

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Veronika Žáčková

**DIAGNOSTIKA RODINY S HANDICAPOVANÝM DÍTĚTEM POMOCÍ  
KRESBY ZAČAROVANÉ RODINY**

Olomouc 2016

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Křeménková, Ph.D

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a užila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 3. dubna 2016

---

podpis

### Poděkování

Děkuji Mgr. Lucii Křeménkové, Ph.D., za odborné vedení práce, za její cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat mým přátelům a rodině za podporu a především pak rodinám a dětem, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

# OBSAH

ÚVOD .....	1
I TEORETICKÁ ČÁST .....	3
1 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA .....	4
1.1 Obecná charakteristika handicapu .....	4
1.1.1 Kategorizace a příčiny handicapu .....	5
1.1.2 Druhy handicapu .....	6
1.2 Obecná charakteristika dětské mozkové obrny .....	6
1.2.1 Klasifikace dětské mozkové obrny dle DSM 5 a MKN 10 .....	7
1.2.2 Příčiny dětské mozkové obrny .....	8
1.2.3 Příznaky dětské mozkové obrny .....	9
1.2.4 Formy dětské mozkové obrny .....	11
1.2.5 Diagnostika dětské mozkové obrny .....	12
1.2.6 Léčba dětské mozkové obrny .....	13
1.2.7 Rehabilitace u dětské mozkové obrny .....	14
1.2.8 Prevence dětské mozkové obrny .....	15
1.3 Rodina s handicapovaným dítětem .....	15
2 METODY PSYCHOLOGICKÉ DIAGNOSTIKY .....	18
2.1 Psychologická diagnostika jako zastřešující disciplína .....	18
2.2 Obecná charakteristika psychodiagnostických metod .....	18
2.3 Vybrané projektivní kresebné metody .....	20
2.3.1 Kresba lidské postavy .....	22
2.3.2 Test hvězd a vln .....	23
2.3.3 Test stromu .....	23
2.3.4 Dům-strom-člověk .....	24
2.3.5 Test tří stromů .....	25
2.3.6 Kresba rodiny .....	25

2.3.7	Kresba začarované rodiny.....	26
II VÝZKUMNÁ ČÁST .....		30
3	CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	31
4	VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	33
5	VÝZKUMNÉ METODY .....	34
5.1	Případová studie .....	34
5.2	Anamnéza.....	35
5.3	Pozorování.....	36
5.4	Rozhovor.....	36
5.5	Kresba začarované rodiny .....	38
6	PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	40
6.1	Případová studie rodiny č. 1.....	40
6.1.1	Rozbor kresby začarované rodiny od zdravého sourozence.....	46
6.2	Případová studie rodiny č. 2.....	49
6.2.1	Rozbor kresby začarované rodiny od zdravého sourozence.....	55
6.3	Přehled výsledků výzkumného šetření.....	59
6.3.1	Výz. ot. 1: Jak rodina reaguje na narození handicapovaného dítěte?.....	59
6.3.2	Výz. ot. 2: Jakým způsobem se mění pozice zdravého sourozence v rodině? ...	60
6.3.3	Výz. ot. 3: Jak handicapované dítě ovlivňuje denní režim rodiny?.....	60
6.3.4	Výz. ot. 4: Jak rodiny s handicapovaným dítětem tráví volný čas?.....	61
6.3.5	Výz. ot. 5: Mění se vztah mezi rodiči při narození postiženého potomka?.....	61
6.3.6	Výz. ot. 6: Jakým způsobem vnímá zdravá část rodiny (matka, otec, sourozenec) postižené dítě? .....	61
6.3.7	Výz. ot. 7: Jakou povahu mají rodinné vztahy mezi jednotlivými členy z pohledu zdravého sourozence?.....	62
7	DISKUZE.....	64
ZÁVĚR .....		66
SEZNAM PRAMENŮ .....		67

PŘÍLOHY .....	72
---------------	----

## ÚVOD

Životní cesta některých z nás není vždy rovná a „lemovaná kvítím“. Ne každému se poštěstí, aby přišel na svět bez jakékoliv vady na zdraví či na kráse. I přesto, že je těmto lidem do vínku naloženo mnoho překážek a nejistých životních perspektiv, nezbývá jim nic jiného, než postupovat svou trnitou cestou života kupředu a přijímat ji takovou, jaká je.

Děti s handicapem jsou svým způsobem „odlišné“ – jiné než by si samy přály, jiné než by očekávali jejich rodiče, rodina a nejbližší okolí. Jakmile se do rodiny narodí postižené miminko, začíná se měnit způsob rodinného života. Současně nastává důležitý a rozhodující moment, v kterém se rodiče dostávají na rozcestí volby. Buď náročnou životní situaci přijmou jako svou výzvu, při které budou svému potomku učiteli a průvodci jeho životem, nebo ji vnímají jako vlastní vinu či trest. V nejhrošším případě se rodiče dítěte vzdají a opustí ho.

*„...Když se ti někdy zdá, že je život příliš těžký, zkus trochu napodobit klauna, kterému sice srdce pláče, ale který přece se smíchem hraje na housle pro jedno dítě, aby se vyléčil ze slz svého srdce ...“*

*Phil Bosmans<sup>1</sup>*

Jak již bylo naznačeno, v bakalářské práci jsem zaměřila svou pozornost na rodinu s handicapovaným dítětem, a to konkrétně s dětskou mozkovou obrnou. Teoretickou část práce jsem rozpracovala do dvou kapitol. V první kapitole je podrobně rozebrána problematika handicapu a následně dětské mozkové obrny. Čtenář se zde může dozvědět důležité informace, které jej vtáhnou do jádra problematiky bakalářské práce. V druhé kapitole je podrobněji rozebrána tematika metod psychologické diagnostiky, kde je mimo jiné rozpracována kresba začarované rodiny, která je klíčovým diagnostickým nástrojem ve výzkumné části práce.

Za účelem zpracování výzkumné části bakalářské práce jsem oslovila dvě rodiny, kterým se narodily holčičky postižené dětskou mozkovou obrnou. Tyto rodiny souhlasily se spoluprací a umožnily mi tak provést velmi zajímavý výzkum týkající se diagnostiky rodin s handicapovaným dítětem. Výzkum jsem realizovala především pomocí projektivní metody, kresby začarované rodiny, kterou jsem provedla s dvěma zdravými chlapci ve věku devět a dvanáct let. Celkové zpracování výzkumné části je realizováno prostřednictvím dvou

---

<sup>1</sup> *AZ citáty* [online]. 2009 - 2015 [cit. 2016-01-29]. Dostupné z: <http://azcitaty.cz/citaty/phil-bosmans/>

případových studií, které shrnují informace z anamnézy handicapovaného dítěte, rozhovoru s maminkou, pozorování rodinného prostředí a především pak z výše zmíněné kresby začarované rodiny zdravého sourozence. Pomocí zmíněných postupů jsem zjišťovala odpovědi na stanovené výzkumné otázky.



## **I TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRŇA

První kapitola této práce je věnována dětské mozkové obrně. Vzhledem k tomu, že je dětská mozková obrna součástí širšího celku obecně vymezovaného jako „handicap“, bude úvodní část této kapitoly věnována nejprve handicapu jako takovému a následně již bude pozornost upřena na problematiku dětské mozkové obrny.

## 1.1 Obecná charakteristika handicapu

Handicapovaní lidé odjakživa byli, jsou a vždy budou součástí naší společnosti. V dnešní době už není ničím neobvyklým, že je na ulici potkáváme čím dál častěji. Tito lidé se již nebojí vycházet ven ze svých domovů, protože ví, že se jim otevírá svět plný příležitostí, který je přijímá takové, jací jsou.

Podle Michalíka a kol. (2011) tvoří zdravotně postižení jedinci nevyhnutelnou složku občanů České republiky. I když tato minorita tvoří asi 10% naší společnosti, jejich zdravotní problém, jako takový, se dotýká mnohem většího množství lidí, kteří mohou být zasaženi jeho důsledky ve sféře sociální, ekonomické, psychologické i jiné.

Jako odborný termín se handicap poprvé vyskytl v Anglii v roce 1827 ve znění „hand in cap“ neboli v překladu „ruka v klobouku, nevýhoda při losování“. S postupem času začal tento pojem označovat u lidí zátěž nejen ve smyslu nemoci, ale i somatické vady. Vývojem pak došlo k ustálení tohoto termínu až do jeho současné podoby, kdy handicapem rozumíme znevýhodnění daných osob vůči jiným jedincům – ve většině případů bez osobního zavinění (Vágnerová, 1999).

Dle Krhutové (2013) můžeme o handicapu přemýšlet jako o relativní kategorii, která se pozměňuje v závislosti na daném fyzickém, společenském, kulturním i politickém kontextu. Lidé se zdravotním postižením jsou tedy jedinci s odlišnou, než v daném věku předpokládanou zdravotní kondicí, kteří pro své každodenní fungování používají standardní, ale i alternativní prostředky k výkonu aktivit a začleňování se do všedního bytí. Alternativními prostředky zde rozumíme takové způsoby, které jsou vůči standardním prostředkům jiné, ale i přesto stále korektní a přijatelné.

Definice handicapu je zahrnuta i v mnoha zahraničních zdrojích. Pro příklad uvádím popis zdravotního postižení podle Grubera a Ledla (1992), kteří poukazují na fakt, že ve speciálně pedagogických spisech se za somatické postižení považuje dlouhodobé či stálé omezení pohybové způsobilosti se značným působením na kognitivní, emocionální i

společenskou zdatnost člověka. Za příčinu handicapu je zde považována porucha nosného či hybného aparátu nebo organické poruchy.

Definice zdravotního postižení je zmíněna také v § 3 Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který uvádí, že zdravotně postižený člověk je osobou s omezením tělesným, mentálním, duševním, smyslovým či kombinovaným, přičemž jeho dopady můžou jedince činit závislého na pomoci druhé osoby.

### 1.1.1 Kategorizace a příčiny handicapu

Jak již bylo řečeno v předchozím textu, handicap je pro člověka velkým životním omezením. Jako u spousty jiných onemocnění, ani u handicapu neexistuje jediná příčina jeho vzniku. Z tohoto důvodu je zavedena jeho kategorizace pro lepší přehlednost. Monatová (1995) uvádí, že zdravotní handicap můžeme dělit dle několika kritérií:

- Podle doby vzniku handicapu vymezujeme:
  - **Vady vrozené**, které se objevují v období nitroděložního vývoje či při porodu a krátce po něm. Tyto vady se mohou projevit již po narození nebo až v průběhu vývoje a růstu jedince, přičemž lze říci, že čím dříve se postižení objeví, tím je většinou hlubší a těžší. Důvodem vzniku těchto odchylek může být náhlé onemocnění matky v průběhu těhotenství, jako například nákaza zarděnkami, poruchy krevního oběhu či ledvin. Dalším nepříznivým vlivem na matku v těhotenství může být dopad některých medikamentů, toxikomanie, alkoholismus, rentgenové ozáření, nevhodný či nedostačující jídelníček i vliv okolního prostředí. Příčinou některých vrozených poruch je i dědičnost, tedy genetické předpoklady.
  - **Získané vady** se dle Renotiérové a Ludíkové (2004) projevují v postnatálním vývoji člověka, přičemž mohou být zapříčiněny například nejrůznějšími onemocněními, poraněními, špatnými okolními podmínkami či nesprávnou výchovou jedince. Vzniknout můžou v jakémkoliv věku a stupni závažnosti.
- Monatová (1995) rozlišuje dle stupně postižení vady od nejlehčích, které jedince svazují jen částečně, až po nejtěžší, které zcela zabraňují užívat některých funkcí těla.
- Zdravotní postižení dělíme také podle toho, která část či funkce těla je postižena (*viz kapitola 1.3 Druhy handicapu*).

### 1.1.2 Druhy handicapu

V závislosti na tom, jaká část či funkce těla je postižena, rozdělujeme handicap na několik druhů. Michalík a kol. (2011) uvádí, že se ve společnosti setkáváme s několika druhy handicapu, mezi které patří postižení **tělesné**, kde zařazujeme vadné držení těla, rozštěpy, deformace, amputace, stavy po úrazech, dětské mozkové obrny a další. **Mentální**, do kterých řadíme lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou mentální retardaci. **Zrakové**, kde patří lidé nevidomí, se zbytky zraku či slabozrací. **Sluchové**, kam náleží například jedinci nedoslýchaví či neslyšící. **Řečové**, kdy jsou lidé postiženi narušením komunikační schopnosti. **Kombinované**, při kterých dochází ke kombinaci více postižení najednou, nejznámějším příkladem je hluchoslepota a v neposlední řadě **jedince postižené civilizačními chorobami**, kde můžeme uvést cukrovku, rakovinu, obezitu a mnohé další.

Jelikož se budu dále ve své práci podrobněji zabývat dětskou mozkovou obrnou, považuji za nutné uvést, pod jaký druh handicapu toto onemocnění spadá. **Dětská mozková obrna** je postižením tělesným, ale bohužel bývá velmi často doprovázena i jinými poruchami (sluchovými, zrakovými, mentálními či řečovými). Z tohoto důvodu bývá převážně klasifikována jako handicap kombinovaný.

## 1.2 Obecná charakteristika dětské mozkové obrny

V této části práce již bude pozornost zaměřena pouze na problematiku dětské mozkové obrny. Dle současné medicíny je dětská mozková obrna (dále DMO) neurovývojovou vadou a důsledkem poškození vyvíjejícího se mozku, které vzniklo v období vývinu plodu, v průběhu porodu či krátce po něm. Toto onemocnění nemusí být jen postižením čistě pohybovým, ale mohou být postihnuty i smysly, vyšší nervová soustava nebo se může vyskytnout epilepsie (Šišková, 2011).

V odborné literatuře nenajdeme jednotnou definici DMO, jelikož je velmi těžké obsáhnout veškeré příčiny, projevy i důsledky v jedné formulaci, která by byla zároveň stručná, přesná a jednoznačná. Níže uvádím několik definic DMO.

Kraus, Šandera (1975, s. 31) definují daný handicap takto: „DMO je porucha hybnosti i vývoje hybnosti na základě poškození mozku v době před porodem, při porodu nebo krátce po něm, tj. do 2 - 3 měsíců po narození.“

Lesný a kol. (1985, s. 10) uvádí následující definici: „DMO může být definována jako syndrom nepokračujícího poškození mozku způsobený činiteli působícími na nezralý nervový systém, projevující se za porodu nebo v raném postnatálním životě,

ukazující převážně poruchu volné hybnosti a často přidružená postižení intelektuální, záchvatovitá, citová, emoční a specificky výchovná.“

Říčan, Krejčířová a kol. (2006, s. 89) tvrdí, že: „DMO je porucha mozku vedoucí k závažnému postižení hybného vývoje. Etiologie je heterogenní, nejčastější příčinou jsou vrozené vývojové vady mozku nebo jeho prenatalní, perinatální a časně postnatální poškození.“

Dle Fízkové a kol. (2013) patří DMO mezi nejčastější dětské nervosvalové onemocnění, které se vyznačuje doživotním poškozením mozku či míchy v nižším stupni. Toto onemocnění vzniká prenatalně či v průběhu prvního roka života dítěte a vyznačuje se převážně poruchou motoriky a posturální funkce.

Ze zahraničních autorů definují DMO Polin, Spitzer (2013), kteří říkají, že: „Dětská mozková obrna (cerebral palsy – CP) je termín používaný k popisu stavu dítěte s postižením mozku, které je neprogresivní a vede k neschopnosti vykonávat motorické funkce v přiměřeném rozsahu“

Dětskou mozkovou obrnou u nás trpí 2% obyvatel. Prognóza takto postihnutých osob je závislá na typu dětské mozkové obrny, její závažnosti a také na brzkém započetí terapie (Kolář, 2001).

Podle Šiškové (2011) se DMO řadí mezi nejvíce frekventované diagnózy v dětské neurologii a zároveň mezi nejčastější poruchy pohybového systému u dětí. Spojitost postižení pohybového systému v dětském věku s abnormálním či předčasným porodem objasnil již před 150 lety ortoped William Little. Od tohoto období se zaznamenává rozvoj snahy o podrobnější náhled do dané problematiky a zároveň také zavedení co nejideálnější prevence a léčby.

### **1.2.1 Klasifikace dětské mozkové obrny dle DSM 5 a MKN 10**

Onemocněním DMO se mimo jednotlivé odborníky stručně zabývá také klasifikační systém nazývaný Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti DSM 5. revize. Tento manuál má mezinárodní úroveň a poskytuje základní přehled diagnóz duševních poruch a s nimi spojených onemocnění, které jsou doplněny v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí. DSM 5 zařazuje dětskou mozkovou obrnu do kategorie poruch neurologického vývoje vznikajících v dětském věku (DSM 5, 2013).

Dětská mozková obrna je klasifikována i Světovou zdravotnickou organizací v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN 10), na které se spolupodílela řada odborníků na národní a mezinárodní úrovni. Podle této

klasifikace je DMO považována za neprogresivní neurologický stav vznikající porušením mozku v době, kdy není ukončen jeho vývin. MKN 10 řadí DMO do sekce značené kódem G80. Tato část obsahuje základní členění a pojmy související s problematikou tohoto onemocnění. Základní členění DMO dle MKN 10:

- **Spastické formy DMO:** diplegie – diparéza, kvadruplegie (tedy tetraplegie) – kvadruparéza, hemiplegie – hemiparéza.
- **Dyskinetické formy DMO:** atetóza, dystonie.
- **Ataxie a jiné formy DMO** (MKN 10, 2013) – *(podrobněji probráno v kapitole 1.8 Formy dětské mozkové obrny).*

### 1.2.2 Příčiny dětské mozkové obrny

V této podkapitole se budu zabývat příčinami dětské mozkové obrny, které negativně ovlivňují nezralý mozek plodu či dítěte a jsou samostatnou a velmi složitou problematikou. Holubová, Kotasová (2000) uvádí, že u DMO je etiologie, neboli nauka o příčinách nemoci, velmi rozličná a ne vždy dokazatelná. Obvykle se nejrůznější příčiny vzájemně kombinují.

Kraus a kol. (2005) je dělí na prenatální (předporodní), perinatální (porodní) a postnatální (poporodní):

- Mezi **prenatální příčiny** řadíme:
  - Infekční onemocnění matky v prvním trimestru těhotenství. Pro příklad můžeme uvést zarděnky a toxoplasmosu.
  - Poruchy ledvin a oběhové soustavy u matky v pokročilejším těhotenství, které omezují plod v přísunu kyslíku a mohou vést, jak zmiňuje Pipeková (2006), k anoxii, která se projevuje jako nedostačující okysličení tkání dítěte.
  - Podle Krause a kol. (2005) zde dále zařazujeme kardiovaskulární nemoci těhotné ženy.
  - Mnohočetná těhotenství, při kterých je riziko neurologických poruch význačně větší, a to zejména u jednovaječných dvojčat.
  - Působení toxinů na gravidní ženu jako je např. kouření cigaret, užívání alkoholu, opiátů, drog, léků či otrava rtutí.
  - Nevhodnou stravu a životní styl ženy v období gravidity.
  - Nejrůznější traumata v podobě zranění břišní či pánevní oblasti, havárie apod.
  - Patologické genetické a chromozomální pochody.

- Vrozené metabolické onemocnění matky, jako je např. Føllingova nemoc, která se projevuje exematičkou a suchou pokožkou, psychomotorickým zaostáváním a mentální retardací.
- Mezi **perinatální příčiny** patří:
  - Nadměrné užití analgetik či anestetik při porodu (Pipeková, 2006).
  - Dle Krause a kol. (2005) předčasné porody, které jsou jedním z nejčastějších příčin DMO. Velmi problematická je u těchto porodů nízká porodní váha dítěte, nehotovost jeho funkčních mechanismů (např. termoregulace těla), nevyzrállost orgánů a měkká nedokonalá hlavička, která se může snadno zranit při průchodu porodními cestami.
  - Asfyxie (přidušenost) čerstvě porozeného dítěte či děti přenášené.
  - Porody komplikované, příliš dlouhé protrahované či porody za dopomoci kleští.
  - Rozdílný krevní Rh faktor matky a dítěte.
- Do **postnatálních příčin** zařazujeme:
  - Různorodý soubor infekcí, kdy se nejčastěji jedná o infekční onemocnění plicní či střevní. Z bakteriálních onemocnění zde můžeme pro příklad zmínit meningitidu a encefalitidu. Do jednoho roku dítěte jsou tyto nemoci obzvláště nebezpečné, protože ještě nejsou zcela vyvinuty systémy ochraňující mozek od nepříznivých látek putujících v krvi dítěte.
  - Poranění hlavy.
  - Dle Pipekové (2006) novorozeneckou žloutenku, která vzniká jako důsledek rozdílného krevního Rh faktoru matky a novorozence.

Jedince, kteří se narodí za působení výše zmíněných faktorů, označujeme jako děti rizikové či ohrožené. Tyto děti se musí ostražitě hlídat a kontrolovat. Mnoho takto narozených dětí se nakonec vyvíjí zdravým a fyziologickým způsobem. Pokud však zpozorujeme, že se jedinec ve vývoji zpožďuje (tzn. je opožděn psychomotorický vývoj), je zde odůvodněné podezření na DMO, které je možné rozeznat již od 7. měsíce stáří dítěte (Stehlík, 1977; Kraus a kol., 2005).

### 1.2.3 Příznaky dětské mozkové obrny

Symptomy DMO vytvářejí velmi početnou skupinu a u každého nemocného se vyskytují v jiné intenzitě. Z tohoto důvodu budou v následující pasáži díla podrobněji

rozebrány. Nejčastějšími příznaky DMO jsou dle Holubové a Kotasové (2000) poruchy hybnosti. Hybné příznaky onemocnění jsou následující:

- **Hypotonie**, kdy je patologicky snížen svalový tonus.
- **Spasticita**, při které je tonus kosterních svalů naopak patologicky zvýšen. Dochází při ní ke svalové ztuhlosti, omezení hybnosti a často také k výskytu bolesti.
- **Dyskineze**, která se projevuje poruchou souhry pohybů.

K výše zmíněným poruchám hybnosti se dále může přidávat další spektrum poruch, které souhrnně nazýváme poruchami přidruženými. Řadíme mezi ně:

- **Poruchy intelektu**, které dělíme na lehkou mentální retardaci (IQ 50 - 69), středně těžkou (IQ 35 - 49), těžkou (IQ 20 - 34) a hlubokou (IQ pod 20). Setkat se můžeme také s jinou mentální retardací, jejíž stupeň vzhledem k závažnému kombinovanému postižení nelze určit.
- **Poruchy řeči**, které jsou dle Jakobové (2007) stejně jako poruchy intelektu u DMO velmi časté. Mezi nejčastěji se vyskytující vady řadíme:
  - Alálii (úplné chybění řeči).
  - Afázii (rozvoj řeči je přerušen nebo se řeč ztrácí úplně).
  - Dyslálii neboli patlavost (nesprávná výslovnost hlásek).
  - Anartrii (neschopnost vyslovovat hlásky).
  - Dysartrii (nesrozumitelná výslovnost).
- **Poruchy sluchu** můžeme rozdělit na:
  - Lehkou nedoslýchavost (20 - 40 dB).
  - Středně těžkou nedoslýchavost (40 - 60 dB).
  - Těžkou nedoslýchavost (61 - 80 dB).
  - Praktickou hluchotu (nad 81 dB).
  - Úplnou hluchotu, kdy jedinec neslyší vůbec nic.
- **Poruchy zraku** dělíme na:
  - Střední slabozrakost.
  - Silná slabozrakost.
  - Těžce slabý zrak.
  - Praktická nevidomost, u které je zachován světlocit.
  - Úplná nevidomost, u které je úplná ztráta zraku i světlocitu.



– Strabismus neboli šilhavost, která je u DMO velmi častou vadou zraku.

- **Epilepsie**, která se dostavuje následkem postižení levé i pravé hemisféry mozku jedince a jejíž záchvaty mohou být variabilně dlouhé. Dle Rabocha, Pavlovského a kol. (2013) je epilepsie definována jako záchvatovité a přechodné porušení mozkové funkčnosti, spojené se stereotypními behaviorálními poruchami a doprovázené narušením vědomí. Epilepsie je charakteristická střídáním záchvatů a klidných mezizáchvatových období.
- **Poruchy pozornosti a poruchy behaviorální**, mezi něž řadíme například hyperaktivitu, hypoaktivitu, impulzivitu, emoční labilitu a další (Říčan, Krejčířová a kol., 2006).

#### 1.2.4 Formy dětské mozkové obrny

Z jednotlivých příčin a symptomů DMO vyplývají její specifické formy, které budou blíže rozpracovány v následujícím textu. Říčan, Krejčířová a kol. (2006) a Vítková (2004) rozlišují dva základní pojmy - **plegie** (úplné ochrnutí svalů) a **paréza** (částečné ochrnutí svalů). Z těchto pojmů pak vycházejí čtyři formy dětské mozkové obrny:

- **Forma spastická** (tedy **hypertonická**), která se vyskytuje nejčastěji a projevuje se zvýšeným tonusem svalů postiženého. Dále ji můžeme rozčlenit na **kvadruplegii a kvadruparézu** (postiženy jsou všechny čtyři končetiny), **diplegii a diparézu** (postiženy jsou obě dolní, nebo obě horní končetiny), **hemiplegii a hemiparézu** (postižena je buď pravá, nebo levá strana těla). Nejméně perspektivní je diagnóza kvadruparézy či kvadruplegie, jelikož kognitivní vývoj dítěte zůstává po celý jeho život téměř na stejné úrovni. U hemiparézy a hemiplegie pravostranné je dítě většinou postiženo lehkou mentální retardací s převahou na verbální složce a u hemiparézy či hemiplegie levostranné jsou děti ve většině případů bez jakékoliv kognitivní poruchy.
- **Forma dyskinetická** (tedy **atetoidní**) je typická mimovolními pohyby a svalovým napětím, které je velmi proměnlivé. Tento typ DMO zřídka postihuje intelektové schopnosti. Postižení motorických funkcí je však ve většině případů tak těžké, že se dotýká všech svalových skupin, a to také mluvidel. Do této kategorie řadíme **atetózu**, která se vyznačuje zejména pomalými, kroužkovitými a „hadovitými“ pohyby a **dystonií**, u které jsou typické trvalé svalové kontrakce, které zapříčiňují krouživé opakované pohyby či patologické postavení postižených oblastí těla.

- **Forma ataktická, případně mozečková** je typem, který je velmi vzácný, protože tvoří pouze 5 - 10 % všech DMO. Tato forma onemocnění je velmi závažná, jelikož způsobuje vážné postižení hybnosti, koordinace i rovnováhy. Je typická hrubým třesem rukou a velmi hlubokým mentálním postižením.
- **Hypotonická forma** má z výše zmíněných forem nemoci nejhorší prognózu zdravotního vývoje jedince. Vyznačuje se patologicky sníženým tonem svalových skupin a často je propojena s těžkými stupni mentální retardace.

### 1.2.5 Diagnostika dětské mozkové obrny

Včasná diagnostika je základem úspěšné léčby každé nemoci. Dle Koláře a kol. (2009) se diagnostika u vážných forem dětské mozkové obrny provádí přibližně do šestého měsíce věku dítěte a u méně závažných forem asi do jednoho roku pacienta. Definitivně stanovena je však až ve třetím roce dítěte. K diagnostice DMO se využívají **screeningové diagnostické testy** orientované na neuromotorický rozvoj jedince. Jedním z nejznámějších testů je screening dle Vojty<sup>1</sup> a screening dle Vlacha<sup>2</sup>. Screeningové diagnostické testy dokážou časně identifikovat děti s poruchou centrální nervové soustavy. V případě, že se testy ukážou jako pozitivní a jedinec prokazuje abnormální pohyby či polohy, je zařazován k osobám s centrální koordinační poruchou. U dítěte s centrální koordinační poruchou se však ještě nehovoří o dětské mozkové obrně. Podle úrovně centrální koordinační poruchy dítě prodělá další nejruznější neurologická i genetická testování a teprve po nich může lékař s jistotou stanovit diagnózu a následnou léčbu.

Urbanová (2012) uvádí, že čím dříve je diagnóza DMO provedena, tím je následná léčba účinnější. Pro diagnózu dětské mozkové obrny jsou také používány tyto diagnostické postupy – ultrazvuk<sup>3</sup> mozku, magnetická rezonance<sup>4</sup> mozku, elektroencefalogram<sup>5</sup>, genetické testování, monitorování psychomotorického vývoje, zrakové i sluchové prohlídky a v neposlední řadě také psychologická vyšetření, která zahrnují diagnózu úrovně sociálního i adaptivního chování, řeči a motoriky.

<sup>1</sup> **Screening dle Vojty** je polohovým a neurologickým testem, jenž se stejně jako screening dle Vlacha, řadí mezi screeningové testy, které se využívají pro diagnostiku DMO (Urbanová, 2012).

<sup>2</sup> **Screening dle Vlacha** je screeningový test, který se zabývá psychomotorickým vývojem dítěte v prvních týdnech po narození (Urbanová, 2012).

<sup>3</sup> **Ultrazvukem** se rozumí neinvazivní diagnostická metoda, která prostřednictvím mechanických zvukových vln zprostředkovává obraz tkání, od kterých se vlny odráží (Nekula, 2003).

<sup>4</sup> **Magnetická rezonance** se řadí mezi základní vyšetřovací metody v neuroradiologii a slouží pro lékařskou diagnostiku morfologie či patologie zobrazených tkání. (Nekula, 2003).

<sup>5</sup> **Elektroencefalogram** patří mezi diagnostické metody, které se využívají k měření elektrické činnosti mozku (Kolář, 2007).

### 1.2.6 Léčba dětské mozkové obrny

I přesto, že DMO spadá do skupiny nemocí, které jsou považovány za neléčitelné, má zde léčba a medicína své nezastupitelné místo. Správnou a zejména komplexní léčbou se totiž život postiženého člověka může obrovsky zkvalitnit. Kraus (2011) předpokládá, že cílem léčení dětské mozkové obrny není docílení běžného stavu či uzdravení, ale je jím zlepšení pohyblivosti, kognitivního vývoje, společenského začlenění a nezávislosti na druhých lidech. Kladný výsledek léčby je tedy závislý na jejím včasném zahájení a intenzitě.

Kolář a kol. (2009) a Urbanová (2012) uvádějí, že pro léčbu DMO je nesmírně důležitý interdisciplinární přístup, kdy předpokládáme vzájemnou spolupráci dětských lékařů, chirurgů, neurologů, neurochirurgů, ortopedů, psychologů, psychiatrů, logopedů, fyzioterapeutů a samozřejmě samotné rodiny. V **chirurgické léčbě** se nejčastěji odehrávají ortopedické operace, které jsou prováděny zejména u spastických forem dětské mozkové obrny. Může se jednat o operace svalů a šlach, kloubů a kostí. Příkladem těchto operací může být prodloužení Achillovy šlachy, operace svalů zkráceného předloktí atd. Další formou léčby jsou **neurochirurgické zákroky**, kde řadíme zejména selektivní dorzální rizotomii. Jedná se o zákrok, při kterém dojde k přetnutí 40 - 50 % vláken zadních míšních kořenů, čímž se zvětší pohyblivost kloubů, hybnost horních končetin, zlepší se artikulace, fonace a celková kvalita života postiženého jedince. Tento zákrok je vhodný pouze pro pacienty se spastickou formou DMO, kteří jsou velmi pečlivě vybíráni. Dalším typem léčby je **botulotoxin**, využívající se k léčení spastických forem DMO a dystonie. Je to látka, která je nejúčinnějším nervovým jedem a má dvojí účinek. Botulotoxin uvolní stažený sval a poskytne mu možnost běžného růstu. Aplikuje se injekčně přímo do svalu, a to opakovaně po třech až šesti měsících. Další formou léčby je **farmakologická léčba**, kdy léky, s výjimkou botulotoxinu, nemají na pohybové defekty větší vliv. Používají se farmaka pro zmírnění spasmů svalů či přidružených potíží, jako je například zahlenění pacienta. Pro zkvalitnění života handicapovaných osob se využívá také rozmanité množství **pomocných prostředků**, přičemž je jejich úkolem zdokonalování pohybu, rovnováhy i komunikace. Tyto pomůcky jsou indikovány každému pacientovi individuálně dle jeho specifických potřeb. Řadíme zde ortézy, dlahy, korzety, chodítka, sedátka, berle, invalidní vozíky, dětské kočárky, polohovací lehátka, ortopedické vložky a obuv.

### 1.2.7 Rehabilitace u dětské mozkové obrny

Nedílnou a zároveň nejvlivnější součástí léčby dětské mozkové obrny je její rehabilitace. Urbanová (2012) říká, že mezi nejznámější druhy rehabilitací u dětské mozkové obrny můžeme zařadit: Vojtovu metodu, Bobath koncept a terapii dle Petöho. Rehabilitační cvičení je třeba provádět soustavně a s velkou trpělivostí, kdy hlavní snahou je vylepšit pohybové postižení skrze cvičení s postihnutými svaly. Cílem rehabilitace je pak prevence deformit, omezení výskytu abnormálních pohybů a posílení běžných funkcí.

**Vojtova metoda** je založena na zaktivizování centrální nervové soustavy. Při této terapii jsou drážděny spoušťové zóny, jež způsobí navození automatických pohybů. Základem této metody jsou dva lokomoční prvky – reflexní plazení a reflexní otáčení. Pomocí zmíněných pohybových elementů se zapojí veškeré příčně pruhované svaly postiženého jedince. Reflexní plazení se skládá ze dvou prvků – vzpřímení trupu a následný pohyb trupu směrem dopředu. Reflexní otáčení začíná v umístění těla nemocného v poloze na zádech, pokračuje polohou na boku až po polohu na bříše. Záměrem reflexního otáčení je docílit lezení po čtyřech (Trnavská, 2010).

Podle Koláře (2009) je **Bobath koncept** rehabilitací, která na rozdíl od Vojtovy metody nepoužívá mačkání bodů na těle, ale používá rozmanitých pomůcek, jako jsou míče, válce, balanční plochy apod. Urbanová (2012) tvrdí, že rehabilitační pracovník musí být schopen rozeznat funkční dovednosti postiženého a snaží se dospět k tomu, aby samo dítě přebralo aktivní kontrolu nad svými lokomočními pohyby.

**Petöho terapie** se vyznačuje tím, že se odehrává ve skupinách, a to s pomocí různorodého nábytku, který podporuje v aktivitě, zdokonaluje kvalitu lokomoce a prostorovou orientaci. Výhodou této formy rehabilitace také je, že se nemocní mohou učit sledováním ostatních jedinců (Kolář, 2009).

Urbanová (2012) zmiňuje i další varianty rehabilitací. Jednou z nich je **synergická reflexní terapie**, která je založena na reflexně-terapeutických manuálních technikách a můžeme zde pro příklad zařadit akupresuru (stlačování akupresurních bodů) či masáže reflexních zón (zejména masáže chodidel). Dále uvádí **akupunkturu**, která se inspirovuje čínskou medicínou a vyznačuje se nabodáváním jehel do akupunkturních bodů. Hojně využíváno je také **vodoléčebných procedur** či **cvičení na míčích**, kdy jsou míče využívány zejména k polohování. Neméně rozšířeny jsou také **lázeňské pobyty**, **arteterapie** (terapie pomocí výtvarných aktivit), **muzikoterapie** (terapie pomocí hudebních činností),

**hippoterapie** (terapie pomocí jízdy na koni, zejména pohybů vznikajících při koňské chůzi), **canisterapie** (terapie využívající kontaktu se psem) a další.

### 1.2.8 Prevence dětské mozkové obrny

Jako u dětské mozkové obrny neexistuje dokonalá léčba vedoucí k uzdravení, neexistuje u ní ani spolehlivá prevence. Šišková (2011) zmiňuje, že matka v těhotenství nemůže zdraví svého dítěte ovlivnit nijak jinak než dodržováním vyhovujícího životního stylu, případně očkováním proti některým nemocem, které mohou negativně působit na matčin plod (*viz kapitola 1.6 Příčiny dětské mozkové obrny*). V současnosti na snižování výskytu dětské mozkové obrny pozitivně působí také zdokonalující se prenatální a perinatální lékařská péče, která zaručuje včasný záchyt možných vrozených abnormalit, prevenci předčasných porodů či redukci vícečetného těhotenství.

## 1.3 Rodina s handicapovaným dítětem

Vzhledem k tomu, že se ve výzkumné části práce budu snažit přiblížit fungování rodiny s handicapovaným dítětem, bude v této podkapitole věnována pozornost danému tématu z hlediska teoretického.

Szabová (2002) a Vančura (2006) uvádějí, že rodina, které se narodí handicapované dítě, se ocitá v konfrontaci s náročnou životní situací. Přijetí takto postiženého potomka ze strany rodičů, ale i ostatních členů rodiny, je pro dítě přínosným vkladem do života. Avšak ne každý dokáže akceptovat dítě hned po narození takové, jaké je. Mnoho lidí se tedy ke smíření s nastalou situací musí propracovat. Okamžik sdělení zprávy o narození handicapovaného dítěte přináší rodině obrovské zklamání a velký otřes v budoucích plánech. V prvotních fázích rodiče zažívají trauma, ztracení ideálu, zborcení svého života, popírají skutečnost, mají vztek a smlouvají. V dalších chvílích prochází velkou úzkostí, depresí a beznadějí, které nelze dlouhodobě snášet, a proto nastupují na scénu **obrané mechanismy: zavrhuující** (odmítání takto postiženého dítěte, vzdání se dítěte), **agresivní** (projevování agrese na vše, co je v okolí), **odmítající** (hněv na dítě a celý svět), **sebeobviňující** (obviňování sebe či ostatních), **rezignující** (stěžování si a naříkání), **zanedbávající** (zanedbávání dítěte, přenechání starosti na někom jiném), **izolující** (uzavírání rodiny do sebe, izolování se od okolí), **sebezničující** (hrozba nebezpečí sebevraždy), **pasivní** (dítě bráno jako životní nutnost, starost o nevyhnutelné), **hyperprotektivní** (dítě se stává jediným posláním a smyslem života).

Pokud dojde k překlenutí přes obranné mechanismy, nastupuje přijetí dítěte takového, jaké je a rodina má nakročeno k dosažení **demokratického přístupu**, při kterém se dítě pro rodinu stává životní výzvou, o kterou je třeba se starat a pomáhat jí objevovat svět. Tento přístup není potřeba ovlivňovat, je však vhodné ho podporovat, posilovat a vyjadřovat mu uznání. Pokud rodina nedokáže demokratický přístup přijmout a zůstává ve fázi obranných mechanismů, je vhodné vyhledat psychoterapeutickou či jinou odbornou pomoc (Fitznerová, 2010; Szabová, 2002; Vančura, 2006).

Matějček (2001) ve své knize uvádí desatero pro vychovatele a rodiče dětí s mentálním i tělesným handicapem, které popisuje zásady a doporučení pro ulehčení výchovy dítěte s postižením a srovnání se s náročnou životní situací rodičů a celé rodiny. **Desatero pro vychovatele a rodiče dětí s mentálním i tělesným handicapem** zní následovně:

- Rodiče mají o svém dítěti co nejvíce vědět
  - Je důležité, aby rodiče důkladně znali podstatu handicapu svého dítěte. Jen tak dokážou svého potomka dokonale poznat a podporovat ho.
- Rodičům bychom neměli nic podstatného zatajovat
  - S těžkou situací se rodiče lehčeji srovnávají, jestliže se vše odehrává dle jejich předpokladu. Z toho vyplývá, že odborníci by rodině neměli dávat plané naděje, ale měli by jim podávat realistické informace s odhadem do blízké budoucnosti.
- Ne neštěstí, ale úkol
  - Rodiče se postupně musí propracovat k přijetí své nepříjemné životní situace jako výzvy a úkolu a odpoutat se od tragického prožívání přítomnosti handicapu u svého dítěte. Rodiče by se v problematice daného postižení měli začít vzdělávat, načíst si o něm informace, ptát se odborníků a naplánovat si další kroky do budoucnosti.
- Obětavost ano, ale ne sebeobětování
  - Péče o handicapovaného člena rodiny by se měla týkat všech jejích členů, aby se předešlo vyčerpání a mrzutosti rodičů. Ti by v takovém případě nemohli být dobrými společníky a pečovateli jak pro samo postižené dítě, tak pro ostatní rodinné příslušníky.
- Vše v pravý čas a v pravé míře

- Dětský vývoj je určen danými zákonitostmi, z čehož vyplývá, že každý výchovný, rehabilitační i vývoj podněcující postup ze strany rodičů musí přijít ve vhodnou chvíli a přiměřené míře.
- Dítě samo netrpí
  - Tato zásada doporučuje, aby rodinní příslušníci dítě nelitovali, ale naopak mu jeho život co nejvíce rozveselovali. Je velkým omylem se domnívat, že dítě svým handicapem strádá a trpí.
- Nejste sami
  - Není vhodné odmítat solidaritu a vstřícnost okolí. Naopak je pro rodinu velmi prospěšné svůj problém sdílet s rodinami, které mají stejně handicapované dítě, s odborníky i nezasvěcenými lidmi, kteří dokážou nabídnout velkou podporu.
- Nejste ohroženi
  - Rodiče si musí uvědomit, že nejsou ohroženi. Je pochopitelné, že jim nejsou příjemné pohledy či chování některých lidí, protože jejich životní jistota byla narozením „odlišného“ dítěte narušena. Pokud však uspějí v překonání přecitlivělosti na okolí, zbaví se také intenzivního existenčního napětí.
- Chraňte si manželství a rodinu
  - Stres způsobený těžkou životní situací může negativně ovlivňovat rodinné vztahy. Je proto velmi podstatné, aby si tento fakt rodiče uvědomovali a snažili se mu předcházet.
- Výhled do budoucnosti
  - Je žádoucí, aby rodiče realisticky zhodnotili budoucí situaci, týkající se péče o jejich handicapované dítě. Je nezbytné promyslet, zda se bude péče týkat rodinných příslušníků, stacionářů, ústavů či jejich kombinace.

## 2 METODY PSYCHOLOGICKÉ DIAGNOSTIKY

Druhá kapitola bakalářské práce se zaměřuje na metody psychologické diagnostiky. Jelikož je v praktické části práce využívána kresba začarované rodiny, hlavním tématem této kapitoly bude popis projektivních kresebných metod a detailnější rozbor výše uvedené kresby začarované rodiny.

### 2.1 Psychologická diagnostika jako zastřešující disciplína

Metody psychologické diagnostiky jsou prostředky, kterých využívá psychodiagnostická disciplína. Považuji proto za důležité, abych věnovala pozornost nejdříve této zastřešující disciplíně a teprve poté popisu jednotlivých metod.

Dle Stančáka (1982), se psychologická diagnostika neboli psychodiagnostika zrodila na přelomu 19. a 20. století, tudíž v době, kdy došlo ke vzniku vědecké psychologie. Svoboda, Humpolíček, Šnorek a kol. (2013) uvádějí, že psychodiagnostika je psychologická disciplína, která slouží ke zkoumání a měření psychických vlastností, stavů a dalších individuálních charakteristik. Cílů přímé činnosti této disciplíny může být několik: stanovení stupně vývoje, analýza etiologie věkově neodpovídajícího vývoje, prozkoumání jedinečných zvláštností osobnosti, analýza podstaty, předpokladů a zapříčinění individuálních odlišností, prognóza (předpověď) nebo predikce (odhad). Psychodiagnostika oplývá mnoha druhy psychologických metod, sloužících pro stanovení prognózy, diagnózy i výzkumu.

### 2.2 Obecná charakteristika psychodiagnostických metod

Předmětem této podkapitoly, jak již vyplývá z názvu, budou psychodiagnostické metody, které mají v současné psychologii své nezastupitelné místo. Dle Svobody, Humpolíčka, Šnorka a kol. (2013) je psychodiagnostická metoda, také zvaná jako psychologická vyšetřovací metoda, specifickou cestou, která nás dokáže dovést k získání psychologické diagnózy neboli znalostí o dané osobě. Psychodiagnostická metoda je tedy považována za systém podnětů, pomocí nichž navodíme chování či vymezíme podmínky pro pozorování chování určité osoby. Následovně dané chování pozorně zaznamenáváme a pak z něj posuzujeme jednotlivá specifika psychických procesů, stavů a vlastností.

Svoboda, Krejčířová, Vágnerová a kol. (2015) upozorňují na hlavní zásady psychodiagnostických metod. Z jejich výkladu vyplývá, že pokud mají metody sloužit svému účelu, je nutné, aby naplňovaly elementární metodologické požadavky. Mezi první z nich patří **objektivita**, která se týká vyšetřující osoby. Aby byla psychodiagnostická metoda



objektivní, je zapotřebí, aby její předkládání, průběh i vyhodnocování neobsahovalo subjektivní zabarvení ze strany examinátora. Za druhý požadavek je považována **standardizace**, která je nezbytná pro zjištění spolehlivosti, platnosti a dalších vlastností metod. Pod standardizaci spadá také **normalizace**, která umožňuje porovnání individuálních výsledků s normami, které byly nabyty průzkumem velkého reprezentativního vzorku lidí. Norma tudíž popisuje průměrnou hodnotu, výkonnost či reagování daného vzorku populace. Evangelo (2009) uvádí, že mezi další požadavky, kladené na metody řadíme reliabilitu a validitu. **Reliabilita** aneb spolehlivost psychodiagnostické metody znamená, že metoda zkoumá to, co opravdu zkoumat má. Na rozdíl od ní, **validita** vypovídá o platnosti psychologické vyšetřovací metody, z čehož vyplývá, že zkoumá její praktickou užitečnost a platnost.

Psychodiagnostické postupy se dělí na dvě základní skupiny – klinické a testové. **Klinické metody** jsou vázány přesnými předpisy, nejsou založeny na statickém základě a jsou tvarovatelné, což znamená, že umožňují lepší prozkoumání daného případu proměnlivostí svých postupů. Naproti tomu **testové metody** podléhají standardizovanému postupu vyšetření, přičemž vyšetřovaným jedincům předkládáme stejný podnětový materiál při shodných podmínkách. Hodnocení testových metod provádíme prostřednictvím předepsaných způsobů (Svoboda, Humpolíček, Šnorek a kol., 2013).

Podle Svobody, Krejčířové, Vágnerové a kol. (2015, s. 30) vypadá klasifikace psychologických vyšetřovacích metod následovně:

- **„Klinické metody:**
  - Pozorování; Rozhovor; Anamnéza; Analýza spontánních produktů;
- **Testové metody:**
  - Vývojová diagnostika; Testy inteligence; Testy speciálních schopností; Neuropsychologické metody;
  - Projektivní metody:
    - a. Verbální;
    - b. Grafické;
    - c. Metody volby;
  - Kresebné metody:
    - a. Kresba jako měření úrovně rozumových schopností;
    - b. Kresba jako měření úrovně senzomotorických schopností;
    - c. Kresba jako projektivní metoda;

- d. Kresebné testy kreativity;
  - Dotazníky:
    - a. Jednodimenzionální či vícedimenzionální dotazníky;
    - b. Dotazníky pro rodiče či vychovatele;
  - Objektivní testy osobnosti; Posuzovací škály.“

### 2.3 Vybrané projektivní kresebné metody

V následující podkapitole se budu podrobněji zabývat projektivními metodami, do nichž patří i kresba začarované rodiny, která je hlavní výzkumnou metodou této bakalářské práce. V závěru krátce rozpracuji kresebné projektivní metody a následně popíši mnou vybrané kresebné techniky.

V současné psychologii existuje mnoho definic **projektivních metod**. Hartl, Hartlová (2010) definují projektivní metodu jako postup, který se opírá o průzkum osobnosti zkoumaného jedince pomocí nevědomých projekčních pochodů, které dokážou odkrývat pocity, tužby, postoje a charakterové vlastnosti zkoumaných osob. Další uznávanou definicí projektivní metody je formulace dle Štípka (2010), která praví, že projektivní metoda nabízí možnost k využití kreativity, přičemž není tak strukturovaná jako jiné psychologické postupy. Tato metoda umožňuje vyšetřovanému jedinci udělovat všem obrazům a situacím ojedinělou podobu a dokáže zachytit bezděčné a skryté psychické obsahy. Pro vysvětlení rozdílu mezi projektivní metodou a projektivní technikou Štípek rovněž uvádí, že projektivní techniky jsou určitým specifickým typem projektivních metod. Projektivními metodami se mimo jiné zabývají také Svoboda, Krejčířová, Vágnerová a kol. (2015), kteří je rozdělují na techniky verbální, grafické (včetně projektivních kresebných metod) a techniky volby neboli techniky manipulační.

S projektivními metodami taktéž úzce souvisí pojem **projekce**. Jako první ji v psychologii uvedl Sigmund Freud v roce 1894, který ji používal pro pojmenování obranného mechanismu vůči úzkosti. Freud popisoval projekci jako skutečnost, že vnímání aktuálních stimulů je umocněno vzpomínkami na minulost. V současné psychologii projekci rozumíme proces, při kterém vyšetřovaná osoba přenáší významy svých psychických procesů vně sebe a přisuzuje je nebo vnímá prostřednictvím druhých osob, zvířat, rostlin, předmětů či pochodů (Svoboda, Humpolíček, Šnorek a kol., 2013). Jung (1993) projekci považuje za bezděčný samovolný psychologický mechanismus, který převádí osobní obsahy všech typů na objekt. Zajímavostí je, že Jung chápe za projekci také lidské vnímání zvuků i barev,

protože v reálné skutečnosti podle něj neexistují a vytvářejí se až v našem mozku v podobě projekce. V neposlední řadě dodává, že: „Při projekci je zjevný fakt, se kterým jste konfrontováni v objektu, ve skutečnosti iluzí. Ale vy se domníváte, že to, co v objektu pozorujete, není subjektivní, ale že to objektivně existuje“ (Jung, 1993, s. 148).

Vývoj projektivních metod sahá až do roku 1879, kdy Sir Francis Galton provedl slovní asociační experiment, jenž byl prvním využitím projektivní metody. Při svém experimentu došel k závěru, že myšlení má svůj odraz v řeči člověka. V roce 1939 se pojmem projekční metoda zabýval L. K. Frank, který ji popsal jako výzkumnou osobnostní metodu, jež staví probanda do konkrétní situace, v níž má za úkol odpovídat dle významu, který pro něj tato situace má a dle toho, jaké pocity při své odpovědi pociťuje (Svoboda, Humpolíček, Šnorek a kol., 2013). Vývoj projektivních metod poté postupoval až po současnost v souhře s rozvojem psychologických teorií osobností a vědeckého rozmachu (Stančák, 1982).

Projektivní metody, jako všechny psychodiagnostické metody, mají nespočet slabých, ale i silných stránek. Největším nedostatkem projektivních metod je jejich rozporuplná validita, jelikož jsou zaměřeny zejména na dynamické charakteristiky osobnosti. Mezi jejich další zápory můžeme zařadit taktéž mnohoznačnost odpovědí či významů a z toho plynoucí obrovské vědomostní nároky na vyšetřující osobu. Naproti tomu mají projektivní metody mnoho pozitivních stránek, mezi něž můžeme zařadit skutečnost, že vyšetřovaná osoba nemá skoro žádnou možnost záměrně změnit výsledky, protože netuší, jaký účel daná metoda nese. Pozitivem na těchto metodách je taktéž fakt, že nenavozují atmosféru zkouškového prostředí (Svoboda, Humpolíček, Šnorek a kol., 2013).

**Projektivní kresebné metody** jsou takové psychodiagnostické metody, jejichž prostředkem výzkumu je kresba probanda. Jak již bylo řečeno výše, řadíme je mezi projektivní metody, a to konkrétně mezi techniky grafické (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová a kol., 2015). Dětská kresba byla v popředí výzkumů už od druhé poloviny 19. století. I když postupem času psychologický zájem o dětskou kresbu upadal, v současné době se opět dostává na výsluní psychodiagnostického zájmu (Klusák, Slavík, 2010). Kresba nenavozuje u dětských klientů pocity zkoušky a tím se stává významným pomocníkem v tvorbě příjemné a uvolněné atmosféry při vytváření vztahu mezi examinátorem a dítětem. Kresba dokáže hodně vypovědět také o pocitech dítěte, které není verbálně zdatné. Dá se v ní přijít na to, co dítě neumí pojmenovat, či co si přímo neuvědomuje. Kresebné metody nám umožňují nahlédnout do vnitřního života jedince a nacházet případné příčiny vnitřních rozporů a problémů. Kreslení může být prostředkem pro ovládnutí silných emocí

doprovázejících nějaké trauma (Morvayová, 2006). V dalších podkapitolách uvádím mnou vybrané příklady kresebných projektivních metod.

### 2.3.1 Kresba lidské postavy

Test kresby lidské postavy zaujímá nenahraditelné místo mezi psychodiagnostickými metodami po více než šedesát let. Považuje se za nejčastěji používanou projektivní kresebnou metodu, jejíž využití je velmi nesourodé a k níž existuje spousta přístupů a stanovisek (Badošek, 2013). Vynalezení této techniky se datuje do roku 1926, za což se zasloužila Goudenoughová, která prostřednictvím kresby zjišťovala u jedinců především jejich kognitivní vývoj a stupeň IQ (Domino, Domino, 2006).

Podle Svobody, Krejčířové, Vágnerové a kol. (2015) byl Test kresby lidské postavy v roce 1963 dále rozpracován Harrisem a byl vydán pod názvem **Goodenough-Harris Drawing Test**. Harris, stejně jako Goudenoughová, pokládal kresbu za prostředek ke zjištění kognitivního vývoje. Zkouška se skládala ze dvou součástí, kdy dítě jako první nakreslilo mužskou a teprve poté ženskou postavu. Po dokončení kresby nadcházelo její zhodnocení pomocí 73 položek zaměřených na dílčí partie těla, svršky atd.

V současnosti se Test kresby lidské postavy nevyužívá jen pro zkoumání inteligenční úrovně, ale zároveň pro výzkum jedincova vnímání sebe sama a jeho vztahů k okolním lidem. K takovému výzkumu slouží forma testu pocházející z roku 1949 od Machoverové, která jej nazvala **Draw a Person Test (DAP)**, v kterém jedinec nevyobrazuje jen sebe sama, ale i další lidi obou pohlaví, ke kterým může mít nějaký vztah. Vyšetřující může také zjistit, jaký je postoj vyšetřovaného k jednotlivým pohlavím (Svoboda, Humpolíček, Šnorek a kol., 2013).

Svoboda, Krejčířová, Vágnerová a kol. (2015) uvádí, že za nejaktuálnější americkou verzi Testu kresby lidské postavy se pokládá **Draw a Person: A Quantitative Scoring System (DAP)**, kterou zavedl Naglieri v roce 1988. Tato forma testu se snaží o minimalizaci vlivu nejrůznějších faktorů, jako jsou například senzomotorické dovednosti dítěte. Je vhodná ke skupinovému i individuálnímu zadávání, je bez časového limitu a pro jedince ve věkové kategorii od 5 do 17 let. Dítě má při testování k dispozici tužku či pastelky a papír formátu A4, přičemž instrukce, co má vyšetřovaná osoba nakreslit, je podobná jako u výše zmíněných testů využívajících kresbu lidské postavy. Hotová kresba se vyhodnocuje dle 14 kritérií (oči, paže, oblečení apod.), u kterých se posuzuje mnoho položek, jako je např. výskyt dané části těla či jeho proporce. Dohromady se u zmíněného testu hodnotí celkem 64 položek, které je možno doplnit i o další informace, které se týkají potřebného času pro zvládnutí úkolu či jednotlivých projevů vyšetřovaného. Tento způsob testování se využívá pro vyhodnocení

celkové úrovně rozvoje u dětí předškolního i mladšího školního věku nebo pro vyšetření jedinců s obtížemi řečového charakteru.

### 2.3.2 Test hvězd a vln

Test hvězd a vln (**Der Sterne-Wellen-Test**) založila grafoložka Avé-Lallemant roku 1979. Její test se inspiroval grafologií, již se Lallemant dlouhodobě věnuje a využívá se mimo jiné k určení vývojové a výkonnostní úrovně (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová a kol. 2015).

Dle Avé-Lallemant (2006) je daná metoda založena na elementární představě hvězd nad vlnami, pomocí níž se jedinec oprostí od listu papíru a zaměří se na představu ve své mysli, kde se prolíná racionálně s emocemi a představy s imaginárností. Avé-Lallemant uvádí, že test je vhodným nástrojem zejména pro diagnostikování osobnosti jedince, protože se v něm zobrazuje individuální pohled dítěte na svět a skutečnost. Metoda je vhodná i pro určení celkové vývojové úrovně vyšetřovaného, a to již od tří let věku. Je tedy vyhovující pro všechny věkové kategorie.

Při testování je jedinci předložen papír s natištěným rámečkem, do kterého má tužkou nakreslit hvězdy nad vlnami. Test může být zadáván individuálně i skupinově, doba plnění úkolu není určena a hodnotí se dle tří škál, které slouží k vyhodnocení jak formálního propracování kresby (např. provedení linií, rozložení prostoru), tak korektnosti představy (např. zobrazení hvězd i vln, jejich rozložení). Test hvězd a vln je čteně využíván pro klasifikaci školní zralosti, určení specifických poruch učení či při diferenciální diagnostice organického postihnutí centrální nervové soustavy (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová a kol., 2015).

### 2.3.3 Test stromu

Test stromu je další velmi rozšířenou psychodiagnostickou technikou. Říčan, Ženatý (1988) vyslovují názor, že nejnámějším autorem zabývajícím se Testem stromu je Karel Koch, který roku 1949 vydal svůj **Baumtest**. Podle něj, je základem testu fakt, že člověk symbolickou cestou přenáší svou vlastní osobnost do kresby stromu. Zobrazuje skrze něj své klady i zápory, přání i strachy a v neposlední řadě vlastní pohled na svět. Jednotlivé prvky psychiky vyšetřovaného jsou pak představovány třemi složkami stromu – korunou, kmenem a kořeny.

Podle Altmana (2002) je Test stromu výborným vodítkem k odhalení introverze, extroverze, stability i lability osobnosti jedince. Vypovídá o stylu prožívání, reakcí na podněty i vypořádání se s překážkami. V neposlední řadě dokáže vypátrat potlačené

osobnostní stránky, které si člověk vůbec neuvědomuje. Altman doporučuje předkládat papír formátu A4 před probanda na výšku a poskytnout mu tužku i gumu. Poté klient dostane za úkol nakreslit strom, s výjimkou jehličnatého či palmového druhu. Tato obdoba testu je vhodná pro děti od deseti let.

U daného typu testování, jak uvádí Svoboda, Krejčířová, Vágnerová a kol. (2015), není jedinec časově limitován a je nutné si uvědomit, že jakákoliv kresba má odlišný diagnostický význam. Baum test lze klasifikovat jak ze stránky způsobu provedení kresby, tak ze stránky obsahové. Hodnotí se tedy velikost i rozložení obrazu; situování stromu na papíře; subjektivní dojem, který v nás strom vzbuzuje; dílčí detaily; způsob realizace atd. Test stromu se hojně využívá při zjišťování celkové vývojové úrovně, pro záměry volby povolání, rozpoznání nejrůznějších školských problémů, emočních i duševních nemocí i organických postihnutí.

#### **2.3.4 Dům-strom-člověk**

Dům-strom-člověk je dalším testem, patřícím mezi psychodiagnostické techniky, který je často využíván jak českými, tak zahraničními psychology. Svoboda, Humpolíček, Šnorek a kol. (2013) uvádějí fakt, že Test dům-strom-člověk (**House-Tree-Person, H-T-P**) byl do povědomí lidstva uveden jeho tvůrcem Buckem. Název testu přímočaře naznačuje motivy jeho kreseb, které se znázorňují v posloupnosti, jež je dána tímto pojmenováním. Dle Bucka (1948) je tento test určen pro děti starších osmi let a pro dospělé jedince. Díky tomu, že se jedná o takovou diagnostickou techniku, která nevyužívá přímé slovní komunikace, je vhodná také pro osoby negramotné či cizince.

Kresba bývá hodnocena z mnoha stránek – rozmístění na papíře, perspektiva, kvalita čar, obrazové detaily, zaměření důrazu, propracovanost kresby apod. Při zmíněné analýze výsledků se vyšetřující přiklání k faktům, že kresba domu vypovídá o vztahu jedince k jeho rodině, kmen stromu naznačuje základní životní sílu probanda, jeho mimovolní odraz vlastního vývoje a psychosexuální zralost a nakonec znázornění člověka značí portrét vyšetřovaného. Na závěr testu je vhodné použít dotazník o 55 otázkách v daném uspořádání. Tato testová technika je vhodná pro analýzu osobnosti, tělesného schématu i neurotických poruch. V České republice toto testování není standardizováno (Svoboda, Humpolíček, Šnorek, 2013).

### 2.3.5 Test tří stromů

Test tří stromů je projektivním psychologickým vyšetřením, které je využíváno pro posouzení psychické vyzrálosti a pro průzkum intrafamiliárních vztahů probanda. Jeho nekomplikované zadání je účinným nástrojem pro vyjádření individuality člověka a jeho emocí do kresby. Tento test byl podrobněji studován také na pacientech se schizofrenií pro získání rozdílů mezi kresbou patologickou a kresbou považovanou za normu (Maserati a kol., 2015).

Za tvůrce projektivního kresebného Testu tří stromů (**T-T-T**) je považován Corboz pocházející z Portugalska. Zajímavostí je, že při vzniku popisované metody nebyla základem teorie, ale praxe. Corboz danou metodu vybudoval z pozorování kreseb dětí první třídy, které měly ke svátku matek graficky ztvárnit libovolné stromy. Z porovnávání jednotlivých obrázků následně došel k úsudku, že většina dětí nakreslila stromy tři, přičemž do nich nevědomě přenesla sama sebe a své rodiče. Objevují se však případy, kdy místo rodičů jsou voleni sourozenci, babičky, dědečkové či další osoby. V tomto případě je vhodné v závěrečném rozhovoru s dítětem zjistit proč. Tento typ testu u nás prozatím není hojně využíván, ale jsou zaznamenávány jeho velké úspěchy při analýze rodinných vztahů jak u dětí mladšího školního věku, tak u adolescentů (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová a kol., 2015).

### 2.3.6 Kresba rodiny

Kresba rodiny patří v současnosti mezi často využívané diagnostické metody. U nás za jejího průkopníka považujeme Zdeňka Matějčka z 60. let, který hovoří o metodě, pomocí níž dítě symbolicky ztvárňuje stav svého rodinného zázemí, svůj pohled a pocity, které si k němu pěstuje. Při hodnocení kresby je důležité brát v potaz fakt, že se kresba se zvyšujícím věkem výrazně mění a že je tato metoda vhodná pro věkovou kategorii od šesti do dvanácti let (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová a kol., 2015).

Říčan, Krejčířová a kol. (2006) doporučují, aby byl dítěti předložen papír formátu A4 a tužka. Někteří autoři radí poskytnout pastelky pro větší motivaci a využití fantazie probanda. Typický a vžitý pokyn k testu zní: „Nakresli obrázek, který by vyjadřoval život celé vaší rodiny“. U mladších dětí je zapotřebí pokyn zjednodušit. Jediněc poté začíná kreslit bez jakýchkoliv zásahů vyšetřujícího a časového omezení, přičemž do kresby promítá vlastní zážitky, tužby či zkušenosti. Klíčem k správnému rozboru výsledku je také rozhovor s dítětem bez pokládání sugestivních otázek. S testem, který není standardizován, souvisí mnoho hledisek, na které je při rozboru kresby důležité brát ohled. Mezi tato nejběžnější hlediska

patří: velikost, výskyt, pořadí či vynechání osob na obrázku; kvalita linií; přílišné pečlivé vykonání úkolu; nesprávné propojení; provedení či chybění dílčích částí; znázorněné oblečení; průběh kreslení a rozložení kresby.

V praxi se této formy testování využívá zejména pro zjištění celkové vývojové úrovně dítěte nebo jeho vztahu k vlastní rodině. Je doporučováno kresbu rodiny doplňovat o kresbu začarované rodiny (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová a kol., 2015). Obdobnou metodou ke kresbě rodiny je frekventovaně využívaná kinetická kresba rodiny Burnse z roku 1982 (**Kinetic-Family-Drawing, KFD**), která se vyznačuje prostým pokynem ke kresbě: „Nakresli každého člena rodiny, včetně sebe, jak něco dělá.“ Za diagnosticky klíčovou zprávu pro hodnotitele je zde vzdálenost nebo vzájemné působení mezi nakreslenými osobami (Anastasi, Urbina, 1997).

### **2.3.7 Kresba začarované rodiny**

Kresba začarované rodiny je obdobou kresby rodiny, která u nás byla zavedena Matějčkem ve spolupráci se Strohbachovou roku 1981. Tato metoda je určena zejména pro děti od šesti let, ale její využití je možné i u dospělých jedinců (Šípek, 2000). Na rozdíl od klasické kresby rodiny více podněcuje hlubší symboliku při zpracování přístupů a emocí k vlastnímu rodinnému zázemí, přičemž proband začaruje členy své rodiny do zvířecí podoby. Tento způsob testování umožňuje vyšetřovanému poskytovat informace, jež by jiným způsobem nedokázal či nebyl ochoten vyjádřit. Ztvárnění námětu však může být negativně zkresleno mediální kulturou, atraktivností daných zvířat či pohádkových postav (Vágnerová, 2012).

Jedinec provádí kresbu na čistý papír formátu A4, a to za pomoci, jak uvádí Svoboda, Krejčířová, Vágnerová a kol. (2015), tužky (případně pastelky) a v neomezeném čase. Pokyn zadavatele zní následovně: „Představ si, že přišel hodný kouzelník a každého z tvé rodiny začaroval do nějakého zvířete, které se pro něj nejvíce hodí.“ Matějček (2009) nabádá zadávajícího, aby si všímal podrobností a postupů v práci vyšetřovaného. Zejména je třeba soustřeďovat pozornost na to, jakým způsobem dítě ke kresbě přistoupí, jak se chová a jedná během práce, jaké je jeho kresebné vyjadřování, pořadí kresby, rozložení obrazů na archu, časová náročnost, dynamičnost znázorněných postav a v neposlední řadě vynaložení energie na detaily či spíše na komplexnost obrazu.

Svoboda, Krejčířová, Vágnerová a kol. (2015) upozorňují, že při hodnocení kresby je třeba posuzovat čtyři primární aspekty:



- **Velikost postav**, která značí, jak moc je daná osoba pro dítě důležitá. Velká postava signalizuje svou významnost, výjimečnou pozici či skutečnost, že v rodině získává nejvíce pozornosti. Naopak malá postava může vypovídat o nedůležitosti, kterou dítě vidí jako realitu nebo by jí chtělo u dané osoby dosáhnout proto, že se daného člověka např. obává. Při posuzování velikosti je třeba obezřetnosti, protože dítě může nakreslit obrovskou postavu jen proto, aby zaplnilo papír.
- **Způsob zobrazení** udává, jakým stylem jsou objekty na papíře nakresleny. U mladších dětí se často vyskytuje jev, při kterém jsou všechny osoby znázorněny stejným způsobem. Tato skutečnost může značit jak o chudosti fantazie, tak o rodinné soudržnosti a harmonii. Pro hodnotitele je však mnohem zajímavější, pokud jsou objekty rozlišeny. V případě, že vyobrazený proband je nakreslen stejně jako jeho příbuzný, značí to o tom, že se s ním ztotožňuje. Osoba nakreslená šrafováním nebo černě naznačuje obavu; tenkými čarami potíže; gumováním a překreslováním tíseň a pochybnost.
- **Pořadí a prostorové umístění**, v kterých jsou objekty lokalizovány, podávají mnoho informací o tom, jaké jsou vztahové vazby v rodině. Rašková (1984) uvádí, že čím je dítě mladší, tím častěji na první místo kreslí samo sebe. Nejfrekventovanějším sledem postav je vyobrazení otce, poté matky a nakonec potomků, přičemž je pořadí ovlivněno zejména citově a společensky. I prostor papíru může zkoumajícímu hodně napovědět o vzájemných vztazích – malá vzdálenost mezi osobami znamená vztahovou blízkost, velká vzdálenost mluví o distancování a izolaci. Pokud jsou postavy nakresleny na dolním kraji papíru, značí to o průměrné inteligenci či o mladším věku dítěte; ve středu papíru o průměrné inteligenci; u horního kraje papíru o podprůměrném intelektu; po celé ploše listu o nadprůměrném intelektu; u diagonálního a trojúhelníkového znázornění o existenci konfliktu; při vertikálním nebo horizontálním zobrazení ve dvou rovinách jsou výše postavené osoby považovány za důležitější.
- **Vynechání příslušníka rodiny** může dle Svobody, Krejčířové, Vágnerové a kol. (2015) poukazovat na probandovo subjektivní zapírání existence daného příslušníka v rodině nebo může být prostředníkem nějakého jeho přání – jako např. aby daná osoba z rodiny odešla nebo s vyšetřovaným vytvořila koalici. Opačným jevem je situace, kdy dítě vyobrazí osobu, která do rodiny nespadá (např. učitelku), což může vypovídat o jeho citové deprivaci nebo dalších socializačních problémech.

Dittrich (1992) zpracovává následující seznam nejhojněji znázorňovaných zvířat a jejich přibližnou symboliku: **kuň** (kuráž, síla, hbitost, ušlechtilost, učenlivost), **medvěd** (neohroženost, zahálčivost, neobratnost, dobrosrdečnost), **pták** (bystrozrakost, čilost, obratnost, dravost, nedostižitelnost), **pes** (věrnost, přítulnost, jistota, kamarádkost), **kočka** (mazlivost, jemnost, dovádivost, vlezlost), **lev** (moc, bojovnost, vládychtivost, nesoucinnost), **motýl** (nestálost, jemnost, elegantnost, těkavost), **žirafa** (statnost, samostatnost, talent na přehled a dozor), **opice** (hbitost, posměch, marnotratnost, prostorečnost), **myš** (pracovitost, bystrost, důmyslnost, všudypřítomnost), **slepice** (tolerance, váhavost, hamižnost), **ryba** (záhadnost, zamklkost, uzavřenost, nezávislost, velkorysost), **slon** (houževnatost, spolehlivost, odhodlanost, bezohlednost), **housenka** (prázdnost, nedůležitost, nepatrnost), **had** (lstivost, zrádnost, škodlivost, slizkost), **ovce** (hřejivost, podřízenost, pokornost, nezištnost, mírnost), **krokodýl** (ničivost, hbitost, surovost), **zajíc** (bázlivost, nesmělost, humornost, důmyslnost, žertovnost), **mravenec a včela** (snaživost, pracovitost), **veverka** (spořivost, dobrodružnost, rozpustilost, hazardnost), **prase** (zahálčivost, nevybíravost, netaktnost, nečistotnost), **pavouk** (ošklivost, trpělivost, nevlídnost, posedlost), **netopýr** (nevzhlednost, záhadnost, samotářství), **kuře** (slabost, dětskost), **labuť** (působ, sličnost, zasněnost, záhadnost), **liška** (vychytralost, koketnost, prohnanost), **jelen** (moc, statnost, sebevědomí, bojovnost), **vlk** (krvechtivost, opuštěnost, nemilosrdnost, slídivost), **želva** (vleklost, nezám, nedobytnost, jednoduchost), **kačena** (nenasytnost, povídavost, společenskost), **ježek** (dobráckost, ostrost), **žába** (trpělivost, obezřetnost), **páv** (domýšlivost, ješitnost), **sova** (zkušenost a rozumnost), **holubice** (mírnost, počestnost, slibnost, otevřenost).

Dle Varad'ové (2011) je pro správné vyhodnocení kresby začarované rodiny důležitým faktorem taktéž rozbor symboliky barev. Převládání dané barvy ve specifickém věku je naprosto normální jevem, zatímco ve starším věku již může naznačovat psychickou závalu. Symbolika jednotlivých barev je následující:

- **Modrá barva** se ve větší míře vyskytuje u dětí, které ještě nedosáhly pěti let. Pokud je její užití časté i u starších dětí, nenaznačuje to nic špatného, ale napovídá o sebekontrolě a dobrém přizpůsobení se dítěte.
- **Zelená barva** je symbolicky spojována se společenskými vztahy, perspektivou a nadějí. Hojně užívání této barvy je typické u dětí, které se těší na připravovanou optimistickou událost ve své budoucnosti.
- **Žlutá barva** se často připojuje k barvě červené a zrcadlí velkou vazbu probanda na dospělého člověka, jímž je ve většině případů rodič.

- **Hnědá barva a tlumené odstíny barev** napovídají o nepříliš silné společenské i rodinné adaptaci.
- **Červená barva** je dle Altmana (2002) velmi často využívána jedinci do věku šesti let. Pokud tato barva převládá v kresbě u jedinců starších, vypovídá nám to o tendenci probanda k útočnosti a neovládání citů.
- **Černá barva** doprovází všechny vývojové fáze člověka a nese v sobě dva protikladné významy. Může značit úzkost, tíseň a drama, ale na druhou stranu může vypovídat o pestrém vnitřním prožívání jedince. Nejvíce výraznou je v období puberty, kdy ji člověk využívá k vyjádření nepřístupnosti a obavy z projevu emocí (Helus, 1973).
- **Fialová barva** se v obrázcích dětí příliš nevyskytuje. Pokud ano, může značit o nervozitě a nesnadné adaptaci jedince na nové okolí. Při jejím doplnění barvou zelenou je u dítěte vkořeněna naděje na vypořádání se s problémem (Altman, 2002).

Pro dosažení co nejvyšší reliability této metody je důležité dodat fakt, že by vyšetřující měl po celou dobu kresby (pokud je dítě ochotno) i na její závěr provádět s dítětem rozhovor. V průběhu rozhovoru má zadávající možnost získat velmi důležité informace o tom, koho dítě nakreslilo, proč ho začarovalo tak a ne jinak, zda by něco udělalo jiným způsobem atd. Kresba začarované rodiny není standardizována a její zhodnocení se odvíjí zejména od subjektivního vnímání a vyhodnocování vyšetřující osoby. Tato kresebná projektivní metoda se využívá zejména pro zjištění celkové vývojové úrovně jedince nebo pro diagnostiku rodinných vztahů, kterou je příhodné propojit s anamnestickými informacemi a rozhovory s rodiči a dítětem (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová a kol., 2015).

## **II VÝZKUMNÁ ČÁST**

### 3 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Výzkumná část bakalářské práce se zabývá diagnostikou rodiny s handicapovaným dítětem, a to především prostřednictvím kresby začarované rodiny. Důvodem volby tohoto tématu je fakt, že rodin s handicapovanými dětmi stále přibývá. Díky velkému pokroku medicíny, techniky, ale také modernizaci společnosti se v dnešní době naskýtá možnost záchrany života takových dětí, které by ještě před pár desítkami let, vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, neměly šanci přežít. V důsledku toho mezi námi narůstá počet postižených jedinců, kteří potřebují pomoc nejen z řad odborníků a celé společnosti, ale zejména ze strany svých blízkých.

Rodina by měla být prvním a nejdůležitějším místem, které handicapovanému dítěti poskytne zázemí a pomocnou ruku. I přesto, že péče rodiny o postižené dítě s sebou přináší mnoho životních změn a náročných situací, měla by rodina i nadále setrvat pospolu a táhnout za jeden provaz. Takovým přístupem se rodinné vztahy mohou ještě více semknout a posílit. V opačném případě, kdy rodina nedrží pospolu a nesnaží se najít správná východiska ze své náročné životní situace, může dojít k oslabení až rozpadu vzájemných rodinných vazeb.

Z uvedeného textu vyplývá, že hlavním cílem této bakalářské práce je **diagnostika rodiny s handicapovaným dítětem**.

Ze stanoveného hlavního cíle se odvíjí následující dílčí cíle:

- *Analýza rodinných změn ve vztahu k narození handicapovaného dítěte.*
- *Analýza vzájemných vztahů v rodině.*

Z těchto dílčích cílů vycházejí konkretizované výzkumné otázky:

- Výzkumná otázka č. 1:  
*Jak rodina reaguje na narození handicapovaného dítěte?*
- Výzkumná otázka č. 2:  
*Jakým způsobem se mění pozice zdravého sourozence v rodině?*
- Výzkumná otázka č. 3:  
*Jak handicapované dítě ovlivňuje denní režim rodiny?*
- Výzkumná otázka č. 4:  
*Jak rodiny s handicapovaným dítětem tráví volný čas?*

- Výzkumná otázka č. 5:  
*Mění se vztah mezi rodiči při narození postiženého potomka?*
- Výzkumná otázka č. 6:  
*Jakým způsobem vnímá zdravá část rodiny (matka, otec, sourozenec) postižené dítě?*
- Výzkumná otázka č. 7:  
*Jakou povahu mají rodinné vztahy mezi jednotlivými členy z pohledu zdravého sourozence?*

## 4 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Vzhledem ke kvalitativní povaze výzkumu, konkrétně případovým studiím, bude tato kapitola popsána velmi stručně. Bude zde uveden původ výzkumného vzorku, místo a čas provedení výzkumu. V rámci etiky výzkumného šetření budou všechna jména i příjmení respondentů pozměněna. Rodiny, které jsou součástí tohoto výzkumu, podepsaly informovaný souhlas o poskytnutí a zpracování rodinných a osobních údajů (*viz Příloha č. 1*).

Výzkumu se zúčastnily dvě úplné a fungující rodiny ze Zlínského kraje – Novákovi (rodina číslo 1) a Kopeční (rodina číslo 2). Novákovi jsou manželé žijící v bytové zástavbě na kraji města a mající tři děti – patnáctiletou Terezu, devítiletého Tadeáše a jedenáctiletou Nelu, která je postižena dětskou mozkovou obrnou. Kopeční žijí ve vesnici v rodinném domě a společně s nimi bydlí i jejich dvanáctiletý syn Tomáš a osmiletá dcera Eva, která je taktéž postižena dětskou mozkovou obrnou. Výzkum bakalářské práce byl proveden v prosinci 2015 v místě bydlišť obou rodin.

## 5 VÝZKUMNÉ METODY

K zodpovězení výzkumných otázek bakalářské práce je využito případových studií dvou rodin. Tyto případové studie byly zpracovány prostřednictvím anamnéz zdravotního stavu dvou postižených dívek, rozhovorů s jejich matkami a zejména pak pomocí kreseb začarované rodiny, které jsem uskutečnila s jejich zdravými sourozenci Tadeášem a Tomášem. Kresby byly realizovány individuálně v jejich dětských pokojích a bylo jim ponecháno tolik času, kolik potřebovali. Doplnující výzkumnou metodou bylo pozorování domácího prostředí při návštěvě obou rodin.

### 5.1 Případová studie

Jako první uvedu základní teoretické poznatky k případové studii. Dle Švaříčka, Šed'ové (2007) je případová studie výzkumná metoda, která je založená na důkladném bádání a následujícím pochopení zkoumaného případu. Za nejdůležitější se u této metody pokládá nazírání na jakýkoliv zkoumaný aspekt jako na prvek nějakého komplexu a ne jako na nezávislou část. Tato celistvost pak směřuje k ujasnění a správné interpretaci vtažů mezi aspekty, čímž badatel dosahuje porozumění případové podstaty.

Hlavním rysem případové studie je, že v ní výzkumník usiluje o celistvé pochopení případu v jeho bezprostředním a obvyklém prostředí. Současně se snaží o užití veškerých zdrojů a přístupných metod ke sbírání dat. Mezi tyto metody se nejčastěji řadí pozorování, rozhovory a analýza dokumentace.

Hendl (2005) uvádí, že výzkumné šetření prováděné prostřednictvím případové studie, zahrnuje následující kroky:

- Stanovení výzkumného dotazu.
- Volba případu, stanovení metod ke sbírání a rozboru dat.
- Sbíráání dat a jejich opis do počítače.
- Rozbor a interpretace nasbíraných dat včetně přípravení závěrečné zprávy.

Obě případové studie ve výzkumné části bakalářské práce jsou pojaty formou životních příběhů dvou rodin, kterým se narodilo dítě postižené dětskou mozkovou obrnou. Jak již bylo řečeno, pro vypracování těchto případových studií jsem využila anamnézy handicapovaného dítěte, rozhovoru s matkou, kresby začarované rodiny zdravého sourozence a pozorování rodinného prostředí.



## 5.2 Anamnéza

Pro vypracování případové studie v bakalářské práci bylo jedním ze stěžejních bodů zpracování anamnézy, která se týkala handicapovaného dítěte. Anamnéza neboli anamnestická metoda je dle Monatové (2000) označením pro biografickou a životopisnou klinickou diagnostickou metodu. V rámci anamnézy jsou shromažďovány veškeré informace o respondentovi, jeho předcích a okolnostech vzniku handicapu nebo vývojové vady. Tyto informace jsou získávány především prostřednictvím rozhovorů s rodiči dítěte a zpráv z předchozích vyšetření či lékařských dokumentů.

**Rodinná anamnéza** shromažďuje informace týkající se nejbližší rodiny. Je zaměřena zejména na údaje o rodičích a sourozencích, na jejich stáří, vzdělanost, povolání, sourozenecké pořadí, zdravotní stav, rodičovskou péči i rodinné vazby. Pro doplnění rodinné anamnézy mohou být zmíněny údaje o výchovném a životním stylu rodiny či trávení rodinného volného času (Kucharská, 2007).

**Osobní anamnéza** shrnuje veškerá data z probandova prenatálního, perinatálního i postnatálního vývoje a sahá až do přítomnosti. Zahrnuje veškeré informace o jeho zdravotním i psychomotorickém vývoji, jeho vývojových potížích i zájmech a oblíbených aktivitách (Zelinková, 2011).

Monatová (2000) dále uvádí **anamnézu širších životních okolností**, která se vztahuje k celistvým podmínkám v okolí zkoumané osoby. Tato anamnéza obsahuje převážně údaje týkající se probandových širších sociálních vztahů a navštěvovaných institucí.

Dle Přinosilové (2004) je neméně důležitá také **anamnéza školního prostředí**, v níž se diagnostik zaměřuje zejména na získání informací ohledně působení učitele a spolužáků na zkoumaného jedince.

Ve výzkumu práce byla anamnéza použita jako jedna z metod vedoucích k vypracování případových studií rodin. Anamnézy jsem zpracovala u obou handicapovaných dívek, přičemž jsem pro jejich zhotovení využila podrobného rozboru lékařských dokumentací<sup>1</sup>, který jsem doplnila o rozhovor s matkami dívek. Anamnézu školního prostředí jsem provedla pouze u Nely, a to prostřednictvím dokumentů<sup>2</sup> vystavených základní školou

---

<sup>1</sup> Osobní dokumenty obou dívek mi byly poskytnuty vedoucí Rehabilitačního stacionáře, který dívky navštěvují. Jejich zákonní zástupci podepsali informovaný souhlas o zapůjčení a zpracování těchto dokumentací (viz Příloha č. 1).

<sup>2</sup> Dokumenty vztahující se ke vzdělávání Nely mi byly taktéž poskytnuty Rehabilitačním stacionářem a Neliny rodiče podepsali informovaný souhlas o jejich zapůjčení a zpracování (viz Příloha č. 1).

speciální a praktickou, kterou navštěvuje. Eva vzhledem ke stupni svého handicapu vzdělávána není, a proto u ní není vypracována ani anamnéza školního prostředí.

### 5.3 Pozorování

Zrak je smyslem, který nám umožňuje vnímat největší část informací z našeho okolí. Ať už děláme jakoukoliv činnost, skoro vždy u ní zapojujeme právě naše vidění. Svoboda, Krejčířová, Vágnerová (2015) rozdělují pozorovací metodiky na dva druhy:

- **Pozorování volné**, při němž je badatelova pozornost vzbuzena bezděčně a náhodně. Tento typ pozorování nemá dané regulativy a objekt sledování.
- **Pozorování systematické**, které je řízeno dopředu určenými pravidly a plánem. Při daném pozorování se badatel zaměřuje pouze na předem stanové aspekty a nerozptyluje se těmi, které pro něj nejsou podstatné.

Šimíčková-Čížková (2001) zdůrazňuje, že využívání systematického pozorování je pro výzkumníka velmi důležité. V rámci systematického pozorování může badatel zachytit bezprostřední obvyklé chování člověka nebo situaci a skutečnost, která není výzkumným pracovníkem nijak ovlivněna. I u tohoto druhu pozorování jsou však omezené možnosti, protože nejpřirozenějšími situacemi a skutečnostmi jsou ty, které se odehrávají v lidském soukromí.

Při výzkumu bakalářské práce bylo využito systematického pozorování jako doplňkové metody. Jeho konkrétním cílem bylo všimnout si rodinného prostředí, zázemí, rodinných vztahů, chování jednotlivých rodinných příslušníků a jejich vzájemné komunikace. Pozorování jsem využila taktéž při rozhovoru s matkami a dětmi při kresbě začarované rodiny, přičemž jsem se zaměřovala na neverbální a verbální chování a dále pak také na způsoby vyjadřování emocí. Pozorováním byly získány důležité informace doplňující případové studie obou rodin.

### 5.4 Rozhovor

Jelikož se s rozhovorem setkáváme dennodenně, je pro nás nepřirozenější formou sdělování a získávání informací z našeho okolí. Rozhovor se proto stal často užívanou diagnostickou metodou, která získává informace prostřednictvím dotazů a odpovědí. Od běžné konverzace se diagnostické interview odlišuje tím, že zajišťuje nejen informace o dotazovaném, ale také s ním navazuje kontakt. Výzkumník se v jeho průběhu zaměřuje

na odhalování respondentova mínění, jeho stanovisek a osobnostního charakteru. V případě, že je rozhovor založen na interpersonálním kontaktu, je důležité vytvářet atmosféru přátelství a zájmu, jinak zkoumaná osoba neodpovídá opravdově a upřímně (Kolláriková, Pupala, 2010; Monatová, 2000; Svoboda, Krejčířová, Vágnerová a kol., 2015).

Valenta, Müller (2003) rozdělují rozhovor na **volný**, **řízený** a **kombinovaný**. Toto zmíněné dělení je kategorizováno dle míry standardizace a strukturalizace rozhovoru. Podle toho, jaký je výzkumníkův sledovaný cíl, se dále rozhovor dělí na **anamnestický** a **specializovaný**. Při anamnestickém rozhovoru jsou otázky zaměřeny na vývojovou a zdravotní problematiku. Při specializovaném rozhovoru se dotazování týká respondentových názorů, úsudků, stanovisek, vědomostí a motivací.

Svoboda, Krejčířová, Vágnerová (2015) a Zamazalová (2010) uvádí, že výzkumník by měl během rozhovoru pokládat otázky tak, aby jedince nutily k rozsáhlejším odpovědím. Rozlišujeme několik typů otázek:

- **Přímé otázky**, které se na danou skutečnost ptají přímo.
- **Nepřímé otázky**, jež se respondenta dotazují oklikou.
- **Otevřené otázky**, které dotazovanému umožňují libovolné vyjádření odpovědi.
- **Uzavřené otázky**, jež mají dopředu připravené odpovědi, z kterých si respondent vybírá.
- **Projektivní otázky** využívající zásady identifikace respondenta s jinými osobami, věcmi nebo situacemi, do kterých přenáší vlastní stanoviska a názory.
- **Sugestivní otázky**, které podbízejí respondenta k určité odpovědi. Tento typ otázek není pro psychodiagnostický výzkum vhodný.

Za respondenty výzkumných rozhovorů byly v bakalářské práci zvoleny dvě matky, kterým se narodilo handicapované dítě. Bylo využito řízeného rozhovoru a přímých otevřených otázek, které jsem si předem připravila. Oba rozhovory byly provedeny v domácím prostředí těchto žen a zaznamenávány na notebook pomocí programu pro nahrávání zvuku. Po zpracování informací, byly nahrávky neprodleně smazány. Rozhovory výrazně přispěly k rozšíření informací v případových studiích obou rodin. Pro ukázkou přikládám několik otázek, které byly při rozhovorech využity:

- *Jaká byla reakce členů rodiny na zjištění handicapu Vaší dcery?*
- *Jak s tímto handicapem rodina funguje?*
- *Kdo Vám z rodiny s dítětem nejvíce pomáhá?*

- *Jaký je Váš klasický režim dne?*
- *Mátě někdy s manželem čas sami na sebe? Jak často?*

Metoda rozhovoru byla využita také u zdravého sourozence při kresbě začarované rodiny. Rozhovor s dětmi byl řízený a využíval otevřených, přímých, nepřímých i projektivních otázek. Při rozhovoru jsem se s dítětem snažila navázat přátelský vztah a vytvářet přirozenou a uvolněnou atmosféru. Dítě se k čemukoliv mohlo vyjádřit i bez mého dotazování. Rozhovor se odehrával v dětském pokoji a byl nahráván na notebook, přičemž záznam byl po zpracování informací ihned smazán. Dále uvádím několik použitých otázek:

- *Koho jsi do jednotlivých zvířátek začaroval?*
- *Které zvířátko je nejhodnější a které naopak nejvíce zlobí?*
- *Kdo se spolu nejvíce kamarádí a co spolu nejčastěji dělají?*
- *Které z těchto zvířátek si nejméně rozumí s ostatními a proč?*
- *Kdybys byl malířem, který dokáže všechno nakreslit, jaké zvířátko bys sem dále nakreslil a koho by znázorňoval?*

## **5.5 Kresba začarované rodiny**

Poslední využitou metodou ve výzkumné části práce byla kresba začarované rodiny. Díky této specifické kresebné metodě jsem měla možnost dozvědět se mnoho skrytých faktů, které by zdravý sourozenec handicapovaného dítěte jiným způsobem nedokázal nebo vědomě nechtěl vyjádřit. Vzhledem k tomu, že je teorie vztahující se ke kresbě začarované rodiny podrobně rozebrána v teoretické části bakalářské práce (*viz Podkapitola 2.3.7 Kresba začarované rodiny*), nebude této teorii dále věnována pozornost.

Kresba začarované rodiny byla realizována s devítiletým Tadeášem a dvanáctiletým Tomášem. Oba chlapci úkol plnili ve svém dětském pokoji, bez časového omezení, za vytvoření co nejpříjemnější atmosféry a za průběžného i závěrečného rozhovoru týkajícího se provedené kresby. Před zahájením činnosti jim byl udělen čistý papír velikosti A4, barevné ostrouhané pastelky a následující zadání: „Představ si, že přišel hodný kouzelník a každého z tvé rodiny začaroval do nějakého zvířete, které se pro něj nejvíce hodí.“ Oba chlapci se mnou během kresby i po jejím dokončení komunikovali a odpovídali na mnou kladené otázky. Celé rozhovory byly nahrány na notebook a po zpracování dat trvale smazány.

Při rozboru a vyhodnocování kreseb obou chlapců jsem brala v potaz vícero faktorů. Přihlížela jsem na jejich postup práce, přístup ke kresbě, chování, pořadí a rozložení

znázorněných obrázků, potřebný čas ke splnění úkolu a mnoho dalšího. V úvahu jsem však brala zejména individuální a věkové možnosti každého z nich.

## 6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V následující kapitole budou zpracovány výsledky výzkumného šetření. Vzhledem k tomu, že se jedná o případové studie, bude kapitola zpracována formou dvou životních rodinných příběhů. V textu tedy nebudou jednoznačně akcentovány výzkumné otázky.

### 6.1 Případová studie rodiny č. 1

Tato případová studie pojednává o rodině Novákových. Novákovi jsou pětičlennou rodinou ze Zlínského kraje, která žije v bytové zástavbě na okraji města, v níž obývají nově zrekonstruovaný byt 3 + 1. Byt je zařízen moderně, útulně a prostorově situován tak, aby byl bezbariérový. Rodiče mají vlastní ložnici a všechny tři děti sdílejí jeden dětský pokoj. Rodina nevlastní žádné domácí zvíře a byt působí velmi čistě a uklizeně.

Paní Nováková se narodila v roce 1974, vystudovala vysokou školu a v současnosti pracuje jako fyzioterapeutka. Pan Novák, narozen roku 1972, dosáhl taktéž vysokoškolského vzdělání a v současné době se živí jako podnikový manažer. Novákovi jsou partnery od roku 1993, přičemž do manželského svazku vstoupili v roce 2000. Ani jeden z nich nemá žádné zdravotní problémy a oba činí dojem velmi pečujících a milujících rodičů.

Manželé spolu mají tři děti. Patnáctiletou dceru Terezu, která se narodila rok po jejich svatbě, jedenáctiletou Nelu narozenou v roce 2004 a devítiletého Tadeáše narozeného roku 2007. Nejstarší dcera v současnosti navštěvuje devátý ročník jazykové školy a nejmladší syn třetí třídu základní školy. Nela je vzdělávána v základní škole speciální a praktické při speciálním pedagogickém centru.

Zatímco zdravotní stav Terezy i Tadeáše je bez jakýchkoliv komplikací, Nelin zdravotní stav v pořádku není. Je u ní diagnostikována dětská mozková obrna, pravostranná spastická triparéza, která postihuje její obě dolní končetiny a pravou ruku. U Nely byla lékaři zjištěna taktéž úplná ztráta zraku pravého oka, těžká slabozrakost levého oka, epilepsie a lehká až středně těžká mentální retardace.

Pro hlubší nahlédnutí do rodinných vztahů a rodinné historie bude dále podrobněji rozpracována Nelina osobní anamnéza a informace z rozhovoru s paní Novákovou.

#### **Období prenatální, perinatální a novorozenecké**

Nela je chtěné a plánované dítě. Jelikož se paní Novákové nedařilo po dlouhou dobu otěhotnět, podrobila se v roce 2003 umělému oplodnění, po němž čekala trojčata. Kvůli její nevyhovující tělesné konstituci lékaři doporučili redukci plodů a ponechání pouze jednoho

z nich. V 11. týdnu gravidity byl tento zákrok proveden a těhotenství bylo označeno za rizikové. Následující týdny těhotenství probíhaly bez komplikací až do 22. týdne, kdy matka začala registrovat předčasné kontrakce včetně krvácení, a tudíž byla hospitalizována. Po propuštění z nemocnice se tyto stavy staly pravidelností, a proto jí lékaři začali aplikovat injekce na rychlejší dozrávání plic plodu. V 25. týdnu gravidity se začala samovolně odlučovat placenta, a z tohoto důvodu byl lékaři uměle vyvolán předčasný porod.

Paní Nováková na svůj porod nevzpomíná příliš ráda: „*Nechali mě rodit normálně. Myslím si, že pro porod Nely nezvolili císařský řez, protože se domnívali, že ho stejně nepřežije. Narodila se tedy spontánně záhlavím. Při porodu jsem si prožila normální porodní bolesti, které jsem již po třítýdenním opakovaném bolení nevnímala. Nelu jsem po porodu neviděla, protože ji ihned odnesli do inkubátoru a napojili ji na umělou plicní ventilaci. Po odloučení placenty mě muž odvezl k inkubátoru, kde jsem ji poprvé spatřila. Byla velmi malinká, měřila pouze 32 cm a vážila 730 g.*“

Jelikož Nela neuměla po porodu sama dýchat, byla ihned napojena na úplnou plicní ventilaci, na které setrvala po dobu jednoho a půl měsíce a byla přemístěna do inkubátoru, v kterém strávila čtvrt roku. Poněvadž u ní nebyl vyvinut ani sací reflex, byla krmena sondou, a to po dobu 3,5 měsíce. Až poté se poprvé přisála k mateřskému prsu.

### **Období kojenecké a batolecí**

Nela po svém narození strávila s matkou v nemocnici celkem 3,5 měsíce. Po měsíci a půl svého nemocničního pobytu podstoupila ultrazvuk mozku, na kterém bylo zjištěno, že prodělala krvácení do levé mozkové hemisféry. Byla proto označena za dítě s centrální koordinační poruchou. Diagnóza dětské mozkové obrny, pravostranné spastické triparézy, byla stanovena až v jednom roce pomocí screeningu dle Vojty.

K momentu zjištění handicapu své dcery si paní Nováková vybavuje: „*Když jsme poprvé s manželem zjistili diagnózu naší dcery, prošli jsme si mnoha emocemi – od pocitů viny, úzkostných stavů, přes vztek až po kladení otázek „proč zrovna my“. Vždyť jsme se na naši holčičku tolik těšili a dělali pro zdravý průběh mého těhotenství a jejího vývoje maximum. Naše rodina nám byla v této těžké době oporou a nikdo neměl problém s přijetím Nelinky takové, jaká je. Někteří z rodiny nás podporovali, jiní litovali. Nejvíce jsem našla oporu u své maminky a své tehdy tříleté dcery Terezky. Zejména kvůli Terezce jsem toto období úspěšně zvládla, protože jsem kvůli ní musela i nadále fungovat jako matka. Terezka se s Neliným handicapem srovnala docela dobře a rychle. Všechno jsem se jí snažila od malička vysvětlovat a říkat na rovinu. Tadeášek, jako mladší sourozenec, tomu moc*

*nerozuměl. Od malinka se mnou absolvoval Neliny návštěvy u lékařů a jezdili jsme společně každých 14 dní cvičit. On to vždy proplakal. Myslel si, že to Nelinku při cvičení bolí a špatně to snášel. V předškolním věku jsem mu vysvětlila, že Nela na jedno oko nevidí a nikdy se nebude pohybovat jako my. Taky pochopil, že učení se novým věcem jí trvá mnohem déle než zdravým dětem a že některé věci se nemusí naučit vůbec. Domnívám se ale, že v současnosti se s jejím handicapem již vyrovnal a má ji moc rád.“*

*„Kdybych měla zpětně na výběr a věděla o hrozícím handicapu Nely již v těhotenství, na potrat bych stejně nešla. Hned po jejím narození jsem si k ní totiž vytvořila stejný citový vztah a měla touhu po jejím fyzickém kontaktu jako u své starší dcery Terešky. Nelu beru jako svou milovanou dceru, která má v mém srdci stejné místo jako mé ostatní děti. Myslím si, že stejně je na tom i můj manžel. Mají s Nelou moc hezký vztah – „tatínek je Nelinčin miláček“. Na druhou stranu z něj má Nela největší respekt. Je u nás doma pro Nelu největší autoritou. S tatínkem si nedovolí odmlouvat.“*

V jednom roce, na doporučení očního lékaře, podstoupila Nela svou první operaci, a to operaci pravého oka kvůli hrozbě vzniku úplné slepoty. Zákrok jí však zrak nedokázal zachránit, a proto je dodnes na pravé oko úplně slepá.

Již v kojeneckém věku se začal Nelin motorický vývoj opožďovat. Dokázala se přetočit ze zad na břicho až po dvanácti měsících (norma šest měsíců). Plazit se začala v patnácti měsících (norma osm měsíců) a ložit ve třech letech (norma deset měsíců). Proto matka s Nelou začala cvičit a rehabilitovat dle Vojtovy metody od jejího nejútlejšího dětství.

Paní Nováková s Nelou začala využívat také služeb Rané péče pro zrakově postižené, u kterých setrvaly až do dvou let jejího věku. Poté přestoupily do Střediska rané péče Educo, které nabízí služby v terénu, a to především přímo u dítěte doma. Od svých dvou let byla Nela taktéž klientkou Speciálního pedagogického centra pro zrakově postižené.

### **Předškolní období**

V předškolním věku začala Nela užívat antiepileptika kvůli epilepsii. Její první epileptické záchvaty se objevily ve třech letech a projevovaly se zejména zahleděním a kmitáním očí, přičemž v některých případech upadala i do bezvědomí.

Pro zdokonalení mobility Nela ve čtyřech letech podstoupila operativní zákrok, při němž jí lékaři prodloužili Achillovy šlachy na obou dolních končetinách. Díky tomuto zákroku udělala ve svých pěti letech svůj první krok s oporou. V pěti letech jí byla provedena také operace levého slabozrakého oka, která se zasloužila o to, že má dnes na oku dvanáct dioptrií a ty se jí dále nezvyšují.



Při rozhovoru o tomto náročném období si paní Nováková vybavuje svou tehdejší obavu: „Začala jsem tenkrát mít hrozný strach, jestli vše, co nás s manželem potkalo a co nás ještě čeká, dokážeme zvládnout. Začala jsem vnímat, že by Nelino postižení mohlo mít velký vliv také na můj vztah s manželem. Nakonec se však ukázalo, že mé obavy byly zbytečné. Tato těžká životní situace nás nakonec ještě více stmelila k sobě. Můj muž mi byl vždy oporou a jen my dva víme, čím vším jsme si museli projít. Jediným negativem je, že na sebe nemáme příliš času. Sami dva spolu trávíme čas jen tehdy, když jsou prarodiče ochotni pohlídat. A protože pořád nemůžeme zneužívat jejich pomoci, vyrážíme spolu někam jen čas od času, tedy asi jedenkrát za tři měsíce. I přesto všechno však Nelu milujeme a můj vztah k ní se nikdy nezměnil a nezmění. Chtěla bych, aby s námi Nela bydlela, dokud budeme schopni se o ni starat. V žádném případě si neumím představit, že bych ji měla dát někam do ústavní péče, a proto o její budoucnosti s manželem ještě vůbec nepřemýšlíme.“

„I o vztahy sourozenců a Nely jsem se strchovala zbytečně. Když se Nela narodila, starší dcera Tereška chtěla o Nelinku pořád pečovat a snažila se mi všemožně pomáhat. Od jejího narození neměla s jejím přijetím sebemenší problém a brala ji jako rovnocennou sestru. Když se narodil Tadeášek, začala na něj Nela hodně žárlit. Nakonec se však ukázalo, že ji její žárlivost posunula v celkovém psychomotorickém vývoji. Podobně starý a zdravý sourozenec se stal jejím „hnacím motorem“ a udělala velké pokroky. Tadeášek má od mala Nelu moc rád, i když ho její handicap dlouho mrzel. Nyní je jejich vztah hezký a myslím si, že se již Tadeáš s Neliným postižením dokázal smířit. Tereška i Tadeáš Nelu moc milují, i když jí občas „mají plné zuby“. Zvláště když plánujeme dovolenou, nebo dny volna, vždy je rozhořčí, že se místo i způsob konání musí podřídít jejím potřebám. I tak se domnívám, že pozice zdravých sourozenců v rodině zůstala totožná. Snažíme se s manželem věnovat všem třem stejně. Tereza i Tadeáš chápou, že po pohybové i mentální stránce je Nela nikdy nedožene a že se jí v sebeobslužné činnosti musím věnovat více než jim. Jsou vůči ní hodně tolerantní a berou ji takovou, jaká je. Snaží se jí pomáhat, když je potřeba, ale taky popostrčit aby něco zkusila sama.“

Do svých šesti let Nela rehabilitovala dle Vojtovy metody a třikrát se zúčastnila lázeňského pobytu, kde s ní matka a rehabilitační pracovníci prováděli nejrůznější procedury. Od šesti let začala cvičit dle Konceptu manželů Bobathových.

Do konce předškolního věku Nela stále navštěvovala výše zmíněné Středisko rané péče Educo a Speciální pedagogické centrum pro zrakově postižené. Mezitím, ve čtyřech letech, nastoupila do péče Rehabilitačního stacionáře, kde trávila své dny po dobu, kdy byli rodiče v práci. Rehabilitační stacionář Nele umožnil začlenění do léčby canisterapií a

hippoterapií a celkově u ní docílil velmi velkých pokroků v psychomotorickém vývoji. Díky záslužné práci této organizace a spolupráce s rodiči dokázala Nela ve svých šesti letech klečat, stát, obcházet nábytek, chodit s oporou a s dopomocí po schodech. Také se naučila být relativně nezávislou. Sama se dokázala napít i najíst a za pomoci druhé osoby použít toaletu nebo se obléct. I jemná motorika levé ruky se u Nely posunula k lepšímu. Nela začala projevovat zájem o modelování, skládky, puzzle, korálky a další manipulační hry. Také si oblíbila kreslení, a to ve formě čaranic, kroužků i horizontálních a vertikálních čar. Komunikační schopnosti Nely se zlepšily natolik, že se dokázala dorozumět s ostatními, mluvit v celých krátkých větách a využívat řeč zejména po praktické stránce (první slovo se u Nely objevilo ve třech letech). Její vizuální a prostorové vnímání bylo na konci šestého roku stále na nižší úrovni, ale naproti tomu se začala orientovat v čase – pochopila denní režim. Nela navštěvuje rehabilitační stacionář několikrát týdně i v současné době, přičemž zde chodí pouze odpoledne na pár hodin.

### **Období mladšího školního věku, současný zdravotní stav**

I přesto, že je Nelina intelektová úroveň na hranici lehké až středně těžké mentální retardace, začala v roce 2011 (s ročním odkladem) chodit na Základní školu speciální a praktickou při Speciálním pedagogickém centru, kde je zařazena do programu vzdělávání Základní školy Praktické. Vzhledem k tomu, že dostatečně neovládala učivo v prvním ročníku, bylo jí doporučeno první třídu zopakovat. Nyní navštěvuje čtvrtý ročník.

Praktická škola obrovsky podpořila Nelin psychomotorický vývoj. V současné době už většinou chodí bez dopomoci druhé osoby, přičemž svůj první samostatný krok udělala v osmi letech. Při činnostech stále preferuje levou nepostiženou ruku, ale je u ní cíleně rozvíjeno zapojování i ruky pravé. Má svůj specifický úchop tužky, jí i pije samostatně a velmi ráda pracuje s tabletem.

Ve škole pracuje s obrázky i s reálnými předměty, přičemž se snaží o jejich popis, užití i vyjádření krátkého děje. S nadšením skládá puzzle, vkládky a dokáže najít dva stejné obrázky nebo obrázek dle pokynu. Zvládá také přiřadit předměty, které spolu souvisí. Její oblíbenou činností je listování a prohlížení knížek. Poznává zvířátka, věci denní potřeby, jejich užití, ukáže části těla, zná členy rodiny a umí je pojmenovat. Ví, kdy je ráno, odpoledne, večer a s dopomocí umí počítat do dvaceti. Nela vyžaduje určitý stereotyp a stále stejnou odměnu (lentilky). Někdy je u ní těžké najít správnou motivaci, protože je hodně svéhlavá a chce si daný úkol splnit svým způsobem. Na činnosti se dokáže soustředit a má své oblíbené úkoly. U těchto pak vydrží pracovat delší dobu.

Nelina koordinace úst a jazyka je nepřesná. Komunikuje zejména slovně, užívá krátkých vět a často používá řečové stereotypy. Je schopná krátkého souvislého projevu, ale má obtíže s delšími nádechy na jeho počátku. Umí vyjadřovat svá přání, ale nemá tendence popisovat vlastní zážitky ze školy. Na jednoduché otázky z jejího života však odpovídá. Velmi často ulpívá na pro ni zajímavých tématech (kde byla a co tam dělala, jaké jídlo má kdo na oběd, koho má doma) a napodobuje řečové projevy dospělých. Pokynům rozumí, ale občas má problém s vybavením správného pojmenování. Umí přečíst jednoduchá slova a věty. Je schopna říct, že potřebuje na toaletu. Nela se zálibou zpívá, krátce rytmizuje, ale stále nezvládá činnosti zaměřené na analýzu a syntézu slov. Její neverbální komunikace je odpovídající prožívanému.

Nela si velmi dobře pamatuje jména spolužáků a pedagogů. Dokáže si rychle zapamatovat básničky a písničky, které doprovází hlasovým podbarvením a velmi živým projevem. Slova některých básniček či písniček umí i doplnit. U Nely se projevuje velmi pozitivní vztah k ostatním dětem. Společnou hru však vyhledává jen s některými z nich.

Nela od svých šesti let nepodstoupila žádné další lékařské zákroky a její zdravotní stav je neměnný. Jak však dodává paní Nováková, rodinný způsob života neměnným nezůstal: *„Nelín handicap významně ovlivnil celou naši rodinu a především můj osobní život. Před jejím narozením jsme byli velmi sportovně založenou rodinou a často jsme jezdili na hory. Ted' už to bohužel není možné a musíme se ve všem přizpůsobovat a ohlízet na ni. Nemůžeme si kdykoliv a kdekoliv dovolit chodit, protože s ní se všechno dělat nedá. Na hory jezdíváme už pouze jednou za rok, přičemž Nela zůstává u babičky na hlídání. Každý rok také cestujeme k moři, kde bráváme i ji, ale kvůli její epilepsii nesmíme cestovat letadlem. Jak jsem se již zmínila, nejvíce mi s Nelou pomáhají babičky a dědečkové, kteří ji pohlídají pokaždé, když je zapotřebí.“*

*„Výrazně se změnil taktéž náš a především můj denní režim. Každé ráno Nele pomáhám při oblékání a ranní hygieně. Jelikož už má stálé zuby, čistím jí je já, protože sama by to neudělala důsledně. Dopomáhám jí také na toaletě a chystám jí snídani. Jíst a pít zvládá sama, pokud to má správně připravené (např. nakrájené). Po snídani ji i Tadeáška vozím do školy a poté odjíždím do práce, kde jsem na zkrácený úvazek. Nela je ve škole od osmi do půl jedné a po škole chodí do družiny, ze které ji ve tři hodiny společně s bráškou vyzvedáváme. Poté jedeme domů, kde oběma pomáhám s domácími úkoly. Pokud je venku hezky, tak chodíme ven. V opačném případě jsme doma, kde si sourozenci hrají. I Nela však někdy ráda zlobí, a to především svého mladšího brášku, který nad ní rád přebírá autoritu. Z tohoto důvodu si občas lezou na nervy. Pak se ale většinou situace zklidní, Nela a Tadeášek*

*se omluví a přijdou se pomazlit. V Terezce mám během dne velkou oporu, protože je ve věku, kdy naši situaci už chápe a když je potřeba, tak mi pomůže nebo Nelu pohlídá. Nela si doma nejraději hraje s tabletem, kde sleduje různá videa a hraje jednoduché hry. Obden s Nelou také cvičíme. Každý večer jí chystám večeři, pomáhám s hygienou a v osm hodin ji ukládám ke spánku. V našem volném čase, což u nás znamená jen o víkendech, rádi chodíme do lesa na procházky, jezdíme na výlety nebo na návštěvy k babičkám. Často také jezdíme na kole, přičemž máme Nelu zapřaženou v cyklokočárku. Snažíme se co nejvíce volného času trávit všichni společně.“*

### **6.1.1 Rozbor kresby začarované rodiny od zdravého sourozence**

Pro důslednější zanalyzování rodinných vztahů jsem se při výzkumu zaměřila nejen na pohled a názor matky, ale taktéž na vnímání rodiny očima mladšího sourozence. Tento záměr jsem realizovala prostřednictvím kresby začarované rodiny, kterou se v následující podkapitole pokusím rozebrat, a to i přesto, že k tomuto úkonu nejsem vybavena odbornou kvalifikací.

Kresba začarované rodiny byla uskutečněna s Neliným mladším devítiletým sourozencem Tadeášem. Tadeáš se od začátku našeho setkání jevil jako velmi tichý, rozmýšlivý a stydlivý chlapec. Jelikož kreslení není jeho oblíbenou činností, byl ze svého úkolu v poměrně špatném rozpoložení. Mimo odpovědi na mé otázky mi sám od sebe nic nepověděl a o všech svých krocích dlouho přemýšlel. Na kreslení se však po celou dobu výborně soustředil a s mou průběžnou slovní dopomocí úkol zvládl. Po celou dobu kreslil pravou rukou a pastelkami, které barevně odpovídaly znázorněným zvířatům.

Tadeáš jako první znázornil maminku (viz obrázek – první zleva). Vyobrazil ji jako žirafu a vyjádřil se k ní následovně: „Maminku jsem nakreslil jako žirafu, protože je to její oblíbené zvíře. Máma je na nás moc hodná, pomáhá nám s uklízením i s úkoly do školy. Nejvíce času tráví chystáním jídla, staráním se o nás a sportováním. Často chodí společně s tátou a Terezkou večer běhat – to pak doma hlídám Nelu. Na mámě je nejlepší, že nám vždy pomůže a můžu se s ní pomazlit. Nic mi na ní nevadí a doma je ze všech nejhodnější. Maminka často tráví čas s Terezkou povídáním, ale i se mnou děláním úkolů a mazlením.“ Jakmile Tadeáš dokončil kresbu maminky, začal kreslit svou starší sestru Terezu, kterou zobrazil jako zebra (viz obrázek – druhá zleva). O ní řekl následující: „Terezka je jako zebra, protože umí stejně dobře skákat a běhat jako toto zvíře. Je moc hodná, často pomáhá mamince s vařením a snaží se jíst zdravě. Nejčastěji bývá zavřená v pokojíčku, tráví čas s mamkou nebo si čte. Terezka se ke mně vždy chová mile, často se spolu smějeme a brává mě

ven, kde spolu hráváme fotbal. Není nic, co bych na ní neměl rád.“ Jako třetího v pořadí znázornil Tadeáš svého tatínka. Stejně jako maminku ho nakreslil v žirafí podobě (viz obrázek – třetí zleva) a odůvodnil to následovně: „Táta je žirafa, protože je z naší rodiny nejvyšší. Mám ho moc rád, je na nás hodný, ale občas dokáže být taky trochu zlý. Takový je na nás ale jen tehdy, když zlobíme. To pak křičí nebo nám dá na zadek. Nás to od něj ale stejně nebolí. Často nás taky lechtá – to z něj jde potom taky strach, protože lechtání nemám rád, ale on to přesto dělá. Tatínek tráví spoustu času na počítači, čtením knížek nebo na letišti, kde pouští své modely letadel. Táta se nejvíce kamarádí s Nelou, která si jeho lechtání oblíbila a často se spolu smějí. S mámou se však občas hádají, ale to z toho důvodu, že jsou dospělí.“ Po dokončení tatínka pokračoval Tadeáš vypodobněním jeho handicapované sestry Nely, kterou nakreslil jako prasátko (viz obrázek – čtvrté zleva). Výběr tohoto zvířete opodstatnil takto: „Nela je prasátko, protože pokaždé, když se směje, tak chrochtá. Často se s tátou lechtají, a to pak u toho i hopsá. Nelinka je hodná a sympatická, ale občas dokáže dost zlobit. Nejvíce času tráví s maminkou, ale často se o ni stará i Terežka. Často si s ní hraju také já v pokojíčku. Nela má nejraději hraní na tabletu, chození na procházky a mazlení se s rodiči. Na Nele mám nejraději to, že se spolu dokážeme zasmát. Co mi na ní však vadí, je, že často zlobí. Zlobí mamku i mě. Pořád mi říká Tadeáši, i když ví, že mi to vadí. Chtěl bych, aby Nela byla normální... Myslím si, že je z naší rodiny nejzlobivější.“ Nakonec Tadeáš znázornil sám sebe jako žirafu (viz obrázek – první zprava). Volbu tohoto zvířete odůvodnil takto: „Já jsem žirafa, protože už jsem skoro vyšší jako mamka i Terežka. Jsem dokonce nejvyšší z celé mé třídy. Myslím si, že jsem hodný, ale někdy dokážu i zlobit. Nejčastěji zlobím maminku, což bych tolik neměl. Doma si často hraju v pokoji a mezi mé záliby patří fotbal, na který chodím třikrát týdně. Rád trávím čas na tabletu a mamince často pomáhám s utíráním nádobí. Nejlepší vlastností na mě je, že chci být pořád s rodinou. Určitě bych na sobě změnil moje zlobení a chtěl bych být hodnější.“ Po dokončení kresby mi Tadeáš ještě k celému obrázku sdělil: „V naší rodině se máme všichni moc rádi a neubližujeme si. Jen táta nám občas dá na zadek, ale to jen tehdy, když si to zasloužíme. Ze sester mám radši Terežku než Nelu, protože si s ní více rozumím. Kdybych byl malířem, který umí všechno nakreslit, přikreslil bych na obrázek ještě dědu s babičkou z tatínkovy strany. Babička by byla kuň, protože je moc laskavá a děda by byl pes, protože nám pořád vykládá nějaké zážitky. Jako by na nás pořád „štěkal“. Jako malíř bych na obrázku ještě změnil Nelu. Místo prasátka, bych ji nakreslil jako kočku. Kdyby byla kočka, tak by se chovala líp, hodněji a nezlobila by tolik.“

Z Tadeášova obrázku lze usoudit, že kreslení není jeho oblíbenou činností a jeho kresebná úroveň je spíše průměrná. Na papír znázornil pouze ty členy rodiny, se kterými bydlí

v bytě. I přesto, že se každé ze zvířat snažil znázornit, jak nejlépe to šlo, jejich vyobrazení nejsou příliš propracovaná. Všechna zvířata umístil k dolnímu okraji papíru, který má pravděpodobně naznačovat zem. Tadeáš zvířátka umístil do přibližně stejných vzdáleností a všechny orientoval jedním směrem. Obrázek na mě proto působí dojmem pozitivních rodinných vztahů, které se ubírají „společným směrem“, jeví se láskyplně a téměř bezkonfliktně. Všechna zvířátka se na obrázku usmívají.

Tadeáš na mě působil spíše jako realista, a nejspíš i proto velikost vyobrazených zvířat odpovídá jejich skutečným velikostním poměrům. Jak si lze povšimnout, žirafa – táta (*viz obrázek – třetí zleva*) je nejvyšší ze všech zvířat. Prostřednictvím tohoto faktu i rozhovoru s Tadeášem je možno dojít k závěru, že otec v rodině hraje největší autoritu a je tou osobou, která trestá, když děti zlobí. Na obrázku taktéž nelze přehlédnout skutečnost, že je zde vytvořena koalice žiraf – matky, otce a Tadeáše. Domnívám se, že tímto chtěl Tadeáš vyjádřit svou soudržnost a ztotožnění se s rodiči.

Myslím si, že taktéž pořadí, ve kterém Tadeáš nakreslil rodinné členy, bylo ovlivněno mírou citů, které k jednotlivým osobám chová. Jak sám udal, celou rodinu má moc rád, ale je zde očividná fixace na maminku (*viz obrázek – první zleva*), na které by nechtěl nic změnit a která je pro něj nejhodnější z celé rodiny. Tento názor mi potvrdil i fakt, že ji nakreslil jako první. Starší sestru Terezku, kterou zobrazil jako druhou zleva, bere podle mého názoru jako svou „druhou maminku“. Dokonce sám dodal, že ji má radši než svou druhou sestru Nelou. Třetím v pořadí (*viz obrázek – třetí zleva*) je jeho tatínek. Jak již bylo řečeno výše, tatínek je v rodině váženým členem a málokdo si ho dovolí rozčítit. Čtvrtou zleva je handicapovaná sestra Nela. Tadeáš na mě působil dojmem, že ho její handicap trápí, protože se nechová jako „normální“ a zdravý člověk. Také na něm šlo vidět, že by nad ní chtěl přebrat větší moc a autoritu, protože by si přál, aby ho více poslouchala a méně zlobila. Nakonec Tadeáš zobrazil sebe (*viz obrázek – první zprava*). Tím, že Tadeáš znázornil svou osobu jako poslední v pořadí, mohl nevědomě naznačit, že se v domácnosti necítí jako jeden z nejdůležitějších. Jedná se však pouze o mou domněnku. Z jeho vyprávění vyplynulo, že si uvědomuje, kolik práce má jeho maminka s Nelou. Vyjádřil se, že si je vědom toho, že by měl méně zlobit, aby mamince nepřidával ještě více starostí.

Jak je uvedeno v teoretické části práce, Dittrich (1992) se zabýval symbolikou jednotlivých zvířat v kresbách začarované rodiny. Na závěr této podkapitoly proto jako zajímavost uvedu Dittrichův popis těch zvířat, které se objevily v Tadeášově kresbě:

- Matku, otce i sebe Tadeáš nakreslil jako žirafu. Podle Dittricha je žirafa symbolem statnosti, samostatnosti a talentu na přehled a dozor.
- Svou starší sestru Terezu Tadeáš nakreslil jako zebru (viz obrázek – druhá zleva). Dittrich však k tomuto zvířeti nezmiňuje žádné informace.
- Svou handicapovanou sestru Nelu vyobrazil Tadeáš jako prasátko (viz obrázek – čtvrtá zleva). Dle Dittricha je prase znakem zahálčivosti, nevybíravosti, netaktnosti a nečistotnosti.

**Obr. 1: Kresba začarované rodiny z pohledu Tadeáše (9 let)**



## 6.2 Případová studie rodiny č. 2

Následující případová studie pojednává o rodině Kopečných. Tato čtyřčlenná rodina žije ve vesnici spadající pod Zlínský kraj, kde obývá vlastní rodinný dům společně s rodiči paní Kopečné. Rodinný dům je nově zrekonstruován, velmi útulně zařízen a rozdělen na dvě patra. Ve spodním patře bydlí rodiče paní Kopečné a v horním patře samotná rodina. Horní patro je rozčleněno na kuchyň, obývací pokoj, koupelnu, dětský pokoj a ložnici, kterou rodiče sdílejí se svou handicapovanou dcerou. Kolem domu se nachází velká zahrada s bazénem a dvěma psy. Uvnitř i vně domu je pěkně uklizeno a jde vidět, že rodina o své domácí prostředí často pečuje.

Paní Kopečná se narodila roku 1978 a vystudovala vyšší ekonomickou školu. Od roku 2007 je ženou v domácnosti, a to z důvodu péče o svou handicapovanou dceru. Od roku 2000 je paní Kopečná léčena kvůli cukrovce druhého typu. Pan Kopečný, který se narodil v roce 1977, vystudoval odborné učiliště, v současnosti pracuje jako instalatér a netrpí žádnými zdravotními problémy. Pan a paní Kopeční se stali partnery v roce 1994 a manželský slib uzavřeli v roce 2002. Oba působí jako velmi milí, přívětiví a otevření lidé, kteří svým dětem poskytují domov naplněný láskou a péčí.

Společně s rodiči obývají dům i jejich dvě děti. Dvanáctiletý Tomáš, který se narodil dva roky po svatbě svých rodičů a osmiletá Eva narozená v roce 2007. V současné době Tomáš navštěvuje sedmou třídu základní školy a je zcela zdravý. Eva navštěvuje Rehabilitační stacionář, jelikož má diagnostikovanou dětskou mozkovou obrnu, spastickou kvadruparézu, která postihuje všechny její končetiny. Mimo dětskou mozkovou obrnu má Eva také hypoxicko-ischemickou encefalopatii<sup>1</sup>, mikrocefalii hlavy<sup>2</sup>, atrofii zrakového nervu<sup>3</sup> obou očí způsobující těžkou slabozrakost, chronickou plicní nemoc<sup>4</sup>, epilepsii a hlubokou mentální retardaci.

Pro kompletní nahlédnutí do rodinné situace budou v další části případové studie rozebrány informace získané z Eviny osobní anamnézy a rozhovoru s matkou.

### **Období prenatální, perinatální a novorozenecké**

Kopeční se na druhé těhotenství velmi těšili a dlouze ho plánovali. V roce 2007 paní Kopečná spontánně otěhotněla. Zpočátku probíhalo vše bez jakýchkoliv komplikací. V 11. týdnu těhotenství se však objevil vysoký krevní tlak, tzv. těhotenská hypertenze, která se projevila i ke konci první gravidity. Při této vzpomínce paní Kopečná podotýká: *„Tato komplikace se objevila i v mém prvním těhotenství, ale tenkrát to bylo až v devátém měsíci gravidity, a proto nebyl Tomášek tolik ohrožen. Lékaři mi tehdy řekli, že se vysoký tlak může, ale nemusí objevit i při dalším otěhotnění. Během druhé gravidity se vysoký tlak bohužel projevil a ke všemu příliš brzy.“* Paní Kopečná tedy začala užívat léky na snížení krevního tlaku, ale stav se nezlepšoval. Plod začal být vlivem těchto obtíží nedostatečně vyživován, a

---

<sup>1</sup> **Hypoxicko-ischemická encefalopatie** znamená nezvratné poškození mozku čerstvě narozeného dítěte vlivem nedostatku kyslíku při porodu (Velký lékařský slovník, [1998-2016]).

<sup>2</sup> **Mikrocefalie** je abnormálně zmenšená hlava způsobená nedostačujícím či zpomaleným vývojem mozku nebo abnormálním srůstem švů na lebce (Velký lékařský slovník, [1998-2016]).

<sup>3</sup> **Atrofie zrakového nervu** je odumření a úbytek tkáně optického nervu z rozmanitých příčin. Atrofie má za následek poruchu vidění (Velký lékařský slovník, [1998-2016]).

<sup>4</sup> **Chronická plicní nemoc** je onemocnění vznikající v novorozeneckém věku a projevující se patologickými změnami průdušek a plicní tkáně. Jejím důsledkem vznikají časté infekce dolních a horních cest dýchacích (Velký lékařský slovník, [1998-2016]).



proto byl v 27. týdnu gravidity proveden akutní císařský řez. Eva se narodila s hypoxicko-ischemickou encefalopatií a mikrocefalickou hlavou. Vážila pouze 795 gramů a měřila 33 centimetrů. Jelikož ještě nedokázala sama dýchat, byla neprodleně napojena na úplnou plicní ventilaci, na které setrvala jeden měsíc. Současně byla přesunuta do inkubátoru na dobu dvou a půl měsíce, v kterém byla po celou dobu živena sondou. Až po trvalém vyjmutí z inkubátoru se poprvé napila z mateřského prsu.

### **Období kojenecké a batolecí**

Eva strávila v porodnici dva a půl měsíce, přičemž za ní rodiče každodenně dojížděli. Paní Kopečná si vybavuje: *„V neonatologickém centru nemocnice jsme s manželem byli přítomni každý den. Toto období pro nás bylo velmi stresující, protože Eva v inkubátoru prodělala nespočet infekcí, které se neustále opakovaly. V důsledku toho, že byla stále nemocná a po dlouhou dobu napojená na plicní ventilaci, vyvinula se u ní chronická plicní nemoc, která ji do současné doby sužuje velkým zahleněním a častými infekcemi dýchacích cest.“*

Po odpojení z plicní ventilace byl Evě proveden ultrazvuk mozku, který potvrdil, že prodělala krvácení do jeho struktur. Na základě tohoto zjištění jí byla diagnostikována centrální koordinační porucha. Finální diagnóza dětské mozkové obrny, spastické kvadruparézy, byla stanovena pomocí screeningu dle Vojty, a to již v šesti měsících jejího života. I tento okamžik má paní Kopečná pevně uložený ve své paměti: *„Na to, že se u Evy nebude vyvíjet vše jak má, nás lékaři upozornili již po jejím narození. Připravovali jsme se tedy na nejhorší, i když jsme stále doufali, že se stane zázrak a naše dcera bude zdravá. Diagnóza nám byla definitivně potvrzena v půl roce jejího života. Vůbec jsme nemohli uvěřit tomu, co nám doktoři říkají. Neustále jsme si pokládali otázku „proč zrovna my“. Mou první reakcí byla naprostá bezmoc. Měla jsem pocit, že nemá nic smysl. Po nějaké době jsem si však uvědomila svou mateřskou zodpovědnost a začala jsem s manželem dělat maximum proto, aby Eva začala dělat nějaké pokroky. Postupem času, asi po jednom roce od jejího narození, jsme však museli přijmout fakt, že Eva nejspíš žádné pokroky nikdy dělat nebude a že ji musíme přijat a milovat takovou, jaká je. Z mého pohledu se domnívám, že manžel přijal handicap naší dcery dříve než já a i díky tomu mě dokázal hodně podpořit. On byl vždy velmi praktický člověk a vzpomínám si, co mi tenkrát řekl: „Co bude, bude, zvládneme to...“ Jediné, co jsme tenkrát stoprocentně věděli, byl fakt, že se o ni chceme starat. Eva v prvních měsících svého života přece tak bojovala, aby tady mohla být s námi. Teď jsme museli začít bojovat my!“*

*„S reakcí Tomáška na handicap jeho sestřičky to bylo poněkud složitější. Tomáš byl tenkrát ještě moc malý, aby vše dokázal pochopit. Trápilo ho, proč miminko zůstalo v porodnici a já jsem doma. Vysvětlili jsme mu, že Evička je takové „začarované“ miminko a musí natolik zesílit, abychom si ji mohli vzít domů. Tomáš tenkrát náš výklad situace přijal a na setkání pak všem vykládal, že má sestřičku a ta je v nemocnici v krabici... Toho, že je Evička jiná, si začal více všímat, až když byl starší. Na co se zeptal, to jsme mu vysvětlili. Myslím si, že v současnosti už je se skutečností srovnaný a za Evičku se nestydí.“*

*„V tomto náročném období, kdy jsme se srovnávali s handicapem naší dcery, jsme získali podporu v celé naší rodině. V prvopočátcích se příbuzní báli zeptat, jak na tom Eva je, protože měli strach, aby nám svými dotazy ještě více neublížili. Nedokážu přesně uvést, kdy se nás poprvé zeptali, ale bylo to někdy v prvním měsíci po jejím narození. Naše rodina, zejména rodiče a sourozenci z obou stran, je pro nás až dodnes velkou psychickou oporou a ve všem nám pomáhá. Všichni máme Evu moc rádi, a to i přes její handicap. Kdybych měla na výběr již v těhotenství, zda si ji nechat nebo ne, nikdy bych s ní na potrat nešla. Hned po jejím narození jsem ji totiž považovala za součást naší rodiny a mou milovanou holčičku. Stejně tak ji bral i můj manžel. Ihned si k ní vytvořil krásný vztah a bral ji jako svou „plnohodnotnou“ dceru. Má ji rád stejně jako Tomáška, i když sám uznává, že je péče o ni hodně náročná. I přesto se o ni dokáže sám postarat, všechno perfektně zvládá a nedělá mu problémy ani přebalování.“*

Když byl Evě jeden rok, byla u ní zjištěna atrofie očních nervů. Toto nemocniční vyšetření si vyžádali sami rodiče z důvodu podezření na špatnou zrakovou funkci jejich dítěte. Diagnóza této vady prokázala jejich obavu a u Evy byla potvrzena těžká slabozrakost obou očí. Eva od svého narození prodělala také nespočet nemocí a s nimi spojených hospitalizací. Již v půl roce byla odvezena do nemocnice s těžkým zánětem močových cest, který se léčil pomocí antibiotik. Ve dvou letech se nakazila mexickou chřipkou, kdy byla nutná opětovná hospitalizace a léčení antivirotiky. Nemocniční ošetření potřebovala v témže roce ještě jednou, protože prodělala svůj první epileptický záchvat doprovázený bezvědomím a křečemi. Na tento popud bylo Evě provedeno vyšetření elektroencefalogramem, který definitivně stanovil diagnózu epilepsie, kterou do současnosti léčí farmakologickou cestou. Eva byla hospitalizována i ve svých dvou letech, a to za účelem neurochirurgického zákroku, selektivní dorzální rizotomie, která alespoň z části zmírnila spasticitu svalů.

Evina matka k této nesnadné době dodává: *„V tomto náročném období začaly mé úvahy o tom, co vše Evin handicap změnil v našich rodinných vztazích. Domnívám se, že můj vztah s manželem sice zůstal stejný jako před jejím narozením, ale co se změnilo radikálně, je*

*fakt, že spolu skoro nikdy netrávíme čas sami dva. Už si ani nepamatuji, kdy jsem s ním naposledy byla někde sama. I přesto zůstává můj cit k Evě neměnný. Je to má dcera, kterou miluji stejně jako svého syna. Uvědomuji si však, že vzhledem k jejímu handicapu, jsem jí odjakživa musela dávat mnohem více péče než Tomáškovi. I když vím, že za to nikdo nemůže, mrzí mě, že byl Tomášek od jejího narození „druhý v pořadí“ a vždy musel počkat, než se obslouží její potřeby. Díky Evinu handicapu se naše rodina naučila žít ze dne na den a nic neplánovat. Z tohoto důvodu prozatím neřešíme ani otázku, kdo se o Evu postará, až toho já s manželem nebudeme schopni.“*

*„Tak, jako zůstal stejný náš vztah s manželem, zůstal neměnný i náš vztah s Tomáškem. Tomáška s manželem nezanedbáváme a snažíme se mu věnovat, co nejvíce to jde. Usilujeme o to, aby Tomáš cítil a stále vnímal, že má sourozence – například, když Tomáš hraje hokej, chodíme mu s Evou fandit. Tomášek je už ve věku, kdy chápe, že Eva potřebuje mnohem více našeho času i péče a toleruje to. Evičku má, jak sám tvrdí, moc rád a často nám s ní pomáhá. Myslím si, že díky Evě se jeho pozice v rodině určitě nezměnila. Tomáš je díky ní mnohem samostatnější, citlivější, empatictější a tolerantnější.“*

Od novorozeneckého věku se Eva stala klientkou Společnosti pro ranou péči, v které setrvala do svých sedmi let. Tato služba jednou za měsíc dojížděla k rodině domů, radila rodičům a půjčovala jim speciální pomůcky a hračky. V roce 2010 začala Eva docházet na rehabilitace canisterapií a akupunkturou. Tyto formy rehabilitace navštěvuje dodnes, a to jednou za čtrnáct dní. Matka s Evou od útlého věku cvičí taktéž dle Vojtovy metody. I přes veškerou snahu je její psychomotorický vývoj od narození neměnný. Od mala leží na zádech nebo je druhým člověkem polohována do lehu na bok. Díky velké snaze svých rodičů se v jednom roce naučila polykat rozmixovanou stravu podávanou lžičkou a tekutiny z dětské láhve. Od nejtělejšího věku je velmi spastická, uplakaná a nespává. Nespavost se musela začít řešit farmakologickou cestou od roku 2010.

### **Období předškolního věku**

V šesti letech Eva onemocněla těžkým zápallem plic. Byla odvezena do nemocnice, kde jí hrozila tracheostomie, při níž by jí lékaři uměle vyústili průdušnici ven z těla. Evě nakonec zapůsobila podávaná antibiotika a zákroku se nemusela podrobit. Při hospitalizaci jí však byla zjištěna těžká podvyživenost, a proto začala navštěvovat gastro-ambulanci. Po doporučení odborníků započala s užíváním doplňků stravy a proteinových nápojů.

V roce 2011 nastoupila Eva do péče Rehabilitačního stacionáře, který navštěvuje dodnes. V stacionáři pobývá šest hodin denně a v rámci jeho služeb se zúčastňuje

hippoterapie, muzikoterapie a relaxace v místnosti zvané Snoezelen. V této relaxační místnosti se využívá zejména její uklidňující atmosféry, která je vyvolávána přitímím a různými světelnými efekty. Eva zde nejvíce času tráví na vodní posteli a je stimulována jejími houpavými pohyby.

### **Období mladšího školního věku, současný zdravotní stav**

Vlivem trvalé spasticity svalů došlo u Evy k vykloubení obou loktů, které bylo zjištěno v roce 2013 na rentgenovém vyšetření. Roku 2015 se u ní projevilo taktéž vykloubení obou kyčlí. S těmito zdravotními problémy lékaři odmítli cokoliv udělat, protože by operace byla příliš velkým rizikem.

V současné době rodiče dále bojují se zavedením pravidelného denního režimu své dcery. Má neustálé problémy s nespavostí, a to i přes farmaka, která na nespavost užívá. Je velmi spastická a často uplakaná. Umí vyjádřit nelibost (pláč, větší tenze, mračení se), ale také libé pocity (smích, úsměv, broukání si, radost, uvolněnost). Její pohyblivost je velmi omezená. Dokáže přitáhnout nohy k břichu, nadzvednout hlavu a odkopávat proti odporu. Umí dát ruce v pěst, ale úchop se u ní vůbec nevytvořil. Svůj den tráví v lehu na zádech, v polohách na boku či ve speciální židličce, která jí umožňuje být v polosedě. Eva má kolem sebe ráda společnost a mezi její nejoblíbenější hračky patří dětské hračky výrazných barev, pod kterými se zálibou leží a prohlíží si je.

K současnosti se paní Kopečná vyjadřuje následovně: *„S příchodem handicapu do naší rodiny se změnil nespočet věcí. Jako rodina držíme sice stále pospolu, ale náš rodinný i můj osobní život se převrátil naruby. Jelikož je potřeba se o Evu starat celý den, jsem s ní doma a nepracuji. Mým jediným volným časem je ten, kdy je Eva přes všední den na šest hodin ve stacionáři. Náš denní režim záleží vždy na tom, jak se zrovna vyspí nebo cítí po zdravotní stránce. Když se ráno probudí brzo, což bývá průměrně kolem osmé hodiny, provedu u ní ranní hygienu, nakrmím ji a poté spolu cvičíme Vojtovu metodu. Každý den Evě podávám také mnoho farmak. Užívá léky na epilepsii, medikamenty na zklidnění, nespavost a antibiotika proti zahlenění. Jakmile všechno stihneme, odvážím ji do Rehabilitačního stacionáře, z kterého ji vyzvedávám přibližně kolem čtvrté hodiny. Pokud nastane případ, že Eva v noci nespí a probouzí se až kolem jedenácté hodiny dopoledne, nikam ji už nevozím. Tráví pak čas se mnou doma, kde nejčastěji leží pod dětskou hrazdou, na kterou se dívá a kterou má moc ráda. Využíváme také speciální židličku, v které je umístěna v polosedě nebo ji různě polohuji do lehu na boku. Pokud to počasí dovoluje, chodíme spolu na procházky v jejím speciálním kočárku. Když přijde Tomášek ze školy, často si k ní sedává, ukazuje jí*

*hračky a mluví na ni. Kolem šesté hodiny připravím večeři a Evu nakrmím. Poté provedeme základní hygienu a ke spánku jí ukládám až kolem desáté hodiny, aby v noci co nejvíce spala. Jak jde vidět, pravidelný denní režim se nám u Evy dodnes nepodařil zavést a stále s ním bojujeme.“*

*„A co náš rodinný volný čas? Ten většinou trávíme odděleně, což znamená, že jsme každý s jedním dítětem. Většinou je můj muž s Tomášem a já s Evou. Manžel s Tomášem chodí často hrát hokej, který je Tomáškovou zálibou a kterému se aktivně věnuje. I přesto, že nám to často Evin zdravotní stav nedovoluje, snažíme se trávit volný čas i všichni dohromady. V takových případech jezdíme společně na Tomáškův hokej, na výlety nebo do ZOO. I skrz veškerou snahu se s manželem vidáme minimálně. Přes pracovní dny je v práci až do večera, aby uživil celou naši rodinu a jak jsem řekla před chvílí, často i víkendy trávíme každý zvlášť. Nicméně mi s Evou pomáhá, co nejvíce to jde. Naši velkou pomocnou silou jsou také mí rodiče, kteří bydlí v patře pod námi a Evu občas pohlídají.“*

### **6.2.1 Rozbor kresby začarované rodiny od zdravého sourozence**

Stejně tak, jako případovou studii první rodiny, doplním i druhou studii o informace týkající se rodinných vztahů z pohledu zdravého dítěte. V následující podkapitole bude tedy opět rozebrána kresba začarované rodiny od zdravého sourozence.

Kresbu začarované rodiny jsem zrealizovala s Eviným starším dvanáctiletým sourozencem Tomášem. Tomáš byl zpočátku z kreslení nervózní, protože měl strach, že nedokáže hezky kreslit. Po celou dobu našeho setkání byl však pozitivně naladěný, pracoval samostatně a soustředěně. Sám od sebe se mnou příliš nemluvil, ale na všechny mé dotazy s ochotou odpovídal. Tomáš ke kresbě volil pouze ty barvy, které odpovídaly reálné barevnosti zvolených zvířat. Po celou dobu kreslil pravou rukou.

První, koho Tomáš nakreslil, byl jeho tatínek (*viz obrázek – první zleva*). Znázornil ho jako medvěda a řekl k němu následující: *„Táta je jako medvěd – je stejně silný, chytrý a taky hodný jako toto zvíře. Můj táta je velmi zručný na práci, tak jako medvěd na lov. Tatínek má s medvědem společné taky to, že je mlsný a rád jí. Nejlepší na něm je, že mi toho hodně dovolí – více než máma. Když však zlobím, mívám větší strach z něj než z maminky. Takovou situaci ale vždy řeší pouze slovně. Táta tráví mnoho času mimo domov vyděláváním peněz, protože maminka musí být doma s Evou. Pokud mu ale přes víkend vyjde čas, tráví ho hodně se mnou na hokeji. S mámou často nebyvají, protože nemají kdy. Nejdéle spolu jsou večer, když se dívají na televizi. I přesto si myslím, že se mají moc rádi a já mám rád je.“* Jako druhého znázornil Tomáš sám sebe (*viz obrázek – druhý zleva*). Vyobrazil se v psí podobě, přičemž

uvedl: „*Sebe jsem nakreslil jako border kolii. Tento pes se mi moc líbí a ke všemu je hodný a poslušný. Tak, jako každý pes, i já jsem někdy nepořádný a dokážu zlobit. To mi pak máma vyhrožuje mým tatškou, protože moc dobře ví, že to má na mě velký účinek. U nás doma se považuju za nejzlobivějšího ze všech. Nejradaši jím a hraju hokej – stejně jako pes jsem hodně pohybově založený. Myslím si, že kromě mé pohyblivosti, je na mě nejlepší také to, že jsem kluk. Přes týden trávím nejvíce času s mámou, protože táta je skoro pořád v práci. Nejčastěji si spolu vykládáme o škole nebo o novinkách, které jsme viděli ve zprávách. Když nemá přes víkend táta moc práce, jezdívám s ním na své hokejové zápasy.*“ Jako třetí v pořadí zobrazil Tomáš svou maminku, kterou začaroval do podoby lvice (viz obrázek – třetí zleva). O ní pověděl toto: „*Máma je lvice, protože se o nás stará jako o svá mláďata. Pečuje o nás s Evou moc hezky, ochraňuje si nás a je na nás hodná. Nejvíce času mámě zabere péče o Evu, úklid a nakupování jídla. Mamka nejradaši chodí navštěvovat babičku a taky s námi ráda podniká všelijaké výlety. Taktéž si vzpomínám, že chtěla cvičit, ale nakonec jí na to nezbyl čas. Nejlepší na mámě je to, že je zároveň hodná, ale i přísná – což je potřeba. Jak už jsem říkal, s mámou trávíme přes týden hodně času. Nejčastěji je však maminka s Evou, protože se o ni musí starat. Myslím si, že je s Evičkou nejradaši, když obě můžou spát a odpočívat.*“ Jako poslední nakreslil Tomáš svou handicapovanou sestru Evu, kterou vyobrazil jako koalu (viz obrázek – první zprava). Tomáš o ní pověděl: „*Eva je jako koala. Nedokážu říct proč – tohle pěkné zvíře mi ji prostě připomíná a připadá mi pro ni typické. Možná jsem ji začaroval do koalí podoby, protože Eva je stejně roztomilá a malá jako toto zvířátko. Evička má nejradaši, když má kolem sebe společnost a někdo se jí věnuje. Taky ráda poslouchá hudbu, zvuky hrkajících hraček a chodí s mámou ven na procházky. Nejradaši lehává pod svou oblíbenou hrazdou, na kterou se dívá nebo tráví čas u naší tety či babičky, kde se jí nejlíp spí. Evičku mám moc rád, protože patří k mým nejbližším osobám. Snažím se s ní mamince taky často pomáhat, protože vím, jak to má máma těžké. Často se s Evičkou i zasmějeme, což je na ní nejlepší. Celá rodina tvrdí, že je Evička nejhodnější z celé naší rodiny – to je sice pravda, ale já bych si spíš přál, aby byla normální a zdravá. Kdybych mohl, začaroval bych ji do tygří podoby, aby se uměla stejně dobře pohybovat a mluvit jako já.*“ Po dokončení obrázku začarované rodiny Tomáš dodal: „*Všichni v naší rodině se máme moc rádi, rozumíme si, nikdo druhému naschvál neubližuje a nevzbouzí v ostatních strach – jen já se občas bojím toho, co mi řekne táta, když zlobím. Na nikom bych nechtěl nic změnit – pouze bych si přál, aby byla Eva zdravá a normální, ale to se mi stejně nesplní. Kdybych byl malířem, který umí všechno nakreslit, překreslil bych sám sebe na geparda, abych se uměl ještě lépe pohybovat a rychleji běhat. Taky Evu bych nakreslil jinak. Byla by tygrem – to aby*

*se uměla normálně hýbat. Jako malíř bych do svého obrázku přikreslil také babičku s dědou, kteří bydlí pod námi. Babičku bych nakreslil jako starou lvici, protože nás rozmazluje a je na nás moc hodná. Děda by byl lev, který se o nás rád stará.“*

Tomášova kresba začarované rodiny zobrazuje všechny rodinné členy, kteří žijí pohromadě v druhém patře jejich domu. Jeho kresebná úroveň se jeví jako průměrná, obrázek je poměrně dobře propracovaný a je zajímavý tím, že všechna zvířata znázornil jako poloviční lidi – všechna jsou vyobrazena ve stoje na dvou nohách. Zvláštností také je, že pod zvířaty není naznačena žádná zem a jakoby se vznášely v horní části papíru. Tomáš všechna zvířata orientoval tak, aby byla otočena obličejem dopředu. Podle mého názoru obrázek působí atmosférou harmonických a optimálních rodinných vztahů. Všechna zvířátka, která Tomáš nakreslil, se usmívají a vypadají spokojeně.

Velikostně se znázorněná zvířata skoro neodlišují. Pouze matka (*viz obrázek – třetí zleva*) se jeví oproti ostatním o něco vyšší. Domnívám se proto, že i ve skutečnosti má doma nejvlivnější a nejvyšší postavení, jelikož zde s dětmi tráví nejvíce času. Jak sám Tomáš totiž zmínil, otec (*viz obrázek – první zleva*) většinu času tráví mimo domov prací, aby celou rodinu zvládl uživit. I přesto je však pro Tomáše velkým mužským vzorem a připadá mi, že z něj pocítuje větší respekt než z maminky. Při pohledu na obrázek si lze taktéž povšimnout faktu, že zde nejsou vytvořeny žádné koalice a každé zvíře je jiného druhu. Všechna vyobrazena zvířata jsou však savci a až na Evu v zásadě dravci. Eva je neškodný „mazel“ medvídek koala, který se živí výhradně rostlinnou potravou. Na obrázku si lze také povšimnout, že matka (*viz obrázek – třetí zleva*) a Tomášova sestra (*viz obrázek – první zprava*) jsou u sebe blíže než ostatní zvířata. Tomáš tím možná podvědomě vyjádřil skutečnost, že tyto dvě osoby jsou na sebe značně vázané a kvůli Evině péči spolu tráví každý den.

Myslím si, že taktéž pořadí jednotlivých členů na obrázku v sobě nese určitý skrytý emocionální význam. Jako první Tomáš vyobrazil svého otce (*viz obrázek – první zleva*), s kterým podle všeho nejraději tráví svůj volný čas, a to provozováním ryze mužského sportu – hokeje. Domnívám se, že i díky tomuto společnému zájmu k němu z celé rodiny nejvíce vzhlíží a možná by s ním chtěl trávit více volného času. Svou matku (*viz obrázek – třetí zleva*) vyobrazil až po otcově a vlastní osobě (*viz obrázek – druhý zleva*), a to v těsné blízkosti jeho sestry (*viz obrázek – první zprava*). Takové zobrazení jakoby naznačovalo, že si Tomáš plně uvědomuje fakt, že je Eva na matce plně závislá, maminka o ni musí pečovat a Tomáš ji proto nechce příliš zatěžovat. Jak se sám zmínil, má oba rodiče stejně rád, ale uvědomuje si, že by měl mámě co nejvíce pomáhat, protože toho má moc. Rovněž Tomášův vztah

k handicapované sestře vyplynul jako velmi milující. Usoudila jsem tak z jeho kresby i z vyprávění, z kterých šlo poznat, že má o Evě pouze kladné mínění, chce se o ni starat a ochraňovat ji, protože ví, jak je bezmocná. Tomáš by si velmi přál, aby byla Eva zdravá a mohla dělat všechno jako ostatní děti.

Na závěr této podkapitoly, stejně jako v první případové studii, uvedu pro zajímavost popis symboliky jednotlivých zvířat v Tomášově kresbě dle Dittricha (1992):

- Otce Tomáš znázornil jako medvěda (*viz obrázek – první zleva*). Dittrich medvěda popisuje jako symbol neohroženosti, zahálčivosti, neobratnosti a dobrosrdečnosti.
- Sebe Tomáš začaroval do podoby psa (*viz obrázek – druhý zleva*), jenž podle Dittricha vypovídá o věrnosti, přítulnosti, jistotě a kamarádství.
- Jako třetí v pořadí byla Tomášem nakreslena maminka, kterou vypočetl jako lvici (*viz obrázek – třetí zleva*). Dittrich popisuje lva jako mocné, bojovné, vládyčtivé a nesoucité zvíře.
- Poslední byla vyobrazena handicapovaná sestra Eva, kterou Tomáš začaroval do koaly (*viz obrázek – první zprava*). Dittrich k tomuto zvířeti neudává žádné informace.

**Obr. 2: Kresba začarované rodiny z pohledu Tomáše (12 let)**





## 6.3 Přehled výsledků výzkumného šetření

Vzhledem k tomu, že je výzkumná část bakalářské práce kvalitativní povahy, nebylo v ní jednoznačně odpovězeno na výzkumné otázky. Bude na ně proto stručně zodpovězeno v následující kapitole.

### 6.3.1 Výz. ot. 1: Jak rodina reaguje na narození handicapovaného dítěte?

#### Rodiče

Pro samotné rodiče je narození handicapovaného dítěte především obrovským šokem. V prvních chvílích takového zjištění se jim nastalá životní situace zdá neúnosnou a do budoucna nezvládnutelnou. Dítě, které není zdrávo a od svého narození vyžaduje speciální a každodenní péči, plně nabourává jejich vizi šťastné a bezproblémové rodiny, kterou si plánovali. Rodiče v prvních dnech až týdnech prochází nespočtem různorodých pocitů. Zakusí si pocity zoufalství, bezmocnosti, nedůvěry v lékařskou diagnózu, úzkosti, vzteku, viny i sebelítosti. Každý z nich toto těžké období prožívá jiným způsobem a po různě dlouhou dobu – záleží zejména na povaze člověka. Nakonec si však každý z nich uvědomí, že pro ně existují jen dvě možná řešení – utéct a dítěte se vzdát, nebo bojovat za jeho co možná nejvyšší život. U obou rodin, které se zúčastnily výzkumu této bakalářské práce, naštěstí vyhrála druhá možnost.

#### Sourozenci

Tak, jako záleží na povahových vlastnostech rodičů, i u dětí hraje povaha velmi velkou roli. Je zde však důležitý taktéž věk dítěte, které se s handicapem sourozence snaží vyrovnat. Výzkumná část práce prokázala, že každé dítě se s takovou situací vyrovnává individuálním způsobem. V prvním výzkumném případě si dítě svého sourozence dokázalo rychle oblíbit a přijmout ho jako svou milovanou a blízkou osobu, o kterou se chce starat a pečovat (*viz případová studie 1 – Tereza*). V dalších případech (*viz případová studie 1 – Tadeáš a případová studie 2 – Tomáš*) bylo přijetí postiženého sourozence poněkud komplikovanějším a dlouhodobějším procesem, kdy si oba chlapci prošli řadou rozličných pocitů. Zpočátku svou rodinnou situaci chlapci nechápali a odlišnost svého sourozence oplakali. Za neustálého vysvětlování a podporování ze strany svých rodičů však nakonec svého „odlišného“ sourozence dokázali přijmout a s okolnostmi se srovnat. Dalo by se polemizovat, zda se dívky s handicapem svého sourozence dokážou vyrovnat rychleji než chlapci, ale vzhledem k malému výzkumnému vzorku, nemohu tento poznatek potvrdit.

## **Širší rodina**

U obou výzkumných rodin se příbuzní rodičů handicapovaného dítěte projeví jako velká psychická i fyzická podpora. Širší rodina neměla ani v jednom případě s přijetím takto postiženého jedince sebemenší problém – spíše se u nich zpočátku objevoval strach z jakýchkoliv dotazů ohledně zdravotního stavu dítěte, které by nešťastným rodičům mohly ještě více ublížit. Největší oporou byli v obou případech prarodiče handicapovaného dítěte.

### **6.3.2 Výz. ot. 2: Jakým způsobem se mění pozice zdravého sourozence v rodině?**

Pozice zdravého dítěte v rodině se dle výzkumu výrazně nemění. Rodiče se snaží o to, aby byl čas věnovaný všem jejich potomkům přibližně stejně dlouhý a aby se sourozenci cítili rovnocenně. Sami rodiče však uznávají fakt, že handicapovanému dítěti se v rámci péče musí věnovat častěji a déle než zdravým dětem. Ty však tuto skutečnost s jejich vzrůstajícím věkem dokázaly pochopit a přijmout. Pozice zdravých sourozenců ve výzkumných rodinách se ovšem nepochybně mění ve dvou ohledech – děti na sebe přebírají mnohem větší samostatnost a zodpovědnost. Oba chlapci se totiž při kresbách zmínili, že by chtěli být hodnější, aby tolik nezatěžovali své maminky. Také řekli, že doma často pomáhají nebo se věnují svým handicapovaným sestřičkám, aby maminkám ulevili od práce. Na chlapcích šlo poznat, že si uvědomují, kolik povinností musí jejich maminky denně zvládat. Otázkou však zůstává, zda se tím na chlapce nepřenáší příliš nadměrná zátěž.

### **6.3.3 Výz. ot. 3: Jak handicapované dítě ovlivňuje denní režim rodiny?**

Denní režim rodiny se s příchodem handicapovaného dítěte zásadně mění. V obou výzkumných rodinách se nejrazantněji přeorganizoval denní režim matek, jejichž den se odvíjí převážně od potřeb handicapovaného potomka. To, do jaké míry je takový denní režim ovlivněn, záleží zejména na stupni postižení dítěte. V případové studii 1, ve srovnání s případovou studií 2, je dívka postižena lehčí formou dětské mozkové obrny, a proto je její matka schopna chodit i do zaměstnání. Matka druhé rodiny je však ženou v domácnosti, protože stupeň handicapu její dcery jí neumožňuje chodit do práce ani na půl úvazku. V první rodině je zaveden poměrně pravidelný denní režim, který zohledňuje nároky handicapovaného dítěte, každý den se opakuje a téměř se nemění. V druhé rodině je situace složitější, jelikož handicapovaná dívka trpí poruchou spánku, která zapříčiňuje, že průběh každého dne je jiný a závisí na tom, jestli holčička v noci spala, nebo spánkový deficit dospává přes den. V závěru lze dodat, že režim dne celé domácnosti je nepopíratelně ovlivněn povinnostmi spjatými s péčí o handicapovaného člena.

#### **6.3.4 Výz. ot. 4: Jak rodiny s handicapovaným dítětem tráví volný čas?**

V obou výzkumných rodinách kladou rodiče velký důraz na to, aby rodina trávila co nejvíce volného času pospolu – ať už formou výletů, procházek, návštěv nebo dovolených. Ne vždy je však uskutečnitelné, vzhledem k handicapovanému potomkovi, aby ve volném čase mohli být všichni spolu. Novákovi (*viz případová studie 1*) tráví nejčastěji svůj volný víkendový čas procházkami v lese, ježděním na výlety, návštěvami u prarodičů a vyjížděkami na kole. Novákovi byli před narozením handicapované dcery sportovně založenou rodinou, která několikrát do roka jezdila lyžovat na hory. Nyní jezdí do hor jen jedenkrát ročně, přičemž jim postiženou dceru hlídají prarodiče. V létě podnikají taktéž dovolenou u moře, kde berou všechny své děti. Kvůli epilepsii své handicapované dcery však nemohou cestovat letecky. U rodiny Kopečných (*viz případová studie 2*) je situace poněkud složitější. I když by si rodina přála trávit volný víkendový čas společně, není to vzhledem ke stupni handicapu a přidruženým zdravotním problémům jejich dcery vždy možné. Z tohoto důvodu musí rodina často trávit volný čas odděleně – matka s dcerou a otec se synem. Pokud to však zdravotní stav dcery dovoluje, plánuje si rodina vždy společný program. Kopeční často společně jezdívají na synův hokej, podnikají výlety nebo navštěvují místní ZOO.

#### **6.3.5 Výz. ot. 5: Mění se vztah mezi rodiči při narození postiženého potomka?**

Vztah mezi rodiči zůstal v obou výzkumných rodinách stejně kvalitní a láskyplný jako před narozením handicapovaného potomka – dokonce se díky náročné životní situaci ještě více posílil. Co se však změnilo radikálně, je množství času, který spolu partneři tráví. Pokud spolu rodiče chtějí být o samotě, musí dát postiženou dceru na hlídání svým blízkým, čehož neradi zneužívají. Paní Nováková udala, že se svým partnerem bývají sami asi jedenkrát za čtvrt roku. Paní Kopečná si ani nebyla schopna vzpomenout, kdy naposledy se svým partnerem vyrazili za zábavou či strávili večer ve dvou.

#### **6.3.6 Výz. ot. 6: Jakým způsobem vnímá zdravá část rodiny (matka, otec, sourozenec) postižené dítě?**

##### **Matka a otec**

Obě matky, které se zúčastnily výzkumného šetření, uvedly, že postiženou dceru již od narození vnímají jako své plnohodnotné a milované dítě, které má v rodině rovnocenné postavení s ostatními sourozenci. Již od narození neměly s přijetím takto znevýhodněného potomka sebemenší problém a jejich vztah vůči handicapovaným dcerám je neměnný a

milující i v současnosti. Stejně tak je to i u obou otců, kteří své potomky dle zdravotního stavu nijak neodlišují ani nezvýhodňují. Vztah tatínků a postižených dcer je naplněný velkou otcovskou láskou a péčí.

### **Sourozenec**

V případě rodiny Nováků má handicapovaná dívka dva sourozence – starší sestru a mladšího bratra. Starší sestra o ni již od mala velmi ráda pečuje, pomáhá s ní mamince a bere ji jako sobě rovnou. Mladší bratr se s jejím handicapem vyrovnával pomaleji, protože ho její odlišnost velmi mrzela. V současnosti je už však s jejím zdravotním stavem srovnán a má ji moc rád. Oba sourozenci se handicapovanou dívku naučili brát takovou, jaká je, jsou vůči ní hodně tolerantní, pomáhají jí a občas ji popostrkují k tomu, aby něco zkusila i sama. Jak tvrdí sama matka, oba dodnes dokáže hodně rozčítit, když se musí dovolená nebo volný čas podřizovat jejím potřebám. Kopeční mají pouze dvě děti – handicapovanou dívku a jejího staršího bratra. Chlapec se s postižením své sestry vyrovnával delší dobu – stejně jako chlapec v případě první rodiny. V současnosti k ní má však vytvořen krásný sourozenecký a ochraňující vztah. Rád s ní tráví čas, pomáhá mamince s její péčí, je vůči ní dost empatický a tolerantní. Za odlišnost své sestřičky se nestydí.

#### **6.3.7 Výz. ot. 7: Jakou povahu mají rodinné vztahy mezi jednotlivými členy z pohledu zdravého sourozence?**

##### **Novákovi**

Z chlapcovy kresby začarované rodiny i z rozhovoru s ním vyplynulo, že rodina funguje bez větších problémů a je naplněná láskou i péčí. Chlapec je nejvíce fixován na svou maminku, která je pro něj nejhodnější osobou z rodiny a na které by nechtěl nic měnit. Podobné city chová také ke své starší sestře, kterou považuje za svou „druhou maminku“. Sám taktéž zmínil, že ji má více rád než handicapovanou sestru, protože si s ní více rozumí. Z tatínka má chlapec největší respekt, protože on je tou osobou, která trestá, když děti zlobí. Otec má v rodině vážené postavení a je největší autoritou. Chlapec má svého tatínka, jak sám dodal, moc rád. Nakonec se chlapec zmínil o své handicapované sestře. Šlo na něm poznat, že jí má také velice rád, ale že ho její postižení dodnes trochu trápí a přál by si, aby byla zdravá, protože se podle něj nechová jako „normální“ člověk a hodně zlobí. Také na něm šlo vidět, že by nad ní chtěl přebrat větší moc a autoritu, protože by si přál, aby ho více poslouchala a méně rozčilovala. Z chlapcovy kresby i rozhovoru jsem usoudila, že největší vzor vidí ve svých rodičích, a to z důvodu vytvoření koalice žiraf, do kterých začaroval sebe a svou

maminku s tatínkem. Chlapec má nejspíše vytvořený velmi kladný vztah také k prarodičům z otcovy strany, protože na konci kresby dodal, že oni by byli ti, které by dodatečně do obrázku dokreslil.

### **Kopeční**

Z rozhovoru s chlapcem i z jeho kresby začarované rodiny jsem usoudila, že v rodině panují harmonické, fungující a milující vztahy. Nejvyšší a nejvlivnější postavení má v rodině podle všeho matka, protože tráví veškerý svůj čas v domácnosti a s dětmi. Jak sám chlapec zmínil, tatínek tráví většinu času v práci mimo domov proto, aby uživil rodinu. Někdy musí pracovat i o víkendech. I přesto, že je otec málo doma, je pro chlapce velkým mužským vzorem a připadá mi, že z něj pociťuje největší respekt. Chlapec nejraději tráví svůj volný čas hraním hokeje, a to v doprovodu svého otce. Domnívám se, že i díky tomuto společnému zájmu k otci z celé rodiny nejvíce vzhlíží a nejspíš by s ním chtěl trávit více času. Chlapec naznačil, že si je vědom toho, že je jeho sestra na matce plně závislá, maminka o ni musí neustále pečovat a on ji proto nemůže a nechce příliš zatěžovat. Jak se sám zmínil, má oba rodiče stejně rád, ale ví, že by měl mámě co nejvíce pomáhat, protože toho má moc. Chlapcův vztah k sestře na mě působil jako velmi milující, starostlivý, ochraňující a pečující. Chlapec by si velmi přál, aby byla sestra zdravá a mohla dělat všechno jako ostatní děti. Ví však, že tohle přání se mu nikdy nevyplní a je s tím smířen. Chlapec má velmi blízký vztah taktéž ke svým prarodičům, kteří bydlí v dolním patře jejich domu. Oni by byli těmi osobami, které by do kresby dodatečně nakreslil.

## 7 DISKUZE

Vzhledem ke kvalitativní povaze výzkumu, tedy případovým studiím, bylo na výzkumné otázky stručně zodpovězeno v předchozí kapitole. Tato kapitola bude proto zpracována krátce a pozornost v ní bude věnována především limitům šetření, jeho problematickým aspektům a případně také zajímavostem.

Jak již bylo zmíněno v bakalářské práci, rodin s handicapovanými dětmi mezi námi stále přibývá. Díky obrovskému rozvoji medicíny, techniky, ale také modernizaci společnosti se v současné době naskýtá možnost záchrany života takových dětí, které by ještě před pár desítkami let, vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, neměly šanci přežít. V důsledku toho mezi námi narůstá počet handicapovaných jedinců, kteří potřebují pomoc nejen z řad specialistů, ale zejména ze strany svých nejbližších. Zejména na blízkých osobách záleží, jak budou tito jedinci náročnou životní situaci čelit, zda bude rodina táhnout za jeden provaz nebo se rodinné vztahy pomalu, ale jistě začnou rozpadat. Problematika handicapu v rodině má v současnosti celospolečenský rozměr, který je zapotřebí analyzovat v širším rozsahu.

V bakalářské práci jsem si vyzkoušela diagnostikovat rodinné vztahy prostřednictvím případových studií a především pak kreseb začarované rodiny, přičemž jsem si plně vědoma toho, že tato činnost patří do rukou plně kvalifikovaného psychologa. I přesto jsem si diagnostickou činnost chtěla vyzkoušet, což mi umožnilo zjistit, jak náročná a nejistá je interpretace a analýza projektivních metod – konkrétně kresby začarované rodiny. Na základě takto získaných praktických zkušeností mohu potvrdit, že kresba začarované rodiny je cennou a dobrou psychodiagnostickou metodou, která může být zpracována kvalitně a spolehlivě jen prostřednictvím odborníků. Takto užitý kvalitativní výzkum má výhodu ve vytvoření podrobného obrazu daného zkoumaného jevu, avšak doplnění o kvantitativní výzkum daného tématu by přineslo ucelenější a zobecnitelnější pohled na handicapované děti v rodinách – zejména rozšířením vzorku rodin a longitudinálním šetřením. Domnívám se, že na můj užší záběr šetření je možné navázat v dalších studentských pracích.

Pešová, Šamalík (2006) ve své publikaci uvádějí, že v důsledku narození handicapovaného dítěte se rozpadá většina úplných rodin. Manželé těžkou životní situací nedokážou unést a nechají se rozvést. Toto tvrzení vyvrací prostřednictvím svého výzkumu Roučková (2012), která díky rozhovorům s poradkyněmi rané péče došla k závěru, že rodiče se skrz handicap svého dítěte rozvádějí minimálně. Jedna z poradkyň uvedla fakt, že pouze čtyři rodiny z patnácti jsou rozvedené a ve většině případů není handicap potomka primárním

důvodem takového činu. Výzkum Roučkové (2012) koresponduje taktéž s výzkumným šetřením této bakalářské práce. Narození handicapovaného potomka v obou výzkumných rodinách nebylo ani v jednom případě popudem k rozvratu rodinných vztahů. Touto nelehkou životní zkouškou se vztah rodičů spíše více upevnil. V obou zkoumaných rodinách se taktéž projevuje velká snaha rodičů o to, aby se všichni sourozenci cítili rovnocenně, a to bez ohledu na to, jaký je jejich zdravotní stav. Obě výzkumné rodiny usilují taktéž o to, aby se všichni rodinní příslušníci cítili milovaně, bezpečně a za rozdílnost své rodiny se nestyděli.

Na závěr této kapitoly bych ráda uvedla, co mi bakalářská práce přinesla. Práce mě obohatila zejména o nespočet poznatků vztahujících se k problematice handicapovaného dítěte v rodině, a to jak z odborné literatury, tak z praktického šetření. Domnívám se, že tyto informace budu jednou schopna užít ve své profesi, ale i v běžném životě. Zajisté se změnil taktéž můj postoj k lidem, kteří nemají to štěstí, aby se jim narodilo zdravé dítě. Měla jsem možnost vidět osobní statečnost a sílu rodin, které se s nenadálou životní situací museli vyrovnat, dodnes s ní bojují a snaží se o to, aby rodina fungovala tak, jak má.

## ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce byla diagnostika rodiny s handicapovaným dítětem pomocí kresby začarované rodiny. Práce byla rozčleněna na teoretickou část a výzkumné šetření, do něhož se zapojily dvě rodiny, kterým se narodily dívky s dětskou mozkovou obrnou.

Teoretická část práce byla zpracována formou dvou kapitol. První kapitola vtáhla čtenáře do problematiky handicapu a dětské mozkové obrny. V druhé kapitole bylo podrobněji zpracováno téma psychologické diagnostiky, a to včetně kresby začarované rodiny, která byla využita jako klíčový diagnostický nástroj ve výzkumu bakalářské práce.

Výzkumná část práce měla kvalitativní povahu. Výzkum byl realizován zejména prostřednictvím kresby začarované rodiny, kterou jsem uskutečnila se zdravými bratry handicapovaných dívek. Pro celkové vypracování výzkumného šetření bylo využito případových studií, které sumarizovaly informace z anamnéz handicapovaných dívek, rozhovorů s matkami, pozorování rodinného zázemí a zejména pak z výše zmíněných kreseb začarované rodiny. Pomocí popsaného postupu jsem získala odpovědi na dané výzkumné otázky.

Ze získaných informací výzkumného šetření jsem dospěla k názoru, že narození handicapovaného potomka do rodiny je velkou zátěží a změnou, ale záleží pouze na přístupu, povaze a odhodlání rodičů i blízké rodiny, jak se s danou situací vyrovnají a naloží. Obě výzkumné rodiny projevily velmi velké úsilí o to, aby i v tak náročné životní situaci zachovaly funkční rodinné vztahy a prostředí, v kterém se všichni cítí rovnocenně, důležitě a milovaně.



## SEZNAM PRAMENŮ

1. ALTMAN, Z. *Test stromu: Příručka*. 2. rozš. vyd. Praha: Pražské pedagogicko-psychologické nakladatelství, 2002, 175 s.
2. ANASTASI, A., URBINA, S. *Psychological testing*. New Jersey: Prentice Hall, 1997. ISBN 978-0-02-303085-7.
3. AVÉ-LALLEMANT, U. *Der Sterne-Wellen-Test*. 3. vyd. Mnichov: Reinhardt Ernst, 2006. 232 s. ISBN 978-3-497-01841-3.
4. BADOŠEK, R. *Projektivní forma kresby lidské postavy – domněnky a fakta*. Československá psychologie. 2013, 58(5), 496 - 504. ISSN 0009-062X.
5. BUCK, J. N. *The H-T-P technique: A quantitative and qualitative scoring manual*. Journal of Clinical Psychology. 1948, 4 (4), 317 - 396. ISSN 0021-9762.
6. *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch: DSM 5. I.* české vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.
7. DITTRICH, P. *Pedagogicko-psychologická diagnostika*. 1. vyd. Jinočany: H & H, 1992. 106 s. ISBN 80-85467-69-0.
8. DOMINO, G., DOMINO, M. *Psychological Testing*. New York: Cambridge University Press, 2006. 640 s. ISBN 978-0-511-22012-8.
9. EVANGELA, J. *Diagnostické metody v personalistice: jak s nimi jednat, jak je vést a motivovat*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2607-6.
10. FITZNEROVÁ, I. *Máme dítě s handicapem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 159 s. ISBN 978-80-7367-663-6.
11. FÍZKOVÁ, V., a kol. *The effect of hippotherapy on gait in patients with spastic cerebral palsy*. Acta Universitatis Palackianae Olomucensis [online]. 2013, 43(4), 17 - 23 [cit. 2015-11-21]. ISSN 1212-1185. Dostupné z: <http://www.gymnica.upol.cz/pdfs/gym/2013/04/02.pdf/>
12. GRUBER, H., LEDL, V. *Allgemeine Sonderpädagogik: Grundlagen des Unterrichts für Schüler mit Schulschwierigkeiten und Behinderungen: ein Studien- und Arbeitsbuch*. Vídeň: Jugend & Volk, 1992. 255 s. ISBN 3-7100-0003-3.
13. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. 800 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
14. HELUS, Z. *Psychologické problémy socializace osobnosti*. 1. vyd. Praha: SPN, 1973. 259 s.

15. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7363-040-2.
16. HOLUBOVÁ, M., KOTASOVÁ, J. *Přidružené příznaky vyskytující se v koincidenci s hybnou symptomatickou u dětské mozkové obrny*. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. 2000, 35(1), 80 - 90. ISSN 0555-5574.
17. JAKOBOVÁ, A. *Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pdf, 2007. 101 s. ISBN 978-80-7368-488-4.
18. JUNG, C. G. *Analytická psychologie: Její teorie a praxe*. Praha: Academia, 1993. 208 s. ISBN 80-200-0480-7.
19. KLUSÁK, M., SLAVÍK, J. *Styl kresby pána u dětí mladšího školního věku*. *Československá psychologie*. 2010, 54(2), 113 - 125. ISSN 0009-062X.
20. KOLÁŘ, R. *Lékařská diagnostická technika: skripta předmětu Lékařská diagnostická technika*. Brno: Vysoké učení technické v Brně, Fakulta elektrotechniky a komunikačních technologií, 2007. ISBN ABM 07-91.
21. KOLÁŘ, P., a kol. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
22. KOLÁŘ, P. *Význam posturální aktivity pro včasný záchyt pacientů s dětskou mozkovou obrnou*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2001, 4(8), 190 - 194 [cit. 2015-11-21]. ISSN 1803-5264 . Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2001/04/08.pdf/>
23. KOLLÁRIKOVÁ, Z., PUPALA, B. *Předškolní a primární pedagogika*. Praha: Portál, 2010. 456 s. ISBN 978-80-7367-828-9.
24. KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada-Avicenum, 2005. 344 s. ISBN 80-247-1018-8.
25. KRAUS, J. *Dětská mozková obrna*. *Neurologie pro praxi* [online]. 2011, 12(4), 222 - 224 [cit. 2015-12-06]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/04/02.pdf/>
26. KRAUS, J., ŠANDERA, O. *Tělesně postižené dítě*. 1. vyd. Praha: SPN, 1975. 208 s. ISBN 14-324-75.
27. KRHUTOVÁ, L. *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2013. 244 s. ISBN 978-80-7326-232-7.
28. KUCHARSKÁ, A., a kol. *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika ve speciálně pedagogických centrech*. 1. vyd. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2007. 220 s. ISBN 978-80-86856-42-1.

29. LESNÝ, I., a kol. *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1985. 233 s. ISBN 616-831-053-2.
30. MASERATI, a kol. *The Tree-Drawing Test (Koch's Baum Test): A useful aid to diagnose cognitive impairment*. Behavioural Neurology [online]. 2015, 2015, 1 - 6 [cit. 2016-01-29]. ISSN 1875-8584. Dostupné z: <http://www.hindawi.com/journals/bn/2015/534681/>
31. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vyd. Jinočany: H & H, 2001, 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
32. MATĚJČEK, Z. *Výbor z díla*. Praha: Karolinum, 2009. 447 s. ISBN 978-80-246-1056-6.
33. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN 10: desátá revize: aktualizovaná verze k 1. 4. 2014*. 2. aktualizované vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013. ISBN 978-80-904259-1-0.
34. MICHALÍK, J., a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
35. MONATOVÁ, L. *Pedagogika speciální*. Brno: Masarykova univerzita, 1995. 199 s. ISBN 80-200-1009-6.
36. MONATOVÁ, L. *Speciálně pedagogická diagnostika z hlediska vývoje dítěte*. Brno: Paido, 2000. 92 s. ISBN 80-85931-86-9.
37. MORVAYOVÁ, D. *Kresba rodiny při skúmaní sociálneho prostredia rómskych a nerómskych detí*. Psychológia a patopsychológia dieťaťa. 2006, 41(3), 230 - 249. ISSN 0555-5574.
38. NEKULA, J. *Radiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 205 s. ISBN 80-244-0672-1.
39. PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1216.
40. PIPEKOVÁ, J., a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: PAIDO, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
41. POLIN, R., SPITZER, A. *Fetal and neonatal secrets*. 3. vyd. Filadelfie: Elsevier Saunders, 2013. 576 s. ISBN 978-0-323-09139-8.
42. PŘINOSILOVÁ, D. *Vybrané okruhy speciálně pedagogické diagnostiky a její využití v praxi speciální pedagogiky*. Brno: PAIDO, 2004. ISBN 80-210-3354-1.
43. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., a kol. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2013. 458 s. ISBN 978-80-246-1985-9.

44. RAŠKOVÁ, V. *Příspěvek k poznatkům o používání technik kresba rodiny a kresba začarované rodiny: diplomová práce*. Praha: Karlova univerzita, 1984.
45. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. 2. dopl. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 313 s. ISBN 80-244-0873-2.
46. ROUČKOVÁ, M. *Vliv dítěte se zdravotním postižením na intuitivní rodičovství: bakalářská práce*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2012.
47. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 604 s. ISBN 80-247-1049-8.
48. ŘÍČAN, P., ŽENATÝ, J. *K teorii a praxi projektivních technik*. 1. vyd. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, 1988.
49. STANČÁK, A. *Klinická psychodiagnostika*. 1. vyd. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, 1982, 404 s.
50. STEHLÍK, A. *Dítě s mozkovou obrnou v rodině*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1977. 242 s. ISBN 08-033-77.
51. SVOBODA, M., HUMPOLÍČEK, P., ŠNOREK, V., a kol. *Psychodiagnostika dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. 487 s. ISBN 978-80-262-0363-6.
52. SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, D., a kol. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 3. vyd. Praha: Portál, 2015. 792 s. ISBN 978-80-262-0899-0.
53. SZABOVÁ, M. *Prekonávanie bariér medzi dieťaťom s postihnutím a jeho rodinou*. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. 2002, 37(3), 271 - 279. ISSN 0555-5574.
54. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Poznávání duševního života člověka*. 3. vyd. Olomouc: UP, 2001. 111 s. ISBN 80-244-0329-3.
55. ŠIŠKOVÁ, D. *Dětská mozková obrna*. Revizní a posudkové lékařství [online]. 2011, 14(4), 127 - 132 [cit. 2015-11-21]. ISSN 1805-4560. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/revizni-posudkove-lekarstvi-clanek/detska-mozkova-obrna-37338/>
56. ŠÍPEK J. *Projektivní metody*. 1. vyd. Praha: ISV, 2000. 114 s. ISBN 80-85866-53-6.
57. ŠTÍPEK, P. *Využití terapeutického potenciálu projektivních technik v práci s rodinou: Technika Zakleté kameny: diplomová práce*. Praha: KP FF UK, 2010.
58. ŠVARŤÍČEK, R. ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: Pravidla hry*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
59. TRNAVSKÁ, J. *Spolupráce rodiny při rehabilitační léčbě pomocí Vojtovy metody: bakalářská práce*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2010.

60. URBANOVÁ, A. *Dětská mozková obrna v systému sociální péče*. Revizní a posudkové lékařství [online]. 2012, 15(1), 13 - 22 [cit. 2015-12-06]. ISSN 1805-4560. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/revizni-posudkove-lekarstvi-clanek/detska-mozkova-obrna-v-systemu-socialni-pece-38492/>
61. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie – teoretické základy a metodika*. 1. vyd. Praha: Parta, 2003. 439 s. ISBN 80-7320-039-2.
62. VANČURA, J. *Akceptace dítěte s postižením: Prožitek zármutku a adaptace rodičů*. Psychológia a patopsychológia dieťaťa. 2006, 41(3), 221 - 229. ISSN 0555-5574.
63. VARAĎOVÁ, R. *Kresba jako nástroj dětské komunikace: diplomová práce*. Praha: Karlova univerzita, 2011.
64. VÁGNEROVÁ, M., a kol. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 1999. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.
65. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2012. 536 s. ISBN 978-80-264-2153-1.
66. *Velký lékařský slovník* [online]. 1998 - 2016 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/>
67. VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. 463s. ISBN 80-7315-071-9.
68. ZAMAZALOVÁ, M. *Marketing*. 2.vyd. Praha: C. H. Beck, 2010. 499 s. ISBN 978-80-7400-115-4.
69. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*, 2006. ISSN 1211-1244.
70. ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program: Nástroje pro prevenci, nápravu a integraci*. Praha: Portál, 2011. 208 s. ISBN 978-80-262-0044-4.

## **PŘÍLOHY**

Příloha 1: informovaný souhlas

## **Příloha 1**

### *Informovaný souhlas*

#### **INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím s účastí svého syna/dcery ve výzkumném šetření zabývajícím se vybranými vztahovými a osobnostními aspekty dítěte a zároveň souhlasím s poskytnutím lékařských a dalších potřebných záznamů pro potřeby výzkumu.

Testování proběhne v souladu s etickými principy testování a zpracování získaných údajů.

Získaná data budou anonymní.

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

.....  
podpis

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Veronika Žáčková
<b>Katedra:</b>	Katedra psychologie a patopsychologie
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Lucie Křeménková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2016

<b>Název práce:</b>	Diagnostika rodiny s handicapovaným dítětem pomocí kresby začarované rodiny
<b>Název v angličtině:</b>	The diagnosis of families with handicapped child by the Drawing of enchanted family
<b>Anotace práce:</b>	Bakalářská práce se zabývá diagnostikou lidských vztahů v rodinách, do kterých se narodilo dítě s handicapem, a to konkrétně s dětskou mozkovou obrnou. Práce podrobněji rozebírá problematiku handicapu, dětské mozkové obrny i psychologické diagnostiky. Dále se věnuje taktéž kresbě začarované rodiny, která je klíčovou diagnostickou metodou výzkumné části práce. Hlavním cílem výzkumného šetření je diagnostika rodiny s handicapovaným dítětem.
<b>Klíčová slova:</b>	Handicap, dětská mozková obrna, rodina, psychologická diagnostika, kresba začarované rodiny
<b>Anotace v angličtině:</b>	This bachelor thesis deals with the diagnosis of interpersonal relationships in families with a disabled child, specifically with cerebral palsy. It also analyzes the issue of disability, cerebral palsy, psychodiagnostics and Drawing of enchanted family, which is a main diagnostic method of the research part. The main objective of the research is the diagnosis of families with disabled children.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Handicap, cerebral palsy, family, psychodiagnostics, Drawing of enchanted family
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha 1 - Informovaný souhlas
<b>Rozsah práce:</b>	72 stran textu, 1 strana příloh
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk