichž dítě nemá žádnou psychiatrickou diagnózu.***

A konečně poslední hypotéza zabývající se dominancí matek. Vychází například z výzkumu Markové (2008), která prokázala, že v rodinách s výskytem problémového chování u dětí, se rodiče často projevují příliš tvrdě, agresivně a dominantně.

Zhuo Rachel Han a Ann Shaffer (2014) se potom zaměřili konkrétně na vztah dítěte a matky. Zjistily, že zvýšená kritičnost a dominance matky vůči dítěti s ADHD snižuje úspěšnost jeho psychosociálního vývoje. Současně vede častá kritika k narušení schopnosti dítěte regulovat své emoce

Výsledky studie Sudan Shur – Fen Gau (2007) prokázaly, že matky v experimentální skupině byly více dominantní a prokazovaly více přehnané kontroly oproti matkám v kontrolní skupině

Na základě těchto poznatků stanovujeme sedmou hypotézu. V hypotéze není přímo uveden dominantní rys osobnosti vzhledem k tomu, že dotazník, kterým měříme osobnost se taková škála nenachází. Rys Převahy je v příručce charakterizován jako verbální převaha, přijímání aktivní role ve skupině, lpění na dodržování pravidel. Jedinci, s vysokým skórem Převahy mají tendence k samostatným rozhodnutím, ze kterých nechtějí ustoupit. Z tohoto důvodu se domníváme, že škálu Převahy lze použít při měření dominance matek v našem výzkumném souboru.

***H<sub>7</sub>: Matky, jejichž dítě má diagnózu ADHD, mají statisticky vyšší skóre na škále Převahy než matky, jejichž dítě nemá žádnou psychiatrickou diagnózu.***

## 7 Aplikovaná metodika

V návaznosti na výzkumný problém a výzkumné cíle této práce byl zvolen kvantitativní typ výzkumu. V rámci krátkého pilotního výzkumu, kdy bylo zvažováno, který z typů výzkumu použít, se nám potvrdilo, že většina oslovených probandů byla ochotna vyplnit dotazník, nikoliv však absolvovat krátký rozhovor. S přihlédnutím k rozsahu práce, času probandů a k možnostem měření výzkumných hypotéz se nám tedy jevil kvantitativní rámec jako nejlepší možnost.

### 7.1 Metody získávání dat

V následující podkapitole si představíme dva dotazníky použité pro výzkumnou část této práce.

#### 7.1.1 Dotazník pro zjišťování způsobu výchov v rodině

Prvním z nich je *Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině* od českých autorů J. Čápa a P. Boscheka (1994). V celé této podkapitole čerpáme z jejich příručky, jakožto jediného primárního zdroje možného k popisu dotazníku. Ve srovnání s jinými dotazníky zaměřovanými na interakci rodičů s dětmi, popřípadě na rodinnou výchovu, se autoři dle svých slov, snažili vyvinout metodu stručnější, která nabízí ucelenější pohled. Tomu slouží sloučení hlediska analytického a syntetického (kombinování několika rovin zkoumání a vyjádření od jednotlivých komponent výchovy otce a matky, až po komplexní formy výchovy v rodině jako celku). Zároveň se autoři snažili o to, aby dotazník odpovídal sociokulturním podmínkám, nebyl rozsáhlý a přitom zahrnoval dostatečný počet položek pro jednotlivé složky.

V současné podobě má dotazník 40 položek, po deseti pro každý ze čtyř komponent výchovy. Je to komponenta kladná, záporná, požadavků a volnosti. S jednotlivými komponentami výchovy otce a matky je možno pracovat odděleně jako s rodičovskými postoji podle předchozích dotazníků (Čáp & Boschek, 1994).

Kombinováním jednotlivých komponent vzniká syntetičtější vystižení rodinné výchovy nebo rodičovského postoje k dítěti. Stupně syntézy jsou:

- Emoční vztah otce k dítěti (syntéza jeho kladné a záporné emoční komponenty výchovy).



- Emoční vztah matce k dítěti (syntéza její kladné a záporné komponenty výchovy).
- Výchovné řízení otce (syntéza jeho komponent požadavků a volnosti).
- Výchovné řízení matky (syntéza jejích komponent požadavků a volnosti).
- Způsob výchovy otce (syntéza jeho emočního vztahu k dítěti a výchovného řízení).
- Způsob výchovy matky (syntéza jejího emočního vztahu k dítěti a výchovného řízení).
- Emoční vztah k dítěti v rodině jako celku (syntéza matčina a otcova emočního vztahu k dítěti).
- Výchovné řízení v rodině jako celku (syntéza matčina a otcova výchovného řízení).
- Způsob výchovy v rodině jako celku (syntéza matčina a otcova způsobu výchovy) (Čáp & Boschek, 1994).

Jak už bylo výše zmíněno, kombinace emočního vztahu a výchovného řízení jsou vyjádřeny modelem způsobu výchovy v rodině jako celku – modelem devíti polí. **Emoční vztah** k dítěti se dá vyjádřit v dimenzích extrémně kladný - kladný – záporný. Autoři dříve pracovali i s dimenzí střední, ukázalo se však, že je to nesourodá směs případů příznivějších i značně nepříznivých, proto s ním autoři doporučují nadále nepracovat. Vyhodnocování emočního vztahu k dítěti se provádí součtem hrubých skóre jednotlivých položek týkající se kladných a záporných komponent, dle obrázku č. 8 přiloženém na další straně. Velmi podobně potom funguje vyhodnocení emočního vztahu v rodině jako celku s tím rozdílem, že stačí, aby alespoň jeden rodič vykazoval záporný emoční vztah, aby byl záporný emoční vztah diagnostikován v rodině jako celku (Čáp & Boschek, 1994).

Obrázek 8.: Vyhodnocení emoční vztahu jednotlivého rodiče k dítěti (Čáp & Boschek, 1994, str. 21)

Kladný komp.	1. tercíl <10,24>	2. tercíl <25,27>	3. tercíl <28,30>
Záporný komp.			
1. tercíl HS 10	střední	extrémně kladný	
1. tercíl HS 11		kladný	kladný
2. tercíl HS <12,14>	záporný	střední	kladný
3. tercíl HS <15,30>	záporný	záporný	záporný

U **výchovného řízení** je výsledné rozlišení vyjádřeno čtyřmi formami řízení: silné, střední, slabé a rozporné. Jestliže oba rodiče vykazují stejný způsob řízení, je tím vyjádřen i způsob řízení v rodině jako celku. Jestliže jeden z rodičů má silné a druhý slabé řízení, posuzujeme řízení v rodině jako rozporné. Pokud některý z rodičů vykazuje střední výchovné řízení a druhý řízení slabé, přikláníme se spíše ke slabému. Stejně tak je tomu i u silného řízení (Čáp & Boschek, 1994).

Při dvou základních formách emočního vztahu (kladný – záporný) a při čtyřech formách řízení (silné – střední – slabé – rozporné) vychází teoreticky osm kombinací. Empiricky se ukazuje, že kombinace záporného emočního vztahu se středním řízením má nepatrné četnosti. Osoby s touto kombinací vykazují shodu s osobami prvního pole (tedy záporný emoční vztah se silným řízením), přiřazujeme je tak k tomuto poli a nevytváříme pro ně pole zvláštní. Doplněna byla také další dvě pole. Pole osmé, vymezené extrémně kladným emočním vztahem a slabým řízením, v němž mladiství vykazují výrazně jiné znaky než při slabém řízení s kladným emočním vztahem. Poslední upravené pole je charakterizované záporně – kladným emočním vztahem, kterého byly zaznamenány nízké četnosti, proto autoři dále nerozlišovali podskupiny podle forem řízení (Čáp & Boschek, 1994). Z tohoto popisu tedy vychází následující tabulka.

Obrázek 9.: Model devíti polí způsobů výchovy (Gillernová, 2011, str. 4)

EMOČNÍ VZTAH	VÝCHOVNÉ ŘÍZENÍ			
	SILNĚ	STŘEDNĚ	SLABĚ	ROZPORNĚ
ZÁPORNÝ	1		2	3
ZÁPORNĚKLADNÝ	9			
KLADNÝ	4	5	6	7
EXTRÉMNĚ KLADNÝ			8	

Jak už jsme zmiňovali výše, z tradičního Lewinova pojetí autokratický styl odpovídá přibližně poli jedna v tomto dotazníku a lhostejný styl, jakožto druhý způsob výchovy, který nás v této práci zajímá odpovídá poli číslo dvě. Každé pole potom vymezuje jednu ze základních forem způsobů výchovy, které je více méně kvalitativně odlišeno od ostatních a poskytuje specifické podmínky pro vývoj dítěte. Nyní si stručně charakterizujeme ty forma výchovy, které v našem výzkumu zkoumáme.

Pro pole číslo jedna je typický záporný emoční vztah u jednoho nebo obou rodičů a silné nebo střední výchovné řízení. Rodič vykazující tyto charakteristiky klade přísné příkazy a zákazy, vyžaduje jejich bezpodmínečné plnění. V opačném případě následuje vyhrožování nebo přísné a ponižující tresty. Matka například trestá dítě tím, že s ním nemluví, tváří se smutně, vyčítavě, dlouho připomíná dítěti jeho neúspěch nebo nekázeň. Jednostranně se zdůrazňují nedostatky dítěte. Dobrý výkon se považuje za samozřejmost a rodiče dítě jen tak nepochválí. Tyto rodiče také mají tendenci dítěti opakovaně vyčítat a připomínat, co vše pro něj udělali a jak se pro něj obětovali. Děti jsou tímto stylem vysoce frustrováni a v rozhovorech s nimi se objevují údaje o napětí, neklidu a ustavičných rodinných konfliktech (Čáp & Boschek, 1994).

Pole číslo dvě je taktéž charakterizováno záporným emočním vztahem ale naopak slabým výchovným řízením. V takové rodině nebývají přísné zákazy a příkazy, ani jejich detailní kontrola či časté trestání, ale spíše nezáměr o dítě, lhostejnost, absence kladných emocí a empatie. Chybí požadavky na dítě nebo jsou nízké a nedůsledné. Neočekává se dobrý výkon dítěte, dospělému často na výkonu dítěte příliš nesejde. V některých případech se dítě může pokusit o výkony a dosažení cílů i přes nezáměr rodičů nebo se záměrně snaží o stimulování kladných emočních vztahů například tím, že se stará o mladšího sourozence (Čáp & Boschek, 1994).

**Administrace** dotazníku lze dělat jak jednotlivě, tak skupinově. Adolescent může dotazník vyplnit sám nebo lze otázky z dotazníku projít postupně v rámci poradenského rozhovoru. Dotazník je určen pro respondenty ve věku 13-20 let. **Vyhodnocení dotazníku** probíhá podle klíče, kdy ano = 3, zčásti = 2, ne = 1. Skóry všech odpovědí se přenesou do vyhodnocovacího listu. Následně dojde k součtu hodnot v řádcích a tím získáme hrubé skóry jednotlivých komponent výchovy pro matku a otce, a to v rozmezí od 10 do 30. Hrubé skóry kladných a záporných komponent se dále srovnají s tabulkou, která je uvedena na obrázku č. 9, čímž získáme emoční vztah rodiče. Stejný postup následuje i u komponent volnosti a požadavků, čímž získáme výchovné řízení rodiče. Hrubé skóry lze převést na standardní skóry (Čáp & Boschek, 1994).

Co se týče psychometrických vlastností dotazníku bylo prokázáno, že ve všech případech snahy o stanovení **reliability** dotazníku se jedná o vysoké hodnoty, což zaručuje dostatečnou spolehlivost všech škál dotazníku. Konkrétně u test-retest reliability je to potom pro škály týkající se otce: kladná komponenta výchovy – 0,86, záporná komponenta výchovy – 0,83, komponenta požadavků – 0,85, komponenta volnosti – 0,87. Pro škály týkající se matky: kladná komponenta výchovy – 0,79, záporná komponenta výchovy – 0,78, komponenta požadavků – 0,74, komponenta volnosti – 0,83.

**Normy** pro tento dotazník byly vytvořeny reprezentativním výběrem žáků základních škol, středních škol a odborných učilišť v Praze, západočeském, východočeském, středočeském a severočeském kraji, odděleně pro chlapce a děvčata. Věkové kategorie byly stanoveny jako: 11-12, 13-14, 15, 16 a 17+ (Čáp & Boschek, 1994).

### **7.1.2 Gordonův osobnostní Profil - Inventorium**

Druhý dotazník používaný v našem výzkumu je **Gordonův osobnostní profil – inventorium** (dále GPP-I). Dotazník byl zvolen pro tento výzkum zejména z důvodu škál, které oproti jiným osobnostním dotazníkům měří nejpřiléhavěji charakteristiky korespondující s teoretickými poznatky. V celé této podkapitole vycházíme z testové příručky jakožto jediného dostupného primárního zdroje.

GPP-I kombinuje dva nástroje, Gordonův osobností profil a Gordonovo osobnostní Inventorium, které byly původně vydané jako dvě publikace. Protože oba nástroje byly většinou používány společně, byl v roce 1978 z důvodu zefektivnění administrace připraven společný záznamový arch. Kombinovaná sekce poskytuje pokrytí osmi důležitých faktorů v osobnostní oblasti (Gordon, 1999).

Profil (GPP) byl vyvíjen na základě faktoriálních studií osobnosti, především Cattellova výzkumu, z něhož bylo pro tento dotazník považováno za relevantní šest faktorů. Z Profilu tak nakonec výpočty a ověřovacími studii vyplynuly čtyři faktory, kterými jsou: Převaha, Zodpovědnost, Emocionální stabilita a Sociabilita. Tři z těchto čtyřech osobnostních rysů jsou pro náš výzkum potřebné, proto si je ve stručnosti charakterizujeme. Skóre na jednotlivých škálách mohou nabývat vysokých či nízkých hodnot. My popíšeme ty, které jsou pro náš výzkum relevantní (Gordon, 1999).

Vysoké skóre na škále **Převahy** charakterizuje jedince, kteří mají verbální převahu přijímají aktivní roli ve skupině, mají tendenci k samostatným rozhodnutím a jsou sebevědomí ve vztazích k jiným lidem. Nízké skóre na škále **Zodpovědnosti** vypovídá o neschopnosti setrvat při obtížnější úloze, takoví jedinci mají tendenci být přelétaví a nezodpovědní. Nízké skóre na škále **Emocionální stability** je spojené s excesivní anxiétou, hypersenzitivitou, nervozitou a nízkou frustrační tolerancí (Gordon, 1999).

U **Inventoria** opět mluvíme o čtyřech osobnostních faktorech, ze kterých se skládá. Jsou jimi: Opatrnost, Originální myšlení, Osobní vztahy a Ráznost. Dvě dimenze, Originální myšlení a Osobní vztahy, byly oddělené v jednom z předcházejících výzkumů z GPP. Zbylé dvě škály byly reprezentované v předcházející Cattellově faktorové analýze. Všechny čtyři škály byly opětovně potvrzeny faktorovou analýzou Guilfordových dimenzí. Opět zde charakterizujeme ty škály, tentokrát jednu, se kterými v této práci operujeme (Gordon, 1999).

Nízké skóre na škále **Osobní vztahy** odráží nedostatek důvěry a spolehnutí se na lidi, tito jedinci mají tendenci být k druhým kritičtí, co ostatní udělají je znechucuje nebo dráždí (Gordon, 1999).

GPPI-I je možné aplikovat při výběru zaměstnanců, odborném vedení, personálním poradenství, vzdělávání a výzkumu. Vzhledem k jeho stručnosti a relevantní odolnosti ke zkreslení je přijatelný k použití pro mnoho oblastí psychologie. V případě GPP-I se jedná o **kvazi ipsativní měření**. V ipsativních měřeních dochází k tomu, že jakmile mají lidé vysoké skóre na jedné škále, dosahují automaticky nízkých skóre na škále druhé. Tento dotazník byl zkonstruován tak, aby se vyhnul tomuto problému. Namísto, aby byly všechny čtyři výroky stejně příznivě nebo nepříznivě formulované, jak by tomu bylo v případě ipsativní struktury, jsou vždy dva výroky formulované příznivě a dva nepříznivě. Respondenti si potom vybírají jeden výrok jako jim „nejvíce“ podobný a jeden jako „nejméně“ podobný (Gordon, 1999).

GPP-I neobsahuje žádnou „**lži**“ škálu. V průměru mají sice jedinci tendenci označit převahu příznivých alternativ, nicméně nástroj je zkonstruován tak, že dovoluje jedinci dávat příznivé odpovědi a mít mezi nimi stále spolehlivé rozlišení. Na rozdíl třeba od dotazníků, které jsou formou „ano“, „ne“ a mohou být na tento druh zkreslení vysoce citliví. Formát nucené volby jako je GPP-I se naopak ukázal být jen mírně citlivý (Gordon, 1999).

GPP-I je samostatně administrovatelný. Jednoduché instrukce jsou uvedené v plném znění a úvodní straně záznamového archu. Čas nutný pro vyplnění je zhruba 20-25 minut. Skórování následně probíhá zvlášť pro Profil a zvlášť pro Inventorium. Jestliže nejsou více jak dvě tetrády v sloupci A a B nebo ve sloupcích C a D, které by byly vynechané nebo nesprávně označené, odpovídající sekce Profilu nebo Inventoria může být skórována a interpretována. Dotazník obsahuje tři typy **norem**, které jsou založené na amerických a anglických údajích. České normy nejsou součástí manuálu ani přílohy. Autoři upozorňují na nepřenositelnost jednotlivých norem z jedné národnosti na jinou i přes to, že se dotazník ukázal v rámci jednotlivých národností jako velmi stabilní v čase. Jako hlavní kritérium pro odhad empirické **validity** dotazníku byly studie prováděné Tupesem a Christalem (1961), kteří faktorově analyzovali hodnocení druhých založené na redukovaném souboru Cattellových posuzovacích škál s vyplývajícími pěti faktory. Ve všech studiích se objevily faktory odpovídající Zodpovědnosti, Emocionální stabilitě, Sociabilitě, Originálnímu myšlení a Osobním vztahům. Nevyskytl se žádný faktorový ekvivalent pro GPP-I škálu Převahy protože

Cattellova škála Asertivita vs. Sebevědomí, na které byla Převaha založena, nebyla zahrnuta do žádné studie (Gordon, 1999).

## **7.2 Metody zpracování a analýzy dat**

Zpracování dat probíhalo nejprve se zaměřením na popis vzorku. Pro tento účel byla použita deskriptivní statistika. Zpracování dat probíhalo zejména v programu Microsoft Excel, do něhož byla zapsána všechna data a utříděna tak, aby s nimi šlo dále pracovat. Z výzkumu byly vyřazeny čtyři nevalidní dotazníky podle výše popisovaných škál.

Následující zpracování dat probíhalo v programu Statistica 13. Program nám umožnil ověřit stanovené hypotézy prostřednictvím statistických testů. V tomto případě byl použit t-test pro dva nezávislé výběry. Pro ověření homogenity variancí byl použit Leveneův test. Pro ověření rozložení vzorku z hlediska pohlaví jsme použili testy chí-kvadrátu, konkrétně kontingenční tabulky. Pro ověření rozložení vzorku z hlediska věku adolescentů a z hlediska věku matek byl použit dvouvýběrový t-test.

## **7.3 Etické aspekty**

V rámci provedeného výzkumu došlo k dodržení etických principů a nebyla zaznamenána žádná etická pochybení. Účastníci výzkumu byli informováni o povaze a účelu výzkumu, a zároveň prostřednictvím vyplnění dotazníků souhlasili se zpracováním dat v anonymizované podobě.

Vzhledem k tomu, že dotazník GPP-I vyplňovaly matky a Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině vyplňovalo jejich dítě, bylo nutné, aby se zapojil vždy dospělý rodič a adolescent. Z tohoto důvodu nebyl vyžadován písemný souhlas rodičů k vyplnění dotazníku nezletilým. Tím, že se rodič rozhodl do výzkumu zapojit, automaticky dával souhlas k zapojení i pro jeho dítě.

Vzhledem k tomu, že jména účastníku nebyla nutná, požadovali jsme po respondentech pouze spárování daných dotazníků bez vyplňování jakýchkoliv osobních údajů, pouze obecných demografických. Vyplněné dotazníky byly zpět výzkumníkovi zaslány buď

poštou nebo emailem. Ti respondenti kteří zvolili elektronickou formu komunikace byli upozorněni na možné zneužití dat.

Všechna data byla přepsána do elektronického souboru v zabezpečeném počítači, ke kterému má přístup pouze výzkumník. Papírové formy dotazníku byly skartovány pro případ možného zneužití. Někteří respondenti totiž i přes instrukce uvedli jméno sebe i jejich dítěte.



## 8 Výzkumný soubor

Základní soubor pro tento výzkum je definován jako matky adolescentů ve věku 13 – 17let, kteří vykazují diagnózu ADHD, se kterým mají potíže na tolik, že jsou nuceni navštěvovat poradenskou či terapeutická zařízení i v adolescentním věku.

Vzhledem k výzkumnému cíli pracujeme se dvěma skupinami. V první skupině ověřujeme výchovný styl a vybrané rysy osobnosti matek u adolescentů s ADHD, můžeme jí nazývat jako experimentální skupinu. Druhou část výběrového souboru, tedy kontrolní skupinu, tvoří matky, jejichž dítě nevykazuje diagnózu ADHD ani jinou psychiatrickou diagnózu.

### 8.1 Výběr vzorku z populace a sběr dat

Pro účely našeho výzkumu bylo třeba nejprve oslovit rodiče, kteří budou tvořit experimentální skupinu. Bylo proto osloveno celkem 174 zařízení zabývajících se poradenskou či terapeutickou činností pro děti s ADHD a jejich rodiče. Celkem se jednalo o 130 pedagogicko – psychologických poraden (PPP) a speciálních vzdělávacích center (SVC) a 44 zařízení specializujících se spíše na terapii dětí s ADHD či poruch chování. Lze mluvit o záměrném výběru.

Ze 174 zařízení bylo ochotno ke spolupráci celkem 9 zařízení (čtyři PPP a dvě terapeutická centra). Vzhledem k tomu, že dle GDPR poradny nemohly výzkumníkovi zprostředkovat přímý kontakt na rodiče, nabídka zúčastnit se výzkumu pocházela z jejich strany. Někteří konkrétní pracovníci poraden souhlasili, že budou oni sami oslovovat svoje klienty s nabídkou, jiní souhlasili s vyvěšením letáčku, který byl vytvořen pro účely tohoto výzkumu.

Jak už z předchozích kapitol vyplývá, *Dotazník pro zjišťování způsobů výchovy* vyplňuje adolescent a *Gordonův osobnostní profil – inventurum* vyplňuje rodič. V původním plánu tedy bylo sehnat ochotnou rodinu (otec, matka, adolescent s ADHD) k vyplnění všech dotazníků. Proto, aby mohli být probandi zařazeni do výzkumu, bylo potřeba, aby dítě vykazovalo pouze diagnózu ADHD bez jiných komorbidit a rodič byl po stránce psychiatrických diagnóz zcela zdrav.

V úvodní fázi při hledání respondentů do výzkumu jsme si ovšem udělali krátký pilotní výzkum. Vzhledem k pozici pracovníka P-centra, spolek v Olomouci, jsme měli přístup ke klientům, kteří navštěvují naše terapeutické zařízení s adolescenty ve věku 13-18 let. Oslovili jsme je proto přímo s prosbou o spolupráci a nabídkou zapojení se do výzkumu. Z 33 oslovených klientů souhlasilo 31. Ukázalo se ale, že se jednalo povětšinou o matky (celkem 28 dotazníků bylo vyplněné pouze matkou a jejím dítětem, pouze u tří vrácených dotazníků ho vyplnil i otec) i přes instrukce, že osobnostní dotazník potřebujeme od obou rodičů. Na základě toho jsme se rozhodli náš výzkum koncipovat pouze na matky, jelikož jsme předpokládali, že podobně tomu bude i u ostatních účastníků výzkumu.

Rodiče vždy postupovali tak, že se ozvali výzkumníkovi na uvedený email nebo telefonní kontakt. Před zahájením výzkumu byl probandům vysvětlen účel a cíl výzkumu. V případě souhlasu účasti na výzkumu byl s každým rodičem individuálně domluven postup vyplnění a způsob zaslání prázdných i vyplněných dotazníků. Rodičům byly zaslány také podrobné instrukce i přes to, že oba dotazníky obsahují na úvodní straně oficiální instrukce. Naše instrukce obsahovaly i obrázkovou přílohu, jak vyplňovat oba uvedené dotazníky, aby byl příklad co nejnázornější. Rodiče byli také instruováni, aby dotazník o způsobu výchovy v rodině nechali dítě vyplnit o samotě a nijak neovlivňovali jeho odpovědi. Bohužel nebylo v našich možnostech, abychom při vyplňování každého jednotlivého účastníka zajistili co největší pocit bezpečí, aby docházelo k co nejmenšímu zkreslování dat. Případné nejasnosti byly řešeny s každým z rodičů jednotlivě.

Tento proces trval od září 2018 do ledna 2019. Až po konečném vytvoření experimentální skupiny a sesbíráním dostatečného množství dotazníků byla vytvořena skupina kontrolní tak, aby svým rozložením přibližně odpovídala skupině experimentální a to především s ohledem na věk adolescentů, rodinné prostředí a počet probandů v experimentální skupině. Kontrolní skupinu jsme hledali přes sociální sítě, kdy jsme skrze inzerát nabízeli v případě vyplnění individuální vyhodnocení osobnostního dotazníku a výchovného stylu v rodině. Lze tedy mluvit o záměrném výběru. V případě zájmu o zapojení se do výzkumu byl postup identický s postupem experimentální skupiny. Podmínkou pro zapojení do výzkumu byl souhlas, že se matka

ani její dítě neléčí ani neléčilo s žádnou psychiatrickou diagnózou ani jinou závažnou nemocí. Nebylo ale v našich silách, abychom si pravdivost této odpovědi zjišťovali u každého účastníka výzkumu zvlášť.

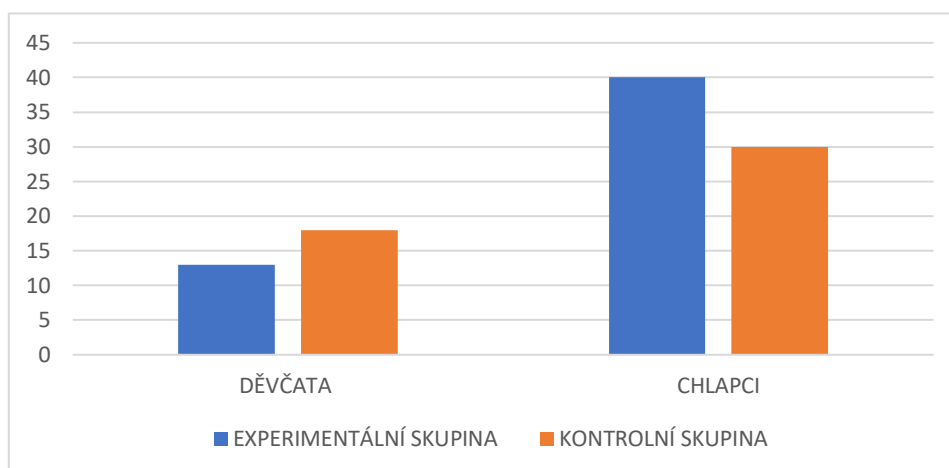
## 8.2 Popis souboru

Vzhledem k omezeným možnostem sběru dat nebylo možné zajistit dostatečně velký soubor na to, abychom ho mohli prohlásit za reprezentativní. Na základě kontaktů z PPP, terapeutických zařízení a rozdaných letáčků se nám v rámci experimentální skupiny podařilo získat data celkem od 53 matek a jejich dětí v adolescentním věku, konkrétně 13-17 let s diagnózou ADHD, která stále vyžaduje intervenční, poradenskou či terapeutickou pomoc. Ozvalo se nám celkem 71 rodičů, souhlas k výzkumu jich vyslovilo 62 a validní dotazníky byly vybrány od 58 probandů a jejich dětí. Dvě dvojice (matka – dítě) probandů byly vyřazeny z důvodu nevalidního Dotazníku zjišťování způsobu výchovy v rodině, kdy v jednom dotazníku bylo všude zaškrtnáno „NE“ a ve druhém chybělo 8 odpovědí. Zbylé dvě dvojice jsme byli nuceni vyřadit na základě nevalidního vyplnění GPP-I ze strany matek. Dalších 5 respondentů jsme vyřadili z důvodu duální diagnózy SPU u dítěte. V experimentální skupině z 58 adolescentů jich mělo 5 diagnostikovanou dyslexii, z toho dva adolescenti ještě společně s dysgrafií.

Do kontrolní skupiny potom bylo zařazeno 48 validních dotazníků. Celkem jich bylo vyplněno 57. Pět dotazníků bylo vyřazeno z důvodu nevyhovujícího věku dítěte, který činil v jednom případě 11 let, ve čtyřech případech 9 let. Další čtyři dotazníky byly vyřazeny z důvodu chybějících odpovědí na některé otázky. Konečný **výzkumný soubor tak činí 202 respondentů, 101 matek a 101 jejich dětí.**

Co se týče zastoupení pohlaví ve vzorku, skýtá celkem 58 chlapců (57,4%) a 23 děvčat (42,6%). Z toho v kontrolní skupině je celkem 30 chlapců (62,5%) a 18 děvčat (37,5%), ve skupině experimentální je potom 40 chlapců (75,5%) a 13 děvčat (24,5%). Jak už bylo zmíněno výše, v kontrolní i experimentální skupině je zastoupení pouze žen – matek., tedy 48 matek (100%) ve skupině kontrolní a 53 (100%) matek ve skupině experimentální. Tyto údaje souhrnně vyjadřuje následující graf.

*Graf 1.: Popis výzkumného souboru z hlediska pohlaví adolescentů*



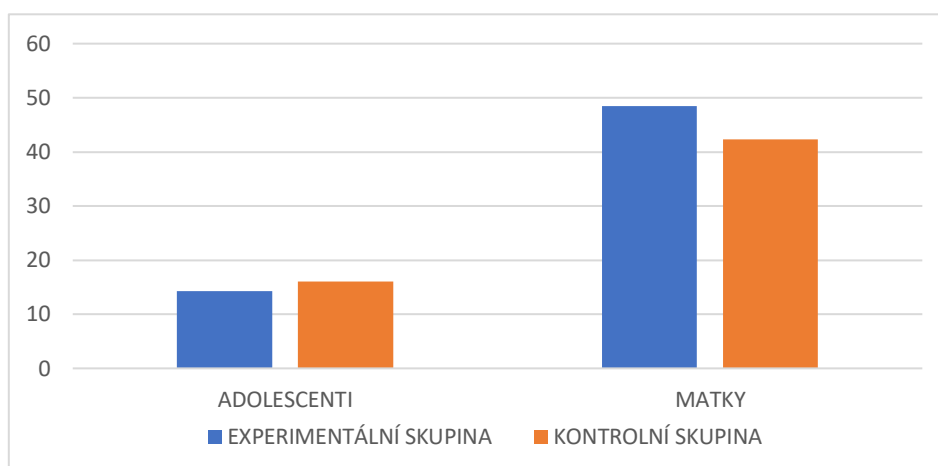
Podíly jednotlivých pohlaví lze vzhledem ke sběru dat prohlásit za poměrně rovnoměrně rozlišené s odchylkou menšího výskytu dívek ve skupině s ADHD diagnózou. Což potvrzuje i teoretickou literaturu předkládající ADHD jako onemocnění týkající se spíše chlapců (Malá, 2001). To potvrzují i testy chí-kvadrátu, konkrétně srovnání pozorovaných a očekávaných četností pomocí kontingenčních tabulek. S p hodnotou 0,158, tak potvrdily, že není statisticky významný rozdíl v rozložení pohlaví mezi skupinami.

*Tab. 1.: Výsledky testu chí-kvadrát při ověřování rozložení vzorku z hlediska pohlaví adolescentů*

	Pozorované KS	Pozorované ES	Očekávané KS	Očekávané ES	p
<b>dívka</b>	13	18	14,7	16,3	0,158
<b>chlapec</b>	30	40	33,3	36,7	0,158

Další popisnou charakteristikou souboru je zastoupení věku adolescentů a jejich matek. Průměrný věk vzorku adolescentů činí (k 20.1.2019) 15,2 let. Minimální věk byl 13 let, maximální 17 let. Z toho průměrný věk experimentální skupiny činil 14,3, kontrolní byl potom 16,1 let. Průměrný věk vzorku matek činí (k 20.1.2019) 45,4 let. Minimální věk byl 35 let, maximální 52 let. Z toho průměrný věk experimentální skupiny činil 48,5 let, věk kontrolní skupiny byl potom 42,3 let.

Graf 2.: Popis výzkumného souboru z hlediska věku adolescentů a matek



Provedením dvouvýběrového t-testu se prokázalo, že se skupiny z hlediska věku dítěte statisticky významně liší. Byla také spočítána míra účinku Cohenova  $d$ , kterou lze vyjádřit podílem rozdílu průměrů skupin a směrodatné odchylky. Podrobnější výsledky ze zpracování první hypotézy lze nalézt níže v tabulce.  $P$  hodnota vyšla 0,001. Věk matek v experimentální skupině byl vyšší, zatímco věk adolescentů byl vyšší u skupiny kontrolní. Pro rozdíl mezi skupinami svědčí i vysoká hodnota Cohenova  $d$ .

Tab. 2.: Výsledky dvouvýběrového t-testu při ověřování rozložení vzorku z hlediska věku adolescentů

	Průměr KS	Průměr ES	t	Sv	p	d
<b>Věk</b>	16,11	14,38	-7,96	99	0,001	-1,19

U obou tabulek „Sv“ – značí stupně volnosti, „p“ – již zmíněnou  $p$  hodnotu, „t“ – je označení pro hodnotu testové statistiky a „d“ označení pro míru účinku Cohenova  $d$ . Výsledky v tabulce znázorňují výsledky jednostranné hypotézy. Cohenovo  $d$  v této práci hodnotíme dle následujících kritérií.

Tab. 3.: Rozpětí absolutní hodnoty Cohenova  $d$  a jejich slovní označení (Cohen, 1988, s. 25; in Soukup, 2013)

Interval	Slovní hodnocení
< (0,2 – 0,5)	malé
< (0,5 – 0,8)	střední
0,8 a vyšší	velké

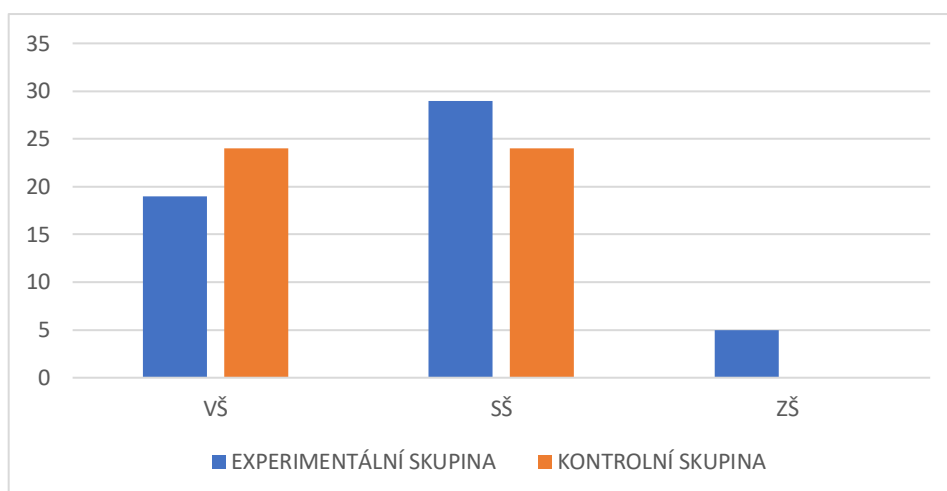
Provedením dvouvýběrového  $t$ -testu se dále prokázalo, že se skupiny statisticky významně liší i z hlediska věku matek.  $P$  hodnota vyšla 0,001. Pro rozdíl mezi skupinami svědčí i Cohenovo  $d$ , které dosahuje vysokých hodnot.

Tab. 4.: Výsledky dvouvýběrového  $t$ -testu při ověřování rozložení vzorku z hlediska věku matek

	Průměr KS	Průměr ES	$t$	$Sv$	$p$	$d$
<b>Věk</b>	42,35	48,51	7,88	99	0,00 1	1,23

Další charakteristika, která nás zajímala bylo vzdělání matek. Z celkového výzkumného souboru 43 matek (42,5%) mělo vysokoškolské vzdělání. Středoškolské vzdělání potom uvedlo 53 matek (52,5%) a základní vzdělání pouze 5 matek (5 %). V experimentální skupině se nacházely všechny matky, které uváděly základní vzdělání, tvořily tak 9,4% vzorku. Středoškolské vzdělání bylo zastoupeno 29 matkami (54,7%), vysokoškolské potom 19 matkami (35,9%). Kontrolní skupina byla složena pouze ze středoškolsky vzdělaných matek v počtu 24 (50%) a vysokoškolsky vzdělaných matek v počtu 24(50%). Můžeme tedy vidět, že z hlediska vzdělanosti výzkumného souboru jsou skupiny nevyvážené. V kontrolní skupině se nenachází žádná matka pouze se základním vzděláním, naopak je zde více vysokoškolaček oproti skupině experimentální. Tyto údaje souhrnně vyjadřuje následující graf.

Graf 3.: Popis výzkumného souboru z hlediska vzdělání matek

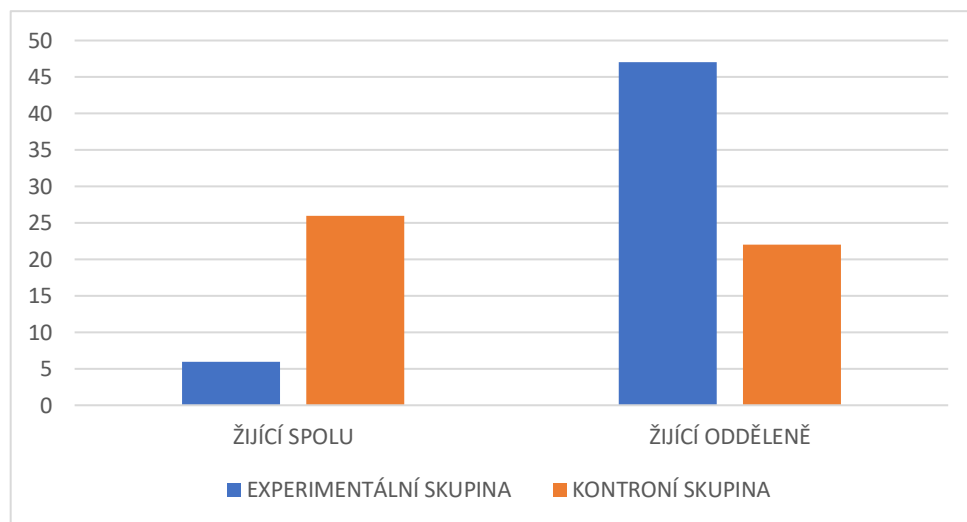


Podle uvedených údajů 100% adolescentů z experimentální skupiny vykazuje diagnózu ADHD bez jiných diagnóz kromě SPU. Matky z experimentální skupiny stejně jako matky a adolescenti z kontrolní skupiny nevykazují žádnou psychiatrickou diagnózu ani žádné závažné onemocnění. U kontrolní skupiny jsme bohužel nebyli schopni ověřovat pravost této informace jinak, než upozorněním, že dotazník se týká pouze lidí, kteří nejsou psychiatrickými pacienty ani nedochází na psychoterapie. U experimentální skupiny jsme potom spoléhali na příslušná pracoviště, která mají o svých klientech takové informace, aby je mohli uznat za vhodné či nevhodné pro náš výzkum.

Ve skupině experimentální se vyskytují adolescenti, kteří v současné době podstupují léčbu ADHD pouze ambulantně. Pouze 7 z nich, tedy 13,2 %, bylo kvůli „nezvladatelným problémům v chování z důvodu diagnózy ADHD“ v mladším školním věku hospitalizováno. U všech respondentů z experimentální skupiny došlo k diagnostikování ADHD již v mladším školním věku. Všichni respondenti experimentální skupiny zároveň shodně uvedli, že léčba probíhá bez větších prodlev stále již od prvního zjištění diagnózy. Z 53 adolescentů z experimentální skupiny jich je v současné době zamedikováno 38 (71,7%). Ne všichni respondenti uvedli přesný typ léku. Víme pouze, že 14 z nich užívá Ritalin a 5 probandů uvedlo Stratteru. Do pedagogicko-psychologické poradny jich stále dochází 47 (88,7%). V psychoterapii ať už individuální, rodinné či skupinové je aktuálně 25 adolescentů (47,2%).

Poslední charakteristikou, která nás v rámci popisných charakteristik souboru zajímala bylo to, zda rodiče adolescenta žijí spolu nebo odděleně. V rámci celého výzkumného souboru zde bylo 69 (68,3%) matek, které jsou rozvedené nebo s partnerem (otcem dítěte) žijí odděleně, pouze 32 (31,7%) žije společně s partnerem (otcem dítěte). V experimentální skupině potom 47 rodičů (88,7%) žije odděleně a pouze 6 matek (11,3%) uvedlo, že žijí s otcem dítěte v jedné domácnosti. V kontrolní skupině 26 matek (54,2%) uvedlo společné soužití a 22 matek (45,8%) soužití oddělené. Z hlediska této charakteristiky je na první pohled zřejmá nesourodost a nerovnoměrnost obou skupin. Tyto údaje souhrnně vyjadřuje následující graf.

*Graf 4.: Popis výzkumného souboru z hlediska rodinné situace*



Z kontrolní skupiny téměř nikdo nevedl žádná další specifika rodinného soužití. Na výběr byla: pěstounská péče, adopce v rodině, úmrtí blízkého rodinného člena, závažné tělesné nebo psychické onemocnění blízkého člena rodiny. Z experimentální skupiny pouze 2 matky uvedly, že adolescent, který vyplňuje dotazník, tzn. je zařazen do našeho výzkumu, byl adoptovaný. Jiné možnosti nebyly zvoleny.



## 9 Výsledky

V této kapitole statisticky ověříme námi stanovené hypotézy a představíme jejich výsledky. Jaké statistické metody jsme pro získání a zpracování dat použili lze nalézt v kapitole 6.

### 9.1 Výchovní styl matek

Nejprve se budeme věnovat ověření prvních tří hypotéz, které se týkají výchovného stylu matek. Vzhledem k tomu, že obě testované skupiny mají nad 30 respondentů, jsme s odvoláním na centrální limitní teorém zvolili parametrické testy. Abychom je mohli s určitostí použít, je potřeba, aby obě skupiny měly stejné nebo alespoň přibližné rozptyly. Protože skupiny mají různé početní zastoupení a nemůžeme tak zaručit homogenitu variancí, použili jsme pro ověření rozptylů Leveneův test. Podrobnější výsledky ze zpracování Leveneova testu zobrazujeme v následující tabulce.

Tab. 5.: Výsledky Leveneova testu

	Kladný	Záporný	Požadavky	Volnost
<b>p-hodnota</b>	0,016	0,006	0,008	0,018
<b>F</b>	2,00	4,31	4,02	1,80
<b>Sv</b>	99	99	99	99

V tabulce jsou uvedeny p-hodnoty pro jednotlivé komponenty výchovy. Dále zde uvádíme hodnotu testové statistiky F a stupně volnosti. Hodnoty lze interpretovat tak, že vzhledem ke stanovení hladiny významnosti pro testování na 0,05, rozptyl hodnot v jedné skupině není výrazně vyšší či nižší než ve druhé skupině. Můžeme tedy použít parametrické testy bez nutnosti použití Welschovy korektury.

Na základě prvního výzkumného cíle byla stanovena následující hypotéza.

***H<sub>1</sub>: Matky, jejichž dítě má diagnózu ADHD, dosahují statisticky významně vyššího skóre na škále záporné emoční komponenty než matky, jejichž dítě nemá žádnou psychiatrickou diagnózu.***

Pro ověření této hypotézy byl použit dvouvýběrový t-test, na základě něhož byla hypotéza **přijata**. Matky, jejichž dítě má ADHD, vykazují statisticky významně vyšší skóre na škále záporné emoční komponenty, než matky z kontrolní skupiny. P hodnota je 0,001. Podrobnější výsledky ze zpracování třetí hypotézy lze nalézt v následující tabulce.

*Tab. 6.: Výsledky dvouvýběrového t-testu při ověřování první hypotézy*

	<b>Průměr ES</b>	<b>Průměr KS</b>	<b>Sv</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>d</b>
<b>Záporná komponenta</b>	28,32	24,27	99	6,90	0,001	1,16

„Sv– značí stupně volnosti, „p– již zmíněnou p hodnotu, „d– je označení pro míru účinku a „t– je označení pro hodnotu testové statistiky. Výsledky v tabulce jsou uvedeny pro jednostrannou hypotézu. Stejně tak tomu bude i u dalších tabulek v této podkapitole.

Průměr nám potom ukazuje, že se experimentální skupina liší zhruba o 4 body dosažené v hrubém skóru na škále negativní emoční komponenty. Pro rozdíl mezi skupinami svědčí i hodnota Cohenova d., která je dle dělení cut-off skóru vysoká (Soukup, 2013).

Identickým způsobem byly zpracovány i následující dvě hypotézy.

***H<sub>2</sub>: Matky, jejichž dítě má diagnózu ADHD, dosahují statisticky významně vyššího skóre na škále komponenty volnosti než matky, jejichž dítě nemá žádnou psychiatrickou diagnózu.***

Pro ověření této hypotézy byl použit dvouvýběrový t-test, na základě něhož byla hypotéza **zamítnuta**. Matky, jejichž dítě má ADHD, nevykazují statisticky vyšší skóre na škále komponenty volnosti oproti matkám z kontrolní skupiny. P hodnota je 0,226. Podrobnější výsledky ze zpracování druhé hypotézy lze nalézt v následující tabulce.

Tab. 7.: Výsledky dvouvýběrového t-testu při ověřování druhé hypotézy

	Průměr ES	Průměr KS	Sv	t	p	d
<b>Komponenta volnosti</b>	18,50	18,12	99	0,75	0,226	0,15

Výsledky ukazují na velmi podobné průměry obou skupin. Nelze tedy říci, že by matky z některé skupiny měly statisticky vyšší či nižší skóre na škále volnosti. Minimálnímu rozdílu mezi skupinami odpovídá i vypočítaná míra účinku.

A jako poslední hypotézu této kapitoly jsme testovali skóre na škále kladení požadavků.

***H<sub>3</sub>: Matky, jejichž dítě má diagnózu ADHD, dosahují statisticky významně vyššího skóre na škále komponenty požadavků než matky, jejichž dítě nemá žádnou psychiatrickou diagnózu.***

Na základě dvouvýběrového t-testu byla hypotéza **přijata**. Matky, jejichž dítě má ADHD vykazují statisticky vyšší skóre na škále kladení požadavků. P hodnota je 0,001. Podrobnější výsledky ze zpracování třetí hypotézy lze nalézt v následující tabulce.

Tab. 8.: Výsledky dvouvýběrového t-testu při ověřování třetí hypotézy

	Průměr ES	Průměr KS	Sv	t	p	d
<b>Komponenta požadavků</b>	18,15	16,16	99	3,64	0,001	0,69

Při zaměření se na průměry skupin lze pozorovat vyšší průměr u experimentální skupiny oproti skupině kontrolní. Je tedy zřejmé, že matky, jejichž dítě má ADHD vykazují vyšší skóre na škále kladení požadavků. Hodnota Cohenova d se dle Soukupa (2013) pohybuje v mezích průměru, což podle něho znamená, že 69% lidí z experimentální skupiny dosahuje vyššího skóre než ze skupiny kontrolní.

V níže uvedených tabulkách shrneme základní popisné statistiky souboru v Dotazníku zjišťování způsobů výchovy v rodině zvlášť pro emoční vztah, zvlášť pro styl řízení matek a zvlášť pro výsledný způsob výchovy dle modelu devíti polí. Emoční vztah je škála, která vzniká kombinací záporné a kladné komponenty, pro každého rodiče zvlášť

Tab. 9.: Výsledky emočního vztahu matek z hlediska početního zastoupení různých dimenzí vztahu

	Pozorované KS	Pozorované ES	Očekávané KS	Očekávané ES
<b>záporný</b>	23	41	30,4	33,6
<b>kladný</b>	25	12	17,6	19,4

Provedením chí-kvadrát testu se ukázalo, že se skupiny statisticky významně liší, p hodnota se v tomto případě rovná 0,002, stupně volnosti vykazují hodnotu 1, Pearsonův chí-kvadrát má potom hodnotu 9,4.

Pokud bychom tedy měli odpovědět na stanovenou otázku číslo 1:

***Jaký emoční vztah matky se nejčastěji vyskytuje u experimentální a kontrolní skupiny,*** můžeme říct, že u experimentální skupiny výrazně převládá záporný emoční vztah. U skupiny kontrolní jsou potom hodnoty vyváženější s převahou kladného emočního vztahu.

Jako další nás zajímal styl řízení matek, který je kombinací komponent požadavků a volnosti vytvořený pro každého rodiče zvlášť.

Tab. 10.: Výsledky stylu řízení matek z hlediska početního zastoupení

	Pozorované KS	Pozorované ES	Očekávané KS	Očekávané ES
<b>Slabé</b>	19	19	18,0	20,0
<b>Střední</b>	16	0	7,6	8,4
<b>Silné</b>	6	25	14,7	16,2
<b>Rozporné</b>	7	9	7,6	8,4

Provedením chí-kvadrát testu se ukázalo, že se skupiny statisticky významně liší ve stylu řízení, p hodnota se v tomto případě rovná 0,001 stupně volnosti vykazují hodnotu 3, Pearsonův chí-kvadrát má potom hodnotu 27,7.

Pokud bychom tedy měli odpovědět na stanovenou otázku číslo 2:

***Jaký styl řízení matky se nejčastěji vyskytuje u experimentální a kontrolní skupiny,*** můžeme říct, že v experimentální skupině matky nejčastěji dosahují silného výchovného řízení. Vysokou hodnotu četnosti má potom i řízení slabé. Oproti tomu kontrolní skupina vykazuje poměrně malou četnost silného a rozporného řízení. Nejpočetnější zastoupení má potom slabé řízení. Výraznou četnost můžeme pozorovat oproti experimentální skupině, i u řízení středního

Jako další charakteristiku v rámci popisné statistiky jsme vyhodnotili konkrétní výchovné styly dle modelu devíti polí.

*Tab. 11.: Výsledky četností výchovných stylů dle modelu devíti polí*

	<b>Pozorované KS</b>	<b>Pozorované ES</b>	<b>Očekávané KS</b>	<b>Očekávané ES</b>
<b>1</b>	10	25	16,6	18,3
<b>2</b>	8	12	9,5	10,5
<b>3</b>	5	7	5,7	6,3
<b>4</b>	2	0	0,9	1,0
<b>5</b>	7	0	3,3	3,7
<b>6</b>	11	7	8,5	9,4
<b>7</b>	5	2	3,3	3,7

Čísla v prvním sloupci značí jednotlivé výchovné styly, které jsou kombinacemi výše zmíněných kategorií emočního vztahu a stylu řízení dle následujícího obrázku.

Obrázek 10.: Pojmenování výchovných stylů dle modelu devíti polí (Čáp, Čechová, Boschek, 2000)

Výchovné řízení/ Emoční vztah	Silné	Střední	Slabé	Rozporné
Záporný	1 autokratická výchova		2 lhostejnost k dítěti	3 pesimum: záporný vztah s rozporným řízením
Záporně/kladný	9 výchova emočně rozporná, jeden z rodičů zavrhuje, druhý extrémně kladný nebo dítě je s ním v koalici			
Kladný	4 výchova přísná a přitom laskavá	5 optimum: vzájemné porozumění a přiměřené řízení	6 laskavá a liberální výchova bez požadavků a kontroly	7 kladný vztah s rozporným řízením
Extrémně kladný			8 „kamarádský“ vztah s dodržováním norem	

Výchovný styl 8 a 9 se v našem vzorku vůbec nevyskytl. Provedením chí-kvadrát testu se ukázalo, že se skupiny statisticky významně liší ve stylu řízení. P hodnota se v tomto případě rovná 0,048, stupně volnosti vykazují hodnotu 6, Pearsonův chí-kvadrát má potom hodnotu 18,5.

Pokud bychom tedy měli odpovědět na stanovenou otázku číslo 3:

***Jaký výchovný styl podle modelu devíti polí se nejčastěji vyskytuje v experimentální a kontrolní skupině,*** mohli bychom říci, že nejčastější výchovný styl u experimentální skupiny je styl autoritářský, zhruba s poloviční četností je potom styl lhostejný. U kontrolní skupiny byly styly více vyvážené s největším zastoupením liberálního výchovného stylu. Obecně by se dalo říci, že kontrolní skupina vykazovala více výchovných stylů s kladnou emoční komponentou.

Pro výskyt autoritářského stylu u experimentální skupiny svědčí i platnost první a třetí hypotézy, které potvrdily záporný emoční vztah a vysokou komponentu požadavků,

které jsou základem pro autoritářský výchovný styl dle Dotazníku pro zjišťování způsobů výchovy v rodině.

## 9.2 Osobnost matek adolescentů s ADHD

Jako další výzkumný cíl bylo stanoveno prozkoumat vybrané aspekty osobnosti související s teoretickou částí této práce. Vzhledem k tomu, že obě testované skupiny mají nad 30 respondentů, jsme s odvoláním na centrální limitní teorém zvolili parametrické testy. Abychom je mohli s určitostí použít, bylo opět potřeba ověřit shodnost či minimální rozdílnost rozptylů obou skupin. Protože skupiny mají různé početní zastoupení a nemůžeme tak zaručit homogenitu variancí, použili jsme pro ověření rozptylů Leveneův test. Podrobnější výsledky ze zpracování Levenova testu zobrazujeme v následující tabulce.

Tab. 12.: Výsledky Leveneova testu

	<b>Převaha</b>	<b>Emocionální stabilita</b>	<b>Osobní vztahy</b>	<b>Zodpovědnost</b>
<b>p-hodnota</b>	0,001	0,001	0,028	0,029
<b>F</b>	23,61	48,99	4,93	4,79
<b>Sv</b>	100	100	100	100

V tabulce jsou uvedeny p-hodnoty pro jednotlivé komponenty výchovy. Dále zde uvádíme hodnotu testové statistiky F a stupně volnosti. Hodnoty lze interpretovat tak, že vzhledem ke stanovení hladiny významnosti pro testování na 0,05, rozptyl hodnot v jedné skupině není výrazně vyšší či nižší než ve druhé skupině. Můžeme tedy použít parametrické testy bez nutnosti použití Welschovy korektury.

Na základě druhého výzkumného cíle byla stanovena následující, v pořadí čtvrtá, hypotéza.

***H<sub>4</sub>: Matky, jejichž dítě má diagnózu ADHD, dosahují statisticky významně nižšího skóre na škále Emocionální stability než matky, jejichž dítě nemá žádnou psychiatrickou diagnózu.***

Pro ověření této hypotézy byl použit dvouvýběrový t-test, na základě něhož byla hypotéza **přijata**. Matky, jejich dítě má ADHD, vykazují statisticky významně nižší skóre na škále emocionální stability, než matky z kontrolní skupiny. P hodnota je 0,001. Podrobnější výsledky ze zpracování čtvrté hypotézy lze nalézt níže v tabulce.

*Tab. 13.: Výsledky dvouvýběrového t-testu při ověřování čtvrté hypotézy*

	<b>Průměr ES</b>	<b>Průměr KS</b>	<b>Sv</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>d</b>
<b>Emocionální stabilita</b>	17,98	26,83	100	-8,42	0,001	1,28

„Sv– značí stupně volnosti, „p– již zmíněnou p hodnotu, „d– je označení pro míru účinku a „t– je označení pro hodnotu testové statistiky. Stejně tomu tak bude i u dalších tabulek v této podkapitole. Průměr nám potom ukazuje, že experimentální skupina dosahuje v průměru o téměř 9 bodů méně než skupina kontrolní. Pro rozdíl mezi skupinami svědčí i vysoká hodnota Cohenova d.

Identickým způsobem byly zpracovány i následující tři hypotézy.

***H<sub>5</sub>: Matky, jejichž dítě má diagnózu ADHD, dosahují statisticky nižšího skóre na škále Zodpovědnosti než matky, jejichž dítě nemá žádnou psychiatrickou diagnózu.***

Pro ověření této hypotézy byl použit dvouvýběrový t-test, na základě něhož byla hypotéza **zamítnuta**. Matky, jejichž dítě má ADHD nevykazují statisticky nižší skóre na škále zodpovědnosti, než matky z kontrolní skupiny. P hodnota je 0,836. Podrobnější výsledky ze zpracování páté hypotézy lze nalézt v následující tabulce.

*Tab. 14.: Výsledky dvouvýběrového t-testu při ověřování páté hypotézy*

	<b>Průměr ES</b>	<b>Průměr KS</b>	<b>Sv</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>d</b>
<b>Zodpovědnost</b>	26,58	26,91	100	-0,21	0,836	0,04

Výsledky ukazují na velmi podobné průměry obou skupin. Nelze tedy říci, že by matky z některé skupiny měly statisticky vyšší či nižší skóre na škále zodpovědnosti. Nízká hodnota Cohenova d to potvrzuje.

Jako další jsme testovali hypotézu týkající se osobních vztahů matek.



***H<sub>6</sub>: Matky, jejichž dítě má diagnózu ADHD, dosahují statisticky nižšího skóre na škále Osobní vztahy než matky, jejichž dítě nemá žádnou psychiatrickou diagnózu.***

Pro ověření této hypotézy byl použit dvouvýběrový t-test, na základě něhož byla hypotéza **přijata**. Matky, jejichž dítě má ADHD vykazují statisticky nižší skóre na škále osobních vztahů, než matky z kontrolní skupiny. P hodnota je 0,001. Podrobnější výsledky ze zpracování šesté hypotézy lze nalézt v následující tabulce.

*Tab. 15.: Výsledky dvouvýběrového t-testu při ověřování šesté hypotézy*

	<b>Průměr ES</b>	<b>Průměr KS</b>	<b>Sv</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>d</b>
<b>Osobní vztahy</b>	19,18	32,57	100	-18,91	0,001	1,76

Při zaměření se na průměry skupin lze pozorovat nižší průměr u experimentální skupiny oproti skupině kontrolní. Je tedy zřejmé, že matky, jejichž dítě má ADHD vykazují nižší skóre na škále osobních vztahů dle našich předpokladů. Pro rozdíl mezi skupinami svědčí i vysoká hodnota Cohenova d. Podle Soukupa (2013) je totiž u hodnoty blížící se 2 již téměř vyloučen překryv obou skupin z hlediska měřené charakteristiky, 98 % členů první skupiny má hodnotu vyšší, než je průměr ve druhé skupině.

A jako poslední je sedmá hypotéza zkoumající osobnostní rys dominance matek.

***H<sub>7</sub>: Matky, jejichž dítě má diagnózu ADHD, dosahují statisticky vyššího skóre na škále Převahy než matky, jejichž dítě nemá žádnou psychiatrickou diagnózu.***

Pro ověření této hypotézy byl použit dvouvýběrový t-test, na základě něhož byla hypotéza **přijata**. Matky, jejichž dítě má ADHD vykazují statisticky vyšší skóre na škále Převahy, než matky z kontrolní skupiny. P hodnota je 0,001. Podrobnější výsledky ze zpracování sedmé hypotézy lze nalézt v následující tabulce.

*Tab. 16.: Výsledky dvouvýběrového t-testu při ověřování sedmé hypotézy*

	<b>Průměr ES</b>	<b>Průměr KS</b>	<b>Sv</b>	<b>t</b>	<b>P</b>	<b>d</b>
<b>Převaha</b>	28,45	19,12	100	9,48	0,001	1,37

Srovnání průměrů obou skupin opět poukazuje na fakt, že experimentální skupina dosahuje v průměru více bodů na škále Převahy než skupina kontrolní. Pro rozdíl mezi skupinami svědčí i hodnota Cohenova  $d$ , která je dle dělení cutt-off skóru vysoká (Soukup, 2013).

## 10 Diskuze

V následující kapitole se zamyslíme nad výsledky našeho výzkumu, porovnáme ho s výsledky srovnatelných či velmi podobných výzkumů, poukážeme na možná zkresení a formulujeme doporučení pro další výzkumnou práci na podobné téma.

Prvním cílem této práce bylo zjistit, jaké komponenty výchovy vykazují matky adolescentů s ADHD. Další hypotézy vycházely z výše uvedených výzkumů a vybraných teoretických poznatků. První tři hypotézy zabývající se výchovnými komponentami matek byly testovány **Dotazníkem pro zjišťování způsobů výchovy v rodině**.

Výsledky první hypotézy, kdy jsme předpokládali vyšší skóre na škále negativní emoční komponenty u matek adolescentů s ADHD, jsou v souladu s našimi očekáváními. Matky z experimentální skupiny dosahují statisticky vyššího skóre na škále záporné emoční komponenty než matky ze skupiny kontrolní. Vzhledem k tomu, že výše zmíněný dotazník měří v hrubých skórech čtyři základní komponenty, ze kterých dále skládá celkový emoční vztah a styl řízení, které se následně kombinují v 9ti různých stylech výchovy, jevílo se nám jako nejlepší pracovat v hypotézách se základními komponentami, které tvoří základní charakteristiku daných výchovných stylů. V první hypotéze nás tedy zajímala právě komponenta záporného emočního vztahu, která je základem pro lhostejnou a autoritářskou výchovu, které prokázaly výzkumy za nejčastěji se vyskytující v rodinách s dítětem s ADHD (Chi & Hinshaw, 2002; Lange & kol., 2005; Lifford & kol., 2007) a zároveň je teoretické poznatky označují za rizikové a negativní pro vývoj dítěte, zvláště toho s ADHD či jinou poruchou (Train, 1997; Jucovičová & Žáčková, 2015; Jennett, 2013).

Jeden takový výzkum provedli například Dallos a Smart (2010), kteří ve své studii zkoumali důležitost vazby a její vliv na další vývoj dítěte. Zjistili, že se ADHD často pojí s dezorganizovanou vazbou dítěte k matce charakteristickou zejména odmítavým postojem k dítěti a negativní emoční zpětnou vazbou. Cussena a kol. (2012) nebo Rogers a kol. (2009) potom prokázali, že se výskyt ADHD v rodině často pojí s nižší kvalitou života rodiny projevující se po emoční stránce, zejména chudou emocionalitou.

Výsledky našeho výzkumu podporuje i studie Zhuo Rachel Han a Ann Shafferové (2014), které se zaměřily konkrétně na vztah dítěte s ADHD a matky. Zjistily, že zvýšená kritičnost a emocionální chlad matky vůči dítěti vede k narušení schopnosti dítěte regulovat své emoce. Naopak větší emoční angažovanost matky a její citlivá účast na vývoji dítěte snižuje symptomy problémového chování.

Další z hypotéz, která vyšla dle našeho očekávání v souladu s vybranými výzkumy se týká komponenty vysokého kladení požadavků, která je společně s negativní emoční komponentou základem pro autoritářský výchovný styl. Hypotézu jsme přijali shodně s mnoha výzkumy, které prokázaly autoritářský styl, tedy i silné řízení, jako ten nejvíce se vyskytující v rodinách s dětmi, které vykazují negativní projevy chování v rámci diagnózy ADHD. Například Susan Shur – Fen Gau (2007) prokázala, že matky s ADHD dětmi, jsou méně láskyplné a prokazují více přehnané kontroly oproti matkám v kontrolní skupině.

Stejně výsledky předkládají i Lange a kol. (2005), ve kterých rodiče adolescentů s ADHD vykazovali autoritářský výchovný styl oproti skupině kontrolní. Podobné výsledky měl i výzkum Firouzkoiho a kol. (2013) nebo Yousefia a kol. (2011). Jucovičová a Žáčková (2010) taktéž shodně s předchozími údaji jmenují autoritářský a přísnou, popřípadě příliš perfekcionistickou výchovu jako tu, která negativně ovlivňuje projevy chování u dětí s ADHD.

Poslední hypotéza týkající se výchovného stylu je hypotéza č. 2, která se zabývá komponentou volnosti, a kterou jsme i přes podložení poměrně vysokým číslem výzkumů neprokázali. Druhá hypotéza byla podložena například poznatky Traina (1997), který ve své publikaci zdůrazňuje nutnost důslednosti rodičů. Stejně tak Jucovičová a Žáčková (2010) jako jeden z nevhodných výchovných stylů, nejen u adolescentů s ADHD, jmenují výchovu příliš volnou až lhostejnou, tedy výchovu kdy je dítěti povoleno vše. Z výzkumu Žáčkové (2005) taktéž vyplynulo, že nejvíce výchovných problémů bylo zaznamenáno u dětí s ADHD, které byly vedeny příliš volně, bezhraničně, s minimálním zájmem o dítě.

Na výsledek hypotézy lze nahlížet z několika úhlů. Z hlediska porovnání průměrů hrubých skóre komponenty volnosti lze vidět, že se skupiny statisticky významně

neliší. Z hlediska výsledného stylu řízení při porovnávání skupin můžeme pozorovat stejnou informaci, tedy že kontrolní i experimentální skupina dosahuje identického počtu (19) slabého výchovného řízení, které je podmínkou společně s emočním negativním vztahem k dítěti k zvolení lhostejného výchovného stylu. Nicméně při zaměření se na samotnou experimentální skupinu můžeme vidět, že slabé řízení společně se silným, charakteristickým pro autoritářský výchovný styl, výrazně převládá oproti jiným stylům řízení. Konkrétně slabých řízení je v souboru pouze o šest méně než řízení silných, u kterého již byla prokázána statistická významnost. Stejně tak samotný lhostejný styl je hned na druhém místě ve výsledcích experimentální skupiny. Tato zjištění lze interpretovat tak, že slabé řízení a s ním související lhostejný styl má poměrně vysoké procento zastoupení ve výzkumném souboru, nikoliv však natolik, aby byla prokázána jeho statistická významnost.

Jednou z možných příčin, proč hypotéza nebyla přijata, může být velikost výzkumného souboru. S přihlédnutím k vybraným metodám získávání dat, časovým možnostem a kladení přísných požadavků na diagnózu adolescenta, vzhledem k tomu, že až 69% se vyskytuje s komorbiditami (Malá, 2012), nebylo v našich silách získat více respondentů. Nízký počet probandů mohl způsobit zkreslení, které zapříčinilo zamítnutí naší hypotézy.

Je zde vhodné také zamyšlení nad volbou měření lhostejného výchovného stylu a možnosti měření samotného námi použitého dotazníku. Vzhledem k tomu, že autorka této práce pracuje s dětmi s ADHD a jejich rodiči, často se setkává s absencí hranic ve výchově. Děti jsou často vedeny volně, vše je jim dovoleno a promíjeno často z toho důvodu, že rodiče neví, jak k dítěti přistupovat, nedaří se jim rozpoznat, co je běžné zlobení a co je projevem poruchy dítěte. Proto často raději vše promíjí. V tomto smyslu by se potom hodilo zaměřit spíše na liberální výchovný styl. Při bližší analýze výsledků můžeme vidět, že liberální výchovný styl je jedním z početněji zastoupených, nikoliv však příliš výrazně.

To nás vede k myšlence v příštích výzkumech ověřovat výchovné styly i jiným dotazníkem či jiným způsobem. Vzhledem k tomu, že Dotazník pro zjišťování způsobů výchovy v rodině byl konstruován téměř před 30 lety (Boschek & Čáp, 1994), je zřejmé, že některé vyhodnocovací tabulky již nejsou aktuální, a může tak dojít ke zkreslení

toho, že některý rodič bude reprezentovat zastoupení jiné výchovné kategorie, než odpovídá realitě. Dotazník má i poměrně složité vyhodnocování, které se sice snaží pokrýt co největší variabilitu výchovných stylů, to ale může někdy být na úkor přesnosti vyhodnocených dat. Dotazník měří čtyři základní komponenty, které se potom kombinují v emoční vztah k dítěti a styl řízení rodiče. Tyto kategorie jsou v případě emočního vztahu tří úrovně, v případě stylu řízení čtyř úrovně. Tyto úrovně se dále kombinují v konečné výchovné styly (Boschek & Čáp, 1994). Snadno tak lze chybou měření či například nepřesností některé odpovědi, člověka zařadit do kategorie, do které prakticky nespadá.

Druhým cílem této práce bylo zjistit, jaké vybrané osobnostní charakteristiky vykazují matky adolescentů s ADHD. Další hypotézy vycházely z výše uvedených výzkumů a vybraných teoretických poznatků. Zbylé čtyři hypotézy zabývající se výchovnými komponentami matek byly testovány **Gordonovým osobnostním profilem – inventoriem**.

Výsledky čtvrté hypotézy, kdy jsme předpokládali nižší skóre na škále emocionální stability u matek adolescentů s ADHD, jsou v souladu s našimi očekáváními. Matky z experimentální skupiny dosahují statisticky nižšího skóre na škále emocionální stability než matky ze skupiny kontrolní. Tento výsledek je v souladu například s výzkumem Gau a Changa (2013), kteří jako významný korelát přítomných symptomů ADHD prokázali impulsivitu a zvýšený neuroticismus u matky.

To potvrzuje i Vágnerová (2012), které v souladu s našimi výsledky upozorňuje na častý nedostatek pocitu jistoty a bezpečí v rodinách dětí s ADHD. Tento nedostatek potom dává do souvislosti právě s neuroticismem jako negativním faktorem působícím na hyperaktivitu dítěte. Na to navazuje i Jucovičová a Žáčková (2015), které ve svém výzkumu prokázaly zvýšenou emoční labilitu u matek adolescentů s ADHD.

Další hypotéza, kterou se nám podařilo prokázat byla ta, která předpokládala nižší skóre na škále Osobních vztahů. Matky z experimentální skupiny prokazovali nižší skóre na škále Osobních vztahů, než matky ze skupiny kontrolní. Je v souladu s výzkumy, které dokládají menší spokojenost v manželství či partnerství oproti

skupině kontrolní, která nemá dítě s žádnou psychiatrickou diagnózou. Takový výzkum provedl například Lange a kol. (2005).

Podobné výsledky měla i Drtílková et al. (2007), podle které se negativní projevy poruchy s větší pravděpodobností projeví u dětí, které žijí zejména v disharmonickém a dlouhodobě konfliktním prostředí. Život v nepodnětném nebo nevhodném prostředí zvyšuje riziko zafixování nežádoucích způsobů chování v době, kdy je rodina nejdůležitějším sociálním prostředím. To potvrzuje i Train (1997) a Vágnerová (2012). Zde je nutné zmínit fakt, že rodiče dětí s ADHD, sami často vykazují diagnózu ADHD, žijí chaoticky, často nedosahují takové úrovně fungování jako rodiče bez ADHD. Disharmonické rodinné prostředí je tak spíše důsledkem diagnózy rodiče než příčinným faktorem ADHD u dítěte.

I u další skutečnosti je nutné se zamyslet, která skutečnost je příčinnou a která důsledkem. Z výzkumů sice vyplývá, že nekvalitní rodinné prostředí negativně ovlivňuje projevy ADHD u dítěte, otázkou zůstává, zda samotná diagnóza dítěte, nepřispívá k velké zátěži na rodiče a následný případný rozpad jejich manželství. Můžeme vidět, že v našem vzorku existuje výrazný rozdíl mezi rodinami v experimentální skupině, kde 88,7% jich je rozvedených, a skupině kontrolní, kde je rozvedených manželství 45,8%. Tuto hypotézu by v příštím výzkumu stálo za to více prozkoumat zejména z hlediska komplexního rodinného prostředí. Zjistit, kdy například k rozvodu rodičů došlo a jaký byl důvod rozvodu, zda má dítě s ADHD nějakého sourozence, jaký je celkový přístup k dětem v rodině, v jaké socioekonomické situaci dítě vyrůstá a podobně.

Poslední hypotéza, kterou jsme přijali, je ta, ve které jsme zkoumali osobnostní rys Převahy, která dle příručky koreluje s rysem Dominance v ostatních osobnostních dotaznících (Gordon, 1994). Matky z experimentální skupiny dosahují vyššího skóre na škále Převahy než matky ze skupiny kontrolní v souladu s výzkumem například Zhuo Rachel Han a Ann Shaffer (2014), které zjistily, že zvýšená kritičnost a dominance matky vůči dítěti s ADHD snižuje úspěšnost jeho psychosociálního vývoje, zejména v oblasti schopnosti navazovat vztahy a regulovat svoje emoce.

Výsledky studie Sudan Shur – Fen Gau (2007) prokázaly, že matky v experimentální skupině byly více dominantní a prokazovaly více přehnané kontroly oproti matkám v kontrolní skupině. Podobně je na tom i výzkum Markové (2008), která prokázala, že v rodinách s výskytem problémového chování u dětí v rámci diagnózy ADHD, se rodiče často projevují příliš tvrdě, agresivně a dominantně.

Přílišná direktivita rodičů může být na druhou stranu dle autorčiných zkušeností z praxe důsledkem výchovných problémů dětí, kdy rodiče neumí zacházet s dětskou impulsivitou a hyperaktivitou lepším způsobem, než ji pevně držet pod kontrolou v příliš těsných hranicích a přísných pravidlech a trestech.

Hypotéza, kterou jsme nepřijali, se týká osobnostního rysu zodpovědnosti rodičů, která vycházela například z výzkumu Pokorné (2010), která prokázala absenci hranic a lhostejnost k dítěti za výrazný rys matek dětí s ADHD. Podobné výsledky měl i výzkum Firouzkoiho a kol. (2013), z jehož výsledků vyplynulo, že rodiče dětí s ADHD vykazují statisticky nižší rys odpovědnosti. Ke stejným závěrům dospěl i Yousefia a kol. (2011) nebo Train (1997).

Důvodem, proč hypotéza nevyšla v souladu se zmíněnými výzkumy a klinickými zkušenostmi autorů, může být opět nedostatečně reprezentativní vzorek, ve kterém se statisticky významný rozdíl nemohl prokázat, ačkoliv průměry skupin jsou až na rozdíl pár desetín téměř identické.

I přesto, že autoři testu charakterizují nízké skóre na škále Zodpovědnosti jako přelétavost a neschopnost setrvat při obtížnější úloze, nemusí to přímo vyjadřovat právě absenci hranic a velkou volnost v přístupu k dítěti, kterou dle předchozích výzkumů rodiče dětí s ADHD často vykazují. Tyto úvahy v podstatě korespondují se zamítnutím hypotézy č.2 zkoumající liberální styl rodičů a vedou tak k zamyšlení nad jiným způsobem měření volnosti či absence hranic ve vztahu rodič – dítě. Z naší praxe považujeme za celkem běžné chybějící hranice a přílišnou volnost u dětí s výchovnými problémy v rámci diagnózy ADHD i přesto, že náš výzkum tuto zkušenost nepotvrdil. Proto bychom pro další výzkum doporučili zaměřit se na takový dotazník, který měří danou osobností charakteristiku přesně nebo použít kvalitativní výzkum, případně smíšený design, který by mohl tvrdá data doplnit a dát tak vzniknout komplexnějšímu pohledu na danou problematiku.



Dalším důvodem proč se v mnoha výzkumech potvrdilo nižší skóre na škálách osobnostní rysy Zodpovědnosti může být častá diagnóza ADHD i u rodičů. ADHD je podle Goetze (2009) až ze 75% dědičnou chorobou. V tomto případě jsou samotní rodiče impulsivnější, nedokáží udržet pozornost u jednoho problému, čímž může vzniknout charakteristika přelétavosti a nedůslednosti. Tohoto fenoménu jsme se chtěli vyvarovat, proto jsme od pedagogicko-psychologických poraden a terapeutických zařízení požadovali, aby rodič, který bude zapojen do výzkumu nevykazoval žádnou psychiatrickou diagnózu. Rizikem jsou samozřejmě rodiče, kteří ačkoliv ADHD mají, nebyli nikdy diagnostikováni a psychologové ze spolupracujících zařízení je tak mohli zařadit do skupiny zdravých rodičů potřebných pro tento výzkum.

Dalším limitem výzkumu také zůstává nemožnost kontrolovat zdravotní stav kontrolní skupiny. Ačkoliv všichni, kdo dotazník vyplnili, museli před samotným vyplněním odsouhlasit, že oni i jejich dítě nemají žádnou psychiatrickou diagnózu, nemůžeme u všech zaručit, vzhledem k anonymitě dat, že dotazník vyplnili opravdu pouze lidé zcela zdraví. I díky tomu mohlo dojít ke zkreslení dat.

S tím souvisí i nedostatečná kontrola při vyplňování jednotlivých dotazníků. Nebylo v našich silách kontrolovat podmínky u všech vyplňovaných dotazníků, vzhledem k tomu, že většinu z nich probandi vyplňovali doma. I přesto, že jsme se podmínky snažili ošetřit v námi napsaných instrukcích, ve kterých stálo, aby probandi odpovídali o samotě, nechali děti vyplnit dotazník tak jak to oni sami cítí a neovlivňovali nijak jejich odpovědi, nemůžeme s určitostí zaručit, že tomu tak opravdu bylo. Nemohli jsme také ovlivnit porozumění adolescentů danému dotazníku. Ačkoliv nepředpokládáme vzhledem k tomu, že se jedná o dotazník koncipovaný pro děti ve věku 13-20 let, že by zde byly položky nějakým způsobem nesrozumitelné, i přesto tato situace mohla nastat.

Dalším z výrazných limitů, který v tomto výzkumu vnímáme je malé spektrum spolupracujících zařízení. Celkově s námi ze 174 oslovených zařízení spolupracovalo 9. Jedná se tedy o velmi malé procento. Šest ze zařízení se navíc nachází v Olomouckém kraji, dva z nich potom v kraji Královehradeckém a jedno zařízení je ze Středočeského kraje. Malý rozsah z hlediska těchto zařízení mohl být způsoben nedostatečnou

motivací a možnou pracovní přetížeností ze strany zařízení. Několik zařízení taktéž shledávalo v zapojení do výzkumu problém z hlediska GDPR.

K určitému zkreslení výzkumu mohlo dojít i díky nerovnoměrnému rozložení obou skupin z hlediska pohlaví. I přesto, že se skupiny s  $p$  hodnotou 0,158 statisticky významně neliší, je na první pohled zřejmé že při zastoupení 30 chlapců (62,5%) a 18 děvčat (37,5%) v kontrolní skupině, a 40 chlapců (75,5%) a 13 děvčat (24,5%) ve skupině experimentální, jsou obě skupiny nevyvážené. Například studie Susan Shur – Fen Gau v roce 2007 prokázala, že matky s dětmi s ADHD byly méně láskyplné a prokazovaly více přehnané kontroly oproti matkám v kontrolní skupině. Zajímavé je, že tyto charakteristiky byly znát více ve vztahu k chlapcům s ADHD než k dívkám. Z důvodů výsledků tohoto výzkumu se proto zamýšlíme nad možností zkreslení dat i z hlediska zastoupení více chlapců v celkovém výzkumném souboru a rozdílného přístupu matek ke svým dětem na základě jejich pohlaví.

Dalším limitem může být nevyváženost skupin z hlediska vzdělání matek. V experimentální skupině se nacházely všechny matky, které uváděly základní vzdělání, tvořily tak 9,4% vzorku. Středoškolské vzdělání bylo zastoupeno 29 matkami (54,7%), vysokoškolské potom 19 matkami (35,9%). Kontrolní skupina byla složena pouze ze středoškolsky vzdělaných matek v počtu 24 (50%) a vysokoškolsky vzdělaných matek v počtu 24(50%). Ačkoliv se nám nepodařilo dohledat výzkumy, které by přímo prokazovaly vliv vzdělání na výchovný styl nebo osobnostní charakteristiky rodičů, existují studie, které prokazují vliv socioekonomického statusu na projevy ADHD u dítěte i z hlediska možností léčby a ochoty rodičů se do léčby zapojit (Goetz, 2009). S tím může souviset právě vzdělání rodičů.

Ke zkreslení dat mohlo dojít také díky statisticky významnému rozdílu mezi skupinami (s  $p$ -hodnotou 0,001) z hlediska věku adolescentů. Největší limit spatřujeme zejména v průměrném věku adolescentů, kdy u experimentální skupiny činil 14,3, u kontrolní byl potom 16,1 let. Ke zkreslení mohlo dojít například u zjišťování výchovného stylu, konkrétně u komponenty požadavků. Pokud se na problematiku podíváme z hlediska praxe, je zřejmé, že rodiče mohou mít tendence více držet hranice mladším dětem, zatímco s přibývajícím věkem dítěte a jeho větší orientací na kamarády, požadavkům postupně ustupovat a přecházet spíše na partnerský než výchovný přístup ve vztahu

rodič – dítě. I to může být vysvětlením, proč se skupiny neliší například v počtu slabého výchovného řízení. Podobně je tomu u rysu Zodpovědnosti. Čím mladší dítě, tím více se za něj rodiče zpravidla cítí zodpovědní, proto mohlo dojít k tomu, že matky z experimentální skupiny dosahovaly na škále zodpovědnosti podobného skóre jako matky ze skupiny kontrolní. Tyto domněnky jsou ale v tomto případě výzkumně nepodložené, k úplnému závěru by bylo nutné se touto problematikou při příštím měření zabývat více do hloubky.

Výsledky našeho výzkumu lze použít pro další a větší výzkum s reprezentativnějším zastoupením a větším spektrem zapojených center z více oblastí České republiky. Zároveň také může sloužit jako zpětná vazba zařízením spolupracujícím s rodinami, kde je adolescent s ADHD a k zkvalitnění a zefektivnění služeb pro tyto rodiny. Z výše uvedeného nám pro další výzkum vyvstávají tato doporučení:

1. Získat větší výzkumný soubor a zajistit stejné rozložení dle stanovených charakteristik u obou skupin.
2. Zajistit větší zapojení poradenských či terapeutických centrem spolupracujících s rodinami s dětmi s ADHD.
3. V rámci šetření zjišťovat další intervenující proměnné, které mohou mít v rámci daného tématu vliv.
4. Zjišťovat výchovný styl i osobnost obou rodičů z více zdrojů, kromě dotazníků použít například i strukturovaný rozhovor. Do výzkumu zapojit i otce, protože i nejednotná výchova mezi rodiči může mít velký vliv. Možná není nutné výchovu nutně škatulkovat do jednotlivých kategorií.
5. Zaměřit se na to, jaká je tedy pro tyto děti efektivní výchova s minimalizováním negativních projevů chování.

## 11 Závěry

Výsledky našeho výzkumu přináší několik důležitých zjištění pro výzkumy budoucí. V této kapitole čtenáře s těmito zjištěními seznámíme. Na základě realizovaného výzkumu lze vyvodit následující závěry:

1. Prokázali jsme statisticky významný rozdíl mezi skupinami na škálách negativní emoční komponenty a komponenty požadavků, které tvoří základ pro autoritářský výchovný styl.
2. Neprokázali jsme statisticky významný rozdíl mezi skupinami na škále komponenty volnosti, která tvoří základ pro lhostejný výchovný styl.
3. Prokázali jsme statisticky významný rozdíl mezi skupinami na škálách Osobní vztahy, Převaha a Emoční stabilita.
4. Neprokázali jsme statisticky významný rozdíl mezi skupinami na škále Zodpovědnosti.

## 12 Souhrn

Předkládaná práce se zabývá propojením výchovného stylu rodičů, vybraných aspektů osobnosti a projevy ADHD u adolescentů. Cílem této práce je zjistit, jaké výchovné komponenty a vybrané osobnostní rysy budou vykazovat matky adolescentů s ADHD. Pro získání dat byl použit Gordonův osobnostní profil – inventorium a Dotazník pro zjišťování způsobů výchovy v rodině.

Teoretický rámec této práce vychází z faktu, že vedle diskrétních odchylek ve struktuře CNS se na rozvoji těchto poruch podílejí negativní psychologické faktory a chronický stres, způsobovaný nevhodnými výchovnými metodami a strategiemi – nedůslednost, lhostejnost k dítěti, ponechávání dítěte bez většího dozoru či naopak prosazování tvrdé disciplíny (Vališová, Kasíková, Bureš, 2011). To by se dalo označit za jednu z nejdůležitějších myšlenek a podkladů pro tento výzkum.

Abychom mohli naši práci správně uchopit, je třeba podrobněji charakterizovat vývojové období, ve kterém se děti zapojené do výzkumu nachází. Pro charakteristiku adolescence je důležité zařazení tohoto pojmu do vývojových období. Názory na dělení těchto období se v literatuře liší, my jsme si ale vybrali dělení Thorové (2015), která označuje období pozdního dětství pouze jako adolescenci, která trvá zhruba od 12 či 13 až do 19 let. Kromě na první pohled výrazných fyzických je pro toto období charakteristický emoční, kognitivní a sociální vývoj. Thorová (2015) také zdůrazňuje v souvislosti s dospíváním vyšší míru stresu, kterému je dospívající vystaven, což může vést k vyšší labilitě a impulsivitě. Pro komplexní pochopení problematiky uvádíme zejména detailnější rozbor motorického, kognitivního, emocionálního, sociálního a morálního vývoje.

V další kapitole se zabýváme problematikou ADHD. Pro charakteristiku tohoto pojmu je důležité jeho vymezení. Hyperkinetické poruchy se řadí mezi neurovývojové poruchy, které provázejí dětství, dospívání i dospělost. Dlouhou dobu však byla považována výhradně za onemocnění dětského věku. (Cahová et al., 2010). Hyperkinetické poruchy převažují u mužské části populace. Jsou provázeny zejména nepozorností, neschopností delší koncentrace, plánování či usměrňování motivace a vytrvalosti. Zvýšená aktivita je provázena zbrklostí, emoční labilitou, nepozorností,

roztržitostí a chaotičností. Činnosti jsou realizovány bez rozmyslu (Malá, 2001). V rámci této kapitoly jsme se zaměřili zejména na podrobnější představení hyperkinetické poruchy, a to z hlediska základních charakteristik, diagnostických kritérií a způsobů léčby.

Třetí kapitola je potom zaměřena na teoretické vymezení pojmu rodina a výchovné styly. Vymezili jsme význam a funkci rodiny, podívali jsme se na některé základní výchovné styly více do hloubky a zaměřili jsme se na pozitivní a negativní faktory rodiny ve vztahu k dospívajícímu s hyperkinetickou poruchou chování. Mezi pozitivní faktory, které mají vliv na projevy ADHD u dítěte, autoři potom řadí jednoznačnost rodiče, důslednost, spolupráci a vzájemnou komunikaci mezi rodiči i dítětem, klidné rodinné prostředí se zaměřením na budování silné identity dítěte, díky které potom bude lépe zvládat svoji impulsivitu (např. Train, 1997; Jenet, 2013; Carter, 2014, Jucovičová & Žáčková, 2015). Oproti tomu negativní faktory pro rozvoj a projev ADHD jsou například chronický stres, způsobovaný nevhodnými výchovnými metodami a strategiemi – nedůslednost, lhostejnost k dítěti, ponechávání dítěte bez většího dozoru či naopak prosazování tvrdé disciplíny (Vališová, Kasíková, Bureš, 2011). Rodiče, kteří vykazují spíše lhostejný výchovný styl nebo se vyznačují netrpělivostí, mohou narušit proces osamostatňování se dospívajícího. Vzhledem ke zmenšené schopnosti plánovat u jedinců s ADHD, v kombinaci s jejich častou nemotorností mohou vést k tendenci rodičů zasáhnout v roli pomocníka (Závěrková, 2016).

Předposlední kapitola se potom zabývá pojmem osobnosti se zaměřením na vybrané teorie osobnosti souvisejícími s naší prací a osobností rodiče jako faktoru projevů ADHD u adolescenta. Pojem osobnost je celkově složitá problematika, do které spadá mnoho oblastí zájmu. Většina autorů mezi ně řadí temperament, charakter, rysy osobnosti, motivaci, inteligenci, kognitivní stránku osobnosti – sebepojetí a utváření a vývoj osobnosti (Blatný et al., 2010). Osobnost člověka se utváří v rámci konkrétních lidských situací a důležitou roli v její tvorbě hraje primární skupina. Člověk aktivně působí na svoje okolí a vytváří podmínky, které ho zpětně ovlivňují (Čakirpaloglu, 2012).

Výzkum, který je součástí této práce vychází z několika dřívějších výzkumů. V první a druhé hypotéze se opíráme o výzkumy prokazující vyšší výskyt lhostejného

výchovného stylu u rodičů dětí s ADHD. Např. výzkumy Dallos a Smart (2010), Cussena a kol. (2012), Rogers a kol. (2009) nebo Zhuo Rachel Han a Ann Shafferové (2014).

Třetí hypotéza se potom soustředí na výzkumy prokazující větší výskyt autoritářského výchovného stylu v rodinách dětí s ADHD, jako například výzkumy Susan Shur – Fen Gau (2007), Lange a kol. (2005), Firouzkoioho a kol. (2013), Yousefia a kol. (2011) nebo Jucovičová a Žáčková (2010).

Ve zbylých čtyřech hypotézách, týkající se osobnosti matek, se potom zaměřujeme na konkrétní výzkumy prokazující zvýšené či snížené kvality vybraných aspektů osobnosti. Zvýšený neuroticismus, tedy sníženou emocionální stabilitu, prokázali Gau a Chang (2013), Vágnerová (2012) nebo Jucovičová a Žáčková (2015). Prokázané zhoršené vztahy v rodině nebo mezi partnery, kteří vychovávají dítě s ADHD, jsme potom mohli nalézt u Langeho a kol. (2005), Drtílkove et al. (2007) nebo Traina (1997) a Vágnerové (2012). Zvýšený rys dominance prokázaly výzkumy například Zhuo Rachel Han a Ann Shaffer (2014), Sudan Shur – Fen Gau (2007) a Marková (2008). Výzkumníky, kteří prokázali sníženou zodpovědnost jsou potom Pokorná (2010), Firouzki a kol. (2013), Yousefia a kol. (2011) nebo Train (1997).

Pro tuto práci jsme zvolili kvantitativní typ výzkumu. Testování probíhalo individuálně. Sběr dat probíhal od září 2018 do ledna 2019. Ze 174 oslovených zařízení se jich zapojilo 9. Celkový soubor potom čítal 101 matek, které vyplnily osobnostní dotazník a 101 adolescentů, kteří vyplňovali dotazník o výchovných způsobech matek. 53 dvojic respondentů bylo v experimentální skupině, 48 potom ve skupině kontrolní. Adolescenti v experimentální skupině vykazovali pouze diagnózu ADHD bez komorbidit.

Na základě výsledků stanovených hypotéz lze konstatovat, že byly zjištěny rozdíly mezi výchovnými komponentami matek adolescentů s ADHD a matek z kontrolní skupiny. Podobně tomu bylo i u vybraných osobnostních rysů. Vzhledem k nereprezentativnosti výzkumného souboru nelze tyto výsledky zobecnit na celou populaci. Tento výzkum může sloužit pro další studium jevu a zlepšování a zefektivňování služeb pro rodiny s dětmi s ADHD.

## POUŽITÉ ZRDOJE A LITERATURA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and Statistic manual of mental disorders, 5th ed.* Washington DC: American psychiatric Asociation.

ANASTOPOULOS, A. D., SOMMER, J. L., & SCHATZ, N. K. (2009). *ADHD and family functioning. Current Attention Disorders Reports*, 1(4), 167–170. doi:10.1007/s12618-009-0023-2.

AUNOLA, K., & NURMI, J. (2005). *The role of parenting styles in children's problem behavior.* Child Development. doi:10.1111/j.1467-8624.2005.00840.x-i1.

BANDURA, A. (1997). *Self-efficacy.* New York: W.H.Freeman.

BLATNÝ, M, & KOL. (2010). *Psychologie osobnosti.* Hlavní témata, současné přístupy. Praha: Grada.

BLATNÝ, M. (2016). *Psychologie celoživotního vývoje.* Praha: Karolinum.

CAHOVÁ, P., PEJČOCHOVÁ, J., OŠLEJŠKOVÁ, H. (2010). *Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidita.* Neurologie pro Praxi, 2010; 11(6), 373-377. Získáno z: [https://www.solen.cz/artkey/neu-201006-0004\\_Hyperkineticka\\_porucha\\_ADHD\\_v\\_dospivani\\_a\\_dospelosti\\_diagnostika\\_klinicky\\_obraz\\_a\\_komorbidity.php](https://www.solen.cz/artkey/neu-201006-0004_Hyperkineticka_porucha_ADHD_v_dospivani_a_dospelosti_diagnostika_klinicky_obraz_a_komorbidity.php).

CAKIRPALOGLU, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti.* Praha: Grada.

CARTER, CH. R. (2014). *Dítě s ADHD a ADD doma i ve škole: praktický rádce pro rodiče i učitele.* Praha: Portál.

CASPI, A., & kol. (2006). *Socially isolated children 20 years later: risk of cardiovascular disease.* Arch. Pediatr. Adolesc. Med., 160(8), 805 – 811. doi:10.1001/archpedi.160.8.805.

COMMITTEE ON QUALITY IMPROVEMENT. (2001). *Clinical Practice Guideline: Treatment of the School-Aged Child With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.* PEDIATRICS, 108(4), 1033–1044. Získáno z: [http://webcontent.hkcss.org.hk/rh/rpp/HKPaediatricSociety20050630GLonRx\\_%20ADHD\\_Ped\\_2001.pdf](http://webcontent.hkcss.org.hk/rh/rpp/HKPaediatricSociety20050630GLonRx_%20ADHD_Ped_2001.pdf).

ČÁP, J. (1993). *Psychologie výchovy a vyučování.* Praha: Univerzita Karlova.



ČÁP, J., ČECHOVÁ, V., BOSCHEK, P. (2000). *Dotazník stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let*. Praha: IPPP.

ČÁP, J., MAREŠ, J. (2007). *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál.

ČÁP, J. (1996). *Rozvíjení osobnosti a způsob výchovy*. Praha: ISV.

DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O. ET AL. (2007). *Hyperkinetická porucha. ADHD*. Praha: Galén.

DUDOVÁ, I., & HRDLIČKA, M. (2003). *Hyperkinetické poruchy v dětství*. *Postgraduální medicína*, 7, 721-726.

DUMONTHEIL, I., APPERLY, I. A., & BLAKEMORE, S. (2010). *Online usage of theory of mind continues to develop in late adolescence*. *Developmental Science*, 13, 331-338. doi:10.1111/j.1467-7687.2009.00888.x.

ELLIS, B., & NIGG, J. (2009). *Parenting Practices and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: New Findings Suggest Partial Specificity of Effects*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(2), 146-154. doi:10.1097/chi.0b013e31819176d0.

FONTANA, D. (2003). *Psychologie ve školní praxi: příručka pro učitele*. Praha: Portál.

GAU, S. S. F., & CHANG, J. P. C. (2013). *Maternal parenting styles and mother-child relationship among adolescents with and without persistent attention-deficit/hyperactivity disorder*. *Research in Developmental Disabilities*, 34(5), 1581-1594. doi:10.1016/j.ridd.2013.02.002.

GILLERNOVÁ I. *Způsob výchovy v současné české rodině z pohledu dospívajících chlapců a dívek*. In HELLER, D., PROCHÁZKOVÁ, J., SOBOTKOVÁ, I. *Psychologické dny 2004 : Svět žen a svět mužů : polarita a vzájemné obohacování : sborník příspěvků z konference Psychologické dny, Olomouc 2004*. Olomouc : Universita Palackého v Olomouci, 2005.

GOETZ, M. (2009). *Současný pohled na léčbu ADHD*. *Remedia*, 09(3), 190-196. Získáno z: <http://www.remédia.cz/Okruhy-temat/Pediatric/Soucasny-pohled-na-lecbu-ADHD/8-11-F9.magarticle.aspx>.

GOETZ, M., & UHLÍKOVÁ P. (2009). *ADHD. Porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Praha: Galén.

GOLDFARB, S., TARVER, W. L., & SEN, B. (2014). *Family structure and risk behaviors: the role of the family meal in assessing likelihood of adolescent risk behaviors*. *Psychology Research and Behavior Management* (7), 53-66. doi:10.2147/prbm.s40461.

HAMER, D., & COPELAND, P. (2003). *Geny a osobnost*. Praha: Portál.

HARDY, S. A., BHATTACHARJEE, A., REED A. I. I., & AQUINO, K. (2010). *Moral identity and psychological distance: The case of adolescent parentel socialization*. *Journal of Adolescence*, 33, 111-123. doi:10.1016/j.adolescence.2009.04.008.

HEALEY, D. M., FLORY, J. D., MILLER, C. J., & HALPERIN, J. M. (2011). *Maternal positive parenting style is associated with better functioning in hyperactive children*. *Infant and Child Development*, 20(2), 148–161. doi:10.1002/icd.682.

HŘEBÍČKOVÁ, M., & URBÁNEK, T. (2001). *Big Five – NEO pětifaktorový osobnostní inventář*. Praha: Testcentrum.

HUTCHISON, L., FEDER, M., ABAR, B., & WINSLER, A. (2016). *Relations between Parenting Stress, Parenting Style, and Child Executive Functioning for Children with ADHD or Autism*. *Journal of Child and Family Studies*, 25(12), 3644–3656. doi:10.1007/s10826-016-0518-2.

CHANG, L.-R., CHIU, Y.-N., WU, Y.-Y., & GAU, S. S.-F. (2013). *Father's parenting and father-child relationship among children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder*. *Comprehensive Psychiatry*, 54(2), 128–140. doi:10.1016/j.comppsy.2012.07.008.

CHI, T., & HINSHAW, S. (2002). *Mother-Child Relationships of Children With ADHD: The Role of Maternal Depressive Symptoms and Depression-Related Distortions*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(4), 387–400. doi:10.1023/a:1015770025043.

CHRONIS, A. (2005). *Parents of children with ADHD*. Springer Science+Business Media. doi:10.1007/0-306-48581-8\_75.

JANDERKOVÁ, D., KENDÍKOVÁ, J., KLÉGROVÁ, J., STRNADOVÁ I., SWIERKOSZOVÁ J., & ŽENATOVÁ, Z. (2016). *SPU a ADHD*. Praha: Raabe.

JANOŠOVÁ, P. (2008). *Dívčí a chlapecká identita*. Praha: Grada.

JEDLIČKA, R. (2017). *Psychický vývoj dítěte a výchova*. Praha: Grada.

JENETT, W. (2013). *ADHD. Porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Brno: Edika.

JENSEN, P. S., HINSHAW, S. P., KRAEMER, H. C., LENORA, N., NEWCORN, J. H., ABIKOFF, H. B., & kol. (2001). *ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40(2), 147-158. doi:10.1097/00004583-200102000-00009.

JUCOVIČOVÁ, D., & ŽÁČKOVÁ, H. (2010). *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha: Grada.

JUCOVIČOVÁ, D., & ŽÁČKOVÁ, H. (2015). *Mámě dítě s ADHD. Rady pro rodiče*. Praha: Grada.

KULIŠTÁK, P. (2003). *Neuropsychologie*. Praha: Portál.

LANGE, G., SHEERIN, D., CARR, A., DOOLEY, B., BARTON, V., MARSHALL, D., ... DOYLE, M. (2005). *Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children*. Journal of Family Therapy, 27(1), 76-96. doi:10.1111/j.1467-6427.2005.00300.x.

LANGMEIER, J., & KREJČÍŘOVÁ, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada. Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie. Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.

LAVASOVÁ, L. (2006). *Rodinné vztahy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.

LECHTA, V., & kol. (2010). *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: Portál.

LEVINE, L. E., & MUNSCH, J. (2016). *Child development from infancy to adolescence*. Los Angeles: Sage.

LIFFORD, K. J., HAROLD, G. T., & THAPAR, A. (2007). *Parent-Child Relationships and ADHD Symptoms: A Longitudinal Analysis*. Journal of Abnormal Child Psychology, 36(2), 285-296. doi:10.1007/s10802-007-9177-5.

MACEK, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál.

MALÁ, E. (2001). *Hyperkinetické poruchy*. Psychiatrie pro praxi 3(6): 121-124. Získáno z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2002/01/04.pdf>.

MALÁ, E. (2012). *Farmakoterapie ADHD*. Získáno z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/farmakoterapie-adhd-462916>.

MARKOVÁ, M. (2008). *Vliv sociálních faktorů na problémové chování adolescentů*. *Pediatric pro Praxi*(3), 190-191. Získáno z: [solen.cz/savepdfs/ped/2008/03/11.pdf](http://solen.cz/savepdfs/ped/2008/03/11.pdf).

MATĚJČEK, Z. (1992). *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

MATĚJČEK, Z. (2013). *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Praha: Portál.

MCKEE, T. E., HARVEY, E., DANFORTH, J. S., ULASZEK, W. R., & FRIEDMAN, J. L. (2004). *The Relation Between Parental Coping Styles and Parent-Child Interactions Before and After Treatment for Children With ADHD and Oppositional Behavior*. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(1), 158–168. doi:10.1207/s15374424jccp3301\_15.

MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLASIFIKACE NEMOCÍ A PŘIDRUŽENÝCH ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ: *MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009*. (2008). Praha: Bomton Agency.

MINUCHIN, S. (2013). *Rodina a rodinná terapie*. Praha: Portál.

MODESTO-LOWE, V., DANFORTH, J. & BROOKS, D. (2008). *ADHD: Does parenting style matter?*. *Clinical pediatrics*, doi: 10.1177/0009922808319963.

MOGHADAM, M. F., ASSAREH, M., HEIDARIPOOR, A., RAD, R. E., & PISHJOO, M. (2013). *The study comparing parenting styles of children with ADHD and normal children*. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2013; 4 : 45–49. Získáno z: <http://eprints.abzums.ac.ir/1871/>.

MUNDEN, A., & ARCELUS, J. (2006). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál.

NAKONEČNÝ, M. (2009). *Psychologie osobnosti, Rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Academia.

NOVÁK, T. (2014). *Mnohem menší dareba, než jste čekali*. Praha: Grada.

OREL, M. & KOL. (2016). *Psychopatologie*. Praha: Grada publishing.

PACLT, I., & KOL. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada.

PEŠEK, R., PRAŠKO, J., & ŠTÍPEK, P. (2013). *Kognitivně behaviorální terapie v praxi*. Praha: Portál.

POKORNÁ, V: *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Portál, Praha 2010

- PREKOPOVÁ, J. (2010). *I rodiče by měli dělat chyby*. Praha: Portál.
- PRINZIE, P., DEKOVIC M., REIJNTJES H. A., BELSKY, J., & STAMS, G. J. J. M. (2009). *The relations between parent's Big Five personality factors and parenting: A meta-analytic review*. Journal of personality and social psychology, doi: 10.1037/a0015823.
- PTÁČEK, R., & PTÁČKOVÁ, H. (2018). *ADHD variabilita v dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- RABOCH J., HRDLIČKA, M., MOHR, P., PAVLOVSKÝ, P., & PTÁČEK, R. (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
- ŘÍČAN, P. (2004). *Cesta životem*. Praha: Portál.
- ŘÍČAN, P. (2007). *Psychologie osobnosti*. Obor v pohybu. Praha: Grada.
- SANTROCK, J. (2012). *Adolescence*. New York: McGraw Hill.
- SATIROVÁ, V. (1994). *Kniha o rodině*. Praha: Práh.
- SEVERE, S. (2000). *Co dělat, aby se vaše děti správně chovaly*. Praha: Portál.
- SHUR-FEN GAU, S. (2007). *Parental and Family Factors for Attention-deficit Hyperactivity Disorder in Taiwanese Children*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 41(8), 688–696. doi:10.1080/00048670701449187.
- SCHACHTER, H. M., PHAM, B., KING, J., & kol. (2001). *How efficacious and safe is short-acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescents? A meta-analysis*. CMAJ Canadian Medical Association Journal; 165(11): 1475–1488. Získáno z: <http://www.cmaj.ca/content/165/11/1475.short>.
- SMÉKAL, V. (2004). *Pozvání do psychologie osobnosti*. Praha: Barrister & Principal.
- SMÉKAL, V., LACINOVÁ L., KUKLA, L. (2004). *Dítě na prahu dospívání*. FSS MU Brno: Barrister & Principal.
- SMITH, B. H., PELHAM, W. E., GNAGY, E., & kol. (1998). *Equivalent effects of stimulant treatment for attention-deficit hyperactivity disorder during childhood and adolescence*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37(3): 314–321. doi:10.1097/00004583-199803000-00017.
- SMITH, B. H., MOLINA, B. S. G. M., & PELHAM, W. E. (2002). *The clinically meaningful link between alcohol and attention-deficit/hyperactivity disorder*. Alcohol, Health and

Research World, 26(2), 122-129. Získáno z:  
<https://secure.addictioncounselor.com/articles/101249/101249.pdf>.

SOBOTKOVÁ, I. (2012). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.

SOUKUP, P. (2013). *Věcná významnost výsledků a její možnosti měření*. Data a výzkum – SDA Info, 7 (3): 125-148. doi: <http://dx.doi.org/10.13060/23362391.2013.127.2.41>.

SPENCER, T. J., HEILINGENSTEIN, J. H., BIEDERMAN, J., FARIES, D. E., KRATOCHVIL, C. J., CONNERS, C. K., & kol. (2002). *Results od 2 proof-of-concept, placebo-controlled studie sof atomoxetine in children with attention-deficit/hyperaktivty disorder*. Journal of Clinical Psychiatry, 63(12): 1140-1147. Získáno z:  
<https://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2002/v63n12/v63n1209.aspx>.

ŠIMČÍKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., & kol. (2008). *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc.

TEETER, P. A., SEMRUD-CLIKEMAN, M. (1995). *Integrating Neurobiological, Psychological, and Behavioral Paradigms: A Transactional Model for the study of ADHD*. Archives of Clinical Neuropsychology, 5, 433-461. doi:10.1093/arclin/10.5.433.

THEINER, P. (2012). *ADHD od dětství do dospělosti*. Psychiatrie pro praxi, 13(4): 148-152.

THOMPSON, A. M. (2018). *Mé dítě má ADHD*. Praha: Portál.

THOROVÁ, K. (2015). *Vývojová psychologie*. Proměny lidské psychiky od početí po smrt. Praha: Portál.

TRAIN, A. (1997). *Specifické poruchy chování a pozornosti*. Praha: Portál.

UPTON, P. (2011). *Developmental psychology. Critical thinking in psychology*. Exeter: Learning Matters.

VÁGNEROVÁ, M. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum.

VÁGNEROVÁ, M. (2012). *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.

VALIŠOVÁ, A., KASÍKOVÁ, H., & kol. (2010). *Pedagogika pro učitele. 2. rozšířené vydání*. Praha: Grada.

VOJTOVÁ, V., & ČERVENKA, K. (2012). *Edukační potřeby dětí v riziku a s poruchami chování*. Brno: Masarykova univerzita.

VÝROST, J., & SLAMĚNÍK, I. (2014). *Sociální psychologie*. Praha: Grada.

WELLS, K. C., CHI, T. C., HINSHAW, S. P., EPSTEIN, J. N., PFIFFNER, L., NEBEL-SCHWALM, M., ... WIGAL, T. (2006). *Treatment-related changes in objectively measured parenting behaviors in the multimodal treatment study of children with attention-deficit/hyperactivity disorder*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 649–657. doi:10.1037/0022-006x.74.4.649.

YESCHIN, N. J. (2000). *A New Understanding of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Alternate Concepts and Interventions*. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 3, 227–245. doi:10.1023/a:1007587914357.

YOUNG, L. J., MURPHY, Y. A. Z., & HAMMOCK, E. A. (2005). *Anatomy and neurochemistry of the pair bond*. *The Journal of Comparative Neurology*, 493(1), 51-57. doi:10.1002/cne.20771.

YOUSEFIA, S., FAR, A. S., & ABDOLAHIAN, E. (2011). *Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children*. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 1666–1671. doi:10.1016/j.sbspro.2011.10.323.

ZÁVĚRKOVÁ, M. (2016). *Jak se žije s ADHD?*. Praha: Pasparta.

ZELENÁ, M., & KLÉGROVÁ, A. (2006). *Podpora rodiny*. Praha: Univerzita Karlova.

ŽÁČKOVÁ, H., & JUCOVIČOVÁ, D. (2017). *Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita*. Praha: Grada.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1.:** Abstrakt diplomové práce

**Příloha č. 2.:** Abstract of thesis.

**Příloha č. 3.:** Zadání diplomové práce

**Příloha č. 4.:** Gordonův osobnostní profil – inventorium - Záznamový arch

**Příloha č. 5.:** Dotazník pro zjišťování způsobů výchovy v rodině – Záznamový arch

**Příloha č. 6.:** Sociodemografický dotazník



## **Příloha 1.: Abstrakt diplomové práce**

**Název práce:** Osobnost a výchovný styl matek u adolescentů s ADHD

**Autor práce:** Bc. Tereza Chobotská

**Vedoucí práce:** PhDr. Marie Ocisková, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 119, 215 897

**Počet příloh:** 6

**Počet titulů použité literatury:** 102

### **Abstrakt:**

Diplomová práce se zaměřuje na osobnost a výchovný styl matek u adolescentů s ADHD, konkrétně ve věku 13-17 let. Přináší problematiku vlivu psychosociálních podmínek na projevy ADHD u adolescentů. Výzkumný problém této práce je výchovný styl a osobnost matek u adolescentů s ADHD. Výzkumné cíle jsou následující: zjistit, jaké komponenty výchovy vykazují matky adolescentů s ADHD; zjistit, jaké vybrané aspekty osobnosti vykazují matky adolescentů s ADHD. Do výzkumu byla kontrolní i experimentální skupina vybrána záměrným výběrem. Výzkumný soubor celkově zahrnoval 101 matek a jejich dětí. Data byla získána prostřednictvím dotazníků Gordonův osobností profil – inventorium a Dotazník pro zjišťování způsobů výchovy v rodině. Prokázali jsme větší výskyt komponenty požadavků a emoční záporné komponenty, které jsou základem pro autoritářský výchovný styl, u experimentální skupiny. Zároveň jsme také prokázali rozdíly mezi experimentální a kontrolní skupinou v osobnostních rysech Převahy, Emocionální stability a Osobních vztahů.

**Klíčová slova:** adolescence, ADHD, osobnost, výchovný styl

## **Příloha 2: Abstract of thesis**

**Title:** The personality and parenting style of mothers among adolescents with ADHD

**Author:** Bc. Tereza Chobotská

**Supervisor:** PhDr. Marie Ocisková, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 119, 215 897

**Number of appendices:** 6

**Number of references:** 102

### **Abstract:**

The thesis focuses on the personality and parenting style of mothers among adolescents with ADHD, aged 13-17 years. It brings the question of the influence of psychosocial conditions on the symptoms of ADHD in adolescents. The research problem is the educational style and the personality of mothers among adolescents with ADHD. Research goals are: to find out which components of parenting styles are reported by mothers of adolescent with ADHD; to find out which selected aspects of personality are reported by mothers of adolescent with ADHD. Control and experimental groups were selected by deliberate selection. The research sample included 101 mothers and their children. Data were obtained through a questionnaires Gordon personality profil – invenitorium and Dotazník pro zjišťování způsobů výchovy. The greater presence of component of requirements and component of negative emocionality in experimental group, which si basis for authoritative parenting style, was confirmed. We also confirmed difference between experimental and control group in personality traits of dominance, emocional stability and personal relationships.

**Key words:** adolescence, ADHD, personality, parenting style

### **Příloha 3: Gordonův osobnostní profil – inventorium –Záznamový arch**

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

**Příloha 4:** Dotazník pro zjišťování způsobů výchovy v rodině– Záznamový arch

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

## **Příloha 5: Sociodemografický dotazník**

1. pohlaví dítěte (*zakroužkujte*): chlap

2. pohlaví rodiče, který vyplnil dotazník (*zakroužkujte*): matka x otec

3. věk dítěte: \_\_\_\_\_

4. věk rodiče: \_\_\_\_\_

5. vzdělání rodiče: \_\_\_\_\_

6. diagnóza dítěte:

---

---

7. způsob léčby dítěte (farmakoterapie, terapie, psychologické poradenství, apod.)

---

---

---

8. jiné zdravotní potíže dítěte (fyzické i psychické): \_\_\_\_\_

---

9. rodiče dítěte žijí (*zakroužkujte*): společně x odděleně

10. krátce prosím popište, v jakém prostředí dítě vyrůstá: \_\_\_\_\_

---

---

---

11. jiné doplňující informace (např. pěstounská péče, úmrtí v rodině):

---

---

---