

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**UŽITÍ TEMATICKO APERCEPČNÍHO TESTU
K POSOUZENÍ SOCIÁLNÍCH VZTAHŮ U DĚTÍ S ADHD**

**THE USE OF THE THEMATIC APPERCEPTION TEST
FOR SOCIAL RELATIONSHIPS EVALUATION IN
CHILDREN WITH ADHD**



Rigorózní práce

Autor:

Mgr. et Mgr. Lucie Botorová

Olomouc

2015

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

Poděkování

Je mou milou povinností poděkovat svým rodičům a také dětem, Danielovi a Adéle, za velmi cennou podporu a obrovskou trpělivost během psaní této práce.

Dále bych chtěla vyjádřit velké poděkování pedagogům a rodičům dětí, které se zúčastnily výzkumu, ten by bez jejich pomoci rovněž nemohl být realizován.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma „Užití Tematicko apersepcního testu k posouzení sociálních vztahů u dětí s ADHD“ vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Ostravici dne 1. února 2015

.....

Lucie Botorová, v. r.

OBSAH

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Syndrom ADHD	7
1.1 Vymezení pojmu	9
1.2 Symptomy ADHD.....	11
1.3 Příčiny vzniku ADHD.....	13
1.4 Problémy dětí s ADHD	16
1.5 Prognóza a terapie	19
2 Sociální vztahy.....	24
2.1 Socializace.....	25
2.2 Sociální kolektiv.....	26
2.2.1 Zapojení do kolektivu	27
2.2.2 Společenské normy a hodnoty	28
2.2.3 Důležitost kolektivu pro dítě.....	29
3 Výchova.....	30
3.1 Výchova v rodině.....	31
3.2 Základní prvky ve výchově dětí s ADHD.....	33
4 Projektivní metody.....	35
4.1 Projekce.....	37
4.1.1 Formy projekce	37
4.2 Klasifikace projektivních metod	38
4.3 Reliabilita a validita projektivních metod	39
4.4 Tematicko apercepční test (TAT)	39
4.4.1 Vznik a vývoj TAT	40
4.4.2 Omezení a výhody TAT	43
4.4.3 Skórovací systémy	44
4.4.4 Administrace a interpretace TAT	51
4.4.5 Popis tabulí a evokovaných témat	53
5 Dotazníky.....	60
5.1 Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině	61
5.2 Užití Dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině	62
6 Srovnatelná šetření u nás a v zahraničí	63

VÝZKUMNÁ ČÁST	67
7 Problém výzkumu	67
8 Cíle výzkumu	67
9 Výzkumné otázky (kvalitativní výzkum) a hypotézy (kvantitativní výzkum)	68
10 Soubor – zkoumaná populace a výzkumný vzorek	69
11 Etický rozměr	70
12 Metody získávání dat	71
13 Metody zpracování a analýzy dat	73
13.1 Jednotlivé výsledky	74
13.2 Kazuistika vybraného chlapce s ADHD	105
14 Interpretace výsledků	110
14.1 Kvalitativní výzkum	110
14.1.1 Stručný souhrn k výzkumným otázkám	114
14.2 Kvantitativní výzkum	116
15 Diskuse	119
15.1 Děti s ADHD a jejich sociální svět	119
15.2 Diskuse o výsledcích	120
15.3 Osobnostní proměnné	121
15.4 Srovnání se zahraničními výzkumy	122
15.5 Limity a doporučení pro výzkum	123
16 Závěry	124
SOUHRN	125
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY	128

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Český abstrakt rigorózní práce

Příloha č. 2: Anglický abstrakt rigorózní práce

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

Příloha č. 4: Záznamový list TAT

Příloha č. 5: Testovací sešit Dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině

Příloha č. 6: Schéma pro skórování SCORS

Příloha č. 7: Záznamový arch SCORS

Příloha č. 8: Vyhodnocovací list Dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině

Příloha č. 9: Záznamový list TAT (odpovědi vybraného chlapce s ADHD)

ÚVOD

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

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

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

Ovlivněna těmito zážitky jsem se rozhodla věnovat celému tématu blíže. Začala jsem přemýšlet, jaké má dítě s ADHD sociální vztahy, zda jsou jiné, či problémové. Že nemá lehký život, ale že se s tím dá určitým způsobem bojovat. Jako metodu vhodnou k posouzení fungování interpersonálních vztahů těchto dětí jsem si zvolila projektivní testy. V rámci postupové práce jsem použila konkrétně test CATO, pak jsem ve své diplomové práci tento výzkum rozšířila o metodu TAT (Tematicko apercepční test). Pokračovala jsem tedy ve zkoumání, které jsem započala v předchozí práci, jež nese totožný název a vznikla v roce 2011. Nyní jsem se k tématu opět vrátila, ale už jej vnímám zase o něco více v širších souvislostech. Hlavní metodou sice stále zůstává TAT, použila jsem však více podnětových tabulí a navíc další způsob skórování. V administrační fázi jsem dětem nově zadávala Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině.

První část teoretické práce je zaměřena na termín ADHD v celé jeho šíři. Zabývá se samotným vymezením pojmu, jeho klíčovými symptomy, možnými příčinami vzniku, problémy dětí s ADHD i prognózou a následnými možnostmi péče a terapie. Dále se věnuje procesu socializace a také interpersonálním vztahům a problémům jich se týkajících. Další část se zamýšlí nad důležitostí výchovy v rodině. V neposlední řadě pak dodávám základní informace o projektivních metodách a testech, především o TAT. Na úplném konci teoretické části se přiblížím dotazníkovým metodám, zejména Dotazníku pro zjišťování způsoby výchovy v rodině. Na teorii navazuje empirická část práce, jež je kombinací kvalitativního a kvantitativního výzkumu, zkoumá 25 dětí s diagnózou syndromu ADHD a 25 dětí jako kontrolní soubor. Aby byl vzorek co nejvíce homogenní, zvolila jsem chlapce, u nichž je tento problém častější, a věkovou hranici vymezila 8 až 12 lety. Cílem tohoto výzkumu bylo posoudit pomocí projektivních metod jejich sociální vztahy. Co se týče etiky výzkumu, ředitelům zvolených základních škol jsem podala písemnou žádost. Výchovní poradci pak ve třídách rozdali vhodným dětem informované souhlasy pro jejich rodiče. A až na základě jejich podpisů jsem se dostala přímo k dětem, s nimiž jsem poté v době jim nejvíce vyhovující realizovala TAT a Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině. Tyto psychodiagnostické metody jsem tedy administrovala, výsledky zaznamenala a následně vyhodnotila.

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

TEORETICKÁ ČÁST

1 Syndrom ADHD

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

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

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

Snad pro žádnou jinou psychiatrickou poruchu nebylo užito takové množství terminologických variant, které postupně odrážely změny v pohledu na její psychopatologii, etiologii a patogenezi. Pro ADHD se dříve používaly termíny LDE (lehká mozková encefalopatie) či LMD (lehká mozková dysfunkce), jež se snažily vystihnout etiologii. *„Naproti tomu diagnostické kategorie syndrom deficitu pozornosti a syndrom deficitu pozornosti s hyperaktivitou akceptují současný stav poznání a víceméně rezignují na hledisko etiologické. Popis syndromu je realizován výlučně a důsledně na základě jednotlivých způsobů chování“ (Kucharská, Ed., 1997, 23).* Aktuální označení syndromu tedy vychází z popisu projevů této poruchy. Zažitý název LDM se v souvislosti s poruchami učení, chování, pohybové koordinace a řeči začal užívat v 60. letech 20. století. Tento koncept vycházel ze zjištění, že příčinou specifických poruch učení a chování jsou drobná neurochemická poškození určitých částí nervové soustavy. Ke změně názvu na

ADHD došlo poměrně nedávno. Mnozí rodiče dětí trpících těmito poruchami se totiž mylně domnívali, že termín LDM označuje určitý stupeň poškození mozkových buněk. V každém případě se však jedná stále o totéž.

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

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

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

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

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

1.1 Vymezení pojmu

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

- a) **porucha aktivity a pozornosti** (F90.0) a
- b) **hyperkinetická porucha chování** (F90.1).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

V roce 2013 vyšlo nové revidované vydání DSM-V, kde je definice syndromu ADHD aktualizována. Tato revize je založena na více než dvacetiletém výzkumu, který dokládá, že ADHD sice začíná v dětství, ale pro některé jedince může pokračovat až do dospělosti. Předchozí verze DSM-IV neposkytla příslušné pokyny lékařům při diagnostice dospělých. Touto úpravou by se mělo zajistit, že dítě s ADHD bude dostávat péči po celý život, pokud to situace vyžaduje. Diagnóza hyperkinetické poruchy může totiž vést k problémům zejména v oblasti sociální, vzdělávací či pracovní.

Stejně jako v DSM-IV zůstávají symptomy rozděleny do dvou hlavních kategorií: typ s převahou poruchy pozornosti a typ hyperaktivně-impulzivní. Jedinci s ADHD nejsou schopni věnovat pozornost detailům, vydržet sedět ve vhodných situacích, mají potíže s organizováním úkolů a činností, nadměrně mluví, bývají nervózní atd.

U dětí s diagnózou ADHD setrvává v platnosti, že musí splňovat nejméně šest vymezených příznaků, zatímco u dospívajících a dospělých (nad 17 let věku) jich bude stačit pět (American Psychiatric Association, 2013).

Podle diagnostických kritérií MKN-10 jsou hyperkinetické poruchy charakterizované raným začátkem a kombinací nadměrně aktivního, nedobře ovládaného chování s výraznou nepozorností a neschopností se soustředit na daný úkol. Tyto projevy jsou trvalé, objevují se ve více situacích a jejich míra je nepřiměřená mentálnímu věku dítěte (Drtílková, Šerý, 2007).

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

1.2 Symptomy ADHD

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

řešení interpersonálních problémů, problémy se sociálním učením, nízké sebehodnocení a sociální status (Zelinková, 2003).

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

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

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

U hyperaktivních dětí v předškolním a školním věku pozorujeme mimo základní projevy syndromu ADHD také přidružené poruchy, které s vlastním syndromem úzce souvisejí. Jedná se o percepčně motorické poruchy (poruchy motoriky, motorické a senzomotorické koordinace a dále i poruchy percepčních funkcí, zejména zrakového a sluchového vnímání), poruchy paměti (zvláště tzv. provozní paměti, které úzce souvisejí s poruchou koncentrace pozornosti), poruchy v oblasti myšlení a řeči a rovněž poruchy emoční (související s prožíváním sebe sama) a následně i poruchy chování. Souvislost

s ADHD mají také vývojové poruchy učení (dyslexie, dysgrafie atd.), u hyperaktivních dětí bývají umocněny kolísáním schopnosti koncentrace pozornosti, impulzivitou a poruchami paměti a řeči. Jelikož největší nároky na výkonnost dítěte klade základní škola, bývá vstup do ní pro dítě s ADHD zlomovým (Jucovičová, Žáčková, 2010).

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

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

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

1.3 Příčiny vzniku ADHD

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

K možným příčinám ADHD patří:

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

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

1. činitele prenatalní a perinatální – abnormální okolnosti v nejranějších formativních obdobích vývoje mozku (v době před porodem a kolem porodu) jsou činiteli nejčastěji uváděnými v příčinný vztah s LDM, porod představuje zátěž a zkoušku odolnosti organismu, někdy bývá dokonce považován za „nejnebezpečnější zkušenost“ lidského života, kdy riziko smrti je větší než kdykoliv jindy, rakouský psychoanalytik Otto Rank (1926; in Černá, 1999) i z psychologického hlediska hovořil o „porodním traumatu“, jemuž se nikdo nevyhne, také fyziologický porod je tu viděn jako událost traumatizující a potenciálně poškozující, jednou z nepříznivých porodních okolností je asfyxie způsobená přerušением přívodu kyslíku k mozkovým buňkám (mozek je nejnáročnější orgán lidského těla, pokud jde o zásobení kyslíkem), další ohroženou skupinou jsou děti s nízkou porodní hmotností a děti předčasně narozené;
2. činitele postnatální – v době poporodní je mozek mimořádně citlivý v řadě vlivů, jež jej mohou poškodit či oslabit, zvýšené riziko představují infekční onemocnění, zejména jsou-li spojena s teplotami a podrážděním CNS (černý kašel, encefalitida, meningitida, postvakcinační encefalitidy), rovněž úrazy hlavy spojené s otřesy nebo zhmožděninami mozku mohou zanechávat následky zapadající do obrazu syndromu LDM;
3. podíl genetických činitelů – všechny případy syndromu však nelze vyložit na základě organického poškození z doby před porodem, při porodu nebo po něm, genetický podíl je záležitostí složitou, hovoří se o genetickém polymorfismu či o polygenetických abnormitách, samotný genetický činitel je ovšem velmi těžko izolovatelný a vysledovatelný a pokud jde o vliv genetické zátěže rodičů, nepadne se odděluje heredita biologická od „heredita“ extrabiologické, sociální, hyperaktivita je totiž příznak velmi citlivý na klima sociální a psychologické;
4. interakci genetických vlivů a centrálního poškození – nelze nezmínit tendenci ke kumulaci okolností nesoucích s sebou riziko poškození, každé z nich zvyšuje zranitelnost mozkové tkáně dalšími postiženími, snižuje se její odolnost vůči nepříznivým vlivům a vzrůstá pravděpodobnost dalších negativních vývojových zásahů;

5. některé patoanatomické, neurofyziologické a biochemické koreláty syndromu LDM – někdy jsou zjišťovány takové odchylky v tělesném vývoji, které jsou považovány za vývojové malformace (např. nízké čelo, znetvoření boltců, gotické patro, rozštěpy patra, malformace hrudníku či lebky, deformace prstů), další nálezy u dětí s LDM byly neurofyziologicky interpretovány jako projev nízké úrovně aktivace CNS, jež je spojena se sníženou inhibiční schopností mozku, mozková činnost má však vedle svých elektrofyziologických projevů také bohaté a složité koreláty biochemické, přičemž metabolické poruchy či odchylky mohou být jednou z příčin rozvoje syndromu LDM;
6. organické poškození mozku – skupina dětí s LDM je ve vysoké míře, ba ve většině případů složena z jedinců, kteří utrpěli drobné poškození mozku, není však zcela jednoznačné, jaké povahy by takové poškození mělo být, zda a nakolik jde o lehké změny strukturální (destrukce neuronů, např. při krvácení) s důsledky pro funkce nervového systému, anebo změny převážně funkčního rázu (dysfunkce), experimenty dokazují, že mozek je tím zranitelnější, čím je vystaven poškození v časnějším věku, nejranější etapy vývoje jsou etapami nejintenzivnějšího růstu, rovněž panuje shoda o tom, že chlapci jsou oproti dívkám zranitelnější, co se týče lokalizace těchto poškození, kladou je mnozí do oblasti mozkového kmene (retikulární formace), která působí jako selektivní zesilovač vzruchů ve směru do vyšších center i k výkonným orgánům, se zráním mozkové kůry by se mělo zdokonalovat řízení této činnosti;
7. opožděné zrání CNS – pozorujeme-li chování dětí s LDM, snad prvním nejnápadnějším postřehem je to, že se projevují, jako by byly mladší, ne tak, jak by to odpovídalo jejich biologickému věku, děti tedy hodnotíme jako dětinské, v chování nezralé, jejich nálezy na EEG bývají interpretovány jako projev opožděné mozkové maturace, výskyt těchto abnormních nálezů se však s věkem snižuje, toto vývojové hledisko má tedy optimistický charakter – za příznivých podmínek by to, co je opožděno, mělo dozrávat.

Samostatnou otázkou tvoří osobnost dítěte, jeho celkový obraz, temperament, zranitelnost, plasticita nervové soustavy, podpora, která je mu dávána z okolí, schopnost adaptace, míra úzkostnosti, tolerance k zátěži atd. Je nutné brát v úvahu jak složku organickou, tak psychologickou. Všechny projevy chování se hodnotí ve vztahu k vývoji dítěte. Musí se vyloučit i další faktory, např. frustrace při obtížném úkolu, nedostatek motivace, zdravotní obtíže a především emoční problémy. Hyperkinetické poruchy jsou

lékařskou diagnózou, která není dosud somaticky uchopitelná. V současnosti existuje pouze popis chování, jenž ale není určen jen biologicky, jak se to jevílo v dřívější době. Proto je důležité při nápravě eliminovat vnější příčiny, orientovat se na rozvoj kognitivních funkcí a vnímat sociální kontext, ve kterém se dítě pohybuje (Pokorná, 2001).

1.4 Problémy dětí s ADHD

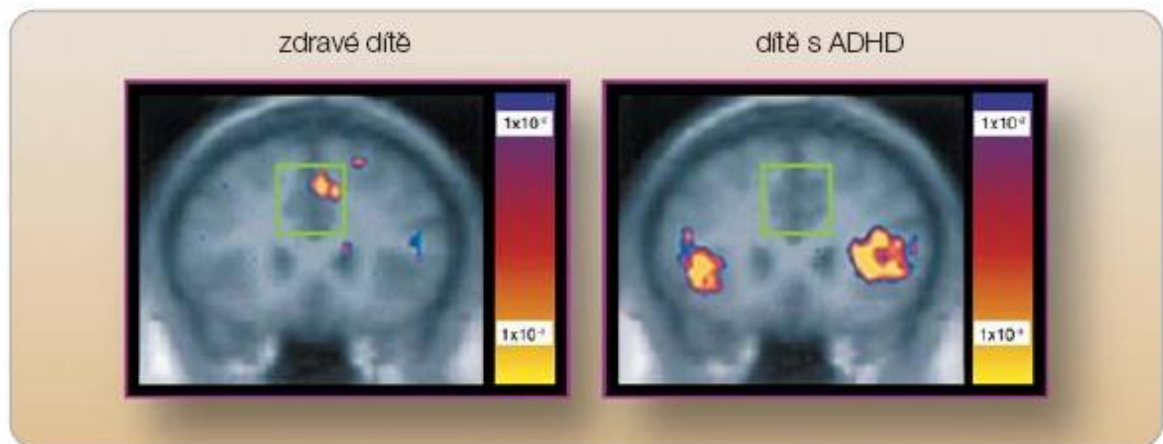
Základním příznakem hyperkinetické poruchy je neklid, neschopnost soustředit se na úkoly přiměřené věku dostatečně dlouhou dobu. Při jinak průměrném, leckdy i nadprůměrném nadání se duševní funkce rozvíjejí nerovnoměrně (Novák, 2003).

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

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

Tento test (CWT – Stroopův Color-Word Test) pochází z roku 1935 a je vhodný ke zjišťování percepční zátěže, případně odolnosti vůči psychické zátěži. Patří mezi

reprezentanty tzv. objektivních testů osobnosti. Byly u něj zjištěny významné korelace s testy inteligence, pozornosti, paměti (Svoboda, 2010).



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

U ADHD je zobrazovacími metodami zjišťován signifikantně menší (až o 3,5 %) objem mozku a mozečku, zmenšený objem bazálních ganglií a zmenšené corpus callosum. Mozeček hraje roli v poznávání, ve smyslu koordinace kognitivních funkcí a je spojen s prefrontálním okruhem. Dopaminová a noradrenalinová hypotéza o dysregulaci noradrenergního a dopaminergního systému u ADHD odpovídá nacházeným změnám transmise dopaminu a noradrenalinu v prefrontální kůře, v bazálních gangliích a v oblasti vermis cerebelli. Tyto nálezy jsou důležité pro farmakologickou intervenci. Psychofarmaka přinášejí výrazné ovlivnění nežádoucích projevů (hlavně zlepšení kontroly chování) a tedy i příznivější sociální odezvu.

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

neschopnosti a méněcennosti, což ve svém důsledku může způsobit rozvoj sekundárních neurotických obtíží a různých poruch chování.

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

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

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

Děti s ADHD mívají problémy i doma. Zažívají konflikty nejen s rodiči, ale i s případnými sourozenci. Vzájemné vztahy mezi jednotlivými členy i v těch nejpozornějších a nejtrpělivějších rodinách mají tendenci dostávat se po řadu let do výjimečného napětí. Stejným způsobem, jak symptomy onemocnění útočí ve škole, přinášejí pohromu i domů a postihují nejen lidi, ale i majetek. Důsledky ADHD jsou dalekosáhlé pro všechny

zúčastněné, a proto by se měly brát v úvahu při rozhodování o tom, jak nejlépe pomoci (Munden, Arcelus, 2006).

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

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

1.5 Prognóza a terapie

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

U poloviny případů ADHD dochází ke spontánnímu ústupu kolem dvanáctého roku věku. Děje se tak díky zrání kortikálních center, jež zodpovídají za volní kontrolu spontánních (impulzivních) tendencí (Matějček et al., 1991).

Ve 40–60 % případů porucha přetrvává do dospělosti, poměr pohlaví se vyrovnává. Hyperaktivita se zmírňuje s věkem, poruchy pozornosti a zhoršená schopnost organizace aktivit naopak přetrvávají. Velmi častá (až 60 % pacientů) je psychiatrická komorbidita. Nejčastěji se spolu s ADHD vyskytují úzkostné poruchy, porucha opozičního vzoru a poruchy chování, tiky, specifické poruchy školních dovedností a deprese (Goetz, 2009).

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

impulzivita a časté jsou i poruchy chování. Vzhledem k tomu je diagnostika hyperkinetické poruchy v dospělém věku obtížnější a pacienti často léčeni nejsou.

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

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

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

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

Farmakoterapie přináší výrazné ovlivnění nežádoucích projevů (hlavně zlepšení kontroly chování), a tím i příznivější sociální odezvu. Pro léčbu ADHD jsou v současné

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

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

Tab. 3: Přehled léčiv užívaných v terapii ADHD

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

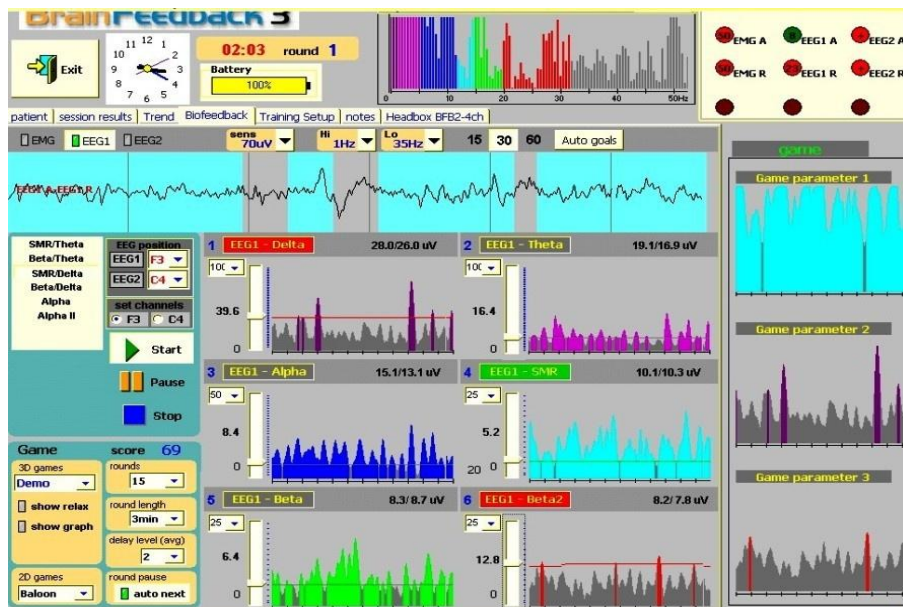
Krok č.	Porucha aktivity a pozornosti (F90.0)	Hyperkinetická porucha chování (F90.1)
1	methylfenidát nebo atomoxetin + psychoterapie + režimová opatření + edukace rodičů	methylfenidát + psychoterapie + režimová opatření + edukace rodičů
2	atomoxetin při neúspěchu methylfenidátu; methylfenidát při neúspěchu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

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

Léky, které jsou pro léčbu ADHD doporučeny, zlepšují schopnost dlouhodobě se soustředit a pomáhají dítěti vydržet u úkolů. Byl prokázán i pozitivní účinek na krátkodobou paměť. Díky léčbě se dítě dokáže rozmyslet dříve, než něco udělá, projeví se zlepšení pozornosti, vydrží déle číst, hrát si, pamatuje si více informací, dělá méně chyb v diktátu nebo počítání. Také je lépe schopné spolupracovat s ostatními dětmi a má tak mnohem větší šanci navazovat a udržet kamarádské vztahy (Goetz, Uhlíková, 2009).

Jednou z terapeutických metod je EEG-biofeedback, jehož podstatou je využití biologické zpětné vazby k autoregulaci mozkové aktivity. Postižený je zpětnovazebně neustále informován o svém aktuálním stavu a výkonu. Přitom je operantním podmiňováním stimulována žádoucí aktivita a inhibována nežádoucí. Jedná se o vysoce specifickou metodu pro posílení chtěné aktivace nervové soustavy, především pro trénink pozornosti a soustředění, sebeovládání a sebekázně (zklidnění impulzivity a hyperaktivity),

a zlepšení výkonu intelektu. Argument pro užití EEG-biofeedbacku u dětí s hyperkinetickou poruchou vychází z nálezů EEG klinických studií, které uvádějí u těchto dětí zvýšený výskyt pomalejších frekvencí pásma theta a snížený podíl některých rychlejších aktivit pásma alfa a beta (Drtilková, 2007).



Obr. 2: EEG-biofeedback – regulace frekvencí elektrické aktivity mozkových vln s využitím speciálního počítačového programu, který modifikuje snímanou aktivitu mozku (EEG) do jednotlivých prvků počítačové hry

Další z možných terapií pro děti s ADHD je Cogmed – trénink pracovní paměti, díky němuž by mělo dojít rovněž ke zlepšení pozornosti.

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

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

1. Více používejte okamžitou zpětnou vazbu a umožněte dítěti ve větší míře pociťovat pozitivní důsledky jeho činů.

2. Zpětnou vazbu a odměnu používejte co nejčastěji.
3. Poskytujte významnější odměny.
4. Vždy se snažte působit spíše pozitivně než negativně.
5. Buďte důslední a zásadoví.
6. Naučte se předvídat obtíže.
7. Udržujte si odstup.
8. Cvičte svou schopnost odpouštět. (Martin, Waltmanová-Greenwoodová, 1997).

Hyperkinetická porucha patří k nejčastějším a nejvýznamnějším poruchám v dětské a dorostové psychiatrii, není však vždy správně rozpoznávána a léčena. Podstatným aspektem zlepšení stávající situace je, aby se v péči o děti s ADHD více prosadil jednotný medicínský přístup, a to je nepochybně pro následující období nezastupitelnou úlohou lékařů – pediatrů, psychiatrů, dětských neurologů, ale zejména pak dětských psychiatrů (Hrdlička, 2007).

2 Sociální vztahy

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

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

Sociální interakce je základní způsob sociálního chování, prožívání, poznávání a sebepoznávání, zahrnuje jak sociální komunikaci, tak i kooperaci a sociální konflikty.

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

2.1 Socializace

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

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

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

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

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

toto pozorování, aniž si to plně uvědomuje, klíče k dosahování těchto odměn a k vyhýbání se těmto trestům (Nakonečný, 2009).

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

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

2.2 Sociální kolektiv

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

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

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

V nejširším významu se jako skupina označuje určitý počet lidí, kteří mají něco společného. Tato seskupení lidí, jež na první pohled něco spojuje, se od sebe odlišují v mnoha znacích – může jít o velikost, dobu trvání, vliv, uzavřenost atd. Z hlediska jejich povahy, způsobu fungování a vlivu je nejdůležitější to, zda jedinci, kteří je tvoří, vytvářejí

vnitřně propojený celek. Základními znaky skupin jsou interakce jistého počtu jedinců a jejich vnímání jako skupiny (Výrost, Slaměnik, Eds., 2008).

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

2.2.1 Zapojení do kolektivu

Socializace je tedy vysoce komplexní proces, začínající v novorozeneckém věku v rodině, pokračující ve škole a v zaměstnání, determinovaný masmédií, ale i příslušností k různým skupinám pracovním, zájmovým a dalším. Základy vytváří tzv. primární socializace, uskutečňující se u dítěte od jeho raného dětství v rodině v procesu rodinné výchovy, která je současně mediátorem vlivu dané kultury. Na tuto primární socializaci pak navazuje další společenská instituce, škola, a později pracovní organizace (Nakonečný, 2009).

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

Kvalita soužití v rodině a způsob realizace mezilidských vztahů jsou „tavícím kotlem“, z něhož vycházejí první dětské vzorce sociálních reakcí. V rodině děti postupně přejímají životní role, osvojují si kulturní vzorce, zprvu především tím, že je přejímají od svých rodičů. Mezi základní znaky rodiny patří silná a trvalá citová vazba, spolupráce a vzájemná propojenost rolí (jejich vzájemná nahraditelnost), společné vedení domácnosti a v neposlední řadě projevoování vzájemné úcty. Rodina je založena na mnohoúrovňovém komplexu složitě vzájemně podmíněných vztahů hmotné i nehmotné povahy, což nachází

svůj odraz i ve funkcích, které rodina plní. Biologicko-reprodukční funkce je nenahraditelná, ekonomická (materiální) funkce znamená vytváření materiálního zázemí, důležitá je také funkce výchovná, kdy rodina poskytuje dítěti základní orientaci ve světě a vše potřebné pro plynulé zařazení dítěte do společnosti a funkce psychologická (emocionální), jež představuje uspokojování sociálních potřeb a z toho plynoucí citovou jistotu. Kromě těchto primárních funkcí může rodina plnit též funkce sekundární – např. rekreační, odpočinkovou, vzdělávací, zájmovou (Výrost, Slaměnik, Eds., 2008).

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

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

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

2.2.2 Společenské normy a hodnoty

„Rodina jako primární nositel kultury poskytuje základ norem a hodnot dané společnosti. Vede dítě ke společenskému životu v prostředí, ve kterém vyrůstá, učí ho orientovat se ve světě symbolů. Rodinná výchova seznamuje dítě s kulturními vzorci (tradice, zvyky, mravy, zákony, tabu apod.) tím, že se dítě učí respektovat požadavky rodičů a je sankcionované za jejich nesplnění“ (Výrost, Slaměnik, Eds., 2008, 50). Děti se učí, jak

se mají chovat doma i mimo domov, vytváří si vzorce chování, poznání a emocí vázané na kontext.

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

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

2.2.3 Důležitost kolektivu pro dítě

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

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

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

3 Výchova

Vývoj člověka probíhá kontinuálně čili trvale, plynule a bez přerušení či velkých skoků. Pozorujeme-li dítě den za dnem, žádné velké změny nezaznamenáme. Díváme-li se však na dětský vývoj s delším časovým odstupem, postřehneme v něm i jakási období rychlejších změn (jakoby vývojových výbojů) a pak zase období, kdy se toho tak moc navenek neděje, ale kdy se všechny předešlé zisky zpracovávají, konsolidují a pořádají. Všimají si toho rodiče i jiní vychovatelé. Každé dítě je vychováno od nejútlejšího věku, v jistém smyslu vlastně už během těhotenství. Způsob, jakým se chováme k dítěti a jak je tedy vychováváme, je do velké míry ovlivněn našimi tzv. rodičovskými postoji (Matějček, 2007).

Výchova je významnou součástí socializačního procesu. Je charakterizována jako záměrné působení vychovatele na vychovávaného, které má určitý výchovný cíl, k jehož dosažení se používají různé postupy – výchovné prostředky (odměny a tresty, poučení, vysvětlení, předvedení na vzoru aj.). Mělo by docházet k rozvíjení vědomostí, dovedností, vloh, morálních a charakterových vlastností dítěte. Výchovné cíle si rodiče při výchově volí jednak na základě svého vlastního hodnotového systému, jednak podle předpokladů na straně dítěte. Ty závisí na jeho dosažené zralosti rozumové, citové a sociální, na dosud osvojených schopnostech, dovednostech a vědomostech a na jeho individuálních dispozicích (zájmech, talentech, temperamentových zvláštěnostech). Správně stanovené cíle by tedy měly respektovat zásadu zralosti (pohotovosti), zásadu kontinuity a zásadu individualizace.

Pro upřesnění významu termínu výchova jej rozdělujeme do tří významových koncepcí:

1. Normativní vymezení pojmu výchova – výchovou se rozumí takové jednání vychovatele, kterým působí na vychovávaného se záměrem dosáhnout určitého pozitivního cíle (normy) ve vývoji jeho osobnosti, je zřejmé, že se předpokládá určitý hodnotový žebříček vychovatele.
2. Preskriptivní pojetí výchovy – pojednává především o prostředcích (metodách), které jsou vhodné k dosažení stanovených cílů (příčemž tyto cíle leží mimo

oblast vlastní vědy o výchově a jsou určovány spíše morálkou společnosti i užšího společenství rodiny, školy apod.).

3. Deskriptivní pojetí výchovy – zkoumají se všechny ve skutečnosti nalézané postupy, jichž vychovatelé užívají, ať už vedou k žádoucím, či k nežádoucím výsledkům, nehodnotí se tedy, ale popisuje se – zájem je i o to, jak lze z dítěte vychovat bytost agresivní, sobeckou apod. (Langmeier, Krejčířová, 2007).

„Rodiče, učitelé, vychovatelé utvářejí a připravují dítě nejen pro současnost, ale zejména pro budoucnost. Děti se mají v rámci výchovy a vzdělávání učit nejen hodnocení minulosti, posuzování současnosti, ale i rozvíjet dovednosti, vyrovnávat se s budoucností, předvídat události, hodnotit stávající rozhodnutí a předpokládat následující průběh situací. Společným rysem všech moderních směrů ve výchově je komunikace a význam prožitku“ (Vališová, 1994, 38).

3.1 Výchova v rodině

V každé rodině neustále probíhá řada vzájemných aktivit – rodiče působí na dítě, dítě působí na rodiče, rodiče působí na sebe navzájem, v rodinách s více dětmi jsou možnosti vzájemných vlivů ještě rozmanitější. Dítě získává vědomosti a postoje nejen ze záměrné, cílevědomé a promyšleně řízené výchovy, ale také z dalších, vědomě neřízených činností ostatních lidí v rodině i mimo ni. Zejména způsob soužití všech členů rodiny velmi ovlivňuje osobnostní vývoj dítěte.

Je důležité, jakou pozornost rodiče věnují všem základním potřebám dítěte, jak správně je dekódují a jak na ně reagují. Měli by přihlížet k jedinečnosti dítěte a sami přitom zůstat autentičtí – pravdiví a otevření.

Zpravidla se užívá rozdělení výchovných stylů na tři základní typy:

- **styl autoritativní** – klade důraz na bezpodmínečnou poslušnost, podřízení dítěte autoritě rodiče, uposlechnutí všech příkazů a zákazů dospělé osoby bez výjimky a bez dlouhých diskusí;
- **styl liberální** (označovaný jako styl „laissez-faire“) – klade důraz na ponechání co největší volnosti dítěti bez omezování jeho vlastní aktivity;
- **styl demokratický** – pokládá za nejdůležitější respektování dítěte jako samostatné bytosti s právem rozhodovat o sobě poměrně svobodně vzhledem k věku a k předpokládaným následkům jednání, dítě však musí současně poznávat svou odpovědnost vůči druhým lidem v rodině i mimo

ni, rodiče jsou v tomto případě dítěti spíše staršími a zkušenějšími přáteli, spolupracujícími partnery, dává se důraz na dosažení společně přijatelného řešení konfliktů a na význam společného rozhovoru.

Obecně se demokratický výchovný styl pokládá za nejpříznivější pro zdravý vývoj dítěte. Opírá se více o vysvětlení než o tresty, ponechává dítěti přiměřenou volnost a přitom mu klade nezbytné meze. Většinou však není možno styl výchovy v určité rodině přiřadit jednoznačně do určitého vyhraněného typu. Někdy rodič postupuje spíše autoritativně, jindy liberálně, mohou být také velké rozdíly mezi oběma rodiči. V průběhu let však nedošlo k vytvoření jediné obecně uznávané klasifikace výchovných stylů. Nejznámější je Schaeferův cirkumplexní model, který hodnotí stupeň výchovného přístupu ve dvou navzájem nezávislých dimenzích (láska – hostilita, autonomie – kontrola).

Často se ale můžeme setkat s vyloženě nevhodnými styly výchovy:

- výchova rozmazlující – rodiče vyhovují každému přání dítěte a projevují mu až „opičí“ lásku;
- výchova zavrhuující – rodiče dávají svým chováním dítěti najevo otevřeně nebo častěji nepřímou své city odmítání a nesouhlasu (navenek to ovšem nepřiznávají a své chování zdůvodňují nezbytností kázně);
- výchova nadměrně ochraňující (hyperprotektivní) či nadměrně starostlivá – ve snaze chránit dítě před každým rizikem brání rodiče dítěti v postupném získávání dovedností, které jsou nezbytné právě pro účelné zvládnutí nevyhnutelných rizikových situací;
- výchova perfekcionista – výchova s přepjatou snahou po dokonalosti, perfektních výkonech doma, ve škole, ve sportu, v hudbě apod., přitom rodiče kladou na dítě požadavky, které nemůže vzhledem ke svému věku a k individuálním vlastnostem splnit;
- výchova nedůsledná – rodič kolísá mezi krajní přísností a krajní povolností (někdy jako by kompenzoval své pocity viny za dřívější nadměrnou přísnost), nedůslednost může ovšem vyplývat i z odlišného přístupu obou rodičů (matka zatajuje před přísným otcem všechny přestupky dítěte apod.);
- výchova zanedbávající, týrající, zneužívající dítě, deprivující – představují ji případy vysloveného ohrožení vývoje dítěte (Langmeier, Krejčířová, 2007).

Výchova v rodině, mezi jejíž členy patří dítě s diagnózou ADHD, je velmi náročná a nelehká. Takový jedinec je totiž problémový i v domácím, rodinném prostředí. Vztahy

mezi ním a rodiči jsou tak vystaveny dlouhodobému napětí, protože rodiče žijí v neustálém očekávání toho, co se může stát, co je může překvapit.

3.2 Základní prvky ve výchově dětí s ADHD

Alfou a omegou u dětí s hyperkinetickou poruchou je stabilizace pravidelného režimu, posilování žádoucího chování a důslednost.

Mezi další základní doporučení, která je však nutná používat s ohledem na osobnost a projevy konkrétního dítěte, patří:

- a) **poskytování bezprostřední zpětné vazby dítěti** – zpětná vazba označuje takové hodnocení druhé osoby, které vychází z našich pocitů, měla by začínat např. slovy: *nelíbí se mi, že..., vadí mi, když...*, znamená to, že nehodnotíme (a neodsuzujeme) druhého, ale vyjadřujeme svůj pocit;
- b) **co nejčastější hodnocení dítěte** – pokud je to možné, je třeba poskytovat dítěti co nejčastěji pozitivní zpětnou vazbu – pochvalu nebo pohlazení, důležité je udělat to tehdy, když se dítě skutečně chová tak, jak od něj požadujeme;
- c) **používání názorných a jasně srozumitelných ocenění** – vhodné odměny jsou fyzický kontakt, výhody, drobné hračky, příležitostně peníze, doporučuje se, aby děti nedostávaly materiální odměny často, ale právě děti s ADHD potřebují větší, jasnější a materiálnější odměny k udržení pozitivního chování;
- d) **používání pochvaly místo trestu** – trest je účinný jen u dětí, které jej dostávají pouze výjimečně a jsou mnohem častěji chválené, to se obtížně praktikuje u dětí s hyperkinetickou poruchou, jež které mají mnoho problémů s chováním a jsou téměř trvale negativně hodnoceny, dobré je tedy využívat pravidlo pochvala před trestem;
- e) **zviditelnění (externalizace) času** – děti s ADHD mají problémy s chápáním a představou času, nedisponují vnitřním vnímáním času stejně jako ostatní, a tak nemusí být schopné vyhovět požadavkům na dodržení časového limitu, potřebují proto vnější kontrolu;
- f) **zviditelnění důležitých informací** – pracovní paměť u dětí s ADHD bývá narušená, proto je dobré, když mají podstatné informace v nějaké trvalé fyzické podobě, čím častěji se budou takto dítěti připomínat důležitá pravidla, tím dříve si zvykne je využívat ke změně svého chování;

- g) **zviditelnění problému** – stejným způsobem je vhodné ukázat problém i jeho řešení v jakékoli hmatatelné podobě, např. mít jej napsaný či nakreslený na kartičkách;
- h) **snaha o soustavnost** – pro zvládnutí chování dítěte ve stejných situacích je nutné používat stále stejnou strategii, velmi důležité je také to, aby se postup nelišil doma a ve škole, ale hlavně, aby se shodli oba rodiče;
- i) **nerozčilovat se, jednat** – děti s ADHD jsou mnohem citlivější na hodnocení, které se mu dá, ale současně mnohem méně vnímavé k napomínání a zdůvodňování, je lepší je méně kárat a poučovat, ale často a bezprostředně jednat, zvláště tehdy, je-li je možné pochválit nebo jinak odměnit;
- j) **předvídání problémových situací** – aktivitu, která může dítěti dělat problémy (nákup, návštěva restaurace atd.), je třeba naplánovat tak, aby se co nejméně nudilo;
- k) **nepovažovat problémy dítěte za své vlastní** – rodiče hyperkinetických dětí by si neměli připouštět pocity viny a selhání, měli by se snažit zůstat klidní a reagovat na problémy s humorem;
- l) **smíření se s tím, co už se stalo a naplánování změn** – je dobré si každý den před spaním najít chvílku a shrnout celý den, probrat s dítětem, co se mu povedlo a co ne, domluvit se, jak může příště své chování změnit, snaha o pozitivní hodnocení je také důležitá, aby dítě neusínalo s pocity viny, ale s jistotou, že se na něj ostatní nezlobí a mají ho rádi;
- m) **myšlení na budoucnost** – rodič je neustále pro dítě učitelem i trenérem, není vhodné příliš dítěti ustupovat a snižovat laťku, dítě toho pak dosáhne v životě méně, než by mohlo (Goetz, Uhlíková, 2009).

Důležitou podmínkou pro zvládnutí dítěte s ADHD je odhodlání rodiče změnit i své vlastní chování, na které pak dítě také reaguje změnou.

Být rodičem dítěte s hyperkinetickou poruchou je nesmírně náročné. Prožívají velký stres, trpí zhoršením nálady, nízkým sebehodnocením, považují se za špatné rodiče a výchova dítěte jim nepřináší žádné uspokojení. Jsou více ohroženi sociální izolací, ztrátou zájmů a přátel. Trpí i partnerský vztah, rodiče dětí s ADHD mívají častěji neshody mezi sebou, které mohou vést až k rozvodu. Je tedy nezbytné dbát také na jejich duševní zdraví, pro něž se to stává vážnou zátěží.

Negativní varianta	Pozitivní varianta
nadávat, urážet, ponižovat	vyjadřovat emoce bez urážek, např. <i>zlobím se, že...</i>
skákat si do řeči	být stručný
stále kritizovat	zdůrazňovat to, co je dobře a co špatně
bránit se napadání	pozorně poslouchat, klidně mluvit, nedohadovat se
dávat kázání, nadbytečně mluvit	říct to jasně a stručně
dívat se stranou, ne na toho, kdo mluví	udržovat oční kontakt
krčit se, hrbít se, přecházet	narovnat se a dávat pozor
používat sarkasmus	mluvit normálním tónem
odkládat konec	udělat si závěr a pak pokračovat
myslet si to nejhorší	mít hlavu otevřenou, nedělat kvapné závěry
vytahovat minulost	držet se v současnosti
číst myšlenky druhým	ptát se ostatních na jejich názor
přikazovat	žádat mile
mlčet	říct, co člověk cítí
vztekat, vylévat si špatnou náladu	počítat do deseti, relaxovat, opustit místnost
zlehčovat vážné věci	brát vážně i to, co vypadá jako maličkost
popírat, že jste to udělal	přiznat se
zabývat se drobnými chybami	přijmout, že nic není na 100 %, přehlížet maličkosti

Tab. 5: Pozitivní změny v komunikaci a chování v rodině s dítětem s ADHD

4 Projektivní metody

Projektivní metody patří mezi testy osobnosti. Tvoří svébytnou kategorii vyšetřovacích postupů. Svou komplikovaností, různorodostí, obtížnou uchopitelností i širí záběrů se vymykají z rámce jiných diagnostických postupů. První projektivní zkoušku v historii vědecké psychologie použil pravděpodobně Francis Galton v roce 1879, šlo o slovní asociační experiment (první exploatace projektivní zkoušky). Termín „projekce“ pak zavedl v roce 1894 Sigmund Freud.

Pojem „projekční techniky“ pochází od L. K. Franka z roku 1939, který je definoval jako metodu výzkumu osobnosti konfrontující zkoumaného jedince s nějakou určitou situací, v níž bude odpovídat podle smyslu, jenž tato situace pro něj má, a podle toho, co cítí během této odpovědi. Podle Franka se vyvolávají u zkoumané osoby různé reakce, kterými vyjadřuje dojmy ze svého osobního světa a vlastní osobnosti. Jsou to takové techniky, při nichž se subjekt prezentuje víceznačný, nestrukturovaný podnětový materiál, při strukturaci a interpretaci těchto podnětů pak subjekt promítá do odpovědi své vnitřní stavy, motivy, potřeby a impulzy.

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

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

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

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

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

4.1 Projekce

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

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

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

4.1.1 Formy projekce

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

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

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

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

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

4.2 Klasifikace projektivních metod

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

Lindsey rozděluje projektivní metody na tyto kategorie:

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

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

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

Klasické Frankovo dělení rozlišuje následující projektivní techniky:

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

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

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

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

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

4.3 Reliabilita a validita projektivních metod

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

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

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

4.4 Tematicko apercepční test (TAT)

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

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

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

Tematicko apercepční test má v psychologické praxi i v psychologickém výzkumu mnohaletou historii. V našich podmínkách však není tak často používán jako v zahraničí. V posledních letech ale zájem o tuto metodu vzrůstá i u nás (Soukupová, Goldmann, 2008).

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

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

4.4.1 Vznik a vývoj TAT

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

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

Autorem TAT je **Henry A. Murray** (1893–1988) a jeho kolegyně **Christiana D. Morganová** (1897–1967), která měla hluboký vztah k C. G. Jungovi, jenž ji analyzoval, a byla blízká také Murraymu (zakladatel Bostonské psychoanalytické společnosti). Vznik testu se datuje kolem roku 1935, kdy byla představena první série tabulí 1–10 a kdy Murray s Morganovou napsali základní článek *A Method for Investigating Fantasies: The Thematic Apperception Test*. Oficiální testová příručka pak vyšla v roce 1943. Dnes má tento manuál, stejně jako Murrayho teorie *Needs and Presses*, již jen historický význam. Tabule byly tvořeny v několika formách s takovým záměrem, aby se lišily podle věku a pohlaví osoby, které budou předkládány (B, G, M, F). Později vznikla druhá série tabulí (tabule 11–20). Jejich celkový počet je 31.

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



Obr. 3: Houslový virtuos Yehudi Menuhin

Tematicko apercipční test byl vyvrcholením několikaleté Murrayho práce. K jeho vytvoření jej podnítila myšlenka studentky Cecelie Washburn Robertsové, která si všimla, že její syn rád trávil svůj čas, když byl nemocný tím, že si vystřihoval obrázky z různých časopisů a vytvářel si k nim příběhy.

Rozvoj TAT byl ovlivněn psychoanalytickými myšlenkami tehdejší doby (zejména C. G. Jungem). Murrayova práce s příběhy také vycházela z jeho silného zájmu o literární tvorbu (byl okouzlen zejména Melvillovým románem *Moby Dick*). Domníval se totiž, že mnoho románových děl je vědomým nebo nevědomým vyjádřením autorových zkušeností nebo fantazií. Obrázkové předlohy napomáhají k vyvolání takových fantazií a Murray předpokládal, že TAT takto poskytuje „rentgenový snímek vnitřního self“. TAT je verbální projektivní test osobnosti, který zkušenému interpretujícímu psychologovi dokáže odhalit dominantní motivy, emoce, city, komplexy a konflikty osobnosti. Jeho zvláštní hodnota spočívá ve schopnosti vyjevit skryté potlačené tendence, které subjekt není ochoten přiznat, jelikož si jich sám není vědom (Murray, 1943).

Murray byl přesvědčen, že úkol vyprávět vytváří tlak na projekci fantazijních obsahů do látky příběhu. V tomto procesu se tak odhalují naléhavé potřeby, které byly doposud skryty. Tato teorie je východiskem Murrayho přístupu k interpretaci TAT. Předpokládal, že se vypravěč identifikuje s jednou postavou příběhu, s hrdinou. Dále hovoří o potřebách (motivační síly vyzařované protagonistou) a tlacích (situace či síly prostředí, které ovlivňují výraz potřeb). Interakce potřeb a tlaků pak vyústí do emoční odpovědi, chování z toho vyplývající představuje téma. A odhalení tematických vzorců v sérii příběhů poskytuje vhled do jádra vypravěčovy osobnosti (Čermák, Fikarová, Eds., 2012).

Ačkoli se původní Murrayho interpretační přístup již v praxi téměř nepoužívá, je patrné, že většina autorů vyvíjejících vlastní systémy implicitně nebo explicitně odkazuje na výše uvedená východiska metody. Mezi důležité osobnosti, které se věnovaly či věnují TAT, můžeme řadit např. Leopolda Bellaka, Bernarda Mursteina, Charlese P. Smithe, Sharon R. Jenkinsovou, Hedwig Teglasiovou, Phoebe Cramerovou, Drew Westena, z našeho prostředí pak Michaela Šebka, Andreje Stančáka, Iva Čermáka, Táňu Fikarovou, Petra Goldmanna a Terezu Soukupovou.

Podle autora nabízel TAT zjišťování apercipce. Definoval apercipci jako rozpoznání objektu založené na sensorickém dojmu a apercipci jako dodání významu tomu, co je vnímáno. Vyprávění příběhu k nakreslené scéně byl apercipční úkol, který

zahrnoval výklad znázorněných podnětů, motivů, záměrů a očekávání postav (Soukupová, Goldmann, 2008).

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

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

4.4.2 Omezení a výhody TAT

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

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

Validita TAT se posuzuje vzhledem ke znakům, které hodnotíme: stabilní charakteristiky (intelektové schopnosti a osobnostní rysy) a méně stabilní charakteristiky (náladu, motivy, psychopatologické příznaky – jejich hodnocení by se proto mělo vztahovat jen k určité situaci). Je prokázána validita aspektů, které v příbězích sledujeme a které ovlivňují chování člověka v sociálních situacích. Jedná se o sociální role (definovány

kombinací věku a pohlaví), kontext (zda se hrdinové soustředí na lidi, nebo na neosobní úkoly) a emocionální tón (výraz a poloha těla postav).

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

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

4.4.3 Skórovací systémy

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

Interpretační systémy k TAT byly vyvíjeny ke studiu osobnosti, nebo pro klinické využití. Výzkumníci trvali na přesných psychometrických standardech, které by jim pomáhaly zjišťovat specifické osobnostní konstrukty. Klinici, na rozdíl od výzkumníků, dbali na interpretaci TAT, ale ne na jeho skórování (např. Leopold Bellak). Hedwig Teglasí hodnotila kvalitu popsaných scén, Bellakův interpretační systém využíval psychoanalytickou teorii. Vývoj interpretačních schémat k Tematicko apercipčnímu testu probíhal především mezi léty 1950 a 1980.

Snaha integrovat teoretický a empirický pohled na tematicko apercipční techniky vedla ke vzniku mnoha skórovacích systémů, jejichž bohatý přehled uvádí Jenkinsová (2008). Tyto systémy jsou dobře využitelné v klinické praxi a zároveň jsou pevně zakotvené v teorii. Jejich psychometrické charakteristiky jsou navíc podloženy výzkumy. Výhoda strukturovaných skórovacích technik spočívá v jejich flexibilitě, efektivitě, zobecnitelnosti, konzistenci a objektivitě.

Pokud budeme kombinovat několik skórovacích systémů na jeden protokol, získáme tak komplexnější rámec pro idiografickou interpretaci. Měly by se však vždy především hodnotit tři základní dimenze, které se vyskytují v životě každého člověka, aby se mohla získaná data zobecnit do typických vzorců jeho chování v sociálních situacích. Jedná se o klasifikaci sociálních rolí postav v příbězích, kontext aktivit těchto postav (zda se soustředí na interpersonální interakce nebo na neosobní úkoly) a emocionální tón jejich

interakcí, jenž je určován výrazem obličeje a polohou těla postav (Soukupová, Goldmann, 2008).

Od roku 1990 je největší pozornost věnována dvěma klinickým skórovacím systémům, které poskytují signifikantní výsledky:

1. hodnocení obranných mechanismů podle Cramerové a
2. zjišťování objektních vztahů podle Westena (Soukupová, Goldmann, 2008).

Použijeme-li ke skórování jednotlivé škály, můžeme zjišťovat strategie řešení problémů a poruchy myšlení, depresi a emocionální nepohodu v širším slova smyslu, vztah k sobě a k druhým, vztahové poruchy, obranné mechanismy, poruchy osobnosti a riziko suicidia. TAT není primárním nástrojem k diagnostice podle DSM-IV. Můžeme jej ale užít k plánování léčby, tedy vyslovení prognózy, výběru vhodného psychoterapeutického postupu, protože každý příběh lze číst v sociálním kontextu, můžeme jím zjišťovat, za jakých sociálních podmínek si klient povede lépe, jaké vztahy má tendenci vytvářet a jaké má ve vztazích obtíže, silné a slabé stránky.

„Proces mentální reprezentace sociálních vztahů byl mnoho let zkoumán ze dvou pohledů – z pohledu psychoanalytické teorie objektních vztahů a z pohledu sociální kognice. Teorie objektních vztahů se zabývaly vznikem a vývojem reprezentace self a reprezentací druhých a afektivním procesem spojeným s těmito reprezentacemi. Zaměřily se především na patologické objektní vztahy (= problematické způsoby myšlení, cítění a motivace, které ovlivňují interpersonální fungování v blízkých vztazích). Sociální kognice se zabývá zpracováním sociálních informací, především u zdravých jedinců“ (Soukupová, Goldmann, 2008, 164–165).

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

Westenova metoda **SCORS (Social Cognition and Object Relations Scale)** je jednou z metod zaměřených na zpracování sociálních informací a na objektní vztahy. Měří individuální rozdíly v dimenzích sociální kognice a objektních vztahů. Lze ji použít nejen pro příběhy získané v Tematicko-apercepčním testu. Drew Westen (Departments of Psychology and Psychiatry at Emory University in Atlanta, Georgia) vytvořil tento systém

empiricky na základě porovnávání tří diagnostických skupin pacientů, i když je to škála založená na psychodynamické teorii. Byla vyvinuta především k odlišení osob s hraniční poruchou osobnosti od jiných poruch.

Výzkum objektních vztahů se zejména soustředí na vývoj reprezentací sebe a ostatních a afektivní procesy, které v souvislosti s těmito reprezentacemi probíhají, a to hlavně v souvislosti s patologií. Předpokládá, že vytváření reprezentací sebe i ostatních má vývojový charakter a se zráním se tyto reprezentace stávají čím dál přesnějšími, komplexnějšími a integrují v sobě i ambivalentní a protikladné aspekty. Zdravý zralý člověk je také schopen vytvářet a udržovat vztahy založené na vzájemných citech a respektu a rozumět příčinám jednání druhých lidí. Výzkum sociální kognice se oproti tomu věnuje spíše procesu zpracovávání informací, kognitivních a sociálních předpokladů a vlivů pro porozumění sociálním situacím, teoriím vytváření vztahů aj., a to zejména u zdravých lidí (Westen, 2002).

Westenův skórovací systém SCORS je tvořen osmi škálami:

1. **Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých** – *Complexity of Representation of People* (COM) – tato dimenze hodnotí rozsah, v jehož rámci je osobnost schopna diferencovat mezi vnímáním sebe sama a ostatních, na nejnížší úrovni mají lidé tendenci být vysoce egocentričtí a neschopní rozlišovat své vlastní myšlenky, pocity a atributy od myšlenek, pocitů a atributů druhých, na nejvyšší úrovni je jedinec schopen uvažovat psychologicky a vnímat bohatost lidské osobnosti a subjektivní zkušenosti.
2. **Afektivní kvalita reprezentací** – *Affective Quality of Representations* (AFF) – tato škála na rozdíl od ostatních nesleduje vývojovou progresi, ale spíše popisuje způsoby, jakými člověk prožívá vztahy, na nejnížších úrovních lidé očekávají záměrně škodící, hostilní, prázdné nebo chybějící vztahy, na vyšších úrovních pak jedinci anticipují vztahy více pozitivní a obohacující.
3. **Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů** – *Emotional Investment in Relationships* (EIR) – schopnost emocionální investice do vztahů s ostatními je další důležitou dimenzí objektních vztahů, na vyšších úrovních jsou už vztahy trvalé, ale relativně konvenční a povrchní, na nejvyšší úrovni je pak člověk schopný hlubokých vztahů s druhými, které jsou založené na vzájemném sdílení, nezávislosti a respektu.
4. **Emoční vklad do hodnot a morálních norem** – *Emotional Investment in Values and Moral Standards* (EIM) – jedinci na nejnížší úrovni této dimenze vykazují relativní nedostatek morálních hodnot a mohou se dopouštět antisociálního nebo

manipulativního chování bez morálních zábran, na nejvyšší úrovni už člověk dokáže přemýšlet abstraktně a je schopen dodržovat nebo zpochybňovat konvence v různých morálních situacích.

5. **Porozumění sociální kauzalitě** – *Understanding of Social Causality (SC)* – v průběhu vývoje člověka se stává chápání sociální kauzality komplexnější, logicky koherentní a přesnější, čím je tedy jedinec na vyšší úrovni, tím více je schopen uvádět bohaté, souvislé a přesné významy interpersonálních událostí, zlepšuje se porozumění sociálním situacím.
6. **Prožívání a zvládání agresivních impulzů** – *Experience and Management of Aggressive Impulses (AGG)* – na nejnižší úrovni této dimenze je možno sledovat fyzickou útočnost, destruktivitu a nízkou schopnost kontrolovat své agresivní impulsy, na nejvyšší úrovni již člověk zvládá přiměřeně prosazovat své požadavky, vyjadřovat zlost i agresi.
7. **Sebedůvěra** – *Self-esteem (SE)* – úroveň sebedůvěry na nejnižších úrovních se projevuje sebeprožíváním jedince jako odporného, hříšného, celkově špatného, cítí se méněcenný, na vyšších úrovních je schopen vnímat své negativní i pozitivní stránky a posuzovat své kvality realisticky.
8. **Identita a soudržnost self** – *Identity and Coherence of Self (ICS)* – problémy v této dimenzi se projevují tím, že jedince vnímáme jako paralelní osobnosti nebo že jeho mínění o sobě sama je velmi měnlivé a nestabilní, zdraví jedinci na nejvyšší úrovni se cítí jako integrované osoby se stabilními závazky ke svým dlouhodobým ambicím, cílům, hodnotám a vztahům (Goldmann, Soukupová, 2011).

Všechny tyto škály na sedmibodové stupnici nejvyšším skórem indikují vysokou zralost a zdravé fungování osobnosti. Skóry 1 a 2 značí přítomnost patologických odpovědí, skóry 6 a 7 pak zdravý způsob reagování. V praxi se jako norma ukazuje skór 5. Posuzování se pak běžně pohybuje mezi 3 až 5. Kromě standardního hodnocení narativního materiálu na osmi uvedených škálách lze ještě použít přídatnou tematickou škálu **Dominantní interpersonální zájmy**. Zahrnuje přibližně 50 témat (např. emoční intimita, sexuální intimita, zavržení, dominance, závislost, obětování se, obdiv, obrácení rolí, trest, vina, strach, sexuální soutěžení, opuštěnost, bezmocnost, konflikty s autoritou, sebevražda, rezignace). Obvykle bývá v jednom příběhu zmíněno jedno až tři z uvedených témat. Westen tabule v praxi nepředkládá v ustáleném výběru ani pořadí, ale vyzývá, aby bylo použito raději většího množství podnětových tabulí. Šest jich považuje za minimální počet, doporučuje však raději osm až deset tabulí.

Každý příběh může být hodnocen pomocí všech osmi škál, Westen ale považuje pro TAT použití prvních pěti za obligatorní. Užití tří posledních škál je fakultativní. Kvalitativně je pak možno vyhodnotit ještě oblast Dominantní interpersonální zájmy, tedy pojmenovat, která témata se v příbězích vyskytují a v jaké míře (Stein, 2011).

Každá z osmi hlavních škál se skóruje samostatně, dle daných kritérií hodnotou 1 až 7, kdy 7 znamená, jak již bylo uvedeno, nejvyšší míru projevených znaků dané škály. Velkou výhodou tohoto skórovacího přístupu jsou jeho dobré psychometrické vlastnosti (Stein, 2012).

V manuálu SCORS jeho autor vysvětluje skórovací postup a ilustruje jej úvahami nad cvičnými protokoly. Příběhy jednotlivě skórujeme a po přiřazení dílčích skóru ke všem použitým tabulím vypočítáme průměrný skór každé škály. Je možné spočítat procento patologických odpovědí. Westen uvádí hodnotící vodítka pouze pro skóry 1, 3, 5 a 7. V případě, že se hledaný znak v odpovědi nevyskytuje, bude skór 0 a není s ním počítáno v propočtu průměrného skóru. U přídatné škály pak hodnotíme 1 (téma je pravděpodobně přítomno, ale není zcela jasné), 3 (téma je přítomno, ale není středem příběhu), 5 (téma je přítomno a je středem dění příběhu) a 7 (téma je důležité k porozumění tomu, kdo subjekt je a čím se zabývá; téma je neobvyklé pro tabuli, výstředně zpracované nebo zřetelně velmi emocionálně nabitě).

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

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

Jednou z důležitých vlastností systému SCORS je jeho schopnost nezávisle měřit různé oblasti fungování osobnosti. Konstrukční vlastnosti škály totiž vycházejí z předpokladu, že jednotlivé oblasti fungování osobnosti nemusí být stejně zralé.

Hodnocení by pak mělo být multidimenzionální také proto, že objektní vztahy jsou ze své podstaty multidimenzionální (Ackerman, 1999).

Skórovací systém Cramerové je po SCORS druhým konceptem, který skrze TAT zjišťuje psychodynamická pojetí. Jsou v něm charakterizovány obranné mechanismy v rozsahu od primitivních až po zralé – popření, projekce a identifikace. Všechny tři obrany se kódují s ohledem na specifická kritéria, která byla vytvořena (Cramer, 1996).

Cramerová (1999) ve svém výzkumu srovnávala prostřednictvím TAT používání obranných mechanismů u poruch osobnosti z klastru B DSM-IV (narcistická, histriónská, asociální a hraniční). Osoby s hraniční poruchou osobnosti užívaly nejnižší úroveň obranných mechanismů, tedy popření a jeho nezralé formy. Vztah k projekci a identifikaci se neprokázal. Identifikace je považována za nejzralejší stupeň obranných mechanismů (Cramer, 1999).

Z ostatních používaných systémů můžeme zmínit skórovací systém Reubena Fineho pro TAT a další verbální projektivní techniky. Jedná se o systém pro systematické třídění manifestního obsahu projektivního materiálu. Tato metoda nabízí relativně rychlé zjišťování potenciálně užitečných klinických informací. V systému Reubena Fineho se skórují tři hlavní kategorie – pocity, závěry a interpersonální vztahy. Fine byl při jeho vytváření ovlivněn psychoanalytiky (Freud, Balken, Masserman a Bellak). Zdůrazňuje význam manifestního obsahu verbální produkce na projektivní podněty (Jenkins, 2008).

George F. Ronan (Central Michigan University) je autorem systému PPSS (*Personal Problem Solving System*), který vznikl v roce 1990. Věnuje se těmto čtyřem dimenzím:

- provedení příběhu – Story Design – SD (kognitivní zpracování),
- orientace příběhu – Story Orientation – SO (motivace a emoce),
- navržená řešení příběhu – Story Solution – SS (kvantita),
- vyřešení příběhu – Story Resolution – SR (efektivita).

SD, SO a SR obsahují ještě po čtyřech dalších poddimenzích. Skór dimenze SS je získán součtem jednotlivých navržených řešení (tzv. brainstorming). Jak je vidět z vyjmenovaných kategorií, tento skórovací systém pro TAT se zaměřuje na osobní dovednosti nutné pro vyřešení problému. Důležité je nezapomínat také na kvalitativní rozbor tabulí (Goldmann, Soukupová, 2011).

Tematicko apercepční test se používá mimo jiné k hodnocení kvality sociálního přizpůsobení člověka. K tomuto účelu vytvořili Petr Goldmann a Tereza Soukupová (PL

Bohnice, Praha) **Škálu sociální orientace (SOS)**. Nabízejí způsob hodnocení sociálního přizpůsobení pomocí vlastní škály aplikované na příběhy TAT. Použití tohoto nástroje je doloženo na konkrétních kazuistikách.

Při tvorbě Škály sociální orientace (SOS) její autoři uplatnili Westenovu škálu. Začali ji vytvářet pro potřeby psychodiagnostické praxe, když nevystačili s běžně používanou definicí empatie jako porozumění vcitěním. Rogers uvádí přesněji, že být empatický znamená vnímat vnitřní referenční rámec druhého člověka s přesností, emocionálními složkami a významy, které k němu patří, jako bych byl oním člověkem, avšak aniž bych kdy ztratil onu dimenzi „jako“ (Vymětal, 2004).

Škála SOS vychází z této širší definice. Jako první proměnná je zaznamenána přítomnost sociální percepce, tedy samotné rozpoznání subjektem, že podnět má sociální charakter. Pokud je tato podmínka splněna, může dojít k vědomému zaměření na sociální objekt. Teprve v této fázi může nastat porozumění existujícímu sociálnímu významu. Ve čtvrté fázi může dojít k vcitění do druhých lidí. V optimálním případě by měla následovat fáze spolucitění – tedy empatie s odstupem, který umožňuje být v kontaktu s druhým člověkem, ale zároveň neztrácet kontakt sám se sebou a nenechat se svým vlastním vcitěním pohltit. Poslední fází může být sociální akt, realizovaná dovednost. Tato aktivita však nejen že nemusí vůbec nastat, ale mnohdy se objevuje předčasně a tedy nezrale. Do tvorby sociální orientace vstupují i další proměnné: jsou to především vztah k sobě, zralost osobnosti, hodnotový systém a očekávání od druhých lidí.

ŠKÁLA SOCIÁLNÍ ORIENTACE (SOS)
1. Sociální percepce – registrace podnětů, rozpoznání sociálního podnětu
2. Sociální zaměření – zájem o sociální objekt a aktivní zaměření na něj
3. Sociální porozumění – porozumění sociálnímu významu situace v jejím emočním a sociálním kontextu (porozumění verbálním i neverbálním znakům komunikace)
4. Vcitění – emoční ztotožnění, vznik a prožívání shodných emocí s druhým
5. Spolucitění – podstoupení od vlastního prožitku a setrvání v emočním kontaktu se sebou i s druhým člověkem
6. Sociální akt – využití takto získané zkušenosti

Tab. 6: Škála sociální orientace (Goldmann, Soukupová)

V psychodiagnostické praxi škála SOS usnadňuje popis úrovně sociální orientace jedince. Předpokládá se, že psychicky zdravý a osobnostně integrovaný člověk projde v sociálním kontaktu s druhým postupně všechny uvedené fáze sociální orientace. Zastavení

se na nižší úrovni, nebo přeskok některé z fází, zpravidla signalizuje možný problém v oblasti mezilidských vztahů. S tím se setkáváme u nezralých, ale především u neurotických, psychotických a disociálních pacientů. Depresivní a schizofrenní pacienti mohou skončit ve fázi 1, resp. jí ani nedosáhnou. Schizoidní a někteří schizofrenní zůstanou ve fázi 2, i když někteří schizoidní mohou dosáhnout fáze 3. Disociální jedinec přeskočí z fáze 3 přímo do fáze 6 – jedná se u něj o instrumentální manipulaci bez schopnosti vcítění a spolucítění. Úzkostný klient se zastaví ve fázi 4. Histrion přeskočí z fáze 4 přímo k fázi 6 – zahlcen svými vlastními emocemi a neschopen zralého odstupů.

Škála SOS nemá zatím pro jednotlivé fáze sociální orientace kvantifikační měřítko. Lze ji však použít jako efektivní screening, a to nejen v psychodiagnostice, ale i v psychoterapii a psychologickém poradenství. Použití SOS tak psychologům pomáhá nejen zkvalitnit práci, ale zvyšuje citlivost sociálního porozumění, prohlubuje vcítění, vede k autentickému spolucítění a povzbuzuje k cílené a zralé sociální aktivitě (Goldmann, Soukupová, 2008).

Význam Tematicko apercipčního testu spočívá zejména v možnostech zkoumat osobnostní vlastnosti a sociální vztahy lidí.

4.4.4 Administrace a interpretace TAT

Pro administraci Tematicko apercipčního testu je důležité vhodné pracovní prostředí (klidná místnost, dobré osvětlení apod.) a příprava pomůcek (sestava tabulí zvolená individuálně podle řešené diagnostické otázky nebo ustálená sestava tabulí).

Administrace pak probíhá v přímé interakci s vyšetřovanou osobou. Příběhy tvoří klient, psycholog je zapisuje. Na začátku podává tyto instrukce: „Budu vám ukazovat obrázky, na kterých jsou nakresleny určité scény. Vytvořte ke každé scéně příběh tak, abyste zahrnul to, co se odehrávalo předtím, co se právě na obrázku odehrává, co si jednotlivé postavy myslí a co cítí a jak to bude pokračovat dál.“ Pokud má vyšetřovaná osoba potíže začít, tak ji psycholog může povzbudit: „Začněte tím, co se na obrázku odehrává.“

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

Primárním úkolem probanda v Tematicko apercepčním testu je vyprávět příběh o scéně, kterou zachycuje obrázek. Tento úkol představuje výzvu k vyprávění příběhu, jenž bude výkladem podnětové tabule a bude rozvíjet její kontext přiléhavým popisem událostí, myšlenek, pocitů, intencí, motivů, jednání a důsledků. Vypravěč by měl vyvinout určité úsilí, aby našel řešení. Jednotlivé tabule TAT ve větší či menší míře představují takový soubor situací, které jsou do jisté míry nedokončené a neshodují se s žádnou v kultuře jednoznačně fixovanou formou příběhu. Jedině tak se může očekávat, že v příbězích bude zachyceno něco významného ve vztahu k vypravěčovu životu či osobnosti (Čermák, 2006).

U interpretace TAT se určují typy schémat, která se v něm často vyskytují (Bellak, Abrams, 1997; Henry, 1956; Murstein, 1968; Stein, 1955) a hodnotí se kvalita popsaných scén, tj. důraz je kladen na formální charakteristiky příběhů (Teglasi, 2001). Témata jsou důležitá proto, že jejich prostřednictvím lze prozkoumávat oblasti psychického fungování. Posuzování tabule podle formálních znaků zobrazené scény se dotýká náročnosti z hlediska jejího zpracování a nutně ovlivňuje vyprávěný příběh. V přístupech jednotlivých autorů, kteří k interpretaci nepoužívají škály, ale jen určitá vodítka, se pak mohou v zásadě identifikovat výše uvedené dva systémy.

Hedwig Teglasi (2001) charakterizuje obsah tabulí takto:

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

Teglasi (2011) dále udává nejrůznější charakteristiky struktury tabulí: jednoznačnost a mnohoznačnost (umožňuje variabilitu příběhů), obvyklost či nekonvenčnost až bizarnost obrázků, emocionální tón (nálada uchopená v příbězích, spíše negativní tón), jednoduchost či komplexnost (množství prvků, které je třeba začlenit do příběhu), emoční intenzita podnětu (dramatické zachycení emoce či konfliktu) a univerzalita (všeobecná srozumitelnost emocí nebo zkušeností zachycených na tabulích).

Leopold Bellak (1954) hovoří o interpretačním schématu, které je založeno na psychoanalytické teorii. Patří sem tyto kategorie: hlavní téma příběhu, hrdina příběhu, hlavní potřeby hrdiny (needs), popis scény, interpersonální vztahy, významné konflikty, zdroj úzkosti, psychické obranné mechanismy, adekvátní funkce superega a integrace ega (Goldmann, Soukupová, 2011).

V příbězích TAT mohou být také interpretovány jejich kognitivní charakteristiky. Příběh je chápán jako reprezentace já a výraz koherence života, narativita pak jako způsob vyprávění příběhu, potíž v příběhu jako zdroj pro jeho rozvíjení a scénář jako principy organizace zkušenosti. Narativní senzitivita může být považována za nezbytnou diagnostickou kompetenci pro porozumění příběhům. Jejich poselství je diferencováno ve vztahu k procesu vyprávění a jeho obsahu (Čermák, Fikarová, 2007).

Příběh Tematicko apercipčního testu může být vykládán na různých úrovních:

- Deskriptivní úroveň interpretace je stručným shrnutím příběhu a jeho přepsáním do zkrácené formy.
- Interpretační úroveň představuje vystižení základního významu příběhu – převedení specifických prvků do obecnější kategorie.
- Na diagnostické úrovni se transformují obecné kategorie do složitějších výkladových vzorců, které odpovídají teorii (Fikarová, Čermák, 2008).

4.4.5 Popis tabulí a evokovaných témat

Pro diagnostické a výzkumné účely se užívají různé sestavy tabulí TAT. Murray vytvořil sadu tabulí pro muže, ženy, chlapce a dívky (ve dvou sezeních po 16 tabulích).

Bellak používal standardní sadu 1, 2, 3BM, 4, 6BM, 7GF, 8BM, 9GF, 10, 13MF. Jelikož je považován za autoritu v oblasti diagnostiky pomocí TAT, lze jeho výběr tabulí považovat za základní východisko. Většina tabulí z této výběrové sestavy se objevuje i u jiných autorů.

Goldmann a Soukupová (PL Bohnice) pracují se sadou tabulí: 1, 2, 3BM, 4, 6GF, 6BM, 18BM, 8BM, 10, 13MF, 18GF, 5.

Rabin a Haworth pro děti mezi 7 až 11 lety doporučují předložit tyto obrázky: 1, 3BM, 7GF, 8BM, 12M, 13B, 14, 17BM. Pro adolescenty již používají jiný soubor (1, 2, 5, 7GF, 12F, 12M, 15, 17BM, 18GF).

Hartman pro děti mladší 17 let navrhuje předkládat tabule 1, 3BM, 6BM, 7BM, 13MF, 7GF, 8BM, 4, 10, 12M, 16, 18GF.

Teglasi si u dětí a adolescentů obou pohlaví ověřila užitečnost obrázků 1, 2, 3BM, 4, 5, 6BM, 7GF, 8BM, ale uvažuje i o dalších tabulích vhodných z hlediska věku a dalších aspektů, relevantních pro požadavky vyšetření či výzkumu (7BM, 10, 12M, 13B, 13MF, 14, 17BM).

Arnold používá tabule 1, 2, 3BM, 4, 6BM, 7BM, 8BM, 10, 11, 13MF, 14, 16, 20.

Existují také tematické sestavy TAT podle specifického účelu vybraných obrázků:

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

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

Není však nezbytně nutné používat genderově diferencované tabule pro každé pohlaví zvlášť, snad i proto, že svět mužů a žen není tolik odlišný a je přinejmenším provázaný (Čermák, Fikarová, Eds., 2012).

Základní série 31 tabulí je třetí revizí originální sady z roku 1936. Výběr testových obrázků byl prováděn na základě jejich účinnosti. Výzkumníci Harvardské psychologické kliniky v čele s Murrayem postupovali při odhadu efektivity každého obrázku velmi pečlivě (Murstein, 1963).

Nyní se budeme věnovat deskripci, vyzývacímu charakteru a základním tématům jednotlivých tabulí TAT (na počátku je vždy krátký popis obrázku):

Tabule 1: chlapec se zamyšleně dívá na housle, které před ním leží na stole (Murray, 1943), nejcennější tabule v TAT, protože projektivně obsáhne celou osobnost (Bellak, Abrams, 1997), příliš jednoznačně strukturovaná tabule, vyžaduje jen malé kognitivní úsilí, výborný začátek testové situace, tato tabule neohrožuje (Čermák, 2006), tabule vyzývá k popisu jedné postavy a jednoho hlavního objektu (Teglasi, 2001). Témata, která tabule evokuje: vztah k rodičovským figurám, vztah k autoritě, autonomie, potřeba úspěchu, sebehodnocení, vztah ke svým potřebám, aspirace, rodičovský tlak. Podle Bellaka a Abramse (1997) je identifikace s hlavní postavou nejvýznamnějším zdrojem pro interpretaci. Podle Teglasi (2001) karta vyzývá k objasnění vztahu chlapce k houslím. Morgan (1999) uvádí, že obrázek nakreslila Ch. D. Morganová podle fotografie, na níž je zachycen šestiletý houslista Yehudi Menuhin. Eron (1950) hovoří o výskytu tří hlavních témat – aspirace, rodičovský tlak a pocit sounáležitosti.

Tabule 2: venkovská scéna, v popředí je mladá žena s knihami v ruce, v pozadí pracující muž na poli a starší žena, která ho sleduje (Murray, 1943), příběh vyžaduje integraci tří postav a pozadí scény (Teglasi, 2001). Témata: nezávislost na rodině, autonomie, pojetí rodových rolí, koalice uvnitř rodiny, aspirace, starost o práci, ekonomický tlak, rodičovský tlak. Kognitivně náročná tabule. Všímáme si emoční blízkosti či vzdálenosti postav v příběhu (Henry, 1956), častější je dobrý konec, zejména v podání mužů (Eron, 1950). Podle Morgana (1999) je zdrojem kresby obraz *Morning on the Cape* (Ráno na mysu) z roku 1935, jehož autorem je americký malíř L. Kroll.

Tabule 3BM: u gauče je na zemi schoulená postava chlapce s hlavou položenou na svých pažích a opírající se o sedačku, vedle něj leží revolver (Murray, 1943), zbraň a postava jsou jen formální podněty, řada respondentů se v příbězích jejich vztahem nezabývá (Teglasi, 2001). Způsob zacházení s objektem ležícím na zemi může vypovídat o zacházení s agresí, tabule spouští depresivní vzorce vyprávění (Bellak, Abrams, 1997). Témata: sebevražda, rodičovský tlak, poruchy chování. Opatrně při hodnocení stavů nebo negativních emocí respondenta. Morgan (1999) zjistil, že nejde o původní výtvar Ch. D. Morganové, ale o kopii podle fotografie.

Tabule 3GF: mladá žena stojí se skloněnou hlavou, obličej má překrytý svou pravou rukou, její levá paže je natažená a opírá se o dřevěné dveře (Murray, 1943). Tabule vyvolává depresivní pocity. Opatrně při interpretaci pocitů smutku a beznaděje.

Tabule 4: žena tiskne ramena muže, jehož tělo a tvář jsou odvráceny, jako by se pokoušel od ní odejít (Murray, 1943), fyzická blízkost, ale protichůdné emoce (Teglasi, 2001), širší pocity souvisejících se vztahy mezi muži a ženami (Bellak, Abrams, 1997). Eron (1950) uvádí tři základní témata – tlak ze strany partnera, pomoc ze strany partnera a soutěživost. Podle Morgana (1999) je předlohou kresby barevná ilustrace povídky H. M. Williamse *Best Man's Gift* a jejím autorem je americký umělec C. C. Beall.

Tabule 5: žena středního věku stojí na prahu otevřených dveří a nahlíží do pokoje (Murray, 1943). Odpočinková tabule. Příběhy bývají mnohdy neutrální nebo jen mírně negativní, zakončení častěji neutrální (Eron, 1950). Bellak s Abramsem (1997) považují za důležité všimnout si postavy matky. Témata: postoje k matce, pocity viny, autonomie, paranoidní témata, zakázané aktivity. Všímáme si, jakou roli žena v příběhu má a jak situaci zvládne – kontroluje, trestá, pečuje či reaguje s porozuměním? Podle Teglasi (2001) a Henryho (1956) by měl vypravěč objasnit, proč žena vstupuje do místnosti. Morgan (1999) uvádí, že obrázek je upravenou verzí ilustrace k románu A. J. Cronina *The Stars Look Down* z roku 1935.

Tabule 6BM: menší, postarší žena stojí u okna, za jejími zády je vysoký, mladý muž, který se dívá dolů a má zmatený výraz (Murray, 1943), vztah mezi matkou a synem (Bellak, Abrams, 1997), vyjasnění interakce mezi ženou a mužem (Teglasi, 2001). Témata: odchod od rodičů, tlak rodičů, téma ztráty, autorita matky (ženy), mateřská kontrola. Aronow, Weiss a Reznikoff (2001) považují tuto tabuli za mateřskou. Morgan (1999) potvrzuje, že autorem kresby je Ch. D. Morganová.

Tabule 6GF: mladá žena sedí na okraji pohovky a dívá se přes rameno na staršího muže s dýmkou v puse, vypadá, že ji chce oslovit (Murray, 1943), muž dělá ženě návrhy, nejen sexuální (Aronow, Weiss, Reznikoff, 2001). Témata: postoje v heterosexuálních vztazích, postoje k rodičovským figurám. Ženy a muži vnímají tuto tabuli velmi odlišně – ženy ji často berou jako nepříjemnou, značně agresivní a ohrožující (Eron, 1950). Podle Morgana (1999) byl obrázek původně ilustrací k románu Agathy Christie *Mrtvá v knihovně* (*The Body in the Library*).

Tabule 7BM: muž s šedivými vlasy se dívá na mladého muže, který mrzutě hledí do prostoru (Murray, 1943), mohou být zmíněny rysy v obličeji postav, vztah mezi muži vzhledem k jejich věku a výrazu (Teglasi, 2001), příběh bývá neutrální, až mírně smutný nebo vážný (Eron, 1950), objevují se hierarchické mezilidské vztahy – mladší nezkušený muž, muž starší a zkušený (Henry, 1956). Témata: postoje k otcovské nebo jiné mužské autoritě, rodičovský tlak, zájem o společnou věc.

Tabule 7GF: starší žena sedí na gauči blízko dívky, mluví na ni nebo jí čte, dívka, která má na klíně panenku, se dívá stranou (Murray, 1943), vztah mezi matkou a dcerou, pravděpodobně bude evokovat negativní postoje, protože dítě na obrázku se od matky odvrací (Bellak, Abrams, 1997), nesoulad mezi ženou a dívkou je ústředním motivem (Teglasi, 2001). Témata: vztah mezi matkou a dcerou, fakta životní historie, příchod sourozence, učení, udílení rad. Henry (1956) vidí manifestní i latentní stimulační potenciál. Morgan (1999) uvádí, že jde o černobílou reprodukci obrazu *Fairy Tales* amerického umělce Anatola Shulkina.

Tabule 8BM: adolescentní hoch v popředí obrázku, na jedné straně je puška, v pozadí je vidět matně scéna, která vypadá jako průběh chirurgické operace, má podobu jakoby snového obrazu (Murray, 1943). Tabule kognitivně náročná. Agresivní témata nebo ambice hlavní postavy. Lidé, kteří mají tendenci potlačovat agresi, budou zbraň ignorovat, a to může poukazovat na silnou latentní hostilitu (Bellak, Abrams, 1997). Příběh je často převeden do snu. Test vypravěčovy orientace v realitě (Henry, 1956). Témata: agrese, ambice, válka, smrt, nemoc, plánování rozvoje schopností, „pitva“. Dle Teglasi (2001) jde

o velmi komplexní tabuli, která vyžaduje vysvětlení vztahu mezi přední a zadní částí scény, přičemž se zdá, že se odehrávají v různých realitách. Tabule se z hlediska své komplikovanosti může jevit jako až příliš nereálná, což by mohlo ztížit vyprávění příběhu. Morgan (1999) zjistil, že kresba je kopií barevné ilustrace k povídce *Wild Geese Flying* od amerického spisovatele Hala Borlanda.

Tabule 8GF: mladá dívka sedí s rukou opřenou o bradu a dívá se do prostoru (Murray, 1943). Tabule nevyvolává specifická témata, je příliš neurčitá. Někteří autoři zmiňují téma plánování budoucnosti.

Tabule 9BM: čtyři muži v montérkách leží pohodlně v trávě (Murray, 1943). Málo požívaná tabule. Témata: vztahy mezi muži.

Tabule 9GF: mladá žena s časopisem a kabelkou v ruce se dívá zpoza stromu na jinou mladou ženu, ta má na sobě šaty na večírek a běží po pláži (Murray, 1943). Obrázek je neocenitelný, co se týká informací o vztahu ženy k ženám (Bellak, Abrams, 1997). Příběh by měl zahrnovat obě ženy a výklad toho, proč se jedna skrývá a druhá utíká (Henry, 1956). Témata: konflikt mezi ženami, rivalita, žárlivost, zvědavost, únik z nebezpečného prostředí. Jde o černobílou kopii barevné ilustrace k románu Lawrence Blochmana *Appointment in India* (Morgan, 1999).

Tabule 10: hlava mladé ženy spočívá na rameni muže (Murray, 1943). Pohlaví postav je dvojnásobné (Bellak, Abrams, 1997). Významné téma je fyzická blízkost (Teglasi, 2001). Témata: intimita, zkušenosti ve vztahu, péče o partnera, odjezd či příjezd partnera, blízkost, odchod od partnera, smrt nebo nemoc dítěte. Odpočinková tabule. Dle Erona (1950) příběhy nejčastěji končí mírně šťastně. Morgan (1999) zjistil, že jde o několikrát překreslovaný obrázek, jehož původní verze byla reprodukcí fotografie (autor finální tabule Samuel Thal).

Tabule 11: silnice lemují propast mezi srázy a vzadu jsou nejasné postavy, ze skály na jedné straně vyčnívá hlava a krk draka (Murray, 1943). Někteří autoři považují tuto tabuli za nejméně užitečnou, jiní za velmi výtěžnou (postavy tam nejdou vidět). Tabule vyvolává primitivní strachy (Bellak, Abrams, 1997). Evokuje téma postoje k nebezpečí, prožívání úzkosti, zacházení se strachem k útoku.

Tabule 12BG: loďka leží na břehu lesního potoka, na obrázku nejsou žádné lidské postavy (Murray, 1943). Typický je popis šťastné a klidné scenerie (Aronow, Weiss, Reznihoff, 2001). Méně zdraví lidé dávají příběhy samoty, suicidia. Dle Henryho (1956) by nemělo chybět vysvětlení, proč je loďka na břehu, zahrnutí loďky a lesní scenerie. Témata: izolace, pocity opuštění, samota.

Tabule 12M: mladý muž leží na gauči se zavřenými očima, nad ním se naklání postarší hubená postava muže, jeho ruka je natažená nad obličej ležícího muže (Murray, 1943). Výzvou je adekvátně vysvětlit neobvyklou polohu postav (Teglasi, 2001). Mírně těžkomyslný příběh, zřídka se šťastným koncem (Eron, 1950). Hypnotismus, religiozita a nemoc, respektive smrt (Aronow, Weiss, Reznihoff, 2001). Někdy vidíme dle Rapaporta (1954) nápadné projevy pasivní závislosti. Častým motivem bývá vztah mladšího a staršího muže. Témata: vztah mezi starším a mladším mužem (starší autoritativní).

Tabule 12F: portrét mladé ženy, za ní v pozadí dělá grimasy vrásčitá žena (Murray, 1943). Adekvátní zpracování příběhu vysvětluje, proč jsou postavy v této pozici (Henry, 1956). Témata: vztah k matce.

Tabule 13B: malý chlapec sedí ve dveřích srubu (Murray, 1943). Jednoduchý podnět, zahrnuje jednu postavu, vztah člověka ke světu (Teglasi, 2001). Témata: samota a introspekce.

Tabule 13G: malá holčička stoupá po točitých schodech (Murray, 1943). Projekce obran proti pocitům samoty a úzkosti (Henry, 1956). Témata: dětství a samota.

Tabule 13MF: mladý muž stojící se skloněnou hlavou, kterou si překrývá paží, za ním leží na posteli postava ženy, „vražda“ (Murray, 1943). Sexuální konflikty mezi mužem a ženou, projekce vztahových problémů mezi manžely (Bellak, Abrams, 1997). Objasnění vztahu mezi mužem a ženou, důležitým detailem je nahota ležící ženy (Teglasi, 2001). Henry (1956) říká, že by v příběhu neměl chybět výklad zobrazené situace. Výrazná sexuální a agresivní tematika (Aronow, Weiss, Reznikoff, 2001). Témata: sexualita, agrese, smrt, nemoc partnera, pocity viny. Podle Morgana (1999) je na původním obrázku vidět celá tvář muže, který má připažené ruce a rozepnutou košili, ňadra ženy byla více zakryta (pro poslední verzi TAT překreslil Samuel Thal).

Tabule 14: silueta muže nebo ženy proti světlému oknu, pozadí je černé (Murray, 1943). Zvědavost, aspirace a šťastné vzpomínky (Eron, 1950). Většina autorů se však shoduje, že tabule vyvolává depresivní a suicidální témata. Důležité je zjišťovat způsob řešení problému postavou (Groth-Marnat, 1999).

Tabule 15: vyzáblý muž stojí mezi náhrobky (Murray, 1943). Málo používaná tabule. Témata: smrt, postoje ke smrti, strach ze smrti.

Tabule 16: prázdná karta (Murray, 1943). Umožňuje volně asociovat a projikovat. Je tvořena pouze bílou plochou, na kterou si má vyšetřovaný subjekt promítnout představu vlastního libovolného obrázku. Odráží problémy, které vyšetřovanou osobu zaměstnávají nebo její vztah k psychologovi. Eron (1950) zjistil, že příběhy evokované touto tabulí

bývají neutrálně laděny. Pro Bellaka a Abramse (1997 je prázdná tabule mimořádně cenná pro osoby verbálně fluentní, které nepotřebují strukturovaný rámec pro vyprávění příběhů. Nejlépe je ji zařadit jako poslední v dané sérii (s přizpůsobenou instrukcí – *představte si obrázek a pak vyprávějte příběh*).

Tabule 17BM: nahý muž na laně, je zachycen při lezení nahoru, nebo dolů (Murray, 1943). Postoje k vlastnímu tělu, body image (Groth-Marnat, 1999). Témata: útek, nebezpečí, fyzická obratnost, aspirace.

Tabule 17GF: most přes vodu, naklánějící se žena přes zábradlí, v pozadí jsou vysoké budovy a malá postava muže (Murray, 1943). Nutno zkoumat copingové strategie vyšetřované osoby. Témata: sebevražda, postoje k sebevraždě, silné pocity nespokojenosti.

Tabule 18BM: muž je zezadu držen třemi pažemi, postavy, které ho svírají, nejsou vidět (Murray, 1943). Neviditelné síly ohrožující postavu jsou zdrojem úzkosti (Groth-Marnat, 1999). Námětem bývá loupež, zdůrazněná agrese a postoj k závislostem (Rapaport, 1954). Tabule evokuje prožitky úzkosti. Paranoidní jedinci reagují na možné ohrožení zezadu. Témata: sebeúcta, exhibice a soupeření s vrstevníky.

Tabule 18GF: žena tlačuje hrdlo druhé ženy, vypadá to, že je tlačena dozadu k zábradlí schodiště (Murray, 1943). Lze zjišťovat, jak vyšetřovaná osoba zachází s agresí. Témata: odpoutání se od rodičů, rodičovský tlak, nemoc či smrt dítěte, agresivita.

Tabule 19: oblaka visí nad zasněženým srubem (Murray, 1943). Jedna z málo jasných a málo strukturovaných tabulí. Můžeme odhalit, jak člověk zachází s úzkostí a nejistotou, jak reaguje na neobvyklé situace. Není tam sociální podnět.

Tabule 20: matně osvětlená postava muže nebo ženy opírající se o sloup veřejného osvětlení (Murray, 1943). V příbězích se často objevuje téma schůzky. Témata: samota, tma, nejistota (Čermák, 2006).

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

Obrázky nepředstavují pouze prostý výčet „faktů“ či „objektů“, ale nabízí různé možnosti, jak obrazový podnět transformovat do příběhu. Tato v obrazech implicitně přítomná mnohohlasnost příběhů klade značné nároky na formální zpracování i uchopení obsahu.

Obrázek sám o sobě příběhem není, avšak znalost jeho charakteristik ve vztahu k příběhům, které může evokovat, je nezbytným východiskem pro porozumění různých interpretačních přístupů k vyprávění pacientů a především pro porozumění příběhům samotným (Čermák, Fikarová, Eds., 2012).

5 Dotazníky

Dotazníky řadíme vedle projektivních metod, objektivních testů osobnosti a posuzovacích stupnic mezi testy osobnosti.

Jsou to psychodiagnostické metody založené na subjektivní výpovědi vyšetřované osoby o jejích vlastnostech, citech, postojích, názorech, zájmech, způsobu reagování v nejrůznějších situacích atd. Jejich konstrukce vychází z principu introspekce (sebezpozorování), neboť probandovy odpovědi jsou závislé na jeho vnitřních poznatcích. Úkolem zkoumané osoby je zatrhnout nebo jiným způsobem označit výpovědi, které podle jejího vlastního názoru nejlépe vystihují zkoumaný znak. Jde však přitom o metodu nepřímého posouzení, neboť vyšetřovaná osoba nebývá tázána přímo na osobnostní rys, ale obvykle popisuje své chování v určitých konkrétních situacích, v nichž se sledovaná vlastnost může projevit.

Z formálního hlediska lze rozlišovat dotazníky a inventáře:

- *Dotazníky* jsou formulovány jako otázky, na které klient odpovídá „ano“, „ne“, případně „nevím“.
- *Inventáře* mají formu oznamovací věty, tedy výpovědi, s níž vyšetřovaná osoba buď „souhlasí“, nebo „nesouhlasí“.

V jiných formách dotazníků má zkoumaná osoba možnost volby z několika navrhovaných alternativ – metoda mnohonásobné nucené volby (Svoboda, 2010).

Dotazníky se používají také v dětské diagnostice, i když je zřejmé, že jejich užití je vzhledem ke věku probandů do jisté míry omezeno. Nejen že dítě musí umět číst, a to dobře (přesto bychom mohli otázky dítěti předčítat), ale hlavně musí otázkám porozumět, posoudit svou odpověď (chování, postoj, názor apod.) a zformulovat adekvátní odpověď. Musí být alespoň do jisté míry schopno introspekce. Proto je jejich aplikace možná většinou až od středního nebo ještě lépe staršího školního věku. Dotazníky se užívají také u rodičů dětí, týká se to jednak dětí samotných, jednak výchovných postupů rodičů, hodnocení interpersonálních vztahů atd. (Svoboda, Ed., 2001).

Výhodou dotazníků je jejich snadná a rychlá administrace i způsob hodnocení. V krátké době lze získat velký počet údajů od mnoha osob. Jejich zpracování není ve většině případů problematické a dovoluje možnost kvantifikace výsledků. Dotazníky slouží k získávání informací o takových vlastnostech osobnosti, o kterých bychom se jinak těžko dovídali. Jejich užití je výhodné tam, kde mají zkoumané osoby důvod se projevit a dát se poznat.

Mezi nevýhody dotazníků patří zejména to, že jejich diagnostická hodnota v první řadě závisí na úrovni schopnosti introspekce, zda je vyšetřovaná osoba schopna sama sebe adekvátně hodnotit. Dotazníky dále předpokládají přinejmenším průměrný intelekt zkoumaných osob. Další nevýhodou je míra probanda sdělit informaci o sobě písemnou formou, často chybí dostatek sebekritiky nebo nadhledu, aby bylo možno „objektivně“ o sobě vypovídat. Nejpodstatnější výhradou vůči dotazníkům je možnost záměrného zkreslení výsledků pro subjekt žádoucím směrem. Vyšetřovaná osoba se může snadno nadhodnocovat a jevit se tak ve společensky příznivějším světle. Ani validizační škály (tzv. lži-skóry) nejsou jednoznačnou zárukou kontroly správného vyplňování dotazníků. Z toho plyne malá validita mnoha dotazníků. Problematičnost jejich validity se však netýká jen záměrného zkreslování výpovědi zkoumanou osobou, ale vyplývá i ze samotné konstrukce těchto metod. Dotazníky totiž nehodnotí, jaká vyšetřovaná osoba je, nýbrž jak se vidí, nebo dokonce jakou by se chtěla vidět. Problematická je i schematičnost, formalizovanost a kategorizace odpovědí, často také mnohoznačnost, nepružnost a neurčitost některých otázek, stejně jako nepřesná kvantifikace. Co se týče objektivnosti dotazníků, jsou objektivní ve smyslu jejich hodnocení. Psycholog nemůže v podstatě udělat chybu při jejich zpracování a může je přesně kvantifikovat. Dotazníky stále zůstávají nejčtenějším psychodiagnostickým nástrojem (Svoboda, 2010).

5.1 Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině

Původní českou metodu představuje Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině autorů Čápa a Boschka. Jedná se o 40 položkový dotazník postihující čtyři komponenty výchovy, a to komponent kladný, komponent záporný, komponent požadavků a komponent volnosti. Toto odpovídá rodičovským postojům (postoj pozitivní, hostilní, direktivní a autonomní). Test je možno zadávat individuálně i skupinově, je žádoucí, aby jej kromě dítěte vyplnili také rodiče, a to podle svých představ, jak se jej ujme dítě. U mladších dětí se doporučuje individuální administrace, popř. je možno položky dítěti předčítat. Normy jsou uvedeny zvlášť pro chlapce a zvlášť pro dívky ve věku 11–17 let, avšak dotazník je použitelný i u mladších dětí s mírně nadprůměrným intelektem.

Dotazník poskytuje údaje nejen o způsoby výchovy v rodině, ale přináší také potřebná data vztahující se k poznání osobnosti dítěte, jejího vývoje a podmínek v něm působících. Interakce rodičů s dítětem a rodinná výchova patří totiž k faktorům výrazně ovlivňujícím dětskou osobnost. Příručka pochází z roku 1994 (Svoboda, Ed., 2001).

Dotazník způsobu výchovy v rodině byl vyvíjen na Katedře psychologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy od konce 60. let 20. století pro účely výzkumu, který byl věnován vývoji mládeže.

Způsob výchovy vyjadřuje to podstatné ve výchově, co ovlivňuje volbu dílčích výchovných prostředků a metod, jejich množství i kvalitu. Na způsob výchovy v každé rodině pravděpodobně působí tři skupiny podmínek ve vzájemné interakci:

- společenskohistorické podmínky od ekonomických, politických a kulturních až po výchovné tradice,
- osobní zkušenosti a vlastnosti rodičů,
- vlastnosti a zkušenosti vychovávaných dětí, jejich chování obecně a zvláště ve vztahu k rodičům.

Výzkumy různých autorů se shodují a vzájemně doplňují v tom smyslu, že způsob výchovy v rodině silně působí na prožívání a chování dítěte a na vývoj nejrůznějších aspektů jeho osobnosti. Ovlivňuje jeho motivaci a emoce, sebehodnocení, úzkost, stabilitu či labilitu, kreativitu, samostatnost, celkovou zralost, sociální komunikaci a charakter (Čáp, Boschek, 1994).

5.2 Užití Dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině

Dotazník výchovy přináší potřebné informace všude tam, kde záleží na poznání osobnosti, jejího vývoje a podmínek v něm působících, protože jak již bylo řečeno, interakce rodičů s dítětem patří k činitelům podstatně ovlivňujícím celou osobnost i její jednotlivé stránky. Použití Dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině je velmi široké, pomáhá řešit výchovné i prospěchové problémy, poznat interakci dítěte s rodiči, může posloužit také v klinické psychologii k upřesnění obrazu o vývoji a působících vlivech.

Reliabilita Dotazníku výchovy zaručuje dostatečnou spolehlivost všech jeho škál, co se týče validity, ta svědčí o pojmové podobnosti příslušných škál. Nová standardizace Dotazníku pochází z roku 1994 a je dílem Petra Boschka.

Tato metoda sice zjišťuje subjektivní pohled dítěte, ale právě to subjektivní působí na psychický stav dítěte a vede k objektivním výsledkům v jeho chování, výkonech a vývoji. Odpovědi v Dotazníku výchovy jsou ovlivněny mnoha podmínkami. Působí v nich interakce rodičů s dítětem, objektivní chování rodiče i jeho subjektivní přijímání dítětem. Záleží na citlivosti samotného dítěte, jeho odolnosti k zátěži v interpersonálních vztazích.

Děti zvýšeně labilní, neurotické, s prvky ADHD či třeba s psychickou deprivací vnímají i běžné projevy požadavků či nesouhlasu rodičů jako výrazně frustrující, obraz emočního vztahu k dítěti se tak stává zápornějším.

Výsledky dlouhodobého výzkumu ukazují těsné spojení způsobu výchovy, jak ho zjišťuje Dotazník, s důležitými projevy osobnosti. Potvrzuje se tak zkušenost, že podstatnou podmínkou příznivého vývoje charakteru a celé osobnosti je výchova založená na lásce a úctě, výchova bez extrémní přísnosti nebo naopak volnosti (Čáp, Boschek, 1994).

6 Srovnatelná šetření u nás a v zahraničí

V současné době v České republice pravděpodobně neprobíhá žádná další studie, která by projektivní metody, konkrétně Tematicko apercepční test, u dětí s ADHD využívala. Klade se spíše důraz na neuropsychologické testy.

Při psaní své posudkové práce jsem se setkala s obdobným výzkumem v českém prostředí, který je popsán v příručce pro test CATO. Toto zkoumání bylo provedeno již v 80. letech 20. století. Jedním z diagnostických okruhů pro možnost použití testu CATO je lehká mozková dysfunkce s poruchami chování, kde se často vytvářejí neuspokojivé vztahy mezi rodiči a dítětem. Projevy typické pro tuto diagnózu vedou ke zvýšenému psychickému napětí a k ambivalentním postojům, v některých případech až k odmítání dítěte. Děti s hyperkinetickou diagnózou nejsou přiměřeně přijímány ani dětským kolektivem a ostatními jedinci. Výzkum se týkal 39 chlapců hospitalizovaných pro LMD s poruchami chování (eventuálně sekundární neurotizací) v DPL v Dolních Počernicích a na psychiatrickém oddělení FN Motol ve věku od 6 do 10; 11 let. Jejich rozumové schopnosti byly v mezích širší normy.

Podrobným rozborem výsledků testu byly zjištěny tyto odchylky od normy:

1. zvýšené procento originálních reakcí (statisticky vysoce významný rozdíl mezi kontrolním souborem chlapců a chlapci s LDM, na základě výpočtu testu chí-kvadrát),
2. zvýšené procento úzkostí, strachů (statisticky vysoce významný rozdíl),
3. nápadně častá tematika trestání (statisticky vysoce významný rozdíl, vysoký počet anticipovaných trestajících reakcí otce),
4. anticipované negativní nebo ambivalentní postoje rodičů k dítěti (statisticky významně vyšší u skupiny s LDM),

5. vysoké procento žádajících reakcí dítěte, zejména k rodičům (statisticky vysoce významný počet P – potentních – reakcí k jednomu nebo oběma rodičům),
6. v protokolu jsou obsaženy individuální konflikty,
7. perseverace tématu v dalších obrázcích (nejde vždy o kritické téma),
8. konfabulace,
9. chybí správné určení naznačených sociálních rolí a postojů, nepřiměřené hodnocení situace,
10. chybí významové odlišení osob a věcí,
11. upoutávání pozornosti malými, nepodstatnými detaily,
12. infantilní odpovědi (Boš, Strnadová, 1975).

Postupem času došlo k mnoha posunům v terminologii hyperkinetické poruchy. Dnešní výběrový soubor by již tvořily děti s diagnózou ADHD syndromu (případně hyperkinetické poruchy), kdežto před více než 30 lety se ve stejné souvislosti hovořilo o lehké mozkové dysfunkci (LMD).

Další srovnatelný výzkum se týká hodnocení poruchy pozornosti užitím tematicko-apercepční techniky. Zkoumání provedli G. Costantino, G. Colon-Malgady, R. G. Malgady a A. Perez (zástupci z různých univerzit v USA). Syndrom ADHD se relativně často objevuje u školních dětí. Toto šetření bylo prováděno se 152 zdravými a 95 dětmi s ADHD (z hispánských, černošských a bělošských etnik) ve věku 7–15 let. Sledovala se povaha, události, prostředí a psychologické konflikty mezi školáky. Zjistily se velké rozdíly mezi testovanými soubory. Školáci s hyperkinetickou poruchou měli velké problémy v chování i ve studiu. Všichni testovaní pocházeli z nízké nebo chudší střední vrstvy, většinou žili bez otce (65 % Hispánců, 62 % černochoů, 88 % bělochoů). Problémové děti byly předem diagnostikovány na základě odborného pohovoru s psychologem.

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

Výsledky testování byly individuálně stanoveny pro každého probanda. Ukázalo, že hispánské a černošské děti s ADHD syndromem většinou selhávají ve většině zkoumaných veličin oproti dětem bez této diagnózy. Hlavním důvodem nedostačujících výsledků u dětí s ADHD je neschopnost komplexnosti v řešení jednotlivých úkolů a slabé zapamatování si instrukcí i po několikerém opakování (Costantino et al., 1991).

Zahraniční výzkum Kennetha W. Merrella a Erica Boeltera se zabývá souvislostí mezi sociálními vztahy a ADHD u dětí a mladistvých. Děti se syndromem ADHD mají tendenci mít problémy s ostatními dětmi z hlediska slabé adaptability ke společenským pravidlům a zásadám. To mnohdy ústí k jejich odmítání ve zdravé společnosti a má to velmi negativní dopad i na vztahy s rodiči a učiteli. Takové děti obecně mají problém se společenskou interakcí, jsou náchylné k agresivitě, dominanci, impulzivitě, nezralosti, jsou příliš upovídané, příliš vznětlivé. To pak vede ke konfliktům v kolektivu, hlavně co se týče spolupráce a komunikace s jednotlivými členy skupiny. Tyto děti jsou negativně přijímány takřka v každém věku, velmi těžce se přizpůsobují požadavkům skupiny, či spíše se příliš nepřizpůsobují, naopak často se snaží být dominantní či agresivní. U školních dětí s ADHD jsou tyto nesnáze pak daleko viditelnější. To vše může vyústit v antisociální chování, které může přetrvávat do puberty a dospělosti. Společně tomu může pomoci rodina, jednatel, ale i zdravá skupina ve škole nebo mimo ni.

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

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

Na počátku 21. století byly provedeny ve Spojených státech amerických různé výzkumy, které se zabývaly dětmi s ADHD a Rorschachovým testem. První z nich vycházel z ROR protokolu a také z psychoterapie sedmiletého chlapce s těžkou formou ADHD. Rorschach ukázal omezené odpovědi na achromatických tabulích a na chromatických tabulích se protokol naopak jevil jako příliš zmatený. Tento model fungování byl rovněž mnohokrát kopírován v průběhu celé chlapcovy dynamicky orientované léčby. Obě tyto předlohy pak vysvětlují jeho pokus buď zjednodušit, nebo vůbec nevidět složité a neurčité podněty, chce ztlumit emocionální požadavky dané situace a výsledkem je jeho vnitřní nebo vnější zmatek (Harris, Reynoso, Meehan, Ueng-McHale, Tuber, 2007).

Další studie se zabývala seberegulací a vnitřními zdroji školních dětí s ADHD syndromem, opět užitím Rorschachovy metody (*inkblot*). Studie hodnotí schopnost emoční seberegulace a využití interních zdrojů ve vzorku městských dětí s ADHD pomocí Rorschacha. Tyto děti mají velké obtíže s regulováním svých afektů, což je předpokladem, že se tento problém ukáže na ROR proměnných, které tradičně odrážejí vnitřní zdroje nezbytné pro zvládnutí emocí. U dětí s větším množstvím příznaků ADHD bylo zjištěno nižší skóre u proměnných, jež udávají vnitřní zdroje pro emoční seberegulaci a toleranci vůči stresu vzhledem ke srovnávací skupině s méně symptomy ADHD. Výzkum a klinické důsledky těchto zjištění se nadále diskutují (Meehan, Ueng-McHale, Reynoso, Harris, Wolfson, Tuber, 2008).

ADHD je nejčastější poruchou související s problémy v chování u dětí. Následujícímú šetření se věnovali odborníci z Íránu. Pro posuzování dětské osobnosti a psychických poruch byly navrženy různé projektivní kresebné techniky, také Test kresby lidské postavy (*Draw a Person – DAP*) a Kresba rodiny (*Draw a Family – DAF*). Oba testy tato studie využila. Měla za cíl pomocí těchto metod srovnat rozdíly mezi typicky se vyvíjejícím zdravým dítětem a dítětem s ADHD. Vzorek tvořilo 80 chlapců ve věku 9–10 let, byli rozděleni na výběrový (dětí s ADHD) a kontrolní soubor. Hodnotila a analyzovala se jejich impulzivnost a emoční problémy pomocí indexů DAP a DAF. Byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi výběrovým a kontrolním souborem. Výsledkem tedy bylo, že děti s ADHD vykazují daleko větší míru impulzivity a emoční nestability než zdravé děti (Haghighi, Khaterizadeh, Chalbianloo, Toobaei, Ghanizadeh, 2014).

Všechny tyto výzkumy odkazují na blízkou souvislost mezi syndromem ADHD a následnými problémy v sociální oblasti u jeho nositelů. Dítě s ADHD není možno považovat za stejně se vyvíjející jako jeho vrstevníky.

VÝZKUMNÁ ČÁST

Empirická část rigorózní práce se týká specifík projektivních metod u dětí s diagnózou ADHD, konkrétně jde o projektivní test TAT. Výzkum se věnuje dvěma skórovacím technikám (SCORS a SOS) a navíc je doplněn dotazníkovým šetřením (Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině).

7 Problém výzkumu

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

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

8 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit, zdali se ve výsledcích projektivního testu TAT projeví určitá specifika dětí s hyperkinetickou poruchou. Ta budu poté porovnávat s výsledky kontrolního souboru, tj. u dětí bez přítomnosti ADHD i jiné psychiatrické diagnózy. Analýzu dat budu následně provádět prostřednictvím skórovacího systému SCORS Drew Westena a Škály sociální orientace Goldmanna a Soukupové. K ověření hypotéz bude použit Mann-Whitneyův U-test. Budou také interpretovány výsledky Dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině.

Při stanovování cílů výzkumu a odpovídajících výzkumných otázek jsem vycházela zejména ze svých osobních zkušeností, že děti s ADHD mají obtíže i v sociální oblasti (hlavně nevyhovující interpersonální vztahy) a rovněž z šetření, která jsou stručně popsána v teoretické části diplomové práce. V prvním případě jde o výzkum, jenž proběhl v rámci stanovení norem k testu CATO a je popsán v jeho manuálu. Test byl zadán nejen kontrolní

skupině, ale také dětem s LDM. Dále se zmiňuji o několika zahraničních výzkumech. Týkají se opět hyperkinetické poruchy, problémů dětí s ADHD v mezilidských vztazích a projektivních technik (u jedné studie byl použit projektivní test TEMAS, dále pak Rorschachův test a kresebné projektivní techniky).

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

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

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

VO1: U kterých tabulí TAT jsou rozdíly mezi soubory v dimenzích SCORS nejvíce zřetelné?

VO2: U kterých škál SCORS se projeví největší rozdíl mezi oběma soubory?

VO3: Jaká interpersonální témata jsou specifická pro děti s ADHD?

VO4: U které fáze Škály sociální orientace je rozdíl mezi oběma soubory nejmarkantnější?

VO5: Které tabule jsou nejužitečnější pro diagnostiku ADHD?

VO6: Je způsob výchovy u dětí s ADHD odlišný?

VO7: Jaké budou postoje dětí s ADHD k ostatním jedincům?

VO8: Mají děti s touto diagnózou větší problém v mezilidských vztazích než ostatní?

Vše bude rovněž přiblíženo v kazuistice vybraného chlapce s ADHD.

Pro kvantitativní část výzkumu jsem pak zvolila klíčovou hypotézu, která se zaměřuje na celkové výsledky Westenova skórovacího systému SCORS:

H1: Mezi průměrným skórem všech škál SCORS v Tematicko apercipčním testu u kontrolního souboru a u dětí s ADHD existuje statisticky významný rozdíl.

Budu se zabývat také těmito dalšími dílčími hypotézami, protože snížená míra komplexnosti vnímání a také větší emoční instabilita patří mezi rysy ADHD:

H2: Mezi průměrným skórem škály SCORS *Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých* v TAT u kontrolního souboru a u dětí s ADHD existuje rozdíl.

H3: Mezi průměrným skórem škály SCORS *Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů* v TAT u kontrolního souboru a u dětí s ADHD existuje rozdíl.

Poslední hypotéza se týká reakce dětí na nejméně strukturovaný obrázek Tematicko-apercepčního testu (tabule 11):

H4: Mezi průměrným skórem tabule 11 TAT u kontrolního souboru a u dětí s ADHD existuje rozdíl.

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

10 Soubor – zkoumaná populace a výzkumný vzorek

Od podzimu roku 2014 jsem získávala probandy, tzn. děti s ADHD, jejichž věk a pohlaví jsem vymezila na chlapce mezi 8 až 12 lety, aby byl vzorek co možná nejvíce homogenní. Výběrový soubor čítal 25 jedinců. Dále jsem sehnala stejný počet dětí bez psychiatrické diagnózy odpovídajícího pohlaví a věku jako kontrolní soubor. Sběr dat probíhal na prvním a druhém stupni běžných základních škol. Přesně se jednalo se o tyto instituce: základní škola v Ostravici, základní škola ve Frýdlantě nad Ostravicí, základní škola ve Frýdku-Místku a 4 základní školy v Ostravě. Celkem šlo tedy o 7 různých základních škol. V dnešní době jsou totiž děti s hyperkinetickou poruchou integrovány do běžných škol, mívají většinou individuální vzdělávací plán s cílem optimálního využití schopností dítěte při vzdělávání, někdy pracují s účastí asistenta pedagoga. Těmto dětem by se pak mělo poskytnout užší vedení ve výuce, častější dohled a nápověda, měla by se tolerovat omezená soustředěnost a snadná unavitelnost a předcházet přetěžování. Je také důležité podpořit sociální vazby ve třídě a zapojit dítě mezi spolužáky.

K získání dětí výběrového i kontrolního souboru jsem postupovala následujícím způsobem. Kontaktovala jsem ředitele asi 15 základních škol, kterým jsem vysvětlila, co výzkum obnáší a požádala jsem je o pomoc. Ti, jenž ji přislíbili, rozdali dětem ve třídách vytipovaných podle věku informované souhlasy zákonným zástupcům. Ty děti, jejichž rodiče s výzkumem souhlasili a stvrdili to svým podpisem, jsem v domluvené době podrobila kratšímu rozhovoru a administraci zvoleného projektivního testu a rovněž dotazníku. Získala jsem tak 600 různých příběhů, na které jsem následně aplikovala vybrané skórovací systémy. Výsledky dotazníku jsem také vyhodnotila.

Výběrový soubor je tedy tvořen 25 dětmi s diagnózou syndromu ADHD. Jde o samé chlapce. Dva z nich měli v testované době 8 let, dalších pět 9 let, devět 10 let, sedm 11 let a poslední dva 12 let. Věkový průměr tedy činí 10; 6 let. Všichni navštěvují běžné základní školy ve čtyřech různých obcích a městech České republiky, které se nacházejí v

Moravskoslezském kraji (Ostravice, Frýdlant nad Ostravicí, Frýdek-Místek, Ostrava), a patří mezi žáky 2. až 6. tříd. Mnoho z nich mělo odklad povinné školní docházky právě kvůli projevům hyperkinetické poruchy a celkové nezralosti.

Kontrolní soubor je sestaven rovněž z 25 dětí stejného pohlaví a přibližného věku. Ale jedná se již o chlapce bez ADHD a bez další psychiatrické diagnózy. Chodí do stejných základních škol, které byly uvedeny u výběrového souboru. Šest z nich mělo v testované době 8 let, dalších devět 9 let, čtyři měli 10 let, pět 11 let a poslední jeden dosáhl již 12 let. Jejich věkový průměr dělá 9; 10 let, což je přibližně o 8 měsíců méně, než mají děti ve výběrovém souboru.

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

Věk chlapců (roky)	Výběrový soubor (počet)	Kontrolní soubor (počet)
8	2	6
9	5	9
10	9	4
11	7	5
12	2	1

Tab. 7: Charakteristika výběrového a kontrolního souboru

11 Etický rozměr

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

Zákonní zástupci všech 50 probandů účastnících se výzkumu dali svůj informovaný souhlas (viz Příloha č. 3). Jednotlivé děti pak podstoupily testování individuálně, administrace proběhla v dopoledních hodinách v prostředí jejich škol, v tiché a dobře osvětlené místnosti a za vyhovujícího zdravotního stavu dětí. Ty nebyly do ničeho nuceny, naopak samy dobře spolupracovaly. Časově to rovněž nebylo příliš náročné, pro každé dítě to celkově znamenalo asi 30 minut.

12 Metody získávání dat

Základní metodou získávání dat byla administrace projektivního testu TAT, jenž obsahuje celkově 31 tabulí. Na podkladě studia literatury a vlastního uvážení jsem vybrala 12 tabulí, které dle mého názoru nejlépe odpovídaly věku, pohlaví a rovněž cíli výzkumu. Šlo o tabule 1, 3BM, 5, 7GF, 8BM, 11, 12BG, 12M, 13B, 13G, 14 a 17BM. Předkládala jsem je postupně všem 25 chlapcům s ADHD syndromem a také 25 probandům v kontrolním souboru. Setkání s nimi proběhlo vždy v prostorách jejich školy, během vyučování. Měli jsme k dispozici místnost, kde nás nikdo nevyrušoval a která poskytovala klid na práci. Po úvodním seznámení jsem každému dítěti poděkovala za spolupráci a vysvětlila mu, co po něm budu chtít. Zaměřila jsem se především na jeho uvolnění a vytvoření dobrého kontaktu s ním. Šlo o relaxační rozhovor, ve kterém jsme si chvíli nezávazně povídali. Pak jsem měla sestavený seznam otázek, které jsem dítěti pokládala. Byly to tyto standardní dotazy: *Do jaké třídy chodíš? Kde bydlíš? Kdo všechno s tebou doma bydlí? Máš sourozence, pokud ano, kolik je mu let? Máš kamarády? Jak se ti líbí ve škole? Jaké máš známky? Co tě baví ve škole nejvíce? Co tě naopak moc nebaví? A co rád děláš ve volném čase? Máš nějaké koníčky? Baví tě nějaký sport? Čteš rád? A u dětí s ADHD figurovala navíc otázka *Bereš nějaké léky?* Děti odpovídaly spontánně a se zaujetím, většina to brala jako zpříjemnění běžného vyučovacího dne. Všem chlapcům jsem tykala a oslovovala je jménem.*

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

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

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

Samotná administrace se svou časovou délkou příliš nelišila. Průměrné vyprávění 12 příběhů trvalo asi 14 minut, a to jak u výběrového, tak i u kontrolního souboru. Každé dítě sice odpovídalo jinak, ale společné jim bylo to, že s postupujícími obrázky šlo na nich pozorovat únavu a přání už být na konci testu. Což se ovšem hlavně u dětí s hyperkinetickou poruchou dalo předpokládat. Jinak se jim tabule líbily a zajímalo je, co s nimi budeme dělat. Zapisovala jsem také jejich časové prodlevy (latence) u odpovědí.

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

Ve druhé polovině administrační části jsem s chlapci společně vyplňovala Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině. Rozhodla jsem se pro jeho užití, neboť je zřejmé, že způsob výchovy je velmi podstatný, a to nejen u dětí s ADHD. Chlapcům jsem řekla, že se jich budu ještě ptát na pár informací, jak to mají u nich doma, a ať nad odpověďmi dlouho nepřemýšlejí, že žádná odpověď nebude chybná, že bych se jen ráda dověděla něco o nich a také o jejich nejbližším prostředí a že součástí tohoto prostředí jsou rovněž jejich rodiče. Otázky jsem dětem předčítala podle Testovacího sešitu (viz Příloha č. 5) a jejich odpovědi sama zaznamenávala. Skoro všem chlapcům dělalo problém zadání 8. otázky (*Velmi málo kontroloval(a) splnění příkazů a dodržování zákazů*). Nebyli si jisti, zda mají odpovídat kladně, či záporně, proto se mě doptávali. Všechny otázky jsem pokládala v přítomném čase (v Testovacím sešitě je uveden čas minulý) a rovnou do nich zahrnovala, zda se ptám na otce nebo matku.

U některých dětí vyvstala otázka, zda uvádět údaje třeba o otci, který již nežije nebo nebydlí s rodinou, nebo psát o otci vlastním či novém příteli matky, nebo zda místo jednoho nepřítomného rodiče uvádět jinou osobu, která ho zastupuje (např. babičku nebo dědečka). V takovém případě jsem vždy postupovala individuálně, podle konkrétní situace v rodině dítěte a do záznamového archu uváděla, o kterou osobu se přesně jedná. Dotazník je sice dost dlouhý, ale všechny děti jej zvládly a spolupracovaly až do konce. V závěru setkání jsem každého chlapce pochválila, že mu to šlo velmi dobře a poděkovala za pomoc.

Pracovat s projektivními metodami jsem se rozhodla na základě svého vlastního zájmu o ně. Test CATO a následně hlavně TAT jsem si vybrala, protože v první řadě zkoumají sociální přizpůsobení a interpersonální vztahy, které jsou důležité pro každého. V listopadu 2011 jsem rovněž absolvovala školicí a výcvikový kurz *TAT a odvozené metody* u PhDr. Petra Goldmanna a PhDr. Terezy Soukupové, PhD. (Testcentrum, Praha),

jenž mě velmi inspiroval. Dále mě lákalo, že TAT je u nás málo známý, ačkoliv patří mezi deset nejpoužívanějších světových metod. Westenův SCORS systém jsem pak zvolila díky doporučení Terezy Soukupové, jíž připadal jako dobrý a užitečný výběr. Při interpretaci se však nesmí opomenout zohlednit věk dětí. Pro větší komplexnost jsem k vyhodnocení jednotlivých odpovědí TAT použila také Škálu sociální orientace, kterou vytvořili právě Goldman se Soukupovou.

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

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

13 Metody zpracování a analýzy dat

Při hodnocení všech příběhů Tematicko apercipčního testu jsem převážně pracovala s Westenovým systémem SCORS. Měla jsem k dispozici schéma pro skórování SCORS a záznamový arch SCORS (viz Příloha č. 6. a 7).

Ke každé tabuli TAT jsem získala 50 příběhů (25 od probandů z výběrového souboru a 25 z kontrolního souboru). Ty jsem pak hodnotila a skórovala ve všech osmi škálách SCORS. Následně jsem vypočítala průměrný skór každé škály u obou souborů a rovněž celkový průměrný skór tabule. Všechny jsou uvedeny v tabulkách. Pod každou z nich je připojen vlastní komentář narativního materiálu.

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

Stejným způsobem jsem postupovala u všech dvanácti vybraných tabulí TAT.

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

Příběhy vytvořené podle obrázků Tematicko apercipčního testu jsem také hodnotila podle Škály sociální orientace, kde jsem si všímala přítomnosti či chybění jednotlivých jejích dimenzí. Pak jsem se výsledky u obou souborů pokusila zobecnit. Škálu sociální orientace jsem užívala u každé předkládané tabule TAT.

Co se týče Dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině, při jeho vyhodnocování jsem použila Vyhodnocovací list (viz Příloha č. 8), kde jsem přenesla všechny číselné skóry. Jejich součtem jsem získala hrubé skóry, ty jsem pak převedla podle tabulek v příručce k dotazníku na skóry standardní. Poté jsem zjistila emoční vztah a výchovné řízení obou rodičů každého chlapce a také celkový způsob výchovy v rodině jako celku. Opět mě zajímaly rozdíly mezi oběma soubory.

V kvantitativní části výzkumu jsem se zaměřila na statistický rozdíl mezi průměrným skórem všech škál SCORS v TAT u kontrolního souboru a u dětí s ADHD. Pro výpočet jsem použila Mann-Whitneyův U-test. Ten ověřuje, zda platí klíčová hypotéza H1. Používá se právě pro dva nezávislé výběry a je jedním z nejsilnějších neparametrických testů. Vychází z pořadových hodnot a ověřuje, že dva náhodné výběry byly pořízeny z téže populace nebo ze dvou identických základních souborů (Reiterová, 2008). U dílčích hypotéz jsem postupovala obdobným způsobem.

13.1 Jednotlivé výsledky

Každé z dvanácti předkládaných tabulí Tematicko apercipčního testu se věnuji zvlášť, nejprve se pokusím o zachycení výsledků skórovacího systému SCORS a jejich možnou interpretaci a následně i o rozbor škály *Dominantních interpersonálních zájmů*. Tam jsem sledovala pouze ta témata, která se v příbězích objevila, ostatními z nich jsem se vůbec nezabývala. Poté se budu zajímat o závěry, které vyplynou z použití Škály sociální orientace.

Nakonec budu rozebírat výsledky Dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině, které porovnáám mezi oběma sledovanými soubory, tedy jak souborem výběrovým, tak souborem kontrolním.

Tabule 1 TAT



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

Do níže uvedené tabulky jsou zaznamenány průměrné skóry každé škály u obou souborů (děti s ADHD a kontrolní soubor zdravých dětí) a výsledný celkový průměrný skór celé tabule, tedy všech osmi škál SCORS.

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

Tab. 8: Výsledky SCORS k tabuli 1 TAT

Na této tabuli se největší rozdíl (0,7) objevil u škály *Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých*, kde probandi výběrového souboru příběh nejčastěji popisovali jednoduše a úsporně a viděli své self i druhé málo diferencovaně a komplexně. Většinou se také postavy v příběhu primárně soustředily na své potřeby a zájmy. Vztahy v mnoha případech nebyly vůbec žádné.

Další nezanedbatelný rozdíl (0,6) vidíme u předposlední sledované škály *Sebedůvěra*, který dokládá sníženou míru tohoto aspektu u dětí s ADHD (ta souvisí zejména s jejich neúspěšností v různých oblastech života).

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

Odpověď chlapce s ADHD (10; 8 let): *Kluk, který nechtěl původně hrát na housle, ale i přes jeho odpor ho tam otec zapsal. Nejde mu to a nebaví ho to, je zoufalý a myslí si, že to nemá smysl. A pak ho asi něco napadne.*

Další zajímavá odpověď hochy s ADHD (9; 6 let): *Mamka mu zakázala, že nesmí hrát na housle, že na to nemají, ale ten kluk neposlechl a housle si koupil. Pak uvažoval, že to neměl udělat, že si ty housle neměl kupovat, že mamka měla pravdu, že to nesplatí.*

Chlapec s ADHD (11; 7 let): *Rozbily se mu housle a nové nemůže dostat, byly by drahé a nemají na to peníze. Je smutný a neví, co dál.*

Odpověď hochy s ADHD (9; 6 let): *Špatně zahrál nějakou hudbu, potom si šel sednout, položil housle, zapřemýšlel, jak to zkusit znovu. Pak se mu to podařilo.*

Dítě s ADHD (11; 1 let) vypráví: *Kluk, jeho rodiče jsou na něj přísní, chtěli, aby hrál, jemu se to nelíbilo, ale kvůli nim se naučil, i když jemu se to nelíbilo a rád by hrál fotbal.*

U první a poslední odpovědi stojí v popředí různé vedení rodičů, které může potlačovat individualitu dítěte. U dalších dvou je zřejmá úvaha chlapců o finanční nákladnosti hry na nějaký hudební nástroj, uvědomování si tohoto faktu. V následujícím příběhu je pak vytvořena strategie, která vede k úspěchu.

Mezi netradiční prvky, které se u testovaných dětí s ADHD objevily, patří nerozpoznání houslí, hovoří se pouze o nástroji (10; 8 let) nebo záměna houslí za knihu (8; 5 let). Jeden chlapec také uvedl, že někdo křičí a on si zacpal uši (9; 2 let).

Někdy nebyl příběh vůbec vytvořen, došlo pouze k popisu nebo konstatování, že je ten kluk smutný (11; 10 let) nebo že se nudí (10; 6 let), že na něco myslí (10; 8 let), že chce hrát, ale neumí to nebo to má zakázané (10; 8 let), že se rozzlobil a že to chce napravit (9; 3 let).

Dominantní interpersonální zájmy	Výběrový soubor	Kontrolní soubor
emoční intimita	2	1
zavržení	-	-
dominance	3	2
závislost	1	2
obdiv	3	4
trest	-	-
vina	2	2
strach	3	3
opuštěnost	1	-
bezmocnost	7	2
konflikty s autoritou	4	1
sebevražda	-	-
rezignace	2	-

Tab. 9: Výskyt dominantních interpersonálních témat u tabule 1 TAT

Nejčastějším tématem u tabule 1 je bezmocnost. Objevila se zejména u dětí s ADHD, a to několikrát více než u kontrolního souboru. Dále děti zmiňovaly téma emoční intimity, dominance, závislosti, obdivu, viny, strachu, opuštěnosti, konfliktů s autoritou a rezignace. Tyto ostatní motivy se už vyskytovaly u obou testovaných souborů zhruba stejně. Téma bezmocnosti se dalo předpokládat (nedůvěra dětí v sebe sama a jejich vsugerovaná neschopnost něco dokázat), navíc děti čelily očekávání ze strany rodičů.

Škála sociální orientace (SOS): V příbězích, které děti dávaly na tabuli 1, byla přítomna téměř ve všech případech sociální percepce, děti registrovaly sociální podnět (chlapec s houslemi). Na tabuli se objevuje pouze jeden sociální objekt, takže nevyžaduje příliš výrazné kognitivní úsilí. Dále bylo možno sledovat sociální zaměření (na chlapce s houslemi), sociální porozumění situaci (i když v některých případech chybné), vcítění a spolucítění (někdy pouze povrchní). K poslední dimenzi, sociálnímu aktu, ovšem ne vždy došlo. Celkově nebyl zaznamenán výrazný rozdíl mezi oběma soubory.

Tabule 3BM TAT



Další tabule – 3BM – je dle Murrayho (1943) určena chlapcům a mužům.

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

Tab. 10: Výsledky SCORS k tabuli 3BM TAT

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

Nízké jsou také skóry u škály *Prožívání a zvládání agresivních impulzů* (u obou souborů). Téma agresivity je zde bytostně dáno už jen přítomností zbraně na zemi u nohy postavy a rovněž její skrčenou polohou. Osobě není vidět do tváře a ani podle oblečení nelze odhadnout pohlaví. Některé děti mluvily o mužské, jiné o ženské postavě. Viz odpověď jednoho chlapce (10; 11 let): *Nevím, jestli je to kluk nebo holka.*

Také předmět na zemi (revolver) nebyl vždy přesně identifikován: padaly takové varianty jako klíče (11; 10 let) či nůž (10; 8 let). Většinou byla jeho přítomnost dokonce zcela potlačena, což může odkazovat na vypravěčův problematický vztah k agresi.

Obsahy příběhů byly převážně negativní: je smutný (12; 2 let), něco se někomu stalo (11; 8 let), někdo mu umřel, je hodně moc smutný a je mu to líto (10; 7 let), nezískala vysněnou práci, a proto je jakoby bez života (10; 11 let). Za povšimnutí stojí odpovědi: nějak se zhroutila (11; 8 let), buší hlavou do stolu, teda do lavičky a je našťvaný (10; 7 let), ten taťka se rozzlobil a mamka teď pláče (9; 3 let), mamka je nešťastná, že dítě, syn třeba, zlobí (10; 6 let), tatínek ji zbil a ona teď brečí a je jí to líto (11; 7 let).

Děti na této tabuli dost často řešily interpersonální vztahy.

Odpověď hochy s ADHD (11; 1 let): *Mladá žena šla asi do baru a tam jí někdo ublížil. Pak přišla domů a brečela.*

Chlapec s ADHD (12; 2 let): *To se mi zdá, že je nějak smutný, že přišel třeba o nějakou holku a kvůli tomu se zastřelil, protože si myslel, že to tak bude lepší.*

Odpověď jiného chlapce s ADHD (10; 5 let): *Maminka brečí kvůli tomu, že manžel od ní odešel a je sama se sebou. Má dítě.*

Dítě s ADHD říká (10; 6 let): *Nevím, třeba že ten kluk dostal nějakou poznámku a jeho mamka ho za to chce potrestat. Že třeba nebude mít to, co chce.*

Odpověď hochy s ADHD (9; 6 let): *Pohádali se a potom se rozvedli a ta paní se rozbrečela. Potom se potkali a potom se dohodli, že zase budou spolu.*

Další odpověď dítěte s ADHD (10; 8 let): *Pán přišel z hospody, úplně opilý, i když mu žena řekla, aby tam nechodil. Tak od něj odešla a on je z toho zoufalý.*

Chlapec s ADHD (9; 6 let): *Mamka chtěla, aby její kluk měl dobré známky a ona se s ním hodně dlouho učila. Druhý den z testu donesl pětku a ona z toho byla hodně nešťastná a ještě mu vynadala.*

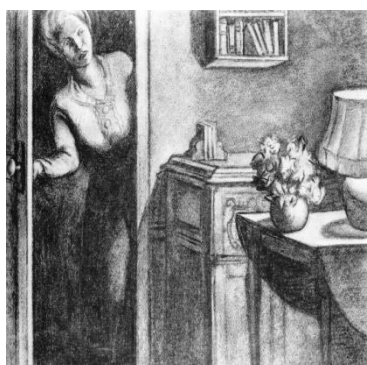
Dominantní interpersonální zájmy	Výběrový soubor	Kontrolní soubor
emoční intimita	3	2
zavržení	1	-
dominance	1	1
závislost	2	2
obdiv	-	-
trest	-	-
vina	1	1
strach	5	3
opuštěnost	7	7
bezmocnost	15	12
konflikty s autoritou	2	-
sebevražda	1	-
rezignace	2	-

Tab. 11: Výskyt dominantních interpersonálních témat u tabule 3BM TAT

Nejfrekventovanějším tématem celé této tabule je opět bezmocnost. Zaznamenala jsem ji dohromady 27krát. Vyplývá už z celkového nastavení tabule. Dále zde v četné míře nalezneme opuštěnost, strach a také motiv emoční intimity, v menším počtu závislost, konflikty s autoritou a rezignaci, také zavržení, dominanci a vinu. Objevilo se zde navíc téma sebevraždy (u výběrového souboru). Tu jsem započítávala v nezávislosti na tom, zda se jednalo o sebevraždu dokonanou či nikoli.

Škála sociální orientace (SOS): Na této tabuli již byly vytvářeny strukturovanější příběhy, obsahující dimenzi sociální percepce (schoulená postava) a zaměření, kdy dochází k pokusům interpretovat situaci. Porozumění však bývá chybné, časté je zahlcení emocemi (zejména ve fázi vcítění). Asi u poloviny příběhů v obou souborech vůbec nedošlo k žádnému činu, sociálnímu aktu. V souboru dětí s ADHD se navíc ve větší míře vyskytovalo celkové nepochopení situace.

Tabule 5 TAT



Tabule 5 TAT je vhodná pro všechny kategorie.

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

Tab. 12: Výsledky SCORS k tabuli 5 TAT

Na této tabuli se nejvýraznější rozdíl (0,5) projevil u škály *Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů*, kdy probandí z výběrového souboru popisovali častěji negativně prožívanou kvalitu vyjadřovaných vztahů. Druhý nejvyšší rozdíl (0,4) je u kategorie *Sebedůvěra*, jež se dává najevo pocity neadekvátnosti. Nejvyšší průměrný skór u obou souborů pak najdeme u škály *Afektivní kvalita reprezentací*. Je to dáno lepší kvalitou vztahů, které můžeme očekávat (možné pozitivní ladění tabule).

Nejnižší skóry se shodně objevily u škály *Porozumění sociální kauzalitě*, kde je schopnost porozumět jednání druhých malá.

V některých příbězích se nachází statický popis pokoje – lampa, květiny, knížky. Pravidelně se setkáme s motivem rozsvíceného světla a úklidu. Žena bývá identifikována jako nějaká paní, matka či babička. Občas tam čeká překvapení v podobě dárku (9; 6 let).

Některé ženy kontrolují pokoj, někoho volají nebo hledají, dívají se na něco. Jedna odpověď neodpovídala popisu místnosti, chlapec (10; 7 let) ji zaměnil za kuchyň.

Odpověď chlapce s ADHD (9; 3 let): *Mamka se dívá, zda ten chlapeček má hotové úkoly a ten chlapeček řekne, že nemá a zbije ho.*

Chlapec s ADHD (10; 8 let) říká: *Nějaká maminka slyšela, že něco chrastí. Zjistila, že je v kuchyni její syn, který má držet dietu. A on si vytahuje slaninu, šunku a škvarky, aby si udělal sendvič. Rozhodla se, že mu dá tu dietu ještě přísnější.*

Odpověď dítěte s ADHD (12; 3 let): *Třeba je půlnoc a je rozsvíceno a ta babička šla spát. Je tam však rozsvíceno, její vnuk si ještě kreslí. Ona mu jde říct, ať jde spát a všechno zhasne.*

Příběh chlapce s ADHD (11; 1 let): *Mamka se chce kouknout do obýváku, jestli tam někdo nekrade, jestli tam nechodí duchové nebo tak něco.*

Hoch s ADHD (10; 6 let): *Kluk přišel a ke Dni matek dal do vázy kytky. A ta jeho matka se divila, kdo to tam dal.*

První ukázky odkazují na negativní prožívání interpersonálních vztahů. Maminka chce syna zbít, další určí ještě větší dietu a třetí pošle chlapce nekompromisně spát. Jiná žena se bojí zlodějů a nadpřirozených bytostí. V posledním příběhu má však dítě pro svou matku květiny.

Jak je tedy vidět, v příbězích se vyskytují zmínky o postavách, které na obrázku nejsou přítomny.

Za důležité se také považuje, jaký postoj zaujímá žena nahlížející do místnosti, zda benevolentní, nebo kárající (přinášející s sebou strach z napadení, téma úzkosti atd.).

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

Tab. 13: Výskyt dominantních interpersonálních témat u tabule 5 TAT

Téma emoční intimity je v četnosti na prvním místě. Objevuje se 5krát ve výběrovém a 6krát v kontrolním souboru. Častý je také strach – dohromady 7krát. Z dalších témat najdeme konflikty s autoritou a mírně zastoupenou dominanci, závislost, opuštěnost a bezmocnost. Jiné motivy se u dané tabule u testovaných dětí nevyskytly.

Škála sociální orientace (SOS): Příběhy jsou vytvářeny dle schématu této škály. Děti nejprve provedou sociální perцепci (objekt ženy), poté zaměří svou pozornost. V další fázi se snaží pochopit význam situace, v souboru dětí s ADHD je však sníženo emoční prožívání. A pokud dojde k sociálnímu aktu, tak nesprávným způsobem.

Tabule 7GF TAT



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

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

Tab. 14: Výsledky SCORS k tabuli 7GF TAT

Kategorie *Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů* má vyšší úroveň u kontrolního souboru. Rozdíl (0,7) je zde největší. Nízký skór u výběrového souboru je v této kategorii dán především tendencí vztahů být primárně založené na společné aktivitě. *Porozumění sociální kauzalitě* je vyšší u postav příběhů kontrolního souboru (rozdíl 0,5). Stejný rozdíl nalezneme také u škály *Emoční vklad do hodnot a morálních standardů*, kde se vykazují určité znaky internalizace norem.

Nízkých skórů dosahuje škála *Prožívání a zvládání agresivních impulzů*, zejména u výběrového souboru (zobrazená dívka byla v příbězích více zlostná a pasivně agresivní).

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

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

V příbězích se nacházejí různé typy postav: starší paní je maminka (9; 6 let), mamka, matka, babička, komorná (11; 1 let), teta (11; 7 let) nebo služka (10; 7 let), mladší zase holčička (8; 5 let), dcera (11; 1 let), dítě (10; 5 let) či holka (10; 11 let), panenka v její ruce může být nejen panenkou (11; 9 let), ale i děťátkem (9; 6 let), miminkem (10; 8 let), miminem, dítětem (10; 6 let), sestřičkou (10; 7 let), štěnětem (11; 8 let), králíkem (10; 7 let) nebo dokonce chlapečkem (9; 3 let).

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

Chlapec s ADHD (12; 3 let): *No, že třeba ta holčička si hrála a pak ta její matka zjistí, že něco neudělala a začala po ní rvát. A teď je ona uražená a nechce s matkou mluvit.*

Odlišný příběh hochy s ADHD (11; 1 let): *Jsou to bohatí lidé. Mamka porodila dceru, ta vyrůstala v bohatství, byla rozmazlená. Šla na bál s nějakým klukem, on odešel, ona pak byla smutná, že ho nedostala a komorná ji utěšovala.*

Dítě s ADHD (10; 11 let) povídá: *Tady ta holka je moc namyšlená, podle mě, protože si nevšímá tady té mamky, nebo když je bohatá, tak služky. Neposlouchá ji a myslí si svoje.*

Chlapec s ADHD (10; 8 let): *Holčička nebo spíše paní, která má miminko, je u své matky, aby se na něj podívala. Ona jí radí, jak se má o něj starat. Ona ta matka chce, aby z něj byl fotbalista.*

První uváděný příběh obsahuje zvýšenou míru agrese, došlo ke konfliktu mezi matkou a dcerou kvůli nesplnění povinností.

Tabule může evokovat negativní postoje, protože dítě na obrázku se od matky odvrací. Z výrazu dívky často probandi usuzovali na její povýšenost. Také nebyli někdy schopni správně identifikovat panenku, kterou drží v náručí.

Některé příběhy však obsahují poklidná témata. Hovoří o příchodu sourozence a jeho přijetí, že je dívka šťastná, že se jí narodila sestřička (10; 7 let), zabývají se pochováním dítěte (9; 2 let), občas čte maminka pohádku (10; 5 let).

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

Dominantní interpersonální zájmy	Výběrový soubor	Kontrolní soubor
emoční intimita	13	15
zavržení	-	-
dominance	4	7
závislost	2	2
obdiv	1	-
trest	-	-
vina	-	-
strach	1	1
opuštěnost	2	-
bezmocnost	3	2
konflikty s autoritou	2	1
sebevražda	-	-
rezignace	-	-

Tab. 14: Výskyt dominantních interpersonálních témat u tabule 7GF TAT

Nejčetnějším dominantním interpersonálním tématem u obou souborů je shodně emoční intimita. Najdeme ji dohromady 28krát. Její výskyt je několikrát vyšší než u ostatních nalezených motivů, kterými jsou u této tabule dominance, závislost, obdiv, strach, opuštěnost, bezmocnost a konflikty s realitou.

City se tedy objevují ve velké míře také u dětí s ADHD, jež emoční blízkost rovněž velmi potřebují a vyžadují.

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

Škála sociální orientace (SOS): Opět nalzáme podobné výsledky jako u předchozích tabulí, někdy dochází k potížím s pochopením (sociální porozumění), s emočními dimenzemi a také s činem, kterým by příběh mohl být uzavřen (sociální akt).

Tabule 8BM TAT



Tabule 8BM je primárně stanovena pro chlapce a muže. Tento obrázek je opět velmi užitečný. Podle Bellacka a Abramse (1997) se chlapci obvykle identifikují s hochem v popředí. Základním tématem může být buď agrese (někdo byl zastřelen a nyní je v pozadí operován), nebo ambice (např. sen o tom, že se stane chlapec doktorem). Zdali si proband všimne pušky v levé části, má pro nás stejné interpretační důsledky, stejně jako u zbraně na tabuli 3BM.

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

Tab. 16: Výsledky SCORS k tabuli 8BM TAT

Tato tabule patří k těm náročnějším, co se vytvoření uceleného příběhu týká. To se projevilo i v nízké hodnotě celkového průměrného skóru. Probandi často uváděli příběhy, které se postupně různým způsobem proměňovaly (zvláště ve výběrovém souboru).

Významnější rozdíl (0,6) je ve škále *Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých*. Další rozdíl (0,5) se týká škály *Identita a soudržnost self*. V příbězích často chybí vztahy, děti měly problém s jejich námětem a uchopením postav, s pochopením celého obrázku.

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

Velmi nízké skóry (v obou sledovaných souborech) se objeví ve škále *Prožívání a zvládání agresivních impulzů*. Tabule totiž podněcuje k agresivním tendencím už svým provedením (snová operace, zbraň v popředí).

Zbraň (puška, pistol) nebyla vždy na obrázku popsána, probandi se také někdy vyhýbali postavě chlapce v popředí. Pokud byla v příběhu zmíněna, tak jako kluk (9; 6 let), pán (9; 8 let), muž (8; 5 let), syn, také černý chlap (12; 2 let). Jeden hoch popsal tuto osobu dokonce jako holku (9; 6 let). Časté bylo nepochopení celého příběhu. Objevily se teorie o operaci (10; 8 let), o zranění z vojny (11; 8 let), o vraždě, kdy tělo našli detektivové a odvezli ho na pitvu (11; 1 let), že někoho zabili a chtěli po něm asi peníze (10; 7 let), že na výstrahu popravili jednoho člověka (10; 8 let). Byla vyjadřována agrese: zabodnout nožem, rozřezat břicho (9; 6 let), řezat tělo (10; 6 let), týrat pána, protože jim něco udělal (10; 6 let).

Odpověď chlapce s ADHD (9; 8 let): *Že je tam nějaký pán a dva doktoři operujou toho druhého pána. Má tam nějakou věc, buď je to puška, nebo nějaká střelná zbraň.*

Další chlapec s ADHD (8; 5 let): *Byli doktoři, kteří operovali nějakou ženu. Ten muž řekl, že se operace musí dělat jinak než nožem. Měli by poslouchat srdce, pak už to šlo, když poslouchali srdce a zjistili, že je živá.*

Chlapec s ADHD (10; 11 let): *Nevím, co se děje. Tady ti dva tomu tady dávají klíště dolů, trochu primitivním způsobem a on se bojí, co se stane, proto má takový výraz. Ten kluk neví, co se stane, proto má pušku. Může to být pijavice, ne klíště.*

Odpověď chlapce s ADHD (11 let): *Oni ho chtějí zabít, ti chlapi. A potom ho chtějí sníst, protože oni jsou hladoví a ten chlap jim vždy sní jídlo. Takže se mu pomstili.*

Další dítě s ADHD říká (9; 2 let): *Nějaký kluk měl nějakého kámoše a on spadl na břicho a bolí ho to. A operují ho. On se na to nechce dívat. Dají mu náhradní žebro. A pak si pojedou zase hrát.*

Chlapec s ADHD (9; 6 let) říká: *To ani nevím. Kluk viděl, jak chtěou někomu rozřezat břicho v nemocnici, byli zlí. Zavolal policii, policie přijela a chytila zločince.*

První uvedená odpověď je spíše popisného charakteru, příběh není příliš rozebrán. Podobně to vypadalo u mnoha dětí.

Ovšem následujících pět reakcí bylo nejvíce rozporuplných. Najdeme v nich téma stylu vedení operace, odstraňování klíštěte nebo pijavice (absolutní nepochopení), krvavé pomsty a brání zákona do svých rukou (oko za oko, zub za zub). V dalším příběhu se něco závažného stane, ale pak se to vyřeší a vše zase pokračuje dále, jako by nic nebylo – velmi zjednodušené vnímání světa. Poslední vyprávění je rovněž nesmyslné, když v nemocnici, která by měla být symbolem pomoci a záchrany života, někoho ohrožují.

Společným prvkem všech bylo, že příběhy se jevily jako zmatené, jejich autoři přeskakovali z tématu na téma, jako by nedokázali držet hlavní nit příběhu.

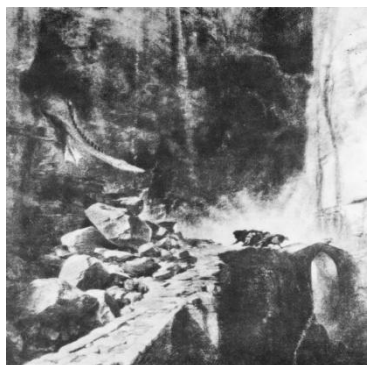
Dominantní interpersonální zájmy	Výběrový soubor	Kontrolní soubor
emoční intimita	1	2
zavržení	2	1
dominance	3	-
závislost	2	-
obdiv	-	-
trest	7	8
vina	2	7
strach	13	14
opuštěnost	-	1
bezmocnost	10	8
konflikty s autoritou	-	-
sebevražda	-	-
rezignace	1	-

Tab. 17: Výskyt dominantních interpersonálních témat u tabule 8BM TAT

Tato tabule by měla podporovat agresivní témata, což se i v tomto případě potvrdilo. Nejčastějším interpersonálním zájmem je strach (dohromady 27krát), poté bezmocnost (18krát), trest (15krát) a vina (9krát). Objevuje se také emoční intimita, zavržení, dominance, závislost, opuštěnost a rezignace. Rozdíly mezi oběma soubory jsou nepatrné.

Škála sociální orientace (SOS): Příběhy u této tabule ve velké míře ztrácejí sociální porozumění, rovněž chybí vcítění i spolucítění (takřka bez emočních reakcí). Objevuje se však poslední dimenze této škály, kterou je sociální akt.

Tabule 11 TAT



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

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

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

Tab. 18: Výsledky SCORS k tabuli 11 TAT

Největší rozdíl (0,7) tady zaznamenáváme u škály *Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů*. Ty bývají primárně založeny především na účasti na společné aktivitě, pokud jsou vůbec nějaké. Tabule se jevila jako hodně popisová, přičemž deskripce lidí byly jednoduché a úsporné.

Další významný rozdíl (0,6) se nachází hned u první škály, a to *Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých* (vidění světa je většinou málo strukturované a nekomplexní), a také u poslední dimenze *Identita a soudržnost self*.

Škála *Prožívání a zvládání agresivních impulzů* je dost nízká, zejména u výběrového souboru (2,1).

U této tabule rovněž vidíme největší rozdíl mezi celkovým průměrným skórem u obou souborů (0,6).

Hlavním tématem se stala krajina a její prostý popis: hora, kamení (12; 3 let), skála, jeskyně (9; 6 let), propast, vodopád (10; 6 let), kamenná cesta (8; 5 let), rokle, most. Děti však viděly především draka, někdy zvíře, muflona (10; 8 let), rybu (9; 3 let), dokonce býky (10; 7 let), dinosaura, brouka (8; 5 let) či lochneskou příšeru (10; 11 let). Z lidských postav identifikovaly člověka, rytíře (9; 6 let), pána, chláпка, horolezce v Himaláji (11; 8 let), hrdiny ze středověku, kteří šli najít nějaký poklad, jež strážá drak (10; 11 let). Občas se objevil námět záchrany princezny před drakem.

Chlapec s ADHD (11; 1 let): *Templáři, rytíři šli dolů převést princeznu a zlý drak je napadl. Hodil je do vody a princezna našťestí utekla.*

Příběh hochy s ADHD (12; 2 let): *To je z nějaké doby dinosaurů, kdy se nějaký dinosaur snaží sežrat nějakého minidinosauru. Ten utíká, ale má smůlu, protože ho ten velký chytí a ten je spokojený, že má potravu, že ho chytil.*

Chlapec (9; 8 let): *Nějaký drak tam je a nějakí muži, jak tam pochodují. A ten drak se na ně divně dívá a ti muži asi utíkají před tím drakem.*

Popis obrázku chlapcem s ADHD (10; 6 let): *Co je tohle? Třeba že nějaké zvíře se dostalo do jeskyně a tam uvidělo vodopád a nějakou jeskyni a tam uvidí něco hezkého a řekne, že se mu to líbí. Přes tu díru v jeskyni. Je s nějakým pánem.*

Dítě s ADHD (10; 7 let): *Nějaký chlápek, co se rve v rokli s býky.*

Hoch s ADHD (11 let) povídá: *Prorazil se tam drak zdí a chtěl je zabít. Spíš těma očima, aby je zkameněl.*

Agresivní tendence jsou poměrně časté. Jak již bylo uvedeno, skór škály *Prožívání a zvládnutí agresivních impulzů* se jeví jako dost nízký.

Dominantní interpersonální zájmy	Výběrový soubor	Kontrolní soubor
emoční intimita	1	-
zavržení	-	-
dominance	5	3
závislost	-	-
obdiv	2	-
trest	3	1
vina	3	1
strach	9	11
opuštěnost	2	2
bezmocnost	7	10
konflikty s autoritou	-	-
sebevražda	-	-
rezignace	2	1

Tab. 19: Výskyt dominantních interpersonálních témat u tabule 11 TAT

Nejvíce frekventovaným tématem u všech testovaných dětí u této tabule se stal strach, a to ve větší četnosti u probandů bez ADHD (20krát). Také se u nich v hojnější míře projevila bezmocnost (dohromady 17krát). Z dalších témat zde najdeme emoční intimitu, dominanci, obdiv, trest, vinu, opuštěnost a rezignaci.

Škála sociální orientace (SOS): Příběhy postrádají zejména emoční složku.

Tabule 12BG TAT



Tabule 12BG TAT je další méně strukturovanou tabulí. Vybrala jsem ji hlavně proto, že je na ní oproti minulému obrázku takřka idylická krajina. Jako vhodné se jeví, když tyto dvě tabule následují za sebou, jde pak mezi nimi lépe zachytit kontrast. Z těchto důvodů jsem tedy tabuli přidala do předkládané sady. Dle Murrayho (1943) je primárně určena chlapcům a dívkám.

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

Tab. 20: Výsledky SCORS k tabuli 12BG TAT

U škály *Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých* se objevil největší rozdíl (0,7) mezi oběma soubory. Popisy u výběrového souboru byly více jednoduché a prvoplánové.

V dimenzi *Porozumění sociální kauzalitě* dosahují všechny děti nejnižších skóre (u výběrového souboru 2,4).

Vyšší skóre však společně najdeme u škály *Prožívání a zvládnání agresivních impulzů* (u dětí s ADHD 4). Tento výsledek se dal předpokládat vzhledem k celkovému klidovému nastavení tabule. Není přítomen žádný rušící subjekt či objekt.

Děti tabuli převážně popisují, nejvíce se věnují loďce, řece a stromu v popředí. Občas však také najdeme jednodušší příběhy, někdy i překvapivě se zápornějším

nádechem. Několikrát se rovněž objevil motiv trhání ovoce, jednou se pánovi krajina tak líbila, že si ji musel vyfotit (10; 6 let). Přestože na obrázku vůbec nejsou přítomni lidé, děti je často ve svých příbězích zmiňují, a to v různých obměnách (pán, kluk, dívky). V ojedinělém případě hoch (8; 5 let) popisoval sníh.

Chlapec s ADHD (11 let): *Dva to přežili, takže chtěli rychle utíkat na loď, ale ta uplavala.*

Dítě s ADHD (9; 6 let) vypráví: *Ten obrázek je hezký. Oni šli si nasbírat jablíčka a pak viděli hezkou říčku, šli si pro kanoi, pak si zaplavali a pak si sedli do kanoe a pluli po jezírku a viděli krásné rybky.*

Chlapec s ADHD (10; 11 let): *Tady někdo plaval na loďce a pak ji vyvedl na břeh a pak skočil do vody a šel si zaplavat. Šel po proudu řeky. Položil ji pod ten strom, protože je to výrazné místo, aby ji znovu našel.*

Hoch s ADHD (12; 2 let) povídá: *No tohle... To je nějaký portrét, který namaloval známý malíř a chtěl ho prodat za hodně velké peníze. Ale nikdo ho nechtěl koupit, tak se rozhodl, že ho dá do muzea.*

Chlapec s ADHD (11; 1 let): *Malý kluk s holkou, byli chudí, šli do trávy, do lesa opuštěného. Našli loďku, šli si zaplavat, ale byl tam sumec a snědl je a loďka uplavala zpátky.*

V prvním kratinkém příběhu se jedná o perseveraci, chlapec hovoří o postavách z předchozí tabule (o mužích, kteří nezemřeli při setkání s drakem). Poslední vyprávění se lišilo od ostatních tím, že v něm byla prvoplánově vyjádřena agrese.

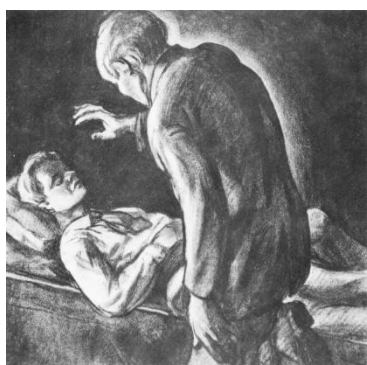
Dominantní interpersonální zájmy	Výběrový soubor	Kontrolní soubor
emoční intimita	7	6
zavržení	-	-
dominance	-	1
závislost	-	-
obdiv	4	2
trest	-	-
vina	-	-
strach	2	1
opuštěnost	4	3
bezmocnost	2	1
konflikty s autoritou	-	-
sebevražda	-	-
rezignace	1	1

Tab. 21: Výskyt dominantních interpersonálních témat u tabule 12BG TAT

Nejčtenějším tématem byla u této tabule emoční intimita – u obou sledovaných souborů (celkem 13krát). Dále se ve větší míře objevila opuštěnost a obdiv. Také jsme mohli najít dominanci, strach, bezmocnost a rezignaci.

Škála sociální orientace (SOS): K sociální percepci (registraci podnětů) a zaměření došlo takřka ve všech případech, ovšem se sociálním porozuměním to už nebylo tak jednoduché, mnohdy děti pouze popisovaly. Pokud se projevily nějaké emoce, zejména se jednalo o fázi vcítění, méně už spolucítění. Málokdy byl příběh zakončen sociálním aktem, činem.

Tabule 12M TAT



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

Často se objevují témata nemoci, bolesti, smrti, ale i pomoci a uzdravení.

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

Tab. 22: Výsledky SCORS k tabuli 12M TAT

Skóry jsou na této tabuli dost vyrovnané u obou souborů, větší rozdíl (0,5) najdeme pouze u škál *Emoční vklad do hodnot a morálních standardů* a *Prožívání a zvládnání agresivních impulzů*. Vztah k morálním hodnotám je tedy o něco kvalitnější u kontrolního souboru, kde je zároveň nižší skóre týkající se agrese.

Opět vidíme určitou variabilitu viděných postav. Staršího muže probandi považovali za pána, strýce, kněziho, chlapa, dědu, tatínka, doktora (9; 6 let), jednou i za manželku (11; 8 let). Zatímco mladší muž byl brán za chlapce, člověka, pána, kluka (10; 6 let), syna, manžela, dokonce i paní (8; 5 let). Většinou je mezi nimi určitý vztah, který je nějakým způsobem blíže specifikován.

Za povšimnutí stojí rovněž zdůvodnění polohy mladší i starší postavy. Ležící osoba je chlapec, který spí (10; 8 let), je nemocný, usíná v posteli (10; 7 let), leží s teplotou, potom bude oživen (9; 3 let), pán, který umřel (10; 6 let), má zranění nebo ji něco bolí. Sklánějící se postava se snaží zabít toho druhého, protože mu asi něco zlého udělal, řídí se Chamurappiho zákoníkem (12; 2 let), ukazuje rukou a klečí (9; 8 let), natahuje ruku, chce změřit teplotu (11; 10 let), snaží se ho uzdravit (10; 8 let), vymyslela léky, ho uspává, aby ho mohl vykrást (11; 9 let), zpívá ukolébavku (8; 5 let), kontroluje synovi horečku (10; 5 let), chce mu pohládit hlavu, aby mu bylo líp (9; 2 let), hypnotizuje (11 let), chce ho vylekat a šáhne mu na čelo a zjistí, že má vysokou teplotu (12; 3 let).

Uvádím několik odpovědí dětí s hyperkinetickou poruchou. První se zabývá nadpřirozenými jevy, stejně jako druhá i třetí. Další pak úplně vybočují svým tématem od ostatních – pojednávají o obyčejné starosti o bližního svého.

Chlapec a ADHD (10; 8 let): *Chlapec, který spí a zdá se mu nádherný sen, ve kterém za ním přijde nějaký pán a ten mu říká, že je někdo vyvolený a že může zachránit lidstvo. Vypadá jako jeho strýc, ale ten to být nemůže, je starý. Pak se probudí a zjistí, že se nic nestalo a je z toho velice smutný.*

Jedna atypická odpověď hochy s ADHD (11; 1 let): *Člověk šel okolo náměstí a vletěl do něho d'ábel. On dělal neplechy, pak ho chytili a kněží z něho toho d'ábla vyhnal.*

Další odpověď dítěte s ADHD (10; 7 let): *Kouzelný děda, který se mu snaží dostat do mysli.*

Chlapec s ADHD (10; 11 let): *Tady spí nějaký kluk a pak přišel tatka do jeho pokoje a šel ho pohládit a třeba ho zakrýt, kdyby byl odkrytý. A jít pak do ložnice a spát.*

Dítě s ADHD (9; 6 let) povídá: *Nějaký pán šáhá, jestli nemá teplotu. Měl teplotu. Odhadoval, že tři nebo dva dny bude doma, na hlavu mu pak dal ledový obklad. Potom už šel do školy a byl zdravý jako rybička.*

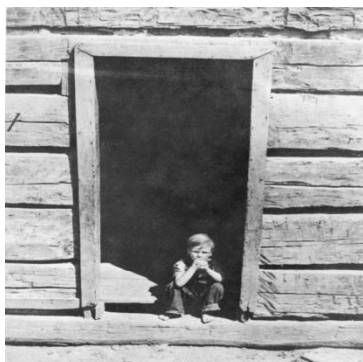
Dominantní interpersonální zájmy	Výběrový soubor	Kontrolní soubor
emoční intimita	7	7
zavržení	-	-
dominance	4	1
závislost	5	2
obdiv	1	-
trest	1	-
vina	1	1
strach	3	9
opuštěnost	3	2
bezmocnost	13	10
konflikty s autoritou	1	-
sebevražda	-	-
rezignace	-	-

Tab. 23: Výskyt dominantních interpersonálních témat u tabule 12M TAT

Už z prvního pohledu na tabulku je zřejmé, že s předstihem převládá téma bezmocnosti. U kontrolního souboru je zmíněno 10krát, u výběrového dokonce 13krát. Z dalších interpersonálních zájmů je u dětí uvedena emoční intimita (dohromady 14krát), ve větší míře ještě dominance, závislost, strach a opuštěnost, potom také obdiv, trest, vina a konflikty s autoritou. Bezmocnost je zcela na místě, postava na lůžku vypadá velice odevzdaně. U chlapců s ADHD je to pravděpodobně vnímáno ještě o něco citlivěji.

Škála sociální orientace (SOS): Tento obrázek býval u všech dětí správně registrován (sociální percepce) a rovněž zaměřován (projevení zájmu o sociální objekt). Se sociálním porozuměním to bylo horší, ve větší míře u hochů s ADHD. Emoční projev býval různý, ale většinou byly přítomny obě jeho fáze, sociální vcítění i spolucítění. K sociálnímu aktu došlo pouze asi v polovině případů, tady to bylo podobné u výběrového a také kontrolního souboru.

Tabule 13B TAT



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

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

Tab. 24: Výsledky SCORS k tabuli 13B TAT

Nejmarkantnější rozdíl (0,8) vidíme u škály *Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů*. Kvalita vyjadřovaných vztahů je tedy vyšší u kontrolního souboru. Děti s ADHD mívají obvykle vztahy méně stabilní a je jich málo. Dále najdeme znatelný rozdíl (0,6) u první kategorie *Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých*.

Stejný nízký skór u výběrového souboru je u dimenzí *Porozumění sociální kauzalitě*, *Prožívání a zvládání agresivních impulzů* a *Sebedůvěra* (2,8).

Velkým tématem této tabule se stala samota či smutek chlapce sedícího před srubem, i když její původ může být různý: kluk sedí ve dveřích a přemýšlí, co má dělat, třeba s čím si má hrát (10; 6 let), chlapec přemýšlí, co udělal špatně a potom to napraví a dostane něco sladkého (9; 3 let), dívá se na krajinu (9; 6 let), je našťvaný nebo unavený, protože musel nakrmit krávy nebo prasata (10; 11 let), nespokojeně sedí a je z něčeho smutný a modlí se, aby mohl jít za dětmi (10; 5 let), je zamyšlený, píská (8; 5 let), děcko je našťvané nebo smutné (11; 8 let), chlapec neměl boty ani ponožky (8; 5 let).

Dřevěné stavení je pojmenováno, pokud se o něm probandí vůbec zmiňují, více výrazy: dům, statek (11; 8 let), farma, chalupa (10; 8 let), domeček (10; 6 let), dřevěná chata (9; 8 let). Většinou se však hovoří pouze o dveřích.

Odpověď hochs s ADHD (11 let): *Chlapec vzpomíná na svého taťku, toho, kterého zabili ti dva chlapi, je z toho smutný, sedí ve dveřích.*

Tento příběh se vrací k tabuli 8BM, kde údajně došlo k vraždě.

Dítě s ADHD (9; 2 let): *Chlapeček sedí, nikam nesmí jít, zakázala mu to matka nebo sestra, dívá se, jak si jeho kámoši hrají. Nemá boty, v domě je tma.*

Chlapec s ADHD (11; 9 let): *Chce si hrát s jinýma dětma, jenže nemůže, protože si s ním nikdo nechce hrát. Mají blbý dům a je smutný z toho.*

Tady hoch s ADHD (10; 8 let) povídá: *Chlapec z bohatší rodiny, který si chce hrát s normálními dětmi a rodiče mu to zakazují, protože jsou ty hry prý hloupé a on by nevyužil svého potenciálu. On se tedy jen kouká a je smutný. V dospělosti se z něj stane významný umělec, který bude malovat významné obrazy.*

Příběh chlapce s ADHD (11; 1 let): *Byl malý kluk, hodně chudý, jeho rodiče měli farmu, on šel do města prodat zeleninu. Moc se mu tam líbila hračka, tak šel domů a přemýšlel, jak by peníze na ni mohl sehnat.*

Další příběh dítěte s ADHD (12; 2 let): *To mi připomíná druhou světovou válku, u nás bylo nacistické Německo, ten kluk má hlad. Nemůže nic jíst, odvedli ho do koncentračního tábora.*

Téma nedostatku financí se objevilo několikrát. Asi je to nemalý problém více dnešních rodin, související také s velkými sociálními rozdíly mezi lidmi. Pravděpodobně jej evokovala absence chlapcových bot a ponožek, čehož si děti všimaly. Často se také vypráví o zákazech rodičů a nedostatku přátel.

Dominantní interpersonální zájmy	Výběrový soubor	Kontrolní soubor
emoční intimita	5	4
zavržení	3	1
dominance	2	1
závislost	3	1
obdiv	1	1
trest	1	2
vina	3	2
strach	7	6
opuštěnost	16	11
bezmocnost	7	6
konflikty s autoritou	3	-
sebevražda	-	-
rezignace	-	-

Tab. 25: Výskyt dominantních interpersonálních témat u tabule 13B TAT

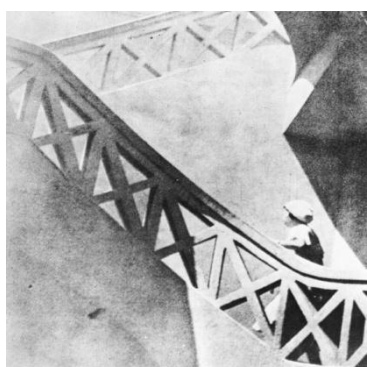
Nejvíce bylo zmiňováno téma opuštěnosti, které se ovšem u této tabule dalo předpokládat. Vyskytlo se s velkým předstihem celkem 27krát, s mírnější četností u

kontrolního souboru (11krát). Je to dáno samotným nastavením tabule TAT. Chlapec je na ní jedinou postavou a nevypadá spokojeně a šťastně. Co se mu však stalo či děje, to už je na vysvětlení jednotlivých probandů.

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

Škála sociální orientace (SOS): Příběhy byly vytvářeny většinou podle schématu této škály, obsahovaly všechny její složky (včetně pochopení a emoční reakce), častěji také docházelo k sociálnímu aktu, k využití získané zkušenosti.

Tabule 13G TAT



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

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

Tab. 26: Výsledky SCORS k tabuli 13G TAT

Škála *Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých* nám ukazuje nejvyšší rozdíl (0,6) mezi oběma soubory. Je to patrně dáno přítomností jediné postavy na tabuli a tím pádem větší náročností vytvořit v příběhu nějakou formu vztahu. Shodný rozdíl (0,3) mezi průměrnými skóry pak vidíme u kategorií *Kapacita k emočnímu vkladu*

do vztahů a *Prožívání a zvládnání agresivních impulzů*. Nejvyšší skóre měla u obou souborů dimenze *Afektivní kvalita reprezentací*.

Dětem dělalo velký problém určit pohlaví a stáří osoby na obrázku. V odpovědích ji zmiňovaly jako kluka (10; 6 let), chlapce, slečnu (12; 3 let), paní (9; 8 let), chlapečka, holčičku (10; 5 let).

Také činnost této postavy se lišila: nejprve musel lézt po schodech a pak to už udělali, aby schody jely a nemusel se namáhat (8; 5 let), jde domů z práce a tam na něj čekají přátelé, je unavený, překvapí ho to a z té únavy zkolabuje (11; 9 let), kluk chce jít pro zmrzlinu (9; 2 let), ztratil se na mostě (11; 7 let), vidí nové schodiště a je překvapený, co udělali za takovou krátkou dobu (10; 7 let), kluk, který šlape na tobogán (10; 7 let), stojí pod tou věží ve Francii a dívá se na ten výtah, jak tam jezdí s lidma (10; 6 let). Nejčastější odpovědi ovšem zahrnovaly slova schody, most a zábradlí

Netradiční příběh chlapce s ADHD (12; 2 let): *Kluk se snaží, myslí si, že ze sebe udělá frajera a že vyleze hodně schodů a myslí si, že si zahraje na horolezce. Ale už mu došlo pití, už nemůže jít dál.*

Hoch s ADHD (11; 1 let): *Byl londýnský most. Tam šla babička, která hlídala dcerku, ale ta utekla přes most. Ale oni ten most zvedli, tak se k ní babička už nedostala a ona jí utekla.*

Spíše popisová odpověď chlapce s ADHD (10; 8 let): *Ten obrázek vůbec nechápu. Nějaké malé dítě leze po konstrukci, kde něco staví.*

Naprosto ojedinělý příběh dítěte s ADHD (10; 8 let): *Chlapec, který šel jednou do lesa a zjistil, že je v něm tajný vstup do jednoho zámku, tam vedou schody do obrovské věže, mají 3333 schodů. Chce je určitě vyjít, je tam prý nahoře princezna a hlídá ji zlý drak Hašíšák.*

Další chlapec s ADHD (10; 11 let) vypráví: *Holčička šla jednou spát a pak se probudila v jiném pokoji, kde to bylo strašně jiné, otevřela skříň, že by se oblékla a šla to prozkoumat, byla v pyžamu. Dostala se však do jiné dimenze, tam jsou moc prudké schody, pak budou další schody a bude tam zase jiná dimenze, třeba jiná gravitace a bude hlavou dolů.*

Dítě s ADHD (9; 6 let): *Jedna paní šla, byla stará, viděla dlouhé schody, tak se chtěla zabydlet někde dolů. Chodila po schodech a zvonila a ptala se, zda je tento byt na pronajmutí. Pak ti nahoře řekli ano, po dlouhé chůzi si odpočinula a zabydlela se tam.*

Vytvořené příběhy byly různé, některé z nich spíše více popisné, jiné zase oplývaly fantazií.

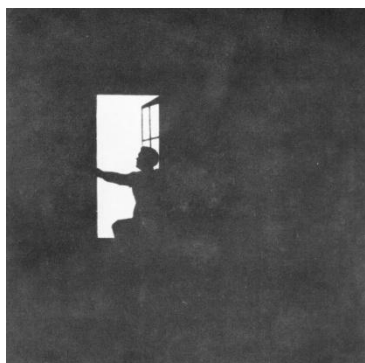
Dominantní interpersonální zájmy	Výběrový soubor	Kontrolní soubor
emoční intimita	3	3
zavržení	-	-
dominance	1	1
závislost	1	1
obdiv	1	-
trest	1	-
vina	-	-
strach	4	5
opuštěnost	2	-
bezmocnost	3	2
konflikty s autoritou	-	-
sebevražda	-	-
rezignace	-	-

Tab. 27: Výskyt dominantních interpersonálních témat u tabule 13G TAT

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

Škála sociální orientace (SOS): Mezi sledovanými soubory nebyly přílišné výkyvy v přítomnosti jednotlivých fází této škály. Po sociální percepci nastávalo sociální zaměření a zájem o jediný sociální objekt na tabuli. Často však docházelo k sociálnímu neporozumění významu situace. U výběrového souboru byla navíc zřetelnější absence emočních projevů, ať již šlo o vcítění nebo spolucítění. Poslední fáze nebyla vždy naplněna.

Tabule 14 TAT



Předposlední mnou předkládaná tabule nese označení 14 TAT, takže se dle Murrayho (1943) hodí pro všechny probandy. Je jedenáctou v pořadí. Testovaným dětem se líbila ze všech nejméně, což je zřejmé už na první pohled. Převažuje na ní černá barva.

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

Tab. 28: Výsledky SCORS k tabuli 14 TAT

V dimenzi *Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých* najdeme největší rozdíl mezi skóry obou souborů – 0,7.

Ve dvou různých škálách se u této tabule projevil stejný rozdíl (0,6): *Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů* a *Porozumění sociální kauzalitě*. Zejména u dětí s hyperkinetickou poruchou je vysvětlení lidského chování nebo významů interpersonálních zkušeností mírně matoucí a popisy interpersonálních událostí obsahují často inkongruence, které vyžadují námahu k jejich plnému pochopení. Schopnost porozumět tomu, proč lidé jednají tak, jak jednají, není dostačující.

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

Na této tabuli je pohlaví nakreslené osoby jasné, jednalo se takřka ve všech případech o pána (10; 6 let), kluka, chlapa (11 let), muže, dokonce i studenta. Pouze jedno dítě si nebylo jisté, zda je to pán nebo paní (9; 6 let).

Naopak činnosti, které osoba vykonává, se značně různí: bojí se ve tmě a chce jít ven (10; 7 let), zabouchne si dveře, chce skočit z okna (10; 8 let), pozoruje hvězdy (10; 8 let), jde ke dveřím a chce jít natrhat jablka (9; 3 let), otevírá okno, dívá se ve tmě z okna (10; 7 let), pán opravuje dveře nebo okno a spadne mu to na nohu (11; 7 let), chlap umývá okna nebo se dívá (10; 8 let), zakopl ve tmě, nebyla tam žárovka (8; 5 let), muž odletěl někam do zahraničí a rozhodl se pozorovat hvězdy (12; 2 let).

Společným tématem mnoha dětí byla tma (9; 6 let) a noc.

Ukázka příběhu chlapce s ADHD (10; 11 let): *Nějaký student, kterého ponížili nebo ztrapnili ve škole nebo na gymnáziu, teď je smutný, zhasl světlo a šel k oknu. Tam se díval na měsíc, což ho uklidnilo.*

Hoch s ADHD (10; 5 let) povídá: *Kluk otvírá okno a chce z něho vylézt, protože chce jít za kamarády.*

Chlapec s ADHD (11; 9 let): *Vykrádá v noci dům, v tom domě byla tma. Otevřel okno a chtěl utéct se všema těma věcmi.*

Trochu netradiční příběh dítěte s ADHD (11; 1 let): *Byli rodiče a ti měli dítě. A to si šlo hrát na hřiště a tam byl kufřík. V něm byl diamant, který ukradl zloděj. Ten je sledoval domů, otevřel okno, chtěl vejít, ale táta ho viděl a zavolal policii a ti ho chytili.*

Vyprávění odkazují na různá témata. U této tabule také najdeme několik příběhů, které se poprvé ve větším počtu týkají sebevraždy či sebevražedných myšlenek.

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

Tab. 29: Výskyt dominantních interpersonálních témat u tabule 14 TAT

Zde se vyskytla skoro všechna uvedená témata. Jediný ze zájmů, který úplně v příbězích chybí, je obdiv. Nejčastějším interpersonálním motivem této tabule se stal strach (9krát) a hned za ním následuje sebevražda. Motiv suicidia, ať už dokonatého, nebo nedokonatého, se zde objevil 8krát (z toho 5krát u výběrového souboru a 3krát u kontrolního). Rozdíl mezi testovanými soubory není příliš velký. Z dalších témat můžeme jmenovat opuštěnost (10krát), bezmocnost (9krát), vinu, trest, emoční intimitu, závislost, dominanci, rezignaci, konflikty s autoritou a zavržení.

Škála sociální orientace (SOS): Vypadá podobně jako u předešlých tabulí.

Tabule 17BM TAT



Tato poslední tabule byla do vybrané sestavy dodatečně přidána. Primárně je určena chlapcům a mužům (Murray, 1943). Po „černém“ obrázku se pro probandy stala vítaným zpestřením na závěr, což byl také jeden z důvodů, proč se dostala do předkládané série.

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

Tab. 30: Výsledky SCORS k tabuli 17BM TAT

Největší rozdíl mezi oběma soubory (0,7) se nalézá u škály *Porozumění sociální kauzality*, další (0,6) u dimenze *Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých* a třetí (0,5) pak u škály *Sebedůvěra*. Je zřejmé, že děti s ADHD měly u této tabule sníženou schopnost porozumět tomu, proč lidé jednají tak, jak jednají, jejich popisy byly jednodušší a úspornější a cítily se více neadekvátně.

Na tomto obrázku je jen jedna lidská postava, která se navíc zabývá dost jasně specifikovanou činností. Další podstatný detail je, že nemá na sobě žádné oblečení. Probandi s tím nakládali různým způsobem, někteří si toho vůbec nevšimli, jiní to nahlas vyjádřili, buď se tomu jen podivili, nebo přímo vysvětlili tuto skutečnost.

Tabule tedy opět vybízela k rozmanitým příběhům kladoucím nároky na vypravěče.

Obrázek 17BM je vhodným příkladem pro doložení výkladové variability, a tedy projektivní síly tabulí. Již prosté rozhodnutí, zda se nechá muž šplhat nahoru nebo dolů, je smysluplné z hlediska interpretace příběhu (Čermák, Fikarová, Eds., 2012).

Některé dítě šplhající postavu popisovalo jako kulturistu (12; 2 let), další hovořilo o silných lidech, kteří posilovali (8; 5 let), o frajerovi, který se představuje nějaké paní a pak spadne (11; 9 let), o svalnatém pánovi (10; 6 let), o sportovci, který chce vyhrát (10; 8 let), o nahatém Tarzanovi, jak se houpe na liáně (10; 7 let) nebo dokonce o zloději (11; 8 let).

Chlapec s ADHD (11; 1 let): *Byli hasiči a podali zprávu, že někde hoří. Tak hlavní vůdce se vzbudil rychle, byl nahatý, tak se sbalil a jel na akci nahatý.*

Méně obvyklý příběh hochy s ADHD (10; 8 let): *Pán, který byl odsouzen za něco, co nespáchal a měl dostat 50 let ve vězení, jenomže to už nemohl vydržet. Chtěl být na svobodě a pomstít se. Podařilo se mu to díky lanu z toaletního papíru a díky pilníku, kterým přepiloval mříže. Po laně se spustil dolů na pevnou zem a potom utekl za svobodou, ale potom se začal znovu skrývat, aby ho zase nechytli.*

Chlapec s ADHD (12; 3 let) povídá: *Tady nějaký člověk leze nahoru. A třeba ten dole má v ruce nějaký bič a vždycky ho pleskne, ať leze nahoru. A ten mu řekne, že už nemůže, moc mu nejde šplhat, moc to neumí.*

Příběh dítěte s ADHD (10; 11 let): *Tady je atlet nebo sportovec, který byl na nějakém turnaji a chtěl být nejlepší. Rychle šplhal na laně a vychloubal se, že je nejlepší. Pak ho to potrestalo tím, že to lano se v půlce přetrhlo a on spadl. Ale nic se mu nestalo, jen si uvědomil, že by se neměl vychloubat.*

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

Tab. 31: Výskyt dominantních interpersonálních témat u tabule 14 TAT

Nejčastěji vyskytujícím se interpersonálním tématem tohoto posledního obrázku byla dominance a obdiv. Ve vyprávěních se však také našla emoční intimita, závislost, trest, vina, strach, opuštěnost a bezmocnost. Vše bylo v podobném zastoupení u obou sledovaných souborů.

Škála sociální orientace (SOS): Co se týče této škály, opakovalo se podobné schéma jako u předchozích tabulí. Děti s ADHD neměly problém se sociální percepcí a zaměřením, ale hůře zvládaly sociální porozumění, vcítění, spolucítění a sociální akt.

Tabule 17BM TAT byla konečnou tabulí první fáze testového vyšetření. Uzavírala zvolenou sérii dvanácti obrázků Tematicko apercepčního testu.

Nyní se budeme věnovat jednotlivým výsledkům Dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině, který byl administrován po TAT.

V následujících tabulkách jsou znázorněny emoční vztahy a výchovné řízení, jak u dětí s ADHD (výběrový soubor), tak u dětí bez hyperkinetické poruchy (kontrolní soubor).

Emoční vztah	Otec	Matka	V rodině jako celku
záporný	16	19	20
střední	1	-	-
kladný	6	6	5
extrémně kladný	2	-	-

Tab. 32: Emoční vztah otce, matky a celkově v rodině (děti s ADHD)

Emoční vztah	Otec	Matka	V rodině jako celku
záporný	20	19	21
střední	1	2	-
kladný	4	4	4
extrémně kladný	-	-	-

Tab. 33: Emoční vztah otce, matky a celkově v rodině (děti bez ADHD)

Výchovné řízení	Otec	Matka	V rodině jako celku
silné	7	6	5
střední	-	1	-
slabé	6	8	6
rozporné	12	10	14

Tab. 34: Výchovné řízení otce, matky a celkově v rodině (děti s ADHD)

Výchovné řízení	Otec	Matka	V rodině jako celku
silné	12	13	10
střední	1	3	-
slabé	7	3	7
rozporné	5	6	8

Tab. 35: Výchovné řízení otce, matky a celkově v rodině (děti bez ADHD)

Z uvedených údajů vyplývá, že v rodinách s dětmi s ADHD převládá záporný emoční vztah obou rodičů i celkem a rozporné výchovné řízení, kdežto u dětí v kontrolním souboru je výchovné řízení spíše silné (emoční vztah zůstává rovněž záporný).

Poté se ještě zjišťoval podle modelu devíti polí způsob výchovy v rodině. Každé pole uvedeného modelu vykazuje jednu ze základních forem způsobu výchovy, která je více či méně kvalitativně odlišena od ostatních a poskytuje specifické podmínky pro vývoj dítěte. Autoritativní styl výchovy odpovídá přibližně poli 1, styl liberální je vyjádřen diferencovaně poli 2 a 6, styl demokratický poli 5 a 8 (Čáp, Boschek, 1994).

U dětí s hyperkinetickou poruchou převládá pole 3 – záporný emoční vztah k dítěti s rozporným řízením (11krát). Probandi z kontrolního souboru nejvíce zastupují pole 1 – záporný emoční vztah k dítěti se silným řízením (9krát), dále také pole 3 (6krát). Společným znakem obou těchto polí je záporný emoční vztah k dítěti u jednoho nebo obou rodičů. Výrazné formy záporného emočního vztahu jsou při vysokém záporném komponentu výchovy a zvláště v jeho kombinaci s vysokým komponentem požadavků (pole 1 nebo 3). V rodině se kladou přísné příkazy a zákazy, vyžaduje se jejich bezpodmínečné plnění. Jednostranně se zdůrazňují nedostatky dítěte. Dobrý výkon se považuje za samozřejmost a rodiče dítě nepochválí. Naopak opakovaně vyčítají: co všechno jsem pro tebe udělal(a), obětoval(a). Srovnávají dítě s úspěšnějším sourozencem nebo jiným dítětem.

13.2 Kazuistika vybraného chlapce s ADHD

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

V rámci tohoto šetření jsem se rozhodla zpracovat kazuistiku jednoho dítěte s ADHD syndromem. Bližší informace, které jsou v ní uvedeny, jsem získala od jeho

zákonného zástupce a také dostala souhlas k jejich anonymnímu zveřejnění. Rovněž jsem čerpala z poznatků z rozhovoru, jenž proběhl před administrací projektivního testu i dotazníku, a samozřejmě z dvanácti vyprávěných příběhů (viz Příloha č. 9). Při zpracovávání jsem měla k dispozici i jeho lékařskou dokumentaci a výsledky zobrazovacích metod (EEG, MR).

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

Tento „případ“ má 12; 8 let a trpí ADHD syndromem. Jde o hochu, který je pro těžkou poruchu pozornosti dlouhodobě veden v ambulanci pedopsychiatra, dětského neurologa i klinického psychologa.

Klinický dojem (pozorování)

Milý chlapec, čistý, upravený, vyšší, ale spíše astenické postavy. Krátké světle hnědé vlasy, modré oči. Oblečený do bílé košile, červeného svetru a modrých kalhot. Podal ruku při pozdravu a podíval se i do očí. Celkově je však oční kontakt snížený. Během testování zvládl být poměrně klidný. Řeč dobře srozumitelná, bez nápadností a latencí. Je zvědavý a snaživý. Myšlení koherentní. Velmi zvýšený psychomotorický neklid, neustále hýbe nohama, hraje si s rukama, poposedává si. Nevydrží ani na chvíli v klidu, je jako „živé stříbro“. Dobře však spolupracuje, snaží se. Je citlivý na pochvalu a ocenění. Pozornost výrazně klesá po zátěži.

Rodinná anamnéza (RA)

Rodiče jsou rozvedeni. Hoch žije s matkou, mladší sestrou (8 let), babičkou a dědou. Bydlí v rodinném domě prarodičů na vesnici. Otec se odstěhoval do vzdálenějšího města, se synem a dcerou se stýká nepravidelně, o jejich výchovu nemá příliš velký zájem. Ve vztahu k sestře se projevují ambivalentní pocity, má ji velmi rád, ale zároveň bojuje s pocity žárlivosti. Sestra ve všem vyniká (škola, kroužky atd.), je oblíbená. Vztahy jsou rivalitní, ale emočně s pozitivní vazbou. Situace rodiny náročná vzhledem k souběhu více zátěžových faktorů – přechodné bydlení u rodičů matky, její časová vytíženost, nejednotný přístup ve výchově, na kterém se podílí více různých jedinců.

Osobní anamnéza (OA)

Chlapec z první fyziologické gravidity, těhotenství bez problémů, porod v termínu, ale komplikovaný, protrahovaný, s uvíznutím dítěte a pupečnícem kolem krku, po porodu resuscitován. Apgar skóre 5-7-9. Časný psychomotorický vývoj v normě, někdy i rychlejší.

Verbální projev dobrý. Brzy začal dodržovat hygienu. Nízká nemocnost. Několik let bere psychofarmaka, avšak s nevelkým účinkem.

Sociální anamnéza (SA)

Mateřská škola od tří a půl let. Adaptace dobrá, bez potíží. Nastávají však první problémy s hyperaktivitou a pozorností a konflikty s ostatními dětmi (mírné projevy agresivity). Odklad školní docházky o jeden rok. Do školy chodí většinou rád, prospěchově relativně bez potíží. Stále čtenější problémy v chování a pozornosti, obtížně se soustředí. I doma při přípravě je to hodně náročné. Ve škole má asistenta pedagoga a individuální studijní plán. Není takřka schopen samostatné činnosti. Navštěvuje 6. třídu běžné základní školy, v současné době nastala ztížená situace související s nástupem na 2. stupeň ZŠ a příznaky prepuberty – akcentují problémy s chováním. *Kamarády mám, je to dobré. Dva ve své třídě. Škola mě docela baví. Nejvíce tělocvik, pak výtvarka. Nebaví mě matematika. Rád pomáhám doma, máme koně, taky na něm jezdím. Venku jsem rád. Doma se někdy dívám na televizi a jsem u počítače, i když mi to mamka moc nechce dovolovat. Občas čtu, ale moc často ne. Teď jsem přečetl Mikulášovy průšvihy.*

Současný problém

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

Testové vyšetření

Kresba rodiny: Před zahájením se chlapec v klidu zeptá, zda to mohou být jen hlavy. Maluje ochotně, hodně gumuje, je kritický ke svému dílu, neodhadne proporce. Rychle, dynamicky až impulzivně nakreslí zjednodušené, schematické postavy bez rukou. Jsou v pořadí: máma, sestřička, já, táta. Popíše mámu psacím písmem, jinak tiskacím. První tři postavy jsou usměvavé, veselé. V celkovém dojmu dominuje napětí, rozmach, impulzivita, potíže se sebekoordinací, výraznější grafomotorická neobratnost.

WISC-III: Rozumové schopnosti jsou aktuálně hodnoceny v pásmu mírného nadprůměru, lehce převažují verbální schopnosti nad performačními. Intersubtestová variabilita je zvýšená. Výborná se jeví úroveň vizuálně percepční diskriminace, rovněž schopnost vizuální analýzy prostorových vztahů je na značně dobré úrovni. Vizuomotorika oslabena. Z verbálních schopností je velmi dobře hodnocena generalizace a abstrakce. Hodně slabá je rychlost zpracování (kódování značně pod normou) a pohotovost v řešení úloh. Při zohlednění osobního tempa se významně zvyšuje využití intelektového potenciálu. Úroveň verbalizace a sociálního porozumění je průměrná. Slabší je schopnost anticipace vývoje sociálních událostí (může se projevovat nedostatečným smyslem pro

zhodnocení důsledků vlastního chování a porozumění sociálním situacím vůbec). Chlapec nedokáže dostatečně nahlédnout přirozený sled událostí (chování), což může negativně ovlivňovat adaptaci v interpersonálních vztazích.

TAT: Příběhy jsou kratší, některé však dostatečně propracované. Zejména v reakci na tabuli 1, 5, 11 a 13G. Chlapec se v nich řídí podle okamžité emoce, kterou zrovna prožívá. Jeví se, že je docela zatížený požadavky ze strany rodiny (pochválení a trest, posílení očekávání dobré známky, žádost, aby přinesl dobré známky atp.). Na podněty, které zná běžně z domu, odpovídá více, bez latencí a s rozvíjením obsahu, kdežto u témat, které jsou pro něj neznámá, možná nebezpečná, neví, co s nimi. Tam je prodloužená reakce a zkrácení povídání. Už na druhé podnětové tabuli je agresivní obsah (nůž, pistol) a ten se pak ještě u jednoho obrázku opakuje, ale v rámci jeho věku a pohlaví by se to ještě dalo brát jako norma. Pro chlapce jsou to dominantní symboly (síla, obrana). Vyplývá to také z jeho šoku na tabuli 8BM (mluví o zabíjení), ale pak se z toho pohádkově dětským způsobem dostane na další tabuli (drakem). A na dalším obrázku je již slunečný den. Rozumný chlapec, suspektně úzkostný (v reakcích, někdy s panikou, ale i obranou s agresí). Výkyvy v chování. Má také ve svém věku ještě v sobě dost dětského světa. Infantilně zpracovává. Určitě vnímá požadavky okolí a reaguje nejvíce na odměny a tresty, hlavně od rodičovských osob. Ze skórovacího systému SCORS vyplývá průměrný skóre 3,2. Úroveň je sice mírně snižena, ale není to pásmo patologie, nýbrž dolní průměr v jednotlivých srovnávaných dimenzích. Kognitivní uchopení a diferencovanost pohledu dosáhlo skóru 3,2, kvalita očekávaných a vyjadřovaných vztahů 3,2 a 3,7, vklad do morálních hodnot 3,4, schopnost sociálního konsenzu pak 3,3, agresivní tendence je spíše nezralá 2,8 (hodnota nejnižší), sebedůvěra se nachází na hodnotě 3 a projev v identitě na 3,3. V popisu se objevuje osobnostní nezralost a oslabená schopnost perspektivy druhého. Co se týče Škály sociální orientace, skoro vždy došlo k sociální percepci a zaměření, také většinou k sociálnímu porozumění, i když to bylo někdy chybné. Dimenze vcítění a spolucítění dost chyběly, avšak sociální akt ve většině příběhů nastal.

CDI: Zvýšená ve škále nevykonnost, jinak hodnocení v ostatních škálách vyvážené, průměrné (emotivita, interpersonální vztahy, sebehodnocení, nálada).

Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině: Chlapec odpovídal ochotně, co se týče matky, neměl vůbec problém, u otce, který s rodinou nežije, někdy váhal. Emoční vztah otce i matky vyšel záporný, výchovné řízení otce se jeví jako střední, matky spíše silné. V modelu devíti polí odpovídá dosaženým hodnotám pole 1 (v rodině jako celku je emoční vztah záporný a výchovné řízení silné).

Dokumentace

Dle dokumentace je hoch diagnostikován poruchou aktivity a pozornosti na podkladě raných rizik (perinatální hypoxie). Jde o farmakorezistentní formu. Z MR vyplývá náhodný nález arachnoideální cysty. EEG záznam je výrazně abnormální pro převahu theta-delta vlny. Bez fokálních a EP změn. Je zřejmý velký vliv medikace na graf, ale částečně pomalé vlny odpovídají buď LMD, nebo jiné organické příčině. Základní rytmus je velmi vysoká alfa a theta aktivita, často i ostré vlny. Občas se objevují i delta vlny, generalizované. V epizodách jsou patrné velmi vysoké pravidelné theta.

Rozbor

ADHD syndrom, na podkladu četných raných rizik. Z výsledků testového vyšetření je zřejmé, že aktuální úroveň intelektových schopností chlapce se nalézá v pásmu mírného nadprůměru. S lehkou převahou schopností verbálních nad performačními. Z TAT metody vyplývá, že jeho osobnost je dosti nezralá vzhledem k věku, s projevy zvýšené emotivity a citlivosti. Chlapec může mít problémy v sociální adaptabilitě, mezilidské vztahy jsou pro něj obtížně srozumitelné. Současný nárůst problémového chování může souviset s pocitem insuficience, nezačlenění v rodině, zdá se být identifikován s negativní rolí. Bývá označován za příčinu svárů, tuto roli plní. Převažuje u něj negativní sebehodnocení, nejistota ve vlastní pozici a pochybnosti o sobě. Pozitivně však reaguje na podporu, ocenění, pozitivní motivaci. Schopen sebereflexe a sebekritiky, citlivý na reakce druhých.

Závěr

Pacient trpí ADHD syndromem, který mu způsobuje značné problémy také v sociální oblasti. Zvýšené riziko dekompenzace psychického stavu v zátěžových situacích.

Doporučení

Vhodné je pozitivní posilování (ocenění snahy a drobných úspěchů) a laskavá důslednost. Zapojení ve skupině dětí. Hledání alternativ k odreagování a uplatnění energie, poskytnutí prostoru k volné hře, abreakci, expresi, uvolnění napětí. Pomoc zprostředkovávat sociální porozumění. Orientace na zdravý rozvoj emocí a vztahů, podpora sebezpřijetí. Ve škole a v domácí přípravě nepřetěžovat, při neúspěchu podpořit ke zdolání. Doporučení pokračovat v pravidelné psychoterapii, důležitá je také medikace psychofarmaky.

Z kazuistiky a rovněž z rozhovoru s dítětem i jeho matkou vyplývá, že za stěžejní považují právě chlapcovy problémy v sociální oblasti, zejména ve vztazích. Interpersonální potíže nastávají doma, ve škole, na návštěvě u přátel atd., prostě v každém sociálním prostředí, ve kterém se hoch ocitne.

14 Interpretace výsledků

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

14.1 Kvalitativní výzkum

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

Tabule TAT	Výběrový soubor	Kontrolní soubor
1	3,3	3,6
3BM	2,7	3
5	3	3,3
7GF	3,2	3,6
8BM	2,4	2,9
11	2,7	3,3
12BG	3,2	3,4
12M	3,1	3,4
13B	3,2	3,5
13G	3,1	3,3
14	2,8	3,3
17BM	3,1	3,5
celkový průměrný skór	3	3,3

Tab. 36: Celkový průměrný skór u všech vybraných tabulí TAT

Celkový průměrný skór u výběrového souboru je 3 a u kontrolního souboru 3,3. Rozdíl mezi nimi činí 0,3. U výběrového souboru najdeme minimální skór u tabule 8BM (2,4) a maximální u tabule 1 (3,3). U kontrolního souboru se minimální skór nachází rovněž u tabule 8BM (2,9) a maximální pak současně u tabulí 1 a 7GF (3,6).

Úroveň skóru je mírně snižena, nejde však ještě o patologii, ale o dolní průměr. Všechny oscilují mezi hodnotami 2,4 a 3,6.

Rozdíly mezi soubory jsou nejvíce zřetelné u tabule 11 (0,6), dále u tabule 8BM a 14 (0,5) a rovněž stejně u tabulí 7GF a 17BM (0,4). V čele stojí málo strukturovaná tabule, což se dalo předpokládat, protože příběhy pak mohou být hodně řízeny individualitou a fantazií každého dítěte. Dále jsou to tabule, kde je zobrazena snová operace, silueta muže proti oknu, postava ženy a dívky s panenkou a šplhající nahý muž.

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

Škály SCORS – výběrový soubor	Průměr	Medián	Rozptyl	Směr. odchylka
a) Diferencovanost self a komp. rep. druhých	2,7	2,7	0,04	0,2
b) Afektivní kvalita reprezentací	3,5	3,55	0,10	0,32
c) Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů	3,1	3,15	0,08	0,28
d) Emoční vklad do hodnot a morál. standardů	3,2	3,15	0,10	0,32
e) Porozumění sociální kauzalitě	2,6	2,6	0,11	0,33
f) Prožívání a zvládání agresivních impulzů	2,6	2,7	0,41	0,64
g) Sebedůvěra	3,2	3,2	0,04	0,2
h) Identita a soudržnost self	3,3	3,15	0,11	0,33

Tab. 37: Průměrné skóry jednotlivých škál SCORS a jejich statistické charakteristiky u výběrového souboru

Škály SCORS – kontrolní soubor	Průměr	Medián	Rozptyl	Směr. odchylka
a) Diferencovanost self a komp. rep. druhých	3,2	3,2	0,05	0,22
b) Afektivní kvalita reprezentací	3,7	3,8	0,07	0,26
c) Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů	3,6	3,5	0,10	0,32
d) Emoční vklad do hodnot a morál. standardů	3,4	3,4	0,06	0,25
e) Porozumění sociální kauzalitě	2,9	2,8	0,13	0,36
f) Prožívání a zvládání agresivních impulzů	2,9	2,85	0,32	0,57
g) Sebedůvěra	3,5	3,5	0,07	0,26
h) Identita a soudržnost self	3,5	3,5	0,08	0,28

Tab. 38: Průměrné skóry jednotlivých škál SCORS a jejich statistické charakteristiky u kontrolního souboru

Při bližším zkoumání je vidět, že největší rozdíl mezi oběma soubory (0,5) se projevil u škál *Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých* a také *Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů*. Další shodné rozdíly (0,3) najdeme pak u dimenzí *Porozumění sociální kauzalitě*, *Prožívání a zvládání agresivních impulzů* a *Sebedůvěra*. Nejmenší rozdíl (0,2) byl u zbývajících tří škál, a to *Afektivní kvalita reprezentací*, *Emoční vklad do hodnot a morálních standardů* a *Identita a soudržnost self*.

V první škále se hodnotí rozsah, v rámci kterého je osobnost schopna diferencovat mezi vnímáním sebe sama a ostatních a také na kolik jedinec může zhodnotit jedinečnost a komplexnost dispozic a subjektivní zkušenosti ostatních. Děti z kontrolního souboru

propracovávaly osobnosti svých postav v příbězích o něco komplexněji a s větší hloubkou, i když i tak šlo většinou o málo kvalitní pohledy.

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

Porozumění sociální kauzalitě, tedy schopnost rozumět tomu, proč lidé jednají tak, jak jednají, taky nebylo pro děti úplně jednoduché. Tady dosahovaly oba soubory nejnižších skóreů (2,6 u výběrové a 2,9 u kontrolní skupiny). Probandi měli problém vysvětlit lidské chování nebo významy interpersonálních zkušeností.

Pokusím se také objasnit výsledný nízký skór v souborech u škály týkající se agrese, jež se skóruje jen v tom případě, jestliže je tento projev chování v příběhu vyjádřený. Dle mého názoru by to mohlo být také tím, že jde o chlapce, tedy jedince mužského pohlaví, kteří ve svém věku považují pistole a nože za určité symboly. Budují tím svůj atavistický archetyp bojovníka a lovce, jenž v sobě nosí. Výsledný skór byl překvapivě naprosto totožný jako u předchozí dimenze.

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

Kvalita očekávaných vztahů byla opět o něco lepší u dětí bez hyperkinetické poruchy, ti se cítí méně osamoceni.

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

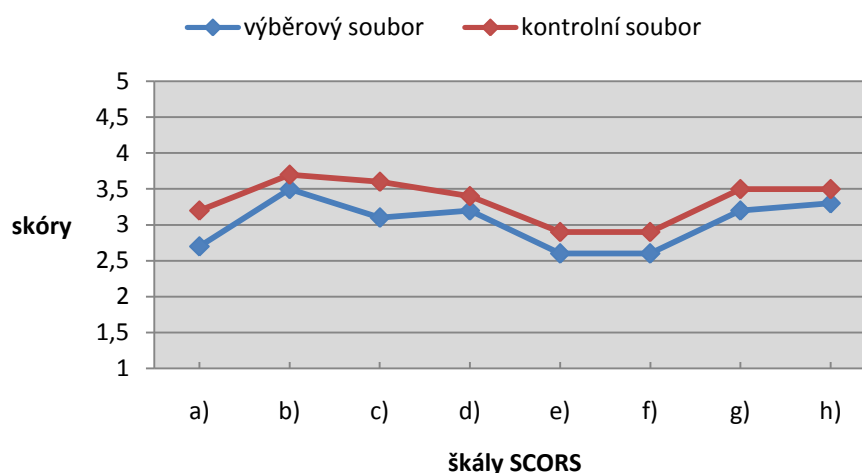
Poslední sledovanou dimenzí byla identita, i tady najdeme vyšší hodnoty u kontrolního souboru, kde mají děti lepší pohled na sebe či pocity vůči sobě.

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

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

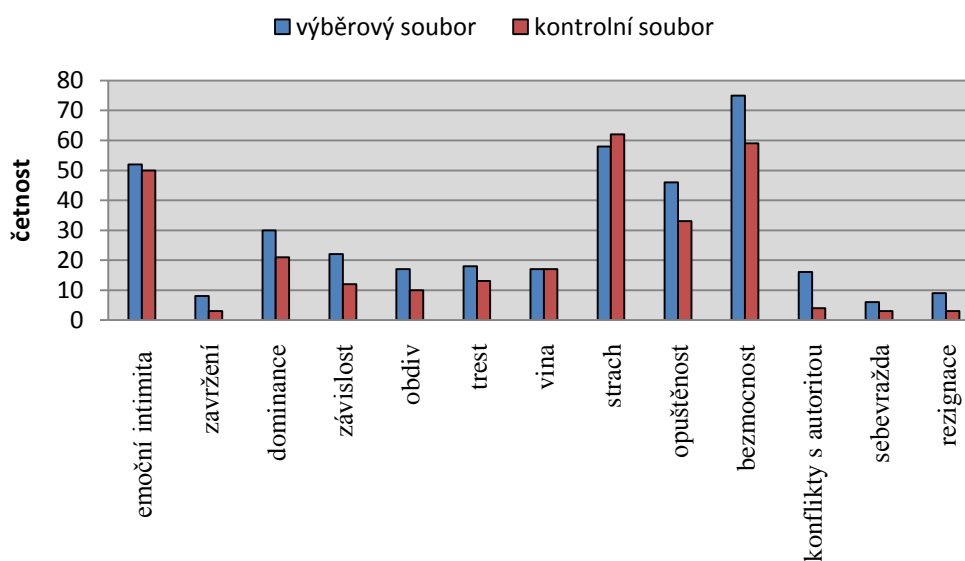
V níže uvedeném grafu pak můžeme sledovat celkovou komparaci průměrných skóreů SCORS. Ve všech dimenzích jsou zřejmé nižší hodnoty u dětí s ADHD. I když není

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



Graf 1: Celkové srovnání průměrných skóreů jednotlivých škál SCORS

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



Graf 2: Výskyt dominantních interpersonálních témat na všech vybraných tabulích

Jako druhou možnost vyhodnocování příběhů na tabulích TAT jsem zvolila Škálu sociální orientace. Sledovala jsem, zda-li se v nich objevily jednotlivé fáze této škály (sociální percepce, zaměření a porozumění, vcítění, spolucítění, sociální akt). Výsledky byly velmi podobné u obou souborů, snad jen s tím rozdílem, že u dětí s ADHD byly větší problémy s emoční složkou. Jinak téměř vždy nastala sociální percepce, tedy registrace podnětů a rozpoznání sociálního objektu, dále sociální zaměření (zájem o sociální objekt a aktivní zaměření se na něj) a rovněž porozumění významu sociální situace v jejím emočním i sociálním kontextu. Toto porozumění však bývalo často maladaptivní, chybné. Emoční komponenty ve větší míře chyběly, jak již bylo řečeno, převážně u probandů s hyperkinetickou poruchou (nebylo zřetelné emoční ztotožnění a podstoupení od vlastního prožitku). Z fáze třetí se tedy rovnou přeskakovalo do šesté, pokud ovšem vůbec nastala. Sociální akt, tedy využití získané zkušenosti, nebyl totiž vždy uskutečněn.

Výsledky plynoucí ze Škály sociální orientace by bylo možno vysvětlit problémy dětí s ADHD v sociální oblasti a zejména jejich emoční nestabilitou.

Dále se ještě vrátím k druhé testové metodě, která byla ve výzkumu užitá, k Dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině. Z jeho interpretace je zřejmé, že u velké části administrovaných dětí byl zjištěn záporný emoční vztah v celé rodině (v obou souborech), ale lišil se způsob výchovného řízení. U probandů z kontrolní skupiny převažovala silná, u dětí s ADHD rozporná výchova. Opět bychom se mohli odkázat na širší souvislosti, na potíže s výchovou dětí s hyperkinetickou poruchou, na jejich nelehké interpersonální vztahy, že výchova dětí s ADHD není vůbec jednoduchá a má mnoho úskalí. Měla by však být zejména jednotná, a to ze strany všech členů, kteří se na ní podílí, a rovněž důsledná.

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

14.1.1 Stručný souhrn k výzkumným otázkám

Nyní bych chtěla odpovědět na všechny výzkumné otázky v tom pořadí, v jakém jsem je definovala. Budu se vyjadřovat ke každé z nich zvlášť a pokusím se vysvětlit své stanovisko, které k dané problematice zaujímám.

VO1: U kterých tabulí TAT jsou rozdíly mezi soubory v dimenzích SCORS nejvíce zřetelné?

Největší rozdíly mezi soubory v dimenzích SCORS jsou nejvíce zřetelné u tabule 11 (0,6), 8BM (0,5), 14 (0,5), 7GF (0,4) a 17BM (0,4) Tematicko apercipčního testu. Tabule 11 je velmi nestrukturovaná, nejasná a tudíž nejednoduchá na interpretaci, obrázku 8BM se hodně probandů bálo, nevědělo, jak jej uchopit, u tabule 14 je velmi zřejmé téma strachu a bezmocnosti, tabule 7GF vyjadřuje blízký, i když na první pohled ambivalentní vztah dvou postav a tabule 17BM může opět, ač vypadá na první pohled bezproblémově, evokovat negativní motivy.

VO2: U kterých škál SCORS se projeví největší rozdíl mezi oběma soubory?

Největší rozdíl mezi oběma soubory se projevil u dimenzí *Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých* (0,5) a *Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů* (0,5), dále u škál *Porozumění sociální kauzality* (0,3), *Prožívání a zvládání agresivních impulzů* (0,3) a *Sebedůvěra* (0,3). Děti s ADHD mohou mít větší problémy s diferencovaností self, s kvalitou vyjadřovaných vztahů, s porozuměním sociální kauzality, s agresí a se sebedůvěrou. Většinou vidí své self málo diferencovaně a komplexně, jejich popisy lidí bývají jednoduché a úsporné. Vztahy mají tendenci mít spíše povrchní a primárně založené na účasti na společné aktivitě. Mívají potíže s vysvětlením lidského chování a deskripcí interpersonálních událostí. Mají tendenci být více zlostní a pasivně agresivní. Jejich sebedůvěra bývá nízká.

VO3: Jaká interpersonální témata jsou specifická pro děti s ADHD?

Pro děti se syndromem ADHD byla na předložených tabulích nejvíce specifická témata bezmocnosti, strachu, emoční intimity a opuštěnosti. Bezmocnost se u nich objevila celkem 75krát, strach 58krát, emoční intimita 52krát a opuštěnost 46krát.

VO4: U které fáze Škály sociální orientace je rozdíl mezi oběma soubory nejmarkantnější?

Největší rozdíl mezi oběma soubory u Škály sociální orientace aplikované na příběhy vzniklé podle vybraných tabulí TAT najdeme u oblastí, které se primárně týkají emočního prožívání, tedy fáze vcítění a spolucítění. Na dalším místě bychom pak našli sociální porozumění a sociální akt.

VO5: Které tabule jsou nejužitečnější pro diagnostiku ADHD?

Z uvedeného výzkumu vyplývá, že pro diagnostiku ADHD by mohly být nejpřínosnější méně strukturované tabule (např. 11 TAT) a také obrázky podněcující k negativním tématům (např. 8BM a 14).

VO6: Je způsob výchovy u dětí s ADHD odlišný?

Dle výsledků Dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině můžeme poukázat, že výchovné řízení v rodině dětí s hyperkinetickou poruchou by se mohlo jevit jako více rozporné.

VO7: Jaké budou postoje dětí s ADHD k ostatním jedincům?

Postoje dětí s ADHD k ostatním jedincům se budou lišit od těch, které zaujímají děti bez této diagnózy. Vyplývá to z výsledků skórovacího systému a je to zřejmé i z kazuistiky vybraného chlapce. Děti s hyperkinetickou poruchou často projevují protichůdné citové postoje, velmi stojí o vztahy, ale ukazují to nejasným způsobem.

VO8: Mají děti s touto diagnózou větší problém v mezilidských vztazích než ostatní?

Děti s ADHD mívají větší problém v mezilidských vztazích než ostatní jedinci.

14.2 Kvantitativní výzkum

Co se týče kvantitativní části výzkumu, potvrdila se stanovená klíčová hypotéza H1: Mezi průměrným skórem všech škál SCORS v Tematicko apercipčním testu u kontrolního souboru a u dětí s ADHD existuje statisticky významný rozdíl. Můžeme říci, že výběrový průměr se na zvolené hladině významnosti statisticky významně liší od hodnoty průměru kontrolního souboru. Rovněž byly přijaty ostatní dílčí hypotézy (H2, H3 a H4).

K výsledku jsem došla pomocí Mann-Whitneyova U-testu. Díky porovnání s tabulkovou hodnotou se zjistilo, že rozdíl mezi výběrovým průměrem a průměrem kontrolního souboru je signifikantní.

Nejprve jsem skóry obou pozorovaných výběrů seřadila do společné vzestupné posloupnosti. Testové kritérium zjišťuje počet inverzí a označuje se U . Pro každý prvek z první skupiny je třeba zjistit, kolik pozorování z druhé skupiny mu v sestaveném pořadí předchází. V závislosti na tom, který z obou výběrů se vezme jako první nebo druhý, dostaneme dva údaje o počtu inverzí, U a U' . Jako testové kritérium se volí menší číslo.

Po seřazení skóru obou výběrů do jedné posloupnosti jim byla přidělena pořadová čísla, která pak byla vrácena zpět do původní skupiny. Tato čísla se sečetla pro každou skupinu zvlášť a byla označena symboly T_1 a T_2 .

$$U = n_1 n_2 + [n_1 (n_1 + 1)/2] - T_1$$

$$U' = n_1 n_2 + [n_2 (n_2 + 1)/2] - T_2$$

Veličiny U a U' spolu souvisejí vztahem: $U + U' = n_1 n_2$

Vypočítaná hodnota se pak porovnávala v tabulkách. Mann a Whitney přesně odvodili distribuci U až do rozsahu $n_2 = 8$ (tabulka pravděpodobnostní hodnoty). Pokud je však výběr větší než 8, pak se mohou použít kritické hodnoty Mann-Whitneyova testu.

Výsledné skóry dětí ve výběrovém souboru ($n_1 = 12$):

3,3; 2,7; 3; 3,2; 2,4; 2,7; 3,2; 3,1; 3,2; 3,1; 2,8; 3,1

Výsledné skóry dětí v kontrolním souboru ($n_2 = 12$):

3,6; 3; 3,3; 3,6; 2,9; 3,3; 3,4; 3,4; 3,5; 3,3; 3,3; 3,5

Hodnoty obou výběrů se spojí vzestupně do jedné posloupnosti:

2,4	2,7	2,7	2,8	2,9	3	3	3,1	3,1	3,1	3,2	3,2	3,2	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,4	3,4	3,5	3,5	3,6	3,6
I	I	I	I	II	I	II	I	I	I	I	I	I	I	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II
1	2	3	4	5	6,5	6,5	8	9	10	11	12	13	14,5	14,5	16	17	18	19	20	21	22	23	24

$$T_1 = 1 + 2 + 3 + 4 + 6,5 + 8 + 9 + 10 + 11 + 12 + 13 + 14,5 = 94$$

$$T_2 = 5 + 6,5 + 14,5 + 16 + 17 + 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23 + 24 = 206$$

$$U = 144 + 78 - 94 = 128$$

$$U' = 144 + 78 - 206 = 16$$

Nižší z vypočítaných hodnot použijeme jako testové kritérium a porovnáme ho s tabulkovou kritickou hodnotou pro příslušné n_1 a n_2 a zvolenou hladinu významnosti ($\alpha = 0,05$). Je-li $U < U_{(\alpha, n_1, n_2)}$, pak hypotézu přijímáme.

$$16 < 37,7$$

Klíčová hypotéza H1 je tedy přijata. Výběrový průměr se na zvolené hladině významnosti statisticky významně liší od průměru kontrolního souboru.

Stejným způsobem postupujeme u dílčích hypotéz.

H2: Mezi průměrným skórem škály SCORS *Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých* v TAT u kontrolního souboru a u dětí s ADHD existuje rozdíl.

$$n_1 = 12, n_2 = 12$$

$$T_1 = 1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9,5 + 11 + 12 + 13,5 = 82$$

$$T_2 = 9,5 + 13,5 + 15 + 16 + 17 + 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23 + 24 = 218$$

$$U = 144 + 78 - 82 = 140$$

$$U' = 144 + 78 - 218 = 4 \text{ (testové kritérium)}$$

$$4 < 37,7$$

Hypotézu H2 opět přijímáme.

H3: Mezi průměrným skórem škály SCORS *Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů* v TAT u kontrolního souboru a u dětí s ADHD existuje rozdíl.

$$n_1 = 12, n_2 = 12$$

$$T_1 = 1 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 + 11 + 12,5 + 14,5 = 91$$

$$T_2 = 2 + 12,5 + 14,5 + 16 + 17 + 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23 + 24 = 209$$

$$U = 144 + 78 - 91 = 131$$

$$U' = 144 + 78 - 209 = 13 \text{ (testové kritérium)}$$

$$13 < 37,7$$

Hypotéza H3 je rovněž přijata.

H4: Mezi průměrným skórem tabule 11 TAT u kontrolního souboru a u dětí s ADHD existuje rozdíl.

U této poslední hypotézy byl postup malinko odlišný, neboť oba výběry měly nižší rozsah.

Výsledné skóry dětí ve výběrovém souboru ($n_1 = 8$):

2,6; 3,1; 2,9; 2,9; 2,2; 2,1; 3,2; 3,2

Výsledné skóry dětí v kontrolním souboru ($n_2 = 8$):

3,2; 3,6; 3,6; 3,3; 2,7; 2,6; 3,7; 3,8

Hodnoty obou výběrů se také spojí vzestupně do jedné posloupnosti:

2,1	2,2	2,6	2,6	2,7	2,9	2,9	3,1	3,2	3,2	3,2	3,3	3,6	3,6	3,7	3,8
I	I	I	II	II	I	I	I	I	II	I	II	II	II	II	II
1	2	3,5	3,5	5	6,5	6,5	8	10	10	10	12	13	14	15	16

$$T_1 = 1 + 2 + 3,5 + 6,5 + 6,5 + 8 + 10 + 10 = 47,5$$

$$T_2 = 3,5 + 5 + 10 + 12 + 13 + 14 + 15 + 16 = 88,5$$

$$U = 64 + 36 - 47,5 = 52,5$$

$$U' = 64 + 36 - 88,5 = 11,5 \equiv 12 \text{ (testové kritérium)}$$

Pro menší z vypočítaných hodnot $U = 12$ se najde v tabulce pro $n_1 = 8$, $n_2 = 8$ pravděpodobnostní hodnota $\alpha = 0,019$, což je dostatečně vysoká pravděpodobnost pro přijetí hypotézy – hranice, do které hypotézu přijmeme, je 0,05 ($\alpha < 0,05$).

Hypotézu H4 přijímáme.

Všechny stanovené hypotézy byly potvrzeny.

15 Diskuse

Hlavním cílem této rigorózní práce bylo posoudit pomocí Tematicko apercepčního testu, tedy jedné z projektivních metod, zda mají děti s ADHD větší problémy v sociální a interpersonální oblasti, než jejich vrstevníci. K tomuto účelu byl rovněž využit Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině. V zahraniční literatuře je možno nalézt podobné výzkumy, u nás se však s nimi zatím moc nesetkáme. Bylo by proto také z tohoto důvodu užitečné, kdyby se na toto šetření nějakým způsobem navázalo.

15.1 Děti s ADHD a jejich sociální svět

Ve výzkumném šetření jsem se zabývala zjišťováním sociálních vztahů u dětí s ADHD.

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

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

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

Děti s ADHD musejí být často medikovány, ale velmi důležitá je také systematická práce s celou rodinou a psychoterapie. Hodně se osvědčila KBT, zaměřuje se totiž hned na čtyři složky lidské psychiky – myšlení, emoce, tělesné reakce a pozorovatelné chování. Všechny jsou vzájemně provázány, vliv má rovněž konkrétní situace, ve které se jedinec

právě nachází, a důsledky vyplývající z jeho pozorovatelného chování mohou ovlivňovat spouštěcí situaci nebo událost (Pešek, Praško, Štípek, 2013).

Pokud se diagnóza hyperkinetické poruchy skutečně potvrdí, otevírají se současně možnosti léčby s reálnou nadějí na zlepšení problémového chování. Nežádoucí projevy dětí se stanou srozumitelnějšími a speciální výchovný přístup k dětem v rodině a ve škole i medikamentózní léčba je pomůže pomoci usměrnit. Je tedy důležité vědět, jak přistupovat k hyperaktivním dětem v běžném životě a pomáhat jim překonávat potíže, které je provázejí v rodinném i školním prostředí. To, jak okolí citlivě reaguje na dítě a jak je oceňuje, jsou okamžiky velmi významné především z hlediska vývoje osobnosti. Významnou mírou totiž ovlivňují, jak se utváří jeho sebehodnocení a sebepojetí.

Děti s ADHD mají reálný problém a je třeba jim pomoci, samy to nezvládnou. A pokud budou šťastné a spokojené, bude šťastné a spokojené i jejich okolí.

15.2 Diskuse o výsledcích

Zde bych se chtěla pokusit rozvést hlavní dosažené výsledky a dát je do širších souvislostí.

Pro získání základních výzkumných dat jsem použila Tematicko apercepční test, který patří mezi projektivní techniky. Výběrový soubor byl tvořen 25 dětmi s ADHD a kontrolní pak 25 dětmi bez tohoto syndromu. Všichni to byli chlapi mezi 8–12 lety, tedy v období tzv. prepuberty. Navštěvovali různé základní školy v Moravskoslezském kraji České republiky.

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

Pro samotné zpracování dat byl pak použit Westenův skórovací systém SCORS a Škála sociální orientace Goldmanna a Soukupové. Výsledky pomohly odpovědět na stanovené výzkumné otázky, k čemuž také přispěla kazuistika vybraného chlapce s ADHD. K ověření platnosti hypotéz jsem zvolila Mann-Whitneyův U-test.

Navíc byly interpretovány hodnoty plynoucí z administrace Dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině. Rodinná výchova je totiž nezanedbatelnou a nezbytnou součástí vývoje každého dítěte.

Z obou užitých metod vyplynulo, že děti s ADHD mají větší problémy v sociální oblasti než jejich vrstevníci a že způsob výchovy v jejich rodinách se z velké části jeví jako rozporný. Tyto výsledky jsem očekávala zejména z osobních zkušeností, ale také z nastudované literatury a ze závěrů výzkumů týkajících se obdobné problematiky. Děti s ADHD vnímají okolní svět jinak, jejich mozek odlišným způsobem zpracovává informace. Mívají také větší emoční problémy a hůře zvládají agresi. Na druhou stranu bývají tyto děti velice citlivé a vnímavé. Potíže, které zažívají se svým okolím, je však často staví na okraj společnosti a do světa vnitřní samoty. Výchova nebývá v takových rodinách jednoduchá, otec ani matka ji často nezvládají. Je však důležité si uvědomit, že v tom nejsou sami.

Děti je třeba mít rád a myslet to s nimi dobře, neméně důležitý je také respekt k dětem. Vedle lásky je to podstatná podmínka úspěšné výchovy a u dětí s ADHD to platí dvojnásob (Kopřiva et al., 2012).

15.3 Osobnostní proměnné

Každé dítě je jiné, ať se syndromem ADHD, či bez něj, stává se individualitou samo o sobě. Jinak uvažuje a vnímá okolní svět, odlišným způsobem cítí i prožívá.

Ráda bych však upozornila na skutečnosti, jež vyšly najevo při rozhovorech s dětmi s hyperkinetickou poruchou, které byly uskutečněny před administrací testu. Velká část dětí, přesně tři pětiny probandů z kontrolního souboru, pochází z rozvedených rodin a žije pouze s matkou či ještě dalším sourozencem. Hodně z nich má nevlastního otce nebo bratra a sestru. Důležitou roli tedy hraje jejich zřejmě nejednotná výchova. Zajímavé je, že všechny děti bez výjimky shodně uvedly, že mají dost kamarádů. Neví se však, zda je to jejich přání, či skutečnost. Škola je většinou baví, nejvíce asi tělesná výchova, také informatika, největším problémem bývá matematika, český jazyk, občas angličtina. Ve volném čase mají nejraději hraní her na počítači, tabletu či dotykovém mobilním telefonu a sledování seriálů v televizi. Rádi však také tráví chvíle venku. Knihy čtou jen někdy, když se jim chce, pak to bývá většinou fantasy s draky. Častá je medikace těchto dětí, většina z nich bere nějaká psychofarmaka (Strattera, Ritalin atd.).

Při administraci Tematicko apercepčního testu se projevila snížená tolerance k zátěži, která je běžná u dětí s ADHD. Někteří vyšetřovaní chlapci s postupujícími tabulemi dávali najevo svou netrpělivost a přání mít už celý test za sebou. Jejich odpovědi nebyly dlouhé a často naznačovali, že už chtějí pokračovat s dalším obrázkem. Na konci

testu se jeví více vyčerpaní než při příchodu. Dotazník se jim také zdál dlouhý, i když jsem jim jednotlivé položky předčítala. A po obrácení prvního listu testovacího sešitu byla jejich chuť mít to už za sebou zjevná. Na druhou stranu však brali celé testování jako jakési zpestření jinak běžného školního dne, měli radost, že se něco děje.

15.4 Srovnání se zahraničními výzkumy

Ke zvolenému výzkumnému problému jsem byla inspirována také šetřeními, o kterých se zmiňuji v teoretické části práce. Na základě těchto výzkumných studií, jež uváděly, že mezi zdravými dětmi a dětmi s hyperkinetickou poruchou existují rozdíly v sociálním chování, jsem předpokládala, že se bude tato odlišnost projevovat i mezi dětmi výběrového a kontrolního souboru. A pokud bych měla porovnat výsledky svého výzkumu a popsanych šetření, které byly provedeny u nás a v zahraničí, musím konstatovat, že jsou dosti obdobné.

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

Výsledky dalších dvou novějších šetření (v jednom z nich byl použit TEMAS), které se uskutečnily v zahraničí, byly rovněž podobné. Prokázaly souvislost mezi dětmi s ADHD a jejich možným problémovým chováním v sociální oblasti. Toto pak může podpořit potíže v interpersonálních vztazích, jež se u jedinců s hyperkinetickou poruchou také nezřídka vyskytují. Dle výsledků testů u nich nejsou uspokojovány potřeby citového vztahu. Tato skutečnost zvyšuje riziko socializačního selhání těchto dětí. Příčinou potíží v oblasti chování se může rovněž stát odmítání spolužáky, eventuálně i negativní

hodnocení dospělých. Potíže v sociálním začlenění mohou vést k tomu, že dítě s ADHD bude obtížně hledat identitu a svou sociální roli. V této souvislosti bych také chtěla upozornit na fakt, že v obou studiích byly probandy nejen bílé děti, ale rovněž děti jiných etnik.

Poslední uvedené výzkumy, jež jsem zmínila, se opíraly o tolik proslulý Rorschachův test a také projektivní kresebné techniky. V prvním z nich bylo zjištěno, že se sledované dítě s ADHD snaží náročné emocionální požadavky tlumit, výsledkem však bylo zejména jeho rozrušení ve více oblastech. Dále se došlo k závěru, že děti s hyperkinetickou poruchou mají menší vnitřní zdroje pro emoční seberegulaci a toleranci vůči stresu ve srovnání s kontrolní skupinou. A nakonec, že děti se syndromem ADHD vykazují daleko větší míru impulzivity a emoční nestability než zdravé děti.

Tyto jednotlivé symptomy hyperkinetické poruchy, které výzkumy sledovaly, jsem ve svém šetření vnímala také.

15.5 Limity a doporučení pro výzkum

Na závěr bych se chtěla vyjádřit k hlavním nedostatkům svého výzkumu, které mohly zapříčinit zkreslení výsledků. Jde zejména o možnou existenci další diagnózy u dětí, které jsem testovala, jež by mohla ovlivnit jejich jednání a chování. Bylo by proto vhodné mít k dispozici mnohem více informací o každém dítěti, které má být vyšetřeno.

Dalším nedostatkem tohoto šetření je jeho nevelký počet probandů, aby mohla být učiněna dostatečná generalizace závěrů. Toto jsem vnímala jako velký problém po celou dobu výzkumu. Rodiče s ním však ve většině případů nesouhlasili a jejich rozhodnutí jsem musela respektovat. Dále jsem měla výzkumný vzorek omezený věkem a pohlavím, což také celou situaci neusnadnilo. Je tedy docela potíž dostat se k dětem s ADHD.

Ze samotné povahy použitých testových metod dále plyne, že projektivní techniky připouštějí částečné zkreslení ze strany administrátora a dotazníky zase mohou být ovlivněné přáním probanda, aby byla celá situace viděna v lepším světle.

A v neposlední řadě je důležité brát v potaz, že dětské Já se vyvíjí, všimnout si také vývojového hlediska a pokusit se jej odlišit od osobnostní dynamiky každého dítěte.

Pokračující výzkum v této oblasti by byl určitě velmi přínosný. Měl by pokud možno pojmut daleko více probandů a bylo by rovněž užitečné použít při vyhodnocování výsledků TAT kombinaci několika různých skórovacích systémů, případně několika různých testových metod.

16 Závěry

Cílem této rigorózní práce bylo posoudit pomocí Tematicko apercpečního testu sociální vztahy u dětí s ADHD. Hlavní použitou výzkumnou metodou se tedy stal tento projektivní test. K doplnění problematiky byl navíc administrován Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině. Výběrový a kontrolní soubor tvořilo dohromady 50 chlapců ve věkovém rozmezí 8–12 let (25 jich bylo s diagnózou ADHD, 25 bez ní). Bylo zvoleno několik výzkumných otázek týkajících se rozdílů mezi oběma soubory, interpersonálních témat v poskytnutých příbězích a také kvality interpersonálních vztahů těchto dětí, rovněž byly stanoveny hypotézy (klíčová hypotéza H1: Mezi průměrným skórem všech škál SCORS v TAT u kontrolního souboru a u dětí s ADHD neexistuje statisticky významný rozdíl.).

Projektivní test potvrdil, že děti s touto diagnózou mají větší problémy v mezilidských vztazích než ostatní zdraví jedinci. Jejich postoje k rodičům i širšímu okolí včetně školy jsou odlišné. Westenovým skórovacím systémem SCORS (Social Cognition and Object Relations Scale) bylo zjištěno, že mezi příběhy vytvořenými dětmi z výběrového a kontrolního souboru existují rozdíly, a to jak v reakcích na tabule TAT, tak v jednotlivých škálách SCORS. Největší rozdíl byl nalezen v dimenzích *Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých* a *Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů* a také v odpovědích na podnětovou tabuli 11 TAT, která je značně nestrukturovaná a vybízí k různým interpretacím. Obdobné výsledky přinesla Škála sociální orientace Goldmanna a Soukupové, jež ukázala větší potíž dětí s ADHD pracovat s emocemi, často také u nich docházelo k chybnému porozumění sociálnímu významu situace. Z výsledků dotazníkového šetření navíc vyplynulo, že děti s hyperkinetickou poruchou jsou v rodinách většinou vychovávány rozporně. Kazuistika vybraného hochy s ADHD rovněž ukázala, že v sociální oblasti nefunguje zcela bez nesnází. Může mít problémy v sociální adaptabilitě a mezilidské vztahy jsou pro něj obtížně srozumitelné. V rámci kvantitativní analýzy pak byly přijaty hypotézy, a to pomocí Mann-Whitneyova U-testu, kdy byl zejména potvrzen statisticky významný rozdíl mezi průměrem výběrového a kontrolního souboru.

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

SOUHRN

Tématem této rigorózní práce se stalo užití Tematicko apercepčního testu k posouzení sociálních vztahů u dětí s ADHD. Hyperkinetická porucha je v dnešní době poměrně časté onemocnění dětí (v převážné většině s normálním či vyšším intelektem), které pak selhávají v oblasti sociální a v oblasti mezilidských vztahů, ve škole i v profesním životě.

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

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

Třetí část se zabývá výchovou. Nejprve se hovoří o samotné výchově a různých jejích koncepcích, pak se sleduje výchova v rodině a také její základní typy. V závěru se široce zaměřuje na hlavní prvky ve výchově dětí s ADHD.

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

Následující část se věnuje dotazníkům, nejprve vysvětluje, co to dotazníky jsou, na jakém principu fungují a jaké jsou jejich výhody i nevýhody. Nejvíce se však zajímá o Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině autorů Čápa a Boschka. Interakce rodičů s dětmi patří totiž k faktorům velmi ovlivňujícím celou osobnost i její jednotlivé stránky. Ukazuje se těsné spojení způsobu výchovy s důležitými projevy osobnosti.

Poslední kapitola teoretické části práce bere v potaz obdobná šetření, která proběhla u nás či v zahraničí. Přibližuje několik studií, jež se zabývají dětmi s hyperkinetickou poruchou a jejich ztíženými interpersonálními vztahy. Byly v nich užity projektivní metody CATO, TEMAS, Rorschachův test a také projektivní kresebné techniky.

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

V rámci kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumu byly zvoleny výzkumné otázky (VO1: U kterých tabulí TAT jsou rozdíly mezi soubory v dimenzích SCORS nejvíce zřetelné?; VO2: U kterých škál SCORS se projeví největší rozdíl mezi oběma soubory?; VO3: Jaká interpersonální témata jsou specifická pro děti s ADHD?; VO4: U které fáze Škály sociální orientace je rozdíl mezi oběma soubory nejmarkantnější?; VO5: Které tabule jsou nejužitečnější pro diagnostiku ADHD?; VO6: Je způsob výchovy u dětí s ADHD odlišný?; VO7: Jaké budou postoje dětí s ADHD k ostatním jedincům?; VO8: Mají děti s touto diagnózou větší problém v mezilidských vztazích než ostatní?) a byly stanoveny hypotézy (H1: Mezi průměrným skórem všech škál SCORS v Tematicko apercipčním testu u kontrolního souboru a u dětí s ADHD existuje statisticky významný rozdíl; H2: Mezi průměrným skórem škály SCORS *Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých* v TAT u kontrolního souboru a u dětí s ADHD existuje rozdíl; H3: Mezi průměrným skórem škály SCORS *Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů* v TAT u kontrolního souboru a u dětí s ADHD existuje rozdíl; H4: Mezi průměrným skórem tabule 11 TAT u kontrolního souboru a u dětí s ADHD existuje rozdíl).

Sběr dat proběhl na běžných základních školách v obcích České republiky, a to v několika fázích (nejprve spolupráce ředitele, pak informovaný souhlas podepsaný zákonným zástupcem a nakonec práce se samotnými dětmi). Výzkumný soubor tvořilo 25

chlapců s diagnózou ADHD a kontrolní soubor 25 chlapců bez této diagnózy, všichni ve věku 8–12 let. Po kratším rozhovoru byla u každého z nich individuálně provedena administrace TAT (vybrané sestavy 12 tabulí) a také Dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině.

Z několika skórovacích systémů Tematicko apercepčního testu jsem pro daný typ výzkumu zvolila Westenův SCORS a také Škálu sociální orientace Goldmanna a Soukupové. SCORS obsahuje osm základních škál a jednu škálu přídatnou. Všechny příběhy dětí, které vznikly reakcí na podnětové tabule TAT, jsem na základě těchto škál vyhodnotila (skóry 1 až 7) a u jednotlivých dimenzí a také obrázků Tematicko apercepčního testu pak spočítala průměrné skóry. Ke statistickému zpracování dat byl použit Mann-Whitneyův U-test, který potvrdil zvolené hypotézy. Zjistilo se tedy, že rozdíl mezi výběrovým průměrem a průměrem kontrolního souboru je signifikantní. Dále se příběhy zpracovávaly pomocí Škály sociální orientace. Tam se hledala přítomnost či absence jejích jednotlivých šesti dimenzí, zda je ve vyprávění dětí obsažena sociální percepce, zaměření, porozumění, vcítění, spolucítění a sociální akt.

Následující fází bylo vyhodnocení Dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině. Ve výběrovém i kontrolním souboru se sledovaly rozdíly v emočním vztahu otce, matky i v celé rodině a také odlišnosti ve výchovném řízení obou rodičů a rodiny jako celku.

Výzkumem bylo zjištěno, že děti s ADHD mívají větší problémy v interpersonálních vztazích než ostatní jedinci. Potvrdily to nejen výsledky skórovací techniky SCORS, Škály sociální orientace a Dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině, ale také kazuistika vybraného chlapce s hyperkinetickou poruchou. Díky všem použitým metodám se podařilo tuto skutečnost objasnit.

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

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

- Ackerman, S. J., et al. (1999). Use of the TAT in the Assessment of DSM-IV Cluster B Personality Disorders. *Journal of Personality Assessment*, 73(3), 422–448.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Aronow, E., Weiss, K. A., & Reznikoff, M. (2001). *A Practical Guide to the Thematic Apperception Test: The TAT in Clinical Practice*. Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Auger, M.-T., & Boucharlat, Ch. (2005). *Učitel a problémový žák*. Praha: Portál.
- Bahbouh, R. (2003). Jaká je validita projektivních testů? *Psychologie dnes*, 9, 1–2.
- Bellak, L. (1954). *The Thematic Apperception Test and the Children's Apperception Test in Clinical Use*. Oxford: Grune & Stratton.
- Bellak, L., & Abrams, D. M. (1997). *The TAT, CAT and SAT in Clinical Use*. Boston: Allyn and Bacon.
- Boš, P., & Strnadová, M. (1975). *CATO – příručka*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p.
- Costantino, G., et al. (1991). Assessment of Attention Deficit Disorder Using a Thematic Apperception Technique. *Journal of Personality Assessment*, 57, 87–95.
- Cramer, P. (1996). *Storytelling, Narrative, and the Thematic Apperception Test*. New York: Guilford Press.
- Cramer, P. (1999). Future Directions for the Thematic Apperception Test. *Journal of Personality Assessment*, 72(1), 74–92.
- Čáp, J., & Boschek, P. (1994). *Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině – příručka*. Brno: Psychodiagnostika, s.r.o.
- Čermák, I. (2006). Podnětové charakteristiky tabulí Tematicko apercepčního testu. In I. Čermák, & J. Ženatý (Eds.), *Rorschach a projektivní metody. Ročenka České společnosti pro Rorschacha a projektivní metody* (163–189). Brno: Nakladatelství MSD a Česká společnost pro Rorschacha a projektivní metody.
- Čermák, I., & Fikarová, T. (2007). Kognitivní charakteristiky příběhů v TAT a jejich diagnostický význam. In J. Ženatý, I. Čermák, & R. Telerovský (Eds.), *Rorschach a projektivní metody. Ročenka České společnosti pro Rorschacha a projektivní metody* (175–212). Praha: IPVZ.

- Čermák, I., & Fikarová, T. (Eds.). (2012). *Tematicko-apercepční test: interpretační perspektivy*. Nové Zámky: Psychoprof.
- Černá, M., et al. (1999). *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha: Karolinum.
- Drtílková, I. (2007). *Hyperaktivní dítě*. Praha: Galén.
- Drtílková, I. (2008). Kdy volit Stratteru pro léčbu hyperkinetické poruchy/ADHD. *Pediatr pro praxi*, 4, 232–235.
- Drtílková, I., & Šerý, O., et al. (2007). *Hyperkinetická porucha. ADHD*. Praha: Galén.
- Drtílková, I., & Theiner, P. (2008). Klinické a biologické markery perzistentní formy hyperkinetické poruchy (ADHD). *Česká a slovenská psychiatrie*, 104, 167–171.
- Eron, L. D. (1950). A Normative Study of the Thematic Apperception Test. *Psychological Monographs*, 64(9), 1–48.
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
- Fikarová, T. & Čermák, I. (2008). Morální poselství v příbězích evokovaných v TAT u adolescentů s obtížemi v chování. In R. Telerovský, J. Ženatý, & I. Čermák (Eds.), *Rorschach a projektivní metody. Ročenka České společnosti pro Rorschacha a projektivní metody* (136–160). Praha: IPVZ.
- Goetz, M. (2009). Současný pohled na léčbu ADHD. *Remedia*, 19, 190–196.
- Goetz, M., & Uhlíková, P. (2009). *ADHD. Porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Praha: Galén.
- Goldmann, P., & Soukupová, T. (2008). *Zjišťování sociální orientace pomocí TAT*. Praha: Psychologické dny: Já & my a oni.
- Groth-Marnat, G. (1999). *Handbook of Psychological Assessment*. New York: John Wiley & Sons.
- Haghighi, M., Khaterizadeh, M., Chalbani, G., Toobaei, S., & Ghanizadeh, A. (2014). Comparing the Drawings of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder with Normal Children. *Iranian Journal of Psychiatry*, 9(4), 222–227.
- Hallowell, E. M., & Ratey, J. J. (2007). *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti*. Praha: Návrat domů.
- Harris, B. H., Reynoso, J. S., Meehan, K. B., Ueng-McHale, J. Y., & Tuber, S. (2007). A Child with ADHD: Convergences of Rorschach Data and Case Material. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 5 (4), 499–517.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hayesová, N. (1998). *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.

- Henry, W. E. (1956). *The Analysis of Fantasy: The Thematic Apperception Technique in the Study of Personality*. New York: John Wiley & Sons.
- Hort, V., et al. (2000). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.
- Hrdlička, M. (2007). Postavení atomoxetinu v léčbě hyperkinetické poruchy u dětí a adolescentů. *Česká a slovenská psychiatrie*, 103, 230–239.
- Jenkins, S. R. (Ed.). (2008). *Handbook of Clinical Scoring Systems for Thematic Apperceptive Techniques*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Jucovičová, D., & Žáčková, H. (2010). *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha: Grada.
- Kocurová, M. (2002). *Specifické poruchy učení a chování*. Plzeň: Západočeská univerzita.
- Koluchová, J., & Morávek, S. (1990). *Psychologická diagnostika dětí a mládeže*. Olomouc: Rektorát Univerzity Palackého.
- Kopřiva, P., et al. (2012). *Respektovat a být respektován*. Bystřice pod Hostýnem: Spirála.
- Koukolík, F. (2002). *Lidský mozek*. Praha: Portál.
- Kucharská, A. (Ed.). (1997). *Specifické poruchy učení a chování*. Praha: Portál.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2007). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Malá, E. (2007). Atomoxetin. *Remedia*, 17, 404–408.
- Martin, M., & Waltmanová-Greenwoodová, C. (Eds.). (1997). *Jak řešit problémy dětí se školou*. Praha: Portál.
- Matějček, Z. (2005). *Výbor z díla*. Praha: Karolinum.
- Matějček, Z. (2007). *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Praha: Portál.
- Matějček, Z. (2008). *Co děti nejvíc potřebují*. Praha: Portál.
- Matějček, Z., & Langmeier, J. (1986). *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama.
- Matějček, Z., et al. (1991). *Lehké mozkové dysfunkce: možnosti screeningu a prevence*. Praha: Pražský podnikatelský klub.
- Matějček, Z., et al. (1999). *Náhradní rodinná péče*. Praha: Portál.
- Meehan, K. B., Ueng-McHale, J. Y., Reynoso, J. S., Harris, B. H., Wolfson, V. M., Gomes, H., & Tuber, S. B. (2008). Self-regulation and internal resources in school-aged children with ADHD symptomatology: An investigation using the Rorschach inkblot method. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 72 (4), 259–282.
- Merrell, K. W., & Boelter, E. (2001). An Investigation on Relationships Between Social Behavior and ADHD in Children and Youth: Construct Validity of the Home and Community Social Behavior Scales. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 9, 260–269.

- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Morávek, S. (1987). *Úvod do psychodiagnostiky dospělých*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Morgan, W. G. (1999). The 1943 Images: Their Origin and History. In L. Gieser, M. I. Stein (Eds.), *Evocative Images. The Thematic Apperception Test and the Art of Projection* (65–83). Washington, DC: American Psychological Association.
- Munden, A., & Arcelus, J. (2006). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál.
- Murray, H. A., et al. (1943). *Thematic Apperception Test Manual*. Cambridge: Harvard University Press.
- Murstein, B. I. (1963). *Theory and Research in Projective Technique, Emphasizing the TAT*. New York: John Wiley and Sons.
- Murstein, B. I. (1968). The Effect of Stimulus, Background, Personality, and Scoring System on the Manifestation of Hostility on TAT. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 355–365.
- Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie*. Praha: Academia.
- Novák, T. (2003). *Proč jsi stále tak neklidný?!* Brno: Era.
- O'Dell, N. E., & Cook, P. A. (2000). *Neposedné dítě*. Praha: Grada.
- Pešek, R., Praško, J., & Štípek, P. (2013). *Kognitivně behaviorální terapie v praxi*. Praha: Portál.
- Pokorná, V. (1998). *Cvičení pro děti se specifickými poruchami učení*. Praha: Portál.
- Pokorná, V. (2001). *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Praha: Portál.
- Rapaport, D. (1954). Projective Techniques and the Theory of Thinking. In R. P. Knight, C. R. Friedman (Eds.), *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology, Vol. I*. (196–203). New York: IUP.
- Reiterová, E. (2008). *Základy psychometrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Reiterová, E. (2009). *Základy statistiky pro studenty psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Reutt, J., & Reuttová, N. (1960). *Skúmanie osobnosti metódou TAT Murraya*. Warszawa: Panstwowe wydawnictwo naukowe.
- Riefová, S. F. (2007). *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Praha: Portál.
- Říčan, P., & Krejčířová, D., et al. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
- Serfontein, G. (1999). *Potíže dětí s učením a chováním*. Praha: Portál.

- Soukupová, T., & Goldmann, P. (2008). Zjišťování objektivních vztahů v Tematicko-apercepčním testu. In R. Telerovský, J. Ženatý, & I. Čermák (Eds.), *Rorschach a projektivní metody. Ročenka České společnosti pro Rorschacha a projektivní metody* (161–174). Praha: IPVZ.
- Stančák, A. (1982). *Klinická psychodiagnostika*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
- Stein, M. I. (1955). *The Thematic Apperception Test*. United States: Addison-Wesley Publishing Company, Inc.
- Stein, M. B., Siefert, C. J., Stewart, R. V., & Hilsenroth, M. J. (2011). Relationship between the Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS) and Attachment Style in a Clinical Sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18(6), 512–523.
- Stein, M. B., Slavin-Mulford, J., Sinclair, S. J., Siefert, C. J., & Blais, M. A. (2012). Exploring the Construct Validity of the Social Cognition and Object Relations Scale in a Clinical Sample. *Journal of Personality Assessment*, 94(5), 533–540.
- Světová zdravotnická organizace. (2006). *Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10): Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Svoboda, M. (2010). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- Svoboda, M. (Ed.). (2001). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál.
- Swierkoszová, J. (2010). *Specifické poruchy chování*. Ostrava: Ostravská univerzita.
- Šebek, M. (1990). *Neklidné děti a jejich výchova*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Šípek, J. (2000). *Projektivní metody*. Praha: ISV nakladatelství.
- Teglasi, H. (2001). *Essentials of TAT and Other Storytelling Techniques Assessment*. New York: John Wiley & Sons.
- Train, A. (2001). *Nejčastější poruchy chování u dětí*. Praha: Portál.
- Třesohlavá, Z., et al. (1986). *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku*. Praha: Avicenum.
- Vágnerová, M. (1997). *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha: Karolinum.
- Vališová, A. (1994). *Asertivita v rodině a ve škole*. Praha: H + H Jinočany.
- Vymětal, J. (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada.
- Výrost, J., & Slaměník, I. (Eds.). (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada.
- Westen, D. (2002). *Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS): Manual for Coding TAT Data*. Michigan: University of Michigan.
- Zelinková, O. (2003). *Poruchy učení*. Praha: Portál.
- Další zdroje:** Goldmann, P., & Soukupová, T. (2011). *Školící a výcvikový kurz TAT a odvozené metody*. Praha: Testcentrum.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Český abstrakt rigorózní práce

ABSTRAKT RIGORÓZNÍ PRÁCE

Název práce: Užití Tematicko apercipčního testu k posouzení sociálních vztahů u dětí s ADHD

Autor práce: Mgr. et Mgr. Lucie Botorová

Počet stran a znaků: 132 a 243 892

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 95

Abstrakt: Syndrom ADHD je v současné době poměrně časté onemocnění dětí. Celosvětově se stal nejzkoumanější diagnózou dětské a dorostové psychiatrie. Pacienti, v převážné většině s normálním či vyšším intelektem, selhávají v oblasti sociální a v oblasti mezilidských vztahů, ve škole a později i v profesním životě. Teoretická část předložené diplomové práce je zaměřena na termín ADHD v celé jeho šíři, dále se zabývá procesem socializace a v neposlední řadě projektivními metodami, především TAT (Tematicko apercipční test). Na teorii navazuje empirická část práce, jež je kombinací kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Jejím cílem bylo ověřit na vzorku 50 osob ve věkovém rozmezí 8–12 let možnosti posouzení sociálních vztahů u dětí s ADHD a u kontrolního souboru zdravých dětí pomocí projektivních testů. Vybraní pacienti i kontrolní soubor byli vyšetřeni pomocí TAT. Jako skórovací systém byl zvolen SCORS (Social Cognition and Object Relations Scale). Tato Westenova škála je jednou z metod zaměřených na zpracování sociálních informací a na objektní vztahy. Dále byla použita Škála sociální orientace (Goldmann, Soukupová) a Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině (Čáp, Boschek). Výsledky empirického šetření naznačují u dětí s ADHD vyšší výskyt problémů v interpersonálních vztazích. Obdobné závěry také ukazuje kazuistika vybraného chlapce s tímto syndromem.

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

Příloha č. 2: Anglický abstrakt rigorózní práce

ABSTRACT OF THESIS

Title: The Use of the Thematic Apperception Test for Social Relationships Evaluation in Children with ADHD

Author: Mgr. et Mgr. Lucie Botorová

Number of pages and characters: 132 and 243 892

Number of appendices: 9

Number of references: 95

Abstract: ADHD is currently a relatively common disease in children. It has become the most researched diagnosis in child and adolescent psychiatry worldwide. Patients, mostly with average to high intellect, fail in social and interpersonal relationships at school, and later in their professional lives. The theoretical part of this thesis focuses on the full extent of ADHD, and discusses the process of socialization as well as, projective methods, namely TAT (Thematic Apperception Test). The theory is followed by an empirical analysis which is a combination of quantitative and qualitative research. Its aim was to test a sample of 50 children aged 8–12 years to examine the possibilities of assessing social relationships through projective tests in children with ADHD and in a control group of healthy children. The eligible patients and the control group were examined using the TAT. The SCORS (Social Cognition and Object Relations Scale) was chosen as a scoring system. This Westen's scale is one of the methods focused on social information processing and object relations. It was also used the Scale of Social Orientation (Goldmann, Soukupová) and the Inventory for Detection of Nurture in the Family (Čáp, Boschek). The results of the empirical research suggest that children with ADHD show a higher incidence of problems in interpersonal relationships. Similar conclusions are also evident in the selected case study of a boy with this syndrome.

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

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

Vážení rodiče,

jmenuji se Lucie Botorová a pracuji jako psycholog ve FN Ostrava na Klinice dětského lékařství. V rámci vědecké studie, která se týká dětí s diagnózou ADHD syndromu, bych Vás tímto chtěla požádat o pomoc. Má práce bude zkoumat sociální vztahy těchto dětí pomocí projektivních metod. Konkrétně se bude jednat o TAT, což je významný projektivní test obsahující sérii tematických obrázků podávaný hravou formou. Věřím, že tento výzkum bude přínosný, a to jak pro samotné děti s ADHD, tak pro jejich rodiny i široké okolí včetně školy, neboť socializace a sociální edukace jsou pro každého velmi důležité. Veškerá získaná data budou použita anonymně a pouze k vědeckým účelům, v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů.

Ráda bych Vás poprosila o spolupráci. O výsledcích budete v případě zájmu informováni a Vaše dítě nebude rozhodně nijak zatíženo, testování není časově náročné (max. půl hodiny) a je zajímavé. Výzkumnou část práce bych chtěla provést v průběhu roku 2014, u každého dítěte individuálně a s ohledem na jeho denní režim, v době, která mu nejlépe vyhovuje, pravděpodobně během vyučování. Vše se bude odehrávat jen po předchozí domluvě s Vámi, pokud zaujmete kladné stanovisko.

V této části výzkumu se obracím na rodiče chlapců s diagnózou ADHD syndromu ve věku 8–12 let, tedy pravděpodobně žáky 2. až 6. tříd ZŠ.

Velice děkuji za pochopení i případnou pomoc.

Mgr. et Mgr. Lucie Botorová

PROHLÁŠENÍ RODIČE (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE) ŽÁKA

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

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

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

Příloha č. 4: Záznamový list TAT

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

Příloha č. 5: Testovací sešit Dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině

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

Příloha č. 6: Schéma pro skórování SCORS

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

Příloha č. 7: Záznamový arch SCORS

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

Příloha č. 8: Vyhodnocovací list Dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině

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

Příloha č. 9: Záznamový list TAT (odpovědi vybraného chlapce s ADHD)

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