

1. PSYCHODIAGNOSTIKA JAKO VĚDA. PŘEDMĚT A CÍL PSYCHODIAGNOSTIKY. PSYCHOMETRICKÝ A KLINICKÝ PŘÍSTUP, TESTOVÁ A NETESTOVÁ PSYCHODIAGNOSTIKA, POJEM MĚŘENÍ V PSYCHOLOGII.

Psychodiagnostika je aplikovaná psychologická disciplína, jejímž předmětem je pozorování, měření a hodnocení. Cílem psychodiagnostiky je zjišťování a měření duševních vlastností a stavů a konečné stanovení diagnózy.

Příbuznost s diferenciální psychologií - část obecné psychologie
(dříve individuální psychologie = dnes adlerovská)

- sledování rozdílů jednotlivých psychických funkcí
- rozdíly mezi skupinami – objasnění individuálních rozdílů

DIAGNOSTICKÁ ČINNOST – cílem je stanovit diagnózu

1. určení stupně vývoje
2. zjištění příčin odchýlného vývoje od věkové normy
3. zjištění individuálních zvláštností osobnosti
4. zjištění podstaty, podmínek a příčin individuálních rozdílů
5. prognóza nebo predikce

Psychometrický přístup, je charakteristický pro práci s testovými metodami (testová psychodiagnostika). Testové metody (standardizované, psychometrické) – představují standardizovaný způsob vyšetření, při němž dodržujeme určitá pravidla, užíváme jednotných pomůcek a jednotným způsobem vyhodnocujeme získané informace. Dělíme je:

- a) podle způsobu komunikace – verbální a neverbální
- b) podle počtu zkoumaných dimenzí – jedno- či multidimenzionální
- c) podle zaměření – testy inteligence, jednotlivých funkcí a schop.
- d) podle hlavního principu – testy výkonové, projekční, dotazníkové

Klinický přístup je typický pro práci s klinickými metodami (klinická, netestová psychodiagnostika). Klinické metody (netestové, kvalitativní) – jsou nestandardní postupy, které nejsou psychometricky podloženy. Získané údaje mají kvalitativní charakter (kazuistické zpracování výsledků). Jsou orientovány na poznání konkrétního individua v jeho celistvosti a jedinečnosti. Zachycují jedince v dynamice vývoje a vytváří o něm celkový obraz. Existují 4 skupiny metod: diagnostický rozhovor, pozorování, získávání anamnestických údajů, hodnocení výtvorů. Klinické metody jsou spíše spojeny s použitím ve zdravotnické oblasti.

- a. **klinický postup** není vázán přísnými pravidly, nemá statistický základ a proto může obměňovat své postupy
- b. **testový postup** se řídí standardními postupy, jež jsou psychometricky podloženy a nemůžou se libovolně měnit (má statistický základ)

Problémy testování

- testují se často vlastnosti a psychické stavy, které lze měřit jen přibližně
- řada nástrojů je označována jako test, ale nemají funkci měření

Oba přístupy se doplňují :

psychometrický přístup

– vysuzování

neúplná indukce (závěry nelze vysoudit ze všech

údajů – skok mezi fakty a závěry)

klinický přístup – naopak, doplnění informací údaji

z psychometrických nástrojů

Pojem měření v psychologii: měření je součástí psychodiagnostické činnosti (psychometrie), je to měření psychických jevů (registrace pozorovaného chování). Cílem **psychometriky** je konstrukce a ověřování psychodiagnostických metod. Než může být jakákoli psychodiagnostická metoda použita, musí projít procesy konstrukce, ověřování a standardizace (umožňuje nám zvážit, jakou metodu, pro jaký problém funkčně použít).

2. TEORETICKÉ MODELY PSYCHODIAGNOSTIKY: PSYCHOANALÝZA, SOCIÁLNÍ UČENÍ, SOCIÁLNÍ KOGNICE, BEHAVIORISMUS, EKLEKTICKÝ ČI INTEGRATIVNÍ PŘÍSTUP, DIAGNOSTIKA VE VZTAHU K INTERVENCI ČI ŘEŠENÍ PROBLÉMU, ETICKÉ SOUVISLOSTI, (OBJEKTIVITA, DRUHY DIAGNOSTICKÝCH POMŮCEK).

Teoretické modely pdgn

psychoanalytický model – klade důraz na vnitřní, biologicky podmíněné motivy lidského jednání, pudově-emocion. tendence; informace získává cestou klinické metody, které pak kvalitativně hodnotí. (ROR)

behavioralismus – opírá se o behav. teorie, při tvorbě diagnózy o t. chování a sociální učení; při diagn. se objasňují nežádoucí formy chování a myšlení a podmínky, které k tomu vedly; strategie diagn. postupu má tendenci se podřizovat terap. cíli

kognitivní model – zaměřuje se na přijímání a způsob zpracování informací, důraz na racionální činitele v psychice

sociálně-psych. teorie – důraz také na racionalitu a na reakce na sociální faktory, info získává z klinických i testových metod

eklektický a integrativní přístup – integrace přístupů, klini. i testových metod, dle posouzení indiv. případů

Diagnostika ve vztahu k intervenci či řešení problému: intervence je cílený zásah zaměřený na zmírnění tíživé osobní situace, postup, kt. směřuje k přerušení, zamezení probíhajících procesů

PSYCHODIAGNOSTICKÝ PROCES

5 etap:

1. Formulace otázek, problému
problém nabídnutý a identifikovaný -->
diagnostický úkol – formulace hypotéz
2. Výběr psychodiagnostických metod
3. Vlastní vyšetření
4. Vyhodnocení získaných dat a interpretace
5. Formulace závěru – *integrace všech údajů*
psychologický nálezn ---> návrh opatření

Diagnostická strategie – standardní

- volná
- nelineární postup, pokus a omyl ...

Interpretace psychodiagnostických údajů (vyvoz. závěrů z pdgn údajů)

Interpolace – co je možné vyvodit z výsledků testu (např. osoba se obává soc. kontaktů – dle manuálu)

Extrapolace – časová interpr. – jak se bude chovat v bud. nebo chovala v min.

Transponování – jak se dá výsledek vztáhnout na jiné formy chování

Generalizace – celkový závěr o osobě (je úzkostná a tento rys převažuje)

+ Interpretace: situační, vývojová, neuropsychologická, individuální, syndromologická

Etické souvislosti: existují normy a zásady, jež mají chránit psychodiagnostické metody před zneužitím neodborníky a společností před neadekvátním používáním testů. Podle zásad Československé psychologické společnosti může psychodiagnostické metody používat jen odborný psycholog, kt. musí respektovat etický kodex povolání a etické zásady společnosti vůbec. Psycholog nesmí zveřejňovat metody nebo jejich části a nesmí je

poskytnout nekvalifikovaným osobám. Psycholog musí výsledky pečlivě vyhodnotit a interpretovat takové závěry, kt. nepoškodí klienta. Je povinen mlčet ohledně údajů osobního charakteru, kt. při testování získal. Úkolem psychologa není člověka hodnotit, ale poskytnout objektivní informace o jeho osobě, kt. povedou k vyřešení jeho problému. **Objektivita:** výsledky testu tedy musí být nezávislé na osobě, která test předkládá a která jej vyhodnocuje, a ani vyšetřovaná osoba by neměla mít možnost záměrného zkreslení výsledku testu. Instrukce a podmínky pro práci s testem musí být pro všechny testované osoby stejné.

+ ETIKA V PSYCHODIAGNOSTICE:

- používání testových metod
- zásada mlčenlivosti
- vztah psychologa a klienta
- psychologická zpráva
- profesionální a osobnostní kvality psychologa

Druhy diagnostických pomůcek: pastelky, barvy a jiné výtvarné pomůcky, kostky, panenky, loutky a spousta dalších hraček, papír atd.

3. PRINCIPY A SPECIFIKA V PSYCHODIAGNOSTICE DOSPĚLÝCH A DĚTÍ – SROVNÁNÍ. HISTORIE VÝVOJE A POUŽÍVÁNÍ PSYCHODIAGNOSTICKÝCH METOD. KLASIFIKACE DIAGNOSTICKÝCH METOD.

Vyšetřovaná osoba – je třeba mít na paměti obecné i individuální postoje, které mohou mít řadu forem – názor, reflexe, předsudky, mínění..

I přes rozšíření psychologie v posl. letech nemá většina populace zkušenosti s psychologí a s psychologem. Situace psych. vyšetření je pro ně nová, chybí zkušenosti--> časté projevy úzkosti, ještě umocňovány použív. psychodgn metod. Klient je ve stavu zkoušky – tréma, obavy, zda uspěje. Redukce této testové anxiety je prvořadým úkolem psychologa (*vliv úzkosti na výkon*).

Nastolit optimální podmínky – místnost, místo, osvětlení atp.

Specifika diagnostiky dětí

1. psychický vývoj dítěte je rychlejší než u dospělých, vývojová období jsou kratší; pro diagnostiku je nutná znalost jednotlivých vývojových stupňů
2. u dětí se obtížněji odlišují tzv. hraniční stavy, projevy duševních nemocí a širší norma od patologie; čím je dítě mladší, tím je rozlišení obtížnější; obtížná je i diferenciální dg u dětí a mládeže; u dětí je nutno dokonale znát kvality jejich myšlení, projevy fantazie, úroveň hry atd.
3. dítě je více než dospělý závislé na svém sociálním prostředí, je tedy nutné při výběru metod i při interpretaci výsledků brát v úvahu životní podmínky dítěte
4. dítě má velkou potřebu jistoty, hlavně v zátěži – nejistota, strach, separační úzkost narušují průběh vyšetření a zkresluje výsledky
5. v dětské diagnostice mají metody specifickou míru využitelnosti, většina testů vyžaduje spolupráci vyšetřovaného a urč. stabilitu chování, děti bývají zvýšeně unavitelné, pozornost je labilnější, mají malou schopnost introspekce => užívá se převážně metod klinických
6. z toho všeho vyplývá i obtížnější interpretace výsledků, u mladších dětí bývá predikce vývoje méně přesná, omezujeme proto predikci na nejbližší vývojové období
7. psychodiagnostika adolescentů má další specifika související s komplikovanými procesy a změnami dospívání

Doporučené praktiky:

Rané dětství: užívat kombinaci otevřených a uzavřených otázek, nesnažit se mít rozhovor zcela pod kontrolou, omezit komplexnost otázek, užívat hračky, rekvizity, nastolit akceptující, nenucenou atmosféru (ne příliš familiérní)

Střední dětství: vyhnout se abstraktním otázkám, spoléhat se na známé podmínky a aktivity, vyhýbat se stálému očnímu kontaktu, nabízet obrázky či příklady a vyžadovat verbální reakce, rekvizity v kontextu mohou být užitečné

Adolescence: vzít v úvahu možnost emocionální lability a stresu, vyhýbat se soudům založeným výhradně na normách dospělých, dávat najevo respekt

Při motivaci dítěte k vyšetření je ve hře mnoho proměnných – věk, pohlaví, minulá zkušenost, osobnostní charakteristiky atd.. Předškolní děti mívají často obavy před cizími lidmi, jsou plaché, bázlivé, nesmělé – je dobré být tedy uvolněný a přátelský, dávat dostatek času a prostoru k projevení, být flexibilní a předkládat test jako hru. Starší školáci mohou být motivováni prvky soutěživosti. Pro motivaci starších školních dětí či adolescentů lze využít motiv individuální prestiže. Motivační potíže mohou nastat s dětmi frustrovanými ve škole, s osobami emočně narušenými apod..

Historie psychodiagnostiky

před více než 3000 lety – první písemné zmínky o testování – imperátor v Číně požadoval, aby jeho úředníci byli testováni každý 3. rok – zda jsou schopni setrvat v úřadě

staří Řekové – systematické testování fyzic. a psychic. dovedností

testování na evropských univerzitách (např. r. 1200 v Boloni, 1600 Oxford, Jezuitský řád – 1500-písem.zkoušky)
Od poč. 20.stol. přispívali experimentální psychologové jako Cattell a biologové jako Galton a Pearson k vývoji, konstrukci a evaluaci psych. testů:

1890 - *Cattell* zavedl termín *mentální test*

1905 – *Binet a Simon* – *škála* - klasifikování ment. retardovaných žáků – pro francouz. ministerstvo školství nebo americ. testování branců během 1. sv. války - testy Army alfa a Army beta

1. světová válka – nové metody

mezi válkami – Čs. Ústav práce, Sociodiagnostický ústav - C. Stejskal, J. Váňa, J. Doležal, J. Stavěl

1921 Rorschachův test

1935 Murray - TAT

1939 Wechslerův test inteligence (Wechsler- Bellevue)

Bratislava - Psychodiagnostické a didaktické testy, dnes Psychodiagnostika

Praha – Testcentrum

Historie testování má 3 klíčové oblasti: testování schopností, zájmů a osobnosti.

Klasifikace pdqn metod

Pokusů o dělení pdqn metos je mnoho. Např. metody individuální kontra skupinové; verbální kontra nonverbální; met.typu tužka-papír kontra používající performační pomůcky.

Dle formální stránky : dotazníky, posuzovací stupnice, projektivní metody ...

Dle psych fce, kterou má metoda postihovat: testy paměti, inteligence, emotivity ...

Dle kritéria standardizace:

- 1. klinické**
- 2. testové**

(R.B. Cattell: „L“ techniky (living), „Q“ techniky (questionnaire), „T“ techniky (test))

Klinické metody – viz. ot. 6

- 1. pozorování**
- 2. rozhovor**
- 3. anamnéza**
- 4. analýza spontánních produktů**

Testové metody

- 1. testy individuální a skupinové**
- 2. testy „tužka-papír“ a testy manipulační**
- 3. testy jednodimenzionální a multidimenzionální**
4. a) **výkonové** testy
 - testy *inteligence*
 - testy *speciálních schopností a jednotlivých psychických funkcí*
 - testy *vědomostí*b) testy **osobnosti**
 - *projektivní* testy
 - *objektivní* testy osobnosti
 - *dotazníky*
 - *posuzovací stupnice*

4. DIAGNÓZA – FORMULACE DIAGNOSTICKÉHO PROBLÉMU, KLADENÍ OTÁZEK, FORMULACE HYPOTÉZ, VOLBA METOD, TVORBA DIAGNÓZY, ZDROJE DIAGNÓZY.

Proces psychologického vyšetření se skládá z několika etap:

1. **formulace problému, kladení otázek, stanovení hypotéz**
2. **výběr** adekvátních **metod** (je třeba si uvědomit co se chceme o testované osobě dovědět, k jakému účelu vyšetření provádíme, jaké metody máme k dispozici, jakou taktiku volíme při vyšetření – individuální n. skupinové apod.)
3. vlastní vyšetření
4. vyhodnocení získaných dat (kvantit. vyhodnocení a kvalit. rozbor)
5. **tvorba diagnózy** (formulace závěrů, nálezů a opatření):
Proces vytváření diagnózy zahrnuje – zjištění relevantních dat, jejich analýzu a interpretaci. Cílem diagnostické činnosti je tedy stanovit **diagnózu**, cílem diagnózy může být: 1) určení vývojového stupně
2) zjištění příčin odchýlného vývoje od normy
3) zjištění individuálních zvláštností osobnosti
4) zjištění příčin individuálních rozdílů
5) prognóza nebo predikce

Diagnóza má význam:

- když má smysl, aby byl člověk léčen
- když umožňuje lepší pochopení druhého a lepší dorozumění a zacházení s ním
- když si udrží v životě pacienta přiměřené místo (dg. se pro něj nestane ústředním pojmem, kt. on i jeho okolí vysvětlí snadno celou jeho osobnost)

V opačném případě se stává jen nálepkou, kt. se čl. nemůže zbavit a která neumožňuje změnu, ani k lepšímu, ani k horšímu.

Typy diagnóz:

1. kategoriální diagnóza – stanovena na základě pozorování urč. projevů jedince nebo rozhovorem
2. dimenzionální – stanovena na základě pozorování nejen patologických projevů jedince – problém jedince není chápán jako psychopatolog. kategorie
3. **vývojově pojatá diagnóza** = prognostická, lepší je se vyhnout prognózám a soustředit se spíše na formulaci podmínek, za nichž bude jedinec se svou diagnózou žít
4. **diferenciální diagnóza** = stanovena na základě porovnávání příznaků chorob, kt. přicházejí u vyšetřovaného v úvahu, s cílem vyloučit dg. omyl
 - a) rozhoduje o normalitě problému
 - b) rozhoduje o klasifikaci problému (specifické zařazení problému)

Chyby v diferenciální diagnostice:

- a) falešná pozitivní chyba – jedinci je stanovena diagnóza, kt. nemá
- b) falešná negativní chyba – jedinec nevykazuje symptomy poruchy, ale něčím trpí

Komponenty diagnózy:

- a. **zdroje diagnózy** mohou být – klient, rodiče, jiní členové rodiny, učitelé, další zaměstnanci školy, vrstevníci, informanti z komunity
- b. **metody** (pozorování, rozhovor, sebesposuzovací škály, výkonové testy, atd.)
- c. **prostředí** (domov, škola, poradna, komunita aj.)

Diagnóza a terapie: diagnóza umožňuje hlubší poznání člověka nebo vzájemných vztahů, v nichž je jedinec zapojen, přesná a kvalitní diagnóza, může a měla by přerůst v terapii, jež by vedla k odstranění symptomů a k následnému „vyléčení“

5. KLASIFIKAČNÍ DIAGNOSTICKÉ SYSTÉMY DSM IV, MKN 10, MULTIAXIÁLNÍ POSUZOVACÍ SYSTÉM, DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA, VÝVOJOVĚ POJATÁ DIAGNÓZA, DIAGNÓZA A TERAPIE.

Klasifikační systémy: termín *klasifikace* označuje uspořádání objektů do skupin nebo souborů na základě jejich podobnosti neboli proces vytváření kategorií, výsledkem tohoto procesu je *klasifikační systém*; podle lékařského modelu je diagnóza de facto klasifikací, zařazením jevů do urč. třídy. Je orientován hlavně na získání znalostí o povaze a původu potíží člověka. Vyvíjel se déle než model psychologický, podle něhož nejde jen o zjišťování abnormit, ale o poznávání individuálních zvláštností zkoumané osoby. K získání psychologické diagnózy vede psychodiagnostická metoda. Oba modely spojuje to, že jde o kategorizaci a modifikaci pozorovaných jevů.

Víceosé diagnostické systémy

Průlom do klasifikace duševních poruch způsobilo spojování dvou a později více dimenzí poruchy (např. syndromu a průběhu poruchy). Zjistilo se, že i pouhé dvě dobře zvolené základní charakteristiky mohou vytvořit klinicky užitečný systém klasifikace. Existuje mnoho víceosých schémat, které různě kombinují následující osy: *psychiatrický syndrom, osobnost, intelekt, vývojové zpoždění, průběh nemoci, závažnost nemoci, adaptace, etiologie, tělesný stav, psychosociální zátěž*.

Osy diagnostiky umožňují vytvářet diagnostické hypotézy a stávají se tak základem pro konečnou diagnózu, která je tak složená (multidimenzionální). Společnou charakteristikou všech víceosých diagnóz je, že všechny osy mají rovnocenný význam a společně představují ekvivalent bývalé jediné diagnózy. Hlavní výhodou je, že přináší přesnější a důkladnější informace o různých aspektech duševní poruchy a nabízí tak komplexnější podklady pro diagnózu a prognózu.

a) víceosý systém MKN-10

Osa 1: **Klinická diagnóza** – na tuto osu se zaznamenávají klinické diagnózy všech typů poruch, kterými pacient trpí (zahrnuje psychické a somatické poruchy, i poruchy osobnosti)

Osa 2: **Postižení** – tato osa slouží k hodnocení různých typů postižení omezujících plnění úkolů a rolí, které jsou od jedince očekávány jeho sociokulturním prostředím; postižení se týká: péče o vlastní osobu, práce, rodiny a domácnosti a fungování v širším sociálním kontextu

Osa 3: **Související faktory** – tato osa hodnotí vnější faktory společně s osobními problémy, o nichž se dá předpokládat, že se spolupodílí na výskytu, projevech, průběhu, prognóze a způsobu léčby poruch zaznamenaných na ose 1 (např. problémy s bydlením, problémy spojené s právními okolnostmi, problémy se vzděláním atd.)

b) víceosá diagnostika DSM-IV – má 5 os:

Osa 1: **Klinické poruchy** – zde se zaznamenávají všechny duševní poruchy kromě poruch osobnosti a mentální retardace

Osa 2: **Poruchy osobnosti**

Osa 3: **Somatické stavy**

Osa 4: **Psychosociální problémy a problémy prostředí**, které mohou ovlivňovat diagnózu, léčbu a prognózu duševní poruchy

Osa 5: **Celkové posouzení psychických, sociálních a pracovních funkcí** – osa slouží k zaznamenání úsudku psychologa o celkové úrovni fungování jedince

MKN-10: ICD - zkrácená 10. revize manuálu zvaného Mezinárodní klasifikace nemocí. **DSM-IV:** Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické asociace, je to čtvrté vydání normativní klasifikace psychických onemocnění – v této verzi došlo k přiblížení klasifikace světové (MKN) a klasifikace americké, pojetí vychází ze symptomatologie, ne z etiologie.

c) multiaxiální posuzovací systém (Achenbach, Edelbrock)

- empirický systém vypracovaný na základě výzkumu

- multiaxiální hodnocení je založeno na různých informačních zdrojích – *rodiče, učitelé, hodnocení kognitivních kompetencí* (komunikační dovednosti, intelektuální úroveň, logické usuzování atd.), *hodnocení fyzických předpokladů a přímé hodnocení dítěte*. Výsledkem by měly být **syndromy**, jež jsou vlastně shlukem příslušných pozorovaných symptomů, jež danou poruchu popisují

Komponenty diagnózy:

- ❖ zdroje diagnózy mohou být – klient, rodiče, jiní členové rodiny, učitelé, další zaměstnanci školy, vrstevníci, informanti z komunity
- ❖ metody (pozorování, rozhovor, sebesuzovací škály, výkonové testy, atd.)
- ❖ prostředí (domov, škola, poradna, komunita aj.)

Diagnóza a terapie: diagnóza umožňuje hlubší poznání člověka nebo vzájemných vztahů, v nichž je jedinec zapojen, přesná a kvalitní diagnóza, může a měla by přerůst v terapii, jež by vedla k odstranění symptomů a k následnému „vyléčení“

Typy diagnóz:

5. kategoriální diagnóza – stanovena na základě pozorování urč. projevů jedince nebo rozhovorem
6. dimenzionální – stanovena na základě pozorování nejen patologických projevů jedince – problém jedince není chápán jako psychopatolog. kategorie
7. **vývojově pojatá diagnóza** = prognostická, lepší je se vyhnout prognózám a soustředit se spíše na formulaci podmínek, za nichž bude jedinec se svou diagnózou žít
8. **diferenciální diagnóza** = stanovena na základě porovnávání příznaků chorob, kt. přicházejí u vyšetřovaného v úvahu, s cílem vyloučit dg. omyl
 - c) rozhoduje o normalitě problému
 - d) rozhoduje o klasifikaci problému (specifické zařazení problému)

Chyby v diferenciální diagnostice:

- a) falešná pozitivní chyba – jedinci je stanovena diagnóza, kt. nemá
- b) falešná negativní chyba – jedinec nevykazuje symptomy poruchy, ale něčím trpí

6. KLINICKÉ DIAGNOSTICKÉ METODY – POZOROVÁNÍ, DIAGNOSTICKÉ INTERVIEW, OBJEKTIVNÍ A SUBJEKTIVNÍ ANAMNÉZA.

Klinické metody jsou nestandardní postupy, které nejsou psychometricky podloženy. Získané údaje mají kvalitativní charakter. Jsou orientovány na poznání konkrétního individua v jeho celistvosti a jedinečnosti. Zachycují jedince v dynamice vývoje a vytváří o jedinci celkový obraz.

POZOROVÁNÍ

Metoda spočívající v záměrném a plánovitém vnímání, které je cílevědomě zaměřeno k dosažení urč. cíle; pozorovací metodiky jsou dvojího druhu:

1. *pozorování volné (orientační)* – pozorovatelova pozornost je upoutána nějakým jevem, rysem, nápadností jednání; pozorování je bezděčné, nepodléhá pravidlům, není vymezen předmět pozorování; ví se, že se má pozorovat, ale neví se, co se má hledat, čeho si všimnout
2. *pozorování zaměřené (systematické, kontrolované)* – omezeno a řízeno předem stanoveným plánem

Aby pozorování splňovalo podmínky exaktní diagnostické metody musí být:

- a) *plánovitě* – dopředu je stanoven plán, obsah a postup pozorování
- b) *systematické* – probíhá soustavně, dlouhodobě, v přesně určených časových proporcích
- c) *přesné a objektivní* – musí být předem vymezeno kritérium posuzování, způsob registrace, nezávislost na osobě pozorovatele

Pozorování se používá dvojím způsobem:

- a) pozorování chování klienta během vyšetření (i při administraci testu)
- b) pozorování jako samostatná diagnostická metoda – metoda tzv. nepozorovaného pozorování = subjekt neví, že je pozorován

Důležité je stanovit si, co, proč a jak chceme pozorovat, poté následuje vlastní pozorování (popis a registrace urč. jevů), analýza získaných dat a interpretace pozorovaných jevů. Při pozorování si všímáme:

vzhledu a tělesných charakteristik: všímáme si stavby těla, fyziognomie, výrazu tváře, způsobu účesu, oblékání, způsobu držení těla, rukou apod.

motoriky, tělesné aktivity (jednání zkoumané osoby) - zaměřujeme se na prvky neverbální komunikace: a) mimiku (výrazy v obličeji)

- b) pantomimiku (pohyby celého těla, jeho držení)
- c) gestiku (pohyby rukou a paží)

chování k vyšetřujícímu: prozradí sociální postoj k dospělým a autoritám; zpočátku bývá dítě obvykle pasivnější, postupně se uvolní

řečových projevů – množství a rychlost slovní produkce, její formální úroveň, intonace, šíře slovní zásoby, utíkání od tématu, mlčení atd.

afektivity – celkové ladění dítěte (pozitivní, negativní), uvolněnost, radostnost, úzkost, projevy emocí (fyziologické projevy, intenzita, jejich ovládnutí)

celkového dojmu – nutné odlišit první dojmy z dítěte od dojmů z celkového vyšetření a spolupráce

hry – často slouží jako jediná diagnostická technika; měla by existovat strukturace diagnostické hry – v 1.fázi se má dítě orientovat ve struktuře hry, mělo by mít možnost volné hry; v 2.fázi se zvyšuje aktivita psychologa, začíná do hry zasahovat, komentuje dětské projevy, klade otázky; 3.fáze je zakončující, uklidňující; ve hře je třeba rozlišovat formální a obsahovou úroveň (jak si dítě hraje a co pomocí hraček a fantazie vytváří)

chování při testovém vyšetření - sociální chování (převládající charakter interpersonálních vztahů – soupeření, vyvyšování se atd.); vztah k objektům (zacházení s pomůckami při testování); vztah k sobě (sebevědomí, aspirační úroveň)

Důležitý je záznam z pozorování, dobrou pomůckou pro adekvátní záznam jsou schémata pozorování – 2 varianty:

- a) zaznamenává se jen přítomnost či nepřítomnost urč. znaku nebo způsobu chování, např. Vernonův záznamový arch (výčet vyskytujícího se chování)
- b) kromě výskytu jevu se posuzuje jeho intenzita, která se obvykle udává např. v psychogramech a na hodnotících stupnicích

Pozorování poskytuje mnoho informací o vyšetřované osobě, nepotřebují se k němu žádné pomůcky, je to nejpřirozenější metoda. Nevýhodou je, že jsme omezeni přítomností, a že umožňuje spolehlivě zachytit jen vzhled nebo chování. Nelze pozorovat city, jen jejich projevy.

Pozorování může mít několik podob:

- 1. pozorování chování:** v rozhovoru musíme spoléhat na informace, které nám klient sdělí, ovšem ty jsou nevědomě či vědomě mnohdy zkreslené - filtrované vnímáním, zkušeností, zvládnutím. Alkoholik např. může tendovat k uvádění nižší denní spotřeby, protože se stydí či odmítá problém. Během pozorování spoléháme sami na sebe.
- 2. pozorování v přirozeném prostředí:** např. sledování dítěte doma či ve škole. Získáme informace o environmentálních a sociálních vlivech i o problematickém chování. Nevýhody: zdlouhavost, je to drahé, porušení důvěrnosti, lidé své chování modifikují, protože vědí, že jsou pozorováni (reaktivita). Pozorujeme malý záběr chování, jež nemusí být typické. Možná předpojatost pozorovatele. Časté u školních psychologů.
- 3. Sebeuposouzení:** klient dostane instrukce jak se objektivně posuzovat a zaznamenávat své chování. Vedou si diář, zaznamenávají tam, své chování, priority a myšlenky, jež při něm měli. Používá se u poruch příjmu potravy, poruch spánku, kouření, úzkostných symptomů. Sebeuposouzení může být i technikou léčby (pokud pacient musí zapisovat, co a kolik snědl, rozmyslí si, zda si dá vysoce kalorickou pochoutku. Nevýhody – neochota klienta provádět sebeuposouzení, pocit zahanbení a odmítání – klient se stydí něco zapsat).
- 4. kontrolované pozorování:** v řízeném a důvěrném, prostředí simulujeme problémové chování, kterého se klient chce zbavit. Druhem kontrolovaného pozorování je *stresový rozhovor* - např. při přijímacím pohovoru požádáme uchazeče aby otevřel zašroubované okno; *použití skupin bez vůdce* – požádáme je, aby řešily problém; *hraní rolí* – požádáme např. pacienta, který je málo asertivní ve styku s rodinou, aby sehrál roli, kdy matka říká, že nebude doma na Vánoce atd.

ROZHOVOR (interview)

Patří k nejobtížnějším diagnostickým postupům a je to uvážlivá, dobře naplánovaná a promyšlená konverzace, která slouží k získání důležitých informací, které psychologovi umožní vytvoření pracovních hypotéz o problému a navržení možností řešení. Rozhovorem získáme informace o názorech, postojích, přáních a obavách klienta (informace o jeho vnitřním světě).

Zákl. cílem rozhovoru je diagnostika, poznání dítěte, navázání počátečního kontaktu a prohloubení intimní atmosféry. **Z hlediska cíle existuje rozhovor:** diagnostický, terapeutický, anamnestický, výzkumný, poradenský či výběrový.

Součástí rozhovoru je: kladení relevantních otázek, pečlivé poslouchání odpovědí, pozornost vůči chybějícím a rozporuplným informacím, pozorování neverbálního vyjadřování, vytváření hypotéz a vyloučení alternativních hypotéz.

Typy rozhovorů

- 1. úvodní přijímací rozhovor** (účel-pochopit pacientovy symptomy a obavy, doporučit léčbu, určit, zda ji terapeut bude schopen provádět)
- 2. rozhovor pro stanovení psychického stavu** (předběžné informace o pravděpodobných psychiatrických diagnózách, další nasměrování pro hodnocení a léčbu, obsahuje mj. vyšetření a pozorování vzhledu, charakteristik řeči, nálady, myšlen. procesů, vzhledu, úsudku, pozornosti, paměti, orientace)
- 3. rozhovor v průběhu krize** (zejm. na linkách důvěry, pohotovostech, ale i jinde); je třeba dostat se rychle k jádru problému a pohotově rozhodnout; zjistit riziko poškození sebe či druhých, určit, zda nebyla požitá smrtelná dávka drog či alkoholu; větší direktivita, klid, instrukce co má klient dělat (vyvolání zvracení apod.)
- 4. diagnostický rozhovor** (účelem je jasně pochopit pacientovu diagnózu. DSM-IV nebo MKN 10. DSM – 5 os: I-přítomnost klinických syndromů, II – potenciální osobnostní poruchy, III-fyzické a medicínské problémy, IV – psychosociální stresory, V – celkové hodnocení fungování)
- 5. strukturovaný rozhovor** - vedeny snahou zvýšit reliabilitu a validitu klinických rozhovorů
př. strukturovaný klinický rozhovor pro DSM-IV (SCID-I, SCID-II) – nejběžnější

Cílem je získat diagnózu, zjistit, zda se pacient hodí pro specifický druh léčby. Obvykle se používá rozvětvené rozhodování – pokud klient na jednu otázku odpoví ano, následuje serie doplňujících otázek, pokud ne, jsou otázky přeskočeny.

Semistrukturované rozhovory - v otázkách nabízejí urč. stupeň flexibility

6. **rozhovor s využitím počítače** - administrování komplexních a efektivních strukturovaných rozhovorů
7. **závěrečný rozhovor** - vyhodnocení efektivity léčby, usnadnění přechodu pacienta do další terapeutické fáze, poskytnutí pocitu ukončení terapie

V přímém rozhovoru je kladen důraz na obsah výpovědi, v nepřímém rozhovoru je kladen důraz na jiné aspekty výpovědi.

Rozhovor s dítětem má svá specifika: s dětmi můžeme hovořit o samotě i v přítomnosti rodičů. Účel rozhovoru má být dítěti vysvětlen, celá situace má být přizpůsobena zvláštnostem daného věku. Mladším dětem tykáme, starším nabídneme vykání. Věku přizpůsobujeme i téma hovoru a slovník. S technikou mlčení šetříme. Významná je také neverbální složka rozhovoru. Vhodné je postupovat od snazších otázek k obtížnějším tématům.

Interview dělíme :

- a) **neřízené** – respondent má volnost ve výběru tématu, rozhovor není předem programován
- b) **řízené** – examinátor organizovaným způsobem získává informace o zkoumané osobě; má několik variant lišících se mírou standardnosti:
 1. *standardizovaný rozhovor* – postupuje se podle předem vypracovaného schématu, užívá se u problémů, o kterých se respondenti neradi vyjadřují písemně
 2. *částečně standardizovaný rozhovor* – záměr a cíl rozhovoru je pevně stanoven, uvolňuje se taktika jeho vedení
 3. *volný rozhovor* - směřuje ke konkrétnímu cíli, způsoby, jak ho dosáhnout nejsou stanoveny

Fáze rozhovoru: 1. *úvodní fáze* (navázání kontaktu), 2. *jádro rozhovoru* – cílem je získat maximum diagnostických informací, 3. *závěr rozhovoru* – uvolňuje se možná tenze

Nutná je registrace rozhovoru buď během jeho trvání nebo vzápětí poté, je třeba se zaměřit na neverbální projevy, na to zda se shodují s verbální produkcí

Techniky a dovednosti nutné pro vedení rozhovoru

1. **raport** (positivní, na důvěře a respektu založený, akceptující a vstřícný pracovní – profesionální vztah) – je předpokladem terapie; zahrnuje techniky: *facilitace* (forma verbální i neverbální komunikace, kt. čl. povzbuzuje), *akceptace* (vyjádření, že klienta bereme na vědomí, že posloucháme), *technika podpory a ujištění* (odstraňuje zábrany, skýtá povzbuzení a oporu); zásady vytvoření raportu:
 1. soustředění veškeré pozornosti na pacienta (nevyrušování),
 2. udržování kontaktu (očního, absence fyzických bariér)
 3. aktivní naslouchání
 4. psycholog není kritický a nedělá soudy při interakci s pacientem
 5. snaha o respekt, empatii, upřímnost, akceptaci, profesionalitu
2. **efektivní naslouchání** - vnímat sdělení druhého, jeho obsah i pocity, jež za ním stojí, všimnout si nevyřčeného; jde o aktivní naslouchání, kt. zahrnuje:
 - a. *techniku parafrázování* - opakujeme část odpovědi klienta, což slouží k udržování hovoru
 - b. *techniku zachycení a objasnění* - zachycujeme podtext řečeno a objasňujeme pocity a skryté úmysly klienta
 - c. *technika interpretace* – shrnují se a interpretují odpovědi klienta
3. **efektivní komunikace** - nemluvit odborně, ale jazykem klienta, požádat o objasnění nejasnosti.
4. **pozorování chování** - neverbální komunikace. poskytuje cenné informace
5. **kladení správných otázek** - pro to je třeba znát psychopatologii a lidské chování, mít zkušenost; patří mezi ně otázky po trvání, vážnosti a pacientovu vnímání etiologie problému, otázky vztahující se k nebezpečnému chování (sebevraždy apod.); *technika používání pomlky*, jež bývá nedílnou součástí vedení rozhovoru, dává možnost domyslet a zvážit, co bylo vysloveno, někdy provokuje další produkci

Typy otázek:

- a) přímé (na konkrétní věc se dotazujeme přímo)
- b) nepřímé (ptáme se opisem)
- c) projektivní (vycházejí z principu identifikace klienta s jinými lidmi, do nichž projikují své postoje, názory apod.)

Z jiného hlediska hovoříme o otázkách **otevřených** (dávají možnost se projevit) a **uzavřených** (vedou ke stručným odpovědím). Někdy nabízíme dítěti tzv. **odpověďové alternativy**, kt. upřesní neurčitou dětskou odpověď.

Mnoho psychologů pracuje i s doteky, sumarizací sdělení, konfrontací (poukazujeme dítěti na různé úrovně chování – říkáš, že si rozladěná, ale usmíváš se), s mlčením atd.

+ další techniky: mlčení, reflexivní výroky, konfrontace, interpretace, sebeotevření

Ohrožení efektivního vedení rozhovoru:

- předpojatost (osobnost, teoretická orientace, zájmy, hodnoty, kult. zázemí, předchozí zkušenosti apod.)
- ohrožení reliability a validity (např. jednomu psychologovi pacient citlivě informace řekne, protože mu je sympatický, druhému je zatají)

OBJEKTIVNÍ A SUBJEKTIVNÍ ANAMNÉZA

Zjišťování údajů z minulosti jedince, které vedou k poznání osobnosti a pomáhají vysvětlit současný stav. Anamnéza je snímána metodou řízeného rozhovoru, během nějž činíme zároveň podrobný zápis. Při snímání anamnézy, je dobré dodržovat taktická pravidla platná pro rozhovor (diskrétnost, důvěra apod.).

V tzv. *rodinné anamnéze* se zaměřujeme na údaje o předcích vyšetřované osoby, abychom zachytili i případné hereditární faktory. *Osobní anamnéza* se vztahuje bezprostředně na vyšetřovaného jedince, jsou 2 druhy:

- a) **autoanamnéza** - subjektivní anamnéza – zdrojem informací je subjekt sám; může mít formu autobiografie
- b) **heteroanamnéza** - objektivní anamnéza – informace podávají jiní lidé, příp. různé záznamy a zprávy

Oba druhy mohou být zatíženy zkreslením vyplývajícím z nepřesností vzpomínky, z neschopnosti vybavit si vzpomínku a z ochoty vzpomínku sdělit.

Medicínská anamnéza je zaměřena hlavně na patologické projevy a vývoj, zjišťuje prodělané nemoci v příbuzenstvu i u klienta samotného. *Psychologická anamnéza* zjišťuje vývoj osobnosti jako celku a zaměřuje se na okolnosti, kt. vývoj osobnosti mohly ovlivňovat. Probíhá formou rozhovoru:

- a) s rodiči (údaje o jejich inteligenci, vzdělání, výchovných postupech a celkové atmosféře, v níž dítě vyrůstá) - u rodičů je nutné mít na paměti, že sdělují své postoje, kt. nemůžeme nekriticky přijmout, slouží jako zdroj pro hypotézy a úvahy

- b) s učiteli

Ps. anamnéza se zaměřuje na tyto okruhy:

- | | |
|------------------------------|---|
| ▪ rodinně anamnestické údaje | ▪ vývoj sociálních vztahů |
| ▪ nukleární rodina | ▪ návyky |
| ▪ sourozenci | ▪ zájmy, aktivity |
| ▪ prenatální období a porod | ▪ výchovné potíže, poruchy chování |
| ▪ raný vývoj | ▪ vývoj abnormních, hraničních a patických jevů |
| ▪ další vývoj | ▪ pracovní vývoj |
| ▪ scholarita | ▪ eroticko-sexuální vývoj |
| ▪ somatické zdraví | |
| ▪ emocionální vývoj | |
| ▪ vývoj postojů k hodnotám | |

V anamnéze rozlišujeme tzv. *tvrdá fakta* (údaje ze života dítěte, kt. mají objektivní platnost a jsou ověřitelné – datum narození, nemoci atd.) a *měkká fakta* (údaje, kt. podléhají subjektivnímu zkreslení – názory na povahu dítěte).

Anamnestické údaje členíme na:

- a) biologické (sourozenci, nemoci, biologický vývoj)
- b) psychologické (vztahy, výchovný styl, psychologický vývoj)
- c) sociologické (bytové podmínky, místo bydliště)

Anamnestické údaje se objektivizují vzájemným srovnáváním dat auto a heteroanamnézy, a srovnáváním s tzv. tvrdými daty a s výsledky jiných psychodiagnostických postupů.

7. KONSTRUKCE A VLASTNOSTI PSYCHODIAGNOSTICKÝCH METOD. TEORIE TESTŮ. DEFINICE, KLASIFIKACE A VLASTNOSTI TESTŮ. STANDARDIZACE. POLOŽKOVÁ ANALÝZA. VALIDITA DIAGNOSTICKÉ METODY A ZPŮSOBY JEJÍHO ZJIŠŤOVÁNÍ, DRUHY VALIDITY. RELIABILITA A ZPŮSOBY JEJÍHO ZJIŠŤOVÁNÍ, ZDROJE CHYB MĚŘENÍ. NORMALIZACE A DRUHY NOREM (VĚKOVÉ, KVANTILOVÉ, STANDARDNÍ).

Termín **test** označuje zkoušku či měření výkonu v zadaném úkolů. Poprvé jej použil v roce 1890 americký psycholog James McKeen Cattell a označil jím soubor psychologických zkoušek zaměřených na zkoumání mentálních procesů. Před ním však ještě Galton používal podobných testů pro zkoumání paměti. V roce 1905 Binet a Simon vypracovali první praktické testy, sloužící k diagnostice rozumových schopností.

Školství a poradenství byly první oblasti, kde se testování používalo. K dalšímu rozšíření došlo během 1.sv.v., díky masovému testování vojáků (testy Army alfa a Army beta). Mezi dvěma světovými válkami testy pronikaly stále více do školství, profesionálního poradenství, průmyslu i medicíny. Největší rozmach psychodiagnostiky přinesla 2.sv.v., kdy se projevil přesun zájmu od diagnostiky schopností k vyšetřování osobnosti.

Definice testu: test je v podstatě experimentem, neboť vyvolává chování vyšetřované osoby v kontrolovaných podmínkách. Neexistuje jediná obecně přijímaná definice testu. Jako příklad uvádím tyto dvě definice:

„Test je de facto objektivní a standardizované měření vzorců chování“.

„Test je standardizovaná metoda pro vyšetření duševních funkcí, schopností a osobnosti s možností zachytit jejich stav, změny a poruchy“.

Základní dělení testů:

- a) testy schopností
- b) testy dovedností
- c) testy osobnosti

Klasifikace psychodiagnostických metod:

klinické metody

1. pozorování
2. rozhovor
3. anamnéza
4. analýza spontánních produktů

testové metody

- a. *výkonové testy*
 1. testy inteligence (jednodimenzionální a komplexní testy inteligence)
 2. testy speciálních schopností a jednotlivých psychických funkcí (testy paměti, zkoušky kreativity, zkoušky parciálních a kombinovaných schop., testy technických schop., zkoušky verbálních a matematických schop., testy uměleckých schop., testy organicity)
 3. testy vědomostí
- b. *testy osobnosti*
 1. projektivní testy (verbální, grafické, testy volby)
 2. objektivní testy osobnosti
 3. dotazníky (jednorozměrné, vícerozměrné)
 4. posuzovací stupnice (sebeuposuzovací a „objektivní“ posuzovací stupnice)

přístrojové metody

Základní vlastnosti testů

objektivita: test je objektivní, když jeho výsledky jsou nezávislé na osobě, která test předkládá a která jej vyhodnocuje. Instrukce a podmínky pro práci s testem musí být pro všechny testované osoby stejné. Požadavek objektivity se týká i vyhodnocování výsledků, kt. musí být jednotné (nejlépe bez lidského zásahu, pomocí technického zařízení). Objektivitou pochopitelně rozumíme také možnost či nemožnost záměrného zkreslení výsledku testu vyšetřovanou osobou. Mnohé testy obsahují pomocné škály, tzv. lži-skóry, kt. mají podobní tendence odkrývat.

standardizace: souhrnné označení pro zjištění reliability, validity, prověření účinnosti jednotl. částí testu, stanovení jednotné instrukce a způsobu administrace. V užším smyslu jde o stanovení norem testu – **normalizaci**. Normalizací rozumíme srovnání individuálních výsledků s normami, získanými vyšetřením velkého reprezentativního vzorku osob (norma je chápána jako průměrný výkon nebo typickou reakci příslušného vzorku populace). Pro snazší srovnání s normou se výkony dosažené v testu, tzv. **hrubé skóry**, převádějí na **vážené** nebo **standardní skóry**. Druhy norem:

- věková norma** – příkladem je **deviační inteligenční kvocient**, kt. udává, jak mnoho se respondent liší od věkově příslušného populačního průměru
- kvantilová norma** – typickým příkladem jsou **percentily**, kt. udávají kolik procent populace je horší v příslušném kritériu než vyšetřovaná osoba - osoba s hodnotou v testu 95 percentil = její výkon je lepší než výkon 95% populace nebo **decily**, ty jsou desetkrát větší -> 1 decil = 10 percentilů
- stenová = standardní norma** – způsob uvádění normalizovaných výsledků v hodnotách ležících v intervalu 1-10

položková analýza: slouží k přezkoumání jednotl. položek testu nebo dotazníku ve vztahu k urč. kritériu a k přezkoumání jejich vzájemných vztahů (např. homogenita různých skupin otázek v dotazníku, kt. mají zjišťovat různé osobnostní faktory). Zkoumá tedy, zda je metoda dostatečně validní a reliabilní. Metody analýzy:

- přístup založený na kritériu – cílem je vytvořit takovou metodu, kt. bude spolehlivě rozlišovat mezi urč. skup. osob nebo bude nejlépe predikovat nějaké kritérium
- klasická analýza položek – cílem je vytvořit vnitřně konzistentní metodu
- přístup založený na faktorové analýze

reliabilita: označuje spolehlivost, se kterou test měří to, co měří. Termínu se užívá pro několik pojmů – *stabilita v čase, ekvivalence a vnitřní konzistence*. *Stabilita v čase* udává nakolik se shodují výsledky z téhož testu po časovém odstupu („test-retest“ reliabilita vyjádřena koeficientem korelace - vysoká spolehlivost je důsledkem vlivu respondenta, jeho výkonu či vlastností, nikoliv náhodného vlivu). *Ekvivalenci* zjišťujeme metodou paralelních testů, výsledky různých verzí téhož testu, sejmутých po sobě nebo v krátkém časovém odstupu, navzájem koreluje a získáme tak koeficient ekvivalence. *Vnitřní konzistence* je dána mírou homogenity položek testu a je zjišťována korelací jednotl. položek, rozdělených na dvě poloviny (split-half metoda).

- přesnost vzhledem k času
- konspekce
- přesnost vzhledem k položkám (homogenita testu)
- přesnost vzhledem k populaci (transferabilita)

Chyby měření:

- „**haló efekt**“ (vyplývá z tendence hodnotit různé vlastnosti osobnosti na základě 1 dominující vlastnosti)
- logická chyba** (posuzovatelé hodnotí povahové vlastnosti tak, jak se jim to jeví logické – v podstatě jde o haló efekt v zobecněné podobě)
- chyba centrální tendence** (tendence odpovídat okolo středu škály, vyhýbat se extrémním hodnocením)
- chyba kontrastu** (tendence přisuzovat posuzovaným jedincům opačné vlastnosti, než má posuzovatel sám)
- chyba blízkosti** (hodnoty, kt. mají být posuzovány a nacházejí se na prostorově nebo časově blízkých škálách, jsou posuzovány analogicky, jakoby byly spolu nějak vázány)
- chyba shovívavosti** (posuzovatelé mívají sklon hodnotit všechny posuzované osoby ve všech znacích spíš příznivě)

validita: platnost testu, udává, zda test skutečně měří to, co měřit má; získaný korelační koeficient (koeficient validity) není jediným způsobem, jak je možno validitu testu vyjádřit, stejně mohou posloužit i grafy nebo tabulky.

- a) *empirická (praktická) validita* – ověření shody mezi výsledkem testu a externím kritériem (to je proměnná, kt. chceme testem diagnostikovat)
- b) *paralelní (souběžná) validita* – ověření, nakolik výsledky odpovídají výsledkům jiných postupů, kt. se snaží měřit stejnou proměnnou
- c) *predikční (prognostická) validita* – ověření, nakolik výzkumné výsledky dokáží předpovědět budoucí nebo zjistit minulý stav
- d) *pojmová (teoretická, konstrukční) validita* – ověření skutečnosti, nakolik pojem, kt. byl měřen, odpovídá teorii, kterou představuje
- e) *inkrementální validita* – sděluje, o kolik lze zpřesnit psychologické údaje či diagnózu použitím konkrétního testu

Někdy pro zjišťování jisté vlastnosti neuvítáme jednoho testu, ale celého souboru metod = *souhrnná validita*.

Validitu může ovlivnit – examinátor, způsob a úroveň vyhodnocení a interpretace výsledků testu. Takové riziko je daleko vyšší u rozhovorů nebo u projektivních metod, než u výkonových testů.

TESTOVÉ METODY - Měření a škálování

nepřímé měření

indikátory(ukazatele) a znaky

mezi indikátory (ukazateli) a znaky je víceznačný vztah

| | | |
|---------------------|-----------------|---------------|
| U1 | Z1 | |
| slabý tlak v kresbě | malá sebedůvěra | |
| U2 | | |
| skleslé držení těla | | |
| U3 | Z2 | |
| | | malá vitalita |

Druhy stupnic

1. nominální škála
2. pořadová
3. intervalová
4. poměrová

Klasifikace testů:

1. standardizované a nestandardizované
2. testy rychlosti a úroňové testy
3. dle interpretace – psychometrické a projektivní testy
4. objektivní a subjektivní testy
5. jednoduché a složité testy
6. testy s volnou a vázanou odpovědí

8. INTELIGENČNÍ TESTY, DEVIANČNÍ KVOCIENT, PRINCIPY INTERPRETACE, PŘEHLED, ZEVRUBNĚJI WECHSLEROVY TESTY INTELIGENCE, STANDFORD-BINETOVY ŠKÁLY INTELIGENCE A TEST STRUKTURY INTELIGENCE R. AMTHAUERA.

Výkonové testy = testy schopností – jsou zaměřeny na výkon vyšetřované osoby, na úspěch či neúspěch. Poskytují dobrou možnost měření a srovnávání výsledků. Odpovědi se hodnotí v dimenzích dobře-špatně, ano-ne, lepší-horší. Výsledky jsou nezávislé na subjektivních úmyslech pokusné osoby. (Další typ : testy osobnosti)

1. **Testy inteligence** (2. Testy speciálních schopností a jednotlivých psychických funkcí, 3. Testy vědomostí)

Stále neexistuje jednotný názor na to, zda je inteligence jednotnou vlastností, kt. nelze dále analyzovat nebo jde o komplex jednodušších schopností.

Spearman zavádí tzv. *faktor obecné inteligence* (g faktor). Chápe inteligenci jako jednotnou a nedělitelnou schopnost, kromě níž existují různé zvláštní schopnosti. **Stern** chápe inteligenci jako schopnost přizpůsobit se novým požadavkům tím, že se užije myšlenkových prostředků. **Guilford** třídí činitele intelektu do 3 kategorií – *myšlenkové operace, produkty a obsahy*. **Cattell** zavedl pojmy fluidní a krystalizované inteligence: *fluidní* je do značné míry vrozená, je určena nadáním jedince, je relativně stálou charakteristikou jedince × *krystalizovaná* je závislá na úrovni získaného vzdělání a získaných zkušenostech, projevuje se v úrovni myšlení, kt. je osvojováno v kulturním prostředí.

Testy inteligence jsou standardizované metody vyšetření rozumových schopností a současné mentální úrovně jedince. Nejznámějším a nejpoužívanějším vyjádřením úrovně inteligence je **intelligenční kvocient** (IQ) zavedený Sternem, vyjadřuje vztah mezi mentálním věkem (dosažený výkon v úlohách odpovídajících urč. vývojovému stupni) a mezi chronologickým věkem.

$$IQ = \frac{\text{mentální věk}}{\text{chronologický věk}} \times 100$$

Význam stanovení IQ spočívá v tom, že informuje o celkové rozumové úrovni jedince, neříká však nic o kvalitativních zvláštностech inteligence osoby.

Tzv. **deviánční intelligenční kvocient** vypovídá o úrovni rozumových schopností jednotlivce vzhledem k úrovni osob téže věkové kategorie.

A. **jednodimenzionální testy inteligence**

- mají jednotnou stavbu, postihují jedinou schopnost nebo jedinou složku inteligence, vycházejí z teorie „g“ faktoru

KOHSOVY KOSTKY: jde o individuální performační intelligenční test, jehož výsledek nezávisí na verbálních schopnostech dítěte. Úkolem dítěte je sestavit z různobarevných kostek podle předlohy různě složité vzorce. Testový materiál je tvořen dřevěnými kostkami, jedna strana je červená, druhá bílá, třetí modrá, čtvrtá žlutá, pátá a šestá jsou děleny úhlopříčně a jsou zbarveny červenobíle a žlutomodře. Test měří především kvalitu a rychlost vizuální/prostorové percepce a prostorové představivosti, umožňuje posoudit přístup dítěte k úkolu i orientační posouzení kvality jemné motoriky. Test je pro děti přitažlivý a motivující. Kromě celkového skóre se zohledňují i kvalitativní projevy chování dítěte, rozložení a typ chyb. Výsledky bývají kolísavé u dětí s LMD a dětí s organickým postižením CNS.

RAVENOVY TESTY: prošly mnoha revizemi, dnes jsou k dispozici i počítačové verze. Test je více závislý na vrozených dispozicích a méně na vzdělání. Test není příliš časově náročný a lze jej využít ve velkém věkovém i výkonnostním rozpětí. Je zajímavý a motivující, lze jej použít u dětí s poruchami řeči, sluchu a pro děti jazykově a kulturně znevýhodněné. První z nich **STANDARDNÍ PROGRESIVNÍ MATICE** je nonverbální test inteligence používaný individuálně i skupinově, zkouší schopnost nazírat urč. tvary, chápat jejich povahu a vzájemné vztahy (rozvíjet logické usuzování). Při řešení úloh se uplatňují 3 základní psychické procesy: vnímání, pozornost, myšlení. Test obsahuje 60 úkolů - úkolem osoby je dosadit z 6 nebo 8 variant tu, kt. logicky zapadá do

vynechaného místa v ploše se základním vzorem. Další 2 verze testu: **RAVENOVY PROGRESIVNÍ MATICE PRO POKROČILÉ** (pro nadané dospělé) a **BAREVNÉ PROGRESIVNÍ MATICE** (určené pro děti a starší osoby, neboť barevný podklad činí test zajímavějším a instrukce jsou lépe srozumitelné). Pro nejmladší a mentálně postižené děti existuje i názornější zasouvací forma, kt. umožňuje přímou zrakovou kontrolu správnosti řešení. Metoda je vhodná pro děti, které mají nedostatky ve verbální oblasti. Příčinou neúspěchu může být – mentální retardace, porucha zrakového vnímání, porucha koncentrace pozornosti i vlivy osobnostní. Mohou svědčit pro možnost organického postižení CNS.

C.F. 2 A – CULTURE FAIR INTELLIGENCE TEST (CATTELL A CATTELL): série testů nezávislých na specifických kulturních vlivech a vzdělání testovaných osob, které jsou určeny k testování fluidní inteligence. Zkoumané osoby volí jednu z možných variant, již doplňují sérií obrázků nebo hledají odlišnou kresbu, která do daného subtestu nezapadá.

UNESCO TEST (PIDGEON): je kombinací percepčního testu a testu vědomostí. Zjišťuje hlavně logické usuzování a vyvozování závěrů v oblasti neverbální inteligence. může se snímat skupinově i individuálně; 3× po sobě se opakují vždy na složitější úrovni série položek 3 subtestů:

1. subtest neverbálních analogií (př. prázdný trojúhelník se má k vyšrafovanému jako prázdný čtverec k.....)
2. subtest indukce písmen a čísel (př. místo teček doplň – MXMNXMNOX.....)
3. subtest „pátý nehodící se“ – provádí se eliminace symbolu, kt. pojmově nezapadá mezi zbývající čtyři)

B. komplexní testy inteligence

- sestávají z několika subtestů, měřících více komponent inteligence

WECHSLEROVY ZKOUŠKY INTELLIGENCE: Wechsler uvažoval o inteligenci jako o složité globální funkci, která je složena z řady dílčích vzájemně nezávislých schopností, kt. nemusejí být rovnoměrně rozloženy. Do inteligence zahrnuje i faktory mimointelektové. V každém testu inteligence se projeví i osobnostní rysy. Celkové IQ představuje index všeobecné mentální schopnosti. Je konstruováno jako IQ deviační, kt. vyjadřuje pozici jedince v jeho věkové skupině. Subtesty Wechslerových škál byly vybrány na základě své schopnosti měřit určité specifické kognitivní fce a vliv mimointelektových faktorů. První Wechslerova zkouška Wechsler-Bellevue byla přepracována na WAIS – varianta testu pro děti WISC a verze pro předškolní věk WPPSI. Všechny verze se skládají z části verbální a názorové. Převodem hrubých skóre získáme jednak celkové IQ, jednak verbální IQ a IQ performační. U nás jsou k dispozici 2 standardizované škály pro děti PDW (pražská úprava WISC) a novější WISC-III a dvě verze pro adolescenty a dospělé (WAIS-R a WAIS-III). Wechslerovy testy se liší od jiných tím, že vyjadřují výsledky individuálním profilem (scatterem), z něhož je možné interpretovat obraz struktury inteligence daného individua.

WECHSLER – BELLEVUE (W-B): test se skládá z části verbální a části názorové, verbální část má, test má 10 subtestů + 1 nepovinný (slovník); každý subtest postihuje jinou oblast intelektových schopností

- a) verbální část: informace, porozumění, čísla, počty, podobnosti -> verbální část podává přehled o té části inteligence, kt. je částečně závislá na působení prostředí
- b) performační část: uspořádání obrázků, doplňování obrázků, kostky, skládání, symboly

WECHSLERŮV INTELIGENČNÍ TEST PRO DOSPĚLÉ (WAIS-R): je pokračováním a zlepšením W-B a zároveň revizí WAIS některé subtesty byly ponechány beze změny, některé byly upraveny a 2 byly nově vytvořeny – Informace a Slovník. Subtesty se zde již střídají, což oddaluje únavu a zvyšuje motivaci probanda ke spolupráci. Hrubé skóre se převádějí na skóre vážené a na tzv. profilové skóre, kt. se používají pro zakreslení scatterogramu (slouží pro srovnání výkonu probanda v jednotl. subtestech s výkonem populace vrstevníků).

WAIS-III: zastaralé a psychometricky nespolehlivé položky byly odstraněny a testový materiál byl zaktualizován a vhodněji upraven pro nové použití. Skládá se ze 14 subtestů – 11 převzatých z WAIS-R a nově přidaný subtest Hledání symbolů, Matrice a Řazení písmen. Získáme 4 indexy – index Verbální porozumění, Percepční uspořádání, Aktuální paměť, Rychlost zpracování. Hrubé skóre se převádějí pomocí tabulek na vážené a ty se dále převádějí na verbální, performační a celkové IQ nebo na jednotlivé indexy.

PDW – PRAŽSKÝ DĚTSKÝ WECHSLER: položky upraveny tak, aby odpovídaly našemu kulturnímu prostředí. Pro nejmladší děti je použitelnost zkoušky omezena, pro děti školního věku je PDW jednou z nejlepších metod. Administrace vyžaduje důsledné dodržování předepsaného postupu, pořadí úkolů i doslovného znění instrukcí. Pořadí subtestů není předepsáno. Administrace je časově dosti náročná, nedoporučuje se u dětí s obtížemi koncentrace pozornosti či u dětí zdravotně oslabených.

Dětské varianty Wechslerových testů vznikly úpravou zkoušky pro dospělé a jsou pro menší děti méně přitažlivé a motivující. nevýhodou je i zkouškový přístup, kdy postupujeme od jednoduchých otázek ke stále těžším a složitějším (unavuje a nudí, vzbuzuje strach ze selhání).

WISC-III: tato revize vznikla z potřeby nahradit v některých oblastech zastaralý obsah testu. Test je modernizován co do obsahu i úpravy podnětů (barevný a zvětšený obrázkový materiál). Nejvýznamnější změnou je zavedení indexových skóru, kt. jsou založeny na faktorových analýzách testu. Je přidán nepovinný subtest Hledání symbolů, Opakování čísel a Bludiště. Subtesty mají být zadávány ve standardním pořadí s pravidelným střídáním verbálních a neverbálních úkolů. Problémy byly s převodem jednotl. položek verbální části, neboť převodem docházelo k posunu významů (test děti v této části podhodnocuje).

TSI - TEST STRUKTURY INTELIENCE (AMTHAUER): metodu je možné administrovat individuálně i skupinově, existuje i počítačová verze. Kromě hodnocení celkové úrovně inteligence umožňují výsledky analýzu profilu – test se skládá z 9 subtestů (verbální, početní, názorové a paměťové subtesty). Podle správných odpovědí se zjistí hrubý skór, z nějž dostaneme pomocí tabulek vážené skóry, celkový vážený skór je mírou tzv. *inteligentní úrovně*. Dostaneme profil struktury inteligence a podle tvaru získané křivky lze rozlišit 2 typy nadání: „M“ profil – teoretické nadání, „W“ profil – praktické nadání. Výsledek je ovlivněn vzděláním a sociokulturním zázemím dítěte. Je vhodný k měření předpokladů pro úspěchy ve škole. Je vhodný pro profesionální poradenství, zejm. k posouzení vhodnosti typu střední nebo vysoké školy a k identifikaci dětí s vysokým nadáním. Test je náročný na rychlost myšlení.

Inteligentní testy pro děti

STANFORD-BINETOVA ZKOUŠKA: za základní psychologickou zkoušku určenou k hodnocení stupně intelektového vývoje dětí lze považovat Binetův-Simonův test. Po čase se však objevila potřeba jeho úpravy a vznikla revize nazvaná Stanford-Binetova zkouška. Binet byl první, kdo se zaměřil na hodnocení celku myšlenkových procesů a ne jen na měření dílčích psychických fcí. Test zahrnuje velké množství velmi heterogenních úkolů. Škála je založena na vývojovém principu, užívá věkové standardy výkonů. Důležitá je správná volba úrovně, na níž testování začínáme (dítě musí k zvládnutí problému vynaložit urč. mentální úsilí, ale nesmí mít dojem, že úkol nelze zvládnout). Z testu nezískáme profil schopností dítěte, možná je pouze kvalitativní analýza. Zkouška je spolehlivým nástrojem, administrace je snadná, úkoly se rychle střídají a děti zaujmou. Test nelze použít pro děti se smyslovými poruchami nebo poruchami řeči. Kvalitativně se analyzuje: vývojová úroveň myšlení, úroveň řeči, paměťové složky, pozornost dítěte, úroveň soc. porozumění, obtíže zrakové percepce, úroveň jemné motoriky a vývoj senzomotorických dovedností.

KAUFMANOVA HODNOTÍCÍ BATERIE PRO DĚTI (ABC): komplexní inteligentní test založen na definici inteligence jako schopnosti řešit problémy pomocí psychického zpracování. Důraz je kladen na proces (ne na obsah), jakým je problém řešen: *a) lineárně* (analyticky/sekvenčně - úkoly jsou řešeny procesem uspořádání podnětů do sekvence či pořadí – paměť pro čísla) nebo *b) celostně* (simultánně - zahrnuje prostorové a obrázkové úkoly, podněty jsou při řešení vnímány a zpracovávány současně).

ŠKÁLA MCCARTHYOVÉ: klade si za cíl postihnout v co nejširším rozsahu schopnosti dětí již v předškolním věku. Obsahuje několik položek narůstající obtížnosti, jejichž shrnutím získáme hodnocení celkové úrovně mentálních schopností a jednak výsledky vyhodnocené na 5 dílčích škálách: verbální škála (slovník, verbální paměť), škála percepčně performační (kostky, skládky), škála početní, škála paměti (verbální i neverbální) a motoriky postihující celkovou pohybovou obratnost i úroveň jemné motoriky. Test lze použít i pro děti s poruchami motoriky, zraku, sluchu nebo řeči.

9. DOTAZNÍKOVÉ METODY V PSYCHODIAGNOSTICE DOSPĚLÝCH A DĚTÍ. PODSTATA A KLASIFIKACE DOTAZNÍKOVÝCH METOD. JEDNODIMENZIONÁLNÍ A VÍCEDIMENZIONÁLNÍ OSOBNOSTNÍ DOTAZNÍKY. DOTAZNÍKY KONSTRUOVANÉ NA ZÁKLADĚ TEORIÍ OSOBNOSTI, EMPIRICKÉ DOTAZNÍKOVÉ METODY, DOTAZNÍKY KONSTRUOVANÉ NA ZÁKLADĚ FAKTOROVÉ ANALÝZY ATD. PSYCHOPATOLOGICKY ORIENTOVANÉ DOTAZNÍKY.

Dotazníky jsou psychodiagnostické metody založené na subjektivní výpovědi osoby o jejích vlastnostech, citech, postojích, názorech, zájmech apod.. Úkolem osoby je zatrhnout odpovědi, kt. podle jejího názoru nejlépe vystihují zkoumaný znak. Jde o metodu nepřímého posouzení, neboť osoba nebývá tázána přímo na osobnostní rys, ale obvykle popisuje své chování v urč. konkrétních situacích, v nichž se sledovaná vlastnost může projevit.

Z formálního hlediska rozlišujeme: **dotazníky** (jsou formulovány jako otázky, na kt. se odpovídá ano, ne nebo nevím) a **inventáře** (mají formu oznamovací věty, tedy výpovědi, se kterou vyšetřovaná osoba buď souhlasí nebo nesouhlasí); v jiných formách dotazníků má osoba možnost volby z několika navrhovaných možností (metoda mnohonásobné nucené volby)

Výhodou dotazníků je snadná a rychlá administrace a způsob jejich hodnocení - v krátké době lze získat velký počet údajů od mnoha osob, slouží k získávání informací o takových vlastnostech, o kterých bychom se jinak stěžili dovídali. Rovněž zkušenosti k jejich vyhodnocení nemusí být příliš velké.

Nevýhody: diagnostická hodnota závisí na úrovni schopnosti vlastního sebehodnocení, a na schopnosti osoby sdělit informaci o sobě písemnou formou (u ní je čl. ostražitější než u ústní), největší nevýhodou je možnost zkreslení ze strany subjektu (používají se proto validizační škály – lži-skóry) = nevýhodou je jejich průhlednost. Dotazníky nehodnotí, jaká vyšetřovaná osoba je, ale jak se vidí nebo jakou by se chtěla vidět. Problematická je též mnohoznačnost, nepružnost a neurčitost některých otázek, podobně jako nepřesná kvantifikace (často, někdy, občas, trochu atd.). Problémy vznikají v případě češtiny i při užívání dvojitého záporu (např. „Nemám sebevražedné myšlenky“).

Dotazníky jsou objektivní ve smyslu jejich hodnocení, při jejich administraci však může dojít k záměrnému i bezděčnému zkreslení. Cesty ke zvyšování objektivity – tzv. *maskované otázky* (ptají se oklikou), *metoda nucené volby* (ptáme se na 2 nežádoucí znaky a osoba musí označit ten, kt. by dala přednost) a *lži-skóry*.

Nejjednodušším dělením je dělení na:

- a) jednorozměrné (jednodimenzionální) dotazníky
- b) vícerozměrné (vícedimenzionální) dotazníky
- c) posuzovací stupnice – někdy do této klasifikace rovněž přiřazovány

Z hlediska obsahového lze dotazníky *rozdělit* na:

1. hodnocení *významných* osobnostních rysů nebo stavů (míra úzkosti, deprese, poruchy sebehodnocení)
2. hodnocení *normálních* osobnostních vlastností nebo rysů (extraverze-introverze, dominance-submise)
3. hodnocení *rodinných* vztahů a jiných interpersonálních vztahů
4. ostatní typy dotazníků – *zájmové, postojové* apod.

Použití dotazníků u dětí je několika faktory omezeno:

1. u dětí je využití dotazníků omezeno kvůli věku, neboť dítě musí umět číst a musí otázkám porozumět, posoudit svou odpověď a zformulovat adekvátní odpověď
2. dítě musí být schopno urč. introspekce – aplikace je tedy možná až od středního či staršího školního věku (schopnost dobře vnímat a reflektovat vlastní pocity, motivy apod.)

Druhy

a) jednodimenzionální dotazníky

Dotazníky zabývající se měřením jednoho rysu nebo ohraničeného aspektu osobnosti nebo měřením jedné složky osobnosti (zájmové a hodnotové dotazníky).

ŠKÁLA MANIFESTNÍ ÚZKOSTI (MAS): vyšla z položek obsažených v MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Zjišťuje míru úzkosti na základě výpovědí, kt. byly vybrány podle kritérií odpovídajících chronické úzkostné reaktivitě. Urč. hodnoty svědčí o úzkosti, vysoké skóry svědčí pro depresi. **CMAS** – variantou MAS pro dospělé, odlišuje úzkostnost jako dlouhodobý stav či vlastnost od úzkosti. Jednotlivé položky diagnostikují úzkost a několik položek tvoří lži-skór

ŠKÁLA KLASICKÉ SOCIÁLNĚ SITUAČNÍ ANXIETY A TRÉMY (KSAT): škála zachycuje předmětný a situační strach. Strach má svůj předmět, úzkost nemá. Sestává ze seznamu položek, kt. se týkají objektů klasických fobií (výška, samota,...), ze sociálních situací (posměch, kritika) a ze situací trémy (mluvení na veřejnosti). Vyšetřovaná osoba označuje na 5-ti stupňové škále u všech položek míru strachu a obav, celkový skór je tvořen součtem zakroužkovaných čísel.

MMQ (MAUDSLEY MEDICAL QUESTIONNAIRE): Eysenckova metoda zjišťující neurotické tendence v osobnosti. Položky jsou zaměřeny na somatickou symptomatologii neuróz (o které neurotici vypovídají raději než o psychických obtížích). Inventář sestává z položek zjišťujících neurotické tendence a ze škály „lži“. Osoba zatrhává tu z možností (ano-ne), kt. lépe vystihuje skutečnost. Tendence odpovídat ve škále „lži“ „ne“ svědčí o neurotických tendencích v osobě, zdravé osoby odpovídají spíše „ano“.

NEUROTICKÝ DOTAZNÍK N-5 (KNOBLOCH, HAUSNER): globální metoda používaná při výběru a rozlišení osob s neurotickými rysy. Metoda zachycuje také změny neurotické symptomatologie v průběhu terapie. Osoba zaškrtnává příznaky, kt. trpí a označuje jejich intenzitu.

CAPRAROVY TESTY AGRESIVITY: zabývají se otázkami agrese, jejich nejrůznějších stránek a vnějších projevů i jejich diagnostikou. Tyto testy tvoří 6 dotazníků: 1) *iritabilita* (určen k měření tendence reagovat impulzivně nebo hrubě na nepatrné provokace); 2) *náchylnost k emocionálním reakcím* (diagnostika tendencí zakoušet pocity nepohodlí, bezmoci); 3) *strach z trestu* (měří tendence zakoušet pocity pronásledování, tenze); 4) *potřeba nápravy*; 5) *hostilní přemítání* (touha po odplatě); 6) *tolerance vůči násilí* (zachycuje pozitivní postoj k násilí a jeho ospravedlňování).

ROKEACHŮV TEST HIERARCHIE HODNOT: obsahuje 36 hodnot rozdělených do 2 souborů. V první části jsou *hodnoty cílové*, představující žádaný konečný stav existence, v druhém souboru jsou tzv. *hodnoty instrumentální*, představující žádaný způsob chování. Úkolem je seřadit tyto hodnoty do hierarchie.

ŠKÁLA RODINNÉHO PROSTŘEDÍ: zabývá se rodinou jako systémem (nechce testovat konkrétní osobnost). Zabývá se rodinnou kongruencí a diskrepancí mezi členy. Škála měří sociální atmosféru rodiny, popisuje a měří interpersonální vztahy mezi jednotlivými členy rodiny, zaměřuje se na základní organizační strukturu rodiny. Dotazník sestává z položek týkajících se rodinného života. Všichni členové odpovídají zatržením odpovědi „Je to pravda“, „Není to pravda“. Položky jsou rozděleny do 3 dimenzí: *dimenze vztahová* (soudržnost, konfliktovost), *dimenze osobnostního růstu* (nezávislost, orientace na úspěch, morální orientace), *dimenze udržování systému* (organizace, kontrola).

DOTAZNÍK PRO ZJIŠŤOVÁNÍ ZPŮSOBŮ VÝCHOVY V RODINĚ (ČÁP, BOSCHEK): dotazník postihující 4 komponenty výchovy, kt. jsou: komponent kladný, záporný, komponent požadavků a komponent volnosti. Kromě dítěte by jej měli vyplnit i rodiče, a to podle svých představ, jak se jej zhostí dítě. Dotazník poskytuje údaje nejen o způsobu výchovy v rodině, ale přináší i potřebná data vztahující se k poznání osobnosti dítěte.

ROTTEROVA ŠKÁLA MÍSTA KONTROLY – ŠKÁLA I-E: měří tzv. *místo regulace*, vychází z typologie, která dělí jedince na „internalisty“ a „externalisty“, *internalisté* se domnívají, že mohou řídit dění v okolí, že zvládnou většinu svých požadavků tím, že provedou, co je třeba, domnívají se, že výsledky jejich chování leží v nich samotných × *externalisté* považují vnější vlivy a síly za osudové, řízené šťastnou náhodou nebo silnými osobnostmi, považují se za méně schopné ovlivňovat události ve svém prostředí, myslí si, že výsledky jejich činnosti nezávisí na jejich úsilí, ale přisuzují je vnějším faktorům. Každá položka škály je tvořena dvojicí tvrzení, celkový skór umístí subjekt na bipolární škále externalita-internalita.

b) vícedimenzionální dotazníky

Měří dva nebo více rysů osobnosti nebo se pokouší o zmapování osobnosti v co možná nejširším kontextu. Některé metody se zaměřují na diagnostiku normální osobnosti, jiné se zaměřují na zjišťování patických syndromů.

HSPQ – CATTELLŮV OSOBNOSTNÍ DOTAZNÍK PRO MLÁDEŽ: měří 14 faktorů osobnosti, kt. jsou chápány jako bipolární osobnostní rysy. Test se pokouší zachytit všechny hlavní, stálé psychologické vlastnosti respondentů a vychází z dat zachycených faktorovou analýzou (varianta Šestnáctifaktorového dotazníku 16PF pro dospělé). Faktory prvního řádu, což jsou jednotné a vzájemně nezávislé vlivy určující chování čl. (např. citová stálost-citová nestálost, průbojnost-poddanost, soběstačnost-závislost atd.) a faktory druhého řádu, kt. vznikly faktorovou analýzou korelací mezi faktory prvního řádu, vystihují obecnější vlivy působící na osobnost (společenská extroverze-společenská introverze, úzkostnost-vyrovnanost, vzpurnost-oddanost).

DOTAZNÍK INTERPERSONÁLNÍ DIAGNÓZY (ICL): Leary chápe interpersonální chování jako základní aspekt osobnosti. kt. se uplatňuje na 5 úrovních – pozorovatelné chování, vědomé chování, psychické soukromí, rovina nevědomí a ideální já. Podle něj existuje 8 kategorií interpersonálního chování – dominance-submise, egocentrismus-závislost, agrese-afiliace, rezervovanost-responzibilita. ICL je tvořen seznamem charakteristik interpersonálního chování, kt. jsou vyjádřeny pomocí adjektiv nebo jinou stručnou formou. Osoba zaškrťává, zda se u ní vlastnost vyskytuje či nikoli.

DOTAZNÍK INTERPERSONÁLNÍ ORIENTACE FIRO-B (SCHUTZ): Schutz vysvětluje chování čl. na základě 3 interpersonálních potřeb – *inkluze* (potřeba vytvořit a udržet uspokojivé vztahy), *kontroly* (potřeba vytvořit a udržet si uspokojivé vztahy s ohledem na kontrolu a moc), *afekce* (potřeba vytvořit a udržet uspokojivé vztahy s ohledem na lásku a emocionální vztahy). Ty se vytváří během dětství v interakci s dospělými (s rodiči). Pokud tyto potřeby nejsou saturovány, cítí se jedinec bezvýznamný, nekompetentní a nehodný lásky. Vytváří si urč. obranné způsoby chování, kt. se manifestují v interpersonálním styku. Inventář obsahuje položky, k nimž volí subjekt jednu z odpovědí na 6-bodové stupnici. Posoudí intenzitu vlastního chování a vyjádří optimální intenzitu chování ostatních k němu. Dotazník slouží jako měřítko interpersonálních vztahů.

BELLŮV DOTAZNÍK PŘÍZPŮSOBIVOSTI: je zaměřen na zkoumání životní adaptability jedince a na to, jak tuto přizpůsobivost prožívá. Obsahuje tyto dimenze osobní a sociální přizpůsobivosti – přizpůsobivost v rodině, zdravotní přizpůsobivost, submisivnost, emocionalita, hostilita, maskulinita-feminita. Dotazník obsahuje otázky, na něž subjekt odpovídá ano-ne.

MMPI (MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY): test ukazuje na normální, resp. patologickou orientaci vývoje jednotlivých položek osobnosti. Sestává z řady položek, kt. se týkají různých oblastí – zdravotního stavu, sociálních vztahů, zaměstnání, bludů atd.. Výsledky jsou hodnoceny z hlediska validizačních a klinických škál (např. hypochondrie, deprese, psychopatie, paranoidita, schizofrenie atd.). Proband třídí lístky na tři skup. – je to pravda, není to pravda, nevím, nemohu říci, neumím to rozhodnout.

B-JEPI (EYSENCK): k rychlému zhodnocení osobnostních vlastností mohou posloužit Eysenckovy dotazníky B-JEPI (pro žáky) a **DOPEN** (pro středoškoláky). Oba poskytují orientační zhodnocení introverze-extroverze, stupnice neuroticismu (lability-stability), škály lži a škály psychoticismu (přidána později). Zkoumaná osoba čte otázky týkající se lidského chování nebo cítění a do archu vždy zakroužkuje odpověď ano-ne.

FREIBURSKÝ OSOBNOSTNÍ DOTAZNÍK (FPI): vícedimenzionální osobnostní dotazník, určený pro diagnostiku těchto dimenzí osobnosti – nervozita, spontánní agresivita, depresivita, vzrušivost, společenskost, mírnost, reaktivní agresivita a snaha o dominanci, zdrženlivost, otevřenost. Dotazník obsahuje výroky týkající se způsobu chování, stavů, zaměření, návyků a tělesných těžkostí, se kterými osoba souhlasí nebo nesouhlasí.

BIG FIVE: lexikální přístup. Prvním úkolem je sestavit co nejúplnější seznam vlastností osobnosti, používá se k tomu slovníku spisovného jazyka a vybírají se z něj charakteristiky, kt. lze použít pro popis osoby nebo osobnosti. Seznam obsahuje přídavná jména jako fialový, tlustý, unavený ... -> hrubé síto – všechna příd.jm. popisující osobu, osobnost (tlustý, inteligentní) ->jemné síto – klasifikace vlastností (odlišení rysů od ostatních vlastností, př. inteligentní) -> faktorová analýza rysů (na základě sebehodnocení) -> BIG FIVE (metodou faktorové analýzy se jednotliv. rysy seskupí do urč. počtu faktorů). Došli k 5 ortogonálním faktorům – neuroticismus, extraverte, otevřenost vůči zkušenostem, přívětivost, svědomitost.

LOGO TEST: pochází od Lucasové, kt. vyšla z koncepce životního smyslu a koncepce logoterapie. Je to zkouška k měření prožívané smysluplnosti a existenciální frustrace - úkolem testu je zjistit míru ohrožení pacienta nedostatkem životního smyslu a existenciální prázdnotou.

Dotazníky rodinné diagnostiky

ADOR: „adolescent o rodičích“, zjišťuje postoje, jednání a výchovné postupy rodičů očima pubescenta či adolescenta. Zjištěny byly tyto faktory: pozitivní zájem vs. hostilita, direktivnost vs. autonomie, nedůslednost. Cenné informace poskytuje test v situacích rodinných konfliktů, napětí, rozvratu, při rozvodové situaci. Výsledky jsou cenné i při diagnostice poruch chování, neurotických obtíží, výchovných problémů, školních obtíží. Vztahy k rodičům a vrstevníkům se také odrážejí ve výsledcích testu. Testový materiál je tvořen 2 dotazníky – jeden se týká otce a druhý matky. Odpovídají ANO- NE.

PARI – DOTAZNÍK RODIČOVSKÝCH POSTOJŮ: rodiče sami vypovídají o svých výchovných postojích a praktikách. Položky pro matky a otce jsou uspořádány do skupin výchovných postojů, na položky se neodpovídá pouze ve smyslu souhlasím – nesouhlasím, ale je možno vyjádřit i míru souhlasu či nesouhlasu.

ROHNEROVA DIAGNOSTIKA RODINNÝCH VZTAHŮ: zaměřena na bipolaritu akceptace – rejekce ve vzájemných vztazích rodičů a dětí; děti vypovídají o tom, jak se k nim rodiče chovají a rodiče vypovídají o svých postojích a způsobech chování k dětem a navíc vypovídají rodiče ještě o tom, jak se k nim chovali jejich rodiče. Rohner vychází z předpokladu, že lidé, kt. nebyli v dětství dostatečně milováni, mají nízké sebevědomí, neumějí ovládat svou agresivitu apod.

TEST RODINNÝCH VZTAHŮ (ANTONY-BENE): semiprojektivní test (verbální projektivní test i test volby) – jde o přechod mezi dotazníkem a projektivní metodou. Práci s testem považují děti většinou za hru. Test slouží k: poznání citového klimatu v rodině, odkrytí osoby či vztahů, kt. jsou jádrem konfliktu. Testový materiál tvoří 20 dvourozměrných figurek nalepených na kartonu. Každá z těchto figurek je připevněna ke krabici, do níž může dítě dávat své výroky. Figurky představují členy rodiny obou pohlaví a pana „Nikdo“. Dále jsou součástí testu 2 sady kartiček po 100 ks- vyjadřují kladné i záporné citové vazby či preference urč. osoby. Některé karty jsou prázdné a slouží pro napsání individuálních výroků. Dítě je vyzváno, aby si s examínátorem hrálo „na poštu“ a vkládá lístečky s konkrétním textem příslušné osobě jako psaníčka. Pokud se vzkaz na kartičce nikou nehodí, dostane ji pan „Nikdo“. Zajímají nás citové vztahy vycházející od dítěte ke konkrétním osobám a dále citové vztahy přicházející k dítěti.

c) posuzovací stupnice (Svoboda je uvádí vedle dotazníků)

Nejsou to testy v užším smyslu slova. Posuzovací stupnice je vymezené kontinuum, na němž se umísťují úsudky

1. *numerické posuzovací škály* - aktivní 1 2 3 4 5 pasivní (bipolární škály mohou mít uprostřed nulu a užívat kladná a záporná znaménka +3 +2 +1 0 -1 -2 -3)
2. *grafické posuzovací škály* – posuzovatel umísťuje posuzovaný podnět na úsečku
3. *standardní posuzovací škály* – obsahují standardní podněty, kt. mají stanoveny škálové hodnoty (např. ve sportu, kde na základě dosažených výsledků můžeme zařadit konkrétního sportovce do urč. výkonnostní třídy)
4. *kumulativní posuzovací škály* posuzovatel přiřazuje posuzovanému jevu řadu adjektiv, kt. může vyhledávat ve větším seznamu
5. *posuzovací škály s nucenou volbou* - posuzovatel stojí před úkolem posoudit, zda posuzovaný jev či podnět má urč. vlastnost ve větší míře než jinou vlastnost

TECHNIKA Q TŘÍDĚNÍ (Q-SORT): používá se, když je nutné uspořádat větší množství položek v širokém rozpětí. Přišel s ní Rogers, kt. ji využíval pro diagnostiku osobnosti a zjišťování efektu léčby. Klient se posuzuje pomocí 80-150 tvrzení a poté provede ještě jedno Q-třídění vzhledem ke své ideální představě o tom, jaký by chtěl být. Takto se zjišťuje míra diskrepance.

SÉMANTICKÝ DIFERENCIÁL (OSGOOD): základem jsou sedmibodové stupnice, jejichž koncová zakončení tvoří bipolární adjektiva. Posuzovatel má označit daný podnět na všech škálách. Hodnota posouzení může být důsledkem chyb plynoucích z konstrukce škály i chyb při posuzování, podle Guilforda jde o tyto chyby:

1. „**haló efekt**“ (vyplývá z tendence hodnotit různé vlastnosti osobnosti na základě 1 dominující vlastnosti)
2. **logická chyba** (posuzovatelé hodnotí povahové vlastnosti tak, jak se jim to jeví logické – v podstatě jde o haló efekt v zobecněné podobě)
3. **chyba centrální tendence** (tendence odpovídat okolo středu škály, vyhýbat se extrémním hodnocením)
4. **chyba kontrastu** (tendence přisuzovat posuzovaným jedincům opačné vlastnosti, než má posuzovatel sám)
5. **chyba blízkosti** (hodnoty, kt. mají být posuzovány a nacházejí se na prostorově nebo časově blízkých škálách, jsou posuzovány analogicky, jakoby byly spolu nějak vázány)
6. **chyba shovívavosti** (posuzovatelé mívají sklon hodnotit všechny posuzované osoby ve všech znacích spíš příznivě)

1. objektivní posuzovací stupnice

SOCIOMETRICKÝ RATINGOVÝ DOTAZNÍK (SORAD): sociometrická technika (autorem je Hrabal), kt. slouží k diagnostice mezilidských vztahů a z toho vyplývající atmosféry v malé sociální skupině. Posuzovaná skup. musí být přesně vymezena, lze posuzovat libovolný počet jejich členů, je třeba, aby všichni chápali hodnotící kritérium stejně, hodnocení je tajné, aby se posuzování vzájemně neovlivňovali. SORAD poskytuje informace o osobnosti a jejím začlenění ve skupině. Každý jedinec hodnotí ostatní členy skupiny podle vlivu, sympatie a náklonnosti. Získané výsledky slouží jako základ pro výpočet 3 indexů: *indexu vlivu* (vyjadřuje jeho sociální zdatnost), *indexu oblíbenosti* (ukazuje na míru akceptace tohoto jedince ostatními členy skup.), *indexu náklonnosti* (signalizuje míru citové akceptace spolužáků tímto jedincem). Údaje lze zpracovat ve formě sociogramu nebo matice.

2. sebeposuzovací stupnice

SEBEPOSUZOVACÍ ŠKÁLA DEPRESIVITY PRO DĚTI - CDI : nástroj na měření deprese u dětí (měří současný stav nebo změnu stavu). Inspirací byla Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé. Test tvoří položky reflektující vážnost poruchy, subjekt na ně odpovídá ve 3 stupních intenzity (absence symptomu, mírné projevy až výrazné projevy). Dítě hodnotí, jak se cítilo v dvou posledních týdnech. Inventář se tak snaží pokrýt všechny diagnostické ukazatele směřující k diagnóze všech depresivních syndromů u dětí.

PAQ – ŠKÁLA SEBEHODNOCENÍ DÍTĚTE: metoda sebereflexe dítěte. Sebehodnocení dítěte odráží jeho zkušenosti z dětství, způsob výchovy praktikující rodiči, jak byli schopni rozvinout jeho sebedůvěru a celkově pozitivní sebepojetí. Citově strádající a odmítané děti jsou nejisté a mají nedostatek sebedůvěry a jejich postoj ke světu i sobě samému je pesimistický. Úkolem dítěte je vyjádřit míru svého souhlasu či nesouhlasu s řadou tvrzení, pomocí 4bodové škály (tvrzení o něm platí vždy, někdy, málokdy či téměř nikdy). Podle míry souhlasu získává dítě za každou položku 4-1 bod. Metoda může být užitečná všude tam, kde je důležitý i subjektivní názor dítěte na sebe sama (bývá součástí celé Rohnerovy testové baterie rodinné diagnostiky).

SEBEHODNOCENÍ CHOVÁNÍ MATKY A OTCE K DÍTĚTI (PARQ): škála je rovněž součástí Rohnerovy metody rodinné diagnostiky. Vychází z teorie rodičovské akceptace a odmítání, jejichž důsledkem je rozvoj určitých osobnostních charakteristik dítěte. Rodičovské chování je podle autora ovlivněno vlastními zkušenostmi z dětství, zkušeností s chováním matky, kt. čl. ve své dospělosti automaticky přejímá. S tím souvisí i urč. způsob hodnocení rodičovské role a vlastního uspokojení z této role. Výsledek rodičovského sebehodnocení může být porovnán s názorem dítěte na chování matky či otce. Míra shody a rozporu je diagnosticky cennou informací. Rodiče projevují míru souhlasu či nesouhlasu s tvrzeními pomocí 4bodové škály (vždy, někdy....).

10. VÝVOJOVÉ ŠKÁLY – PŘEHLED A PRINCIPY INTERPRETACE, ZEVRUBNĚJI POPSAT GESSELOVY VÝVOJOVÉ ŠKÁLY A ŠKÁLY N. BAYLEYOVÉ

Předpoklady úspěšné diagnostiky dětí raného věku

- teoretická znalost zákonitostí psychického vývoje v útlém věku
- znalost norem jednotl. věkových období a širě intraindividuálních odchylek
- prostudování manuálů testových příruček
- psycholog by se měl seznámit s problematikou oboru, v němž pracuje – jednotlivé obory medicíny a problematika deprivace
- vlastní praktická zkušenost s dětmi získaná pozorováním, navazováním kontaktu, hrou atd.

Postup při vyšetření dětí raného věku

Toto je pouze přehled hlavních metodických zásad, kt. si psycholog musí pohotově a tvořivě doplnit a přizpůsobit podle podmínek konkrétního případu.

1. *seznámení s anamnézou* – má předcházet vyšetření, umožňuje připravit si vhodný postup, metodu i celkové zaměření, a tím být během vyšetřování přirozenější a uvolněnější - roztržitým vyptáváním psycholog ztrácí autoritu
2. z chování dítěte usuzujeme na jeho dispozice, citové vztahy, jeho myšlení atd., je *nutno brát zřetel na situaci dítěte*, a mít na paměti, že vývojovými škálami zjišťujeme běžné formy chování ve známém prostředí dítěte; navíc malé dítě nelze motivovat k maximálnímu výkonu, nejde o výkonový test;
3. *přítomnost mateřské osoby* – ta je u vyšetření tak malých dětí potřebná a signifikantní z mnoha hledisek; je dobré si všimnout chování matky k dítěti (výchovné schopnosti, ochranné chování, projevy zájmu apod.)
4. *průběh vlastního vyšetření* – metodický postup se u jednotl. vývojových škál liší, ale v základu jde o to, zdárně navázat kontakt, vytvořit a udržet zájem dítěte o testový materiál a o spolupráci s námi a všechny své kroky přizpůsobovat dané situaci a potřebám každého jednotlivého dítěte, vycházet mu citlivě vstříc, ne však na úkor objektivitě výsledků; provádí se jen ten nejnnutnější záznam.

Zvláštnosti vyšetřování malého dítěte

1. důležitý je optimální fyzický stav dítěte
2. důležité je navázání kvalitního kontaktu s dítětem (překonat jeho strach z cizích lidí, dát mu dostatek času, nechat ho zpočátku u matky)
3. vyšetření je prováděno vždy v přítomnosti matky

VÝVOJOVÉ ŠKÁLY

BRAZELTONOVA ŠKÁLA CHOVÁNÍ NOVOROZENCE: škála je určena k hodnocení chování dítěte od narození do věku 30 dnů, jednotlivé položky hodnotí 4 dimenze chování:

1. interakční chování – schopnost dítěte odpovídat na sociální podněty + reakce na podněty zrakové a sluchové
2. motorika – schopnost dítěte podržet přiměřený tonus, kontrolovat motorické projevy a integrovat je
3. organizace chování z hlediska řízení behaviorálních stavů – habituace dítěte na různé podněty ze spánku, dráždivost dítěte atd.
4. organizace chování z hlediska fyziologické stability v odpovědi na stresové podněty – odpovědi na třes, úlekové reakce či změny barvy kůže

Spící dítě je nejprve 2 min pozorováno -> jsou hodnoceny jeho reakce na sluchové a zrakové podněty v době spánku -> je vzbuzeno a examinátor provádí stimulaci. Jsou pozorovány obranné reakce, novorozenecké reflexy a další projevy.

NEUROBEHAVIORÁLNÍ HODNOCENÍ NEDONOŠENÉHO DÍTĚTE DLE KORNEROVÉ: metodu lze použít od 32. týdne od početí. Metoda zahrnuje průběžné hodnocení behaviorálních stavů (spánek, ospalost, bdění a pláč), vyšetření několika neurologických položek (vývoj pohybu a jejich síly atd.) a hodnocení orientace na zvukové, zrakové a komplexní podněty. Vedle toho se hodnotí rozsah a kvalita pláče, spontánní pohyby, odpovědi na manipulaci a stimulaci dítěte.

GESSELOVY VÝVOJOVÉ ŠKÁLY: nejrozšířenější obecná vývojová metoda. Na základě pozorování a analýzy filmových záznamů chování dětí sestavil vývojové tabulky určující charakteristické chování dětí pro každý vývojový stupeň a určil základní principy časného vývoje. Za hlavní faktor raného vývoje považoval **maturaci** (pro rozvoj jednotl. dovedností je nejdůležitější podmínkou dostatečná úroveň zralosti). Vývoj chování postupuje v zákonité

sekvenci, kdy je urč. stupeň dosažené zralosti nutným předpokladem pro objevení nových forem chování. Vývojové sekvence v každé oblasti chování jsou u všech dětí stejné, ale tempo vývoje různé. Účelem vyšetření je zmapovat vývoj dítěte v jednotlivých oblastech (sociální dovednosti, emoční stabilita, frustrační tolerance aj.) a povahu vztahů dítěte k rodičům. Položky testu jsou rozděleny do 5 oblastí: *adaptivní chování* (vývoj zrakového vnímání, vývoj permanence objektu, vývoj kresby), *hrubá motorika* (vývoj sezení, lezení, zvedání hlavičky), *jemná motorika* (jemná pohybová koordinace při manipulaci s předměty, kvalita úchopu), *řeč* (viditelné a slyšitelné formy komunikace, porozumění gestům a řeči druhých lidí), *sociální chování* (posuzováno je postupné získávání různých soc. návyků – krmení, oblékání, hygiena). Vyšetření začínáme na věkové úrovni odpovídající chronologickému věku dítěte. **Klíčové věky** – je období, v němž jsou urč. podstatné vzorce chování nejvýraznější nebo období, kdy se urč. chování mění v jiné, složitější. **Zóna zralosti** – delší vývojové období, které je určující pro počáteční pozici dítěte při vyšetření i pro celkovou doporučenou sekvenci postupu vyšetření (zóna lehu na zádech). **Bazální věk** – úroveň, na které dítě všechny úkoly splnilo, **strop** – úroveň, nad kterou již dítě žádný z úkolů adekvátně nesplní. Vývojová úroveň dítěte je stanovena na základě rozložení splněných a nesplněných položek. Závěrem je určení celkového vývojového kvocientu jako odhadu celkového intelektového potenciálu. Celkový vývojový kvocient = (celkový vývojový věk : chronologický věk) × 100.

ŠKÁLY NANCY BAYLEYOVÉ: 2 základní škály (mentální a motorická) - jde o sérii úkolů se vzrůstající obtížností, hrubé skóre je pak převedeno na mentální vývojový index a psychomotorický vývojový index. Škála je rozdělena do 3 částí, které se vzájemně doplňují: *mentální stupnice* (zachycuje percepční bystrost, vokalizaci, počátky řeči, řešení jednoduchých problémů), *motorická stupnice* (zahrnuje koordinaci velkých svalových skupin, tedy hrubou motoriku i jemnou motoriku). Poslední částí škály je *záznam o chování* dítěte, charakterizující dítě spíše kvalitativně v oblastech jako aktivita, zájem, pozornost....

11. TESTY SPECIÁLNÍCH SCHOPNOSTÍ, PERCEPČNÍ TESTY (ZEVRUBNĚJI REVERZNÍ TEST ZRAKOVÉ DISKRIMINACE A VÝVOJOVÝ TEST ZRAKOVÉHO VNÍMÁNÍ, ZKOUŠKA SLUCHOVÉ DISKRIMINACE), HODNOCENÍ MOTORICKÝCH SCHOPNOSTÍ A LATERALITY, HODNOCENÍ POZORNOSTI, HODNOCENÍ PAMĚTI, ŘEČI A JAZYKOVÝCH SCHOPNOSTÍ

Testy speciálních schopností a jednotlivých psychických funkcí

A. testy paměti

Testy paměti jsou velmi jednoduché - vyšetřovaným osobám je obvykle exponována řada podnětů a po delším nebo kratším čase je zjišťováno, jakou část materiálu podržely v paměti. Reliabilita paměťových testů není vysoká, na paměťové výkony má vliv oscilace pozornosti.

Wechslerova škála paměti (WMS): Wechsler publikoval paměťovou škálu, na jejímž základě lze dospět k tzv. *paměťovému kvocientu* (MQ), srovnatelnému s IQ. Test zkoumá sluchovou a zrakovou paměť, krátkodobou i dlouhodobou, je určen pro dospělou populaci. skládá se ze 7 subtestů – informace, orientace, duševní kontrola, logická paměť, čísla, vizuální reprodukce, asociativní učení.

Wechslerova škála paměti (WMS-III): rozdíly mezi WMS a WMS-III jsou značné, byly revidovány všechny subtesty a položky s ohledem na potenciální zkresení kulturou a pohlavím. Koncepce paměti je úzce spjata s učením, neboť paměť je přirozeným výsledkem učení. WMS-III je zaměřena na zjišťování deklarativní útržkovité paměti (=dlouhodobá paměť, kt. souvisí se schopností uchovat a vybavit si urč. zlomky informací nebo znalost, a poskytující informace specifické pro urč. situace a kontext). Obsahuje 11 subtestů.

Paměťový test Richarda Meiliho: podle Meiliho ukazují paměťové testy jen malou část paměťových funkcí. Jeho metoda vychází z obrazového materiálu, vyšetřované osobě je exponováno v řadě za sebou 30 obrázků ve dvousekundových intervalech a po ukončení celé série je desetisekundová pauza, po níž má proband vyjmenovat co nejvíce předmětů, kt. viděl na obrázcích. Metoda má ještě 1 paralelní verzi, kt. exponujeme podle možnosti jiný den než sérii první. Pokud se výsledky v obou sériích výrazně liší, lze to interpretovat jako vliv vnitřních faktorů (např. silná únava)

Škála aktuální paměti: je sestavena z položek orientovaných na běžné paměťové situace. Škála nezjišťuje objektivní paměťový výkon, ale subjektivní hodnocení úrovně vlastní paměti. Obsahuje položky, z nichž některé ověřují zapomínání (např. stává se mi, že si nepamatuji, zda jsem v bytě zhasl světlo) a jiné zapamatování (zjišťují dotazy, jak si pamatuji např. příjmení a jména lidí, vtipy atd.). U každé položky se proband vyjadřuje na 5-ti stupňové škále vzhledem k úrovni frekvence výskytu či jistoty.

Paměťový test LGT-3: test má 6 subtestů – plán města (zapamatovat si cestu z bytu do zaměstnání na plánu imaginárního města), slovíčka (původně německo-turecká), předměty (zapamatování jejich obrazů), telefonní čísla (několik imaginárních telefonních čísel), stavba (údaje o stavbě kulturního domu či nemocnice), firemní značky (zapamatovat si orámování imaginárních firem. zn.). Některé úlohy mají obrazovou, jiné zase verbální povahu. Jsou přesně určeny časové limity na učení se jednotlivým úlohám i na jejich vyhotovení. Test nabízí celkový vážený skóre paměti a skóre verbální a figurální paměti.

Bentonův vizuálně retenční test: metoda určená pro diagnostiku poruch vizuální pozornosti a paměti, kt. touto cestou odhaluje organická mozková poškození. Je to nonverbální metoda, kt. má 2 formy: *kresebnou*, kdy dítě reprodukuje předložené obrázky, a *formu volby*, kdy osoba nekreslí, ale pouze vybírá ze 4 alternativ tu, kt. považuje za totožnou s předlohou (tato varianta se používá když dítě selhává v první variantě). Hodnotí se počet správných reprodukcí (hodnocení nebere v úvahu úroveň kreslířských dovedností, spíše jde o zachycení podstatných znaků předloh a počet chyb, kdy jde o analýzu jejich kvality).

Reyova komplexní figura: metoda k hodnocení vizuální percepce, senzomotorických dovedností, pozornosti a paměti. Zaměřuje se na posuzování úrovně vnímání a zapamatování různých detailů i jejich prostorových vztahů. Testový materiál tvoří předloha s obrazcem, kt. se skládá z 18 prvků a je tak členitý a náročný, že je třeba použít k jeho poznání určité strategie a pečlivé analýzy, aby si jej bylo možné zapamatovat. Dítě není předem instruováno, aby si obrazec zapamatovalo. Dítě má za úkol nejprve obkreslit obrazec podle předlohy a poté jej

nakreslit z paměti. Kresba je posuzována ze 3 hledisek – podle správnosti reprodukce, pracovního stylu a podle doby, kt. je potřeba k nakreslení figury.

B. testy kreativity

J.P. Guilford provedl faktorovou analýzu nejrozšířenějších inteligenčních testů a dospěl k závěru, že nedagnostikují tvořivé, produktivní lidské schopnosti. Kreativita je schopnost přesahující tradiční vymezení pojmu inteligence, je těsně spojena s divergentním myšlením (inteligence souvisí s konvergentním myšlením). Tvořivost bývá definována jako originalita, kt. je přizpůsobena problému.

Torranceho figurální test tvořivého myšlení: test divergentního tvořivého myšlení. Skládá se z verbální a figurální verze - verbální testy se skládají ze 7 úkolů, kt. vyžadují divergentní myšlení a figurální verze obsahují 3 aktivit: tvoření obrázku, neúplné figury, opakované figury. Subjekt je instruován, aby jednotl. úkoly graficky zpracoval v 10 min. co nejzajímavěji, nejneobvykleji a nejúplněji a je požádán o originální pojmenování kresby. Z obsahové analýzy kreseb lze usuzovat na konkrétní zaměřenost probanda. Test si klade za cíl poskytnout maximum informací o charakteru tvůrčího procesu u dětí i dospělých. Podle Torranceho existují tyto faktory divergentního myšlení: *fluence* (počet relevantních odpovědí), *flexibilita*, *originalita*, *elaborace* (počet detailů a specifika zahrnutá do odpovědi).

Kreatos (projekční kresebný test kreativity a osobnosti): úkolem subjektu je dokreslit neúplné figury, které jsou používány jako stimulační podněty, do smysluplné kresby a kresbu označit zajímavým názvem, případně vysvětlivkami. Má obrázky dokreslit tak, jak si myslí, že by to bylo nejlepší a jak by to nikdo jiný neudělal. Nakonec má každou kresbu i název oznámkovat (1-5). Hodnocena je tvořivost figurální (originalita obsahu) a tvořivost sémantická (originalita názvů kreseb). Test je určen hlavně k projektivní diagnostice osobnosti. Cílem je posouzení temperamentových vlastností, zájmové zaměřenosti a některých rysů osobnosti, kt. se mohou projevit v kresbě.

Bez psychometrického aparátu, avšak s jistým diagnostickým nábojem jsou tzv. *kreativní psychohry*. Jejich cílem je stimulovat tvořivost, tvůrčí způsob myšlení a chování, zbystřit smysly, realizovat všechny vlastní předpoklady a možnosti.

C. testy parciálních a kombinovaných schopností

Řadíme zde metody orientované na zjišťování úrovně jednotlivých dílčích schopností, jako je pozornost, schopnost kombinovat různé tvary apod.

Bourdonův test: neverbální výkonová zkouška zaměřená na hodnocení pozornosti, přesnosti percepce a psychomotorického tempa. Zkouška neklade nároky na jazykové znalosti a zvláštní vědomosti. Testovací podněty jsou čtverečky, v nichž jsou na některém ze 4 rohů nebo na některé ze 4 vnitřních stran natištěny černé obloučky. Úkolem osoby je hledat a škrtnat na testovacím archu 3 varianty z 8 možných. Testovací arch má 30 řádků, na každý je limit 50 sec, pak musí přejít na další řádek. Pro hodnocení je důležitý počet správných a chybných odpovědí. Každá správná odpověď je oceněna 1b. Jejich součet (hrubý skóre) je převeden na percentilové normy. Je možné zaznačit i křivku výkonu a frekvence chyb a to tím, že označíme na každém řádku poslední řešený čtvereček, ty potom spojíme a tím získáme křivku průběhu výkonnosti. Metoda použitelná v profesním poradenství. Lze jí získat informace o úrovni i kvalitě pozornosti, o výkonových charakteristikách i stylu práce.

Test čtverců: zkouška prostorové představivosti. Vychází z principu, že z nepravidelných tvarů je možno v představách složit obraz čtverce (podstata *Rybakovových figur*). Každá úloha je planimetrickou figurou, na jejímž obvodu je několik bodů označených číslicemi, úkolem je představit si takové rozdělení obrazce, aby spojením obou rozdělených částí bylo možno vytvořit čtverec. Očíslování bodů slouží k přesnému označení místa, kde se má původní figura rozdělit. Pod každý obrázek se mají napsat čísla bodů, z nichž dělicí čáry vycházejí.

Sčítací zkouška: principem testování je dlouhodobé sčítání jednomístných čísel, kt. jsou napsány v řádcích ve formuláři A4. Úkolem osoby je sčítat vždy 2 sousední čísla a výsledek zapsat do mezery mezi čísly, pokud je součet větší než 10, jednička se nepíše. Test je možno předkládat osobám, kt. zvládly operaci sčítání (od 7 let). Sčítací zkouška se používá ke zjišťování pracovní výkonnosti a stability tohoto výkonu a je jí možno použít k diagnostice některých osobnostních faktorů, podmiňujících výkon.

Test kreslení dráhy (Test cesty) : slouží k posouzení psychomotorického tempa, zrakové percepce, vizuomotorické koordinace a pozornosti. Podmínkou jeho použití je dobrá znalost písmen a číslic. Má 2 části: nejprve má dítě na jednom archu spojovat kolečka s čísly 1-25 (podle vzrůstajících hodnot), ve druhé části musí spojovat střídavě čísla 1-13 a písmena A-L (1-A-2-B-3- C..) – dítě tedy musí přesouvat pozornost z číselné řady na abecedu a naopak. Měří se čas potřebný ke splnění úkolu. Lepší výkon je chápán jako ten rychlejší a s menším počtem chyb. Je možné sledovat křivku výkonu, míru unavitelnosti a odolnosti k zátěži. Na Slovensku je test publikován pod názvem Test cesty.

D. testy verbálních a matematických schopností

Metody nemají vztah pouze ke školní oblasti, slouží i jako testy vyhledávající talenty v daných oblastech – mapují podrobněji schopnosti daného jedince.

- a) hodnocení jazykových schopností – u řeči se hodnotí formální stránka (kvalita výslovnosti), obsahová stránka (slovní zásoba, gramatická stavba), psaní (diktát, opis textu), testy **Doplňování vět**

Obrázkově-slovníková zkouška (Kondáš): zjišťuje slovní zásobu a pohotovost u dětí před vstupem do školy. Materiál testu tvoří 30 barevných obrázků, na nichž jsou zobrazeny různé věci, zvířata i činnosti (pes, strom, člověk skákající do vody). Úkolem je sdělit, co je na obrázku. Zkouška je určena k hodnocení kvality pasivního slovníku, tj. znalostí názvů určitých konkrétních objektů či situací. Za každou správnou odpověď získává bod, celkový součet představuje hrubý skóre převáděný pomocí percentilových tab. na vážený skóre. Pro kvalitativní hodnocení je vhodné analyzovat položky, kt. dítě nedokázalo pojmenovat. Test je vhodný pro hodnocení slovní zásoby dětí výchovně zanedbaných, z jiné jazykové oblasti či mentálně postižených.

- b) hodnocení matematických schopností

Kalkula – zkouška matematických schopností: snaží se zjistit úroveň předpokladů k rozvoji matematických schopností, bez ohledu na aktuální vědomosti a dovednosti. Proto jsou zde zařazeny úkoly, v nichž se manipuluje se symboly čísel a nikoli s čísly samotnými. Testový materiál tvoří záznamový list s úkoly, jejichž základem je 100 kroužků, některé z nich jsou začerněny. Úkolem je zjistit počet černých kroužků, ale nemá postupovat tak, aby je pouze spočítal, ale má se pokusit najít nějaké pravidlo, na jehož základě by je mohl sečíst co nejrychleji. Proto musí vzít dítě v úvahu způsob jejich uspořádání. Zkouška je časově limitována. Součet správných řešení je hrubým skórem, kt. lze převést na známku v rozpětí 1-5 nebo na matematický kvocient, kt. je alternativou IQ.

E. percepční testy

Testy zrakové percepce (nedostatky zrakové percepce mohou být zapříčiněny opožděným či nerovnoměrným vývojem); testy sluchové percepce (zahrnuje schopnost analýzy a syntézy); testy percepční zátěže (slouží ke zjišťování odolnosti vůči zátěži).

Reverzní test (Edfeld): pomocí něj lze zjistit úroveň zralosti zrakového vnímání dítěte, jeho schopnost diferencovat obrácené a otočené tvary (nahore-dole, vpravo-vlevo) a drobné tvarové rozdíly detailů obrazce. Součástí testu je testovací sešit s dvojicemi různých obrazců – dítě má označit ty dvojice obrazců, kt. se nějakým způsobem liší (nejsou stejné). Za každou správnou odpověď získá 1b, na základě celkového počtu bodů lze určit, na jaké vývojové úrovni je zraková percepce dítěte. Test může být užitečný pro posouzení školní zralosti, pro diferenciální diagnostiku specifických poruch učení a pro vyšetření dětí s ADHD syndromem.

Vývojový test zrakového vnímání (Frostigová): slouží k hodnocení úrovně zrakového vnímání dětí.. Metoda je členěna do 5 subtestů, kt. měří dílčí schopnosti: *vizuomotorickou koordinaci* (spojování bodů), *vnímání figury-pozadí* (dítě má hledat urč. obrazce překryté pozadím vzrůstající komplexnosti), *konstantnost tvaru* (dítě má rozeznat urč. geometrické tvary, kt. se liší velikostí, odstínem, vnitřním vzorkem a polohou v prostoru), *polohu v prostoru* (dítě má rozlišit, kt. tvary jsou obrácené a otočené), *prostorové vztahy* (dítě má obkreslit urč. geometrické tvary, kt. jsou zakresleny do soustavy teček). Všechny dílčí schopnosti, kt. jsou nezbytné pro splnění testových úkolů, jsou potřebné i pro školní práci. Test je zaměřen na posouzení školní zralosti a pro diferenciální diagnostiku specifických poruch učení.

Zkouška sluchové analýzy a syntézy (Matějček): metoda hodnotí úroveň schopnosti rozkládat slova na hlásky a naopak, z hlásek skládat slova. Test je určen k diagnostice poruch čtení a psaní. Ve zkoušce sluchové analýzy má dítě poznat, z jakých hlásek je dané slovo složeno a určit jejich správné pořadí. Ve zkoušce sluchové syntézy má dítě z izolovaně prezentovaných hlásek složit slovo. Je možné využít kvalitativní analýzy a zaměřit se na zjištění nejčastějšího typu chyb, tj. hláskových skupin, kt mu činí největší potíže. Hodí se pro diagnostiku školní zralosti, pro vyšetření dětí školsky neúspěšných a dětí s podezřením na specifickou poruchu učení. Dá se použít i u dětí s organickým postižením CNS.

Zkouška sluchové diferenciac (Matějček): zkouška slouží k posouzení schopnosti dětí sluchově rozlišovat zvuky mluvené řeči. Dítě má rozlišovat, zda dvojice bezsmyslných slov je stejná, či nikoli. Podněty se mohou lišit nanejvýš v jedné hlásce. Doporučuje se uvést zkoušku jako hru, kt. si teď zahrajeme. Hodnocení je pouze kvalitativní.

F. testy motorických schopností a laterality (LMD, DMO)

Dosažení urč. úrovně rozvoje motorických schopností je důležitým předpokladem školní úspěšnosti. Dítě nezralé, může mít problémy nejenom ve škole, ale i mezi vrstevníky. Hodnocení těchto dovedností je důležité i diferenciatně diagnosticky, hlavně ve vztahu k různým poruchám CNS

Škála Oseretzkého: určena pro posouzení adekvátnosti motorického vývoje. Zkouška obsahuje položky zaměřené na koordinaci, přesnost a spojení různých pohybů. Pro každou věkovou kategorii je určeno několik úkolů, které má dítě tohoto věku splnit. Zkouška měří hrubou i jemnou motoriku. Dítě plní podle specifických instrukcí různé pohybové úkoly stoupající obtížnosti. A každý splněný úkol získá urč. počet bodů. Součet bodů slouží k výpočtu 3 skóru: *komplexní skór hrubé motoriky*, *komplexní skór jemné motoriky* a *celkový skór* je součtem všech získaných bodů a převádí se na vážené skóry. Používá se u dětí s podezřením na opoždění motorického vývoje.

Zkouška laterality (Matějček, Žlab): k lateralizaci dochází postupně – základem je funkční i strukturální diferenciac jednotliv. oblastí obou mozkových hemisfér. Dosažení urč. stupně lateralizace je důležitým vývojovým mezníkem, kt. se projeví nejen rozvojem motoriky končetin, ale má svůj význam i pro rozvoj řečových dovedností a pro úspěšné zvládnutí čtení a psaní. Zkouška je zaměřena na hodnocení laterality horních a dolních končetin, očí a uší. Vyšetřované dítě má pomůcky ve stejném dosahu pro obě ruce, by nebylo stimulováno k preferenčnímu používání jedné končetiny. Každý úkol má specifickou instrukci. Souhrn získaných výsledků slouží jako základ pro výpočet koeficientu pravorukosti (+ doplnění o rozhovor s rodiči i dítětem, co kterou rukou obvykle dělá, které dává přednost). Další variantou souhrnného hodnocení je určení typu laterality – tento výpočet vyjadřuje vztah mezi funkční dominancí ruky a oka. Děti s tzv. zkříženou lateralitou, tj. odlišnou dominancí ruky a oka, mívají potíže ve čtení i v různých činnostech vyžadujících senzomotorickou koordinaci. Používá se při sporných případech školní zralosti a při podezření na neurologické postižení.

G. testy uměleckých schopností

Jde o metody orientované k testování hudebních schopností, uměleckých schopností ve smyslu výtvarném a schopností literární tvorby.

H. testy technických schopností

Úzce zaměřené metody neverbální povahy; jsou používány hlavně v oblasti poradenství pro volbu povolání.

I. testy vědomostí

Testy zjišťují úroveň vědomostí nebo znalostí a jsou rozšířeny zejm. v oblasti školství a v poradenství, své místo mají i v oblasti profesionálních znalostí (při volbě uchazečů o zaměstnání či studijní obor). Pojem test vědomostí a didaktický test se mnohdy zaměňují - didaktický test lze však vnímat jako pojem nadřazený a tyto testy lze dělit na:

- a) testy vědomostí (zjišťující znalosti faktů)
- b) testy schopností aplikovat vědomosti

12. PROJEKTIVNÍ TECHNIKY V PSYCHODIAGNOSTICE DOSPĚLÝCH A DĚTÍ. PRINCIPY A UŽITÍ, KLASIFIKACE PROJEKTIVNÍCH TECHNIK, VÝHODY A NEVÝHODY. ZEVRUBNĚJI POPSAT JEDNU PROJEKTIVNÍ TECHNIKU.

První projektivní zkouškou byl slovní asociační experiment. V analytickém pojetí je *projekce* mechanismus obrany ega, kt. umožňuje připisovat vlastní nežádoucí snahy, přání a pocity jiným osobám a okolí. V neanalytickém pojetí je projekce procesem, ve kt. vyšetřovaná osoba promítá obsahy svých duševních procesů navenek mimo sebe, připisuje je jiným nebo spatřuje v jiných lidech, zvířatech, rostlinách, předmětech apod.

Jsou založeny na předpokladu, že každý člověk do všech svých výtvorů a projevů nějak promítá své osobnostní charakteristiky, přání a úzkosti a že se jeho osobnost ve všech jeho projevech odráží.

Společné rysy:

1. úkoly dávají možnost velkého počtu odpovědí, neexistuje žádná jediná správná reakce
2. podnětový materiál je neurčitý, slabě strukturovaný
3. pro vyšetřovanou osobu jsou tyto metody neprůhledné (zkoumaná osoba většinou nemá žádnou možnost záměrně zkreslit výsledky, neboť neví co daný test sleduje a jak by měla odpovídat)
4. chtějí poznávat celou osobnost zkoumaného jedince

Výhodou je, že snímání testu nemá atmosféru zkouškové situace, nevýhodou je však mnohoznačnost odpovědí, jež vyvolává nesnadné skórování, klade to nároky na psychologa, jeho vědomosti, zkušenosti a intuici.

Použití projekčních metod u dětí má svá specifika: při interpretaci je nutné odlišit vývojové faktory od osobnostní dynamiky, nezralost od patologie; dítě je více citlivé při vytváření odpovědí na prostředí, na interakci s vyšetřujícím, na průběh a délku sezení; děti interpretují podněty z projektivních technik ve shodě se svou úrovní vývoje atd.

a) asociační projektivní metody – reagují na stimul

Slovní asociační experiment: počátek praktického využívání metody je spojen s C.G.Jungem (používal standardní soubor 100 podnětových slov). Zachycuje charakteristické znaky řeči – dynamiku a pohotovost řečové produkce. Z reakcí lze usuzovat i na tempo, hloubku myšlení nebo jiné poruchy. Asociační schéma střídá tzv. *slova neutrální* se slovy, kt. mají potenciální schopnost vyvolat emocionální odezvu = tzv. *kritická slova*. Podněty by měly mít stejnou srozumitelnost, mají být stejného slovního druhu, jejich délka musí být přibližně shodná. Klient má vyslovit první slovo, kt. jej napadne bez autocenzury. Měří se latentní doba reakcí, zapisuje se odpověď spolu s časem a sledují se doprovodné reakce (smích, rozpaky apod.). Pokud neodpoví do 30 sekund je to selhání a exponuje se další slovo. Po administraci standardní části následuje reprodukční pokus – opakujeme znovu podnětová slova z původního seznamu a osoba má opakovat původní asociace. Značíme si, zda se trefil nebo ne a poznačíme si i nové asociace. Kritické slovo objevíme, když je prodloužena latenční doba, asociace jsou poruchové nebo méně kvalitní, nebo je chybná reprodukce původní asociace. Výskyt poruch asociací je kritériem pro odlišení neurotiků od psychotiků.

Rorschachův test (ROR): ROR předpokládá úzký vztah mezi osobností a vizuální percepcí. Test vyvolává pareidolie, kt. vyšetřovaná osoba verbalizuje. Vychází z toho, že projekce představ k figurám testu nejsou nahodilé a odráží některé zvláštnosti zkoumané osoby. Je to specifická metoda individuálního vyšetřování (není vhodná pro hromadné testování). Test klade obrovské požadavky na testátora – musí mít znalosti z obecné psychologie, z vývojové psychologie, dětské psychologie, psychopatologie, psychologie osobnosti. Testový materiál je tvořen 10 standardními tabulemi, z nichž každá obsahuje víceméně symetrickou skvrnu. Existují tabule nepestré (achromatické barvy) a pestré (chromatické barvy). Instrukce k ROR zní: „Co by to mohlo být“. Nelze omezovat čas potřebný pro odpovědi, omezuje se však počet odpovědí na 8-10 k jedné tabuli. Tabule jsou podávány v základní poloze „a“, při otočení o 90° ve směru hodinových ručiček je tabule v poloze „b“, při otočení o dalších 90° je v poloze „c“ a po dalším otočení v poloze „d“. Zapisuje se – poloha tabule, lokalizace odpovědi, doslovné znění odpovědi, nonverbální projev klienta a doba latence od předložení tabule do první odpovědi.

Registruje se i celkový čas snímání protokolu. Po odevzdání poslední tabule následuje Inquiry, sloužící k objasnění odpovědí již daných. Užití testu v dětské diagnostice má své zvláštnosti. Je obtížnější, pomocí ROR je možné diagnostikovat: percepční kognitivní úroveň dítěte, afektivní složky osobnosti, způsob přizpůsobení a dynamiku osobnosti, deviace ve vývoji a v osobnostním prožívání. Instrukce pro děti zní „Budeme si s obrázky hrát“. Inquiry je bezpředmětné. Psycholog by měl mít hluboké znalosti jednotl. vývojových období, aby mohl správně interpretovat projevy dítěte v testu.

Hand test - Test ruky (Wagner): metoda slouží k diagnostice a predikci agresivního chování. Testový materiál tvoří 10 karet, na 9 z nich je nakreslena lidská ruka a 10. kartička je prázdná. Pokusné osobě se předkládají jednotl. kartičky ve standardním pořadí s otázkou „Co asi může dělat tato ruka?“. Subjekt může držet předlohu v jakékoli poloze. U 10. karty je vyzván, aby si nejprve představil nějakou ruku a potom popsal, co tato ruka dělá. Odpovědi jsou hodnoceny podle skórovacích kategorií – agrese, strach, náklonnost, tenze atd. Získává se tzv. *acting out ratio* (pravděpodobnost hostilního, antisociálního jednání), kt. je dána poměrem jednotl. odpovědí.

b) konstruktivní projektivní metody – čl. má něco vytvořit

Tematický apercepční test (TAT): svým významem se řadí k ROR, TAT na rozdíl od ROR akcentuje obsah výpovědi. Test ukazuje potlačené tendence, kt. si subjekt nechce nebo nemůže připustit, protože jsou pro něj nevědomé. Je užitečný pro interpretaci poruch chování, neuróz a psychóz. Materiál testu tvoří 31 obrázků, na kterých jsou méně strukturované (nejednoznačné) situace, z nich lze vytvořit 4 série – pro muže, ženy, chlapce a dívky. Na zadní straně obrázku je pořadové číslo a písmeno, kt. označuje pro kterou skup. je obrázek určen. Čl. má vytvořit ke každému obrázku, co možná nejdramatičtější příběh, má popsat, co si jednotl. osoby myslí a cítí, je dobré vědět, jak celý příběh skončí. Obr. č.16 je tvořen pouze bílou plochou, na kterou si má subjekt promítnout představu vlastního libovolného obrázku. V každém příběhu se zjišťuje – hrdina, motivy, tendence a city hrdiny, vnější síly v jeho okolí, rozuzlení, témata. Při vyhodnocování dominují spíše intuitivní klinické kvalitativní postupy. Dětskou verzí testu je **Children's Apperception test (CAT)** – testový materiál tvoří 10 obrázků antropomorfizovaných zvířat, kt. jsou v nejrůznějších situacích. Zvířata představují běžné situace z rodinného života, každý obrázek má jedno centrální téma, kt. může vyvolávat asociace. **CAT-H** – obsahuje předlohy s lidskými figurami. Českou verzí CAT je **CATO**. Jde o to, že dítěti je předkládána série obrázků, na nichž je vždy nakresleno dítě (pouze silueta postavy), s kterou se má dítě identifikovat. Na obrázcích jsou vyobrazeny různé situace a úkolem je popisovat, co na obrázku vidí, jak to asi bude dál apod. jeho odpovědi se zapisují.

Sceno-test (von Staabsová): technika, v níž má dítě k dispozici řadu ohebných figurek, kt. může použít při konstrukci scének. K dispozici má rovněž performační pomůcky, jako je loutkový nábytek, dopravní prostředky, zvířata, rostliny apod. Dítě má sestavit buď volnou scénku nebo scénku tematickou (vlastní rodinu). Scénky zpodobňují vztahy mezi osobami a odrážejí sociální a jiné prostředí, v němž se čl. pohybuje. Je to nástroj pro vývojově charakterologickou a hlubinně psychologickou diagnostiku.

Test světa (Lowenfeldová): materiál je tvořen miniaturními hračkami – loutky, domy, auta, lidi, zvířata atd., úkolem dítěte je postavit svět, který se mu líbí. Hodnotí se formální i obsahová stránka techniky, chování probanda během vyšetření, jeho verbalizace atd. Zajímají nás agresivní prvky, bohatost použitých prvků, rigidita atd. Test zachycuje emoční svět dětí, představivost, sociální vztahy, vývojové a jiné poruchy, LMD, zjišťuje přání, konflikty apod.

c) doplňovací projektivní metody – doplňují neúplný, nedokončený podnět

Rosenzweigův obrázkově frustrační test (PFT): představuje zaměřenou projekční techniku k odhalování vzorů chování na běžnou zátěž. Test evokuje latentní agresivní tendence projikující se do verbalizace. Základem je, že se subjekt vědomě či nevědomě ztotožňuje s frustrovanou osobou v situacích zobrazených v testu a promítá do odpovědi to jak by reagoval on. Materiál testu je tvořen 24 obrázky, z nichž každý znázorňuje 2 osoby, kt. se zúčastňují frustrující situace. Osoba nakreslená na obrázku vlevo pronáší slova, kt. buď pomáhají popsat frustraci druhého individua, nebo jej sama frustrují, osoba vpravo je nakreslena beze slov. Osoby jsou schématické a jejich obličej je prázdný, slova jsou umístěna do komiksových obláčků od úst. Situace lze dělit do 2 skup.: *ego brzdící situace* (nějaká překážka ruší, zklamává, ochuzuje nebo jinak frustruje subjekt), *superego*

brzdící situace (subjekt je napaden, obviněn či obžalován někým jiným). Osoba má napsat do volného obláčku na každém obrázku první odpověď, kt. ji napadne. Odpovědi se hodnotí podle 2 kritérií – *směr agrese* (k okolí = extrapunitivní, k vlastní osobě = intropunitivní, agrese je převedena ve snahu přenést se přes frustraci = impunitivní), *typ agrese* (způsob, jakým jedince na frustraci reaguje): O-D (převládání překážky – frustrace je zdůrazňována), E-D (obrana „já“ – zdůrazněny jsou sebeobrané tendence a mechanismy), N-P (trvání potřeby – zdůrazňována je potřeba řešení frustrujícího problému).

Michalovo projektivní interview: sestává ze 3 částí: 1) *kouzelný svět*, což je vlastní projektivní rozhovor – dítě se má identifikovat s kouzelníkem, kt. může zasahovat do různých prostředí a sociálních skupin a přetvářet svůj svět; 2) *nedokončené věty*; 3) *dětský svět* má 10 projektivních obrázků, kt. jsou orientovány na zachycení postojů k rodičům, ke škole, k dětské skupině. Mohou sloužit ke zjišťování strachů, vnitřních konfliktů apod.. Důležité je vyvarovat se zkouškové anxiety.

Testy doplňování vět: pracují výlučně s verbálním materiálem, hojně se používají neboť nestresují osoby. Používané věty se liší v souvislosti s věkem testované populace. Spadají zde i tzv. testy nedokončených vět (Sacks). Tato metoda má mnoho variant, všechny spočívají na shodném principu – vyšetřovaná osoba má doplnit začaté věty a přitom má napsat „první myšlenku, kt. ji napadne“. Hodnocení je většinou kvalitativní.

d) projektivní metody výběru a řízení – podněty se vybírají podle preference

Luscherova klinická diagnostika: vychází z domněnky, že volba barev je jistým způsobem závislá na některých osobnostních proměnných, na situačních stavech organismu i na objektivně působících činitelích. Luscher přisuzuje testu schopnost diagnostikovat trvalejší rysy osobnosti i aktuální psychický stav. má 2 varianty: „velký“ Lüscherův barvový test (klinický test) a „malý“ Lüscherův barvový test. Barevné kartičky se rozloží na bílou podložku, osoba si má vybírat barvy podle toho, jak se jí líbí, nejsympatičtější barva se odloží stranou a subjekt vybírá ze zbylých barev tak dlouho, až vznikne pořadí 8 barev. Interpretaci rozšiřuje charakteristikou 8 používaných barev. Užívá se v oblasti matrimoniálního a pracovního poradenství, klinické psychologie, psychologie dopravy atd.

Barevný pyramidový test: východiskem je předpoklad, že individuální chování vůči barvám má vztah k osobnosti a zejména k afektivitě. Nejde jen o volbu barev, ale i o jejich uspořádání. Testový materiál tvoří čtverečky ve 14 barevných odstínech – 2 odstíny červené, zelené, modré a fialové a po 1 odstínu žluté, oranžové, hnědé, bílé, šedé a černé. Součástí testu je i předloha pyramidy, kt. se skládá z 15 čtverečků; osoba sestavuje 3 „hezké“ a potom 3 „ošklivé“ pyramidy. Hodnotí se nejen volba barev, ale rovněž forma pyramidy, kt. vypovídá o tom, jak jsou jednotlivé barvy v pyramidě rozloženy.

Test barevného sémantického diferenciálu (TBSD): jedná se o metodu založenou na projektivním principu neprůhlednosti, test je kompromisem mezi projektivní a objektivizovanou metodou. Metoda se pokouší vyjádřit význam slov, situací, zážitků, činností barvami. Test měří subjektivní význam slova tak, že k němu přiřazuje barvu, popřípadě 3 barvy. Podnětový materiál tvoří několik desítek slov typu – radost, útočit, smrt atd. Dítě nejprve pojmenuje barvy všech pastelek, pak je mu exponována řada podnětových slov a dítě označí u každého slova 3 pastelky, kt. ke slovu podle něj patří. Poté seřadí všechny pastelky podle preference, čímž je vytvořeno pořadí oblíbenosti barev. Prvních 6 pokládáme za pozitivní, druhou šestici za negativní.

Test rodinných vztahů (Antony-Bene): semiprojektivní test (verbální projektivní test i test volby) – jde o přechod mezi dotazníkem a projektivní metodou. Práci s testem považují děti většinou za hru. Test slouží k: poznání citového klimatu v rodině, odkrytí osoby či vztahů, kt. jsou jádrem konfliktu. Testový materiál tvoří 20 dvourozměrných figurek nalepených na kartonu. Každá z těchto figurek je připevněna ke krabičce, do níž může dítě dávat své výroky. Figurky představují členy rodiny obou pohlaví a pana „Nikdo“. Dále jsou součástí testu 2 sady kartiček po 100 ks- vyjadřují kladné i záporné citové vazby či preference urč. osoby. Některé karty jsou prázdné a slouží pro napsání individuálních výroků. Dítě je vyzváno, aby si s examínátorem hrálo „na poštu“ a vkládá lístečky s konkrétním textem příslušné osobě jako psaníčka. Pokud se vzkaz na kartičce nikou nehodí, dostane ji pan „Nikdo“. Zajímají nás citové vztahy vycházející od dítěte ke konkrétním osobám a dále citové vztahy přicházející k dítěti.

e) kresebné a jiné expresivní projektivní metody – dávají možnost sebevyjádření

Kresba lidské postavy: vychází z předpokladu, že kresebné ztvárnění lid. postavy se vyvíjí v závislosti na tělesném a duševním vývoji dítěte. Tedy, že dětská kresba se zákonitě vyvíjí a její vývoj se projevuje přibýváním detailů, vzrůstající správností a přesností jejího provedení. Úkolem zkoumané osoby je nakreslit na jednu polovinu přeloženého papíru lidskou postavu. Poté je subjekt požádán, aby na druhou polovinu papíru nakreslil osobu opačného pohlaví, než je na levé polovině. Kresba je hodnocena podle urč. položek, kt. jsou zaměřeny hlavně na zachycení jednotliv. částí těla, oblečení, proporcí apod. - nakreslené figury poskytují ve svém provedení, držení těla, oděvu apod. základní klíč k poznání struktury osobnosti. Doplnující kresbou je autoportrét – zde se však nehodnotí vývojové aspekty kresby, ale jde o projektivní test dětské osobnosti. Test kresby lidské postavy hodnotí kresbu dle představy, dítě nemá žádnou předlohu. Obsahový skór zachycuje kvalitu a počet detailů kresby, formální skór je zaměřen na zpracování tématu – vzájemné proporce jednotliv. částí postavy. V kresbě lidské postavy lze nalézt určité znaky, typické pro organické postižení CNS. Test slouží ke zhodnocení úrovně senzomotorických dovedností i jako projektivní metoda

Kresba rodiny v činnosti – Kinetic Family Drawing (KFD): dítě je instruováno, aby nakreslilo každého člena rodiny, včetně sebe, jak něco dělá. Za diagnosticky nejvýznamnější informaci je považována vzdálenost mezi různými postavami, způsob jejich interakce, pokud je nějaká zobrazena.

Kresba začarované rodiny: stimuluje symbolické zpracování prožitků a postojů k vlastní rodině. Způsob proměny jednotliv. postav lze chápat jako urč. symboliku. Tímto způsobem je dítě schopné sdělit informaci, kterou by jinak vyjádřit nedovedlo, nebo nechtělo. Symbolicky se nemá dítě zábrany projevit. Dítě kreslí na papír formátu A4 a má nakreslit začarovanou rodinu tak, jako kdyby přišel kouzelník a každého z rodiny začaroval do nějakého zvířete, kt. by mu nejlépe odpovídalo, nejlépe vyjadřovalo jeho povahu. Na závěr je nutné dotazování. Obsahová interpretace musí vycházet z celkového pojetí kresby – musí tedy respektovat způsob zobrazení ostatních členů rodiny.

Test stromu (Baum test – Koch): autor považuje strom za ideálního nositele projekce, neboť strom patří k nejstarším symbolům lidstva. Základ. hypotéza testu spočívá v představě, že kresba stromu je symbolickým ztvárněním sebe sama; jedinec tak vyjadřuje v kresbě stromu svou často neuvědomovanou či nevědomou představu o sobě a o svém postoji k vnějšímu světu. prostřednictvím kresby lze diagnostikovat některé osobnostní vlastnosti. Výhodou je možnost odhalit potlačené a nevědomé stránky osobnosti, kt. posuzovaný jedinec často nechce nebo nedovede jinak projevit. Dítě kreslí tužkou na čistý list papíru formátu A4, instrukce zní „Nakresli strom, jaký chceš, jak nejlépe umíš, ale neměl by to být jehličnan nebo palma“. Po skončení se ptáme na podrobnosti, všímáme si kořenů, kmene, koruny, listů apod.. Kresbu je možné hodnotit z hlediska formy (způsobu provedení kresby), tak z hlediska obsahu. Hlavním nedostatkem této, i jiných projektivních metod, je značný důraz na subjektivitu interpretace. Takto získané informace nelze považovat za dostatečně validní, je vhodnější je akceptovat jako pouhé hypotézy, kt. je třeba ověřit pomocí jiných validních metod.

Test tří stromů (Corboz): vychází z pozorování žáků prvních tříd; většina dětí maluje stromy tři a tím do obrázku projikují vztahy mezi sebou a jeho rodiči. Dítě volí zpravidla sebe samotné a obvykle též rodiče, občas se místo rodiče objeví sourozenec, prarodič nebo někdo jiný.

13. NEUROPSYCHOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA – PRINCIPY A CÍLE, KOMPLEXNÍ NEUROPSYCHOLOGICKÉ BATERIE, LURIJOVO NEUROPSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ, TE-NA-ZO, ZKOUŠKY OBKRESLOVÁNÍ GEOMETRICKÝCH TVARŮ.

Zpočátku byla neuropsychologie zaměřena výlučně na dospělé neurologické pacienty, v posledních dvou desetiletích nárůst výzkumných prací zam. na děti. Potřeba klinické aplikace neuropsychologie dětí zejm. se zaměřením na cílenou kognitivní rehabilitaci ovšem stále narůstá. Obtížnost děts. neuropdgn – nedostatečná znalost vývoje dílčích psychických fcí (značná individuální variabilita tempa zrání).

Lokalizované strukturální léze mají tím menší důsledky, čím časněji k nim došlo. Intaktní části mozku v takovém příp. přebírají fcí struktur poškozených. Naopak léze generalizované mají tím větší vliv, čím časněji k nim došlo. Bržděn je pak celý další vývoj dítěte.

Při hodnocení výsledků organických lézí či neurologických onemocnění v časném věku mohou někt. poruchy specifických fcí zůstat nezachyceny i proto, že projevy dítěte jsou velmi málo diferencované a každá porucha dílčí fce může limitovat zvládání komplexnějších vývojových úkolů. Teprve pak v době, kdy dojde k větší diferenciaci schopností a aktivit dítěte se mohou zachované kapacity projevit a vystoupit deficiency (např. intelektově bystré dítě, ale extr. těžce pohybově postižené – obtížné dgn v předškolním věku-pokud postižena i orální motorika, tedy i řeč).

Neuropsychologická diagnostika

Cíle:

- ◆ podrobný popis souč. behaviorálního a fčního stavu dítěte, specifika dysfcí a jejich hloubka, určení *silných stránek* jako východisek pro rehabilitaci – není to jen dgn schopností, ale i poznání osobnostních a emočních charakteristik d., jeho pojetí vlastní nemoci a indiv. způsobů jejího zvládání, obranných mechanismů, specifických traumat a hodnocení rodiny dítěte i širší sociální sítě
- ◆ odhad premorbidní úrovně, včetně premorbidních osobn a emoč charakteristik d.
- ◆ formulace hypotézy o etiologii postižení (podíl vlivů biologic, psychologických či psychosociálních)
- ◆ sestavení plánu léčby a rehabilitace, úvahy o prognóze

Vyšetření

- zhodnocení celk. vývojové nebo intelektové úrovně, určení profilu dílčích intelekt. schopností a úrovně naučených dovedností (čtení, psaní, počítání, rozsah znalostí). Dále pak hodnotíme speciální schopnosti (zraková, sluch. a taktilní percepce, paměť a její typy, pozornost), schopnost integrace dílčích schopností.
- využ. jednak komplexní neurops. baterie a jednak individuálně (dle potřeby) sestavené soubory různých běžně užívaných dgn metod (test inteligence, testy školních dovedností) v kombinaci se spec. neuropsych. testy

Komplexní neuropsychologické baterie

= soubory rozsáhlé řady nejrůznějších dílčích zkoušek sestavených tak, aby bylo možné zachytit všechny případné poruchy jednoduchých (percepčních, motorických) i složitých kognitivních fcí (řešení probl, konceptualizace), podrobnější hodnocení emočních a osobnost. charakteristik d. však neumožňují

Tyto baterie jsou sestaveny a užívány dvěma odlišnými způsoby:

A. psychometrický / kvantitativní

- dítěti administrována celá baterie, administraci provádí často psych.laborant, časově náročné, neuropsycholog bývá až u hodnocení získ. skóre
- **baterie Reitanovy** – neznámější bat. pro děti – **Halstead Reitanova neuropsych. baterie** – již 30-40.léta, pro mladší, starší děti i dospělé; 6 oblastí: hodnocení vstupu - testy percepční, testy pozornosti a paměti, verbální zkoušky, testy prostorových a manipulačních dovedností, zkoušky abstrakce, logického usuzování a tvoření

pojmu, míry výstupu – motorika. Součástí i některý z Wechslerových inteligenčních souborů, u dospělých MMPI. Závěry: o míře postižení, povaze mozkové léze. Nevýhody: časová zátěž, zátěž pro pacienta, otázkou je validita u dětí

- specifické neuropsych. baterie – např. k detekci neurotoxických důsledků chem. látek
- počítač. baterie upravená pro děti CANTAB - pro děti vizuálně přitažlivé, neohrožující pocit ze situace

B. klinický / kvalitativní („lurijovský“) přístup

- z baterie jsou na základě informací o d. a na podkladě orientačního vyšetření voleny zcela individuálně pouze některé zkoušky-) prozkoumání těch oblastí chování a výkonů, které jsou dysfcií ovlivněny + aby byla porucha přesně popsána
- méně časově náročné, ale vyžaduje značnou klinickou zkušenost psychologa

- Lurijovo neuropsychologické vyšetření

- „*topická diagnostika mozkových lézí*“ - dle něj nejsou komplexní psych. fce úzce lokalizovány v jednotliv. oblastech m. kůry, ale „disribuovány“ v různých oblastech, význam každé oblasti je přitom velmi specifický -) každá lokalizovaná léze má tak za následek zcela specifický obraz poruch psych. fcií. Zkoušky jsou vytvořeny tak, aby bylo možné právě tyto specifické změny identifikovat a dospět tak k urč. typu a lokalizaci léze, je třeba použít i zkoušky odrážející i fci. tzv. sekundárních a terciárních oblastí (vyšší psych. fce)

- 10 oblastí položek – např. motorická fce, vyšší zraková fce, čtení a psaní, impresivní řeč, expres. řeč, počítání, paměť fce, intelektové fce ...

- pozdější verze – kombinace s psychometrickým př. -) částečná standardizace

- nejznámější: **Lurija-Nebraska Neuropsychical Battery** – americká úprava, kvalitativní (pozorování pacienta) i kvantitativní (hodnocení (tím je větší reliabilita, ale zase více časově náročné) -) integrace hodnocení a interpretace je především na zkušenostech neuropsychologa

- **NEPSY** – baterie lurijovského typu určená pro děti od 4 do 8 let – analogické testu pro dospělé
 - testy pozornosti, orientace, řeč, senzomotorické testy, vizuoprostorové, testy paměti a učení + důležité: info o fční adaptaci v běžném životě

Jednodimenzionální zkoušky v neuropsych. dgn.-ce

- zkoušky pozornosti
- zkoušky exekutivních fcií (vyšší centrální procesy- plánování, rozhodování, syntéza; základ pro sebeuvědomění, empatii)
- testy verbální plynulosti
- **Stroopův test** – měření verbál. procesů, odolnosti vůči zátěži v percepční obl., navíc zkouška exekutivní fce- udržení záměrné pozornosti (např. oranžově napsané slovo modrá- co je to za barvu?)
- **TE-NA-ZO** = Test nacházení známých obrázků (Mullner) – verze pro děti, dospívající i dospělé, úkolem je z 6 podobných obrázků, které se liší jen v detailech, vybrat ten, který je zcela shodný se vzorem. Měří se reakční čas a počet chyb, získáváme míru impulzivitu a míru efektivity (rychlost a účinnost zprac. info). Nároky na soustředěnost, schopnost volného řízení a přesouvání pozornosti
- **Reyova komplexní figura** – obkreslování, z neuropsych. hled. jde hlavně o organizaci postupu, i test paměti
 - paměťové zkoušky
 - retenční Bentonův test
- **testy vizuální percepce** – vnímání barev, rozlišování tvarů a předmětů, poznáv. obličejů, vnímání pohybu, hloubky, protor. orientace; jsou součástí všech neuropsych. baterií; jsou to především **zkoušky obkreslování geometrických tvarů** (Matějček) – motorika, vizuomotorická koordinace a zraková percepce – to jsou však fce nezávislé a z výkonu tudíž nelze povahu dysfunkce jasně odlišit. Dále je též možné použít test Frostigové či test Edfeldtův.
 - testy sluchové percepce, taktilní percepce, zkoušky motoriky – např. škála Oseretzského, zkoušky laterality (Matějček), testy znalostí a dovedností, zkoušky vědomostí

14. HODNOCENÍ SOCIÁLNÍCH DOVEDNOSTÍ A VZTAHŮ MEZI VRSTEVNÍKY. DEFICITY V SOCIÁLNÍCH VZTAZÍCH.

Dosažení urč. úrovně *socializace* je důležitou složkou celkového rozvoje dětské osobnosti. Faktory, mající vliv: postižení, ale i sociokult. prostředí- nepodnětné prostředí, zanedbaná výchova, týrání a zneužívání.

Metod zaměřených na hodnocení soc. dovedností dětí různého věku je velmi málo (Svoboda). Jednou z nich je rel. stará:

Vinelandská škála sociální zralosti (Doll, 30.léta): tvoří ji okruhy různých pozorovatelných aktivit, kt. slouží k orientačnímu posouzení úrovně sociálních kompetencí. Škálu tvoří soubor položek, rozdělených do 8 kategorií, kt. jsou všechny nějakým způsobem zaměřeny na posouzení samostatnosti a soběstačnosti jedince. Hodnocení dovedností může vycházet z pozorování reálných projevů posuzovaného dítěte, pokud to není možné, lze použít informace získané od osoby, kt. dítě zná. Základem hodnocení je posouzení míry úspěšnosti v každé položce. Hodí se pro diagnostiku dětí nějak postižených.

- poslední revize – 80.léta USA (subškály : komunikace, běžné dovednosti, socializace, motorické schopn., adaptivní chov., maladaptivní chov.)

ADOR: „*adolescent o rodičích*“, zjišťuje postoje, jednání a výchovné postupy rodičů očima pubescenta či adolescenta. Zjištěny byly tyto faktory: pozitivní zájem vs. hostilita, direktivnost vs. autonomie, nedůslednost. Cenné informace poskytuje test v situacích rodinných konfliktů, napětí, rozvratu, při rozvodové situaci. Výsledky jsou cenné i při diagnostice poruch chování, neurotických obtíží, výchovných problémů, školních obtíží. Vztahy k rodičům a vrstevníkům se také odrážejí ve výsledcích testu. Testový materiál je tvořen 2 dotazníky – jeden se týká otce a druhý matky. Odpovídají ANO- NE.

SOCIOMETRICKÝ RATINGOVÝ DOTAZNÍK (SORAD): sociometrická technika (autorem je Hrabal), kt. slouží k diagnostice mezilidských vztahů a z toho vyplývající atmosféry v malé sociální skupině. Posuzovaná skup. musí být přesně vymezena, lze posuzovat libovolný počet jejích členů, je třeba, aby všichni chápali hodnotící kritérium stejně, hodnocení je tajné, aby se posuzovaní vzájemně neovlivňovali. SORAD poskytuje informace o osobnosti a jejím začlenění ve skupině. Každý jedinec hodnotí ostatní členy skupiny podle vlivu, sympatie a náklonnosti. výsledek: sociogram/matrice

Deficity v sociálních vztazích

Deficity v sociálních vztazích bývají důsledkem různých prožitých stresů nebo traumatických událostí, se kterými se musí dítě vyrovnat. Speciální skupinu tvoří děti ohrožené prostředím, kterým se nedostává přiměřeného uspokojení tělesných nebo psychických potřeb nebo které jsou týrány či zneužívány.

Neadekvátní péče o dítě má řadu forem:

- týrání dítěte* – tělesné (úmyslné fyzické násilí na dítěti), emoční (nadměrná kritika, výsměch, ponižování atd.)
- zneužívání dítěte k uspokojení vlastních potřeb* – sexuální (kontaktní, bezdotykové), do této skupiny patří zneužívání dítěte k věku nepřiměřené práci, ekonomické zneužívání a Münchhausenův syndrom v zastoupení
- zanedbávání dítěte* – v otázkách výživy, hygieny, nedostatečného dohledu či zdravotní péče, vystavování dítěte stresovým situacím nebo nebezpečí doma, zanedbávání vzdělání a kulturních potřeb
- psychická deprivace* (emoční a podnětová) – dlouhodobý nedostatek uspokojení potřeby lásky, vřelého intenzivního vztahu a dostatečného přísunu přiměřených podnětů z prostředí

Diagnostické postupy v případech podezření na špatné zacházení s dítětem

V rozhovoru mají děti často snahu špatné zacházení popírat nebo je minimalizovat, ze strachu před trestem či dalším týráním nebo ve snaze chránit rodiče, k nimž mají přes to všechno silný vztah. Někdy děti vnímají dokonce

tresty jako zasloužené. U menších dětí bývá vhodné nechat dítě přehrát proběhlou událost s panenkami. Negativní zážitky bývají často projikovány do hry, do příběhů k obrázkům **TAT** i do ostatních projektivních metod.

Výpovědi dětí bývají často nekonzistentní a v mnohém si odporují. I přes to, že týrání ohlásí sami, výpověď několikrát pozměňují ze strachu z odmítnutí. Úkolem psychologa není potvrzení nebo vyloučení týrání či zneužívání, ale posouzení věrohodnosti výpovědi a diagnostiku osobnosti, zachycení možných následků ubližování, posouzení sociálních vztahů dítěte a navržení optimálního opatření. Vyšetření by mělo obsáhnout celou rodinu.

Nutné je se zeptat na traumatickou událost přímo. Často není jisté, že jde o týrání, jde jen o podezření, neboť dítě do poradny přichází s něčím naprosto jiným – problémové chování atd.. Dítěte se ptáme na výchovné postupy v rodině a užívání trestů v rodině, na jiné děti – jestli zná někoho komu je ubližováno a pak se zeptáme přímo jeho. Rodiče bývají většinou v obranném postoji, jejich popis události bývá neurčitý, rozporuplný, jsou úzkostní a nejistí, vůči dítěti projevují ambivalentní postoje. Rozhovor by měl být veden citlivě, taktně, aby byla možná další spolupráce.

Při samotné diagnostice sexuálního zneužívání se používá kresba, přímé pozorování, rozhovor a jiné projektivní techniky, dále metody specifické – hra s anatomicky přesnými panenkami. Důležité je naučit se rozumět slovníku dítěte, od rodičů si nechat vyložit slova pro označení pohlavních orgánů a sexuálních projevů užívaná v rodině.

Další metody sloužící diagnostice sociálních vztahů – dotazníkové metody nebo posuzovací škály k hodnocení **sociální opory, scénotest, kresebné techniky.**

15. DIAGNOSTIKA RANÉHO VÝVOJE

Diagnostika raného vývoje

Jako raný vývoj lze chápat věk do tří let, tedy kojence a batolata. Je to období velmi rychlého vývoje – v tomto období se dítě rozvine po všech stránkách tak, jako už později v životě nikdy. Vlastní diagnostika nejmenších dětí vyplývá z charakteristických znaků této životní etapy: nediferencovanost psychiky, neschopnost záměrně se soustředit, spolupracovat, verbálně komunikovat, značná závislost psychických projevů na somatickém zdraví a na motorice, na celkové kondici, na fázích bdění atd.

Hlavními metodami je pozorování dítěte v jeho přirozených podmínkách a použití vývojových škál (zahrnují pozorování vymezených prvků chování). Obojí přístup má postihnout hlavně zrání (maturaci), méně pak učení. Odlišit však tyto dva procesy ve vývoji dítěte lze jen velmi stěží (zrání totiž probíhá normálně pouze při splnění jak vnitřních podmínek, tak za přiměřené vnější stimulace = učení). U takto malých dětí probíhá od prvních dnů sociální učení.

Cílem rané diagnostiky není určení intelektových schopností, ale spíše hodnocení celkové neuromotorické zralosti dítěte či posouzení funkční zralosti a integrity CNS. Důraz je kladen na včasné zachycení vývojových poruchy či smyslových a motorických defektů.

Psycholog se setkává s takto malými dětmi v mnoha zařízeních a v mnoha souvislostech:

1. *kojenecké ústavy* – smyslem vyšetření je upřesnění celkové diagnózy, stanovení výchovných postupů pro zmírnění deprivace a posouzení nevhodnější formy NRP pro jednotlivé děti
2. *hospitalizované děti útlého věku* – psycholog vyšetřuje děti vesměs na požádání lékaře; velmi často se setkává s projevy separační úzkosti, vzpoury, apatií a jinými formami reakce na odloučení od matky a rodiny; psychologické vyšetření může pomoci objasnit etiologii nemoci, vliv rodinného prostředí na nemoc, zachytit dynamiku nemoci a může rodiče poradensky vést atd.; psycholog se může také setkat s případy podezření na týrání, těžké ublížení na zdraví a hluboké zanedbání v těžce dysfunkčních rodinách
3. *děti odeslané k psychologickému vyšetření obvodním lékařem* – odeslány jsou pouze děti s těžším intelektovým defektem nebo s hlubokou deprivací
4. *děti svěřené do adopce a pěstounské péče* – co se týče rodin s adoptovaným dítětem, není psychologická péče „povinná“, rodiče nemusí s dítětem žádná vyšetření absolvovat – psycholog se může zabývat: sledováním rodičovských postojů k přijatým dětem, problémy vzájemné adaptace, seznamováním dítěte s jeho původem, vytvářením identity přijatého dítěte atd.; u dětí v pěstounské péči je to jiné, tam je psychologické sledování „povinné“ (něco jako metodické vedení a odborná pomoc), psycholog plní funkci poradenského vedení – na začátku by měl navštívit rodinu doma, aby nahlédl do systému rodinných vztahů, je však dobré znát anamnézu rodiny, aby mohl cíleně působit

Předpoklady úspěšné diagnostiky dětí raného věku

- teoretická znalost zákonitostí psychického vývoje v útlém věku
- znalost norem jednotlivých věkových období a šíře intraindividuálních odchylek
- prostudování manuálů testových příruček
- psycholog by se měl seznámit s problematikou oboru, v němž pracuje – jednotlivé obory medicíny a problematika deprivace
- vlastní praktická zkušenost s dětmi získaná pozorováním, navazováním kontaktu, hrou atd.

Postup při vyšetření dětí raného věku

Toto je pouze přehled hlavních metodických zásad, kterými si psycholog musí pohotově a tvořivě doplnit a přizpůsobit podle podmínek konkrétního případu.

- ♦ *seznámení s anamnézou* – má předcházet vyšetření, umožňuje připravit si vhodný postup, metodu i celkové zaměření, a tím být během vyšetřování přirozenější a uvolněnější – roztržitým vypyptáváním psycholog ztrácí autoritu
- ♦ z chování dítěte usuzujeme na jeho dispozice, citové vztahy, jeho myšlení atd., je *nutno brát zřetel na situaci dítěte*, a mít na paměti, že vývojovými škálami zjišťujeme běžné formy chování ve známém prostředí dítěte; navíc malé dítě nelze motivovat k maximálnímu výkonu, nejde o výkonový test;

- ♦ *přítomnost mateřské osoby* – ta je u vyšetření tak malých dětí potřebná a signifikantní z mnoha hledisek; je dobré si všimnout chování matky k dítěti (výchovné schopnosti, ochranné chování, projevy zájmu apod.)
- ♦ *průběh vlastního vyšetření* – metodický postup se u jednotlivých věkových skupin liší, ale v základu jde o to, zdárně navázat kontakt, vytvořit a udržet zájem dítěte o testový materiál a o spolupráci s námi a všechny své kroky přizpůsobovat dané situaci a potřebám každého jednotlivého dítěte, vycházet mu citlivě vstříc, ne však na úkor objektivitě výsledků; provádí se jen ten nejn nutnější záznam.

Zvláštnosti vyšetřování malého dítěte

- ♦ důležitý je optimální fyzický stav dítěte
- ♦ důležité je navázání kvalitního kontaktu s dítětem (překonat jeho strach z cizích lidí, dát mu dostatek času, nechat ho zpočátku u matky)
- ♦ vyšetření je prováděno vždy v přítomnosti matky

VÝVOJOVÉ ŠKÁLY

Brazeltonova škála chování novorozence: škála je určena k hodnocení chování dítěte od narození do věku 30 dnů, jednotlivé položky hodnotí 4 dimenze chování:

5. interakční chování – schopnost dítěte odpovídat na sociální podněty + reakce na podněty zrakové a sluchové
6. motorika – schopnost dítěte podržet přiměřený tonus, kontrolovat motorické projevy a integrovat je
7. organizace chování z hlediska řízení behaviorálních stavů – habituace dítěte na různé podněty ze spánku, dráždivost dítěte atd.
8. organizace chování z hlediska fyziologické stability v odpovědi na stresové podněty – odpovědi na třes, úlekové reakce či změny barvy kůže

Spící dítě je nejprve 2 min pozorováno -> jsou hodnoceny jeho reakce na sluchové a zrakové podněty v době spánku -> je vzbuzeno a examinátor provádí stimulaci. Jsou pozorovány obranné reakce, novorozenecké reflexy a další projevy.

Neurobehaviorální hodnocení nedonošeného dítěte dle Kornerové: metodu lze použít od 32. týdne od početí. Metoda zahrnuje průběžné hodnocení behaviorálních stavů (spánek, ospalost, bdění a pláč), vyšetření několika neurologických položek (vývoj pohybu a jejich síly atd.) a hodnocení orientace na zvukové, zrakové a komplexní podněty. Vedle toho se hodnotí rozsah a kvalita pláče, spontánní pohyby, odpovědi na manipulaci a stimulaci dítěte.

Gesellovy vývojové škály: nejrozšířenější obecná vývojová metoda. Na základě pozorování a analýzy filmových záznamů chování dětí sestavil vývojové tabulky určující charakteristické chování dětí pro každý vývojový stupeň a určil základní principy časného vývoje. Za hlavní faktor raného vývoje považoval **maturaci** (pro rozvoj jednotlivých dovedností je nejdůležitější podmínkou dostatečná úroveň zralosti). Vývoj chování postupuje v zákonitě sekvenci, kdy je urč. stupeň dosažené zralosti nutným předpokladem pro objevení nových forem chování. Vývojové sekvence v každé oblasti chování jsou u všech dětí stejné, ale tempo vývoje různé. Účelem vyšetření je zmapovat vývoj dítěte v jednotlivých oblastech (sociální dovednosti, emoční stabilita, frustrační tolerance aj.) a povahu vztahů dítěte k rodičům. Položky testu jsou rozděleny do 5 oblastí: *adaptivní chování* (vývoj zrakového vnímání, vývoj permanence objektu, vývoj kresby), *hrubá motorika* (vývoj sezení, lezení, zvedání hlavičky), *jemná motorika* (jemná pohybová koordinace při manipulaci s předměty, kvalita úchopu), *řeč* (viditelné a slyšitelné formy komunikace, porozumění gestům a řeči druhých lidí), *sociální chování* (posuzováno je postupné získávání různých soc. návyků – krmení, oblékání, hygiena). Vyšetření začínáme na věkové úrovni odpovídající chronologickému věku dítěte. **Klíčové věky** – je období, v němž jsou urč. podstatné vzorce chování nejvýraznější nebo období, kdy se urč. chování mění v jiné, složitější. **Zóna zralosti** – delší vývojové období, které je určující pro počáteční pozici dítěte při vyšetření i pro celkovou doporučenou sekvenci postupu vyšetření (zóna lehu na zádech). **Bazální věk** – úroveň, na které dítě všechny úkoly splnilo, **strop** – úroveň, nad kterou již dítě žádný z úkolů adekvátně nesplní. Vývojová úroveň dítěte je stanovena na základě rozložení splněných a nesplněných položek. Závěrem je určení celkového vývojového kvocientu jako odhadu celkového intelektového potenciálu. Celkový vývojový kvocient = (celkový vývojový věk : chronologický věk) × 100.

Škály Nancy Bayleyové: 2 základní škály (mentální a motorická) - jde o sérii úkolů se vzrůstající obtížností, hrubé skóre je pak převedeno na mentální vývojový index a psychomotorický vývojový index. Škála je rozdělena do 3 částí, které se vzájemně doplňují: *mentální stupnice* (zachycuje percepční bystrost, vokalizaci, počátky řeči, řešení jednoduchých problémů), *motorická stupnice* (zahrnuje koordinaci velkých svalových skupin, tedy hrubou motoriku i jemnou motoriku). Poslední částí škály je *záznam o chování* dítěte, charakterizující dítě spíše kvalitativně v oblastech jako aktivita, zájem, pozornost....

16. DIAGNOSTIKA PŘEDŠKOLNÍHO DÍTĚTE

Diagnostika předškolního dítěte (3 – 6 let)

Vývojové charakteristiky předškolního věku značně determinují strukturu a meze diagnostického procesu. Na počátku tohoto období už dítě umí bezpečně chodit a pohybovat se kdekoli. Motorické schopnosti se však budou i nadále zdokonalovat (skákání, chytání míče, lezení po žebříku atd.). Jemná motorika prodělá prudkou akceleraci (tužkou napodobí směr čáry a nakreslí kolečko ->křížek -> čtverec -> trojúhelník). Vývoj kresby - ve 4 letech kreslí člověka jako „hlavonožce“, v 6 letech dovede zachytit již všechny podstatné detaily. Rychlý rozvoj zaznamená i řeč, přibývá slov ve větě, roste používání souvětí. Přibývá i vědomostí o okolním světě. Dovede říci své jméno, zná své pohlaví, rozezná barvy, učí se básničky a říkanky. Předškolák si začíná vytvářet vnitřní kontrolu chování (pocit viny a svědomí).

V praktické diagnostice to znamená, že dítě již má schopnost navázat smysluplný verbální a sociální kontakt. Přesto dobrá kooperace závisí stále silně na psychologovi, musí dítě získat a usilovat o stabilitu jeho zájmu. Není dobré provádět skupinové testování, důraz je kladen na dyadickou interakci. Předškolák nechápe podstatu testování, chybí mu tedy zájem o správnost či přiléhavost jeho výkonu (egocentrické myšlení – nepřizpůsobuje odpovědi představám druhých). Zvláštnosti myšlení a prožívání předškoláka, by u staršího školáka znamenaly patologii.

Při interpretaci chování předškoláka, musí být brána v úvahu silná situační proměnlivost – chování se rychle mění. Možnost omylu snížíme opakovaným testováním, srovnáním s projevy dítěte doma, v kolektivu a v poradně. Dítě je možno většinou vyšetřit bez přítomnosti rodičů. Prostředí poradny by mělo být příjemné, ne však přeplněné lehce dostupnými hračkami. Testové vyšetření se snažíme prezentovat jako formu hry. Neustále si s ním povídáme, o jemu blízkých záležitostech, čímž prohlubujeme důvěru (jestli doma maluje, jaké má knížky, kostky, auta apod.), tím také mnoho zjistíme.

Přestože jsou administrace i vyhodnocení testových metod poměrně jednoduché, jejich interpretace a predikce chování bývá obtížná a problematická.

Mezi obtížně diagnostikovatelné děti patří:

- a) *hyperaktivní dítě* – je problém udržet soustředění a delší spolupráci, je dobré nabízet zpočátku zajímavé položky, odstranit z okolí rozptylující podněty a povolit odreagování při hře
- b) *negativistické dítě* – nemá se zvyšovat nátlak, nesnažit se o konverzaci za každou cenu, spíše nabídnout hru a postupně přejít na činnost
- c) *úzkostné dítě* – rychleji se uklidní při konkrétní činnosti – při hře i testech – než domlouváním a vysvětlováním
- d) *nemluvící dítě* – příčinou může být emoční zábrana (mutismus), v tom případě se doporučuje začít s performačními činnostmi a v komunikaci využít „mluvících“ maňásků aj. hraček; pokud dítě nemluví z důvodu komunikativních poruch, je nutné dát najevo akceptaci a srovnávat výsledky verbálních a neverbálních schopností jen velmi opatrně

17. DIAGNOSTIKA ŠKOLNÍCH SCHOPNOSTÍ A ŠKOLNÍHO VÝKONU – PARCIÁLNÍCH PORUCH UČENÍ

Diagnostika školní zralosti

Školní zralost vyjadřuje vnitřní předpoklady dítěte (psychické), které jsou podmíněné úzce biologickým a zdravotním stavem. Je vymezována jako dosažení takového stupně vývoje, kdy je dítě schopno se zúčastnit školního vyučování. Pedagogika užívá raději termínu *přípravenosti na školu* či *školní způsobilosti*, ten vyjadřuje přípravu dítěte v rodině a v mateřské škole na roli školáka, ne tedy pouze příprava rozumová, ale výchova urč. návyků a vytváření kladného vztahu ke škole.

Diagnostika školní zralosti značí určení těch vlastností, schopností a dovedností, kt. bude dítě potřebovat pro optimální zařazení do vyučovacího procesu. Kern a kol. rozeznávají 3 hlediska školní zralosti:

- a) oblast rozumová (kognitivní schopnosti a IQ, percepční schopnosti, paměť, učení, verbální vyjadřování, pozornost, koncentrace, vizuomotorika, všeobecné vědomosti, realistické chápání světa) = **kognitivní zralost**
- b) oblast citová (kontrola afektů a impulsů, úkolová zralost, přiměřené sebevědomí, motivace) = **citová zralost**
- c) oblast sociální (zařazení mezi vrstevníky, separace od matky, podřízení se autoritě, samostatnost, sociální návyky) = **sociální zralost**

Posuzování školní zralosti probíhá obvykle ve dvou etapách. Screening provádějí školní lékaři, učitelky MŠ či elementaristky při zápisu dítěte do školy. 2.etapa nastává při výskytu pochybení či problémů, kdy dochází k podrobnějšímu vyšetření v PPP.

K nejnámějším a nejužívanějším testům školní zralosti patří:

Česká verze Kernova testu, vypracovaná Jiráskem, **Orientační test školní zralosti**: obsahuje 3 úkoly: kresbu mužské postavy, napodobení psacího písma a obkreslení skupiny bodů. Každý úkol je hodnocen 1-5 body. Celkový skór udává přibližnou míru zralosti.

Obrázkově-slovníková zkouška (Kondáš): zjišťuje slovní zásobu a pohotovost u dětí před vstupem do školy. Materiál testu tvoří 30 barevných obrázků, na nichž jsou zobrazeny různé věci, zvířata i činnosti (pes, strom, člověk skákající do vody). Úkolem je sdělit, co je na obrázku. Zkouška je určena k hodnocení kvality pasivního slovníku, tj. znalostí názvů určitých konkrétních objektů či situací. Za každou správnou odpověď získává bod, celkový součet představuje hrubý skór převáděný pomocí percentilových tab. na vážený skór. Pro kvalitativní hodnocení je vhodné analyzovat položky, kt. dítě nedokázalo pojmenovat. Test je vhodný pro hodnocení slovní zásoby dětí výchovně zanedbaných, z jiné jazykové oblasti či mentálně postižených.

Reverzní test (Edfeld): pomocí něj lze zjistit úroveň zralosti zrakového vnímání dítěte, jeho schopnost diferencovat obrácené a otočené tvary (nahore-dole, vpravo-vlevo) a drobné tvarové rozdíly detailů obrazce. Součástí testu je testovací sešit s dvojicemi různých obrazců – dítě má označit ty dvojice obrazců, kt. se nějakým způsobem liší (nejsou stejné). Za každou správnou odpověď získá 1b, na základě celkového počtu bodů lze určit, na jaké vývojové úrovni je zraková percepce dítěte. Test může být užitečný pro posouzení školní zralosti, pro diferenciální diagnostiku specifických poruch učení a pro vyšetření dětí s ADHD syndromem.

Vývojový test zrakového vnímání (Frostigová): slouží k hodnocení úrovně zrakového vnímání dětí. Metoda je členěna do 5 subtestů, kt. měří dílčí schopnosti: **vizuomotorickou koordinaci** (spojování bodů), **vnímání figury-pozadí** (dítě má hledat urč. obrazce překryté pozadím vzrůstající komplexnosti), **konstantnost tvaru** (dítě má rozeznat urč. geometrické tvary, kt. se liší velikostí, odstínem, vnitřním vzorkem a polohou v prostoru), **polohu v prostoru** (dítě má rozlišit, kt. tvary jsou obrácené a otočené), **prostorové vztahy** (dítě má obkreslit urč. geometrické tvary, kt. jsou zakresleny do soustavy teček). Všechny dílčí schopnosti, kt. jsou nezbytné pro splnění testových úkolů, jsou potřebné i pro školní práci. Test je zaměřen na posouzení školní zralosti a pro diferenciální diagnostiku specifických poruch učení.

Vinlandská škála sociální zralosti: obsahuje 36 položek týkajících se chování, kt. může psycholog posoudit na základě informací od rodičů či vychovatelů. Jednotlivé položky sledují 8 kategorií sociálního chování – soběstačnost, jídlo, oblékání, samostatnost, zaměstnání, komunikace, motorika, sociální začleněnost.

STAI (State Trait Anxiety Inventory): dotazník zaměřený na diagnostiku úzkosti, test rozlišuje mezi aktuálním psychickým stavem úzkosti a mezi trvalým osobnostním rysem, nazývaným „úzkostlivost“.

Dotazník životní spokojenosti (ŽIS) (Knobloch): zabývá se 20 okolnostmi, kt. mohou přispívat ke spokojenosti či nespokojenosti jedince. Vyšetřovaná osoba označuje počet nepříznivých okolností, kt. se v jejím životě vyskytují a jejich intenzitu. Součástí je rovněž samostatná 6-ti bodová stupnice, na níž má subjekt globálně vyjádřit svůj názor či odhad své celkové životní spokojenosti.

Autoportrét: jde o 5 stručných popisů různých lidských sklonů, potřeb, zálib a způsobů chování. Vyšetřovaný jedinec má označit na 7-bodové škále, jak jsou pro něj jednotlivé popisy charakteristické.

Tennessee self concept scale (Fitts): vychází z fenomenologického přístupu k „já“. Jedná se o 100-položkový dotazník měřící obsahové stránky sebepojetí a míru sebekritičnosti. Obsahuje 3 aspekty vztahu k sobě: kognitivní (kdo jsem), emocionální (jak jsem se sebou spokojen), behaviorální (jak se chovám).

Rosenbergova self esteem scale: desetipoložková škála měřící globální vztah k sobě, původně pro adolescence, dnes pro širší populaci.

Test inkonzistence rolí (TIR): metodu tvoří 8 totožných sad posouzení čl. formou sémantického diferenciálu. 4 hodnocení vypracovává muž (manžel), a to jako sebehodnocení, hodnocení manželky, ideální manželky a nakonec jak si myslí, že je sám percipován manželkou. Totéž udělá i žena (manželka) a tím se zjišťují diskrepance mezi posouzeními obou.

MPI – Maudsley Personality Inventory (Eysenck): dotazník není zaměřen na klinické problémy, je vhodný pro aplikaci v nejširší populaci. Měří 2 základní osobnostní faktory – neurotické tendence a extraverci. Na otázky může osoba odpovídat ano-ne, nevím.

IHAVEZ (Mikšík): zjišťuje psychickou odolnost vůči působení stresogenních vlivů a odhaluje strukturu osobnostních proměnných, na nichž závisí kvalita interakčního chování jedince. Dotazník se skládá z mnoha tvrzení, u nichž testovaná osoba vyjadřuje souhlas nebo nesouhlas.

SUPOS (Mikšík): dotazník struktury a dynamiky aktuálních psychických pocitů a stavů.

Cornell Index: obsahuje položky zjišťující všeobecné zdravotní a psychiatrické údaje, např. potíže zraku, sluchu, dýchání, úzkostnost, napětí atd.

Test rodinného zázemí: nejde o standardizované testy, jedná se o příručku pro hodnocení péče o dítě a pro hodnocení problémů, kt. z této činnosti vyplývají. Jsou to škály zprávy, dotazníky a formuláře, kt. vyplňuje buď osoba pečující o dítě nebo poradce.

Brněnský osobnostní dotazník horizontální BOD(h) (Kratochvíl): nestandardizovaný osobnostní dotazník s možností volby mezi více tezemi. Kromě volby z nabízených možností se osobě nechává možnost doplnění, úpravy nebo připsání vlastní formulace, kt. by byla výstižnější. Horizontální proto, neboť se snaží postihnout aktuální stav × vertikální – postihuje osobnost v jejím vývoji. Př. položek – temperamentové položky, položky týkající se charakteru, potřeb a zájmů, schopností a nadání atd.

Inventář poruch chování (CBCL): sestává ze 6 škál: sociální uzavřenost, deprese, poruchy spánku, somatické problémy, agrese a destrukce. Zde mají posoudit chování dítěte rodiče, avšak nástroj má i 2 přidružené formy, a to pro učitele a pro samotné zkoumané osoby.

16-ti faktorový dotazník 16 PF: proband má možnost u jednotlivých položek vybrat ze 3 variant odpovědí (ano-něco mezi-ne apod.). Pro každý faktor je určeno 9-13 položek, jeden z faktorů není osobnostní - jedná se o faktor obecné inteligence. Př. faktorů – emoční instabilita-stabilita, nízká inteligence-vysoká inteligence, submisivnost-dominance atd.. Od primárních faktorů byly pomocí FA odvozeny faktory druhého řádu, kt. jsou obecnějšími, širšími dimenzemi (f. extraverte, f. úzkosti, f. pathemia-cortertia, f. nezávislosti). Používán při volbě povolání u středoškoláků, při výběru pracovníků, v dopravě apod.

Eysenckův osobnostní dotazník (EOD): jeho nejrozšířenějším dotazníkem je **EPI (Eysenck personality inventory)**, kt. má několik výhod oproti MPI. EPI je nástroj popisující vnější projevy chování testované osoby. Obsahuje otázky měřící extraverci, neurotické tendence a stupnici lži čili verifikační škálu (L), kt. kontroluje výpovědi ve smyslu sociální žádoucnosti. EPI byl upraven a vydán pod názvem EOD. Další vývoj Eysenckových dotazníků přinesl jejich rozšíření o dimenzi psychotismu – **PEN Inventory**. Vyústěním jeho práce byl **Eysenck Personality Questionnaire (EPQ)** – v těchto testech se odráží jeho rozšířené pojetí osobnosti, kt. charakterizuje 4 dimenzemi – E-I, neuroticismus, psychotismus, inteligence. Objevila se kritika týkající se konstruktu psychotismu, Eysenck se pokusil nedostatky upravit a publikoval revidovanou verzi **EPQ-R**. Eysenck zveřejnil se svými spolupracovníky ještě **Dotazník impulzivitu (IVE)** – měří impulzivitu, považovanou za důležitý faktor osobnosti.

Osobnostní inventář KUD: slouží k rychlé orientaci o základních dimenzích osobnosti normálního jedince. Na základě hodnocení psychologů bylo vytvořeno 5 bipolárních dimenzí, kt. označují podstatné vlastnosti osobnosti: aktivita-pasivita, stabilita-labilita, dominance-submise, racionálnost-smyslovost, extraverte-introverze. Inventář obsahuje položky, formulované jako výpovědi, s nimiž osoba buď souhlasí nebo nesouhlasí.

Temperamentově zaměřenostní dotazník (TEZADO): zjišťuje 9 dimenzí osobnosti, - emotivita, aktivita, primarita-sekundarita, šíře pole vědomí, polarita, avidita, smyslové zaměření, citlivost, rozumové zaměření. Obsahuje položky, z nichž každá popisuje situaci nebo chování a prožívání v protikladových dvojicích, osoba vyjadřuje souhlas nebo nesouhlas.

Orientační inventář: analyzuje, jaké druhy uspokojení a odměňování si osoba nárokuje a hledá. Existují 3 druhy pocitu uspokojení: 1) udělat jistou práci a dokončit ji, 2) dobře si rozumět se spolupracovníky, 3) získat uspokojení. Inventář obsahuje tvrzení, týkající se názorů a postojů, osoba vybere ze 3 možností tu, kt. považuje za nejvíce a nejméně odpovídající. Získáme 3 skóry - zaměřenost na sebe, zaměřenost na interakci, zaměřenost na úkol.

Mapa osobnosti (Zawadzki): je tvořena souborem posuzovacích stupnic, týkajících se temperamentu, citů, vůle, charakteru, postojů k životu a sobě, zájmů apod.. Kromě umístění odhadu na stupnici může posuzovatel vyjádřit, jak je posuzovaný projev determinován situačně nebo zda se mění bez vnější příčiny.

Hamiltonova posuzovací stupnice deprese: obsahuje položky týkající se depresivní symptomatologie. Stupnice se používá ke sledování změn v psychice pacienta, a to v urč. časových intervalech. Intenzita symptomu se hodnotí na 3-bodové škále a součet hodnot jednotliv. položek udává celkový skór deprese.

Metoda zjišťování životního stylu (P-I-L): metoda vychází z Franklovy koncepce potřeby životního stylu. Pokud tato potřeba není saturována, dochází k existenciální frustraci. Sestává z několika stupnic, na kterých se testovaná osoba sama posuzuje. Zakroužkovaná čísla dávají výsledný skór, jehož výše ukazuje na míru pocitu životního smyslu - nízký skór je známkou frustrace.

D 48 Domino (Anstey): neverbální zkouška obecné inteligence, určená pro individuální i skupinové použití. Úkolem dítěte je ke každé skup. kostek domina stanovit počet teček na poslední kostce, která je neúplná. Výsledky se hodnotí podle kulturní úrovně zkoumaných osob, kromě obecné inteligence zjišťuje i úroveň mentální deteriorace.

Krátký verbální inteligenční test (KVIT) (Anger): individuální i skupinový test, kt. má 2 paralelní formy obsahující 20 slov a 4 kresby, úkolem osoby je najít ke každému slovu kresbu, kt. se k němu nejvíce hodí, výběr slov i kreseb umožňuje dospět k jednoznačným závěrům.

Kreatos (projekční kresebný test kreativity a osobnosti): úkolem subjektu je dokreslit neúplné figury, které jsou používány jako stimulační podněty, do smysluplné kresby a kresbu označit zajímavým názvem, případně vysvětlivkami. Má obrázky dokreslit tak, jak si myslí, že by to bylo nejlepší a jak by to nikdo jiný neudělal. Nakonec má každou kresbu i název oznámkovat (1-5). Hodnocení je tvořivost figurální (originalita obsahu) a tvořivost sémantická (originalita názvů kreseb). Test je určen hlavně k projektivní diagnostice osobnosti. Cílem je posouzení temperamentových vlastností, zájmové zaměřenosti a některých rysů osobnosti, kt. se mohou projevit v kresbě.

Paměťový test učení (Preiss): osobě je prezentována skupina slov, má se pokusit si je zapamatovat, poté je mu prezentována další skupina slov a znovu je vyzván, aby si je zapamatoval. Nakonec se vrátí k první skupině slov i k druhé skupině slov.

Paměťový test verbálního učení: zkouška je zaměřena na bezprostřední vybavení slov, kt. jsou dítěti předčítána. Vždy jsou probandovi přečtena slova z urč. sady, kt. má opakovat a některá z nich poté opakuje po urč. časovém odstupu. Metoda obsahuje 3 sady 15 obecně známých slov. Předpokládá se, že úroveň paměťových výkonů by měla v průběhu jednotliv. pokusů vzrůstat. Sečtením správných odpovědí získáme hrubý skór krátkodobé verbální paměti.

Guilford test: Guilfordův test sestává ze 2 částí – v první je probandovi předložen seznam slov, k nimž má vytvořit nějaký příběh, kt. ho napadne, v druhé části jde o doplňování nedokončených kreseb.

Test koncentrace pozornosti: jedná se o korekturní test, při jehož administraci má proband porovnávat levý a pravý sloupec, v němž jsou uvedeny různé znaky či písmena, číslice a jiné znaky. Tyto podněty se v jednotliv. řádcích od sebe poněkud liší a proband má pravý sloupec opravovat podle vzoru levého sloupce. Test měří psychomotorické tempo, správnost psychomotorického výkonu, sklon k chybným výkonům, psychické tempo, chybovost, inteligenční úroveň i některé osobnostní rysy.

Stroopův Color- Word Test (CWT) - Test percepční zátěže: metoda vhodná ke zjišťování percepční zátěže, resp. odolnosti vůči psychické zátěži. Testový materiál tvoří 3 tabulky: na první jsou černě natištěna slova označující barvy (zelená, červená, modrá, žlutá), druhá tabulka obsahuje barevné obdélníčky v uvedených 4 barvách, na třetí tabulce je 100 slov označujících barvy, avšak slova neodpovídají barvě, kterou jsou vytištěna. Test má 4 subtesty, řazené podle obtížnosti – v prvním je úkolem co nejrychleji přečíst slova na první tabuli (S skór, ukazatel osobního tempa); ve druhém má co nejrychleji vyjmenovat barvy všech obdélníků na druhé tabuli (F-skór, faktor percepce); ve třetím subtestu má osoba vyjmenovat co nejrychleji barvy, jimiž jsou vytištěna jednotlivá slova na třetí tabulce (SF-skór, skór percepční zátěže); 4. subtest – osoba má na 3. tab. střídavě číst význam slova a barvu, kt. je slovo vytištěno (SFS-skór, skór zvýšené zátěže). Výkon je posuzován z hlediska času i počtu chyb.

Orientační test dynamické praxe (OTDP): test zaměřený na identifikaci dětí s nějakým motorickým opožděním. Test se skládá z položek zaměřených na přesnost pohybů rukou, nohou, jazyka. Dítě napodobuje urč. pohyby, kt. mu examinátor předvádí. Při prezentaci úkolu je nutné vyhnout se podrobnější verbální instrukci, test klade důraz na napodobení předvedeného pohybového úkonu. Výsledky lze hodnotit kvalitativně, analýzou nesplněných položek, tedy vymezit postižené oblasti motoriky. Hodí se pro vyšetření školní zralosti a pro diagnostiku motoricky postižených dětí.

Obrázkový inteligenční test (J.A.Stuart): jde o krátký neverbální test, kt. obsahuje 3 typy úkolů: *eliminace* (vyločení obrázku, kt. k ostatním logicky nepatří), *řady* (vyžadují pochopení logické následnosti nebo principu střídání), *obrázkové analogie*. Kromě schopnosti neverbálního úsudku vyžaduje i dostatečnou zralost vizuální percepce. Je použitelný dětí s poruchami řeči a poruchami motoriky.

18. DIAGNOSTIKA MENTÁLNÍ RETARDACE.

Mentální retardace je závažná porucha inteligence, která je podmíněná vnitřními biologickými faktory a je trvalého charakteru. Jde o postižení vývoje rozumových schopností, které je vrozené nebo časně získané a které podmiňuje i významné omezení adaptivního fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí.

K diagnóze nestačí pouze slabý výkon v testech inteligence, ale dítě či dospělý musí současně selhávat i v plnění věku přiměřených očekávání ve všem soc. prostředí. (Z tohoto hlediska proto nelze označit např. mnohé z romských dětí s nižších IQ než 70)

Dělení MR

lehká MR – IQ 50-69
středně těžká MR – IQ 35-49
těžká MR – IQ 20-34
hluboká MR – IQ pod 20

Zařazení jednotlivého dítěte do některých z uvedených stupňů je nikdy neřídí jen okamžitým výsledkem jednoho int.testu, ale musí vycházet z komplexního posouzení dítěte, rozhodující – adaptivní fungování a sociální zralost.

Rozlišování hloubky postižení – význam z hlediska určení optimálního způsobu výuky a vedení d. a jednak je rozhodujícím údajem pro posudkové lékaře

Diagnostika

komplexní hodnocení: povinně některý komplexní intelligenční soubor a posouzení adaptivního chování + neuropsychologický rozbor výsledků alesp. při 1. vyšetření.

podrobná anamnéza zaměř. jak na významné *biologické* faktory (pre,peri a postnatální, dosavadní zdrav. komplikace), tak na *psychosociální* (kvalita prostředí, soc. vztahů) a na získání informací *o dosavadním vývojovém tempu*.

U nejmenších dětí a u dětí s těžšími stupni MR (mentální věk do 2-3 let) je diagnóza založena na výsledcích komplexních vývojových škál. Spolehlivý odhad celk. vývojové úrovně nemůže být u dětí útlého věku nikdy založen jen na formálním výpočtu int. kvocientu, ale především na klinickém úsudku integrujícím získané indexy se závěry kvalitativního pozorování a s údaji z anamnézy.

(jakékoliv postižení či dysfce v časném věku vedou ke snížení celk. vývojového kvocientu, zohlednění limitů daných pohybovým či smysl. postižením – ty příp. minimalizovat úpravou testu a podmínek)

*Riziko podcenění dítěte v útlém věku je značné a může vést i k **iatrogenní retardaci** dítěte v důsl. snížených očekávání a nároků rodičů.*

Metody – optimální takové, kt. umožňují střídání krátkých jednotlivých úkolů a které obsahují hodně úkolů praktických, manipulačních (*starší verze SB testu, Sequinova zasouvačka a ost. části škály Arthurové, vývojové hodnocení kresby, konstruktivní hry s kostkami..*). Naopak v testech s delšími soubory otázek narůstající obtížností mohou děti MR selhávat z mimointelektových důvodů – *problém soustředění, slabší motivace, zvýšená unavitelnost*

U *starších* dětí a dospívajících (i dospělých) s lehkou (max. středně těžkou) MR lze již standardně použít dětské verze Wechslerova souboru. Získané IQ lze přijmout za validní tehdy, jestliže se podařilo dítě k práci dostatečně motivovat, d. se dokázalo soustředit a profil nevykazoval příliš velké nerovnoměrnosti. V případě nerovnoměrností- třeba hledat příčinu (specifický neuropsych.problém, únava), doplnit anamn. údaji.

Vyšetření *vážněji postižených* či špatně spolupracujících – alternativní dgn přístupy (např. habituační/paměťové) nebo diagnostické využití volné hry (pozorování několika odborníky, hodnocení –posuz. škály) --vyhne se tak

úzkosti, neklidu. Tato herní „transdisciplinární“ diagnostika se zaměřuje více než na výkony na dynamické aspekty myšlení a učení či na **informace procesuální** – jak se dítě učí, kterých smyslových modalit využívá, které podněty u něj vyvolávají reakci, u jaké hry vydrží, jakou vyvine energii k žádoucímu cíli, jak často žádá o pomoc.

dále také: jak vstupuje do interakce s okolím, jak reaguje na emoce druhých a jak samo emoce projevuje – jak sděluje vlastní potřeby, klade otázky a používá komunikaci pro sociální účely. Hodnotíme kom. verbální i neverbální. Dále posuzujeme frustrační toleranci, přizpůsobivost dítěte – tedy jak reaguje na změny (neklid nebo motivace), jaký typ pomoci je účinný pro udržení pozornosti (slova, dotyky, přímá fyzická pomoc). Zachycena by měla také být úroveň sebeobsluhy a schopnost sociálně adekvátního chování i chování maladaptivního (reakce na ostatní děti- zapojení- i na dospělé).

Postup dává zjistit také kvalitu vazby k rodičům a míru dosažené separace/individuace.

Součástí vyšetření je i odborné posouzení motorických schopností – hrubá i jemná m., orální m. – při jídle, řeči.

Zejm. u dětí těžšího stupně MR bývá užitečná i diagnostika motivační – vypracování indiv. hierarchie odměn (škála motivace – Durran) – odměny věcné (jídlo, obrázek, hračka) a sociální (pochvala, ocenění) nejčastější. Děti s MR někdy motivovány spíše příjemnými tělesnými pocity nebo „pohybovými odměnami“ (houpání, točení) nebo dosažením zajímavých smyslových zážitků (taktilních, sluchových, vizuálních, ale i např. čichových).

Kromě IQ je nutné posouzení **adaptivního fungování**:

Vinelandská škála sociální zralosti (Doll, 1.vyd 1935) – od kojeneckého věku do 25 let (český překlad jen 3-9let), využ. pro hodnocení MR i jiných typů postižení či zdravotního oslabení. 8 oblastí: celková soběstačnost, sob. v jídle, při oblékání, samostatnost, zaměstnání, komunikace, motorika, sociální začlenění. Hodnotí se každodenní chování d. nikoliv jeho schopnosti (co by mohlo, ale co dělá).

Gunsburgova škála – také pro posouzení adaptivního fungování a sociální kompetence, 4 oblasti: autonomie, komunikace, socializace, zaměstnání. Určena také pro stanov. indiv. učebního plánu.

Východiskem pro terapii a rehabilitaci je také zachycení **neuropsychologického profilu** (důležité od začátku – programy časné péče). V příp. lehké MR mají vždy být zachyceny případné specifické poruchy učení (dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie) – ty jsou i u těžších, u kterých se však nepředpokládá zvládnutí „trivia“.

Nezbytnou součástí je i **diagnostika rodinná** – popis rodinného funkčního stylu, dominantních potřeb rodiny. Program uzpůsobit rodině – živ. stylu a denní rutině. Důležité od nejtěžšího věku! MR má vliv na celý socializační proces dítěte. Důležité je rodinu podporovat, aby se nechala vést dítětem, naslouchala mu a citlivě je vnímala.

Obtíže:

- ◆ dítě méně využívá gesta, je méně reaktivní --) je mu hůře rozumět,
- ◆ jeho sociální chování není přiměř. věku--) zdroj konfliktů;
- ◆ u rodičů – hyperprotektivita nebo odmítání, zlost na partnera, pocity viny a deprese. Překonání – zapojení do svépomocných org., PST
- ◆ přidružené poruchy chování – může být např. autostimulační automatismy (kývání, bouchání, prohlíž. rukou- normální vývoj, který zaostává), agresivní projevy, sebepoškozování
- ◆ přímé důsledky org. postižení – např. hyperaktivita, emoč. labilita, pasivita, apatie, sníž. frustr. tolerance
- ◆ další psychické poruchy – emoční, přizpůsobení, generaliz. úzkost, deprese, por. spánku, pocity bezmoci, i autismus, separační potíže

19. DIAGNOSTIKA PORUCH CNS.

Diagnostika organického postižení CNS (testy organicity)

Organická postižení mozku mohou mít etiologii traumatickou, infekční, cévní nebo nádorovou. Organické mozkové léze jsou v psychické sféře charakterizovány: narušením orientace, poruchou paměti a pozornosti, postižením intelektových funkcí, poruchou úsudku, labilitou a oploštělostí afektivity, poruchami percepce.

Důležité je ve vyšetření odlišit organické (ireverzibilní) poruchy od poruch funkčních (reverzibilní). Při vlastním vyšetření je nutné celý postup přizpůsobit některým zvláštnostem v chování dětí:

- obtížné navázání kontaktu pro celkově vyšší hladinu úzkosti a pro déle trávající separační úzkost
- rušivě působí motorický neklid dětí
- průběh vyšetření musíme přizpůsobit tak, aby výkony dítěte v testu nebyly nepříznivě ovlivněny typickými obtížemi pozornosti či zvýšenou unavitelností
- neobratnost v jemné motorice - nezačínáme proto vyšetření doporučenými kresebnými testy a začínáme zkouškami, ve kterých bude d. asi úspěšné
- konkrétní diagnostické postupy jsou závislé na věku a vývojové úrovni dítěte, obecně neexistuje žádná dílčí technika, která by sama organické postižení CNS spolehlivě zachytila

Součástí testové baterie nejsou jen zkoušky výkonnostní, ale i metody osobnostní a projektivní, kt. pomohou porozumět tomu, do jaké míry si dítě své problémy či postižení uvědomuje, jak je zpracovává a které obranné mechanismy užívá, dále metody zaměřené na diagnostiku rodinných vztahů a rodinného funkčního stylu.

- a. *testy rozumových schopností: PDW, Raven*
- b. *kresebné zkoušky – Benderové-Gestalt test, Kresba lidské postavy* – typická je nižší formální a vyšší obsahová úroveň, disproporce jednotlivých částí těla, neplynulost linií a nedostatečná koordinace jednotl. tahů, bizarnost v celkovém provedení kresby
- c. *zkoušky k hodnocení motoriky* - motorické škály vývojových testů – **Gesell, Bayleyová, Ozeretského škála**
- d. *zkoušky paměti a pozornosti* - **Bentonův test, škála paměti S-B**
- e. *specifické zkoušky sluchové a zrakové percepce* – **Edfeldtův reverzní test, Matějčkovy zkoušky sluchové a zrakové analýzy a syntézy**
- f. *hodnocení řeči a didaktické zkoušky*
- g. *projektivní techniky* - v kresbě nápadná nekoordinovanost jednotl. tahů, tahy jsou málo plynulé, roztřesené; v sestavách konstruktivních projektivních metod – **Testy světa** či **Scénotest** – typická nápadná neobratnost v zacházení s testovým materiálem, výsledné sestavy jsou chaotické, světy přeplněné)

Známky organicity:

Motorika – neobratnost pohybů a naučených dovedností (psaní, kreslení), obtíže v obkreslování geometrických tvarů, posturální rigidita, poruchy řeči, smíšená dominance, opakování pohybů, perseverace

Senzorika – percepční poruchy (užití prstů k řízení pohybu) a neobvyklé epizodické senzorické zkušenosti (vidění světél)

Pozornost – krátký rozsah pozornosti, špatná koncentrace, odklonitelnost

Emoční projevy – snížená frustrační tolerance, emoční labilita, úzkost, deprese

Kognitivní poruchy – intelektový deficit, porucha usuzování, specifické poruchy učení, zájem o nepodstatné detaily, zhoršená pravo-levá orientace, rigidní a nepřesné myšlení, poruchy paměti

Sociální obtíže – interpersonální obtíže, nezralost, negativismus a antisociální chování (lhaní, krádeže, sexuální obtěžování, záškoláctví)

Osobnostní projevy – narušené sebepojetí, narušené pojetí vlastního těla nebo tělesného schématu, hypochondrické obavy, popírání, kompulzivní tendence

Bender-gestalt test: vychází z gestaltické teorie, podle níž je celek víc než část (soubor částí). Jedná se o nonverbální test, kt. zachycuje vývoj percepce a senzomotorické koordinace. Může sloužit i jako prostředek identifikace emocionálních poruch. Testový materiál tvoří 8 komplexních, členitých obrazců, kt. má dítě

obkreslovat. Není dovoleno otáčet ani předlohou ani papírem, čas snímání není omezen. Skóruje se rotace nebo převrácení, přerušení čar, porušení tvaru, vynechání částí, neuzavření obrázku, přidané úhly atd. -> organici dosahují horších výsledků. Hodí se také pro posouzení celkové úrovně výchovně zanedbaných, sluchově postižených nebo sociokulturně odlišných dětí.

Bentonův vizuálně retenční test: metoda určená pro diagnostiku poruch vizuální pozornosti a paměti, kt. touto cestou odhaluje organická mozková poškození. Je to nonverbální metoda, kt. má 2 formy: *kresebnou*, kdy dítě reprodukuje předložené obrázky, a *formu volby*, kdy osoba nekreslí, ale pouze vybírá ze 4 alternativ tu, kt. považuje za totožnou s předlohou (tato varianta se používá když dítě selhává v první variantě). Hodnotí se počet správných reprodukcí (hodnocení nebere v úvahu úroveň kreslířských dovedností, spíše jde o zachycení podstatných znaků předloh a počet chyb, kdy jde o analýzu jejich kvality).

Test kreslení dráhy (Test cesty) : slouží k posouzení psychomotorického tempa, zrakové percepce, vizuomotorické koordinace a pozornosti. Podmínkou jeho použití je dobrá znalost písmen a číslic. Má 2 části: nejprve má dítě na jednom archu spojovat kolečka s čísly 1-25 (podle vzrůstajících hodnot), ve druhé části musí spojovat střídavě čísla 1-13 a písmena A-L (1-A-2-B-3- C..) – dítě tedy musí přesouvat pozornost z číselné řady na abecedu a naopak. Měří se čas potřebný ke splnění úkolu. Lepší výkon je chápán jako ten rychlejší a s menším počtem chyb. Je možné sledovat křivku výkonu, míru unavitelnosti a odolnosti k zátěži. Na Slovensku je test publikován pod názvem Test cesty.

Grassiho test organicity: je určen k diagnostice deteriorace intelektu. Princip testu spočívá v kopírování předloh a proband přitom musí vytvářet urč. prostorové uspořádání předmětů. Tím jsou zjišťovány – schopnosti vizuální analýzy prostorových vztahů, schopnosti vizuálně motorické syntézy prostorových prvků a schopnosti zpětnovazebné kontroly shody či neshody mezi požadovaným vzorem a vznikajícím uspořádáním kostek. Před testem je nutné změřit inteligenci osoby pro adekvátní interpretaci výsledků testu. Sleduje se čas potřebný k vyřešení úlohy, správnost řešení a znaky chování probanda. Podle výsledků lze probandy zařazovat do kategorie „těžce deteriorovaní“, „středně deteriorovaní“ a „nedeteriorovaní“

Neuropsychologická diagnostická technika - Lurija: nejprve probíhá úvodní pohovor, v němž se zjišťují orientace, hlavní potíže, postoje k nemoci. Poté probíhá vyšetření podle jednotl. oblastí : motorické funkce, audiomotorická organizace, vyšší kožní a kinestetické funkce, vyšší zrakové funkce, impresivní a expresivní řeč, čtení a psaní, počítání, paměťové funkce a intelektové funkce. Výsledkem je určení formy lokalizace poškození.

20. DIAGNOSTIKA EXTERNALIZOVANÝCH A INTERNALIZOVANÝCH PROBLÉMŮ DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH. ADHD. DISHARMONICKÉ VÝVOJE. EMOCIONÁLNÍ PROBLÉMY DĚTÍ A ADOLESCENTŮ. DĚTSKÉ NEURÓZY. AUTISMUS.

V dětské psychopatologii je dnes užíváno dělení na poruchy:

- a) **internalizující** – poruchy charakterizované inhibicí chování a subjektivní nepohodou dítěte; řazeny jsou zde poruchy neurotické a dětské deprese; v rámci internalizující škály jsou to: deprese, úzkost, somatické stížnosti, obsesivně kompulzivní syndrom, sociální izolace a nekomunikativnost (syndromy neodpovídají běžným kritériím pro jednotlivé psychické poruchy)
- b) **externalizující** – projevující se především rušivým chováním (např. problémy s pozorností, delikventní chování, agresivní chování)

ADHD

Porucha pozornosti s hyperaktivitou, někdy uváděn též jako ADD. U nás se používá v obdobném významu starší termín lehká mozková dysfunkce (LMD), která na rozdíl od ADD nepopisuje projevy chování, ale příčinu poruchy (ADHD a ADD nevycházejí s etiologie, ale z projevů chování).

LMD se vztahuje na děti téměř průměrné, průměrné nebo nadprůměrné obecné inteligence s urč. poruchami učení a chování, kt. jsou spojeny s odchylkami funkce CNS. Odchylky vznikají z genetických variací, biochemických nepravidelností, perinatálních poškození mozku či jiných onemocněním prodělaných v průběhu let kritických pro rozvoj a zrání CNS.

Školní neúspěchy, které poruchu doprovází plynou z toho, že děti nedovedou svých schopností v běžných podmínkách využít. Dítě není schopno soustředit se, setrvat nad úkolem, nerozptylovat se, neumí kontrolovat své popudy a řídit své chování.

Syndrom LMD se překrývá především s diagnózou „poruchy pozornosti“ (ADD) – rozlišují se pak 3 diagnostické jednotky:

1. *poruchy pozornosti s hyperaktivitou* – základní znaky jsou nepozornost, impulzivita a hyperaktivita
2. *poruchy pozornosti bez hyperaktivity* – nepozornost, impulzivita
3. *porucha pozornosti, reziduální typ* – již odeznělá hyperaktivita, přítomny nepozornost, impulzivita

Přehled základních znaků LMD i s informací o diagnostických metodách, jimiž tyto znaky zjišťujeme:

1. *poruchy pozornosti a soustředění*: dítě není schopno udržet koncentraci delší dobu, je lehce rozptýlitelné, nebo mu naopak pozornost ulpívá na nepodstatných detailech; k zjišťování se používá **Bourdonův test, Test čtverců i subtesty WISC**
2. *hyperaktivita*: dítě je nepřiměřeně neklidné, hravé, těžko uklidnitelné, neposedí, odbíhá, šoupe nohama
3. *emoční labilita, impulzivita*: výkyvy nálad, nedostatečná sebekontrola, zvýšená dráždivost, chování bez zábran, reakce na testové otázky jsou překotné; používá se např. **ROR** – impulzivní reakce se objevují zejména v asociacích na barevné skvrny
4. *percepční poruchy*: problémy s nedostatky v oblasti zrakové, sluchové a taktilní percepce; využívají se testy – **Vývojový test zrakového vnímání, WISC, Edfeldtův reverzní test, Matějčkovy zkoušky sluchové percepce a analýzy**
5. *poruchy motorické koordinace*: porucha jemné motoriky (problémy v psaní, kreslení a jemných činnostech) - **Kresba lidské postavy, Bender-Gestalt test, navlékání korálků a Žlabovy a Matějčkovy zkoušky, Kohsovy kostky, Bentonův vizuálně retenční test**; poruchy hrubé motoriky – neumí se naučit jízďě na kole
6. *poruchy učení*: dítě má značné problémy v učení a v prospěchu navzdory dobré inteligenci, existují dvě skupiny poruch učení – 1) poruchy učení, které souvisejí s různými symptomy ADHD; 2) specifické poruchy učení (dyslexie...)
7. *poruchy myšlení, řeči a paměti*: nedostatek abstrakce v myšlení, konkrétnost, ulpívanost, myšlení je bez logické návaznosti; co se týče řeči, objevují se poruchy v tvoření pojmů, vývoj řeči je nerovnoměrný a opožděný, artikulační neobratnost, patlavost; poruchy řeči a myšlení diagnostikujeme v **rozhovoru**, v orientačním vyšetření řeči a ve standardních verbálních **subtestech WISC**, dále pak **Matějčkovými**

zkouškami psaní a čtení; poruchy paměti jsou vidět v subtestech paměťových zkoušek např. **WISC**, v **Bentonově testu vizuální retence, Meiliho testy** atd.

8. *neurologické abnormality*: celková neobratnost, leváctví, zkřížená lateralita atd.; lateralitu je možné zjistit **Žlabovými a Matějčkovými zkouškami laterality**
9. *zvláštnosti v sociálním chování*: chybí jim citlivé rozlišování sociálních norem a nuancí – chovají se vlezle, lehkovážně, nerespektují autoritu, jsou asociální, agresivní

Dále je využíván anamnestický rozhovor s rodiči – doplňujeme otázkami zaměřenými na jednotl. nápadnosti, zjišťujeme strukturu dané rodiny, interakce v rodině, sociální statut rodiny, choroby a vrozené vady v rodině. Dalšími zdroji mohou být školní dotazník a zpráva učitele.

Z diferenciatně diagnostického hlediska je nutné vyloučit:

- a) deprivaci a výchovnou zanedbanost
- b) hyperkinetický syndrom s jinou etiologií
- c) dětskou schizofrenii
- d) disharmonický vývoj osobnosti

Do diagnostického rozhodování patří i odhad dalšího vývoje dítěte (v úvahu bereme rodinné prostředí, vzdělanostní úroveň rodičů, inteligenci dítěte atd.).

Poruchy chování u dětí

Opakující se a trvalý vzorec disociálního, agresivního a vzdorovitého chování, kt. porušuje sociální normy a očekávání přiměřená věku dítěte:

- 1) porucha chování je projevem hledání **náhradního uspokojení** při ztrátě nebo citové deprivaci nebo jde o vyjádření potřeb (potřeba pozornosti)
- 2) **volání o pomoc**
- 3) poruchy chování se vztahem k **emoční deprivaci**
- 4) poruchy chování na bázi **disharmonického vývoje osobnosti** (neschopné navázat blízký vztah, agresivní tendence)
- 5) poruchy chování jako projev jiné závažné **psychické poruchy** (schizofrenie...)

Disharmonický vývoj osobnosti a dětské psychopatie

Disharmonický vývoj se týká změněné vychovatelnosti, ale nemusí vždy vyústit v poruchy osobnosti. Spadají zde děti, u nichž selhává běžný pedagogický přístup. Okolí se jeví jako zvláštní, ony však na sobě nic nepozorují, z toho vyplývá, že se domnívají, že problémy, jež způsobují, nezpůsobují ony samy, ale pocházejí z jejich okolí.

Mají značně sníženou frustrační toleranci a v zátěžových situacích se jejich chování značně horší. Jejich emoce jsou málo diferencované (spíše na extrémních pólech); mívají problémy v sociálních vztazích, neboť nedovedou být empatictí k vnímání projevů ostatních, jsou povrchní nebo naopak „vleží“.

Velice blízký je termín **psychopatie**, kt. označuje nevyváženou, neharmonickou osobnost, u níž jsou některé rysy příliš zdůrazněny a jiné potlačeny. Porucha ztěžuje zařazení postiženého do společnosti. Projevuje se pestrými škálami projevů od povahových odchylek neškodného podivinství až k násilnému antisociálnímu chování. Najdeme tedy mnoho společných rysů s disharmonickým vývojem osobnosti!!!!!!

Cílem diagnostiky a následné terapie u osob s disharmonickým vývojem, není změna osobnosti, ale možnost zařadit tyto jedince do společnosti tak, aby uznávali sociální pravidla. Rozlišujeme:

1. disharmonický vývoj na podkladě infantilismu (infantilismus = zadržovaný vývoj, dětinstkost) – typická je slabá vůle, rychle se pro něco nadchnou, ale rychle s tím zase skončí, řídí se vlastním potěšením, převažuje fantazie nad logikou, jsou náladoví, tempo zrání je pomalejší a nerovnoměrné, rádi na sebe strhávají pozornost, intelektově jsou v normě
 - a) infantilní disharmonický vývoj – častěji u chlapců, nedovedou dokončit práci, rychle se danou činností přesytí, mají sklony k afektivním výbuchům, dráždivější
 - b) hysteroidní typy – převažují dívky, snaží se vyniknout, touží po obdivu, mají sklony přehánět, pomlouvají, „herečky“, jsou náladové, rozmarné, sklon si vymýšlet, když něco chtějí, dokáží vůli zapojit
 - c) pseudologové – milují všechno nové a neobvyklé, rádi fantazírují a vymýšlí si, emoce mají živé, ale jen povrchní, rádi vyvolávají dojem, že jsou jiní než jsou

2. disharmonický vývoj na podkladě disproporcionálního (nerovnoměrného) vývoje nervového systému a celého organismu – některé složky jsou akcelerované jiné opožděné
 - a) *hypertymní typ* - poruchy temperamentu, hypomanická nálada, zvýšená pohyblivost, tendence se do všeho plést, dráždivost, jsou upovídaní, skáčou do řeči
 - b) *schizoidní typ* – uzavření do sebe, bojí se cizích, mají strach z nového, nevyhledávají vrstevníky (podobní autistům), nejsou bezprostřední
 - c) *psychastenický typ* – nerozhodní, nejistí ve vztazích, pochybují o sobě, neustále se obávají nebezpečí, kt. však není reálné, jsou puntičkáři, všechno si vztahují k sobě, i to, co není pravda, úzkostné prožívání
 - d) *paranoidní typ* – nesnášenliví, egoističtí, hodnotí své okolí podle toho, jak ono hodnotí je
 - e) *epileptoidní* – záchvaty vzteku až afektu, morózní nálada
3. disharmonický vývoj na podkladě drobného organického poškození – ADHD/ADD – dnes používaný termín pro LMD, rozdíl spočívá v tom, že u ADHD a ADD se nevychází z etiologie, ale z projevů chování, ADD je porucha pozornosti, ADHD je porucha pozornosti s hyperaktivitou (obecně jde o hyperkinetické poruchy podle MKN)

- Diagnostika disharmonického vývoje osobnosti

Vyšetření intelektu (ukazuje na větší rozdíl mezi vyšším verbálním a nižším neverbálním výkonem).

Vyšetření kresby – kresba je neobratná, obsahově chudá, neodpovídá věku, chybí v ní detaily, typické jsou dvojité linie, čárkované linie, nenavazující linie, šikmý sklon kresby, disproporcionální kresba.

Vyšetření míry poškození percepce – špatně vnímají figuru a pozadí (**Reyova komplexní figura**), zkoušky obkreslování geometrických tvarů (**Bender-Gestalt test**, **Vývojový test zrakového vnímání**, **Edfeldtův reverzní test**).

Neuropsychologické vyšetření kvůli drobným neurologickým nálezům (**Lurija**).

Neurotické a emoční poruchy u dětí a adolescentů

Společným rysem neurotických poruch je přítomnost subjektivně nepříjemně prožívaných symptomů, jejichž neadekvátnost si pacient uvědomuje a jejichž etiologie je psychogenního charakteru. V MKN-10 byl ze systému vypuštěn klasický pojem neuróza a zachován zůstal pojem neurotické poruchy. Mezi neurotické poruchy se řadí zejm. úzkostné, disociativní a somatoformní poruchy a poruchy adaptace. Vyjímkou je neurotická deprese, která se řadí mezi poruchy emoční.

1. úzkostné poruchy

Úzkost a strach patří mezi normální a adaptivní fenomény, za normálních okolností signalizují organismu nebezpečí; úzkost na rozdíl od strachu, nemá konkrétní obsah, strach se naopak vždy váže na různé konkrétní předměty či situace; pro každé vývojové období je typický určitý soubor podnětů vzbuzujících strach, který souvisí s vývojovými úkoly daného období (např. separační úzkost a strach z cizích lidí kolem 3. roku). V případě úzkostných poruch u dětí jde o vystupňování projevů, které jsou v urč. věku vývojově přiměřené, abnormní jsou buď svou intenzitou, nebo tím, že přetrvávají déle, než je obvyklé.

- a. **patologická úzkost** – patologickou se úzkost stává, je-li nadměrná, přetrvávající – brzdí další vývoj; děti jsou buď inhibované nebo naopak neklidné; poruchy jídla, spánku, neurotickými návyky, děti jsou nejisté
- b. **generalizovaná úzkostná porucha** – chronicky zvýšená hladina difuzní úzkosti přetrvává (až do dospělosti), děti jsou v neustálém napětí
- c. **fobická úzkostná porucha v dětství (školní fobie a separační úzkost)**: fobie jsou specifické strachy bránící normálnímu fungování dítěte, dlouhodobě přetrvávají a dosahují vysoké intenzity; předškolní věk je bohatý na tyto fobie, které však většinou, nejsou-li posilovány, mizí; mezi typicky dětské strachy a fobie patří strach ze školy a některých specifických situací v ní, tuto školní fobii je nutné odlišit od strachu ze školy na podkladě separační úzkosti – je to úzkostná reakce dítěte na skutečné či hrozící odloučení dítěte od matky, v normálním vývoji se obvykle začíná projevovat kolem 6.-8. měsíce, postupně její intenzita klesá a kolem 3. roku je většina dětí schopna dobře snést krátkodobé odloučení od matky; od školní fobie je nutné odlišit případy záškoláctví – samotné odmítání školy; klasické „dospělé“ fobie (klaustrofobie apod.) jsou u malých dětí vzácné a vznikají nejdříve ve školním věku

- d. sociální úzkostná porucha** – patologické přetrvávání strachu z cizích lidí, kt. brání normálnímu vývoji vztahů dítěte s vrstevníky i v osvojování sociálních dovedností (do 3 let by měl ustoupit); děti jsou celkově nejisté, inhibované a pasivnější; je třeba ji odlišit od sociální fobie (typické pro dospívající a dospělé) – strach z vystupování na veřejnosti, z kontaktu s cizími lidmi atd.
2. **konverzní (disociativní) porucha** (dříve hysterická neurozá) - děti při vysoké míře emoční zátěže reagují tělesným symptomem, a to buď psychosomaticky (předpokládáme psychofyziologický mechanismus vzniku tělesných symptomů) nebo konverzně (symptom je symbolickým vyjádřením základního emočního konfliktu či pokusem o jeho řešení – objevují se tak různé typy obrn, psychogenních bolestí či poruch citlivosti; tělesné symptomy bývají dítětem líčeny dramaticky, čímž usiluje o upoutání pozornosti; tělesné symptomy jsou pozorností okolí posilovány, většinou psychogenní podmíněnost choroby odmítají a dožadují se somatické léčby; na vzniku se podílí zejm. působení neřešitelných problémů, interpersonálních konfliktů či poruch sociálních vztahů i traumatických zážitků
3. **obsedantně kompulzivní porucha** - řazena mezi neurotické poruchy, příznaky mají charakter obsesí (vtíravých myšlenek) a kompulzí (nutkavých aktů), obsedantní myšlenky jsou nápad, představy nebo impulzy, kt. se vtírají do mysli proti vlastní vůli a vyvolávají úzkost, kompulzivní akty jsou opakující se úkony, kt. pacient musí udělat a kt. bývají vázány na úzkost z jejich nesplnění; potíže začínají prudce, bez souvislosti s vnějšími událostmi, spouštěcími faktory bývají zatěžující rodinné události, onemocnění či smrt blízké osoby; děti jsou nejisté, úzkostné, perfekcionistické, bez humoru, pseudodospělé, s depresivním laděním; vnitřní úzkost je přenesena na náhradní vnější objekty, strach z vnitřních popudů je substituován strachem zvenku – ze špíny apod.; typická je ritualizovaná symptomatika – mytí rukou, sprchování, čištění zubů, uklízení, rovnání věcí, praní prádla; obava ze špíny, nákazy atd.
- 4. deprese a bipolární porucha v dětství**

Základní charakteristiky **deprese** jsou stejné u dětí jako u dospělých, klinický obraz je ale odlišný v závislosti na vývojovém období, v němž k rozvoji poruchy došlo. Deprese byly dlouhou dobu u dětí opomíjeny a i dnes není často diagnostikována, protože menší děti nejsou schopné své pocity dobře popsat. Přispívá k tomu laický pohled na dětství jako na období „štěstí“ bez starostí. Hlavním projevem je výrazná emoční a behaviorální změna, která vede ke zhoršenému fungování dítěte doma, ve škole i mezi vrstevníky. Základní kritéria:

- ⇒ *depresivní nálada* (beznaděj, podrážděnost, ztráta zájmu a radosti z běžných aktivit, pocit prázdnoty, smutek)
- ⇒ *poruchy jídla* (nechutenství i přejídání)
- ⇒ *poruchy spánku* (nespavost i nadměrná spavost)
- ⇒ *apatie, ztráta zájmu a radosti, ztráta motivace, snaživosti*
- ⇒ *motorický útlum nebo agitovanost*
- ⇒ *ztráta pocitu vlastní hodnoty nebo pocity viny*
- ⇒ *zhoršená schopnost soustředění pozornosti*
- ⇒ *úvahy o smrti, suicidální myšlenky, sebepoškozování.*

Klinický obraz: u nejmenších dětí je popisována tzv. *anaklitická deprese*, která je reakcí na separaci od matky, pokud tento stav trvá dlouhodobě, může vést k těžké vývojové retardaci či těžkým zdravotním poruchám.

V batolecím věku bývá deprese jen vzácně rozpoznána, ale klinicky je velmi významná, protože brání osvojování normálních vývojových dovedností – projevuje se zejm. poruchami jídla a spánku, ztrátou zájmu o hru atd..

V předškolním věku jsou nápadnější poruchy jídla a spánku a různé somatické stížnosti, ve hrách se objevují témata opuštěnosti, samoty, smrti apod.. V mladším školním věku a prepubertě je už možné více spoléhat na výpovědi dětí samých, schopnost introspekce není ale stále plně rozvinuta a není rozvinuta emoční kompetence (neumí rozpoznávat emoce) – děti mají snížené aspirace, jsou sebekritické, stydlivé, deprese vážně narušuje zvládnutí základního vývojového úkolu školního věku. V dospívání patří k normálním projevům častější drobné depresivní výkyvy a větší kolísání nálad, deprese již má projevy jako v dospělosti – tendence k izolaci, snížená energie, únava, nezájem o učení, poruchy chování, záškoláctví, agrese, zejm. vysoké je riziko suicidálních aktivit.

U dětí bývají rozlišovány dva základní depresivní syndromy:

- a. *deprese kognitivní* (projevuje se hlavně tzv. kognitivní triádou – negativní pohled na sebe, na situaci a na budoucnost – dominují pocity beznaděje a bezmoci, pocity vlastní neužitečnosti a odmítání okolím, snížená nálada, pocity viny, suicidální myšlenky)

b. *deprese endogenní* (hlavními symptomy jsou útlum, depresivní nálada a anhedonie).

Bipolární porucha u dětí (maniodepresivní porucha) – hlavní známkou jsou zřejmě stavy omnipotence a období extrémně zvýšené aktivity, spojené s většími výkyvy nálad, než je obvyklé. Klasické projevy se střídáním depresivních a manických period jsou pozorovány až v době dospívání. Diagnostická kritéria: *euforie* (popírání problémů, nepřiměřené pocity pohody, veselost, pošetilost), *dráždivost nebo agitovanost, hyperaktivita a intruzivita* (spoustu toho začne, nic nedokončí), *zrychlený tok řeči, myšlenkový trysk, grandiozita* (radí učitele, jak má vyučovat, krade drahé předměty s pocitem, že sám je nad zákonem), *poruchy spánku, roztěkanost*

Od vlastních neurotických poruch je nutné odlišit **poruchy přizpůsobení** a **posttraumatické poruchy** – projevy jsou podobné (deprese, úzkost, zlost, poruchy chování), porucha vzniká v souvislosti se závažnými traumatickými zážitky nebo z významnými životními změnami; porucha vesměs začíná do 1 měsíce po změně nebo traumatu a měla by ustoupit do 6 měsíců

Diagnostika dětí s úzkostnými poruchami

Zdroje diagnosticky významných dat je nutné hledat jak v chování, tak v prožívání a rovněž ve fyziologických projevech člověka. Vyšetření bývá obtížné, neboť děti jsou při rozhovoru inhibované, nadměrně konformní a nemluvné, málo spontánní, neumí sdělit své vnitřní pocity. Jejich držení těla je napjaté a jsou neklidné. Důležité je zjistit informace o povaze strachů či úzkosti (subjektivní popis). Mezi fyziologické projevy patří bušení srdce, nevolnost, hučení v uších, závratě apod.. Časté jsou symptomy kognitivní - dítě má pocit, že se zblázní, má strach ze smrti, objevují se depersonalizační nebo derealizační zážitky, dále pak iracionální přesvědčení. Tvrzení rodičů a dětí se často liší. Používá se řada inventářů nebo posuzovacích škál pro rodiče – **Inventář poruch chování (CBCL)** – zaměřuje se na hodnocení psychopatologie dítěte a na hodnocení jeho sociální kompetence; kromě celkové míry behaviorálních problémů jsou získávány údaje o množství externalizujících a internalizujících problémů a v rámci nich pak ještě dílčí syndromy (viz. začátek otázky).

K hodnocení úzkosti existuje celá řada sebesposuzovacích dotazníkových metod – **MAS, STAI, KSAT** i jednotlivé škály komplexnějších osobnostních dotazníků. Užívány jsou různé inventáře strachů nebo dotazníky k hodnocení úzkosti ve zcela specifických situacích (školní úzkost). Je třeba dát pozor na vyhodnocování, neboť mladší děti ještě nejsou schopny introspekce a nejsou schopny odlišit svůj aktuální stav od svého obvyklého způsobu prožívání. Děti hůře své pocity reflektují a obtížněji regulují vlastní emoce a proto mohou být výsledky méně spolehlivé.

Projektivní metody mohou zachytit hladinu úzkosti a objevit příčinu úzkosti. Projekce bývá u těchto dětí chudší, verbálně, mimicky a pohybově vyjadřují děti známky nejistoty (odpovědi neurčité, alternativní). Kresby mají slabé a přerušované linie, obsahově se objevují úzkostná témata, vyjádřena je zvýšená potřeba bezpečí a ochrany – používá se **ROR, TAT, Test světa**. Někdy je dobré dítěti prezentovat různé problémové situace a zeptat se, jak by je řešilo a co by při tom cítilo.

Diferenciálně diagnostickým problémem může být odlišení úzkostného neklidu od projevů LMD (děti úzkostné projevují nadměrné reakce na separaci a na stres obecně, nebývají však tolik impulzivní a jejich motorický a kognitivní vývoj bývá rovnoměrnější, porucha pozornosti jsou u nich více situačně vázané atd.)

Diagnostika emočních poruch u dětí

Je obtížnější, než u stejných poruch u dospělých, protože klinický obraz je méně vyhraněný, řada symptomů je společných pro různé psychické poruchy a nejčastěji jsou děti přiváděny z popudu rodičů, kteří je tam vedou převážně kvůli rušivému chování, ne kvůli jeho vnitřním pocitům. Spolehlivější bývají údaje od vrstevníků, ti zachytí mnohem více než rodiče a více se shodují se sebesposouzením dítěte. K sebesposouzení slouží Kováčové škála **CDI – Sebesposuzovací škála depresivity pro děti**, hodnocení negativní triády je obsaženo v Rohnerově **PAQ (Škála sebehodnocení dítěte)**. Běžné dotazníkové metody jsou použitelné až u dětí starších, byly však vyvinuty některé úpravy dotazníkových metod – dotazník je doplněn obrázky, které znázorňují symptom nebo

problematické chování a k tomu je přidán popis situace, dítě reaguje na řadu různých situací. Nezbytné je použití projektivních metod – v produkci jsou přítomna témata selhání, znehodnocení, izolace, katastrofy, smrt, nemoc apod. V kresbách obvykle chybějí barvy i pohyb, obsahově bývají kresby spíše chudé, chybí v nich živé bytosti, obrázky bývají menší, tahy nejisté. Používá se **ROR, TAT**.

Tzv. *maskovaná deprese* – v užším smyslu jde o projevy deprese či o přítomnost většiny symptomů pro depresi typických, ale bez poruchy nálady.

Intelektový vývoj dětí s emočními poruchami, pokud nejde o kombinaci s poruchami učení, se neliší od běžné populace. Nacházeny bývají jen drobné dysfunkce jako poruchy pozornosti, zpomalené psychomotorické tempo apod.

Autismus

Spadá do kategorie pervazivních vývojových poruch, které mají svůj počátek v raném dětství, v současnosti je u nich většinou předpokládána organická/biologická etiologie. U všech typů pervazivních poruch je narušeno utváření sociálních vztahů a schopnost komunikace, obtíže v těchto oblastech jsou však tak závažné, že se promítají do celého života lidí s poruchami autistického spektra (pervazivní = všepřonikající). Významně je narušeno vnímání reality (sociální reality) a dítě má minimální vhlad do vlastního chování, jeho projevy jsou bizarní a pro okolí těžko srozumitelné. Do autistického spektra poruch řadíme:

- 1) **časný infantilní autismus** (Kannerův syndrom) – pro stanovení diagnózy musí být splněna následující kritéria: kvalitativní porucha reciprokých sociálních interakcí, poruchy řeči a komunikace, odpor ke změně, rigidita a nepružnost myšlenkových procesů; přítomna bývá i celá řada dalších zvláštností či přidružených poruch – abnormity smyslového vnímání, hyperaktivita, poruchy pozornosti, emoční poruchy, úzkostné reakce atd., potíže s hrubou i jemnou motorikou; jejich inteligence nemusí být postižena, i když častěji jde o kombinaci autismus s mentální retardací; z psychologického hlediska je za příčinu poruchy dnes nejčastěji považováno chybění nebo poškození vrozené „protosociální orientace“ či dispozice pro vnímání a prožívání intersubjektivit, které se později projevuje chyběním tzv. teorie mysli – dítě nechápe, že ostatní lidé mají podobné vjemy, pocity a myšlenky jako ono samo, nebo naopak, že druzí mohou mít jiné informace nebo přesvědčení, že chování člověka se řídí jeho myšlením a prožíváním
- 2) **atypický autismus** – liší se dobou vzniku (až po 3. roce života) nebo chyběním 1 nebo 2 ze 3 základních kritérií klasického autismu
- 3) **jiná dezintegrační porucha v dětství** – k rozvoji autistického syndromu dochází mezi 2.-4. rokem, přičemž na jejím rozvinutí se podílí nějaké somatické onemocnění, dochází ke ztrátě dříve získaných dovedností, rozvine se porucha řeči a další typické symptomy
- 4) **Aspergerův syndrom** – jde tu o atypický či disharmonický vývoj osobnosti s dominující poruchou v oblasti sociálních vztahů; typické jsou nápadnosti v myšlení i řeči, zvláštní zájmy a značná motorická neobratnost; postiženy jsou všechny 3 oblasti zmíněné jako diagnostická kritéria pro infantilní autismus, nicméně postižení je zcela jiné kvality; inteligence těchto dětí bývá v normě a vývoj řeči nebývá opožděn či jinak deformován, postižena je spíše sociální oblast komunikace, což souvisí s nedostatečně rozvinutými sociálními vztahy; typické je chybění sociální empatie, myšlení není flexibilní (nechápeju metafory, přirovnání, hříčky)

Diagnostika dětí s pervazivními vývojovými poruchami

Základem diagnózy je kvalitní pozorování, založené na znalosti jednotlivých projevů a kritérií. Pro zachycení takového pozorování byla vyvinuta řada speciálních metod – jde o posuzovací škály, které umožňují určit kvantifikaci kvalitativních projevů dítěte při vyšetření, a metody dotazníkové vyplňované rodiči. Mezi ně patří **Childhood Autisms Rating Scale (CARS)** – dítě je hodnoceno na 15 dílčích škálách na základě přímého pozorování, škála obsahuje položky zaměřené na hlavní klinické projevy autismu a na projevy vedlejší (např. vztah k lidem, motorika, adaptace na změny, strach a nervozita, napodobování aj.). Na podobném principu pracuje **ABC (Autism Behavioral Checklist)**. Dále existuje Test teorie mysli, Metoda sociálních scénářů, Sally-Ann test, Smarties test atd.

Důležité je vyšetření intelektu s detailním popisem kognitivního profilu, to je základem pro určení výukových strategií – vhodný např. WISC nebo počítačová verze IST aj.

Psychologické vyšetření je z mnoha důvodů obtížné:

1. kvůli chybějícím sociálním dovednostem a malé schopnosti navazovat kontakty a díky malému sociálnímu porozumění je obtížné s nimi pracovat
 2. vzhledem k nedostatku sociálního porozumění bývá v testových situacích patrná silná úzkost, proti které se děti brání stereotypy, nemají zájem o okolí
 3. typické bizarní chování, autostimulace a stereotypie výrazně interferují při vyšetření
- Diferenciálně diagnosticky je třeba je odlišit od – mentální retardace, schizoidní a schizotypní poruchy, od obsesivně kompulzivní poruchy, sociální fobie, poruch řeči (sémanticko-pragmatická porucha), Rettova syndromu a dalších.

21. DIAGNOSTIKA RODINY

Rodinná diagnostika

Posouzení rodinného zázemí a kvality rodinných vztahů je základem každého psychologického vyšetření, ať přichází dítě s jakýmkoli problémem. Údaje o povaze rodinných vztahů mohou být získávány jak od jednotlivých členů rodiny zvláště, tak od celé rodiny současně. Většinou však poskytují informace jen ti členové, kteří s dítětem k vyšetření přicházejí.

Rodinná diagnostika je stejně jako individuální diagnostika založena na integraci výsledků různých metod. I v rodinné diagnostice lze dělit metody na: *klinické* (pozorování, rozhovor) a *testové* (dotazníky, projektivní metody). Mezi základní postupy patří:

1. přímé (volné nebo strukturované) pozorování rodinné interakce
2. společný rodinný rozhovor
3. rozhovor o aspektech rodinného fungování a vztahů s jednotlivci
4. techniky individuálně administrované (dotazníky, kresba rodiny a další projektivní techniky)
5. specifické metody administrované celé rodině k společnému provedení, kdy třeba všichni členové rodiny plní společně některé úkoly (rodinný scénotest, rodinný ROR atd.)

Rodinná diagnostika je orientována jak na pozitivní, tak na negativní aspekty rodinného systému.

Získaná data můžeme rozdělit na:

1. *údaje o rodinné struktuře a organizaci rodiny* (složení rodiny, její dílčí subsystémy a jejich hranice)
2. *údaje o kvalitě rodinné komunikace či interakce* (jasnost a zřetelnost komunikace, otevřenost, způsoby vyjadřování emocí)
3. *hodnocení rodinného klimatu* (rodinná koheze, emoční opora, konfliktnost)
4. *údaje o kvalitě a intenzitě jednotlivých dyadických vztahů*
5. *vývojové aspekty* (stadium vývoje rodiny, schopnost změny při přechodu do dalších vývojových etap, údaje o flexibilitě rodinného systému)
6. *orientace rodiny, rodinné hodnoty a cíle, rodinné tradice, mýty*
7. *funkčnost rodiny* (kvalita plnění základních rodinných funkcí – funkce reprodukční, socializační, seberealizační, emočně stabilizační)

Klinické metody umožňují získat základ. orientaci ve všech těchto oblastech, další speciální metody jsou vesměs zaměřeny na některý z uvedených aspektů.

Rodinný rozhovor a pozorování rodinné interakce

Přímé pozorování bývá prvním zdrojem informací, který získáme ještě před samotným vyšetřením. Vyšetření bývá vhodné zahájit rozhovorem s celou rodinou, ten začíná diskusí o problému či zakázce, s níž rodina přichází.

Rozhovor by měl navodit pocit důvěry a bezpečí, jako tomu bývá i v jiných případech individuální diagnostiky. V rozhovoru bychom se měli soustředit na verbální i neverbální projevy. Na začátek je lepší se zaměřit na rodinné interakce snadno dostupné jako jsou společné činnosti. Sledujeme, kdo rozhovor řídí, kdo mluví na koho a komu naslouchá, jak je v rodině vyjadřován souhlas a nesouhlas, jak se řeší konflikty. Analyzují se obtíže a symptomy dítěte z hlediska rodiny (v čem překáží, kdo je vyvolává, kdo dítěti naopak pomáhá).

Diskutují se rovněž výchovné postoje rodičů, manželský vztah a případné konflikty mezi nimi, zvláštnosti sourozeneckých vztahů. Pozornost zaměříme i na intergenerační vztahy (rodičovské koalice, koalice dětí nebo dokonce koalice rodič-dítě).

Data o povaze rodinných vztahů a rodinném systému získáme z pozorování komunikačních výměn, z obsahu sdělení jednotlivých členů – co je pro ně důležité, jak tráví volný čas, jak řeší běžné problémy, jak o sobě mluví navzájem, koho označují za hlavní zdroj problémů (pozorujeme subsystémy). Součástí pozorování je analýza prostoru, všímáme si vzdáleností mezi členy rodiny, kde kdo sedí, kdo se na koho obrací a kdy.

U malých dětí se využívá metody pozorování matka-dítě (jak ho krmí, při hře, jak mu pomáhá). Při pozorování je možné využívat strukturovaná posuzovací schémata, zaměřená na hodnocení interakce v nestrukturovaných

situacích. Příkladem klinicky použitelných posuzovacích stupnic je **škála AMIS M.Ainsworthové**, která obsahuje 25 položek zařazených do 3 oblastí: chování matky, chování dítěte a položky dyadické. (dětí s jistým vztahem, děti s vyhýbavým vztahem, děti s nejistým vztahem).

V současnosti asi nejrozšířenější standardizovanou metodou určenou k posouzení kvality rodinného zázemí dítěte kojeneckého a batolecího věku je **škála HOME** – hodnocení rodinného prostředí je prováděno přímo v rodině dítěte, sledovány jsou tyto dimenze: citová a verbální reaktivita matky, přijetí chování dítěte, organizace fyzického prostředí a času, poskytování vhodných materiálů ke hře, jak se matka dítětem zabývá, příležitosti ke změně stimulace během dne. Škála se používá často při hledání rodin, kde je dítě ohroženo týráním či zanedbáním.

U rodin se staršími dětmi se používá nejčastěji pozorování a analýza rozhovoru se zaměřením na verbální i neverbální aspekty komunikace. Někdy jsou pro tento účel používána specifická schémata – úkolem rodiny bývá řešení nějakého problému nebo dosažení konkrétní dohody, zadána může být i diskuse o specifických konfliktech. Poté se sleduje v čem se rodina shoduje, v čem se rozchází, zda se dovedou na něčem shodnout, dá se zaměřit na sledování tzv. vyjádřených emocí (kvantita a kvalita kritických poznámek všech vůči ostatním členům rodiny, sleduje se i vřelost). Někdy se může použít i sociometrický přístup, kdy členové vyjadřují své preference ve vztahu k různým společným činnostem.

Individuálně administrované metody

a) dotazníkové metody se zaměřují na hodnocení kvality dyadických vztahů **z pohledu dítěte**.

ADOR: „adolescent o rodičích“, zjišťuje postoje, jednání a výchovné postupy rodičů očima pubescenta či adolescenta. Zjištěny byly tyto faktory: pozitivní zájem vs. hostilita, direktivnost vs. autonomie, nedůslednost. Cenné informace poskytuje test v situacích rodinných konfliktů, napětí, rozvratu, při rozvodové situaci. Výsledky jsou cenné i při diagnostice poruch chování, neurotických obtíží, výchovných problémů, školních obtíží. Vztahy k rodičům a vrstevníkům se také odrážejí ve výsledcích testu. Testový materiál je tvořen 2 dotazníky – jeden se týká otce a druhý matky. Odpovídají ANO- NE.

Dotazník pro zjišťování způsobů výchovy v rodině (Čáp, Boschek): dotazník postihující 4 komponenty výchovy, kt. jsou: komponent kladný, záporný, komponent požadavků a komponent volnosti. Kromě dítěte by jej měli vyplnit i rodiče, a to podle svých představ, jak se jej zhostí dítě. Dotazník poskytuje údaje nejen o způsobu výchovy v rodině, ale přináší i potřebná data vztahující se k poznání osobnosti dítěte.

Test rodinných vztahů (Antony-Bene): semiprojektivní test (verbální projektivní test i test volby) – jde o přechod mezi dotazníkem a projektivní metodou. Práci s testem považují děti většinou za hru. Test slouží k: poznání citového klimatu v rodině, odkrytí osoby či vztahů, kt. jsou jádrem konfliktu. Testový materiál tvoří 20 dvourozměrných figurek nalepených na kartonu. Každá z těchto figurek je připevněna ke krabičce, do níž může dítě dávat své výroky. Figurky představují členy rodiny obou pohlaví a pana „Nikdo“. Dále jsou součástí testu 2 sady kartiček po 100 ks- vyjadřují kladné i záporné citové vazby či preference urč. osoby. Některé karty jsou prázdné a slouží pro napsání individuálních výroků. Dítě je vyzváno, aby si s examinátorem hrálo „na poštu“ a vkládá lístečky s konkrétním textem příslušné osobě jako psaníčka. Pokud se vzkaz na kartičce nikou nehodí, dostane ji pan „Nikdo“. Zajímají nás citové vztahy vycházející od dítěte ke konkrétním osobám a dále citové vztahy přicházející k dítěti.

b) u menších dětí jsou k hodnocení rodinných vztahů využívány dotazníky pro rodiče, kde **hodnotí rodiče sami své postoje k dítěti**:

PARI – Dotazník rodičovských postojů: rodiče sami vypovídají o svých výchovných postojích a praktikách. Položky pro matky a otce jsou uspořádány do skupin výchovných postojů, na položky se neodpovídá pouze ve smyslu souhlasím – nesouhlasím, ale je možno vyjádřit i míru souhlasu či nesouhlasu.

c) **projektivní techniky** - nejčastěji se užívají kresby, metody konstruktivní a metody verbální. Tyto metody umožňují usuzovat nejen na kvalitu a intenzitu jednotlivých dyadických vztahů v rodině z pohledu dítěte, ale i na další aspekty rodinného fungování. Rozdíly mezi subjektivním hodnocením vztahů v rodině a výpověďmi jednotlivých členů jsou cenným zdrojem hypotéz o povaze aktuálních problémů rodiny.

Dětskou verzí TAT je **Children's Apperception test (CAT)** – testový materiál tvoří 10 obrázků antropomorfovaných zvířat, kt. jsou v nejrůznějších situacích. Zvířata představují běžné situace z rodinného života, každý obrázek má jedno centrální téma, kt. může vyvolávat asociace. **CAT-H** – obsahuje předlohy s lidskými figurami. Českou verzí CAT je **CATO**. Jde o to, že dítěti je předkládána série obrázků, na nichž je vždy nakresleno dítě (pouze silueta postavy), s kterou se má dítě identifikovat. Na obrázcích jsou vyobrazeny různé situace a úkolem je popisovat, co na obrázku vidí, jak to asi bude dál apod. jeho odpovědi se zapisují.

Kresba začarované rodiny: stimuluje symbolické zpracování prožitků a postojů k vlastní rodině. Způsob proměny jednotliv. postav lze chápat jako urč. symboliku. Tímto způsobem je dítě schopné sdělit informaci, kterou by jinak vyjádřit nedovedlo, nebo nechtělo. Symbolicky se nemá dítě zábrany projevit. Dítě kreslí na papír formátu A4 a má nakreslit začarovanou rodinu tak, jako kdyby přišel kouzelník a každého z rodiny začaroval do nějakého zvířete, kt. by mu nejlépe odpovídalo, nejlépe vyjadřovalo jeho povahu. Na závěr je nutné dotazování. Obsahová interpretace musí vycházet z celkového pojetí kresby – musí tedy respektovat způsob zobrazení ostatních členů rodiny.

Sceno-test (von Staabsová): technika, v níž má dítě k dispozici řadu ohebných figurek, kt. může použít při konstrukci scének. K dispozici má rovněž performační pomůcky, jako je loutkový nábytek, dopravní prostředky, zvířata, rostliny apod. Dítě má sestavit buď volnou scénku nebo scénku tematickou (vlastní rodinu). Scénky zpodobňují vztahy mezi osobami a odrážejí sociální a jiné prostředí, v němž se čl. pohybuje. Je to nástroj pro vývojově charakterologickou a hlubinně psychologickou diagnostiku.

Testy doplňování vět: pracují výlučně s verbálním materiálem, hojně se používají neboť nestresují osoby. Používané věty se liší v souvislosti s věkem testované populace. Spadají zde i tzv. testy nedokončených vět. Tato metoda má mnoho variant, všechny spočívají na shodném principu – vyšetřovaná osoba má doplnit začaté věty a přitom má napsat „první myšlenku, kt. ji napadne“. Hodnocení je většinou kvalitativní.

Specifické techniky rodinné diagnostiky

Škála rodinného prostředí – metoda zaměřená na hodnocení rodinného systému jako celku, údaje jsou získány od všech členů rodiny a jejich subjektivní pohledy jsou pak porovnávány, a to v následujících 3 dimenzích – vztahová dimenze, dimenze osobnostního růstu, dim. udržování rodinného systému. Podle výsledků je pak rodina zařazena do této typologie – rodina orientovaná na osobnostní růst, rodina orientovaná na vztahy, rodina orientovaná na udržování rodinného systému.

Jiným typem rodinně diagnostických metod jsou techniky, kdy je celé rodině zadán určitý specifický úkol – pozorován je jednak proces řešení a kvalita rodinné komunikace v jeho průběhu, jednak výsledný produkt. Takto se využívají často projektivní metody - **rodinný Rorschach, TAT** – někdy i testy výkonové (společné skládání hlavolamů) nebo metody specificky vytvořené pro tento účel – **Ostrov rodiny, Mapa rodiny** – členové rodiny sebe a ostatní znázorní kolečky na listu papíru, čímž schematicky znázorní své pojetí vlastní rodiny, kresby pak porovnávají atd.. Používá se i společné rodinné kreslení – rodina má za úkol nakreslit obrázek vlastní rodiny – hodnocen je výsledný produkt, kvalita interakce v průběhu činnosti. Používá se **rodinný scénotest**, který vychází z materiálu, který používá von Staabsová s tím, že rodina má za úkol sestavit libovolnou scénku ze života celé jejich rodiny. Hodnocen je průběh konstrukce a komunikace mezi členy během stavby i výsledná sestava. Významná je volba figur, jak jsou oblečeny, koho představují, kdo o volbě figur rozhoduje, posuzuje se prostorová vzdálenost mezi figurkami, zda jsou v přímé interakci nebo jsou odděleny. Sledují se další použité figurky či předměty.

22. FORENZNÍ DIAGNOSTIKA.

Forenzní diagnostika

Jde o soudně znalecké posuzování, které musí rovněž přihlížet ke specifickým jednotlivých vývojových období dítěte. Dětský věk je z právního hlediska nazýván nezletilostí (do 15 let) a je charakterizován trestní nezodpovědností.

Dítě raného a předškolního věku se může dostat do pozornosti soudně psychologického zkoumání jako oběť trestného činu – objekt týrání nebo svědek trestného činu. Při vyšetřování těchto dětí jde o posouzení věrohodnosti výpovědi, o posuzování citové preference jednoho z rodičů či o posuzování citového vztahu k dalším osobám. Dítě bývá součástí soudního sporu u rozvodového řízení, kdy rodiče bojují o přidělení do vlastní péče. Může jít o otázky umístění dítěte do výchovného zařízení. Je třeba počítat s vysokou sugestibilitou dětí a s tzv. dětskou lží, která bývá neuvědomovaná.

Mladší školní věk je charakterizován počínající sociální adaptací dítěte. Probíhá vývoj norem, které zatím pasivně přejímá. Postupně však dochází k pochopení mravních pravidel jako norem, které je třeba akceptovat.

Starší školní věk – v tomto období pubescence se setkáváme s novou forenzně psychologickou problematikou, a to s majetkovou trestnou činností v partě, činností spojenou se zneužíváním drog, s pohlavním zneužíváním a s předčasným začátkem pohlavního života u nezletilců.

Věk mladistvých je kritický z hlediska delikvence – majetkové a násilné trestné činy, sexuální delikty, zneužívání drog a potíže s tím související. Období je ovlivněno nárůstem agresivity – vandalismus, krádeže, ničení majetku. Antisociální činností si mladí lidé chtějí získat sociální prestiž.

Zdroje kriminality: neutěšené rodinné prostředí, neplnohodnotně vyplněný volný čas, tedy jakási rodinná anomie (chování odchylovající se od normy), kt. se projevuje:

1. vědomým nedostatkem solidarity, citů a přesvědčení v rodině
2. pocity bezradnosti u dětí
3. problémy při identifikaci dítěte s některým z rodičů

Činnost psychologů jako soudních znalců vymezuje konkrétní zákon, působí buď jako samostatní znalci nebo v jistých případech pracují v týmu se dvěma znalci – psychiatry, a to pokud je v popředí otázka plné, snížené či absentující trestní zodpovědnosti.

Psychologická soudně expertizní činnost se týká:

- a) *civilněprávní oblasti* – častá je problematika svěření dítěte do péče jednoho z rodičů, o kontakt rodiče s dítětem, o umístění dítěte do výchovného zařízení
- b) *trestněprávní oblasti* – dítě se zde může ocitnout v roli poškozeného, svědka i pachatele

Okruhy problémů, jež nejčastěji řeší psychologové jako soudní znalci

1. **svěření dítěte do výchovy a péče a předpoklady rodičů k této péči** – při vlastním vyšetření je dobré se zaměřit na intenzivní rozhovor a anamnestická data, vhodné je použít projektivní techniky (volná kresba, kresba lidské postavy, kresba rodiny, kresba začarované rodiny, kresba stromu, kresba tří stromů, Rorschach, doplňování vět, atd.), testy rodinných vztahů, inteligenční testy.
2. **posuzování věrohodnosti** (obecné a specifické) – musí se brát v úvahu, že od inkriminované události uplynulo více času, věrohodnost se posuzuje jen ze sdělených informací, jde především o morální odpovědnost ze strany psychologa; je třeba mít na paměti motivaci výpovědi, její účelovost; posuzuje se:
 - a) *věrohodnost obecná*, kt. se týká osobnosti vyšetřované osoby, jejich osobnostních vlastností – bere se v potaz:
 - věk (do 5 let nejsou děti příliš spolehlivými svědky, podléhají sugesci)
 - rozumová úroveň (intelekt)
 - emotivita (věrohodnost snižuje sugestibilita a snadná ovlivnitelnost)
 - úroveň mravního vývoje (hrozbou je lež u mravně narušených dětí)

- motivace (věrohodnost snižuje sklon k bájeví lhavosti, touha vyniknout)
 - osobnostní rysy a psychopatologie (psychický stav dítěte v době trestného činu a nyní)
- K vyšetření lze použít projektivní metody, inteligenční testy a dotazníky (ty jen pro doplnění).

b) *věrohodnost specifická* se týká konkrétní výpovědi, toho, zda odpovídá realitě; znalec by se neměl nechat strhnout k jednoznačné výpovědi, zaměřuje se na srovnání výpovědí učiněných opakovaně v různých časových obdobích a v různých stádiích vyšetřování a před různými osobami; znalec se soustřeďuje na:

- přiměřenost výpovědi z hlediska obsahu
 - přiměřenost jazyka
 - souhlasné vyličení děje s časovým odstupem
 - přiměřenost či nepřiměřenost citového doprovodu při líčení události
 - obsah a forma prvního sdělení o události
 - motivace a interpersonální kontext výpovědi
3. **posuzování citových vztahů k relevantním osobám** – jedná se o rodiče, sourozence i jiné příbuzné
 4. **zbavení způsobilosti k právním úkonům** – např. u silně mentálně narušených či nerozvinutých jedinců, týká se často sporů o dědictví, zacházejí s penězi apod.; v úvahu přicházejí testy intelektových schopností a metody postihující osobnost
 5. **zjišťování psychických následků trestných činů** – v důsledku fyzického a psychického strádání, bití, mučení, hladovění, pohlavního zneužití apod.
 6. **rozbor motivace páchané trestné činnosti** – u menších dětí to bývají krádeže a nedbalostní delikty, kde motivem bývá touha vlastnit nějaký předmět, snaha vyrovnat se kamarádům; u mladistvých už jde o majetkovou trestnou činnost mající za cíl obstarání peněz na drogy nebo značkové zboží, aby imponovali vrstevníkům; dalšími motivy – kompenzace pocitů méněcennosti, vybití agresivity, potřeba získat pocit vlastní hodnoty; diagnostické nástroje – klinické vyšetření pachatele, objektivní údaje od rodičů, projektivní metody
 7. **vyšetření osobnosti** – vyšetřují se intelektové předpoklady, osobnostní rysy, výchovné prostředí, současná rodinná situace, sociální vztahy, tlak okolí, party; znalec by měl být naprosto objektivní, neměl by dávat najevo sympatie či náklonnost, je třeba mít na paměti tlaky okolí a zvýšenou sugestibilitu dětí a spolehlivost dětské psychiky; vyšetření nesmí být neúměrně dlouhé.

Struktura soudně znaleckého posudku:

1. Výpis ze spisu – znalec seznámen s relevantními částmi dosavadního řízení a vyšetřování zachytí podstatné momenty řízení, vyzdvihne hlavní problémy a všimne si, co je důležité pro psychologické vyšetření
2. Vlastní vyšetření – určeno základní problematikou
3. Nález a posudek – stručně uvedeno, k čemu znalec dospěl na základě studia spisů a na základě vlastního vyšetření; psycholog popíše osobnost vyšetřovaného, motivy atd. a odpoví na jednotlivé otázky jemu položené; závěry nesmí připouštět dvojí opačný výklad

Základem forenzní diagnostiky je subjektivní a objektivní anamnéza, pozorování, rozhovor s dítětem a některé další diagnostické metody.

23. ZPRÁVA Z PSYCHOLOGICKÉHO VYŠETŘENÍ - INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PSYCHODIAGNOSTICKÉHO VYŠETŘENÍ. INTERPERSONÁLNÍ FAKTORY VYŠETŘENÍ. DIAGNOSTICKÝ NÁLEZ.

Interpretace výsledků psychodiagnostického vyšetření je posledním krokem procesu psychologického vyšetření. Součástí je jednak formulace závěrů, nález a rovněž opatření do budoucna. Rozlišovány jsou tyto pojmy: **nález** a **zpráva o vyšetření**.

Cílem diagnostické činnosti není jen sběr dat a údajů, ale jejich syntéza a integrace, která by měla vyústit v psychologický nález. **Nález** je výsledkem základního psychologického vyšetření, slouží jako součást dokumentace na daném pracovišti; **zprávou o vyšetření** rozumíme ucelenou informaci z hlediska daného pracoviště, která sjednocuje jednotlivé dílčí nálezy a má podat komplexní pohled na dítě jinému pracovišti (nález je dokument psychologický, kdežto zpráva je syntézou nálezu psychologického, pediatrického a dalších).

Nález může být výsledkem jednorázového vyšetření nebo vzniká během dlouhodobého procesu (např. během hospitalizace klienta). Psychologický nález se může dotýkat dílčí problematiky (urč. složky nebo problému osobnosti) nebo může podávat celkovou charakteristiku osobnosti, kt. je výsledkem psychodiagnostické činnosti.

Psychologický nález obsahuje obvykle dva druhy údajů:

- faktické údaje*, zjištěné psychologickým šetřením (osobní a anamnestická data, popis chování a jeho poruch, skóry, indexy atd.)
- interpretaci těchto dat* (jejich kategorizaci, srovnání s normami a prediktivní závěry).

Trojí funkce psychologického nálezu:

- poskytovat potřebné informace lékaři, který vyšetření zadal
- sloužit jako podklad pro diagnostickou práci psychologů na jiných pracovištích
- umožnit psychologovi, který vyšetření provedl, katamnestickou zpětnou vazbu

Obsahové zásady pro psaní nálezu

- osobní údaje pacienta (jméno, příjmení, věk, škola, s kým bydlí)
- účel vyšetření
- souhrn dosavadního vývoje problému (výťah z chorobopisu, údaje o dosavadní léčbě, původní diagnóza)
- současná diagnóza a zdravotní stav
- okolnosti vyšetření (jak dlouho nechodí do školy, doba hospitalizace)
- data jednotlivých sezení a použité techniky
- pozorování pacienta při vyšetření
- rozhovor
- údaje od rodičů a dalších osob z okolí dítěte
- výsledky použitých technik
- výsledky nestandardních metod a pozorování pacienta v situacích mimo vyšetření
- diagnostická úvaha

Formální zásady pro psaní nálezu

Zásady pro formulování zpráv:

- rozsah zpráv a určitost závěrů jsou podmíněny typem vyšetření
- zprávu formulujeme velmi opatrně, je třeba mít na mysli její potenciálně velký dosah
- pozor na formální a jazykovou stránku zprávy
- jazyk zprávy je třeba diferencovat podle adresáta
- interpretovat nález v souladu s interpretačními tendencemi adresáta, při sdělování rodičům je nevhodnější osobní prezentace
- psychologické vyšetření má prognostický charakter – je dobré to vzít v úvahu i při prezentaci výsledků

Věty mají být krátké; měli bychom se vyhýbat technickému žargonu; nepsat více, než je nezbytné k vyjádření myšlenek; materiál nemá být opakován; odstavce mají být relativně krátké s jediným pojetím prezentovaným

v jedné větě; materiál má být prezentován v logickém sledu, zpráva má vyprávět příběh začínající na začátku a končící na konci.

Resumé nálezu – u něj se předpokládá, že bude nejčastěji a nejpečlivěji čteno a bude mít největší vliv na další péči o pacienta a na rozhodování o něm – má být přesné, stručné, výstižné a jazykově vytříbené; resumé má být odpovědí na otázku vyplývající z účelu vyšetření; do resumé patří: nejdůležitější interpersonální vztahy a jejich povaha, interpersonální dispozice (extravertní družnost, soupeřivost...), kognitivní charakteristika (IQ), vývojová charakteristika (vyspělost), psychopatologické vyjádření, etiopatogeneze (jak došlo k poruše atd.), prognóza (zda a za jakých okolností, je možno očekávat úpravu urč. interpersonálních vztahů), návrh opatření, návrh na další psychologické vyšetření, sdělení rodičům.

Diagnostický nález

- a) **nález orientovaný klinicky** – vychází z explorace, pozorování a anamnézy, případně z údajů jiných osob, na základě těchto dat jsou činěny závěry kazuistického charakteru; typ nálezu jež používají hlavně psychologové ambulantních zařízení pracujících izolovaně
- b) **nález orientovaný testově** - popisuje výsledky řady testů, uvádí jednotlivé dílčí výsledky, testové hodnoty a skóry; výsledky jsou v závěru stručně sumarizovány
- c) **nález exploračně-testový** – vychází jak z klinických, tak z testových dat, která se citují nebo komentují způsobem potřebným pro vlastní úvahy a závěry
- d) **nález narativní** – nemá pevné schéma, prolíná se citace anamnestických dat s rozhovorem, s výsledky testových vyšetření s psychologickými interpretacemi a hypotézami; budí dojem eseje s odbočkami, a úvahami o minulosti a budoucnosti
- e) **nález orientovaný na složky osobnosti** – data jsou seřazena podle jistého schématu složek osobnosti (intelektu, paměti apod.), do popisu jednotl. osobnostních oblastí jsou integrovány údaje jak z testů, tak z pozorování, anamnézy i explorace

Chyby, kterých se dopouštějí mladí psychologové při psaní nálezu:

- používání nadměrného množství diagnostických metod
- interpretační chyby v důsledku nepřesnosti ve vyhodnocování výkonových a jiných testů nebo při nedostatečném zvažování a porovnávání zjištění
- neadekvátnost formulace vzhledem k adresátu nálezu nebo vzhledem k položené otázce
- nadměrné používání cizích slov ve snaze vzbudit dojem odbornosti
- neadekvátnost závěru, který není shrnutím nejdůležitějších zjištění a jejich kategorizací, nýbrž volným pokračováním obsahu nálezu

Interpersonální faktory vyšetření

1. **proměnné na straně psychologa:** věk, pohlaví, společenský statut, vzhled i osobnostní charakteristiky; osobní kontakt s psychologem předpokládá vytvoření atmosféry důvěry, ovzduší jistoty a bezpečí; úspěch kontaktu pak závisí na sociálních dovednostech psychologa – je dobré být trpělivý, přizpůsobivý a vynalézavý, nedirektivní, mít dobré komunikační dovednosti; z osobnostních vlastností je na místě empatie, vřelost; nutné jsou pochopitelně profesní vědomosti a znalosti a schopnost kvalitního pozorování (všímavost)
2. **proměnné na straně vyšetřovaného:** zahrnují obecné a individuální postoje, kt. mohou mít různou formu – reflexe, názor, předsudky, mínění atd. – s těmito názory a postoji do vyšetřování vstupuje a ty jej ovlivňují; vstupuje zde ovlivněn také svými osobnostními vlastnostmi a s pocitem, že neví, co ho čeká (úzkost, tréma, strach)
3. **situační proměnné:** týkají se podmínek, za nichž vyšetřování probíhá (vhodná místnost, pohodlí, klid, nerušící elementy)

Psychologické vyšetření ovlivňuje rovněž správná administrace testů a ostatních použitých pomůcek. Je vhodné, aby testové vyšetření bylo vždy nějak propojeno např. s psychologickým rozhovorem či jinou „příjemnější“ technikou.