

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta

Rozhovor, pozorování a anamnéza v dopravněpsychologickém vyšetření

Lenka Šrámková, Matúš Šucha (eds.)

Olomouc 2015

Recenzovali/Reviewers

PhDr. Roman Procházka, Ph.D.

PhDr. Vlasta Rehnová

Autorský kolektiv/Authors

PhDr. Lenka Šrámková

PhDr. Matúš Šucha, Ph.D.

PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

PhDr. Michal Walter

Mgr. Libor Eliášek

Bc. Kateřina Böhmová



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Publikace vznikla v rámci projektu ESF „Iniciace mezioborového potenciálu psychologie - inovace odborné přípravy studentů UP pro praxi“.
(registrační číslo: CZ.1.07/2.2.00/28.0143)

Neoprávněné užití tohoto díla je porušením autorských práv a může zakládat občanskoprávní, správněprávní, popř. trestněprávní odpovědnost.

Unauthorized use of the work is a breach of copyright and may be subject to civil, administrative or criminal liability.

1. vydání/First Edition

Illustrations © Martina Letochová, 2015

Cover Photo © Ondřej Svoboda, 2015

Translation © Helena Pekarová, James Milne, 2015

Editors © Lenka Šrámková, Matúš Šucha, 2015

© Univerzita Palackého v Olomouci, 2015

ISBN 978-80-244-4406-2

Obsah

Předmluva – Rozhovor, pozorování a anamnéza v dopravněpsychologickém vyšetření	5
I / Klinický přístup v rámci psychologické diagnostiky	7
Úvod	7
1 Vymezení klinických metod	8
2 Historie klinických metod	8
3 Klinické metody v psychologii	9
4 Rozhovor jako základní prvek diagnostických systémů	9
5 Předpoklady pro vedení klinického rozhovoru	11
6 Omezení klinických metod v DPV	12
7 Vhodné dovednosti pro pozorování a vedení rozhovoru	13
Literatura	18
II / Modely řídicího chování a možnosti posuzování a ovlivnění chování pomocí klinických metod při dopravněpsychologickém vyšetření	20
Literatura	28
III / Metoda rozhovoru, anamnézy a pozorování v rámci DPV	29
Úvod	29
IV / Metoda rozhovoru v rámci dopravněpsychologického vyšetření – výzkum	38
Úvod	38
1 Teoretické zázemí rozhovoru v rámci DPV	39
2 Metoda rozhovoru v rámci dopravněpsychologického vyšetření – výsledky výzkumné studie	43
Shrnutí	54
Literatura	55
V / Anamnestický dotazník v DPV	56
Úvod	56
1 Vymezení	57
2 Výzkum	62
Závěr	65
Literatura	65
VI / Specifika vedení rozhovoru se somatickým pacientem (Specifika klinicky významných somatických, psychiatrických a neurologických poruch při řízení motorových vozidel)	67
Úvod	67
1 Zrakové poruchy	68
2 Diabetes mellitus	72
3 Epilepsie	73
4 Organické duševní poruchy	76
5 Neurodegenerativní onemocnění	81
6 Schizofrenie	84
Literatura	86
VII / Etické a právní otázky DPV	90
Úvod	90
1 Etické principy	91
2 Ochrana osobních údajů řidičů/klientů, kteří se podrobují dopravněpsychologickému vyšetření	92
Shrnutí	94
Další zdroje informací	94

Preface – An interview, observation and case history of the Psychological Assessment of Fitness to Drive	97
I / Exploration in the Framework of Psychological Diagnostics	99
Introduction	99
1 Definition of Exploration	100
2 History of Exploration	101
3 Exploration in Psychology	101
4 Interview as an Essential Element of Diagnostic Systems	101
5 Prerequisites for Conducting a Clinical Interview	103
6 The Limitations of Exploration in PAFTD	105
7 Suitable Skills for Conducting Interviews and Observations	105
Literature	112
II / Models of Driving Behaviour and the Possibility of Assessing and Influencing Behaviour through Exploration in Traffic Psychology	114
Literature	122
III / Interview, case history assessment and observation methods in the framework of the psychological assessment of fitness to drive	123
Introduction	123
IV / Interview method in the framework of psychological assessment of fitness to drive – research	132
Introduction	132
1 Theoretical background for the PAFTD interview	133
2 Interview method in the framework of psychological assessment of fitness to drive – research study results	137
Summary	151
Literature	151
V / Anamnestic questionnaire of the PAFTD (PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT OF FITNESS TO DRIVE)	152
Introduction	152
Definition	153
Research	159
Conclusion	162
Literature	162
VI / The specifics of the interview with a somatic patient (Specifics of clinically significant somatic, psychiatric and neurological disorders when driving motor vehicles)	164
Introduction	164
1 Visual disorders	165
2 Diabetes mellitus	169
3 Epilepsy	170
4 Organic mental disorders	173
5 Neurodegenerative diseases	178
6 Schizophrenia	182
Literature	183
VII / Ethical and legal issues of the PAFTD	187
Introduction	187
1 Ethical principles	188
2 Protection of driver's/client's personal data who are undergoing Psychological Assessment of Fitness to Drive	189
Conclusion	191
Other sources	192
Autofi/Authors	193

Předmluva

Rozhovor, pozorování a anamnéza v dopravněpsychologickém vyšetření

V České republice je dle § 87 zákona č. 361/2000 Sb. některým skupinám řidičů zákonem ustanovena povinnost podrobit se dopravněpsychologickému vyšetření. Tento zákon rovněž stanoví, kdo je oprávněn toto vyšetření provádět. V současné době zákon ale nestanovuje, co má být obsahem tohoto vyšetření, jaké metody jsou vhodné anebo jak dlouho má vyšetření trvat. Ačkoliv v poslední době je v české i zahraniční literatuře dopravněpsychologické diagnostice věnován čím dál tím větší prostor, téměř výhradně se tento prostor týká testových metod. Součástí dopravněpsychologického vyšetření jsou ale i metody klinické. Mezi ně řadíme rozhovor, pozorování a anamnézu. Tato publikace se tak týká právě klinického přístupu v rámci psychologické diagnostiky a zaměření explorační při dopravněpsychologickém vyšetření.

V úvodní části publikace jsou představeny klinické metody a jsou popsány principy jejich správné aplikace, a to zejména v kontextu dopravněpsychologického vyšetření. V následující části je popsána aplikace klinických metod (zejména rozhovoru) a postupy, jak je provádět při dopravněpsychologickém vyšetření. Pro účely této publikace bylo provedeno šetření sestávající z rozhovoru s patnácti dopravními psychology, kteří odpovídali na otázky týkající se jejich užívání klinických metod. Výstupy tohoto výzkumu jsou popsány ve čtvrté kapitole. Další část publikace pojednává o vztahu mezi tím, co zjišťujeme (resp. posuzujeme) v rámci dopravněpsychologického vyšetření, a dopravním chováním (resp. bezpečností silničního provozu). V závěru publikace je pozornost věnována etickým a právním aspektům. Součástí knihy je formulace informovaného souhlasu s nahráváním rozhovoru.

Autoři publikace děkují dopravním psychologům za ochotu zapojit se do výzkumu týkajícího se provádění dopravněpsychologického vyšetření, jehož výstupy jsou prezentovány v této knize.

Lenka Šrámková, Matúš Šucha
Olomouc, 2015



I / Klinický přístup v rámci psychologické diagnostiky

Radko Obereignerů

Úvod

Klinické metody v obecné rovině považujeme za nejlepší kombinaci nástrojů pro psychologickou diagnostiku. Pro naše účely se termín *klinický* může zdát zavádějící, neboť v dopravněpsychologickém vyšetření (DPV) nepřistupujeme *k lůžku pacienta*. Svou efektivitou a výtěžností jsou klinické metody stále hlavními nástroji v interpersonálním kontaktu s druhým člověkem, ať už se jedná o pacienta, uchazeče o zaměstnání nebo řidiče. Rozdělení klinických metod má především svou didaktickou povahu. V časovém sledu jsou metody aplikovány paralelně a jsou vzájemně neoddělitelné. Charakter získaných informací má svou jednodu v rovinách použitých metod (smyslové, sémantické), proto je dovednost jejich používání někdy přirovnávána k umění (např. umění vést rozhovor). Návčik

klinického přístupu je často otázkou postupně nabývané zkušenosti získávané pod odbornou supervízi. Pozorované fenomény či informace získané rozhovorem mají vždy širší kontext a supervizní vedení je, nebo by alespoň mělo být, nedílnou součástí všech aplikovaných směrů odborné psychologie, kam provádění dopravněpsychologického vyšetření spadá.

1 Vymezení klinických metod

Ježek a kol. (2006, s. 6–7) definují klinický rozhovor jako „*specifickou formu rozhovoru se standardizovanými cíli (např. potvrzení či vyvrácení diagnózy), ale pouze částečně standardizovaným postupem. Cílem není získat nějakou odpověď dotazovaného, ale odpovědět s určitou mírou jistoty na určitou otázku týkající se respondenta (např. v klinickém, forenzním kontextu). Je dán výchozí cíl a repertoár otázek, ale volba strategie záleží na odborném úsudku tazatele. Rozhovor se může různě košatit v místech, kde vznikají pochyby, zda dotazovaný rozumí, nebo se objevují (z hlediska cíle rozhovoru) rozporuplné odpovědi*“.

Uvést můžeme i přímou definici Keatse (2000, s. 1), že „*interview je kontrolovaná situace, v níž jedna osoba, tazatel, pokládá řadu otázek jiné osobě, respondentovi*“.

Do třetice lze klinický rozhovor vymežit jako „*interakci mezi nejméně dvěma osobami. Každý zúčastněný přispívá k procesu a zároveň ovlivňuje druhé. Není zde definován proces samotný. Běžná konverzace je také interakcí, ale interview přesahuje její rámec*“ (Trull, Phares, 2001).

Klinický rozhovor je založen na profesionálním vztahu mezi tazatelem (psychologem) a respondentem (klientem). Klient musí být alespoň minimálním způsobem motivován, aby se účastnil rozhovoru s psychologem. A v neposlední řadě spolupráce klienta a psychologa má vést k výsledku, v našem případě k objektivnímu DPV, jehož vyznění není předem stanoveno. Roli zde hrají i etické otázky, například kdo je zadavatelem DPV, kdo vyšetření hradí aj. Definování vysokých standardů DPV je nezbytným předpokladem pro předcházení opakovaným vyšetřením s odlišnými výsledky.

2 Historie klinických metod

Z pohledu psychologické diagnostiky a jejího historického kontextu můžeme jako jednotliví funkce rozhovoru najít možnost využití rozhovoru ve snaze porozumět osobnosti člověka. V kontextu medicínském byla primární funkcí rozhovoru snaha o porozumění medicínským příznakům a získání představy o jejich jednotě i specifických odlišnostech. Snaha o pochopení osobnosti má své v písemnictví

dochované kořeny v antickém Řecku v souvislosti se snahou popsat a pochopit vzájemnost duševní a fyzické stránky života.

3 Klinické metody v psychologii

Využití klinických metod je vázáno na všechny do současnosti rozvinuté teoretické směry. Jejich vzájemnou odlišností je míra direktivity užívaná při použití klinických metod, především rozhovoru, a vzájemný poměr ve využití informací z rozhovoru a z pozorování. Nedirektivní přístup je založen na vnímání a poslouchání klientů, počátky nalezneme v psychoanalýze a téměř ve všech směrech, které v ní nalézají své kořeny. Patří sem především přístupy Karen Horneyové, Aarona Becka, Alberta Ellise, Fredericka Perle, Carla Rogerse, Nancy Chodorowové a dalších. Současný diskurz stírá rozdíly v rámci jednotlivých směrů, respektive představuje vzájemnou integraci mnoha diagnostických a terapeutických prvků napříč teoretickými směry. Práce s nimi však není totožná, často jsou „objevovány“ nové možnosti diagnostických a terapeutických manévřů v rámci odlišných směrů.

4 Rozhovor jako základní prvek diagnostických systémů

V oblasti psychodiagnostických metod v současné době převládá jasná snaha pracovat s metodami, které jsou podloženy silnou teoretickou koncepcí, mají příslušné psychometrické parametry a v neposlední řadě jsou v souladu s konceptem medicíny založené na důkazech (evidence based medicine). Odtud plynou dlouholeté snahy Světové zdravotnické organizace (WHO) a Amerického národního institutu zdraví (NIH) vyvíjet a standardizovat testové i klinické nástroje. Rozhovor, sloužící pro zjištění aktuálního stavu člověka a přítomnosti psychopatie, již není volně pojatou metodou s vágně stanovenými pravidly. Obecná úroveň pravidel, založená na nejčastějším obecném rozdělení rozhovoru dle míry strukturovanosti, ale nevymezující zcela jednoznačná vodítka pro stanovení diagnostických výsledků, je úroveň, která požadavkům moderní diagnostiky nedostačuje.

V oblasti psychopatie je patrný jasný příklon k metodologické exaktnosti, jehož výsledkem jsou metody vedení rozhovoru přímo navazující na světově používané klasifikační systémy Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) a Diagnostický a statistický manuál (DSM-V). Přelomovým obdobím se stává konec 19. a začátek 20. století související s vydáním pionýrských klasifikací duševních nemocí. Jako první oficiální klasifikační systém je uváděna klasifikace příčin úmrtí Jacquese Bertillona z roku 1893. Dnes je považována za první verzi

Mezinárodní klasifikace nemocí. Bertillon byl několik desítek let, až do své smrti v roce 1922, předsedou komise pro decenální revizi klasifikace duševních nemocí. Do té doby bylo zvykem, že si lékaři sestavovali vlastní klasifikace, přičemž metoda rozhovoru jako diagnostického nástroje v nich nebyla zahrnuta. Na význam rozhovoru pro diagnostiku měl vliv rozvoj psychoanalytického hnutí a práce jeho předních představitelů (S. Freuda, C. G. Junga, S. Ferencziho aj.), u nichž byl rozhovor nejen diagnostickým nástrojem, tedy cestou ke klasifikaci duševního onemocnění, ale také metodou léčebnou.¹ Pro řadu psychiatrů bylo obtížné přijmout, respektive nechat se svázat pevně danými klasifikačními pravidly. Ta se ostatně objevila až v páté revizi MKN, která jako první obsahovala samostatný oddíl pro duševní poruchy.

Pokračující snahy operacionalizovat a standardizovat vyšetřovací přístup jsou spojeny s příslušnými psychologickými směry. Za všechny můžeme zmínit psychodynamický pohled, jehož představitelé dokázali dostatečně detailně propracovat metody standardizovaného rozhovoru, směřujícího k diagnóze a zároveň zachycujícího širší souvislosti rozvoje i udržování duševní nerovnováhy jedince. V historickém kontextu psychodynamiky lze jmenovat Sullivanovo „Psychiatrické interview“ (1970), „Úvodní rozhovor v psychiatrické praxi“ (Gill, Newman, Redlich, 1954), „Psychoterapeutické techniky v lékařství“ manželů Bálintových (1961), „Vstupní rozhovor v psychoanalýze“ (Argelander, 1966), starší práce Kernbergovy (1981) či relativně nový „Strukturovaný rozhovor organizace osobnosti“ (Stern a kol., 2010), publikaci „Operacionalizovaná psychodiagnostika“ (1996) nebo „Úvodní rozhovor v psychoanalýze a psychodynamické psychoterapii“ (Holub, Telerovský, 2013). Obdobně jsou pro psychologickou diagnostiku cenná strukturovaná interview, která přímo kopírují osy diagnostických systémů, jako je tomu v případě publikací „Strukturovaný diagnostický rozhovor DSM-IV“ (First a kol., 1996) nebo „Mezinárodní rozhovor pro poruchy osobnosti“ (Loranger, 1999).

Propracovanost a strukturovanost klinických psychodiagnostických metod dosahuje často úrovně, pro niž je potřeba postgraduálního vzdělávání. Samotný rozhovor může být polostrukturované povahy, přičemž následné hodnocení a hledání kategorizačních schémat je významným dílem psychologické práce, často zahrnující zasazení informací a projevů chování explorovaného do přesně vymezeného teoretického rámce. Dopravněpsychologická diagnostika teoreticky může ve své klinické části převzít celou řadu prvků, které v daných metodách

¹ Populárně zpracováno v románu Kerr, J. (1999). *Nebezpečná metoda*. Praha: Prostor.

nacházíme. Může se jednat o rozšířené hodnocení funkčního stavu jedince, posouzení jeho vnitřních konfliktů, posouzení jeho kognitivních schopností vnímání sebe i druhých, posouzení schopnosti seberegulace a regulace objektivních vztahů, hodnocení emocionálních schopností a schopností vazby s vnějšími i vnitřními objekty. Integrace diagnostických systémů však vyžaduje podrobné ověření využitelnosti jednotlivých prvků. Rozšiřování standardního postupu DPV je sice zajímavou alternativou, ale v praxi by znamenalo neúměrné prodloužení celého DPV.

5 Předpoklady pro vedení klinického rozhovoru

Na základě práce Sommers-Fanaganových (Sommers-Flanagan a kol., 2003) vymezujeme a upravujeme čtyři předpoklady na straně odborníků, které jsou vhodné pro správné vedení klinického rozhovoru:

1. Ovládání technik vedení klinického rozhovoru. Předpoklad zahrnuje znalost široké palety reakcí vhodných k ovlivnění klienta. Jedná se například o znalost používání různých typů otázek a znalost toho, jak na ně klienti obvykle reagují. Důležitá je také znalost využití přímého až direktivního získávání informací a odlišení situace klinického rozhovoru, který naopak vyžaduje otevřený, nedirektivní přístup. K základům znalostí doporučených pro vedení rozhovoru patří také etické a profesní standardy.
2. Druhým předpokladem je sebezkušenost, která zahrnuje znalost toho, jak rozhovorem ovlivňujeme druhé, ale také to, jak jsme druhými sami ovlivňováni. Předpokladem je uvědomování si vlastních neverbálních projevů i vlastní zvýšená či snížená reaktivita na neverbální projevy na straně klienta. K neverbálním projevům patří práce s tělesnými signály, hlasem, očním kontaktem, vzdáleností mezi vámi a klientem. Nezbytná je také schopnost a ochota měnit sám sebe na základě zkušenosti, učit se a odborně růst, jen tak lze překonávat nedostatky, odstraňovat opakované chyby. V neposlední řadě je významné i sebeuvědomění si vlastního postavení odborného, socioekonomického, kulturního, které je v pozadí procesů utvářejících vaši osobnost. Takové povědomí umožňuje vnímat odlišnosti druhých, kulturní, třídní a genderové rozdíly, které ovlivňují nebo brání efektivní komunikaci s klientem (Essandoh, 1996; Vontress et al., 1999).
3. Klinický rozhovor vyžaduje spojení s dalšími metodami, jako je pozorování, ale také se schopností vnímat a vcítit se do druhého. Nemyslíme

jen schopnost empatie, ale spíše širší schopnost odlišení sebe a druhých, předvídání jejich reakcí a jednání, uvědomění si oboustranného vlivu, tj. našeho na klienta a klienta směrem k nám. Jedná se o strukturované postupy vyšetření řady duševních stavů klienta. V oblasti klinické psychologie jde například o posouzení suicidálních tendencí a myšlenek, posouzení mentálního stavu a sebeuvědomování u onemocnění spojených s úbytkem kognitivních schopností aj.

4. Čtvrtým předpokladem pro úspěšné používání klinických metod je různorodá praxe a sbírání zkušeností i z přidružených oblastí aplikované psychologie. Jako vhodná se jeví zkušenost s vedením rozhovoru v rámci různých psychologických disciplín, jiný přístup je v klinické oblasti, odlišný v personalistce a v neposlední řadě má svá specifika vedení rozhovoru v DPV. Nácvik kontaktu s klientem pod supervizí má být nedílnou součástí pregraduálního i postgraduálního vzdělávání. Umožňuje redukci chyb při vedení rozhovoru, snižuje nejistotu psychologa a současně zvyšuje jeho kompetence pro danou expertní činnost.

6 Omezení klinických metod v DPV

Výtěžnost klinických metod v řadě případů narůstá úměrně kontaktu s probandem. Nejde jen o časové hledisko, ale také o jeho kvalitativní aspekty. V prostředí klinické psychologie jsou klinické metody nejlépe využívány u hospitalizovaných pacientů, které je možné sledovat po dostatečně dlouhou dobu, v různých situacích, od fungování v běžném denním režimu oddělení přes komunitní aktivity až po specifické situace skupinových či individuálních psychotherapeutických sezení. DPV neumožňuje klinické posuzování v takto širokém poli. Obvykle se omezuje na jednorázové individuální či skupinové setkání. V souladu s legislativními požadavky na DVP je nárůst provedených vyšetření nevyhnutelný a s tímto faktem jde ruku v ruce zvyšující se šance na opakované posouzení téhož klienta, v ideálním případě na stejném dopravněpsychologickém pracovišti při posouzení baterií testových metod stejné specifikace. Opakované vyšetření výrazně zvyšuje hodnotu všech složek DPV o dynamickou komponentu. Jsou však kladeny značně zvýšené požadavky na uniformitu klinických metod. Podrobnější musí být příslušné výstupy a záznamy z použitých klinických metod. Záznam má obsahovat relevantní informace a dotýkat se vymezených okruhů jak v rámci pozorování, tak rozhovoru. Jednoduše řečeno, klinické metody jsou daleko více náchylné na schéma jejich použití a jazyk popisu. Řešením je snaha o unifikaci

schématu vyšetření, podložená například strukturovaným rozhovorem, rozhovorovým listem apod.

7 Vhodné dovednosti pro pozorování a vedení rozhovoru

V rámci využití klinických metod lze aplikovat řadu dovedností, které, jsou-li vhodně zvoleny, pomáhají lépe odhalit a pochopit chování a motivaci vyšetřovaného jedince. Řada dovedností je běžně používána s ohledem na možnou následnou psychotherapeutickou práci s klientem. DPV je ve své podstatě omezeno na diagnostickou činnost, jen v ojedinělých případech může vést k následné psychotherapeutické péči.

Zaměřené chování

Termín zaměřené chování značí používání verbálního i neverbálního chování, které umožňuje klientovi poznat, že je mu plně nasloucháno a že se snažíme pochopit jeho sdělení. Zájem umožňuje klientovi přistupovat k vyšetřujícímu s důvěrou, otevřít se a pustit se do explorační oblasti, které jsou pro vyšetření relevantní. Verbální složka zaměřeného chování se může v minimalistickém podání omezit jen na přitakání (tzv. technika jednoduché akceptace), případně zahrnuje reflexi a shrnutí verbálních informací sdělených klientem.

Neverbální složka zaměřeného chování zahrnuje prvky, jako je oční kontakt, orientace těla proti klientovi, postura, výraz tváře, technika pomlky v rozhovoru i to, jak vyšetřující celkově vypadá (vizáž, oblečení). Řada neverbálních informací je obsažena v autonomních tělesných reakcích (pocení, dechová frekvence, zčervenání). Klient vždy reaguje na neverbální projevy, a lze je proto využít při vytváření a upevňování vzájemného vztahu. V rámci situace DPV nepatří k základním prioritám vybudovat vztah, respektive pracovní společenství v takové míře, jako vyžaduje následná psychotherapeutická práce. Rozhovory vedené u klientů, kteří vstupují do psychotherapeutického procesu, jsou primárně zaměřeny na vztah jako takový než na získávání informací. Funkce rozhovoru jsou tedy diametrálně odlišné.

Pokud není verbální a neverbální složka projevu ve vzájemném souladu, klienti více spoléhají na neverbální projevy. V případě únavy, nudy či mechanického přístupu psychologa provádějícího DPV se klient necítí akceptován, poslouchán, celkově může mít situace dopad na jeho motivaci při výkonových testech.

Neverbální zaměřené chování má svá kulturní a etnická specifika. S ohledem na místní poměry nepředpokládáme nijak širokou varietu vyšetřovaných

klientů (řidičů) co do jejich etnické příslušnosti. V kontaktu využijeme prvky neverbálního zaměřeného chování, které jsou typické pro „západní“ evropskou kulturu. Jako příklad prvku neverbálního zaměřeného chování můžeme zmínit využití očního kontaktu. Oční kontakt má napříč kulturami odlišnou významovou funkci. V evropském i americkém pojetí je přímý oční kontakt známkou aktivního sledování, kontaktu s druhým a známkou respektu, v odlišných kulturách, ale i v rámci některých etnických skupin žijících v Evropě je přímý oční kontakt známkou agresivity. Odlišný význam neverbálních signálů se tak snadno může stát skrytou bariérou v porozumění druhému a znesnadňovat vzájemnou komunikaci. Je nad rámec této publikace zabývat se interkulturními rozdíly, odkazujeme proto na rozsáhlou oblast kulturní antropologie. Navíc očekáváme, že uvedené kulturní a etnické komunikační rozdíly jsou v rámci DPV marginální.

Práce s neverbálními signály se uplatňuje v kontaktu s klienty vedenými psychoterapeuticky a u pacientů v rámci široké škály psychopatologických okruhů. Mohou se objevit výhrady i ze strany klienta, jenž může vybraný prvek označovat za nepříjemný, nežádoucí. Z praxe lze uvést příklad pacienta s paranoidním syndromem, který si vykládal přiměřený oční kontakt jako upřené sledování, nebo pacientky po autonehodě s rozsáhlým poškozením frontálních a temporálních oblastí, které bylo nepříjemné zbarvení hlasu. Na druhé straně mohou být neverbální signály nepříjemné vyšetřujícímu psychologovi. V daném případě lze předpokládat elementární schopnosti vedení rozhovoru a zvládnutí kontaktu s klientem. Jako příklad lze uvést reaktivitu klientů s výraznou strukturou osobnosti, v řadě případů až s osobnostní poruchou, často nediagnostikovanou. Specifickým typem poruchy jsou osobnosti disociální, zvláště se subnormálními intelektovými schopnostmi. Pro řadu z nich jsou řízení motorového vozidla a situace, v nichž se po dobu jízdy nacházejí, natolik protkány podněty spouštějícími agresivní reakce nebo přinejmenším reakce vedoucí k drobnějšímu i zásadnímu porušování pravidel silničního provozu. Vrátime-li se k neverbálním signálům, přístup takto osobnostně disponovaných jedinců je v neverbální rovině poznamenán prvky omezené spolupráce.

V případě situace obvyklého rozhovoru dvou lidí sledujeme vzájemné zrcadlení neverbálních znaků. Zrcadlení znaků nám běžně pomáhá k lepšímu pochopení druhého. Uvedený proces probíhá na nevědomé úrovni. Psychologický rozhovor je však expertní činností, která bývá často trénována i za použití dostupných metod videomonitoringu a supervize. Vědomé zrcadlení je již technikou, která cíleně slouží k prohloubení vcítění se do druhého,

ale její využití naráží na tenkou hranici, kdy zrcadlení je protějškem vnímáno jako posměšné. U každého klienta tedy hledáme optimální hranici, jak modifikovat vlastní neverbální projevy. Pro případ DPV jsou důležitým prvkem jen takové neverbální projevy ze strany psychologa provádějícího vyšetření, které by u klienta měly vliv na jeho výkon.

Uvedeme útržek rozhovoru, ve kterém zrcadlení sehrává významnou úlohu pro získání informací o klientovi:

Psycholog: „Za co vám byly uděleny body?“ (neutrálně)

Klient: „Tak různě, znáte to, neměl jsem štěstí na policajty.“ (pousmání na konci věty)

Psycholog: (opětuje pousmání) „To znamená...?“

Klient: (uvolňuje svůj sed) „Prostě pakárna, asi dvakrát nebo třikrát mě chytli za rychlost, pak za parkování...“

Psycholog: (přítakává, pousměje se při výčtu některých přestupků)

Klient: (pokračuje v barvitém líčení přestupků, z části na základě neverbální podpory)

Zvýšená míra neverbálního zrcadlení umožňuje klientům ponechat stranou autocenzuru přítomnou u formálního rozhovoru.

Klient často nepozná, že jeho neverbální chování prozrazuje důležité momenty. Neverbální znaky jsou doprovodem pro myšlenky a pocity a jen málo klientů je dovede ovládat natolik, aby neprozrazovaly pravou podstatu myšlenek, které jsou již „přeznačkovány“ (cognitive labelling).

Kladení otázek

Jedná se patrně o nejvýznamnější techniku ovlivňující rozhovor samotnou charakteristikou otázek, nikoli jen jejich obsahem. Využíváme tři formy otázek – uzavřené, otevřené a projektivní.

Otevřené otázky

Otevřené otázky nepřímo vyzývají klienta, aby podal komplexnější odpovědi, umožňují mu značnou volnost při formulaci odpovědi i zahrnutí doplňkových informací, které značně odpověď obohacují. Klient dostává příležitost více o odpovědi přemýšlet, rozvíjet ji do širších souvislostí. Nevýhodou může být vyšší míra autocenzury. Otevřené otázky jsou základem každého psychologického rozhovoru a díky nim má rozhovor přiměřený spád a nepodobá se „výslechu“, jak by tomu bylo v případě výhradního používání uzavřených otázek. Otevřené

otázky jsou užitečné tam, kde vyšetřující sbírá specifické útržky informací a skládá si obraz o klientovi v celé informační šíři, ale nejsou již tolik užitečné, pokud vyšetřující potřebuje získat podrobné, „hloubkové“ informace. Výše zmíněné verze strukturovaných a semistrukturovaných diagnostických rozhovorů jsou kombinací otevřených a uzavřených otázek. Otevřené otázky jsou však voleny z důvodu jejich relevance, často jsou psychometricky ověřeny informace, které jsou otevřenou otázkou získány.

Příkladem otevřené otázky může být následující zjištění zabývající se užíváním alkoholu: „Povězte mi, jakou roli hraje alkohol ve vašem životě?“. Otázka dává klientovi více možností, jak odpovídat. Pokud klient odpovídá velmi neurčitě, např.: „Alkohol si dám jen příležitostně o víkendech, abych si odpočinul.“, lze použít přímější otázku, která je však stále otevřeného typu: „Jak je to u vás s užíváním alkoholu o víkendu? Co se stalo minulou sobotu, že jste potřeboval alkohol k odpočinku?“.

Na uvedených příkladech je patrné, že využíváme dva typy otevřených otázek, jedny se širokou formulací („Řekněte mi něco o vašem životě?“), druhé přímé („Řekněte mi, co jste dělal minulou sobotu?“).

Uzavřené otázky

Jde o typ otázek používaný především k získávání konkrétních informací. Například pokud klient vypráví, jaký je jeho vztah k užívání alkoholu, v určitou chvíli je potřeba zjistit, jaké množství alkoholu si dopřeje, např.: „Řekněte mi, kolik piva/vína jste si dal minulou sobotu?“. Otázka pomáhá přesně specifikovat, kolik alkoholu si klient dává při určitých příležitostech. Objektivita poskytnutých informací pochopitelně není zajištěna. Uzavřené otázky jsou vhodné u klientů, jejichž styl vyprávění je příliš detailní či zabíhavý: „V sobotu jsem měl na oběd kačenu s knedlíkem a zelím, pořádně jsem se najedl, bylo to výborné. Pak jsem si chvíli odpočinul, lehnu jsem si k televizi a díval se na Auto Moto Revue.“ „Kolik alkoholu jste vypil při sledování Auto Moto Revue?“ Položená otázka je zaměřena nikoli na pití samotné, ale na jeho množství při specifické aktivitě. Uváděné sémantické rozdíly jsou relativně malé, přesto důsledná volba a promyšlenost otázek mohou pomoci lepší informační výtěžnosti celého rozhovoru s klientem.

Projektivní otázky

Jedná se o specifický typ otázek, které umožňují klientům identifikovat, zformulovat, prozkoumat a objasnit nejasné konflikty, hodnoty, myšlenky a pocity. Vybízí klienty ke spekulacím, tím odhalují možné skryté tendence k určitému

typu chování. V oblasti dopravní psychologie jsou projektivní otázky směřovány nejčastěji k možnému impulzivnímu, agresivnímu či asociálnímu chování.

Komentování procesu

Jedná se o další cestu získávání informací. Komentování procesu zaměřuje pozornost klienta k významným myšlenkám či pocitům, které se v průběhu rozhovoru objeví a které je vhodné dále rozvíjet. Komentování procesu slouží k získání komplexního obrazu. Používáme jej v momentech rozhovoru, kde klientovo vyprávění není v souladu s jeho neverbálními projevy či emocemi, které pozorujeme. Často komentujeme emoční projevy, které u klienta vidíme, ale které nejsou integrovány s verbálním projevem, případně tam, kde je přítomno více emocí nebo se jedná o emoce ambivalentní. Komentování procesu je více reflexí na pozorované jevy než empatickým komentářem. Empatické komentáře jsou využívány v rámci terapeutických rozhovorů.

Shrnování

Můžeme též použít sumarizaci. Využíváme ji především ke shrnutí informací s důrazem na oboustranné porozumění tak, aby klient mohl ještě upřesnit případná nedorozumění, která z rozhovoru vzejdou. Shrnování dílčích částí rozhovoru napomáhá kontaktu, resp. udržování raportu. Shrnování však neznamená jen prosté opakování toho, co klient řekl, což v rozhovoru působí spíše výsměšně vůči klientovi. Shrnování má obsahovat jen klíčové informace z klientova vyprávění. Metodu můžeme využít nejčastěji čtyřmi způsoby: abychom ukázali, že jsme klienta poslouchali, že zdůraznění klíčových bodů, při změně tematických oblastí a ke snížení emočního napětí.

Druhy kontaktu

Kontaktem obvykle rozumíme setkání dvou a více jedinců a jejich vzájemnou výměnu informací verbální i neverbální cestou. Vymezení druhů kontaktů má z větší části význam didaktický, neboť vymezené kategorie se mohou do značné míry překrývat. Na rozdíl od klasického dělení komunikace na intrapersonální (např. mezi počítačem a jeho uživatelem), interpersonální (mezi dvěma a více osobami) a hromadnou (masovou, např. čtenářem a tiskem) je vymezení a výklad druhů kontaktů při komunikaci přehlednější z hlediska praktického užití. Dělení a příklady uvádíme s ohledem na situaci DPV.

1. osobní face-to-face, a to v podobě:

a) setkání v ordinaci klinického psychologa – zde je výhodou pružnost vyšetření, neboť v případě, že se vyskytnou známky závažnější psycho-

patologie, je klinický psycholog obvykle dostatečně vybaven jak po stránce diagnostické, tak i co do možností následné péče o pacienta. Dle současné legislativy klinický psycholog DPV neprovádí, avšak řada privátních klinických psychologů je současně plně erudovanými dopravními psychology. Souběh kvalifikací umožňuje detailní diagnostiku, zahrnující například širší souvislosti s psychickými a somatickými potížemi, posouzení osobnosti dle platných klasifikačních systémů popisujících normu a patologii;

b) setkání ve specializované dopravněpsychologické laboratoři – jedná se o dílčí vyšetření, kde jsou k dispozici jen omezené informace a dokumentace, jejichž rozsah nemusí být dostatečně vypovídající o širších souvislostech a případné psychopatologii vyšetřovaného jedince. K výhodám specializovaného DPV bezesporu patří technicky lepší vybavenost pracoviště, často převyšující standardy požadované legislativou dle příslušných vyhlášek. Významní zadavatelé DPV již nyní oceňují možnost dlouhodobého sledování svých zaměstnanců a specializované DPV je pro ně jedním z významných ukazatelů při práci s tzv. „lidskými zdroji“;

- 2. zprostředkovaný kontakt** – ve všech případech se jedná o omezený kontakt, kterému chybí složka přímého pozorování a neverbální komunikace. Jedná se o kontakt *telefonický*, který je však formálně velmi omezen, v rámci DPV se na něj vztahuje zákonná ochrana osobních údajů a povinná mlčenlivost (např. možnost informovat klienta, který si žádá sdělení výsledků DPV telefonicky). *Písemný* kontakt, kterým je nejčastěji zpráva o výsledcích DPV, přináležející ze zákona klientovi, možnost jejího poskytnutí třetí osobě musí být dokumentována písemným souhlasem. Písemné dokumenty mohou obsahovat řadu informací, které jsou laikům nesrozumitelné. *Nepřímý* kontakt se realizuje např. prostřednictvím tiskových mluvčí organizací.

Existuje celá řada dovedností pro pozorování a vedení rozhovoru. Uvedli jsme jen vybrané z nich, především ty, které ve značně omezeném poli při provádění dopravněpsychologického vyšetření mají své nezastupitelné místo a využívají relativně největší část manévrovacího prostoru při práci s klientem.

Literatura

Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (1996). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual*. Bern: Huber.

- Argelander, H. (1966). Zur Psychodynamik des Erstinterviews. *Psyche* 20: 40–53.
- Balint, M., & Balint, E. (1961). *Psychotherapeutic techniques in medicine*. London: Tavistock publications.
- Essandoh, P. K. (1996). Multicultural counseling as the “fourth force”: A call to arms. *Counseling Psychologist*, 24, 126–137.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Patient Edition (SCID-I/P, Version 2.0)*. NY: Biometrics Research Department. New York State Psychiatric Institute, New York.
- Gill, M., Newman, R., Redlich, F. C., & Sommers, M. (Eds.) (1954). *The initial interview in psychiatric practice, with phonograph records available to professional persons and institutions*. Madison, CT, US: International Universities Press, Inc.
- Holub, D., Telerovský, R. (2013). *Úvodní rozhovor v psychoanalýze a psychodynamické psychoterapii*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 99 s.
- Jezek, S., Vaculík, M., Wortner, V. (2006). *Základní pojmy z metodologie psychologie. Definice a vysvětlení*. Brno: Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU. (retrieved 8.1.2014 from http://is.muni.cz/elportal/estud/fss/ps06/psy112/Vaculik__M.__Jezek__S.__Wortner__V.__2006__-_Zakladni_pojmy_z_metodologie.pdf).
- Keats, D. M. (2000). *Interviewing: A practical guide for students and professionals*. Buckingham, England: Open University Press.
- Kernberg, O. F. (1981). Structural interviewing. *Psychiatric Clinics of North America*, 4(1), 169–195.
- Loranger, A.W. (1999). *International Personality Disorder Examination (IPDE) manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (2003). *Clinical Interviewing*. 3rd ed. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critchfield, K. L., Horz, S., MacCornack, V., Lenzeweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary Psychometrics in a Clinical Sample. *Journal of Personality Assessment*, 92, 1, p. 35–44.
- Sullivan, H., S. (1970). *Psychiatric interview*. New York: W. W. Norton & Company.
- Trull, R. J., & Phares, E. J. (2001). *Clinical psychology: Concepts, methods, and profession* (6th ed). Belmont, CA: Wadsworth/Thomson.
- Vontress, C. E., Johnson, J. A., & Epp, L. R. (1999). *Cross-cultural counseling: A casebook*. Alexandria, VA: American Counseling Association.



II / Modely řídičského chování a možnosti posuzování a ovlivnění chování pomocí klinických metod při dopravněpsychologickém vyšetření

Matúš Šucha

Řízení je velmi komplexní činností, která předpokládá celou řadu dovedností, zkušeností, osobnostních a motivačních předpokladů. Ač pro správné řešení konkrétních dopravních situací jsou nejdůležitější základní dovednosti ovládat vozidlo, výzkum ukázal, že pro dlouhodobé bezpečné řízení pouze tyto dovednosti nestačí. Toto zjištění je v souladu s tvrzením autorů Näätänen a Summala (1974), kteří zdůrazňují, že bezpečné řízení je činností, která vyžaduje zejména **náhled a seberegulaci od řidiče** (v angličtině je používán termín *self-paced task*). Je plně na řidičovi (jeho rozhodnutích, chování), jak bezpečný styl řízení zvolí.

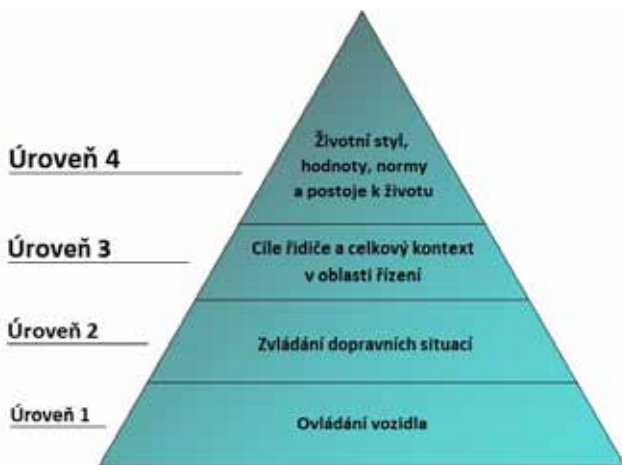
Moderní výzkum v dopravní psychologii (Rothengatter, 1997) poukazuje nejen na výkonové charakteristiky řidičů, ale především na osobnostní charakteristiky a motivační faktory. Čili neposuzujeme pouze, čeho je řidič schopen (dovednosti), ale také co řidič **chce udělat (motivační a osobnostní faktory)**. Tento přístup má v historii dopravní psychologie dlouhou tradici, mimo jiné se objevuje i v klasické práci Reasona a kolegů (1990), kteří rozlišují řídicí chyby (errors) a přestupky (violations). První je přisuzováno zejména nedostatku výkonových faktorů (nedostatek dovedností), případně částečně osobnostním faktorům (např. roztržitost), druhé je přisuzováno zejména motivačním faktorům (záměrné porušení pravidel).

Z pohledu klasických škol psychologie uvedený přístup popisující lidské chování staví zejména na **kognitivní psychologii**. Vnímá člověka jako aktivní prvek v systému, který volí své chování na podkladě cílů, kterých chce dosáhnout, a to v konkrétním prostředí (v našem případě v dopravním prostředí). Zdůrazněny jsou vnitřní mentální procesy jako ty, které jsou zodpovědné za chování člověka. Pozorovatelné chování je pak pouze výsledkem dlouhého mentálního procesu řidiče. Tyto **mentální procesy však nejsou stále nebo nezměnitelné** – jsou ovlivněny informacemi, které řidič získává z vnějšího světa (zejména jako reakci na své chování). Tento proces můžeme popsat jako neustálou interakci mezi cílem, kterého řidič chce dosáhnout, konkrétním chováním (akce), které realizuje, a zpětnou vazbu od okolí, kterou na své chování dostává (Peräaho a kol., 2003).

Z pohledu dopravněpsychologického vyšetření a konkrétně klinických metod můžeme ovlivnit celkový mentální proces na několika úrovních: řídicí cíle – oblast motivace (poznání motivů, hodnot, norem, životního stylu řidiče), **zpětná vazba – zejména edukační část rozhovoru s řidičem**, zvýšení sebeuvědomění a náhledu. Uvedená zpětná vazba od okolí, která umožňuje řidičům měnit jejich mentální model (a následně chování), může působit jak pozitivně, tak také negativně. Z toho důvodu je naprosto nezbytné každou akci zaměřenou na zvýšení bezpečnosti řízení posuzovat velmi opatrně a předcházet nežádoucím dopadům. Příkladem pozitivního ovlivnění může být motivační rozhovor s mladým řidičem, při kterém si uvědomí, že z bezpečnostního hlediska je lepší předcházet rizikovým situacím (např. dodržovat bezpečné rozestupy mezi vozidly) než „zkušeně“ tyto rizikové situace řešit (např. eliminace argumentu „*jsm dobrý řidič, proto můžu jet rychleji, než je limit*“). Příkladem negativního ovlivnění může být zdokonalení řídicích dovedností (např. při tzv. „škole smyku“), bez následného pochopení toho, k čemu zlepšení dovednosti slouží

(čili posílení sebedůvěry, že lepší dovednosti v oblasti ovládání vozidla formují lepšího řidiče a bezpečnější styl jízdy).

Z pohledu modelů, které konceptualizují výkonové faktory, osobnostní faktory a motivační faktory z pohledu lidského chování, jsou nejčastější modely hierarchické. V dopravní psychologii mají poměrně velkou tradici (Michon, 1989; Summala, 1985; Rasmussen, 1980). Tyto modely se zaměřovaly zejména na výkonové faktory (analýza řízení z pohledu jednotlivých úkonů, které řidič musí vykonat), nicméně můžeme je použít i na osobnostní a motivační faktory. Na podkladě uvedených modelů vytvořil Keskinen (1996) tzv. Gadget model, který explicitně zahrnuje všechny diskutované proměnné (výkonové charakteristiky, osobnostní charakteristiky a motivační faktory). Tento model popíšeme níže (obr. 1).



Obr. 1 Gadget model sestává ze 4 úrovní (Keskinen, 1996)

Úroveň 4: Životní styl, hodnoty, normy a postoje k životu

Tato úroveň ovlivňuje úrovně 1 až 3 v modelu a není specifická konkrétně pro oblast dopravy a řízení (z pohledu konkrétního člověka). Jedná se například o sociální dovednosti, zvyky, důvěru, sebekontrolu, well-being, postoje k řízení a automobilu (např. koníček, způsob dopravy aj.), celkové fyzické a mentální schopnosti.

Úroveň 3: Cíle řidiče a celkový kontext v oblasti řízení

Jedná se o cíle řidiče a celkový mentální kontext řidiče ve smyslu řízení a dopravy obecně (čili nikoli v konkrétní dopravní situaci). Obsahuje např. celkové rozhodnutí, jestli řídit nebo neřídit, celkový řídicí styl, volbu okolností řízení (např. plán před cestou – volba cesty při nižších intenzitách dopravy, volba společnosti ve vozidle, dostatek spánku před jízdou aj.).

Úroveň 2: Zvládání dopravních situací

Úroveň zaměřená na konkrétní dopravní situaci. Jedná se o schopnost aplikovat dovednosti z první úrovně na konkrétní dopravní situaci, ve které se řidič nachází (např. manévr předjíždění v konkrétní situaci).

Úroveň 1: Ovládání vozidla

Dovednosti spojené s ovládáním vozidla – zejména ovládání rychlosti, směru, řazení rychlostních stupňů aj.

Na uvedený model musíme nahlížet v kontextu již zmiňované interakce mezi **cíli řidiče, konkrétním chováním (vedoucím k danému cíli) a zpětné vazby** na toto chování. Základním předpokladem modelu je, že vyšší úrovně ovlivňují a kontrolují chování na nižších úrovních. Nicméně do určité míry platí i opačný postup (např. při nedostatečných dovednostech ovládání vozidla životní cíle podporující bezpečné řízení nezaručí bezpečné řízení). Z pohledu dopravní bezpečnosti, dopravní psychologie, dopravněpsychologického vyšetření a klinických metod v rámci dopravněpsychologického vyšetření je však klíčové ovlivnění od vyšších vrstev k nižším (opačný postup je důležitý např. v oblasti výuky v autoškolách).

Důležitost a řídicí prvek nejvyšší úrovně modelu (4) jsou dány tím, co bylo již zmiňováno výše – rozdílem mezi tím, čeho **je řidič schopen** (co dokáže; v modelu zejména úrovně 1 a 2), a tím, **co chce** (v modelu zejména úrovně 3 a 4). Nezáleží na tom, jak dobře řidič umí ovládat vozidlo, jak umí tyto dovednosti aplikovat v dané situaci nebo kolik má znalostí ohledně bezpečného řízení. Vliv těchto dovedností a znalostí na bezpečné řízení je dán ochotou používat je při řízení. Z tohoto důvodu se níže budeme více věnovat čtvrté úrovni.

Čtvrtá úroveň modelu sestává hlavně z celkového životního stylu řidiče, jeho motivů, hodnot, postojů, názorů, norem a sociálních vztahů. Konkrétněji se jedná o např. osobnostní vlastnosti jako sebekontrola, vyhledávání vzrušení, postoj k autoritám a pravidlům, vztah k řízení a automobilu (z pohledu vlastního sebeobrazu a image), vztahy s vrstevníky, rodinou a celkově další předpoklady,

u kterých výzkum prokázal vztah k bezpečnému řidičskému chování (Berg, 1994; Gregersen & Berg, 1994; Hatakka, 1998; Jessor, 1987; Schultze, 1990). Důležité je rovněž zmínit, že všechny uvedené faktory jsou ovlivněny **kulturou a společností**, ve které řidič žije. Důležitým formujícím vlivem je proto mimo jiné také rodina, přátelé a další rolové modely. Z pohledu dopravněpsychologického vyšetření jsou zde klíčové informace z anamnézy nebo rozhovoru s řidičem.

Tato úroveň rovněž popisuje celkové **fyzické a mentální kapacity řidiče** (např. fyzický handicap nebo snížení kognitivních funkcí). Z pohledu dopravněpsychologického vyšetření k těmto faktorům přistupujeme jako k daným, bez zásadní možnosti ovlivnění. Je však nutné brát je v úvahu, protože samotné uvědomění si daného faktu může mít významný bezpečnostní benefit.

Dalším důležitým rozměrem je **vývojový faktor**. Výzkum prokázal (např. Evans, 1991), že věk je významným determinantem stylu (bezpečnosti) řízení. Určité věkové skupiny řidičů (zejména mladí řidiči) jsou více rizikové než jiné skupiny. Tento fakt neznámá, že mladí řidiči jsou nutně horšími nebo méně zkušenými řidiči. Spíše uvedený styl řízení (více rizikový) odráží vývojové potřeby daného věku. Můžeme ho tedy považovat za funkční.

Posledním významným faktorem je životní styl a hodnoty. Schulze (1990) a Gregersen & Berg (1994) prokázali, že životní styl řidiče úzce souvisí s jeho řidičským chováním – např. životní styl orientovaný na automobilismus (např. tuning, automobilové závody aj.) se jeví jako rizikový pro bezpečné chování při řízení. Ukazuje se, že motivy, které jsou spojené s řízením a potvrzením vlastní hodnoty, nebo seberealizace řidiče, jsou z pohledu bezpečného řízení spíše rizikové (Peräaho a kol., 2003). Z pohledu klinických metod v rámci dopravněpsychologického vyšetření můžeme uvedené postihnout v rámci rozhovoru nebo anamnézy.

Třetí úroveň modelu z pohledu dopravněpsychologického vyšetření, a zejména klinických metod v rámci dopravněpsychologického vyšetření, je méně klíčová než popisovaná čtvrtá úroveň. Zde jenom krátce zmíníme, že faktory spadající do třetí úrovně jsou z pohledu dopravněpsychologického vyšetření důležité zejména pro **edukační část rozhovoru**, kde psycholog může pomoci řidiči zvýšit uvědomění a doporučit mu vhodnější volby při plánování cest (např. u starších řidičů).

Model podle Michona (1989) popisuje úrovně rozhodování řidiče (z pohledu času). Celkově rozlišuje 3 základní úrovně:

1. **Strategická úroveň** – jedná se o rozhodnutí před započítáním jízdy (např. volba trasy nebo času jízdy).
2. **Taktická úroveň** – jedná se o anticipační řídicí manévry (např. volba rychlosti jízdy, jízdního pruhu, odhad chování ostatních účastníků provozu, odstup od dalších vozidel aj.).
3. **Operacionální úroveň** – jedná se o provádění spontánních manévruů k odvrácení nebezpečí (brzdění, změna jízdního pruhu, vyhýbání se překážkám aj.).

Vypovídací hodnotu metod použitých pro posouzení psychické způsobilosti řidiče na jednotlivých úrovních modelu můžeme definovat následovně. Pro posouzení rozhodování na strategické úrovni se doporučuje využít klinických metod, zejména rozhovoru, analýzy řídičské a osobní historie řidiče (anamnéza) a pozorování. Dále pak částečně metod zaměřených na posuzování osobnosti (např. dotazníky, inventáře, projektivní metody). Pro posouzení rozhodování na taktické a operacionální úrovni se doporučují výkonové testy a pozorování řidiče při dopravním chování (při řízení) – viz tabulka 1.

	Rozhovor, anamnéza	Pozorování	Osobnostní metody	Výkonové testy
1. Strategická úroveň Rozhodování před jízdou	Vysoká výpovědní hodnota	Vysoká výpovědní hodnota	Střední výpovědní hodnota	Malá výpovědní hodnota
2. Taktická úroveň Rozhodování o jízdních manévrech, anticipace	Střední výpovědní hodnota	Vysoká výpovědní hodnota	Vysoká výpovědní hodnota	Střední výpovědní hodnota
3. Operacionální úroveň Provedení jízdního manévru v situaci nebezpečí	Malá výpovědní hodnota	Vysoká výpovědní hodnota	Střední výpovědní hodnota	Vysoká výpovědní hodnota

Tab. 1 Michonův model

Při posuzování psychické způsobilosti řídit vozidlo (v rámci dopravněpsychologického vyšetření) je nutné brát v úvahu, že řídičské chování je ovlivněno v zásadě dvěma sadami faktorů – **situačními faktory a faktory spojenými s řidičem samotným** (popsáno v Gadget modelu výše). **Situační faktory** (jako např. design dopravního prostředí, povětrnostní podmínky aj.) **nejsou zcela**

předvídatelné. Posuzujeme tedy u řidiče faktory, které jsou spjaté s jeho osobou (a tedy poměrně stálé), a předpokládáme míru rizika, které může nastat ve spojení s konkrétními situačními faktory (v dané konkrétní situaci). Z tohoto důvodu mluvíme o předvídatelné míře rizika, nikoliv o riziku jako přesně definované veličině.

Mezi faktory, které ovlivňují řidičské chování a jsou spjata s osobou řidiče, patří zejména:

- a) zdravotní stav řidiče (somatické onemocnění) – úroveň 4 Gadget modelu,
- b) duševní onemocnění – úroveň 4 Gadget modelu,
- c) osobnostní rysy – úroveň 4 Gadget modelu,
- d) výkonové charakteristiky řidiče – úroveň 1 a 2 Gadget modelu,
- d) motivace, hodnoty, normy a životní styl – úroveň 4 Gadget modelu,
- e) aktuální emoční naladění (nálada, psychické rozpoložení) – úroveň 1 a 2 Gadget modelu.

V rámci **dopravněpsychologického vyšetření posuzujeme** zejména osobnostní rysy, výkonové charakteristiky a motivaci, hodnoty, normy a životní styl. Pro posouzení výkonových charakteristik využíváme zejména testových baterií zaměřených na výkon (často pomocí počítače a dalších externalit – pedály, speciální panely atd.), pro posouzení osobnostních rysů používáme zejména osobnostní testy, dotazníky a inventáře, případně projektivní metody, u kterých psycholog posuzuje reakce řidiče na specifický podnětový materiál. **Motivaci, hodnoty, normy a životní styl posuzujeme zejména na podkladě kvalitativní analýzy dostupných dokumentů (např. řidičská historie), analýzy anamnestických dat, dat získaných v rámci rozhovoru a na podkladě celkového klinického dojmu (např. pozorování klienta).**

Obecně platí, že pokud chceme vyloučit předvídatelné riziko v budoucím řidičském chování řidiče, je nutné, aby všechny uvedené posuzované charakteristiky (osobnost, výkon, motivace) byly dostatečně přítomné (nebo rozvinuté). Z pohledu výkonových charakteristik to znamená, že řidič dosahuje požadovaného výkonu (rychlost, přesnost, vytrvalost), z pohledu osobnostních rysů to znamená, že dominantní rysy jsou v souladu s bezpečným řidičským chováním, a z pohledu motivace to znamená, že řidič je motivován k bezpečnému řidičskému chování, má zvnitřněné hodnoty a normy, které podporují bezpečné chování, a žije životním stylem, který nepředstavuje riziko z pohledu expozice

rizikovým situacím (např. časté užívání alkoholických nápojů, nedostatek spánku aj.).

Z uvedeného plyne, že **hlavním cílem rozhovoru** (a dalších klinických metod) je (na podkladě informací o výkonových charakteristikách a osobnostních rysů) **posoudit řidiče, jeho předpokládané řídičské chování a míru rizika pro dopravní systém.**

Zodpovídáme tedy otázku: Je přítomno předvídatelné riziko, že klient na podkladě svých predispozic – osobnostních rysů, výkonových charakteristik a motivačních faktorů (včetně postojů a hodnot) – bude představovat nepřiměřené riziko v dopravním systému (jeho chování bude rizikové)?

Druhým aspektem rozhovoru s klientem je **edukační rozměr**. V rámci edukační části rozhovoru (ne ve všech případech rozhovor v rámci dopravněpsychologického vyšetření edukační část obsahuje) poskytujeme řidiči informace, které by měly vést k zvýšení jeho uvědomění směřujícího k bezpečnému řídičskému chování, resp. zlepšení náhledu na sebe samého a vlastní řídičské chování (např. rizikovost konkrétního chování). Může se jednat např. o poskytnutí faktických informací k fungování organismu, dopadům životního stylu (např. užívání alkoholu) na kognitivní procesy, facilitaci osobního rozvoje řidiče.

Mezi další edukační cíle může patřit:

- pochopení a ovlivnění postojů s uvědoměním si rizika,
- podpora ohleduplného chování,
- uvědomění si významu přestupků a pochopení příčin vlastních přestupků,
- uvědomění si osobních chybných postojů,
- zlepšení rozpoznání nebezpečí.

Důvodem, proč rozhovor (a další klinické metody) jsou ústřední částí dopravněpsychologického vyšetření, je fakt, že právě motivace, hodnoty, normy a životní styl (úroveň 4 Gadget modelu) jsou těmi hlavními určujícími charakteristikami, které formují konečné řídičské chování. **Jinak řečeno, řidič může dosahovat dobrých výkonových charakteristik (umí, má schopnost), mít vhodné osobnostní rysy (má předpoklady), ale v konkrétní řídičské situaci je nevyužije, případně je využije způsobem, který se neslučuje s bezpečným řídičským chováním.** Hlavním smyslem a účelem rozhovoru je tedy posoudit, nakolik je řidič motivován k bezpečnému chování, a to prostřednictvím zkoumání motivace, norem, hodnot a životního stylu.

Literatura

- Berg, H. Y. (1994). *Lifestyle, traffic and young drivers – an interview study*. VTI Report 389A. Linköping: Swedish National Road and Transport Research Institute.
- Evans, L. (1991). *Traffic safety and the driver*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Gregersen, N. P., & Berg, H. Y. (1994). Lifestyle and Accidents Among Young Drivers. *Accident Analysis & Prevention*, Vol. 26, 297–303.
- Hatakka, M. (1998). *Novice drivers' risk- and self-evaluations. Doctoral thesis*. Turku: University of Turku, Series B.
- Jessor, R. (1987). Risky Driving and Adolescent Problem Behavior: An Extension of Problem Behavior Theory. *Alcohol, Drugs and Driving*, Vol. 3, 1–11.
- Keskinen, E. (1996). *Why do young drivers have more accidents?* Junge Fahrer und Fahrerinnen. Referate der Ersten Interdisziplinären Fachkonferenz, December 12–14, 1994 in Köln. (in English) Berichte der Bundesanstalt für Strassenwesen. Mensch und Sicherheit, Heft M 52.
- Michon, J. A. (1989). Explanatory Pitfalls and Rule-Based Driver Models. *Accident Analysis & Prevention*, Vol. 21, 341–353.
- Näätänen, R., & Summala, H. (1974). A Model for the role of motivational factors in drivers' decision-making. *Accident Analysis & Prevention*, Vol. 6, 243–261.
- Peräaho, M., Keskinen, E., & Hatakka, M. (2003). *Driver competence in a hierarchical perspective, implications for driver education*. Turku: University of Turku.
- Rasmussen, J. (1980). What can be learned from human error reports? In Duncan, K., Grunenberg, M., & Wallis, D. (Eds.) *Changes in Working Life*. London: Wiley.
- Reason, J., Manstead, A., Stradling, S., Baxter, J., & Campbell, K. (1990). Errors and violations on the roads: a real distinction? *Ergonomics*, Vol. 33 (10/11), 1315–1332.
- Rothengatter, T. (1997). Editorial preface. *Applied psychology*, Vol. 46 (3), 221–222.
- Schulze, H. (1990). *Lifestyle, leisure style and traffic behaviour of young drivers*. VTI-report 364 A. Linköping: Swedish Road and Traffic Research Institute.
- Summala, H. (1985). Modeling driver behavior: A Pessimistic Prediction? In Evans, L., & Schwing, R. (Eds.) *Human Behavior and Traffic Safety*. New York: Plenum Press.



III / Metoda rozhovoru, anamnézy a pozorování v rámci DPV

Libor Eliášek, Michal Walter

Úvod

K posouzení psychických předpokladů pro řízení motorových vozidel je kromě výsledků standardizovaných metod nezbytný rozbor dostupných informací o klientovi vztahujících se k jeho řidičské historii a schopnosti bezpečně řídit motorové vozidlo. Jde o to posoudit klientovu zralost, posoudit, co a jak sytí klientovy kompetence k řízení motorových vozidel, dát do souvislostí dosažené výsledky s ostatními dostupnými daty. Informace, které lze využít při vedení rozhovoru a následném závěru DPV, lze získat z různých fází diagnostického procesu a z různých podkladů (viz obrázek 1).



Obr. 1 Schéma diagnostického procesu

Rozčleníme-li si DPV chronologicky, začíná **individuálním vstupním rozhovorem**. Zde získáme základní informace o klientovi:

- základní osobní údaje (jméno, příjmení, datum narození, případně rodné číslo, ověření totožnosti podle ŘP nebo OP),
- co je důvodem požadavku na DPV,
- kdo DPV vyžaduje,
- předchozí zkušenosti s DPV, případně, kdy a kde je klient absolvoval a s jakým závěrem,
- aktuální zdravotní a psychický stav (omezení, obavy, špatná zkušenost, negativistické postoje atd.),
- přehled klientova dopravního chování z výpisu z EKŘ (Evidenční karta řidiče vydaná na žádost řidiče příslušným úřadem – obcí s rozšířenou působností).

Cílem vstupního rozhovoru je kromě získání výše uvedených dat podat základní informace o DPV, motivovat klienta k optimálnímu výkonu, rozptýlit jeho obavy, vytvořit ovzduší důvěry a spolupráce.

Probíhá-li DPV ve skupině, je vhodné podat základní informace všem zúčastněným najednou formou **skupinového rozhovoru**. Informace by se měly týkat

- struktury průběhu DPV (délka, přestávky, možnost občerstvení atd.),
- obsahu DPV (místo DPV v rámci posuzování zdravotní způsobilosti, co je posuzováno, jakým způsobem jsou administrovány testy, jakým způsobem budou výsledky testů posuzovány, ukončení DPV závěrečným rozhovorem).

Při úvodním rozhovoru je klientům předkládáno k prostudování a podepsání prohlášení o důvěrnosti získaných poznatků v souladu s platnou legislativou (zákon o ochraně osobních údajů) a o aktuálním zdravotním a psychickém stavu klienta, kde klient svým podpisem stvrdí,

- že je v takovém zdravotním a duševním stavu, aby mohl DPV absolvovat,
- že souhlasí s využitím a archivací dat z DPV v souladu s platnou legislativou.

Takto vedený rozhovor přispěje k adaptaci na prostředí psychologického pracoviště i na přítomnost dalších posuzovaných klientů. Postřehy těch, kteří již DPV absolvovali, mohou vést k uvolnění a případnému uklidnění ostatních klientů. Nevýhodou takto vedeného vstupního skupinového rozhovoru mohou být případné rušivé nebo agresivní projevy některého z účastníků. Právě názory a zkušenosti ostatních účastníků DPV mohou tyto projevy eliminovat.

*Námítky některých klientů se mohou týkat obsahu a rozsahu požadovaných citlivých anamnestických dat. Způsob formulace námitek může upozornit na určité klientovy rysy osobnosti, zvýšenou míru podezřívavosti a agresivity v chování probanda. Tyto poznatky je nutno verifikovat v závěrečném rozhovoru. V některých případech mohou být pochybnosti ze strany klienta přiměřené a mohou být ovlivněny negativní zkušeností s nezákonným využitím citlivých dat o klientovi. Obecně lze použít v těchto případech metodu **aktivního naslouchání**, která pomáhá rozptýlit klientovy pochyby. Je rovněž nezbytné připomenout podmínky práce se získanými daty podle platné legislativy. Výhodou bývá, když se jiný klient vyjádří pozitivně k této problematice.*

Základní myšlenkou je v této fázi fakt, že se klient podrobuje DPV dobrovolně a z vlastní vůle. Pokud odmítne prohlášení podepsat, nelze DPV provést. Jinými slovy, k DPV nelze klienta jakýmkoliv způsobem nutit.

Dopravní psycholog by měl zvážit způsob získání anamnestických údajů od řidiče a v případě potřeby s ním provést individuální rozhovor, jehož obsah a struktura jsou do značné míry totožné s obsahem anamnestického dotazníku.

Výhodou rozhovoru je možnost kladení doplňujících a prohlubujících otázek, bezprostřední kontakt s klientem.

Vedení rozhovoru je důležitou dovedností, kterou se dopravní psycholog musí postupně naučit, aby získal od klienta relevantní údaje. Doporučuje se klást převážně otevřené otázky (co, kdy, kde, jak, kolik, kolikrát apod.). Vhodné jsou i uzavřené otázky vyžadující jednoznačnou odpověď typu ano – ne.

Individuální strukturovaný anamnestický rozhovor je potřeba provést především s řidiči, kteří se dopustili opakovaných a závažných přestupků (požívání návykových látek před jízdou a během jízdy, těžké dopravní nehody se zraněním a úmrtím). Tento způsob komunikace nelze nahradit vyplněním anamnestického dotazníku. Jeho nevýhodou může být větší časová náročnost a složitější způsob záznamu rozhovoru. Ideální je vyžádat si před provedením rozhovoru souhlas s jeho zvukovým nebo obrazovým záznamem (diktafon, kamera).

Po předání a získání potřebných informací je přistoupeno k administraci standardizovaných psychologických testů.

Cenným zdrojem dat je **pozorování** klientů při samotném testování. Je účelné zaznamenávat zejména:

- pochopení instrukcí,
- průběh zácviku (opakování chyb, zlepšování výkonu),
- vznesené dotazy a míru jejich přiléhavosti,
- reakce na upozornění na chyby v zácviku,
- chování v průběhu testování (adaptace, únava, stres, verbální a neverbální projevy atd.),
- cit pro přístroje a ovládací panely (při testech administrovaných na přístrojové technice),
- reakce na případné uvědomělé chyby (sebekritický náhled, zlehčování, vymlouvání se).

Výše uvedené poznatky slouží jako další informace pro závěrečnou syntézu dat k vytvoření obrazu o klientovi pro formulaci závěru DPV.

Z poznatků získaných pozorováním lze např. usuzovat na míru sebedůvěry klienta ve své vlastní schopnosti, ochotu přijmout kritiku a poučit se z vlastních chyb. I u poznatků takto získaných je třeba ověřit, co bylo jejich příčinou. Byl příčinou nervozity strach z DPV samotného nebo z jeho možných následků

v případě nedoporučení? Indikuje deklarovaná či pozorovaná únava očí možnost nedostatečnosti pomůcek korekce zraku a nebyla příčinou zvýšené chybovosti? V praxi dopravních psychologů jsou zaznamenány případy, i když výjimečné, kdy zátěž při DPV vedla ke ztrátě vědomí klienta z důvodu zatajení nedostatečného odpočinku nebo zvýšené konzumace alkoholických nápojů v předchozím dni, k epileptickému nebo hysterickému záchvatu (proto by měl být dopravní psycholog o této problematice dostatečně poučen).

Součástí DPV je vyplnění **anamnestického dotazníku**. Anamnestický dotazník slouží jako podklad k pochopení klientovy osobní i profesní historie. Údaje z něj pomáhají pochopit osobnost klienta a její utváření. Výhodou pro znalce grafologie je i psaný projev klienta. Pro ty doporučujeme část textu na zvolené téma nechat klienta zaznamenat na volný list nelinkovaného papíru.

Anamnestický dotazník (nebo individuální strukturovaný anamnestický rozhovor by měl obsahovat:

úvodní část

- ujištění o důvěrnosti dat uvedených odpovědí, které slouží pouze pro účely DPV,
- přehled základních údajů o klientovi (zde je potřeba zvážit nutnost dublování údajů z prohlášení – není potřeba klienta zatěžovat opakovaným vyplňováním osobních údajů několikrát za sebou),
- jméno, příjmení, titul, datum narození, bydliště, případně telefonický kontakt atd.,
- současné pracovní zařazení,
- vzdělání klienta – přehled absolvovaných škol a jejich zaměření,
- přehled zaměstnání (profese, délka stáže, firma, kde práci vykonával),

rodinnou anamnézu

- povolání rodičů,
- případné úmrtí rodičů,
- sourozenci a jejich věk a povolání,
- sociální poměry,
- závažná onemocnění v rodině,
- řidičská oprávnění rodičů, automobil v rodině,

osobní anamnézu

- sociální poměry v rodině,
- kdo se podílel na výchově klienta a jak,
- zapojení klienta do rodinného života,
- závažná onemocnění a úrazy klienta,
- vztah ke škole, školní prospěch,
- zájmy, záliby, sportovní aktivity,
- stav (svobodný, ženatý/vdaná, rozvedený),
- údaje o vlastní rodině (děti, sociální poměry, manželka),
- osobní cíle,
- vlastní charakteristika,
- spokojenost a vztah k současnému povolání,

řidičskou anamnézu

- ŘP (datum získání, skupiny), profesní průkaz (datum získání, skupiny, platnost),
- vlastní motorová vozidla a účel jejich využití,
- druh motorového vozidla užívané řidiči z povolání,
- ZŘMV, dopravní nehody zaviněné i nezaviněné,
- počet najetých kilometrů (soukromě i pracovně),
- aktuální nároky profese (délka pracovní doby, zátěž, ochota k přesčasům),
- vlastní řidičské přednosti a nedostatky,

vyjádření k aktuálnímu zdravotnímu stavu

- nemoci a úrazy, pracovní neschopnost a její délka,
- medikace,
- nutnost vyhledání pomoci psychologa nebo psychiatra,
- vztah k alkoholu a jiným návykovým látkám,
- léčba závislostí,
- možnosti odpočinku,
- dosud absolvovaná psychologická vyšetření.

Anamnestický dotazník (nebo individuální strukturovaný rozhovor) by měl obsahovat prostor pro další důležitá sdělení k tématům, ke kterým se klient chce vyjádřit širěji, nebo k tématům, která v dotazníku obsažena nejsou a klient je

považuje za důležitá. Rovněž by měl obsahovat doušku o pravdivosti uvedených informací a možných následcích, uvede-li klient nepravdivé údaje.

Z uvedených odpovědí můžeme usuzovat na to, jak probíhala výchova klienta, jak se utvářel jeho vztah k plnění povinností, jak se formoval vztah k ostatním, jak dokáže přejímat odpovědnost za druhé, jaký má vztah k autoritám, jak je ochoten se podřídít pravidlům a normám.

Z anamnézy můžeme usuzovat na utváření vztahu k řízení motorových vozidel vlivem rodiny v době před plnoletostí klienta (dědění profese z otce na syna). Důležitými informacemi v anamnestickém dotazníku jsou údaje o průběhu klientovy řidičské praxe, o jeho zkušenostech s různými druhy přeprav, o délce praxe, o počtu najetých kilometrů, o jeho celkové spokojenosti s podmínkami řidičské profese, případně o důvodech časté fluktuace klienta. Důležité je posoudit reálnost klientových představ o profesi řidiče, zejména tehdy, jedná-li se o klienta před zahájením jeho řidičské kariéry.

Údaje uvedené v anamnestickém dotazníku jsou podkladem (stejně jako poznatky z pozorování, výsledky testů a objektivní data) k **závěrečnému rozhovoru**. Ten, stejně jako úvodní rozhovor, probíhá v prostředí, kde psycholog a klient nejsou rušeni třetí osobou ani případnými telefonáty. Klient by se měl při rozhovoru cítit uvolněně, bezpečně. Délka závěrečného rozhovoru je individuální, měla by odpovídat náročnosti situace tak, aby bylo možné klientovi věnovat dostatek času. Je zapotřebí projít s klientem údaje z anamnestického dotazníku, výsledky testů, postřehy z pozorování a objektivní data (výpis z EKŘ), získat další informace o klientovi k pochopení jeho osobnosti a chování. Rovněž je třeba posoudit klientův náhled na sebe sama vzhledem k výsledkům DPV. Cílem závěrečného rozhovoru je nacházet souvislosti mezi jednotlivými poznatky a využít je při tvorbě diagnostického závěru. Závěrečný rozhovor by měl být zahájen tak, aby prohloubil míru důvěry mezi dopravním psychologem a klientem. Teprve pak lze rozebírat poznatky z DPV a klientův náhled. Účelné je postupovat při kladení dotazů od obecného ke konkrétnímu, výhodné je nechat klientovi dostatečný prostor pro jeho vyjádření, třeba i nad rámec důvodu vyšetření, kdy lze odhalit jiné kontraindikace k výkonu profese nebo činnosti. Jsou známy případy potvrzených podezření na závažná psychická onemocnění (např. paranoidní schizofrenie), která zpravidla nemusí být indikována z výsledků testů administrovaných v průběhu DPV.

Důležitým podkladem k rozhovoru jsou objektivní údaje (zejména výpis z EKŘ) o dopravním chování klienta, rozbor jeho případných přestupků, dopravních

nehod nebo ZŘMV a klientův náhled na takto zaznamenané události. V rozhovoru posuzujeme míru přijetí klientovy odpovědnosti za tyto události, případně míru jejich bagatelizace.

U profesionálních řidičů jsou důležité informace o jejich vztahu k vykonávané profesi, o míře zátěže, směnnosti, o unavitelnosti při jejím výkonu. U řidičů nákladní dopravy je důležité zaměřit se zejména na schopnost vyrovnat se se zátěží pramenící z požadavků na rychlost přepravy (čas naložení a vyložení zásilky) ve vztahu k dodržování pravidel (AETR – Evropská dohoda o práci osádek vozidel v mezinárodní silniční dopravě) a požadavkům a příkazům zaměstnavatele.

U řidičů MHD je nutné posoudit předpoklady zvládat zátěž vyplývající nejen z neustálého pohybu v rušném a hustém provozu v městské dopravě, ale zejména z přímého styku se zákazníky, který klade zvýšené nároky na schopnost řešení konfliktů s cestujícími a řešení jejich požadavků (ať už oprávněných nebo neoprávněných). Je důležité posoudit jejich vztah k cestujícím a uvědomění si charakteru jejich profese jako nabízené služby pro cestující veřejnost (úkolem řidiče není pouze řízení dopravního prostředku, ale například i poskytování informací a prodej jízdenek). U starších řidičů MHD je účelné posoudit přítomnost symptomů vyhoření. Obecně důležitými údaji jsou informace o zdravotním stavu a prodělaných chorobách. Vhodné je ověřit diagnózu ADHD a specifických poruch učení v dětství.

Výstupem z DPV by mělo být v dialogu:

- posouzení klientových psychických předpokladů k výkonu řidičské praxe;
- uvědomění si vlastních rezerv klienta a rozbor a navržení možností dalšího osobního rozvoje;
- návrh úpravy denního režimu ve smyslu dodržování zásad správné životosprávy, způsoby relaxace a odreagování se od zátěže vyplývající z nároků na řízení motorových vozidel;
- potvrzení klientových předností;
- vedení klienta k tomu, aby sám ohodnotil na základě poznatků z DPV své psychické předpoklady k výkonu profese nebo činnosti a získal reálný náhled;
- jednoznačný závěr DPV ve smyslu, má-li klient psychické předpoklady k řízení motorových vozidel příslušných skupin, případně za jakých omezujících podmínek (uvedení harmonizačních kódů).

Poznámka: V této souvislosti je vhodné zmínit možnosti pořízení záznamu z průběhu závěrečného rozhovoru. Lze uvažovat o možnosti psaného záznamu, audio nebo videozáznamu tak, aby bylo možno v případě potřeby prokázat klientovy názory a postoje, míru ztotožnění se se závěry DPV. Důvodem k tomuto úkonu je, že klient může po ukončení psychologického vyšetření s pro něj s nepříznivým výsledkem napadnout průběh DPV, negovat svá stanoviska a postoje. V této souvislosti je vhodné zmínit případy zpochybnění nepříznivého závěru DPV, dokonce i napadením dopravního psychologa formou obvinění ze sexuálního obtěžování.

Tato problematika souvisí s etickými otázkami DPV.



IV / Metoda rozhovoru v rámci dopravněpsychologického vyšetření – výzkum

Kateřina Böhmová, Lenka Šrámková

Úvod

Rozhovor v rámci DPV je metodou, která nemá standardizovanou formu. Každý dopravní psycholog může pokládat jiné otázky, což může způsobit komplikace. Může se také stát, že posouzení řidiče dvěma psychology se bude lišit právě jen na základě závěrů zjištěných rozhovorem.

Byl proveden výzkum v podobě popisné studie s cílem popsat, jak rozhovor v rámci DPV probíhá v České republice. Především bylo zjišťováno, jaké otázky jsou kladeny, jakou mají formu a jak moc se mezi sebou jednotliví dopravní psychologové v rozhovoru liší. Dále byly hledány charakteristické znaky rozhovoru a vzájemně se porovnávaly. Literární krytí je převzato převážně ze zdrojů obecné, klinické, poradenské psychologie a psychologie práce, a to z důvodu, že problematika zacílená na rozhovor přímo v rámci DPV je dosud výzkumně neprobádaným tématem nejen v České republice, ale i v zahraničí.

1 Teoretické zázemí rozhovoru v rámci DPV

Na téma způsobilosti je dostupných mnoho studií zabývajících se převážně způsobilostí v rámci výběru zaměstnanců, nikoliv v rámci DPV. Je možné se o tyto poznatky lehce opírat a inspirovat se jejich závěry, avšak DPV je velmi specifickým vyšetřením, proto je nutné tuto inspiraci pojímat velmi opatrně. Stejně jako v rámci výběru zaměstnanců, tak i v rámci DPV vyšetření může probíhat jak individuálně, tak skupinově. V následujícím textu je zmíněno pár příkladů výsledků různých studií převážně z oblasti vyšetření způsobilosti uchazečů při výběrových řízeních, které mohou být oporou při vysvětlování postupů v rámci DPV.

Rozhovor je nedílnou součástí posuzování způsobilosti, což je zřejmé hned z několika studií. Rozhovor je jmenován jako jedno z kritérií individuálního vyšetření, spolu s názorem, že by bylo vhodné rozhovor vyučovat v rámci vysokoškolského vzdělání či absolventských kurzů, aby všichni praktici na tomto poli měli stejné znalosti. Rovněž by neměl nikdy chybět ve vyšetření, protože bez rozhovoru by nebylo možné zjistit důležité informace o klientovi z pohledu jeho osobnosti, chování a interakce. Ukázalo se, že při hodnocení jednoho klienta různými tazateli se objevují rozdíly, i když tazatelé jako metodu použili strukturovaný rozhovor. V rámci studií bylo zjištěno, že přesněji vedou rozhovor ti tazatelé, kteří mají delší praxi, oproti tazatelům s praxí časově kratší (Silzer & Jeanneret, 2011; Ryan & Sacketta, 1987, 1992, in Morris, Kwaske a Daisley, 2011; Groth-Marnat, 2003; Van Iddeking, Sager, Burnfield & Heffner, 2006). Na základě těchto tvrzení by se dalo předpokládat, že na správné vedení a vyhodnocení metody rozhovoru je zapotřebí dostatečná praxe. Silzer a Jeanneret (2011) se ve své práci zabývali základními charakteristikami individuálního psychologického vyšetření. Vymezili je takto: zaměření tazatele musí být pouze na jednoho respondenta, se kterým je zapotřebí udržování stálého kontaktu skrze rozhovor za využití rozmanitých metod k posuzování. Existují výrazné rozdíly mezi tazateli, někteří se vyznačují tzv. mechanickým typem řídicím se pouze podle stanovených tabulek, jiní vyšetření nepřikládají moc velký význam a provádějí jej

nepřesně. Dle zmiňované studie byl výzkum prováděn na doktorandech studia psychologie univerzity Baruch College. Předpokládalo se, že doktorandi budou v rámci svého studia proškoleni v oblasti psychologického vyšetření a vedení rozhovoru. Jedna skupina doktorandů prováděla psychologické vyšetření bez předcházejícího školení, druhá skupina byla proškolená. Doktorandi v proškolené skupině se cítili schopnější někoho posoudit než doktorandi ve skupině bez školení. Studentům školení přineslo praktické poznání dané problematiky a lepší adaptaci na ni, které doktorandům bez školení chybělo. Z tohoto výzkumu vyplynula nutnost vytvoření kurzu, kde by se studenti naučili veškeré vyšetřovací metody a techniky, jejich nástroje, jak správně vyhodnocovat testy, jak pozorovat a vést rozhovor tak, aby byly vyvozeny správné závěry. Dle autorů by měla být přítomna především výuka teorie psychometrie a měření, vedení lidí, sociální psychologie, pracovní analýza či teorie osobnosti. Vše by mělo být zakončeno licencí na psychologické vyšetření, a to po 6–12měsíčním supervizním dohledu absolventů kurzu. Aby nedocházelo k rozdílným výsledkům v rámci vyšetření v psychologii, autoři navrhli několik bodů správného vedení psychologického vyšetření: jasné objektivní výsledky hodnocení; výborná znalost pozice, která je obsazována, pro porozumění požadavkům a nárokům; znát stáří používaných metod a brát v potaz pouze ty validní; splnit předem stanovená kritéria; připravit si jiné strukturované nástroje, např. rozhovor či osobnostní škály, které napomohou k přesnějšímu rozhodování; uvědomovat si možné pochybení a umět je případně obhájit; při hodnocení doporučení se spíše zaměřit na celkovou strukturu vyšetření; vždy umožnit nahlédnutí výsledků i celého procesu jiným hodnotitelům, aby byla poskytnuta kvalitní zpětná vazba jak pro klienta, tak pro tazatele.

I v jiných studiích na podobné téma se objevila důležitá fakta o celkovém psychologickém vyšetření, převážně zaměřeném na vedení rozhovoru. Ve studii Van Iddekingeho, Sagera, Burnfielda & Heffnera (2006) se rozdíly objevily v rámci hodnocení klientů vícero tazateli bez použití standardizace při vedení rozhovoru. Jejich otázka zněla, zda by se takové rozdíly objevily i v případě, kdy by byla zvolena metoda rozhovoru strukturovanou formou. Rozhovory byly vedeny s 946 armádními poddůstojníky. Respondenty tvořili muži-junioři. Tazateli byli muži-senioři. Každý z tazatelů musel již provést v průměru 29,4 rozhovorů a nesměl být s těmito rozhovory nijak seznámen. K tomu byl vyhrazen 3hodinový trénink s výzkumníkem. Otázky byly pro všechny stejné a rozhovor zabral 20 minut. Na konci rozhovoru každý z tazatelů musel zapsat závěr, výsledky vyšetření a ohodnotit sám sebe a danou přípravu na rozhovor. První otázkou bylo, zda se liší rozhovory vedené strukturovanou formou po tréninku tazatelů

oproti nestrukturovaným rozhovorům vedeným tazateli bez tréninku. Rozdíly nalezeny byly, proto museli být všichni tazatelé podrobeni stejnému tréninku vedení rozhovoru. Druhá otázka byla zaměřena na platnost tázání v závislosti na kritériích vyšetření, tedy na typu obsazované pozice a jejím obsahu. Ve výsledku bylo poukázáno na to, že rozdílná hodnocení závisela na způsobu kladení otázek respondentům a jejich vlastního prezentování odpovědí. Ukázalo se, že tazatelův správný úsudek je závislý na schopnosti vlastního sebezpoznání a naslouchání druhému. Autoři popsali několik faktorů, které mohou tazatele ve výsledku velmi ovlivnit: kognitivní schopnosti, osobnost, zkušenosti; prototyp ideálního kandidáta; vedení rozhovoru a jeho kontext. Významnou roli tedy hraje zkušenost tazatele s vedením rozhovoru. Ti, co prošli delší praxí ve vedení rozhovoru, hodnotili přesněji, porozuměli lépe dané problematice jedince a zvolili lepší design rozhovoru (tedy design standardizovaný/strukturovaný). Průběh strukturovaného rozhovoru, který jej učiní cílenějším, uspokojivějším a efektivnějším, popisuje tab. 1:

1. Příprava na rozhovor	Např. podklady, místnost, zasedací pořádek, pozvání atd.
2. Otevření rozhovoru	Podle situace rozhovoru: např. pozdrav, poděkování.
3. Podnět k rozhovoru	Proč a s jakým cílem mluvíme nyní v tomto kruhu o tomto.
4. Společný plán rozhovoru (fáze strukturování rozhovoru	a) Shromáždování problémových okruhů, stěžejních úkolů, detailních aspektů.
	b) Event. vymezení tématu, příp. jeho omezení.
	c) Stanovení sledu problémových okruhů, myšlenkový postup.
5. Průběh rozhovoru	a) Podnět k rozhovoru; ten přinese do rozhovoru první problémový okruh (stanovený v rámci bodu 4).
	b) Diskuze o prvním problémovém okruhu.
	c) Průběžné shrnutí prvního problémového okruhu; první dílčí výsledky.
	d) Otázka, zda tím lze uzavřít první problémový okruh: a) – b) – c) – d) v rámci druhého problémového okruhu; a) – b) – c) – d) v rámci třetího problémového okruhu atd., vždy podle komplexnosti tématu, tzn. podle počtu různých problémových okruhů.
6. Ukončení rozhovoru	Podle situace rozhovoru; např. zakotvení výsledků, závěrečné shrnutí, schválení, pracovní zápis.

Tab. 1 Průběh strukturovaného rozhovoru, diskuze (Allhoff & Alhoff, 2008, 111)

Bylo prokázáno, že při standardizovaném rozhovoru jsou výsledky validnější než při rozhovoru nestandardizovaném. Významnou roli hraje mnoho faktorů na straně tazatele i respondenta, jako jsou věk, rasa, psychický stav, vzdělání a zpětná vazba, zájem o práci a plány do budoucna, psychické charakteristiky inteligence a motivace. Oproti tomu hodnocení v rámci nestrukturovaného rozhovoru mají validitu velmi nízkou, je u nich velmi častá různá vážnost odpovědí, které tazatelé nemohou porovnat, mají nízkou reliabilitu i důslednost a v neposlední řadě u nestrukturovaných rozhovorů často dochází ke zkreslení odpovědí, a to jak zápisem, tak velmi rychlými závěry tazatele. Diagnostický rozhovor je zcela ovlivněn formulací otázek, na které chceme znát odpovědi. Jednotlivé otázky by měly být formulovány a kladeny srozumitelně s podtextem podnitit klienta k odpovědi (Arvey & Champion, 1982; Stančák, 1982).

Rozhovor někdy může být mylně zaměňován s pojmem konverzace, avšak rozhovor na rozdíl od konverzace má jasně stanovené sekvence a je organizován kolem konkrétního tématu. Tazatel v rámci rozhovoru musí nejen dobře vést a kontrolovat interakci, ale i znát dané téma, které následně rozvádí (Groth-Marnat, 2003). K otázce záznamu rozhovoru se vyjadřuje ve své knize Pauknerová (2012) a doporučuje, že tazatel by si měl rozhovor zaznamenávat, a to buď formou písemnou, anebo formou nahrávky, avšak dříve musí být zajištěn souhlas se záznamem podepsán vyšetřovanou osobou. (Návrhu znění tohoto souhlasu se věnujeme v kapitole 7.) Baštecká (2011) konstatuje, že rozhovor by měl být veden navazujícími kroky, kterými dospěje ke stavu podobnému přirozené formě komunikace mezi lidmi. Jak výše zmíněné krátké teoretické zakotvení napovídá, rozhovor je základním prvkem vyšetření v psychologii, tedy i vyšetření v oblasti dopravy. Ačkoliv je DPV upravováno zákonem, legislativa již neupravuje jednotlivé části DPV. Zákon pouze stanovuje, pro koho je DPV určeno a kdo jej může vykonávat. Dopravní psychologové mají k dispozici starší i novější verzi metodiky, která podává oporu při výběru testových metod, rozhovor ale jako metoda v rámci DPV není nikde popsán a neexistuje jeho standardizovaná podoba. Což s sebou nese potenciál k nejednotnosti a ztěžuje i možnost případných konzultací na toto téma. Prozatím je v rámci DPV rozhovor psychology používán v nestandardizované formě, která, jak již bylo popsáno výše, má svá úskalí. Proto vyvstal podnět k zmapování situace vedení rozhovoru v rámci DPV na území České republiky, aby mohl být tento nedostatek napraven a mohly se učinit možné změny v podobě vedení tohoto rozhovoru.

2 Metoda rozhovoru v rámci dopravněpsychologického vyšetření – výsledky výzkumné studie

Pro účely popisné studie byli osloveni dopravní psychologové s prosbou o poskytnutí informací o provádění rozhovoru, pozorování a anamnézy v rámci svých dopravněpsychologických vyšetření. Výzkumu se nakonec zúčastnilo 15 dopravních psychologů, kteří mají akreditaci MDČR, a jejich odpovědi sumarizujeme a se svolením citujeme v této kapitole. Podrobné výsledky výzkumu jsou k dispozici v bakalářské práci „Metoda rozhovoru v rámci dopravněpsychologického vyšetření“, která byla obhájena v červnu 2014 na Katedře psychologie FF UP v Olomouci. Všem účastníkům výzkumu děkujeme.

2.1 Popis výzkumné studie

Šetření bylo zaměřeno na dopravní psychology a jejich styl vedení rozhovoru v rámci DPV s cílem popsat a zanalyzovat formu vedení rozhovoru. Respondenti museli mít v současné době aktivní praxi v DPV. Stanoveno bylo pět základních otázek:

1. Jaké jsou společné proměnné vedení rozhovoru v rámci DPV?
2. Jaké jsou postupy vedení rozhovoru v rámci DPV po formální stránce?
3. Jaké jsou postupy vedení rozhovoru v rámci DPV po obsahové stránce?
4. Jaký je smysl vedení rozhovoru v rámci DPV?
5. Jaká jsou primární témata rozhovoru v rámci DPV?

2.2 Výsledky výzkumné studie

1. Jaké jsou společné proměnné vedení rozhovoru v rámci DPV?

Hlavními společnými proměnnými vedení rozhovoru byly shledány smysl rozhovoru z pohledu získání dalších informací o klientovi a jeho důležitost z pohledu rozhovoru jako nenahraditelného zdroje informací.

2. Jaké jsou postupy vedení rozhovoru v rámci DPV po formální stránce?

Formální stránka rozhovoru je u respondentů výrazně rozdílná, avšak společné prvky lze najít v podobě rozdělení rozhovoru na fázi úvodní a závěrečnou. Pro formální stránku je také důležité dělení na individuální a skupinovou verzi rozhovoru. Zatímco úvodní rozhovor se může vést jak individuálně, tak skupinově, rozhovor závěrečný je vždy pouze individuální. Formálně lze rozhovor rozdělit na část informační a na část edukační. Někteří respondenti edukační část rozhovoru zařazují do závěrečné fáze. Se zařazením edukační části se také liší délka rozhovoru. Rozhovor úvodní bez edukační části trvá kratší dobu než

s jejím zařazením, totéž platí v případě edukační části u závěrečného rozhovoru. I u respondentů, kteří edukační část vůbec nezařazují, obvykle úvodní rozhovor trvá kratší dobu než rozhovor závěrečný. Ostatní formální aspekty rozhovoru se právě kvůli nestandardizované formě stávají velmi nepřehlednými a různorodými.

3. Jaké jsou postupy vedení rozhovoru v rámci DPV po obsahové stránce?

Po obsahové stránce se mnoho rozhovorů shoduje v oblasti zařazení otázek o minulosti, přítomnosti i budoucnosti, také se objevila shoda v obsahu části úvodního rozhovoru, která má funkci přivítání klienta a jeho případné uklidnění a zmírnění tenze. V obsahu závěrečného rozhovoru se opět objevila shoda, a to v úkolu klienta lépe poznat, ověřit si data, která byla získána v testových metodách, a učinit závěr, který je klientovi následně sdělen.

Jedním z různorodých aspektů rozhovoru v rámci DPV je jeho délka, která s obsahem velmi souvisí.

Jak jeden respondent uvedl: *„Při úvodním rozhovoru, který je převážně obecný a informativní, tak tam je kritériem asi množství klientů. Jestli je to skupina, anebo samotný klient. Při závěrečném rozhovoru záleží hlavně na výsledku. Když je výsledek z testové baterie kladný, závěrečný rozhovor je hlavně informativního charakteru. Když je však výsledek z testové baterie nedostatečný, nevyhovující, závěrečný rozhovor jde více do hloubky, snažíme se objasnit klientovi, kde jsou jeho nedostatky. Když se nedostatky objeví v jeho struktuře osobnosti, tak mu to neříkám, ale spíše si tento výsledek podpořím například nedostatečným výkonem ve výkonnostním testu. Informace získané jedním způsobem si však vždy ověřím druhým způsobem. Proto je rozhovor důležitý, něco se s ním může objevit (např. paranoická porucha). U seniorů hraje roli jejich nadhled. Když nemají nadhled, tak je to špatně. Bagatelizují, svádí vinu na jiné. Je zde rozdíl mezi řidiči kolem 25 let a řidiči nad 50 let. Mladší řidič vám tvrdí, že si například tu nehodu nepamatuje. Naopak starší řidič vám ji popíše do posledního detailu. Kritériem tedy je mít nadhled. Když jej nemá a bagatelizuje, spíše se přikláním k ‚nevyhověl‘.“* Takovéto otázky o klientech mnohé prozradí: *„Já kladu hlavně důraz na jeho řidičskou historii. My jsme se s ním sešli proto, že já posuzuju jeho psychickou způsobilost k řízení motorového vozidla, tak já se tam hodně ‚otáčím‘ na jeho řidičské historii. Ptám se ho na problémové chování, jaké měl nehody, za jakých okolností, kdy je měl, proč se to stalo, jestli si myslí, že na tom měl vinu, neměl vinu. Hodně mě zajímá, jestli má nějakou sebereflexi. Jak se chová na silnici, jak řídí, jaký má styl jízdy, jak hodnotí ty své přestupky. Tohle*

mě zajímá ze všeho nejvíc. Ale i rodinná historie je velmi důležitá. Ti lidé si prošli vším možným. Tím je samozřejmě neomlouvám, jen se snažím vysvětlit, proč k tomu u nich došlo, proč mají osobnostní rysy takové a takové, jak jim vyšly. Ale i ta školní historie, když vidíte, že někoho vyhodili ze školy, protože se nedokázal přizpůsobit tomu režimu a pravidlům, tak pravděpodobně se nepřizpůsobuje ani tomu režimu na té silnici. Veškerá pravidla jsou pro něj k tomu, aby se porušovala. Což je varovný signál.“ Jiný z respondentů klade důraz na vše: „Kladu na všechno. Když mám v ruce výpis z karty řidiče, ptám se na minulost. Když má řidič uvedený alkohol nebo závažnější přestupky, tak tam kladu hodně otevřené otázky, abych zjistila co nejvíce informací. Např.: Zkuste mi o tomto něco říct? Co to pro vás přineslo? Jak jste se v té chvíli cítil? Apod. Pak se ptám hodně i na přítomnost, ve smyslu: kam nejčastěji jezdíte, jestli i do zahraničí. Když jste přišel o řidičák, jak jste to řešil tu situaci, to zasahuje i do přítomnosti. A když je to budoucnost, tam se zeptám, jestli se něco změnilo od té doby, co nemáte ten řidičák? Změnilo se něco? Máte jiný názor? Pokládám všechny druhy otázek.“

4. Jaký je smysl vedení rozhovoru v rámci DPV?

Respondenti považují rozhovor za královskou disciplínu, bez které by celkové DPV nemělo žádný smysl. Díky němu si mohou ověřit, zda je klient opravdu způsobilý, či nikoliv, zda neproказuje podezřelé chování a zda něco nezamířel. Pro některé je smyslem hlavně možnost klienta edukovat o jeho nedostatcích a tzv. mu otevřít oči.

„Například, když se rozhoduji podle výsledků a průběhu, že nevím, jestli mu dát způsobilý nebo nezpůsobilý, tak zvolím doplňující užší rozhovor. Na jeho základě se následně rozhodnu, zda je řidič způsobilý nebo ne. Příklad: řidič byl výrazně agresivní, avšak testy to nepotvrdily, psycholog ale při rozhovoru odhalil, že něco není v pořádku. Přiklonil se tedy k důkladnějšímu rozhovoru a nakonec klienta propustil s výsledkem nezpůsobilým.“ Smyslem rozhovoru je i odhalení případných trestních činů, které by psycholog měl nahlásit. Otázkou je, zda má komu. Jeden z respondentů výzkumu se k tomuto tématu vyjádřil takto: *„Myslím si, že výsledky v rozhovoru mohou ovlivnit celkový výsledek, ale když vám respondent řekne, že bere drogy, tak vy dáte, nebo byste měla dát impuls lékaři, aby to prověřil. Já mám tuto informaci a je mým úkolem informovat lékaře. Problematičtější jsou ale drogy než alkohol. Mladý řidič přijde a řekne, že brát drogy je přece normální. Odpověď od nich je většinou: ‚Beru drogy asi tak jako každý.‘ Stále je to ale o tom, jestli mu věřím, co říká, nebo ne. Záleží na důvěře. Určité podezření mít mohu, a když je vážné, tak na to upozorním lékaře. Avšak*

ne každého lékaře mohu kontaktovat, protože ne každý řidič nám sdělí jméno svého lékaře. Mohu to však napsat do závěrečné zprávy k důvodu nezpůsobilosti anebo jako doporučení pro další vyšetření.“

Naopak jiný respondent vidí problematičtější otázku v odkrytí nějaké nehody než v alkoholu: *„Alkohol není problém. Problém bývá odkrytí nějaké nehody. Třeba když ten řidič měl nějakou těžší dopravní nehodu, při které zahynuli jiní lidé, nebo způsobil něco závažného, i třeba velkou škodu, každý má jinou toleranci. Tak se jim o tom těžko mluví. Takže tam hodně je potřeba nastolit tu individuální atmosféru. Pak ke mně přišla paní, která byla vybodovaná a byla hodně psychicky labilní. Tam nejde ani o to, tam jsem viděla, že špatné výsledky plynou z toho, že je špatně rozladěná, není schopná se poprat se stresující situací. Nemá tedy smysl to DPV dokončovat, vzala jsem si ji vedle, vysvětlila jí co a jak, že si o tom popovídáme. Stalo se mi, že paní se mi otevřela, přišla za půl roku, udělaly jsme si vyšetření a dopadlo dobře. Vyhledala pomoc, pomohla jsem jí s kontakty. Tato práce je i o tom odhadnout, co ten člověk potřebuje. Ten alkohol problematický není.“* *„Díky rozhovoru vidíte, jaký klient je. Můžete ho lépe poznat. Vidíte, jak reaguje. Vidíte, jak komunikuje, jak volí slova, odhadem poznáte, i jak je inteligentní. Je tam ten osobní kontakt z očí do očí, to je opravdu nenahraditelná věc. Kdo ten rozhovor nedělá, tak nemůže ani pořádně udělat celé DPV. Přejde o velké množství informací, které se jinak ani získat nedají.“*

5. Jaká jsou primární témata rozhovoru v rámci DPV?

Mezi primární témata rozhovoru patří veškeré anamnestické údaje a údaje spojené s důvodem, proč na DPV klienti přicházejí.

Jak již bylo výše zmíněno, respondenti výzkumu vnímali i tzv. primární témata rozhovoru v rámci DPV odlišně. Např. jeden respondent u vybodovaných řidičů říká: *„Jedna z důležitých otázek u vybodovaných řidičů je, jestli ví, jaké jsou přestupky. To oni hodně komentují. A také otázka, v jaké skupině mají řidičské oprávnění, oni nevědí a vzpomínají, je to pro něj problém. Vzpomenout si rok, kdy získal ŘO. A další otázka, aby vypsali jméno ošetřujícího lékaře. Nemohou si vzpomenout. Pak hlavně starší ročníky si nepamatují rodné číslo. Když někoho pošle paní doktorka, když je starší, tak selhávají v determinačním testu. Stěžejní je také, když mají něco napsat o své rodině. Začnou vzpomínat. Jakmile je to hodně osobní, tak tam začnou hodně přemýšlet a píšou krátce. Nechtějí to rozepsat. Pak se s nimi o tomto bavím, není to moc příjemné.“*

Z výsledků vyplývá, že rozhovor jako samostatná klinická metoda je velmi důležitý i při vztažení k disciplíně dopravní psychologie. Je jednou z metod,

na jejímž základě je rozhodováno o způsobilosti či nezpůsobilosti k řízení motorového vozidla, což je pro mnohé klienty DPV životní otázkou. Celkové vyšetření v dopravě by mělo být velmi precizní a nemělo by obsahovat žádné chyby, kvůli kterým by mohli být řidiči špatně ohodnoceni. Nestandardizovaná forma vedení rozhovoru v sobě nese riziko nesprávného hodnocení. Výsledky výzkumu popsané v této kapitole nastínily, jakým způsobem se v ČR rozhovor v rámci DPV provádí. V odpovědi na každou ze stanovených otázek jsou nějaké rozpory dané právě nejednotností vedení rozhovoru. Z hlediska formy jsou nesrovnalosti v časovém rozmezí rozhovoru a jeho rozdělení. Z hlediska obsahu jsou to nesrovnalosti v otázce, zda zahrnovat do rozhovoru i edukační část, či nikoliv. Z hlediska smyslu rozhovoru, zda se zaměřit za každou cenu na získání vícera informací od klienta, anebo si spíše potvrdit či vyvrátit informace z testových metod. A v neposlední řadě z hlediska přesahu, zda si mají respondenti vytyčit důležitá témata v rámci rozhovoru a na ta se v zásadě vyptávat nejvíce, anebo se držet témat obecnějších, na kterých je lépe patrné, zda má klient na sebe například náhled nebo je schopen sebereflexe.

2.3 Témata k diskuzi aneb nesrovnalosti a otázníky rozhovoru v rámci DPV

Kromě výše zmíněných odpovědí na stanovené otázky se během výzkumných rozhovorů otevřela další témata a úvahy, jejichž přehled uvádíme níže:

- **DŮVĚRA NA ÚKOR ZKRESLENÍ?** U běžného DPV se nestává, že by danému vyšetření, konkrétně závěrečné vyhodnocovací fázi, byl přítomen ještě někdo jiný než pouze klient a dopravní psycholog, jak tomu může být u vyšetřování například v rámci výběrového řízení. Individuální přístup dopravního psychologa ke klientovi v rámci rozhovoru má za následek, že data jsou velmi důvěrná a nešíří se dál. Neexistuje ani žádná interní databáze pro dopravní psychology, která by umožňovala si o klientovi zjistit, zda již nějaké DPV podstoupil, či nikoliv. Tyto skutečnosti sice mohou pomoci k atmosféře důvěry, na druhou stranu mají za následek potenciál ke zkreslení a chybnému hodnocení.

Ukázka několika souvisejících odpovědí respondenta: *Jak velkou váhu má pro vás rozhovor při konečném posuzování klienta? „No má velkou váhu, nicméně, je důležité získat souhlas toho klienta, náhled člověka sama na sebe. Také se děje, že při odvolání k psychologickému vyšetření není pozván psycholog, který vyšetření dělal. Nezajímá je obsah rozhovoru, ale vyžádají si pouze formulář z nějakého testu, a na základě toho udělají závěr. Je tam spíše otázka toho, jakým*

způsobem zaznamenat průběh rozhovoru. Klienti jsou však opatrnější a citlivější, co se týče svých osobních údajů. Je více než pravděpodobné, že většina klientů by souhlas k nahrávání rozhovoru nedala. Tam je tedy otázka k té průkaznosti.“ Stalo se vám někdy, že byl klient v testech způsobilý, ale v rozhovoru selhal? „Ano. Konkrétně jedna řidička, nakonec se z ní vyklubala paranoidní schizofrenie. Ale většinou, co mám zkušenost, už i v těch testech se něco projeví, projeví se to zpravidla i v rozhovoru.“ Jaké oblasti otázek jsou problematické pokrýt v rámci rozhovoru? Jak k nim přistupujete? „Otázky které souvisí s drogovými závislostmi a závislostmi obecně, zde cítím rezervy. Tady bych se rád ještě něco dozvěděl. Tohle je oblast, která se otvírá.“ Myslíte, na jaké otázky se ptát? „Ano, určitě, zde cítím rezervy ze své zkušenosti.“ Jiný respondent vnímá situaci takto: „Důležité je, aby psycholog kladl otázky takové, aby klient víceméně, aniž by si to uvědomoval, hodnotil sám sebe. Samozřejmě ten náhled na sebe sama musí mít racionální logiku. Když mi někdo tady vykládá, že jako řidič z povolání neudělá sem tam nějaký přestupek, tak mi lže. Musíme uvažovat filozoficky, a ne inženýrsky.“

- NEJEDNOTNOST ROZHOVORU JAKO KLAD, ČI ZÁPOR? Rozhovor v rámci DPV nemá standardizovanou formu a nejsou k němu dohledatelné žádné materiály. Ukázalo se, že není samozřejmostí dělat si z rozhovoru zápis či ho nějakým způsobem zaznamenávat. Při položení doplňující otázky, zda respondenti sdělují závěr výsledků vyšetření již při závěrečném rozhovoru, se ukázalo, že respondenti sdělující výsledek hned si zápis z rozhovoru nedělají, naopak ti, kteří si nechávají na vyhodnocování čas a sdělí výsledek s odstupem i několika dny, si v zásadě zápis z rozhovoru dělají. Obecně se doporučuje spíše zápis provádět, a to právě z důvodu možnosti pozdějšího porovnání výsledků a nacházení společných či rozdílných pasáží, se kterými by bylo možno dále pracovat.

Dle jednoho z respondentů: „To není jenom o otázkách. Je nutné, aby byla předepsaná pro psychology nejenom metodika, ale všechno, jak se má dělat. Proto musí být předepsáno přesně, co a jak se má dělat, včetně úvodního pohovoru. Bylo by to záslužné, kdyby se udělala nějaká kostra, jak by měl vypadat úvodní a jak závěrečný pohovor.“

V opozici k druhému názoru: „Někdy je problematické spíše udržet profesionální vztah. To si myslím, že je někdy velký problém, protože ta tenze u některých lidí, zvláště v zátěži, potom bývá dosti značná, ale osobně se domnívám, že by

pro nás nemělo být nic problematické, protože pokud se budeme chovat profesionálně, pak bychom asi tuhle tu záležitost měli zvládnout bez toho, že by něco bylo profesně problematické. Těžší ano, už jsem se zmínil, těžké je někdy sdělit člověku, že za peníze nedosáhl toho, co čekal, to znamená, že si koupil vlastně zápornou odpověď.“

- JAKÁ JE SPRÁVNÁ DÉLKA ROZHOVORU? Ve výsledcích výzkumné studie se objevily nesrovnalosti v podobě jak formální, tak obsahové stránky rozhovoru. U formálních záležitostí se respondenti vzájemně neshodovali v představě o správné délce rozhovoru. Dle Svobody (2013) by tazatel neměl překročit 30 % času celkového vedení rozhovoru, více času by měl hovořit klient. S tím souvisí celková délka rozhovoru, kdy jedním z kritérií je také výřečnost klienta. Otázka délky rozhovoru se zdá být jedním z bodů, které by bylo záhodno více rozvést, prodiskutovat a případně navrhnout doporučené rozmezí. V případě pevnějšího stanovení času pro rozhovor by se dala lépe strukturovat forma rozhovoru, která by vedla k jednodušším výsledkům. Na druhou stranu, rozhovor je metoda, která je velmi časově flexibilní a její forma také záleží na mnoha externích kritériích, jako jsou například osobnostní vlastnosti klienta, jeho osobní tempo, výřečnost, schopnost reflexe apod. Protože tato kritéria jsou velmi individuální a v případě zavedení striktního časového rozmezí pro rozhovor by se mohlo stát, že bude klient omezen a tazatel přijde o cenná data, která by neomezeným rozhovorem mohl získat, není vhodné dobu pro rozhovor ohraničovat příliš pevně. Pro mnoho respondentů vystal závěr, že dělat opravdu kvalitní rozhovor, při kterém by se odhalily všechny, případně stěžejní informace například o abúzu alkoholu, je v omezeném čase nemožné a v „neomezeném čase“ velmi časově náročné.

„Délka rozhovoru závisí také na sdělení výsledků. Klientovi by se vždy podle mě měly dát výsledky ústně, ale raději je neinterpretovat, pouze vydat vysvětlení. Při interpretaci výsledek buďto neberou, anebo ho zkreslí a zapojí do něj jiné oblasti (rodina apod.). Je zapotřebí vážít slova a šetřit sama sebe, myslet na psychohygienu. Není stanovena lhůta na vyjádření, při individuálním vyšetření to může být hned. Při skupinovém vyšetření klidně za týden.“

- ZAŘAZOVAT EDUKAČNÍ ČÁST? Rovněž zařazení edukační části rozhovoru s sebou nese požadavek na čas. Je-li zahrnuta edukační část, rozhovor

se protáhne až o zhruba 60 minut, což je v rozporu s názorem jiných dopravních psychologů, kterým přišlo důležité, aby rozhovor nezabral více než 30 minut, protože pro klienta je primárním motivem znát svůj výsledek. Dopravní psycholog se může setkat i s negativní odezvou na edukační část v tom smyslu, že klient je nerad poučován. Ti respondenti, kteří ale v rámci rozhovoru klienty určitým způsobem edukují, si tak prodlužují čas rozhovoru a mohou mít výhodu delšího kontaktu s klientem, což vede také k dalším užitečným informacím. Časem rozhovoru se pak natahuje i délka celkového DPV, přičemž i jeho ideální délku každý z respondentů vnímá odlišně.

Na otázku „V rámci závěrečného rozhovoru máte něco jako edukační část pro řidiče?“ jeden z respondentů odpověděl: *„Ano, na konci, kdy s klienty procházím zpětnou vazbu, jak jsou na tom v porovnání s podobnou populací řidičů nebo obecnou populací. Nebo procházíme informace, které se týkají něčeho jiného. Je to hlavně o normách chování řidiče. Sem tam se snažíme bavit o tom, jaké je jejich chování, jací jsou, nakolik vnímají své klady a zápory, nakolik je vnímá jejich okolí, nakolik tím svým dopravním chováním ovlivnili život rodiny, jaký dopad to má na otce, matku, manželku, na děti. Převážná část tohoto závěrečného rozhovoru je tedy podávání zpětné vazby a snaha případně korigovat chování jedince.“*

Příklad obsahu edukační části jiného z respondentů: *„V edukační části se s klienty bavíme na téma: co je to bezpečný odstup, co jsou to přestávky na odpočinek, proč je dodržovat, z jakých důvodů, proč se pásat v automobilu, jaký je minimální odstup při jízdě za vozem, proč dodržovat nějakou konstantní rychlost, telefonování za jízdy, jaký je rozdíl mezi používáním handsfree, nepoužívání, proč vůbec telefonovat nebo netelefonovat, takové ty věci, které se budou v budoucnu objevovat v dopravě, na které řidiči nemusí být zvyklí nebo připravení. To znamená blikající zelená, odpočítávaná červená, některé změny v legislativě.“*

- ROZLIŠOVÁNÍ KLIENTŮ? Směřování rozhovoru je samozřejmě vedeno důvodem vyšetření, tedy tím, proč klient na DPV přišel. Jestliže klient přišel z důvodu pravidelného profesního vyšetření, rozhovor se zaměřuje spíše na řidičskou anamnézu. Pokud přišel kvůli tzv. vybodování nebo zadržení řidičského oprávnění kvůli jízdě pod vlivem drog, zaměřuje se rozhovor podrobněji na souvislosti a příčiny, které takovému jednání mohou předcházet. Tento fakt koresponduje se zjištěním, že dopravní

psychologové považují za velmi podstatné otázky právě na zmiňovaný alkohol a drogy.

Příklad: „U korporátní klientely se hodně zaměřujeme na otázky věnované výkonu té profese nebo pro profesionální řidiče na otázky, které se týkají třeba hodnocení práce, spokojenost v práci, práce přesčas, popsat své silné a slabé stránky. U těch klientů, kteří přichází z důvodu odebrání řidičského průkazu, je tam více otázek věnováno tomu, proč to udělali, jaký mají náhled na případný trestný čin, který se stal, jak se s tím dá smířit, jak uvažují dál ve své budoucnosti, nakolik jsou schopni přiznat svoji vinu, jak se sami vnímají jako řidiči.“

- STUKTUROVANĚ, NEBO NE? V rámci DPV je tedy rozhovor veden formou nestrukturovanou. Velkou nevýhodou je nízká spolehlivost, kdy se psycholog musí opírat pouze o odpovědi klientů na otevřené otázky, kdy klient může odpověď zkreslit či podle svého uvážení pozměnit, a tazatel nemá prostředky na to zjistit, zda je tvrzení pravdivé, či nikoli. Kdyby byl použit rozhovor strukturovaný, klient by hůře své odpovědi odkláněl či se otázkám vyhýbal. Velkou nevýhodou nestrukturovaného rozhovoru je také to, že odpovědi mají pro různé tazatele různou váhu a není možné porovnat výsledky dvou tazatelů u jednoho klienta. Striktní stanovení struktury rozhovoru ovšem nikdy nemůže postihnout všechny interindividuálně variabilní proměnné klienta, a tak v určitém slova smyslu předem daná struktura rozhovoru spíše škodí. V případě dané struktury může být pro klienta také snadnější se k otázkám před samotným vyšetřením dostat a připravit se na ně. I v případě, že by klienti tyto otázky znali, je v roli psychologa důležité umět si poradit s odpovědí, kterou znalost otázky nepozmění.
- SKUPINOVĚ, NEBO INDIVIDUÁLNĚ? Při skupinovém vyšetření se úvodní rozhovor vede skupinově se všemi účastníky zároveň, avšak závěrečný rozhovor je vždy pouze individuální. Úvodní rozhovor vedený skupinově má své výhody i nevýhody. K výhodám například patří fakt, že jestliže je ve skupině někdo, kdo již DPV podstoupil, může svými zkušenostmi, které sdělí, ostatní účastníky uklidnit. V té samé situaci to však může působit i kontraproduktivně. Také se při skupinovém rozhovoru může stát, že některý z klientů bude tak hlučný, výřečný či jinak extravertovaný, že bude narušovat celkovou harmonii a klid, který se úvodním rozhovorem snaží dopravní psycholog také nastolit.

Dle jednoho z respondentů: „Raději vyšetřuji individuálně, a pokud si zvu řidiče na skupinové vyšetření, což se někdy může stát kvůli úspoře času, tak to dělám třeba po 3 řidičích, ale s tím, že testové metody jim zadávám ve stejné místnosti, zadávám jim to skupinově, ale potom na ty projektivní metody si je beru individuálně a na ty rozhovory si je také beru individuálně, takže tím se to časově prodlouží. Víím, že to není moc komfortní pro ty řidiče, takže za určitých okolností to někdy použiju, ale jsem radši, když mi jeden řidič přijde a odejde a jde další. A když to není pro mě časově až tak efektivní, střídám to, podle okolností, nemůžu říct, že by byl jeden nebo druhý postup preferovanější.“

Ukázka z rozhovoru: „Rozhovor je úvodní a závěrečný. Úvodní rozhovor je hned na počátku vyšetření. Klient donese papíry, tak se poptám, co to je (první informace). Podle toho usoudím, jestli mám náhled do problematiky, nebo nemám. Když to chtějí okomentovat, což obvykle chtějí, tak je vyslechnu, a tím se mi první informace ještě rozšíří. Tento úvodní rozhovor je hlavně zaměřen na očekávání a na zjištění, co je klient zač. Díky tomuto rozhovoru může psycholog změnit připravenou testovou baterii. Je hodně pružný, takže je lepší ho provádět individuálně. Jinak tomu je při skupinovém vyšetření, kde úvodní rozhovor má spíše informativní funkci, uvítání, uvedení do problematiky. Existují dva typy klientů, 1) mazáci, kteří straší ostatní, a 2) ti mladší, kteří jsou poprvé a nevědí, jak to chodí. U úvodního rozhovoru jde tedy i o uklidnění, snížení tenze, o informace. U skupiny záleží také na účelu, jak se sejde. Také se na úvod musí zdůraznit a připomenout, jestli jsou ve stavu fyzickém i psychickém, jak by měli být (tuto informaci na počátku také podepisují). V úvodu je také nutné říct, co mohou používat za pomůcky (tužky apod.), jde o technické záležitosti celého DPV. Je však na individuálních zkušenostech psychologa, jak úvodní rozhovor pojme. I ve skupinovém vyšetření je nutné ventilovat, jestli si jsou řidiči vědomi, proč jej musí podstoupit. Když nejsou, musíme jim podat vysvětlení. Už jen to, jak chápou instrukci, kdo se ptá, jak se ptá – všechno jsou to důležité indikátory, které si psycholog zapisuje do poznámek. Problematické je také opisování. Při opisování si vždy vezmu klienta pak bokem a vedu s ním rozhovor, proč opisoval. Tato informace má velkou váhu. Při vyrušování členem skupiny jej většinou usměrní samotná skupina anebo zakročí psycholog.“

- IDEÁLNÍ OBSAH? Co se týká obsahové stránky rozhovorů, shoda je v této oblasti velmi malá. Příčinou může být různá délka praxe dopravních psychologů v tomto oboru, protože v rámci vedení rozhovoru vycházejí ze svých zkušeností a důsledkem absence jakékoliv strukturované

formy okruhů otázek přizpůsobují obsah svému stylu a dané individuální situaci ve vztahu ke klientovi. V rámci obsahu je nejvíce rozdílné patrné v hlubších anamnestických otázkách orientovaných na rodinu, zaměstnání, životosprávu, či řidičskou historii. Není samozřejmostí se na tyto otázky ptát všech klientů, respondenti postupují podle pravidla „co zrovna vycítím, že je potřeba, na to se zeptám“. To s sebou však nese riziko subjektivního hodnocení a riziko opomenutí některé z oblastí.

Obsah a délka je dle jednoho z respondentů: *„Velmi individuální. Podle toho, kdo proti mně sedí a s jakým problémem přišel. Opravdu se to liší. U problémových řidičů rozhovor může být podstatně delší oproti bezproblémovým řidičům. U takovýchto případů se nespokojím se standardním rozhovorem, který dělám při vyšetření profesionálního řidiče, avšak jdu nad rámec, nespokojím se s odpovědí ‚alkohol piji občas‘, ale jdu do hloubky ‚co pro vás znamená termín občas?‘ a téma dále rozebírám. Obsah se odvíjí od toho, co řidiče na vyšetření přivedlo, jaký problém má a jak se jeví v průběhu celého vyšetření. Závěrečné rozhovory pak bývají hodně dlouhé. Jedním z důvodů dlouhého rozhovoru je také to, že například lékaři ke mně na vyšetření posílají seniory očividně již nezpůsobilé k řízení, a v případě, kdy zjistím, že senior už ani s harmonizačními kódy opravdu není způsobilý k řízení, tak mi samotní lékaři sdělí, že já mám být poslem špatných zpráv. Brání se argumenty, že oni v zájmu toho, že mají mít s tím pacientem kontakt dál, protože ho léčí, nechtějí být ti, kteří mu seberou řidičský průkaz. Proto rozhovor se seniory v tomto případě trvá opravdu déle, aby sami pochopili, proč jsou nezpůsobilí, a nebyla to pro ně taková rána. Podobá se dosti náhodné psychoterapii, ve které se je snažím dovést ke smíření s touto situací.“*

Jiný z respondentů: *„Já k vyšetřování řidičů přistupuji tak, že když mám pochybnosti, vždycky se kloním k tomu být přísnější, protože si říkám, že po té cestě chodí i moje děti, a nerada bych, abych si jednou vyčítala, že se něco stalo. A já jsem toho pana Váhala měla a rozhodla jsem se být mírná, a pak to špatně dopadlo. A protože to takhle dělám, i v tom rozhovoru, když narazíme na nějaké téma, podtéma nebo okruh, který mi nesedí, se snažím vždycky zareagovat tak, jak to situace vyžaduje, doptat se na to, co mi přijde podezřelé, a určitě nemám ten rozhovor rigidně strnulý, že nepokládám ty stejné otázky, reaguji vzhledem k tomu, jak to ta situace vyžaduje, a řídím se tím, že to chci dělat dobře a chci to dělat tak, abych měla čisté svědomí vůči společnosti, ale i vůči tomu řidiči. Takže nevím, jestli to mám dobře nastaveno, ale já se prostě snažím.“*

- STANOVOVAT OKRUHY OTÁZEK? Mnoho respondentů se přiznalo, že rozhovor berou jako automatickou věc, nad kterou se tímto způsobem nikdy nezamýšleli, avšak uznávají, že by bylo dobré s touto oblastí dále pracovat. Respondenti studie by byli pro, aby byly stanoveny alespoň okruhy otázek, které by měly být pro všechny dopravní psychology stejné a na kterých by se pak mohlo individuálně stavět dál. Také by uvítali hromadné školení na téma vedení rozhovoru. Byť všichni vycházejí z praxe, uvědomují si, že jim nikdo žádné instrukce k vedení rozhovoru nedal, a i při přesvědčení, že rozhovor vedou dobře, je zde možnost se v této oblasti vzdělávat dál. Je zde i požadavek znát doporučený postup při sdělování negativních výsledků z oblasti intelektu přímo klientovi. Stanovené závazné okruhy otázek jsou rovněž považovány za dobré při výuce a zaučování mladých kolegů.

Shrnutí

- Jako hlavní společné proměnné vedení rozhovoru byly shledány smysl rozhovoru z pohledu získání dalších informací o klientovi a jeho důležitost z pohledu rozhovoru jako nenahraditelného zdroje informací.
- Formální stránka rozhovoru je u respondentů rozdílná, avšak společné prvky se nacházejí v podobě rozdělení rozhovoru na fázi úvodní a závěrečnou.
- Po formální stránce se rozhovor liší v tom, je-li veden skupinově nebo individuálně. Skupinově se rozhovor může vést pouze v úvodní části, závěrečný rozhovor je vždy pouze individuální.
- Úvodní rozhovor lze rozdělit na část informační a na edukační. Někteří respondenti edukační část rozhovoru zařazují do závěrečné fáze, někteří jej nezařazují vůbec. Zařazením edukační části se liší délka rozhovoru.
- Formální stránka rozhovoru je kvůli nestandardizované formě velmi různorodá.
- Po obsahové stránce se rozhovory shodují v oblasti zařazení otázek o minulosti, přítomnosti i budoucnosti. Také se objevila shoda v obsahu rozhovoru v úvodní části, která má funkci přivítání klienta a jeho případného uklidnění či zmírnění jeho tenze. A v obsahu závěrečného rozhovoru, který ve své podstatě má za úkol klienta ještě lépe poznat, ověřit si data, která vyšla v testových metodách, a učinit závěr, který je klientovi následně sdělen.

- Dopravními psychology je rozhovor považován za královskou disciplínu, bez které by celkové DPV nemělo žádný smysl. Díky němu si mohou ověřit, zda je klient způsobilý, či nikoliv, zda neprokazuje podezřelé chování a zda něco nezamlčel. Pro některé je smyslem hlavně možnost klienta edukovat o jeho nedostatcích a tzv. mu otevřít oči.
- Mezi primární témata rozhovoru patří veškeré anamnestické údaje a údaje spojené s důvodem, proč na DPV klienti přicházejí.

Literatura

Allhoff, D. W., Allhoff, W. (2008). *Rétorika a komunikace*. Praha: Grada.

Arvey, R. D., & Campion, J. E. (1982). The Employment Interview: A Summary and Review of Recent Research. *Personnel Psychology*, 35, 281–322.

Baštecká, B. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.

Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of psychological assessment. Includes bibliographical references and indexes*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., ISBN 0-471-41979-6.

Kerlinger, F. N. (1972). *Základy výzkumu chování. Pedagogický a psychologický výzkum*. Praha: Academia.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

Morris, S. B., Kwaske, I. H., & Daisley, R. R. (2011). The Validity of Individual Psychological Assessments. *Industrial and Organizational Psychology*, 4 (2011), 322–326. Society for Industrial and Organizational Psychology. 1754-9426/11. Získáno z EBSCOhost database.

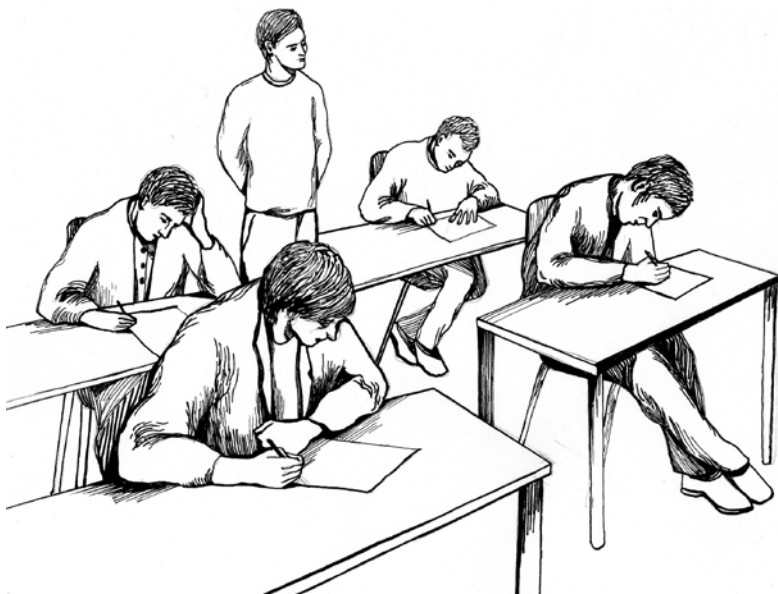
Pauknerová, D. (2012). *Psychologie pro ekonomy a manažery*. Praha: Grada.

Silzer, R., & Jeanneret, R. (2011). Individual psychological assessment: A practice and science in search of common ground. *Industrial and Organizational Psychology: Perspectives on Science and Practice*, 4, 270–296. Society for Industrial and Organizational Psychology. 1754-9426/11. Získáno z EBSCO host database.

Štikar, J., Hoskovec, J., & Štikarová, J. (2003). *Psychologie v dopravě*. Praha: Karolinum.

Švancara, J. (1980). *Diagnostika psychického vývoje*. Praha: Avicenum.

Van Iddekinge, CH. H., Sager, CH. E., Burnfield, J. L., & Heffner, T. S. (2006). The Variability of Criterion-Related Validity Estimates Among Interviewers and Interview Panels. *International Journal of Selection and Assessment*. Volume 14. Number 3. September (2006), 193–205. Journal Compilation. Blackwell Publishing Ltd, 2006. Získáno z EBSCOhost database.



V / Anamnestický dotazník v DPV

Kateřina Böhmová, Lenka Šrámková

Úvod

Snažíme-li se změnit chování řidičů na silnici, musíme pochopit jejich vnímání situace za volantem, tj. vnímání jízdy, vlastních schopností, dovedností, sebereflexe či sebenáhledu. Existují určité výkladové modely vzniku a změny chování, jako je například klasický či operantní model podmiňování a jiné modely behaviorálních změn. Je zásadní položit si otázku, proč lidé konají věci, o kterých vědí, že jsou nesprávné? Odpovědi na tuto otázku není lehké najít, člověk jako komplexní individuální bytost je ovlivňován mnoha faktory, které je nutné rozklíčovat, aby bylo možné provést požadované změny chování. Jednou z možností, jak rozklíčovat tyto faktory u dopravněpsychologického vyšetření,

je vyplnění anamnestického dotazníku (dále jen AD). Anamnéza je oproti se-beposuzování brána jako objektivní zdroj informací, ačkoliv se ani v anamnéze nevyhneme záměrnému zkreslení informací. AD v rámci DPV úrovním zpravidla skládá z těchto částí:

- 1. Osobní anamnéza/Rodinná anamnéza
- 2. Zdravotní anamnéza
- 3. Adiktologická anamnéza
- 4. Řidičská anamnéza
- 5. Ostatní (volný čas, zkušenosti s DPV aj.)

V této kapitole budou tyto části blíže popsány. Závěr věnujeme výsledkům výzkumu citovaného v kapitole 4, resp. těch zjištění, která se týkají zjišťování anamnézy.

1 Vymezení

Chování na silnici se v mnoha případech dá vyvodit z chování v běžném životě. Zvýšené riskantní chování u řidičů je spojeno s jejich životním stylem, který se v řízení odráží. Například řidiči, kteří vykazují antisociální chování a agresi, jezdí riskantněji než řidiči vykazující empatii. Netýká se to pouze chování nynějšího, i antisociální chování v dětství může mít za příčinu riskantní chování za volantem (Beirness et al., 1991; Machin & Sankey, 2007; Møller & Gregersen, 2007; Vassall, 2007). Pro lepší pochopení řidičského chování nutné hlouběji prozkoumat motivaci a životní styl řidičů, čemuž dopomůže vyplnění AD v rámci DPV.

1.1 Osobní a rodinná anamnéza

Osobní anamnéza zpravidla obsahuje dotaz na základní sociodemografické údaje, tj. věk, pohlaví, rodinný stav, nejvyšší dosažené vzdělání, sociální poměry atd. Vždy s účelem zjistit o klientovi základní informace, které nám napomohou vytvořit si prvotní obrázek o jeho životě, postojích či hodnotách. Veškeré otázky, které jsou klientovi skrze AD položeny, by měly být formulovány tak, aby psycholog, který data vyhodnocuje, jasně věděl, proč byla otázka položena a jaký závěr z ní může vyplynout. Jinými slovy, například otázkou na věk a s tím související otázkou na pohlaví zjistíme nejen čistou věcnou informaci, avšak můžeme klienta zařadit do věkového intervalu častých dopravních nehod, které dle statistik Ministerstva dopravy ČR ukazují, že řidiči-muži ve věku 25 let jsou nejčastějšími účastníky dopravních nehod. K vysokému věku je nutné v rámci DPV ověřovat další velmi důležitá fakta. Řidiči ve věku nad 65 let jsou obvykle na automobilu závislí, a to ze dvou důvodů: Řízení automobilu je pro ně

hlavním prostředkem přepravy, díky němuž se mohou věnovat i povinnostem či zábavě mimo domov, což obohacuje jejich život. S tím souvisí druhý důvod, kterým je udržování společenských vztahů mimo domov. Díky automobilu mohou navštěvovat své známé, a tím si také udržovat určité společenské postavení. Proto je velmi důležité u řidičů této věkové skupiny zhodnotit, zda případné navržené nezpůsobilosti k řízení nezpůsobí vážné problémy v rámci jejich životní spokojenosti a s ní spojeného zdraví (Lee, Steinman & Tan, 2011; Liddley, Gustafsson, Bartlett & McKenna, 2011). Nejen samotný věk ovlivňuje bezpečné řízení, je to především doba zkušenosti s řízením. Dle Maycocka (1991) riskantní chování zapříčiňuje v prvních letech řízení z 59 % zkušenost z řízení, 31 % věk řidiče a 10 % jiné faktory. Je tedy důležité ptát se na délku zkušenosti s řízením. Stejně tak otázky na rodinný stav, rodinu a děti mají své odpodstatnění. Rodiny s vyšším počtem rodinných příslušníků, převážně dětí, vykazují nižší míru hazardního chování než rodiny s nižším počtem členů. Důvodem nemusí být jen pocit zvýšené zodpovědnosti, ale i vyšší spotřeba financí v rodině, a tím pádem nižší sociální status. Lidé s nižším sociálním statusem a finančním příjmem se chovají obecně bezpečněji a úsporněji než lidé s vyššími příjmy a statusem, a to z mnoha zjištěných důvodů. Kolize stojí peníze, proto se jim snaží vyhýbat (Cutter, 2009; Siagian, Purhadi, Suhartono, Ritong, 2013). Otázky o školním prospěchu by se mohly zdát irelevantní, avšak také mohou utvořit určitý obrázek o klientovi, a to hlavně z pozice jeho chování, smyslu pro zodpovědnost. Zařazení jednotlivých otázek je tedy zcela v kompetenci dopravního psychologa a slouží mu také jako podklad pro rozhovor. Závěrem je třeba uvést, že AD je často předkládán dotazníkovou formou a psycholog po klientovi požaduje stvrzení správnosti zadaných údajů. Aby bylo prohlášení o správnosti právně platné, musí dokument obsahovat jméno, příjmení, datum narození a bydliště podepsaného. I tyto položky tedy bývají součástí úvodní části AD.

1.2 Zdravotní anamnéza

Pro řízení motorového vozidla musí být řidič zdravotně způsobilý. Tuto způsobilost by měl odhalit ošetřující lékař dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 277/2004 Sb., o stanovení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel s podmínkou a náležitosti lékařského potvrzení osvědčujícího zdravotní důvody, pro něž se za jízdy nelze na sedadle motorového vozidla připoutat bezpečnostním pásem (vyhláška o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel) ve znění vyhlášek č. 253/2007 Sb. a č. 72/2011 Sb. Tyto informace se však dopravnímu psychologovi

do ruky nedostanou, vyžádat si je od klienta sice může, avšak klient není povinen je sdělit. Proto mnoho dopravních psychologů otázku zdravotního stavu do AD zařazuje. Objevují se otázky na užívání léků, aby byl odhalen jejich případný vliv na kognitivní funkce nezbytné pro řízení. Dále jsou zařazeny otázky na fyzické či psychické onemocnění, tělesné vady, které by mohly být neslučitelné s řízením motorového vozidla. Například, jak uvádějí ve své studii Kernbach-Wighton, Sprung a Püschelb (2001), hypoglykemický šok, který je velmi nebezpečný ve spojitosti s řízením motorového vozidla. Může být spuštěn např. fyzickým či psychickým stresem, nesprávným životním stylem, postalkoholovým syndromem, onemocněním jater, nespavostí apod. Nikdy však dopravní psycholog nezíská jistotu o pravdivosti zjištěných informací, pokud nebude klient povinen předložit zdravotní způsobilost.

1.3 Adiktologická anamnéza

Jak bylo zmíněno výše, mnoho informací dopravní psycholog získává pouze z AD, protože nemá přístup k objektivnějším zdrojům dat. Stejně jako si nemůže vyžádat zdravotní kartu řidiče, nemůže jej nutit ani do toxikologického vyšetření. Drogová závislost u řidičů je čím dál častější. Statistiky Policie ČR za rok 2013 ukazují, že 4 686 nehod bylo zaviněno pod vlivem alkoholu (tj. 6,1 % z celkového počtu), evidují při nich 52 usmrčených osob (tj. 8,97 % z celkového počtu) a dalších 2 306 osob bylo při těchto nehodách zraněno. A v rámci pozitivitu na jiné drogy než alkohol statistiky ukazují 213 pozitivních výsledků, při kterých bylo 10 osob usmrceno a 102 zraněno. Kvůli vzrůstajícímu počtu dopravních nehod způsobených pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky Policie ČR zpřísňuje kontroly a vybavuje se modernějšími prostředky pro odhalení drog. V rámci DPV je rovněž nutné přítomnost alkoholu či drog zkoumat, avšak prozatím k tomu nejsou potřebné prostředky. Zjišťujeme nejen užívání drog v minulosti, klient rovněž prohlašuje, že není pod vlivem alkoholu či jiných návykových látek při právě probíhajícím vyšetření. Toto má ale spíše právní důvody, protože drogy mají vliv na kognitivní funkce člověka a v případě, že by byl klient v době vyšetření pod jejich vlivem, nebylo by toto vyšetření právně platné. V rámci AD pak objevují otázky typu, jestli řidiči požívají alkohol či jiné drogy a jak často. Možnosti k otázkám „kolik?“ a „jak často?“ musí být formulovány přesně, neboť pod vágním „občas“, „někdy“ a „příležitostně“ si každý představí jiné množství a četnost. Důvody těchto otázek jsou zřejmé, avšak pravdivost odpovědí by zaručil opět pouze povinný doklad toxikologického či jaterního vyšetření. V této sekci položek se objevují i otázky na pití kávy nebo kouření cigaret, a to z toho

důvodu, že i tyto položky ukazují na sklon k závislostem, což potvrzuje studie Seabrook House (2011).

1.4 Řidičská anamnéza

Jedním z nejdůležitějších okruhů AD v rámci dopravněpsychologického vyšetření je samozřejmě řidičská anamnéza. Dopravní psycholog díky ní zjišťuje, jaké má řidič zkušenosti s řízením, kolik kilometrů již najel, jaké příhody se mu za dobu jeho řidičské historie udály, kolik měl nehod, jaké to byly nehody apod. Jedná se o data, na kterých nejvíce stojí závěrečný individuální rozhovor v rámci DPV mezi psychologem a klientem. Psycholog v rámci odpovědí mapuje případné zvláštnosti a doptává se či pátrá po relevantních informacích. V rámci řidičské anamnézy chceme kromě objektivních dat (počet najetých km, počet nehod, nejčastější přestupky aj.) zjistit, jaký vztah má řidič k řízení. Je pro něj řízení důležité, a pokud ano, proč? Alver, Demirel a Mutlub (2014) potvrdili, že se řidiči bez zkušeností anebo velmi mladí řidiči dopouštějí více chyb za volantem, a tudíž se stávají častěji viníky nebo účastníky nehod než řidiči zkušení/starší. Potvrdil se jak rozdíl mezi pohlavím a vnímáním rizika za volantem, tak častější zapojení mladých/nezkušených řidičů do dopravních přestupků, jako je projetí na červenou, jízda pod vlivem alkoholu/drog, jízda bez bezpečnostních pásů a překročení rychlostního limitu. Řidičská anamnéza v rámci AD by se tedy měla skládat z otázek, které poskytnou odpověď na množství kolizí či dopravních nehod za délku celkové praxe. Nejen to, dopravní psycholog by měl také zjišťovat řidičskou aktivitu v přítomném čase. Ptá se na počet najetých kilometrů za poslední půl rok či rok. Velmi nízké hodnoty mohou poukazovat na možnou patologii klienta, jako je například strach z řízení, paranoia apod. Při zjištění dané patologie psycholog obvykle doporučí jiného kompetentního kolegu, terapii či kurz, kam se klient může obrátit o pomoc.

Z výzkumu rozhovoru v rámci DPV (kapitola 4) vyplynulo jedno z mnoha řešení takovéto situace: *„Stane se, že výsledky DPV má daný klient teoreticky v pořádku, ale prakticky je to patologická osobnost. Vyřešeno to bylo tak, že klientovi bylo řečeno, že to nemohu uzavřít. Pak bylo zvoláno klinickému psychologovi, ten udělal potřebnou diagnózu, která v rámci DPV nemohla být zjištěna, a klient začal s léčbou.“*

Další položky objevující se v řidičské anamnéze jsou orientovány na veřejné mínění. Klientovi jsou kladeny otázky, jaké charakteristiky podle něj má problémový/nebezpečný řidič, co je podle něj dopravní přestupek. U některých

byla zaznamenána otázka, co si klient myslí o řidiči, který na prázdné křižovatce projede přes světelné semaforem na červenou.

Z výzkumu u jednoho z respondentů vyplynulo: „*Pokládám otázku, co si myslí o bodovém hodnocení, dá se tu poznat náhled. Dá se tu odvodit vztah k pravidlům, někdo si toho vědomý je, někdo to smete. To jsou většinou ti, co považují celé DPV za formalitu, přišli si jen pro nějakou čárku.*“

I z těchto otázek se dá usuzovat, jak se klienti staví k přestupkům, co pro ně znamenají. Otázky jsou záměrně kladeny o třetí osobě, aby klient neměl pocit výslechu, ale pouze projeví svůj názor. Dle Mikuláščíka (2010) mají takové otázky věcný charakter, který slouží k získání informací o veřejném mínění, a tím pádem projikují postoje, názory, pocity dotazovaného, protože se jimi prezentuje jeho vlastní já. Řidiči, ostatně nejen oni, mají tendenci jevit se v lepším světle. Některé otázky pro ně však nejsou zcela čitelné, což je pro psychology to nejcennější, co mohou získat.

„*Když má řidič uvedený alkohol nebo závažnější přestupky, tak tam kladu hodně otevřené otázky, abych zjistila co nejvíce informací. Např.: Zkuste mi o tomto něco říct? Co to pro vás přineslo? Jak jste se v té chvíli cítil? Apod. Pak se ptám hodně i na přítomnost, ve smyslu: Kam nejčastěji jezdíte? Jezdíte i do zahraničí? Když jste přišel o řidičský průkaz, jak jste tuto situaci řešil? Co se ve vašem životě změnilo a jak jste to nesl? Jak tuto situaci nesla vaše rodina? Změnilo se v dnešní době něco? Máte jiný názor na sebrání vašeho řidičského oprávnění?*“

1.5 Ostatní

Subjektivní postoje k řízení, volnočasové aktivity

Jak bylo již naznačeno, řidiči do své praxe promítají své postoje, názory i pocity, které nemusí pramenit pouze z řízení. Dle Møllera a Sigurðardóttira (2009), věnujícím se bezpečnosti silničního provozu, sice k nějakému zlepšení v rámci této problematiky došlo, avšak mladí nezkušení řidiči jsou stále v hojném počtu zapojeni do dopravních nehod. V jejich výzkumu byl zkoumán rozdíl ve stylu jízdy mladých nezkušených řidičů a řidičů zkušených, starších. Zkoumala se úzkost a vztek v rámci volnočasových aktivit ve spojitosti se stylem řízení. Přes mnoho rozdílů byl nalezen vztah mezi volnočasovými aktivitami a nebezpečným chováním za volantem, a to především u položek vzrušení a hněv. Objevila se zajímavost, že i starší respondenti, kteří však ve své volnočasové aktivitě

projevovali nesourodost s přáteli, byli více spojováni s problémovým chováním. Výsledky ukazují, že je třeba včasné intervence takových řidičů, čímž by se eliminovalo nebezpečí na silnicích i v životě. Je tedy vhodné zařazovat do AD otázky na volnočasové aktivity. Otázkou je, jakým způsobem je dopravní psycholog schopen z odpovědí vyvodit, zda je ta či ona volnočasová aktivita „nebezpečná“, či ne.

Zkušenosti s DPV

V rámci DPV se klient setká s mnoha vyšetřeními. Jak již bylo zmíněno v kapitole 4 o rozhovoru v rámci DPV, nezpůsobilý klient může procházet DPV tak dlouho po sobě, dokud neuspěje (legislativa tento krok dovoluje). Takovýto klient již má určité povědomí o tom, co ho čeká a jak se vyhnout případnému problému tím, že svoji odpověď pozmění ve svůj vlastní prospěch. Poněvadž AD není standardizovanou metodou, každý dopravní psycholog jej má stanovený odlišně, v jádru je však u většiny stejný. Klienti, kteří již několikrát AD vyplňovali, vědí, jak odpovídat. Proto je vždy důležitá zpětná vazba formou závěrečného rozhovoru, kde veškeré informace z AD psycholog s klientem projde a hlouběji se nad nimi pozastaví.

2 Výzkum

Data vycházejí z výzkumu na téma Metoda rozhovoru v rámci DPV (viz kapitola 4), kterého se zúčastnilo 15 dopravních psychologů, 13 z nich poskytlo pro účely výzkumu vlastní AD, který předkládají v úvodu DPV svým klientům na vyplnění. Těchto 13 AD bylo podrobena klastrové analýze položek. Níže shrnujeme stěžejní závěry:

Nejčastěji se opakující okruhy AD od 13 respondentů v rámci jejich DPV:

- Osobní anamnéza
- Rodinná anamnéza
- Zdravotní anamnéza
- Adiktologická anamnéza
- Řidičská anamnéza
- Ostatní otázky:
 - Porušování pravidel/zákona
 - Volný čas
 - Zkušenosti s DPV

Příklady nejfrekventovanějších otázek v rámci DPV dle okruhů:

- Jméno a příjmení, titul
- Datum a místo narození
- Bydliště trvalé
- Počet dětí a jejich věk
- Vaše vzdělání (i nedokončené):
- Jaké kategorie je váš dnešní řidičský průkaz?
- Měl jste již dopravní nehodu – včetně nehod se soukromým vozidlem – při které došlo ke škodě, ke zranění nebo která byla vyšetřována policií? ANO NE
- Měl jste v posledních dvou letech nějaké dopravní přestupky? ANO NE
- Jaké jste prodělal vážnější nemoci, operace, úrazy, léčení v nemocnici?
- Byl jste někdy vyšetřen nebo léčen:
 - na protialkoholním oddělení? Kdy?
 - na psychiatrickém oddělení? Kdy?
 - na neurologickém oddělení? Kdy?
- Máte v současné době nějaké zdravotní obtíže? Léčíte je? Neléčíte?
- Užíváte nějaké léky? Jaké? Jak často?

Otázky, které byly velice individuální, někteří respondenti je označovali za zásadní, jiní za nedůležité:

- Důvod psychologického vyšetření?
- Byl jste během vojenské služby zařazen jako řidič? Pokud ANO, tak typ vozidla?
- Které školy jste absolvoval, příp. co v současné době studujete?
- Vaše všechna předchozí zaměstnání?
- Váš současný zaměstnavatel?
- Pracovní pozice, od roku?
- Další vzdělání, kurzy, školení?
- Máte vlastní automobil nebo motocykl?
- Pokud jste řidič z povolání, tak co vás ve vaší práci těší?
- Co vám ve vaší práci vadí?
- Byl jste vychováván rodiči, příbuznými nebo v dětském domově?
- Manželství vašich rodičů bylo spíše harmonické, běžné (normální) nebo spíše konfliktní?

- V případě, že vám někdo z rodičů zemřel nebo že se rodiče rozvedli, vypište podrobněji a uveďte, kolik vám tehdy bylo let?
- Byl jste v posledních dvou letech po delší dobu nepřítomen v zaměstnání z důvodu nemoci?
- Pijete černou kávu? Kolik šálků v průměru denně?
- Které události na vás ve vašem životě velmi zapůsobily a případně ovlivnily váš další život?
- Co považujete ve svém dosavadním životě za nejvýznamnější úspěchy?
- V případě, že jste ženatý (rozvedený, ovdovělý) podruhé, případně potřetí, uveďte bližší okolnosti.
- Jaké zaměstnání má vaše manželka?
- Jste-li řidičem z povolání, proč a za jakých okolností jste se pro tuto práci rozhodl?
- Jaký je váš postoj k řidičskému povolání, jaký k němu máte vztah?
- Kolik hodin pracujete měsíčně přesčas?
- Jakou máte představu o průměrném měsíčním příjmu?
- Jak snášíte zvýšené pracovní zatížení?
- Pracujete-li jako řidič z povolání více než 5 let, pozorujete za ta léta u sebe nějaké (i menší) změny?
- V případě, že sportujete, preferujete individuální či skupinovou aktivitu?
- Byl/a jste někdy dlouhodobě nebo vážněji nemocen/nemocná?
- Utrpěl/a jste někdy v minulosti nějaký úraz, zejména hlavy?
- Máte v současné době nějaké starosti?
- Jste se svojí současnou rodinnou situací spokojen/a?
- Jaké jsou vaše bytové poměry?
- Jméno vašeho obvodního lékaře?
- Co řeknete o řidiči, který jede pomalu před vámi, dodržuje povolenou rychlost, ale není možné ho předjet?
- Jaké dopravní přestupky považujete za nejvíce nebezpečné?
- Jaké dopravní přestupky považujete za nejméně nebezpečné?
- Jaký typ řidiče nemáte rád/a?
- Jaké zvíře je vám nejsympatičtější?

Profesionální řidiči × vyhodování řidiči (rozdílný dotazník):

- Míváte z technického hlediska vždy vozidlo v naprostém pořádku?

- Máte raději rychlejší jízdu?
- Co považujete pro úspěšný výkon práce řidiče za nejdůležitější? Uvedte to, co sami můžete ovlivnit.

Závěr

V rámci DPV bychom měli mít na paměti, že je to vyšetření velmi individuální, a tím pádem problematicky obecně uchopitelné. Případů potřeby DPV přibývá, avšak kvalitní popis a doporučený postup všech metod vyšetření stále chybí. Tato kapitola se zaměřila na problematiku AD. Dle výzkumu se ukázalo, že celý výzkumný vzorek dopravních psychologů AD využívá, avšak každý dle svého. Není univerzální formule AD, přesto jej všichni vyžadují a z velké části z něho vycházejí při vedení rozhovoru v rámci DPV. AD jsou velmi různorodé, každý dopravní psycholog považuje za podstatné jiné otázky. Existuje shoda pouze v několika z nich. Co odpovědi na otázky o klientovi vypovídají? Proč jsou pokládány? Je opravdu nutné ptát se na zaměstnání manželky/manžela? Nejsou některé otázky nadbytečné (klienta poškozující – otázka etiky)? Není právě různorodost AD příčinou odlišných informací od klientů, a tím pádem i příčinou rozdílných výsledků celkových DPV v rámci jednoho klienta? Je nutné se zamyslet, zda by neměla být zaměřena pozornost i tímto směrem, nejen směrem diagnostickým, ale i směrem kvalitativním, tedy k rozhovoru a AD, ze kterých nejsou dostupná žádná data pro kontrolu, žádné výstupy. Vše je shrnuto pouze do závěru vyšetření v podobě způsobilosti/nezpůsobilosti.

Literatura

- Alver, Y., Demirel, M. C., Mutlub, M. M. (2014). Interaction between socio-demographic characteristics: Traffic ruleviolations and traffic crash history for young drivers. *Accident Analysis and Prevention* 72 (2014), 95–104.
- Beirness, P. J., Simpson, H. M. (1991). *Predicting young driver crash involvement: The role of lifestyle factors*. International Symposium, New to the road, Prevention measures for young and novice drivers. Halifax.
- Cutter, S., Emrich, Ch. T., Webb, J. J., and Morath, D. (2009). *Social Vulnerability to Climate Variability Hazards: A Review of the Literature*. Final Report to Oxfam America. Hazards and Vulnerability Research Institute. Department of Geography. University of South Carolina. Columbia, SC 29208.
- Kernbach-Wighton, G., Sprung, R., Püschelb, K. (2001). On the diagnosis of hypoglycemia in car drivers. *Forensic Science International*. Volume 115, Issues 1–2, Pages 89–94.
- Liddle, J., Gustafsson, L., Bartlett, H., and McKenna, K. (2011). *Time use, role participation and life satisfaction of older people: Impact of driving status*. Article first published

- online: 14 OCT 2011. DOI: 10.1111/j.1440-1630.2011.00956.x. Occupational Therapy Australia.
- Machin, M. A., Sankey, K. S. (2007). Relationships between young drivers' personality characteristics, risk perceptions, and driving behaviour. University of Southern Queensland, Australia. *Accident Analysis and Prevention* 40 (2008), 541–547.
- Mikuláščík, M. (2010). *Komunikační dovednosti v praxi. 2.*, doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada.
- Møller, M. Gregersen, N. P. (2007). Psychosocial function of driving as predictor of risk-taking behaviour. *Accident Analysis and Prevention* 40 (2008), 209–215.
- Møller, M., Sigurðardóttir, S. B. (2009). The relationship between leisure time and driving style in two groups of male drivers. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*. Volume 12, Issue 6, November 2009, 462–469.
- October 22/2011. Seabrook House. Does Caffeine Use Predict Future Cocaine Abuse? <https://www.seabrookhouse.org/blog/2011/10/22/does-caffeine-use-predict-future-cocaine-abuse/>. (dne 10.9.2014).
- Siagian, T. H., Purhadi, P., Suhartono, S., Ritonga, H. (2013). *Social vulnerability to natural hazards in Indonesia: driving factors and policy implications*. Received: 22 February 2012 /Accepted: 29 September 2013 /Published online: 16 October 2013. Springer Science+Business Media Dordrecht 2013.
- Vassallo, S., Smart, D., Sanson, A., Harrison, W., Harris, A., Cockfield, S., McIntyre, A. (2007). Risky driving among young Australian drivers: trends, precursors and correlates. *Accid. Anal. Prev.* 39, 444–458.



VI / Specifika vedení rozhovoru se somatickým pacientem

**(Specifika klinicky významných somatických,
psychiatrických a neurologických poruch
při řízení motorových vozidel)**

Radko Obereignerů

Úvod

Řada somatických onemocnění je překážkou pro řízení MV. Specifické skupiny tvoří psychiatrické a neurologické poruchy, zvláště ty, které jsou zmíněny jako překážka řízení MV v příslušných zákonech a vyhláškách. Především se jedná

o vyhlášku č. 72/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 277/2004 Sb., o stano-
vení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, zdravotní způsobilosti
k řízení motorových vozidel s podmínkou a náležitosti lékařského potvrzení
osvědčujícího zdravotní důvody, pro něž se za jízdy nelze na sedadle motorové-
ho vozidla připoutat bezpečnostním pásem (vyhláška o zdravotní způsobilosti
k řízení motorových vozidel), ve znění vyhlášky č. 253/2007 Sb. V následující
kapitole se věnujeme poruchám, u kterých je již v klinické oblasti psycholo-
gické vyšetření indikováno jako jeden z ukazatelů výsledné diagnózy. V přehledu
deficitů, které se dotýkají psychologické roviny, považujeme za důležité po-
zorovat a v anamnestickém rozhovoru zjišťovat nejzávažnější potíže jedince
s daným onemocněním. Vybíráme poruchy a onemocnění, u kterých je zvýšené
riziko přítomnosti psychické poruchy, případně jde o základní symptomatiku
uvedeného onemocnění. Uvádíme ve stručné formě klinický obraz, etiologii
onemocnění a dominující příznaky v psychické oblasti. Orientační posouzení
je možné na základě klinického, případně testového přístupu, který se však
užitými metodami podstatně odlišuje od metod zahrnutých v DPV a je reali-
zován klinickým psychologem. Uvedený stručný popis problematiky, která je
značně rozsáhlá a přesahuje rámec předkládané publikace, má pomoci sledovat
nejvýznamnější symptomy pomocí klinických metod, pozorováním, rozhovorem
a sbíráním anamnestických údajů.

1 Zrakové poruchy

Nejprve uvádíme obecnou kategorii zrakových poruch. Vyšetření zraku je
prováděno lékařem s příslušnou specializací. Nemoci, vady nebo stavy zraku
vylučující nebo podmiňující zdravotní způsobilost k řízení MV jsou specifikovány
vyhláškou č. 72/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Jedná se o posouzení
zrakové ostrosti, definována je minimální zraková ostrost i v případě použití
korektivních čoček a brýlí. Dále je zmíněno časové hledisko funkční ztráty zra-
ku, rozsah horizontálního i vertikálního zorného pole a rozsah změn v cen-
trálním zrakovém poli. V anamnestickém rozhovoru doporučujeme soustředit
se na přístup řidiče k používání korektivních pomůcek.

V oblasti psychologické diagnostiky v řadě případů také vyšetřujeme zrak.
Mluvíme však o vyšetření zrakového vnímání neboli vizuální percepce. Nelze
vždy odlišit testování jen jednoho ze systémů, který nám zprostředkovává
vnímání. I zrakové funkce se neobejdou bez pozornosti, při čtení se ke zrako-
vému zpracování písmen, slov a vět přidávají oblasti zodpovídající za řeč, které
nám rozšiřují znaky a tomu, co vidíme, dávají smysl. Pro řidiče MV je nezbytná

také zachovalá schopnost správně dekodovat znaky (piktogramy) s určitým významem. Základní sadou piktogramů je dopravní značení. V případě poruchy mluvíme o asymbolii.

1.1 Agnózie

Problematika poruch zraku je spojena s agnózií. Agnózií definujeme jako „poruchu poznávání předmětů a dalších prvků zevního prostředí nebo vlastního těla, která nemůže být přičtena smyslové či řečové poruše nebo globální kognitivní dysfunkci“ (Ambler a kol., 2004, s. 475). Porucha obvykle postihuje jednu smyslovou modalitu. Agnózie tudíž klasifikujeme jako zrakové, sluchové, taktilní, čichové a samostatně vymezujeme komplexní agnostické syndromy (anozognózie, hemiasomatognózie, autotopagnózie, makro- a mikrosomatognózie, syndrom fantomové končetiny). Předpokládáme, že agnostické syndromy jsou obvykle vyloučeny při somatickém (neurologickém) vyšetření. Klinická psychologie přináší řadu testových metod na diagnostiku agnostických poruch. Přehled agnostických poruch všech modalit uvádíme v následující tabulce (tab. 1) (Obereignerů, 2013, s. 208).

Zraková agnózie je také označována jako vizuální či optická. Pacient normálně vidí, ale postižena je schopnost poznat (identifikovat a pojmenovat) viděné předměty, barvy, obličeje i děje, které zrakem vnímá. Předpokladem je neporušená funkce zrakového systému (optického, např. zachování rozsahu a ostrosti zorného pole) a přenosu informací do primární zrakové kůry okcipitálních laloků. Pacient není schopen poznat předmět, pokud se na něj pouze dívá, ale správně jej identifikuje, pokud se dozví informace o jeho podstatných vlastnostech jinou smyslovou modalitou, např. zvoneček pozná podle zacinkání. Na základě úrovně zpracování zrakových informací rozlišil Lissauer (1890) aperceptivní a asociativní vizuální agnózií. **Aperceptivní vizuální agnózie** objektů se zakládá na neschopnosti rozpoznat objekty z důvodu nestabilního formování jejich reprezentace nebo percepce zrakového stimulu. Jedná se tedy o neschopnost integrovat jednotlivé složky zrakového podnětu, narušen je proces percepčního zpracování. Porucha se nejčastěji vyskytuje u pacientů po cévní mozkové příhodě. K diagnostice lze využít rozpoznávání degradovaných objektů, jako je tomu v případě Gollinova testu nekompletních figur (Gollin, 1960), založeného na rozpoznávání objektů, které jsou částečně zobrazeny a liší se právě úrovní kresebné degradace.

Popis agnostických syndromů (Obereignerů, 2013, s. 208)

Agnostické syndromy	Stručný popis
optická (vizuální) agnózie	ztráta nebo porucha schopnosti identifikovat předměty, objekty, obličeje, barvy a děje vnímané zrakem při zachovaném optickém vnímání
propozagnózie	porucha schopnosti identifikovat především obličeje
akustická (auditivní) agnózie	porucha poznávání složitých akustických vjemů při relativně zachovaném sluchovém vnímání
taktilní (haptická) agnózie	neschopnost rozpoznávat objekty hmatem
čichová (olfaktorická) agnózie	
somatognózie	porucha vnímání, poznávání, identifikace, pojmenování a uvědomování si jednotlivých tělových segmentů, často při poruše orientace těla v prostoru
Gerstmannův syndrom	agnózie prstů ruky a porucha pravo-levé orientace (+ agrafie, akalkulie)
neglect syndrom, hemiasomatognózie	neuvědomování, opomíjení poloviny těla nebo prostoru, často s výpadem poloviny zorného pole, doprovázeno hemiplegií
anozognózie	porucha tělesného schématu, neschopnost uvědomit si vlastní onemocnění, schází představa o funkci zdravého těla
autotopagnózie (bilaterální asomatognózie)	neschopnost rozeznat části vlastního těla, např. agnózie prstů, na rozdíl od hemiasomatognózie je porucha často uvědomovaná
amúzie	porucha rozlišování hudebních zvuků
fantomová končetina	klamná percepce amputované končetiny nebo její části
simultánní agnózie	zachovalá identifikace pro jednotlivé předměty (obrazce, barvy, písmena, číslice), ale neschopnost poznat složitější celky či graficky znázorněné děje; selhává integrace současných optických vjemů

Tab. 1 Přehled agnostických poruch

V případě **asociativní vizuální agnózie** se jedná o poruchu vazby integrovaného podnětu s jeho významem. Porucha je způsobena narušeným přístupem k pamětním obsahům při neporušené percepci. Integrace vizuálních podnětů

do koherentní strukturální reprezentace objektu narušena není. Chybí tedy přístup ke znalostem o objektu, které jsou uloženy v sémantické paměti. Objekt není rozpoznán a nemůže být správně pojmenován. Chyby v pojmenování často ukazují významovou souvislost s cílovým objektem, který ale vizuálně neodpovídá tomu, co pacient pojmenoval, například vrtulník je označen jako letadlo.

Uvádíme jen základní dělení vizuální agnózie, které je v praxi často využíváno. Současné koncepce se opírají o kontinuum poruchy při poškozeném procesu rozpoznávání jednotlivých částí na jedné straně kontinua a poškození celostního procesu rozpoznávání na opačném pólu (Farah, 1991).

Existuje celá řada testových psychodiagnostických metod, na jejich přehled odkazujeme na příslušnou literaturu (Obereignerů, 2013). Z dostupných metod, které jsou k dispozici v ČR, doporučujeme Baterii testů vizuálního vnímání předmětů a prostoru (VOSP, Visual Object and Space Perception Battery, Warrington, James, 1991). Testová baterie je určena pro vyšetření schopnosti vnímat prostor a předměty. Zaměřuje se na jedince ve věkovém rozmezí 20–84 let. Skládá se z osmi subtestů posuzujících, které schopnosti jsou narušeny u pacientů s pravostranným poškozením mozku (obr. 1). Warrington předpokládal, že objekty a vnímání prostoru jsou funkčně nezávislé domény, které mohou být disociovány u pacientů s poškozením mozku a souviset s rozdílnými anatomickými lokalitami. Na daném předpokladu jsou založeny první čtyři subtesty týkající se vnímání objektů:

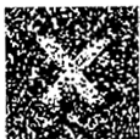
1. Nekompletní písmena
2. Siluety
3. Určování objektů
4. Proměnlivé (progresivní) siluety

Další čtyři subtesty jsou zaměřeny na vnímání prostoru:

5. Počítání bodů (teček)
6. Rozlišování pozice
7. Lokalizace čísel
8. Analýza krychle

Jako úvodní je zařazen subtest zrakové detekce tvarů, který pomáhá odhalit, zda není narušeno senzorní zrakové vnímání. Jednotlivé subtesty byly vybrány s ohledem na jejich selektivitu a senzitivitu k pravostrannému poškození. Navíc byly vytvořeny tak, aby odpověď byla co nejjednodušší, takže nevyžaduje

schopnosti praxie (jako je kopírování předloh či konstrukční schopnosti). Úlohy nejsou časově limitovány.



Skríninkový
test detekce
tvarů



Nekompletní
písmena



Siluety



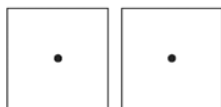
Určování
objektů



Proměnlivé
(progresivní) siluety



Počítání bodů



Rozlišování pozice



Lokalizace čísel



Analýza kostek

Obr. 1 Ukázka jednotlivých úkolů v Baterii testů vizuálního vnímání předmětů a prostoru (Visual Object and Space Perception Battery, VOSP; Warrington, James, 1991)

2 Diabetes mellitus

Jedná se o skupinu chronických onemocnění, která se projevují poruchou metabolismu sacharidů. Rozlišují se dva základní typy:

- diabetes I. typu (při absolutním nedostatku inzulínu),
- diabetes II. typu (při relativním nedostatku inzulínu).

Onemocnění je rizikové především stran vzniku hypoglykemie, což je stav, který se může projevovat odstupňovanými příznaky, např. sníženou psychickou výkonností, slabostí, bolestmi hlavy, pocity hladu. Kritická pro hypoglykemický stav při řízení MV je porucha jemné motoriky, případně křeče až bezvědomí. Při diabetu je ohrožující především stav hypoglykemie, který není pacient schopen samostatně zvládnout a je nutný zásah druhé osoby, dále pak hypoglykemický stav, který se vyskytne bez varovných příznaků, případně si je pacient neuvědomuje. Při řádné léčbě a absenci hypoglykemie s nutným zásahem druhé osoby není obvykle řízení MV omezeno. V klinickém rozhovoru je možné posoudit, zda si pacient uvědomuje rizika jak na obecné úrovni, tak že rozumí specifikům vlastního onemocnění. Zjišťujeme, zda si příznaky uvědomuje, významným přínosem je kvalitní verbální popis příznaků. Dále zjišťujeme, jak přistupuje k samotné léčbě onemocnění.

Významná omezení mohou přinášet pozdní komplikace onemocnění, mezi které řadíme zvýšenou genezi aterosklerotických plátů vlivem oxidačního stresu a s tím spojené vyšší riziko poškození cév, riziko cévní mozkové příhody, diabetickou retinopatii (tj. poškození cév vyživujících sítnici oka), diabetickou neuropatii (tj. poškození funkce všech druhů nervů. Diabetická neuropatie způsobuje poruchy vnímání bolesti dolních končetin. I drobný úraz dolní končetiny, který není brzy rozpoznán a léčen diabetikem, může vést k rozvoji gangrény, v nejhorším případě i k amputaci dolní končetiny, též známé jako syndrom diabetické nohy). Kognitivní deficity se objevují až při pozdních komplikacích diabetu. Nejčastěji jsou deficity shodné s obrazem vaskulárního deficitu kognitivních funkcí. K základním léčebným krokům patří důsledné dodržování specifických nutričních opatření, pravidelné měření glykemie. Nedodržování životosprávy, neznalost základních mechanismů onemocnění jsou významné rizikové faktory pro řízení MV. Lékařská kontrola stran řízení MV pro pacienty s diabetem je zákonem stanovena v intervalu tří let.

3 Epilepsie

Epilepsie je řazena mezi nemoci, vady nebo stavy nervové soustavy, které ovlivňují bezpečnost provozu na pozemních komunikacích a u kterých lze žadatele nebo řidiče uznat za zdravotně způsobilé k řízení motorového vozidla pouze na základě závěru odborného vyšetření. Pro epilepsii je charakteristická záchvatovitá aktivita, způsobená opakovanými abnormními excesivními výboji nervových buněk v mozkové kůře. Epilepsii s opakovanými záchvaty trpí 0,5–1 % populace. Ojedinelý epileptický záchvat pak prodělá 5–10 % populace bez dalších

projevů onemocnění. Izolovaný epileptický záchvat není sám o sobě nozologickou jednotkou.

Vymezujeme více faktorů, které se podílejí na vzniku epileptického záchvatu. Za **epileptické ložisko** považujeme shluk patologických neuronů v mozkové kůře, které produkují synchronní abnormní výboje. Druhým faktorem je **pohotovost mozku k záchvatu**, která je vysoce individuální, ale může být výrazně posílena únavou, psychickou zátěží, nedostatkem spánku, hormonálními poruchami aj. Třetím faktorem jsou **epileptogenní podněty**. Jedná se o provokační momenty spouštějící některé záchvaty. K provokačním momentům řadíme alkohol, stroboskopické světlo, hyperventilaci.

Epilepsie dělíme na **idiopatické (primární)**, které jsou vrozené, s genetickou predispozicí, bez strukturální či metabolické abnormality, **symptomatické (sekundární)**, kdy je příčina známá, obvykle se jedná o strukturální léze (nádory, záněty mozku, traumata), příčiny metabolické a toxické (alkoholismus, poškození mozku při selhávání jater či ledvin), a epilepsie tzv. **kryptogenní**, u kterých se předpokládá organický podklad, ale strukturální abnormalita je současnými zobrazovacími metodami obtížně odhalitelná.

Klinický obraz epilepsie je značně variabilní, hlavními příznaky jsou:

- poruchy vědomí – kvantitativní či kvalitativní,
- motorické – křeče, snížení nebo ztráta svalového tonusu, automatismy či přechodné obrny,
- somatosenzorické – parestézie, čichové, sluchové nebo zrakové senzace různého druhu,
- vegetativní – změněná reakce zornic, změny barvy kůže, zvláště v obličeji, nevolnost, zvracení, pocení, bolesti hlavy, závratě,
- psychické – nejrůznější subjektivní prožitky zpravidla spojené s kvalitativní poruchou vědomí, stavy před záchvatem jsou označovány také jako tzv. aura.

Záchvaty mají také svou specifickou charakteristiku. Pokud začínají stereotypně v kůře jedné mozkové hemisféry, tak je označujeme jako parciální (fokální). U parciálních záchvatů hraje v jejich charakteristice roli umístění v rámci kůry mozkových laloků. Záchvaty čelního laloku se projevují nejčastěji křečemi končetin na kontralaterální polovině těla. Častá je lokalizace v precentrálním gyru, kde největší korovou prezentaci mají obličej a horní končetina. Křeče obličeje a horních končetin jsou zde nejčastější.

Charakteristika záchvatů:

- 1. Parciální (fokální) záchvaty** mají stereotypní začátek v korové oblasti jedné z hemisfér. Jako parciální jednoduchý záchvat označujeme takový záchvat, při kterém nedochází ke ztrátě vědomí. Při ztrátě vědomí se jedná o parciální komplexní záchvat. Záchvaty dle lokalizace ložiska v kůře mozkových laloků lze klinicky odlišit. V tabulce 2 uvádíme stručný přehled možných klinických projevů záchvatu v závislosti na lokalizaci ložiska:

Vybrané klinické projevy epileptických záchvatů v závislosti na lokalizaci ložiska

Mozkový lalok	Možné klinické projevy
Frontální lalok	Křeče končetin kontralaterálně k ložisku; tonické křeče s delším prupnutím, klonické křeče s pravidelnými záškuby postižené části těla, tonicko-klonické křeče jako jejich kombinace. Nejčastěji křeče obličeje a horní končetiny. Zachováno vědomí. Možný výskyt pozáchvatové parézy v délce několika hodin.
Temporální lalok	Parciální záchvaty s komplexní symptomatologií. Vždy přítomna porucha vědomí. Následná amnézie. Začátek záchvatu často s tzv. auro charakteru čichových vjemů (často nepříjemných), iluzí, stavů depersonalizace a derealizace, případně vegetativních projevů (bolesti břicha, na hrudi). Při rozvinutí záchvatu působí pacient zmateně, nereaguje, objevují se automatismy – jednoduché i komplexní činnosti (opakované oblékání a svlékání části oděvu, bezúčelné cestování).
Parietální lalok	Převažují senzitivní příznaky, pocity brnění a mravenčení v určité části kontralaterální poloviny těla. Vědomí je plně zachováno.
Okcipitální lalok	Časté jsou zrakové fenomény jednoduché (záblesky, jiskření) až po komplexní (zrakové halucinace), případně výpadky zraku, dočasná slepota.

Tab. 2 Epilepsie

- 2. Primárně generalizované záchvaty** jsou od počátku oboustranné, objevuje se náhlá porucha vědomí. Patří sem generalizovaný tonicko-klonický záchvat (velký, grand mal), manifestující se náhlou ztrátou vědomí s pádem na zem, křečemi celého těla, bezdeším. Trvání záchvatu obvykle 1–3 minuty. K vědomí se pacient probírá po 10 až 15 minutách a má amnézii na záchvat. K dalším primárně generalizovaným záchvatům patří absence (malé záchvaty, petit mal – stavy zahledění, záraz v činnosti), myoklonické

záchvaty (rychlé svalové záškuby jednostranné či oboustranné, bez ztráty vědomí), tonické a klonické záchvaty, atonické záchvaty (náhlé pády).

Neurologická diagnostika se opírá o EEG vyšetření, které má však nevýhodu v nízké senzitivitě. Vyšetření zobrazovacími metodami (CT, MRI) pomáhá odhalit případnou strukturální příčinu epilepsie.

V klinickém rozhovoru nesmí chybět podrobná anamnéza, za nejspolehlivější však považujeme objektivní popis. Při zvýšené motivaci k získání/znovuzískání řidičského oprávnění existuje vyšší riziko nepřesných informací ze strany pacienta. Charakter záchvatů jsou schopni popsat jen pacienti, u kterých nedošlo ke ztrátě vědomí. Při záchvatech se ztrátou vědomí je objektivní anamnéza nezbytná. Soustředíme se na popis záchvatovitého stavu. Významným faktorem pro zkreslení odpovědi je profesní motivace znovuzískání řidičského oprávnění.

4 Organické duševní poruchy

Jedná se o heterogenní skupinu poruch v rámci MKN-10. Uvedená kategorie pracuje se syndromem demence v rámci odlišných skupin onemocnění, včetně onemocnění neurodegenerativních, která jsou demencí myšlena nejčastěji. Pro přehlednost uvádíme nejčastější neurodegenerativní onemocnění samostatně s ohledem na specifika jejich kognitivních, behaviorálních a funkčních poruch.

Demence je poměrně rozsáhlý syndrom složený z deficitů zahrnujících narušení a progresivní deterioraci kognitivních a symbolických funkcí. Často se jedná o globální úbytek kognitivních schopností. V rámci klasifikace nemocí je primárním znakem porucha paměti a nejméně jedna z kognitivních poruch:

- afázie (ztráta symbolické funkce reci vztahující se k chápání a vyjadřování myšlenek prostřednictvím slov),
- apraxie (neschopnost provádět motorické aktivity navzdory neporušeným motorickým funkcím),
- agnózie (neschopnost rozpoznávat nebo identifikovat věci navzdory nepoškozeným sensorickým funkcím),
- narušení exekutivních funkcí (např. plánování, organizování, udržení a přesun mentálního nastavení).

Etiologie je dána onemocněním, úrazem nebo jiným poškozením mozku. Demence může vzniknout nejdříve po vytvoření základu kognitivních funkcí, po vrcholu synaptogeneze, tj. nejdříve po druhém roce života. Úbytek kognitivních funkcí musí být podstatný od premorbidní kapacity. Za podstatný úbytek

považujeme změnu, kterou můžeme kvalitativně vyjádřit snížením o 1,5 standardní odchylky ve většině testových psychodiagnostických metod. V diferenciální diagnóze je nutné vyloučit depresi nebo delirium. Demence rozdělujeme na:

- primárně degenerativní (atroficko-degenerativní) demence,
- ischemicko-vaskulární demence (demence vznikající jako důsledek cévních postižení mozku),
- další symptomatické (sekundární) demence. Tyto demence jsou projevy postižení mozkových funkcí. Jsou způsobené jinými chorobami (např. infekčními), zraněními mozku, intoxikacemi apod.

Klinicko-psychologická diagnostika demencí je vždy založena na třech pilířích, a to poruchách kognitivních funkcí, behaviorálních a psychologických příznacích demence a poruchách aktivit denního života.

Vyhláška č. 277/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů upravuje poruchy vylučující způsobilost k řízení MV a definuje je jako nemoci nebo stavy, které způsobují takové zdravotní komplikace nebo odchylky, které jsou nebezpečné pro provoz na pozemních komunikacích, a to zejména organické duševní poruchy projevující se demencí (demence u Alzheimerovy choroby, vaskulární demence, demence u chorob klasifikovaných jinde, nespecifikované demence).¹

Současné medicínské vyšetřovací postupy vyžadují ke stanovení typu demence řadu dalších somatických a laboratorních vyšetření, jako je provedení laboratorního screeningu (krevní obraz, hladina glykemie, jaterní testy, hormony štítné žlázy a další). K zobrazení strukturálních změn CNS je používáno zobrazovacích metod (CT nebo MR mozku) přinášejících informaci o typickém úbytku určitých částí mozkové kůry a vyloučení jiné příčiny demencí. Při podezření na neuroinfekci je prováděno likvorologické vyšetření (lumbální punkce).

Při podezření na významný úbytek kognitivních funkcí je možné využít při DPV některé screeningové metody. K tzv. „zlatému standardu“ řadíme Klinické hodnocení demence (CDR, Clinical Dementia Rating, Morris, 1993). Jedná se o specializované posouzení formou klinického rozhovoru, který však probíhá

¹ Uvedený bod vyhlášky 277/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů dále zahrnuje organický amnestický syndrom, organicky podmíněné poruchy osobnosti a poruchy chování, nespecifické organické nebo symptomatické duševní poruchy, schizofrenii, schizotypní poruchu, akutní a přechodné psychotické poruchy, schizofaektivní poruchy, trvalou duševní poruchu s bludy, indukovanou poruchu s bludy, jiné neorganické psychotické poruchy ve stadiu akutním, při znovuobjevení příznaku této nemoci a při jejich přetrvávání, mentální retardaci a pervazivní vývojové poruchy.

nejen s pacientem, ale i s jeho pečovatelem, případně blízkou osobou, která může objektivně posoudit některé změny v oblasti kognice a chování pacienta. Pacient je hodnocen podle úrovně postižení v šesti různých doménách (paměť, orientace, úsudek a řešení problémů, společenský život, domov a koníčky, péče o sebe). Jedná se o standardizovaný rozhovor, jehož časová náročnost administrace se pohybuje v rozmezí 40–50 minut. Hodnocení je založeno na čtyřech kategoričeských skórech (0 bodů = porucha nepřítomna, 0,5 bodu = porucha sporná, 1 bod = mírná porucha, 2 body = střední porucha, 3 body = závažná porucha).

Patrně dostupnější je Addenbrookský kognitivní test (ACE-R, Mioshi a kol., 2006; Raisová a kol., 2011; Bartoš a kol., 2011). Jedná se o screeningový nástroj, který posuzuje šest odlišných oblastí (orientaci, pozornost, paměť, verbální fluenci, jazyk, zrakově prostorové schopnosti). Výsledkem jsou hodnotící skóry, z nichž lze sestavit profil kognitivních funkcí. V české standardizované adaptaci jsou orientace a pozornost shrnuty pod jedním subskórem. Test obsahuje také hodnocení mentálního statutu (MMSE, Krátký test mentálního stavu, Folstein a kol., 1975), který se podílí svými 30 body na celkovém maximálně 100bodovém skóru. Součástí je také test hodin (Clock Test, Hendriksen a kol., 1993), orientační metoda pro odhalení hrubého narušení vizuoprostorových a exekutivních funkcí. Celkový skór dosahuje maximální hodnoty 100 bodů, je-li nižší než 88 bodů, je senzitivita pro demenci 94 % a specifita 89 %. Podílem subtestů, které jsou z podstaty onemocnění obtížné pro pacienty s frontotemporální demencí (verbální fluence a jazyk) a subtestů typicky obtížných pro pacienty s Alzheimerovou nemocí, lze vypočítat orientační index (VLOM) rozlišující mezi těmito dvěma skupinami demencí. Je-li skór menší než hodnota 2,2, je pravděpodobná „frontotemporální“ demence. Je-li skór vyšší než 3,2, je větší pravděpodobnost Alzheimerovy demence. Index má praktické omezení, je nedostatečný pro diskriminaci v oblasti frontotemporálních lobárních degenerací. K přednostem testu řadíme skutečnost, že podstatným způsobem rozšiřuje samotné možnosti MMSE. Je zkonstruován tak, aby byl více senzitivní k amnestickému syndromu, izolovaným frontálním a lingvistickým deficitům. ACE-R má mnoho podobností s Kvantitativním testem mentálního stavu (QMSE – Quantitative Mental Status Examination, Mahler a kol., 1989), který se však nikdy výrazněji nerozšířil.

Oblasti posuzované ACE-R:

- Orientace a pozornost: 10 bodů orientace, položky z MMSE, 3 body za pamatování, 5 bodů pozornost a počty.

- Epizodická a sémantická paměť: celkem 35 bodů, zahrnuje vybavení tří slov po distraktoru, učení adrese ze sedmi informací během tří pokusů, vybavení sedmi elementů adresy po pěti minutách, vyjmenování čtyř obecně známých faktů, což zahrnuje retrogradní paměť.
- Verbální fluence: jmenování slov, tj. fonemická verbální fluence, jmenování slov z kategorie zvířata, tj. sémantická verbální fluence.
- Jazyk: celkem 28 bodů, jmenování 12 kreseb, porozumění třem jednoduchým instrukcím (dvě mluvené, jedna psaná), dva komplexní úkoly, jeden třístupňový příkaz, opakování slov a frází, čtení, psaní.
- Vizuoprostorové schopnosti: obkreslování překrývajících se pětiúhelníků a krychle, kreslení hodin s časem 5 hodin a 10 minut.

Čas potřebný k administraci je 15–20 minut. Cut-off skóre 88 bodů byl zvolen, protože jde o hodnotu, která je o dvě standardní odchylky od kontrolní skupiny. Test tak odhaluje 98 % pacientů s velmi mírnými příznaky demence (v porovnání s Klinickým posouzením demence CDR=1) a 100 % pacientů se středně těžkou a závažnější demencí. Při zvoleném cut-off skóre 83 bodů jsou výsledky ještě přesvědčivější, senzitivita je 82 % a specifická 96 %. Český převod je standardizován na naši populaci.

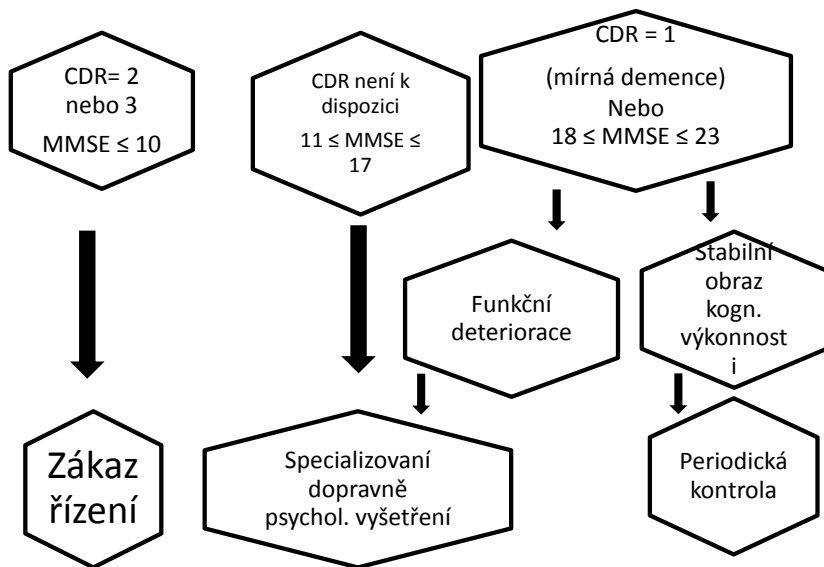
Určitou hranicí pro posuzování kognitivní výkonnosti je mírná kognitivní porucha (MCI). Jedná se o syndrom, který se vyznačuje postižením alespoň jedné složky kognice, nicméně u těchto pacientů ještě nedochází k ovlivnění běžných aktivit každodenního života (ADL) – nejedná se tedy o demenci. Prevalence MCI je uváděna od 3 do 19 % v populaci nad 65 let (Gauthier a kol., 2006). Kritéria MCI zahrnují (Petersen, 1999):

- subjektivní stížnosti na paměť,
- výsledky testů paměti mimo normu pro věk a vzdělání,
- celkový kognitivní výkon v rámci normy,
- normální aktivity běžného denního života (ADL),
- klinicky bez známek demence.

Mírná kognitivní porucha je někdy považována za hraniční stav mezi normálním stárnutím a demencí. Není však zákonitě dáno, že by každý pacient s MCI měl po čase dosáhnout stadia demence. Uváděný poměr dosažení demence (Alzheimerova typu) je 80 % do šesti let od stanovení MCI (Král a kol., 2013). Významnou úlohu při posouzení hraje neuropsychologická diagnostika.

Zaměření vyšetřovacích algoritmů má zohledňovat kardinální příznak, tj. poruchu paměti. Metodami neuropsychologického vyšetření pro jednotlivé kognitivní domény jsou:

- exekutivní funkce – Stroopův test, Wisconsinský test třídění karet, Test Hanojské věže, Test cesty (část B),
- pozornost – Test cesty, d2, využití přístrojových metod v DPV,
- paměť – Wechslerovy paměťové škály (WMS-III, WMS-IIIa), Paměťový test učení,
- inteligence – Wechslerova inteligenční škála (WAIS-III), Krátký test všeobecné inteligence (KAI),
- řeč – Testy verbální fluence, Bostonský test pojmenování.



Obr. 2 Hranice posuzování výkonnosti – využití metod „zlatého standardu“ pro posuzování demencí (CDR, ACE-R), doporučení Švédské asociace silniční dopravy; Lundberg, C., Johansson, K., Rizzo, M., et al. (1997). Dementia in driving: An attempt at consensus. *Alzheim Dis Assoc Disord* 11: 28–37.

Obdobně lze využít i specializované baterie pro posouzení demence, např. Škálu celkové deteriorace (GDS, Global Deterioration Scale, Reisberg,

1982). Uvedená metoda poprvé uvádí termín MCI. Výsledkem posouzení je sedmistupňová škála:

1. Žádné stížnosti
2. Subjektivní stížnosti na paměť
3. Izolované deficity (vybavování jmen a slov, prostorové obtíže, obtíže s novopamětí) – při dosažení uvedeného stupně je již nezbytné posouzení schopností řízení MV
4. Zřejmé deficity (porucha paměti, pozornosti, obtíže v běžném životě) – pokud jsou přítomny zřejmé deficity, pak je vyžadován zákaz řízení MV
5. Obtíže fungovat bez pomoci (dezorientace časem a místem)
6. Nutná pomoc při běžných aktivitách a sebeobsluze
7. Ztráta řečových schopností, volní motoriky, chůze

Problematiku demencí v rámci DPV lze shrnout tak, že jen část pacientů v mírném stadiu demence je schopna bezpečně řídit. Za zlomovou považujeme hranici mírného kognitivního deficitu a demence. Pokud již běžné klinické zhodnocení, základní rozhovor v DPV budí podezření na deficit v některé oblasti kognice, pak je na místě využít alespoň screeningové testové posouzení. Podrobná, standardizovaná a postupně aktualizovaná diagnostická kritéria demencí jsou vydávána Americkou psychiatrickou asociací a Národním institutem pro neurologické poruchy, poruchy komunikace a cévní mozkovou příhodu (CMP) a Asociací pro Alzheimerovu nemoc a související poruchy (NINCDS/ADRDA; McKhann a kol., 1994).

5 Neurodegenerativní onemocnění

Neurodegenerativní onemocnění tvoří zdánlivě heterogenní skupinu. Zahrnují specifická onemocnění, která i přes svou klinickou odlišnost mají některá společné vlastnosti, jako jsou patogenetické vlivy (apoptóza neuronů, tvorba abnormálních patologických bílkovinných agregátů, produkce mitochondriálních volných kyslíkových radikálů, postižení genomu aj.), které ve finále poškozují mozkovou tkáň.

5.1 Alzheimerova nemoc

Alzheimerova nemoc je atroficko-degenerativní onemocnění mozku, jehož průvodním znakem je postupný rozvoj demence. Tvoří asi 60 % všech demencí. Mozková tkáň se vyznačuje histologickými změnami (plaky, neurofibrilární klubka, úbytek neuronů). Nejvíce zasaženy bývají spánkové laloky a mediální

temporální struktury limbického systému (Braak a kol., 1991). V počátku onemocnění je redukován objem hippokampu. Průběh onemocnění je dlouhodobý a progresivní, průměrná délka trvání je 8 až 10 let. Při klinickém posouzení sledujeme také komplikace, jako jsou poruchy chování a nálady (deprese, podrážděnost, poruchy spánku). Porucha paměti, narušení symbolických funkcí, změny psychomotorického tempa či behaviorální změny mají být při klinickém posouzení dostatečným varovným signálem pro bezodkladné posouzení schopnosti řídit MV. Uvedené skutečnosti jsou závažné z důvodu ztráty náhledu pacienta na své potíže.

5.2 Parkinsonova nemoc

Parkinsonova nemoc je chronické progresivní onemocnění nervové soustavy, projevující se typickou poruchou hybnosti, tzv. extrapyramidovým hypokineticko-rigidním syndromem. Toto postižení vzniká na podkladě degenerativního zániku neuronů substantia nigra, čímž dochází k poruše nigrostriatálního dopaminergního přenosu (Ambler a kol., 2004). Etiologie nemoci není dosud přesně známa. Je to komplexní, multifaktoriální syndrom neznámé etiologie, přičemž environmentální a genetické faktory interagují zatím neznámým způsobem (Kollárová a kol., 2007).

Již v roce 1817 James Parkinson definoval parkinsonismus jako symptomový komplex různé kombinace šesti kardinálních příznaků: klidový tremor, rigidita, bradykinezie-hypokinezie, flekční postura těla, posturální instabilita a fenomén freezingu. Klinická manifestace je zjevná až po úbytku více než 60 % dopaminergních neuronů. Idiopatická Parkinsonova nemoc je nejčastější příčinou parkinsonismu. Po Alzheimerově demenci se jedná o druhé nejčastější neurodegenerativní onemocnění (Fahn a kol., 2010). Klinický obraz kromě kardinálních motorických příznaků charakterizuje i celá řada tzv. nonmotorických projevů. Patří sem osobnostní změny, emoční poruchy, poruchy exekutivních funkcí, poruchy spánku, autonomní dysfunkce, únava a senzorycké symptomy. Nonmotorické příznaky jako porucha čichu, abnormální chování v REM spánku, deprese a senzorycké symptomy (parestézie, bolest) často motorické příznaky i o několik let předcházejí (Bednařík a kol., 2010; Fahn a kol., 2010). Neuropsychiatrické poruchy obecně zahrnují sníženou pozornost, poruchu zrakově-prostorových schopností. Změny osobnosti zahrnují ztrátu spontaneity, rozvoj závislosti na druhých, nerozhodnost a pasivitu.

Přítomna je tzv. exekutivní porucha paměti, související s prefrontální dysfunkcí. Pacienti mají potíže s přepínáním pozornosti a udržením mentálního

nastavení, dále i při iniciaci odpovědi, při plánování strategií. Narušena je také adaptace na nové situace, při řízení MV pacient při kompenzaci motorického deficitu zvládá jen dobře známé dopravní situace, v nových není schopen se adekvátně adaptovat a orientovat. Celkově jsou pacienti kognitivně zpomaleni, mají obecně pokles produktivity. Pacienti s převahou bradykinézy a rigidity vykazují výraznější kognitivní deficit než pacienti s tremor dominantní formou nemoci, u kterých bývá obecně mírnější, nebo dokonce žádný.

Jedním z orientačních vodítek při klinickém posouzení stavu pacienta v preklinické nebo časně fázi Parkinsonovy nemoci je verbální fluence, jak spontánní, tak fonemická a kategoriální, jejíž snížený výkon je rizikovým ukazatelem pro rozvoj demence v pozdějších stádiích onemocnění. Pokles výkonu verbální fluence má přímou souvislost s hladinou dopaminu (Lezak a kol., 2004). Poruchy verbální fluence jsou považovány za jeden z ukazatelů exekutivní dysfunkce, kterou sledujeme běžně dostupnými psychodiagnostickými metodami (Wisconsinský test třídění karet, lowský herní test, Stroopův test, Test Londýnské věže, Test Hanojské věže aj.). Výzkumy přinášejí podrobný pohled na strukturu a tíži narušení exekutivních funkcí (Obereignerů, 2012).

Prohlubující se kognitivní deficit s sebou nese zvýšené riziko psychotických projevů a deliria, častý výskyt psychotických jevů souvisí s dopaminergní farmakoterapií. Psychotické projevy mají často paranoidní zabarvení, pocity ohrožení, sledování, okrádání druhými, přítomnost cizích osob v blízkosti pacienta mimo jeho zorné pole. Mohou mít jen přechodný charakter. Značná část pacientů vykazuje depresivní symptomatiku, je přítomna u 40–60 % pacientů (Cummings, 1992).

5.3 Vaskulární demence

Do skupiny vaskulárních demencí jsou řazeny poruchy, které splňují obecná kritéria pro demence a vznikají na základě cévního poškození mozku (onemocnění velkých i malých tepen, multiinfarktová etiologie). Vaskulární demence tvoří 15–20 % všech demencí (Král a kol., 2013). Na počátku bývá cévní mozková příhoda. Narušeny jsou kognitivní (symbolické a exekutivní) funkce související s lokalizací poškození. Průběh je často skokový, jedním ze znaků, patrným při administraci výkonových psychodiagnostických metod, je výrazné kolísání výkonu. Ke kognitivním deficitům patří poruchy paměťových funkcí, vážne výbavnost, specifickou problematiku tvoří afázie. Pro podrobný přehled odkazujeme na příslušnou literaturu (Obereignerů, 2013). Ke klinickému obrazu

dále patří emoční labilita (častá inkontinence emocí) a rozvoj deprese (25–79 %). V případě vaskulární demence je náhled poměrně dlouho zachován.

5.4 Roztroušená skleróza

Jedná se o chronické autoimunitní onemocnění CNS, kombinaci zánětlivého a neurodegenerativního procesu. Král a kol. (2013) uvádějí, že roztroušená skleróza mozkomíšní je po traumatech nejčastější příčinou invalidizace pacientů v mladém věku. Podstatou je tvorba mnohočetných zánětlivých demyelinizačních ložisek v typické lokalizaci na mozku i míše. Postupně však dochází k axonální ztrátě a k neurodegeneraci, která v pokročilejších stádiích nemoci dominuje, což je příčinou nárůstu neurologického deficitu, a k již zmiňované invalidizaci pacientů.

Onemocnění se vyznačuje měnlivým neurologickým deficitem v závislosti na formě onemocnění, které probíhá v atakách a remisích. Jedním z nejčastějších prvních projevů nemoci je zánět očního nervu (retrobulbární neuritida). Projevuje se subakutním rozvojem poruchy ostrosti vizu nebo i barvocitu, v doprovodu retrobulbární bolesti. Dalším možným očním projevem je dvojitě vidění (Král a kol., 2013). Vizuální agnózii se věnujeme v úvodu kapitoly. U pacientů s roztroušenou sklerózou mozkomíšní se vizuální poruchy objevují až v 65 % případů. Onemocnění s sebou nese pestrý obraz kognitivních a behaviorálních poruch, které se vyskytují ve 40–60 % případů. K primárním příznakům řadíme depresi (25 %) a bipolární afektivní poruchu, časté jsou změny nálad, podrážděnost, rozladěnost, ale také je možný výskyt euforie (Galeazzi, 2005). Panická porucha se vyskytuje v 10 %, obsedantně-kompulzivní porucha v 8,6 % a generalizovaná úzkostná porucha v 18,6 % případů. Deprese a úzkost jsou asociované s aktivitou nemoci (Sá, 2008). Základními neurologickými příznaky jsou poruchy motoriky (80–90 %). Samotná roztroušená skleróza není ve vyhlášce zmíněna, spadá však pod Přílohu 3, bod VI., odst. 2a vyhlášky č. 277 z roku 2004 ve znění pozdějších předpisů, která ji zařazuje pod neurologické poruchy spojené s nemocemi nebo chirurgickými zákroky, které ovlivňují centrální nebo periferní nervový systém a způsobují psychické, smyslové nebo motorické poruchy a mají vliv na rovnováhu a koordinaci.

6 Schizofrenie

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které může ovlivnit kognitivní funkce pacienta ve smyslu kognitivních deficitů. Negativně ovlivněny bývají zejména pozornost, paměť, exekutivní funkce, inteligence a řeč. Nejčastěji bývají

ohrožení pacienti s dlouhodobě nepříznivou odpovědí na léčbu nebo chronicky nemocní. Role kognitivních deficitů u schizofrenie je zkoumána řadou autorů (Neuchterlein a kol., 2010; Crow, 2010; Keefe a kol., 2006; Fuller a kol., 2002; Saykin a kol., 1994). Kognitivní postižení se u schizofrenních pacientů liší formou, závažností a průběhem onemocnění. Svou roli sehrávají také adaptační schopnosti pacienta v průběhu celého života. Nejvýraznější deficity nacházíme u pacientů s dlouhodobě nepříznivou odpovědí na léčbu a při chronickém průběhu onemocnění. Neexistuje specifický profil kognitivních funkcí, širše deficitů je variabilní od izolovaných až po globální poškození, která naplňují kritéria pro demenci.

Hodnocení kognitivních deficitů se opírá o výkon pacientů v příslušných neuropsychologických testech. Z definice kognitivních deficitů jsou vyjmuta taková narušení, která jsou v přímé souvislosti či jsou zapříčiněna psychotickými symptomy nebo psychofarmakologickou medikací. Změny v oblasti kognitivních funkcí se u pacientů se schizofrenií formují již v rámci premorbidního vývoje.

Kognitivní poruchy můžeme vyjádřit kvalitativně (dle specifických fenoménů vyskytujících se v rámci použitého testu) i kvantitativně, kde jsou výsledky srovnávány se statistickou normou. Obvykle mírnému poškození odpovídají výkony kolem $-0,5$ směrodatné odchylky (SD), středně těžkému poškození odpovídá rozmezí $-0,5$ až $-1,5$ SD a těžké poškození více jak $-1,5$ SD (Harvey a kol., 2009). Pacienti se schizofrenií vykazují v neurokognitivních testech pokles o 1,5 až 2 standardní odchylky oproti zdravým kontrolám (Keefe, 2008). Závažnost tohoto narušení je nejvyšší v doménách paměti, pozornosti, pracovní paměti, řešení problémů, rychlosti zpracování a sociálních kognicí (Neuchterlein a kol., 2004). Bohužel, i když v diagnostických manuálech DSM-IV-TR a MKN-10 jsou uvedeny odkazy na kognitivní narušení, žádné z diagnostických kritérií ani subtypů schizofrenie nezahrnuje požadavek zjištění kognitivní dysfunkce.

Bleulerem pozorované deficity v oblasti pozornosti a zpracování informací byly připisovány snížené schopnosti filtrace irelevantních stimulů. Původní teorie byla později rozšířena a doplněna tak, že pacienti se schizofrenií nejsou schopni vyloučit irelevantní stimuly ze smyslových orgánů, což způsobuje jejich utrpení (McGhie a kol., 1961). Přesycení informacemi ze smyslových orgánů vede k celkové fragmentaci kognitivních procesů a následně pak k poruchám myšlení. Základem pro deficity pozornosti a zpracování informací je porušení funkce okruhů frontálních laloků (kortikostriatální-palidotalamický, dorzolaterální prefrontální okruh, laterální orbitofrontální, mediofrontální) (Miller a kol., 2007).

Nezáleží však na tom, ve kterém místě k narušení okruhu dochází. U pacientů pozorujeme stejné deficity (Cummings a kol., 1992).

Mahurin a kol. (1998) studovali vztah exekutivních schopností a typů schizofrenie. Vycházeli z Liddlova faktorově analytického zpracování BPRS rozdělujícího pacienty se schizofrenií na tři skupiny podle převahy symptomů (s převahou psychomotorického útlumu, tj. pacienti stažení – zpomalení, syndrom dezorganizace, tj. s konceptuální dezorganizací, a syndrom zkeslení skutečnosti, tj. pacienti s výrazným narušením reality). Pacienti s převahou psychomotorického útlumu podávali nejslabší výsledky napříč všemi použitými testy exekutivních funkcí. K dalším exekutivním deficitům patří narušení abstrakce a schopnosti řešit problémy (Palmer a kol., in Grant a kol., 2009).

Schizofrenie je spolu s dalšími onemocněními daného nozologického okruhu vyhláškou č. 277/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, řazena v Příloze 3, bod VII, tj. duševní poruchy, které ovlivňují bezpečnost provozu na pozemních komunikacích a u kterých lze žadatele nebo řidiče uznat za zdravotně způsobilého k řízení motorového vozidla pouze na základě závěru odborného vyšetření. Do daného okruhu jsou vyjma schizofrenie dále řazeny schizotypní porucha, akutní a přechodné psychotické poruchy, schizoafektivní poruchy, trvalá duševní porucha s bludy, indukovaná porucha s bludy nebo jiné neorganické psychotické poruchy, a to v anamnéze.

Literatura

- Ambler, Z., Bednařík, J., & Růžička, E. (Eds.). (2004). *Klinická neurologie*. Praha: Triton.
- Bartoš, A., Raisová, M., Kopeček, M. (2011). Důvody a průběh novelizace české verze Addenbrookského kognitivního testu (ACE-CZ). *Cesk Slov Neurol N*, 74/107(6): e1–e5.
- Bednařík, J., Ambler, Z., Růžička, E., et al. (2010). *Klinická neurologie – část speciální I*. Praha: Triton.
- Braak, H., Braak, E. (1991). Neuropathological staging of Alzheimer's disease related changes. *Acta Neuropathol* 82: 239–259.
- Crow, T. J. (2010). The nuclear symptoms of schizophrenia reveal the four quadrant structure of language and its deictic frame. *Journal of Neurolinguistics*, 23: 1–9.
- Cummings, J. L., & Benson, F. D. (1992). *Dementia: A clinical approach* (2nd ed.). Boston: Butterworth-Heinemann.
- Cummings, J. L. (1992). Depression and Parkinson's disease: a review. *Am J Psychiatry*, 149(4): 443–54.

- Fahn, S., & Przedborski, S. (2010). Parkinsonism. In L. P. Rowland, T. A. Pedley (Eds.). *Merritt's Neurology*. 751–769. New York, New York, USA: Lippincott Williams and Wilkins.
- Farah, M. J. (1991). Patterns of co-occurrence among the associative agnosias: Implications for visual object representation. *Cognitive Neuropsychology*, 8, 1–19.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini Mental State": a practical method for gauging the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12, 189–198.
- Fuller, R., Nopoulos, P., Arndt, S., et al. (2002). Longitudinal assessment of premorbid cognitive functioning in patients with schizophrenia through examination of standardized scholastic test performance. *Am J Psychiatry*, 159: 1183–1189.
- Galeazzi, G., M., Ferrari, S., Giaroli, G., Mackinnon, A., Merelli, E., Motti, L., & Rigatelli, M. (2005). Psychiatric disorders and depression in multiple sclerosis outpatients: impact of disability and interferon beta therapy. *Neurol Sci*, 26:255–262. doi: 10.1007/s10072-005-0468-8.
- Gauthier, S., Reisberg, B., Zaudig, M., Petersen, R. C., Ritchie, K., Broich, K., Belleville, S., Brodaty, H., Bennett, D., Chertkow, H., Cummings, J. L., de Leon, M., Feldman, H., Ganguli, M., Hampel, H., Scheltens, P., Tierney, M., C., Whitehouse, P., Winblad, B., International Psychogeriatric Association Expert Conference on mild cognitive impairment (2006). Mild cognitive impairment. *Lancet*, 15;367(9518):1262–70.
- Gollin, E. S. (1960). Developmental studies of visual recognition of incomplete objects. *Perceptual and motor skills*, 11, 289–294.
- Harvey, P. D., & Keefe, R. S. E. (2009). Clinical neuropsychology of schizophrenia. In I. Grant, K. M. Adams. *Neuropsychological assessment of neuropsychiatric and neuromedical disorders*. Oxford: Oxford University Press, 507–522.
- Hendriksen, Ch., Meier, D., Klitzing, W., Krebs, M., Ermini-Funfschilling, D., & Stahelin, H. B. (1993). *Early Dementia and the clock drawing test*. Internal press. Memory clinic, Geriatric university clinic, Basel, Switzerland.
- Keefe, R. S. E. (2008). Should cognitive impairment be included in the diagnostic criteria for schizophrenia? *World Psychiatry*, 7: 22–28.
- Keefe, R. S. E., Perkins, D. O., Gu, H., et al. (2006). A longitudinal study of neurocognitive function in individuals at-risk for psychosis. *Schizophr Res*, 88: 26–35.
- Kollárová, K., Ressner, P., Kaňovský, P. (2007). Genetika Parkinsonovej choroby. *Neurol. pro praxi*, (8)6: 357–359.
- Král, M., Školoudík, D., Bártová, P., Bártková, A., Šaňák, D., Obereignerů, R., Veverka, T., Ressner, P. (2013). *Neurologie pro speciální pedagogy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., & Loring, D. W. (2004). *Neuropsychological Assessment* (4th ed.). Oxford: Oxford University Press.

- Lissauer, H. (1890). Ein fall von seelenblindheit nebst einem beitrage zur theorie derselben. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 21, 222–270.
- Mahurin, R. K., Velligan, D. I., & Miller, A. L. (1998). Executive-frontal lobe cognitive dysfunction in schizophrenia: A symptom subtype analysis. *Psychiatry Research*, 79: 139–149.
- McGhie, A., & Chapman, J. (1961). Disorders of attention and perception in early schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology*, 34: 103–116.
- McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D., Stadlan, E. M. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology* 34 (7): 939–44. doi:10.1212/wnl.34.7.939.
- Miller, B. L., & Cummings, J. L. (2007). *The human frontal lobes*. (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., & Hodges, J. R. (2006). The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. *Int J Geriatr Psychiatry*, 21, 1078–1085.
- Morris, J. C. (1993). The Clinical Dementia Rating (CDR): Current vision and scoring rules. *Neurology*, 43:2412–2414.
- Nuechterlein, K. H, Barch, D. M., Gold, J. M., et al. (2004). Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophr Res*, 72: 29–39.
- Nuechterlein, K. H., Green, M. F., Kern, R. S. (2010). Schizophrenia as a cognitive disorder: Recent approaches to identifying its core cognitive components to aid treatment development. In W. F Gattaz & G. Busatto (Eds.). *Advances in schizophrenia research 2009*. New York, NY, US: Springer Science and Business Media, 267–282.
- Obereignerů, R. (2013). *Afázie a přidružené poruchy symbolických funkcí*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Obereignerů, R., Obereignerů, K., Farníková, K., Dolejš, M., Vanáčová, L., & Kaňovský, P. (2012). An old legend Tower of Hanoi as a tool of the neuropsychological assessment in patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders*, 18S2, S81–S159.
- Palmer, B. W., Heaton, R. K. (2009). Executive dysfunction in schizophrenia. In I. Grant, K. M. Adams. *Neuropsychological Assessment of Neuropsychiatric and Neuromedical Disorders*. New York: Oxford University Press.
- Petersen, R., C., Smith, G., E., Waring, S., C., Ivnik, R., J., Tangalos, E., G., & Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol.*, 56(3):303–8.
- Raisová, M., Kopeček, M., Řípková, D., & Bartoš, A. (2011). Addenbrookský kognitivní test a jeho možnosti použití v lékařské praxi. *Psychiatrie*, 15(3):145–150.

- Reisberg, B., Ferris, S., H., Leon, M., J., et al. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139:1136–1139.
- Sá, M. J. (2008). Psychological aspects of multiple sclerosis. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 110:868–877. doi: 10.1016/j.clineuro.2007.10.001.
- Saykin, A. J., Shtasel, D. L., Gur, R. E., et al. (1994). Neuropsychological deficits in neuroleptic naive patients with first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 5: 124–131.
- Warrington, E. K., & James, M. (1991). *The Visual Object and Space Perception Battery*. Bury St. Edmunds, Suffolk, England: Thames Valley Test Company.



VII / Etické a právní otázky DPV

Michal Walter, Lenka Šrámková

Úvod

Stejně jako ostatních částí dopravněpsychologického vyšetření i části rozhovoru, pozorování a anamnézy se týkají základní etické principy. Jak bylo rozvinuto v předchozích kapitolách, rozhovor je diagnostickou metodou, na základě níž dopravní psycholog při vyšetření tvoří svůj úsudek. Oproti jiným (testovým) diagnostickým metodám má řadu výhod, ale i omezení. Jedna z věcí, na kterou by se mělo určitě předem pomýšlet, je výpovědní hodnota závěrů z rozhovoru vyplývajících.

Aby byla výpovědní hodnota klinických metod podložena, je nezbytné pořídit si jejich záznam – audio- či videonahrávku nebo alespoň zápis. Pokud je v rámci vyšetření prováděn jakýkoliv záznam, je nutné myslet na etické a také právní otázky tohoto aktu.

V této kapitole bude nastíněn obecný etický rámec provádění rozhovoru v rámci dopravněpsychologického vyšetření s důrazem na pořizování záznamu z rozhovoru a ochranu osobních dat. Dále budou popsány praktické zkušenosti a doporučení a na závěr bude diskutováno znění písemného informovaného souhlasu s pořízením nahrávky rozhovoru.

1 Etické principy

Dopravněpsychologické vyšetření je posouzením psychické způsobilosti konkrétního řidiče k řízení motorového vozidla příslušné skupiny/skupin.

Jedná se o specifickou odbornou aktivitu, při které psycholog použitím pestré škály psychodiagnostických metod (strukturovaný rozhovor, anamnestický dotazník, pozorování, standardizované metody – výkonové testy, osobnostní dotazníky, případně další) ověřuje míru psychické způsobilosti konkrétního řidiče.

Dopravní psycholog je odborníkem, který by měl při své práci respektovat zásady etického chování, jež jsou zakotveny v Etickém kodexu Českomoravské psychologické společnosti. Tento kodex vychází z Etického kodexu EFPA – Meta-Code of Ethics (European Federation of Psychologists' Associations) přijatého Valným shromážděním EFPA v roce 1995 v Granadě.

Etický kodex ČMPS je závazný pro všechny členy ČMPS, je však doporučenou normou pro všechny psychology. Jeho vymahatelnost je v praxi problematická, ale dodržování zásad etického chování by mělo být pro každého psychologa standardem.

Problematika etického chování psychologů je intenzivně diskutována jak v evropském prostředí (v rámci EFPA), tak v podmínkách České republiky (Unie psychologických asociací České republiky).

Součástí podmínek udělení Evropského certifikátu Europsycholog je podpis žadatele pod Etický metakodex EFPA.

V budoucnosti se jeví vhodným řešením schválení zákona o psychologické činnosti a zákona o psychologické komoře České republiky, kde bude etická problematika zařazena včetně potenciálních sankcí za porušování etických zásad.

2 Ochrana osobních údajů řidičů/klientů, kteří se podrobují dopravněpsychologickému vyšetření

Každý dopravní psycholog by si měl podrobně prostudovat zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (účinné znění).

Pokud zpracovává osobní nebo citlivé údaje (nakládá s nimi – viz § 4), má za povinnost registrovat se v databázi Úřadu na ochranu osobních údajů. Registraci je možno provést on-line vyplněním formuláře na stránkách úřadu www.uoou.cz.

§ 4

Vymezení pojmů

Pro účely tohoto zákona se rozumí

- a) osobním údajem jakákoliv informace týkající se určeného nebo určitelného subjektu údajů. Subjekt údajů se považuje za určený nebo určitelný, jestliže lze subjekt údajů přímo či nepřímo identifikovat zejména na základě čísla, kódu nebo jednoho či více prvků, specifických pro jeho fyzickou, fyziologickou, psychickou, ekonomickou, kulturní nebo sociální identitu,
- b) citlivým údajem osobní údaj vypovídající o národnostním, rasovém nebo etnickém původu, politických postojích, členství v odborových organizacích, náboženství a filozofickém přesvědčení, odsouzení za trestný čin, zdravotním stavu a sexuálním životě subjektu údajů a genetický údaj subjektu údajů; citlivým údajem je také biometrický údaj, který umožňuje přímou identifikaci nebo autentizaci subjektu údajů.

Návrh znění informovaného souhlasu s nahrávkou rozhovoru

Znění informovaného souhlasu by měl formulovat právník společně s psychologem tak, aby vždy přímo seděl přesně na oblasti, které psycholog potřebuje. Veskrze lze informovaný souhlas formulovat dvěma způsoby.

Tzv. smluvní souhlas nese charakteristiky právní smlouvy a je ve správném znění nenapadnutelný. Tato verze musí obsahovat celé jméno, datum narození a bydliště obou smluvních stran (klienta i psychologa) a musí být explicitně stanoveno, že klient souhlasí s nahrávkou/zápisem, jejich archivací a využitím v plném rozsahu.

Mnohdy může být složitě od klienta tento souhlas získat, proto je možné přistoupit na klasickou verzi informovaného souhlasu, který už nenese charakteristiky smlouvy, ale je jen formou výslovného souhlasu s činností, v tomto případě se záznamem rozhovoru. Mezi klady této verze patří bezesporu častější

přijetí klientem, mezi záporny pak možná napadnutelnost, např. v případě soudního sporu. I do „klasické“ verze informovaného souhlasu je vždy vhodné vepsat co nejvíce údajů o pacientovi, aby na jejich základě byl určitě identifikovatelný, protože právě v identifikovatelnosti spočívá právní (ne)napadnutelnost.

Alibi psychologovi zajišťuje i otázka na souhlas přímo v nahrávce, jinými slovy, doporučuje se zeptat se pacienta na jeho souhlas, tedy na to, co podepisoval, přímo do nahrávky.

Příklad smluvní verze informovaného souhlasu:

SOUHLAS S POUŽITÍM OBSAHU ROZHOVORU

Já, níže podepsaný/ý _____ (*jméno klienta, jeho datum narození a trvalé bydliště*) tímto výslovně prohlašuji, že souhlasím s tím, aby obsah rozhovoru, který dnešního dne poskytuji _____ (*jméno dopravního psychologa, jeho datum narození a trvalé bydliště*) za účelem dopravněpsychologického vyšetření byl použit pro toto vyšetření, archivován a spravován v plném rozsahu.

V _____ (*město*) dne _____ (*datum*)
 _____ (*podpis klienta*) _____ (*podpis psychologa*)

Tento spis je sepsán ve 2 vyhotoveních po jednom pro každou ze stran.

Příklad klasické verze informovaného souhlasu:

SOUHLAS S POUŽITÍM OBSAHU ROZHOVORU

Já, níže podepsaný/ý _____ (*jméno klienta*) tímto výslovně prohlašuji, že souhlasím s tím, aby obsah rozhovoru, který dnešního dne poskytuji _____ (*jméno dopravního psychologa*) za účelem dopravněpsychologického vyšetření byl použit pro toto vyšetření, archivován a spravován v plném rozsahu.

V _____ (*město*) dne _____ (*datum*)
 _____ (*podpis klienta*)

Pokud je dopravní psycholog zároveň lektorem dopravní psychologie, např. v postgraduálním kurzu, či na základě své činnosti závěry z praxe aktivně publikuje, doporučuje se informovaný souhlas rozšířit o některé věty a slovní spojení. Např.:

- „...pro účely dopravněpsychologického vyšetření, ale též pro jiné vědecké činnosti jako konference a odborné publikace.“

- „Beru na vědomí, že s obsahem mé nahrávky budou seznámeni též jiné osoby z vědeckého kolektivu _____ (název instituce, kde dopravní psycholog publikuje), které jsou rovněž oprávněny informace obsažené v nahrávce/zápisu použít pro svou vědeckou a odbornou činnost.“

Ve zkratce řečeno, v souhlasu by mělo být předem explicitně určeno vše, co se s nahrávkou/zápisem bude v budoucnosti dít.

Shrnutí

V rámci dopravněpsychologického vyšetření musí psycholog pamatovat na základní etické principy, které jsou společné veškerému psychologickému vyšetřování. Patří mezi ně především kompetence k výkonu profese, respekt k právům klienta a společnosti, profesní a osobní zodpovědnost, relevantnost pokládaných otázek, možnost klienta dotazovat se a diskutovat, archivace získaných údajů, právo klienta na sdělení výsledku aj.

Co se týká samotného testování, pořízuje-li dopravní psycholog jakýkoliv záznam vyšetření, např. klinických metod, je nutné mít k tomuto záznamu předem souhlas klienta ve formě informovaného souhlasu, nejlépe formulovaného právníkem.

Protože záznam z vyšetření obsahuje osobní a citlivé informace, musí při archivaci psycholog dbát na to, aby jednal dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (účinné znění).

Další zdroje informací:

Evropský metakodex etiky a Carta Ethica

Zdroj: <http://psych.upol.cz/wp-content/uploads/2013/08/ekefpa951.pdf>

Ethical Principles of Psychologists and code of conduct

Zdroj: <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>

The Universal Declaration of Ethical Principles for Psychologists

Zdroj: <http://www.sagepub.com/cac6study/pdf/UniversalDeclaration.pdf>

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

Weiss, P. (Ed.). (2011). *Etické otázky v psychologii*. Praha: Portál.

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů

www.efpa.eu

www.upacr.cz

www.europsy.cz

<http://cmps.ecn.cz/?page=onas>

**An interview, observation
and case history
of the Psychological Assessment
of Fitness to Drive**

Preface

An interview, observation and case history of the Psychological Assessment of Fitness to Drive

Respective to §87 law 361/2000 Coll, some groups of drivers have a legal-provided duty to undergo a Psychological Assessment of Fitness to Drive (PAFTD). It is also prescribed by law, who is entitled to carry out such assessment. However, current laws do not prescribe what has to be included in such assessment, what methods are appropriate or the amount of time dedicated to the assessment. Even though in the Czech Republic, as well as in international topical literature, there is an increasing trend to dedicate more space to the traffic psychological diagnostics, this space is almost exclusively concerning with test methods. Though, the exploration also constitutes a vital component of Psychological Assessment of Fitness to Drive (PAFTD). This includes such methods as; interview, observation and case history. This publication is specifically concerned with providing an exploration of the framework of psychological diagnostics and from this a focus on the questioning used during a Psychological Assessment of Fitness to Drive (PAFTD).

The introduction, presents the methods of exploration and their application, which in turn support an agreed set principles, particularly the Psychological Assessment of Fitness to Drive. In the subsequent sections we further describe the application of exploration, especially interviews, and procedures used in the implementation of the Psychological Assessment of Fitness to Drive. In the course of preparing and publishing this monograph we carried out an investigation which involved interviews with 15 traffic psychologists who responded to questions on their use of exploration. The outcome of this research is described in Chapter 4. The subsequent sections discuss relationships detected or assessed in the framework of Psychological Assessment of Fitness to Drive and that of traffic behaviour (or traffic safety, respectively). Our conclusions are focused on the ethical and legal aspects of this issue. The exact wording used to construct the informed consent for the recorded interview, is also an important part of this monograph.

The authors of the monograph would wish to acknowledge and show their appreciation to the participants' who willingly contributed to this research,

which dealt with their implementation of the Psychological Assessment of Fitness to Drive (PAFTD), parts of which are presented in this book.

Lenka Šrámková, Matúš Šucha
Olomouc 2015

Author's note: In this book we use the terms "anamnestic questionnaire" and "anamnestic data". They refer to a specific questionnaire and the data from the questionnaire, where drivers answer questions about their history ("case history"), about how they drive ("self-reported behaviour") or about how they have been driving, what sort of journey they take, what offences they have committed etc. (so called "demographics").



I / Exploration in the Framework of Psychological Diagnostics

Radko Obereignerů

Introduction

Exploration is, on a general level, regarded as the best combination of psychological tools for psychological diagnostics. When we examine our research, the term “clinical” may sound somewhat misleading in the sense that when conducting the Psychological Assessment of Fitness to Drive, we never approach a patient in a clinical bed or in a clinical environment. Because of its effectiveness and output, exploration remains the main tool of interpersonal contact with others, be it a patient, a job applicant, or a driver. The nature of division of clinical exploration is mostly didactic. In terms of time, the methods of exploration are applied concurrently and inseparably from each other. The character of the acquired information retains its unity based on the levels and the methods

used (sensational, semantic) and therefore the skills involved are sometimes compared to art (e.g. art of leading an interview or conversation). The training in clinical approach is frequently a matter of experience gradually acquired under expert supervision. The observed phenomena or information gained in an interview always forms part of a broader context. The supervision-based leadership is, or at least should be, an inseparable part of all fields of applied psychology, including the area of traffic psychological assessments.

1 Definition of Exploration

Ježek and coll. (2006, p. 6–7) define a clinical interview as “a specific variety of interview with standardised goals (e.g. to prove or disprove a diagnosis) but with a partly standardised procedure. Its goal is not to acquire a respondent’s answer, but rather, responding with a definite level of certainty to a question concerning the respondent (e.g. in clinical, forensic context). The initial goal and questions repertoire are given, however, the choice of strategy depends on the expert judgment of the interviewer. The interview may branch into unrelated areas, and it is doubtful the respondent will have understood everything, since inconsistent answers (from the interviewer’s goal perspective) do occur.

We can refer to a direct definition by Keats (2001, p. 1) stating that “an interview is a controlled situation where one person, the interviewer, presents a series of questions to another person, the respondent.”

Thirdly, the clinical interview can be defined as “an interaction between at least two people”.

Every participant contributes to the process and at the same time influences other people. What remains undefined is the process itself. Everyday conversations are also a sort of interaction, but an interview transcends its frame.”(Trull, Phares, 2001)

A clinical interview is based on a professional relationship between the questioner (psychologist) and the respondent (client). The client has to be motivated at least to the level to want to take part in the interview with a psychologist. Last but not least, the client-psychologist cooperation should lead to a result, in this case to an objective traffic-psychological assessment, whose wording is not predetermined. What is also important is the question of ethics, e.g. who is the contractor of the PAFTD, who reimburses the cost of assessment etc. Defining high standards of a PAFTD is a prerequisite for averting possible repeated with different results.

2 History of Exploration

From the perspective of psychological diagnostics and its historical context and in our search for a unifying meaning of an interview, we can find the use of an interview as a pursuit of understanding human personality. In a medical context, the primary function of an interview was the pursuit of understanding medical symptoms and trying to gain an idea of both their unity and specific differences. The endeavour to understand human personality can be traced back to its roots in ancient Greece, which are connected with the pursuit of describing and understanding the mutuality of psychical and physical sides of life.

3 Exploration in Psychology

The use of exploration has a connection to all theoretical movements developed to date. The differences reside in the amount of directivity applied when using methods of exploration, (primarily the interview) and in features of their mutual relationship; regarding the use of information gained during the interview and observation.

The non-directive approach is based on listening to and reception of the patients. Its origins can be found in psychoanalysis and in almost every movement owing to this initial discipline. Including, the approaches of Karen Horney, Aaron Beck, Albert Ellis, Frederick Perls, Carl Rogers, Nancy Chodorow and others. Current discourse is erasing the differences within the scope of individual movements, or, if you like, represents mutual integration of many diagnostic and therapeutic elements across the theoretical movements. However, working with these is not always the same, as new possibilities of diagnostic and therapeutic techniques are often “discovered” within the framework of different movements of this science.

4 Interview as an Essential Element of Diagnostic Systems

In the field of psycho-diagnostic methods there is a clear prevailing tendency to work with methods that are preceded with strong theoretical conception, have proper psychometric parameters and, last but not least, are in accord with the current evidence-based medicine. As a result, there is a long-term attempt by the World Health Organization (WHO) and of the American National Health Institute (NIH) to develop and standardize test and clinical tools. The interview, serves to ascertain the current health state of an individual in the presence of elements of psychopathology, which is not a loosely-defined discipline with

a vague set of rules. The general level of rules based on the most frequent generic division of interviews according to the level of structure but not delimiting some unambiguous criteria for evaluating the diagnostic results, this level is insufficient in meeting the requirements set by modern diagnostics.

The area of psychopathology has seen a clear inclination towards methodological exactness, resulting in interviewing methods that are directly linked to globally used classification systems such as; International Classification (ICD) and Diagnostics and Statistics Manual (DSM). This was perceived as a pivotal time as we nearer the end of the 20th century, when pioneering manuals for classification of mental illnesses were published. The first official classification system, we could mention is the 1893 "Classification of Causes of Death" by Jacques Bertillon. This document is regarded as the very first version of the International Classification of Diseases. Bertillon remained for two decades, until his death, the chairman of Commission for Decennial Revision of Classification of Mental Illnesses. Until then, the practiced routine was for doctors to assemble their own classifications without regard to or inclusion of the interview method as a diagnostic tool. The increasing importance of an interview in diagnostics could be attributed to the development of the psychoanalysis movement and to the work of its leading representatives (i.e. S. Freud, C. G. Jung, S. Ferenczi). For these scientists, the interview was not only a diagnostic tool, therefore and an approach to classification a mental disorder, but also a method of treatment³. For a number of psychiatrists it was difficult to accept or to be tied to those rigidly set rules of classification. Besides, these rules appeared right after the 5th revision of the ICD, which for the first time featured a section dedicated to mental illnesses.

The ongoing endeavours to operationalise and standardise the assessment approach are connected to corresponding movements of psychology. Regarding the perspective of psychodynamics, it is a discipline whose representatives were able to accurately elaborate on the methods of standardised interview into proper details. This interview was aiming at providing diagnosis and simultaneously able to capture a wider context of development and maintenance of mental instability in individuals. In a historical context we could mention the following works: "Psychiatric Review" (Sullivan, 1970), "Introductory Interview in Psychiatric Practice"; "The Initial Review in Psychiatric Practice (Gill, Newman, Redlich, 1954), "The Psychoanalytic Initial Interview", (Argelander, 1966). Czech

³ Popularly adapted by Kerr, J. (1999). *A Most Dangerous Method*. Praha: Prostor.

resources would include: “Úvodní rozhovor v psychoanalýze a psychodynamické psychoterapii” (Introductory Interview in Psychoanalysis and Psychodynamic Therapy, by Holub, Telerovský, 2013). In psychological diagnostics, similar worth is attributed to structured interviews, which mirror or match the diagnostic problems as in “Strukturovaný diagnostický rozhovor DSM-IV” (Structured Diagnostic Interview) (First and coll., 1996) or “Mezinárodní rozhovor pro poruchy osobnosti” (International Interview for Personality Disorders) (Loranger, 1999).

The sophisticated structure of methods used in clinical psychodiagnostics frequently reaches the level where postgraduate or postdoctoral education is required. The interview itself can be half-structured in nature, whereas the following evaluation and search for categorisation topics is an important part of psychological work, often encompassing the contextualization of information and displayed behaviour and its exploration in an accurately defined theoretical framework. The traffic-psychological diagnostics, in its clinical part, can theoretically adopt an entire series of elements commonly found in given methods. These may entail extended evaluation of the functional state of the individual, assessment of their inner conflicts, assessing of their cognitive abilities of self-perception and perceiving others, assessing the ability of self-regulation and regulation of object relationships, evaluation of emotional skills and of the ability to relate to both internal and external objects. Nevertheless, the integration of diagnostic systems also requires detailed verification of the use-ability of individual elements. Extending the standard procedure of the PAFTD is on one hand an interesting alternative, but on the other, would also mean extreme prolongation of PAFTD time.

5 Prerequisites for Conducting a Clinical Interview

Based on the work of Sommers-Flanagan and coll. (2003), we can delimit and amend four expert prerequisites that are appropriate for helping to adequately conduct the clinical interview:

1. Mastering the techniques of the clinical interview. This prerequisite entails sufficient knowledge of a wide spectrum of reactions, suitable for asserting influence over a client. Typically, it is having knowledge of, and the use of various types of questions and an awareness of typical clients' reactions. Next, in terms of importance, is having knowledge of the use of direct or even directive questioning, as distinguished from the situation of a clinical interview which requires the opposite – an approach of

great openness and no directivity. There is also a necessity for some basic knowledge alongside an identified skills level for conducting interviews, and in matching the required ethical and professional standards.

2. The second prerequisite is self-experience. It entails knowledge on how we influence others in an interview and also how others influence us. This represents an awareness of one's own nonverbal communication as well as one's own increased or reduced reactivity to a patient's nonverbal communication. Nonverbal communication includes; bodily signals, voice, eye contact, and the proximity between the therapist and client. A necessary trait is also being able and willing to change oneself based on experience, together with the ability and a determination to learn and develop. Only in this way can the failures and repeated mistakes can be remedied. Last but not least, we should note the significance of one's own professional, socioeconomic and cultural standing that underpin our personality. Such awareness allows us to perceive others and their differences in terms of culture, class and gender, as all may influence or hamper effective communication with client (Essandoh, 1996; Vontress et al., 1999).
3. A clinical interview not only requires interconnection with other methods such as observation but also ability of perception and empathy. We do not regard it just as our ability to empathise, but also the wider skills of distinguishing oneself and others, predicting their reactions and conduct, and having an awareness of mutual bilateral influence, i.e. our ability to influence the patient and the patient to influence us. These are structured procedures for examining the succession of a client's mental state. In clinical psychology, this entails assessing suicidal tendencies and thoughts, assessment of mental state and a self-reflection of self-awareness of illnesses with symptoms of declining cognitive abilities.
4. The fourth prerequisites for successful implementation of exploration, is ensuring you have a varied practice and that you are gathering the required information also that you have experience of disciplines bordering applied psychology. However, we may perceive the experience of conducting interviews within the framework of different categories of psychology as inappropriate, as the approach differs in areas of clinical practice, personnel management, and last but not least, it possesses certain specifics for leading interviews in the PAFTD. Interviewing face to

face with the client, should be seen as an integral part of postgraduate and postdoctoral training. It reduces the number of errors in leading interviews; it also lowers the psychologist's doubts and at the same time increases their competency and areas of expertise.

6 The Limitations of Exploration in PAFTD

The success of exploration in many cases increases proportionately to the contact with the proband. Not only from a time perspective, but also its qualitative aspect should be taken into account. As to the environment of clinical psychology, exploration is best used by inpatients, who can be observed over a sufficient period of time, in different situations starting with their behaviour in ordinary daily routine of the department, secondly observing some of the community activities and finishing with specific situations of group or individual psychotherapeutic sessions. However, the PAFTD does not enable a broad assessment of this field. It is usually limited to non-recurring individual or group meeting.

In accordance with the legislative demands put on these, the increase in number of assessments executed is inevitable, and this fact goes hand in hand with the ever-increasing chance of repeating an assessment of the same client, which in an ideal world should happen at the same traffic-psychology workplace as the assessment of test methods bands of the same specification. Repeated assessments induce significant increases in the value of each of the PAFTD's components. However, demands on uniformity of exploration are greatly increased. Therefore further attention has to be paid to the corresponding output and to records of exploration. The recording has to include relevant information on the eligible areas within the framework of both the observation and interviews. Simply said, exploration is far more liable to personal preferences and to descriptive language. A suitable solution would be to confirm the amalgamation of the assessment scheme, e.g. with structured interviews, interview sheets etc.

7 Suitable Skills for Conducting Interviews and Observations

A number of skills can be applied within the framework of exploration, if well chosen, they can be beneficial to the discovery and understanding of behaviour patterns and what really motivates the clients. A series of skills are commonly applied with regard to possibly subsequent psychotherapeutic work with a client. The PAFTD is principally limited to a diagnostic activity; only in special cases can it lead to subsequent psychotherapeutic care.

Focused Behaviour

This term signifies the use of both verbal and nonverbal behavior, which allows the client to discern that they are fully listened to and that we seek to understand their message. Our interest allows us to approach the client with confidence and openness and to initiate a conversation on areas relevant to the assessment. The verbal element of focused behaviour can, in its minimalistic form, be limited to nodding (so-called technique of simple acceptance) or perhaps can involve a reflection and summarisation of the information spoken by a client.

Non-verbal elements of focused behaviour are represented by things such as is the eye-contact, client-therapist body orientation, posture, facial expression, use of breaks in dialogues and also the examiner's overall appearance (visage, clothing). Much of nonverbal information is also stored in autonomous physical reactions (perspiration, breathing frequency, blushing). Client always reacts to nonverbal manifestations, which is why these can be used for securing the trust of clients and building mutual relationships. Within the framework of the PAFTD, basic priorities do not involve building a relationship or working community to such an extent as the subsequent psychotherapeutic work requires. Interviews conducted with clients entering the psychotherapeutic process are principally focused on the relationship itself, rather than on the acquisition of data. We imply that the functions of the interview are diametrically opposed to these.

If the verbal and nonverbal manifestations disagree, then the clients tend to rely more on nonverbal ones. In cases of boredom, fatigue or a mechanical approach from the psychologist's side, the client examined in the PAFTD will feel rejection and helplessness, which in general might affect their motivation to complete the output tests.

Nonverbal focused behaviour has a culture and ethnological background of its own. With regard to local conditions, we do not expect a wide spectrum of examined clients (drivers) in terms of their ethnic groups.

The interaction will use elements of nonverbally focused behaviour typical of "Western European" culture. The use of eye contact is one of the examples of such behaviour. Eye contact performs different semantic functions across cultures. In American as well as early European society; direct eye contact was a sign of active perception, maintaining contact with others and a respecting of them. However, in other cultures but also within some European ethnic groups, direct eye contact is perceived as a sign of aggression. The differences in nonverbal

signals can easily create a barrier to understanding one's counterpart, a barrier hampering mutual communication. It is not within the scope of this monograph to address intercultural differences and that is why we refer simply to the broad field of cultural anthropology. In addition, within the scope of the PAFTD, we expect the listed cultural and ethnological communication differences to be peripheral.

Non-verbal signals can be used when in communication with clients who were treated psycho-therapeutically, and by patients within the broad scale of psychopathology areas. Even then, client misgivings may occur, as the client may label any chosen element as undesirable or disagreeable. We can illustrate this issue with real cases: a client with paranoid syndrome interpreted the therapist's maintaining appropriate eye contact as being stared at, or a female patient who, after a car accident causing extensive damage to her frontal and temporal areas (of her brain), found a therapist's voice unpleasant. On the other hand, the examining psychologist can perceive some nonverbal signals as unpleasant. In any given case we can assume some elementary skills of leading interviews and managing contacts with client. An example would be to serve the reactivity of clients with markedly structured personality, in many cases near to a personality disorder, often or are likely to go undiagnosed.

A specific type of disorder could be represented by dissocial personalities, often with substandard intellectual abilities. For number of these, driving a motor vehicle and experiencing re-occurring situations that are interwoven with aggression-starting stimuli to such extent that they trigger reactions leading to both petty and gross violation of traffic regulations. If we return to nonverbal signals, then we could conclude that when approaching personalities with such a disposition, is at the very least, especially at a nonverbal level, bound to prove non-cooperation. In examining a typical, normal conversation between two people, we will observe mutual mirroring of nonverbal signs. The mirroring technique facilitates a clearer understanding of the counterpart. The process mentioned takes place at a subconscious level. A psychological interview is however a skillful procedure that is often practiced beforehand with the use of video-monitoring and supervision. Conscious mirroring is a focused technique, which serves to deepen empathy, however, by using it we run the risk of crossing the fine line where our actions are perceived as derision. Therefore, it is important to find an optimal position for each client, and as way of modifying our own nonverbal behaviour. In the case of the PAFTD, only those manifestations

of nonverbal communication regarded as significant, have the possibility of influencing an examiner's performance or good standing in their client's eyes.

Let us read an extract from a therapeutic interview:

Psychologist: (in neutral manner) What have you been given penalty points for?

Client: "Lot of different stuff, you know, a had some bad luck with the cops..."
(Little smile at the end of the sentence).

Psychologist: (repays smile) "Which means...?"

Client: (relaxing his posture) "Mostly little things, I've been fined for speeding three times or so, than for bad parking..."

Psychologist (nodding, smiling at the list of some of the offenses)

Client: (continues in word-painting the list of offenses, partly thanks to non-verbal support)

A higher degree of nonverbal mirroring allows clients to set aside their self-censorship character for a formal interview. The client is often unable to recognise how much his nonverbal behaviour reveals. Nonverbal signals (signs) do accompany a client's thoughts and feelings and only a few can control them, so these signs do not reveal the true nature of clients' ideas that have already been "cognitively labeled".

Interview Questions

Asking questions is apparently the most influential interview technique. This is achieved not only by the question itself, but also the nature of the question. We define and make use of 3 types of questions: open, closed and projective.

Open Questions

These questions are indirect requests to a client to provide more complex answers; they give them some freedom in phrasing the answer and in some cases include; complementary information, which could greatly enrich the answers. The client is given an opportunity to fully consider their answer and to elaborate if necessary, therefore providing a broader perspective. A higher degree of self-censorship may be one of its disadvantages. Open questions provide the foundation for psychological interviews and it is thanks to them, the interviews maintain a reasonable order and help prevent it bordering on an "interrogation" as would be the case of exclusive use closed questions. Open-ended questions are useful where the examiner collects specific pieces

of information and assembles a wider picture of the client. Unfortunately, these questions are not as useful when the examiner needs information that is focused more on the details, more in-depth. The aforementioned versions of structured and semi-structured diagnostic interviews are a combination of open and closed questions. Open-ended questions however, are selected because of their relevance – we often use psychometrically validated information that is obtained by asking an open question.

Examples of open-ended questions may be following findings dealing with alcohol abuse: “Could you tell me, what role alcohol plays in your life?” This type of question gives the client more options on how to respond. If the client’s response is vague, for example; “I just drink occasionally at weekends to relax a little.” In this case, you can use a more direct but still open question: “How about the alcohol at the weekends? What happened last Saturday that you needed alcohol to relax?” In all of these examples, it is obvious that we can use two types of open-ended questions, some with broad wording (“What can you tell me about your life?”), The second more direct (“Could you tell me, what you did last Saturday?”).

Closed questions

This type of questions is directly targeted to particular data, mostly on so called hard data (i.e. age, education, sex). Closed questions allow minimal space only for a spontaneous verbal description. Often, answers to those questions are just declaring agreement or disagreement. This is the type of question used primarily for obtaining specific information. For example, if a client says, what is their relationship to alcohol use, at some point you need to determine how much alcohol they indulge in, by asking the question; “Tell me, how much beer/wine you had last Saturday?” The question helps to specify exactly how much alcohol the client consumes on certain occasions. Objectivity of the information provided, of course, cannot be ensured. Closed questions are suitable for clients whose narrative style is too detailed or excursive: “On Saturday I ate a duck with dumplings and cabbage, that was some portion, it was delicious. Then I took a short rest, I lay down on couch in front of the TV and I watched the auto-moto-revue.” Follow-up question: “How much alcohol did you drink while watching the auto-moto-revue?” The question focuses not on the drinking itself, but on its quantity when accompanying a specific activity. Reported semantic differences are relatively small, yet a consistent and sophisticated

choice of questions may help us obtain better information and outcomes over the entirety of the interview.

Projective Questions

These could be determined as a specific type of questions, which allow the client to identify, formulate, explore and clarify vague conflicts, values, thoughts and feelings. These questions urge the client to speculate and therefore explain possible hidden feelings to specific type of behaviour. In the field of Traffic Psychology, projective questions are mostly concerned with detecting possible impetuous, aggressive or asocial forms of behaviour.

Commentary on the Process

This is another way of information gathering. Commented process can focus a client's attention on significant ideas or feelings that may have appeared during the interview and, which would be suitable for further analysis. Commented process serves to acquire a more complex picture of the case. This technique is used in situations in which, the client's narrative seems to be in contrast with their nonverbal communication or observed emotions. We often comment on the manifestations of emotions which are observable, but which are not integrated with their verbal communication, or where multiple emotions are expressed, possibly being of an ambivalent nature. Commentaries on the processes are more of a reflection on the phenomena observed than an example of empathic commentary. Empathic commentaries are often used during therapeutic interviews.

Recapping

Another term used would be summarisation. This technique is used typically for summing up, with emphasis on building a mutual understanding, allowing the client to clarify possible misunderstandings that arising from the interviews. Summarising of sub-segments of the interview may encourage the maintenance of contact or, more specifically, the rapport. However, summarisation does not represent only mere reiteration of the client's positions, which, if used in the interview, might appear rather derisive in the client's eyes. Summarisation should only include key information gathered from client's narrative. This approach would be best used: to show that we have listened to the client, to emphasise key points, when changes of topical areas occur, and for reducing emotional tension.

Types of Contact

Under this term, we usually understand a meeting of two or more individuals and ongoing mutual exchange of both verbal and nonverbal information. Defining the types of contacts is generally of didactic value as the bordering categories may overlap to a great extent. As opposed to the classical division of communication to intrapersonal (e.g. between a PC and user), interpersonal (between two or more people) and mass communication (such as the reader-press communication), the definition and interpretation of types of contact in communication is much more transparent in terms of practical use.

Types and examples are listed with regard to the situation in the PAFTD.

1. face to face or personal contact in form of:

a; *A meeting in a consulting room of a clinical psychologist* – the advantage is in the flexibility of assessment, since in the case of occurring symptoms of a more serious psychopathology, the clinical psychologist is usually sufficiently well-versed in diagnostics and well equipped for taking care of the patient. With regard to current legislature, the PAFTD is not and cannot be administered by a clinical psychologist; nonetheless, numerous private clinical psychologists are simultaneously fully trained traffic psychologists. The synergy of qualifications allows detailed diagnostics, which includes; a broader context and establishing common grounds with psychosocial and somatic difficulties, and assessing personality in compliance with valid classification systems describing states of norm and pathology.

b; *meeting in a specialised traffic psychology laboratory* – the section of the assessment with only a limited amount of information and documentation available, and who's scope does not necessarily have to be predicative about a wider context and potential psychopathological traits of the individual examined. In terms of the advantages of a specialised PAFTD, better technical equipment in the work place should be mentioned as it frequently exceeds the legislatively standards required. Significant PAFTD contractors have already started to appreciate the possibility of long-term observation of their employees, and a specialised PAFTD is one of the important indicative techniques used in the area of Human Resources Management.

- 2. Mediated Contact** – in all cases it is limited because the segment on the direct observation and nonverbal communication is missing. This *contact* is conducted *over the phone* and therefore the results are limited. During the PAFTD, it is subject to law, that the privacy policy on personal data – and medical confidentiality is upheld. (E.g. including possible ways of informing the client who requested results over the phone) A *written contact*, most frequently in the form of a report and based on the results of the PAFTD and being lawfully pertinent to the client, can be shared with a third-party; this fact must be confirmed by written consent. Written documents can contain information which is incomprehensible for members of the general public. *Indirect contact* is made for instance with the aid of press agents or spokespersons of the organisations.

There is an entire scale of skills needed for observing and leading an interview. We have listed only a selection of these, primarily those having a distinctive position in the very limited field of Psychological Assessment of Fitness to Drive and those of greatest significance in working with clients, particularly with regard to the use space and time.

Literature

- Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (1996). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual*. Bern: Huber.
- Argelander, H. (1966). Zur Psychodynamik des Erstinterviews. *Psyche* 20: 40–53.
- Balint, M., & Balint, E. (1961). *Psychotherapeutic techniques in medicine*. London: Tavistock publications.
- Essandoh, P. K. (1996). Multicultural counseling as the “fourth force”: A call to arms. *Counseling Psychologist*, 24, 126–137.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Patient Edition (SCID-I/P, Version 2.0)*. NY: Biometrics Research Department. New York State Psychiatric Institute, New York.
- Gill, M., Newman, R., Redlich, F. C., & Sommers, M. (Eds.) (1954). *The initial interview in psychiatric practice, with phonograph records available to professional persons and institutions*. Madison, CT, US: International Universities Press, Inc.
- Holub, D., Telerovský, R. (2013). *Úvodní rozhovor v psychoanalýze a psychodynamické psychoterapii*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 99 s.
- Ježek, S., Vaculík, M., Wortner, V. (2006). *Základní pojmy z metodologie psychologie. Definice a vysvětlení*. Brno: Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií

- MU. (retrieved 8.1.2014 from http://is.muni.cz/elportal/estud/fss/ps06/psy112/Vaculik_M._Jezek_S._Wortner_V._2006_-_Zakladni_pojmy_z_metodologie.pdf).
- Keats, D. M. (2000). *Interviewing: A practical guide for students and professionals*. Buckingham, England: Open University Press.
- Kernberg, O. F. (1981). Structural interviewing. *Psychiatric Clinics of North America*, 4(1), 169–195.
- Loranger, A.W. (1999). *International Personality Disorder Examination (IPDE) manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (2003). *Clinical Interviewing*. 3rd ed. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critchfield, K. L., Horz, S., MacCornack, V., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary Psychometrics in a Clinical Sample. *Journal of Personality Assessment*, 92, 1, p. 35–44.
- Sullivan, H., S. (1970). *Psychiatric interview*. New York: W. W. Norton & Company.
- Trull, R. J., & Phares, E. J. (2001). *Clinical psychology: Concepts, methods, and profession* (6th ed). Belmont, CA: Wadsworth/Thomson.
- Vontress, C. E., Johnson, J. A., & Epp, L. R. (1999). *Cross-cultural counseling: A casebook*. Alexandria, VA: American Counseling Association.



II / Models of Driving Behaviour and the Possibility of Assessing and Influencing Behaviour through Exploration in Traffic Psychology

Matúš Šucha

Driving is a complex activity that assumes a range of skills, experience, personality prerequisites and motivational traits. Although the most appropriate solution for specific traffic situations is the possession of basic vehicle control skills, research has shown that for long-term safe management that having only those skills is not enough. This finding is consistent with the statement of the authors Summala and Näätänen (1974), who emphasize that safe driving is an activity that requires particular **insight and self-regulation by the driver** – driving is a “self-paced task”. It is up to the driver (his decisions, behaviour) to choose a safe driving style.

Modern research in traffic psychology (Rothengatter, 1997) refers not only to the performance characteristics of drivers, but also to their personal

characteristics and motivational factors. So what is assessed is not only **what the driver is able to do (skills)**, but also **what the driver intends to do (motivation and personality factors)**. This approach has had a long history in traffic psychology, and among others, it also appears in the classic work of Reason et al. (1990) who distinguishes flawed driving errors and violations. The first is mainly attributed to the lack of performance factors (lack of skills), or some personality factors (e.g. Distractibility), whereas the latter is mainly attributed to motivational factors (intentional violations).

From the perspective of classical schools of psychology, this approach to describing human behaviour builds mainly on **cognitive psychology**. Man is perceived as an active element in a system that selects its behaviour on the basis of goals they wants to achieve in a particular environment (in our case in traffic). Emphasis is put on the internal mental processes as being the ones responsible for human behaviour. Observable behaviour is then seen only as a result of a long-term mental process of a driver. These mental processes, however, **are not fixed or immutable** – they are affected by the information that the driver receives from the outside world (especially as a response to their behaviour). This process can be described as a continual interaction among the many goals the driver wants to achieve, particular behaviour (actions) he or she entertains, and feedback on his behaviour received from the environment (Peräaho et al., 2003).

From the perspective of the psychology assessment of fitness to drive and methods of exploration in particular, we can affect the overall mental processes on several levels: starting with the **driver's goals** – area of motivation (knowledge of motives, values, norms, and lifestyle of the driver), **feedback** – especially the **educational part of the interview** with the driver, increase in self-awareness and concluding on driver's insight. The explicit feedback from their particular surroundings, which allow drivers to change their mental models and subsequent behaviour, may have positive as well as negative effects.

For this reason, it is imperative to any action aimed at improving driving safety to be assessed very carefully in order to prevent adverse impacts. An example of positive influencing can be a motivational interview with a young driver, where they realizes that from a safety perspective, it is better to prevent risky situations (e.g. to maintain safe distances between vehicles) than to solve these risky situations "expertly" (e.g. the elimination of the argument „I am a good driver, so I can exceed the speed limit“). An example of a negative influence may be an improvement of driving skills (e.g. the „Skid“ training), without subsequent realization of what that improvement should serve (or boosting

self-confidence with the idea that better skills of vehicle control shape one's better and safer driving style).

In terms of models that conceptualize performance factors, seeing personality factors and motivation factors from the perspective of human behaviour, the most common hierarchical models. In traffic psychology these have had relatively a long tradition (Michon, 1989; Summala, 1985; Rasmussen, 1980). These models have been mainly focusing on performance factors (driving analysis in terms of individual acts that the driver has to accomplish), while they can also be applied to personal and motivational factors. Based on the above models Keskinen (1996) created the so called "Gadget model", which explicitly includes all variables discussed (performance and personality characteristics and motivational factors). Its description is to be found below (Figure 1).



Fig. 1 Gadget model consists of 4 levels (Keskinen, 1996)

Level 4: Life style, values, norms and life attitudes

This level affects levels 1 to 3 of the model. It does not apply solely to the area of traffic and vehicle control (from the perspective of a particular person). It includes social skills, habits, confidence, self-control, wellbeing, and attitudes towards driving a vehicle (e.g. driving as a hobby, mode of transport, etc.). Last but not least, it also takes into account overall physical and mental abilities.

Level 3: The driver and the overall context of driving

These are the goals of the driver and the driver's overall mental context in terms of traffic and driving in general (i.e. not under specific traffic circumstances). It encompasses the overall decision whether to drive or not, general driving style, the choice of circumstances of driving (like pre-planning the trip – the choice of routes with lower traffic intensity, the choice of passengers to keep in the vehicle, sufficient sleep before driving etc.)

Level 2: Managing traffic situations

This level is focused on specific traffic situations. It is the ability to apply skills from the first level to the specific transport situation in which the driver find themselves (e.g. an overtaking maneuver in a particular situation).

Level 1: Vehicle Control

Skills associated with the operation of vehicles – especially controlling speed, direction, shifting gears and others.

This model should be seen in the context of the aforementioned interaction between the driver's objectives, specific behaviour (leading to a given objective) and feedback on this behaviour. The basic assumption of the model is that higher levels do influence and control behaviour at lower levels. However, to some extent, the inverse task is applied as well (e.g. when lacking sufficient skills in vehicle control, even the principal objective – to drive safely – will not guarantee safety).

From the perspective of traffic safety, traffic psychology, psychological assessment of fitness to drive and exploration in its context, however, the key influence proceeds from higher layers to lower (the bottom-up approach is important e.g. while teaching driving in schools).

The importance and dominant function of the top element (l. 4) is given by what has already been mentioned above – by the difference between the driver's abilities (skills, especially in the model levels 1 and 2) and intentions (in particular levels 3 and 4 of the model). This is the case regardless of how well the driver can control the vehicle, how well they can apply these skills in a given situation or how much the driver knows about safe driving. The effect of these skills and knowledge of safe driving is given by a willingness to use them while driving. For this reason, the following will focus more on the fourth level.

The fourth level model deals mainly with the overall lifestyle of the driver as well as with his **motives, values, attitudes, beliefs**, with norms and social

relations. More specifically, it entails personality traits such as self-control, need of excitement, attitude to authorities and rules; and attitude to car driving (in terms of image and self-image). Further points to consider are relationships with peers and family; and other general assumptions that research has shown to be connected to safe driving behaviour (Berg, 1994; Gregersen & Berg, 1994; Hatakka 1998; Jessore, 1987, Schultz, 1990).

It is also important to mention that all these factors are influenced by the **culture and society** the driver's country of origin. Important structuring factors would therefore be, e.g. family, friends and other role models. From the perspective of the Psychological Assessment of Fitness to Drive, the key information is obtained from a personal medical history or from an interview with the driver.

This level also describes the overall **physical and mental capacity of the driver** (like physical disability or cognitive impairment). From the perspective of Psychological Assessment of Fitness to Drive, these factors are seen as given and basically irreversible. However, it is necessary that these are taken into account since the actual realization of the fact may have significant safety benefits.

Another important dimension is the factor of **development**. Research has shown (e.g. Evans, 1991), that age is an important determinant of a safe driving management style. Certain age groups of drivers (especially young drivers) are more at risk than others. This fact does not necessarily imply that young drivers are worse drivers or less experienced. It is more likely that this style of driving (a more risky one) reflects the developmental needs of age. It can therefore be considered functional.

The final important factors are the driver's **lifestyle and values**. Schulze (1990) and Gregersen & Berg (1994) pointed out that lifestyle is closely related to a driver's behaviour – e.g., that automotive-oriented lifestyle (tuning, car racing, etc.) appears to be a hazardous factor, counter to safe driving behaviour. It appears that the motives associated with driving and confirmation of a driver's self-worth or self-fulfillment could be seen as riskier for safe driving (Peräaho et al., 2003). From the viewpoint of exploration within the psychology assessment of fitness to drive, these issues can be addressed within an interview or medical history.

Level 3 of the model, seen from perspective of the PAFTD and especially with its exploration, is of lesser importance than level 4. Let us briefly mention that the factors included in Level 3 are from the perspective of the PAFTD especially important in the educational part of the interview in which the psychologist can help the driver increase his awareness and recommend some more suitable choices of trip planning (e.g. to older drivers).

Michon’s model (1989) describes the levels of a driver’s decision-making (in terms of time). At large, he distinguishes three of them:

1. **Strategic level** – it is a decision made before the journey (e.g. choice of route or time of travel).
2. **Tactical level** – these are anticipatory driving moves (the choice of driving speed, traffic lane, estimation of the behaviour of other road users, distance kept from other vehicles, etc.).
3. **Operational level** – these are spontaneous manoeuvres applied to avert a threat (braking, lane changes, obstacle avoidance, etc.).

The value of relevance of methods used to assess a driver’s mental ability at each level of the model can be defined as follows. To assess the decision-making at the strategic level, it is recommended to use exploration; especially interview, analysis of personal and driving history of the driver (case history), and observation. Furthermore, some methods related to the assessment of personality can be used in part (e.g. questionnaires, inventories, projective methods). For the assessment of decision-making at operational and tactical levels, we recommend undertaking performance tests and observing a driver’s behaviour in any given driving situation (while driving) – see Chart 1.

	Interview Case history	Observation	Personality psychology methods	Power Tests (perform.)
1. Strategic level Decision-making before driving	High predictive value	High predictive value	Medium predictive value	Low predictive value
2. Tactical Level Decisions on driving manoeuvres, anticipation	Medium predictive value	High predictive value	High predictive value	Medium predictive value
3. Operational level Execution of driving maneuvers in a dangerous situation	Low predictive value	High predictive value	Medium predictive value	High predictive value

Chart 1 Michon’s model

When assessing the mental competence to drive a vehicle (within the PAFTD), it is also to be taken into account that driving behaviour is essentially influenced by two sets of factors – **situational factors and factors associated**

with the driver himself (as described in the Gadget model above). **Situational factors** (the design of the traffic environment, weather conditions, etc.) are not **entirely predictable**. Therefore the driver should be assessed only on the factors that are associated with them (and thus being comparably stable). We should also estimate the amount of risk that may arise in connection with specific situational factors (under given circumstances). For this reason, we should discuss the risk as a predictable, not as a precisely defined value.

Factors that influence driving behaviour and are associated with the personality of the driver, are:

- a) the medical condition of the driver (somatic diseases) – level 4 of Gadget model
- b) mental illness – level 4 Gadget model
- c) personality traits – level 4 Gadget model
- d) performance characteristics of the driver – level 1 and 2 of Gadget Model
- d) motivation, values, norms and lifestyle – level 4 Gadget model
- e) current emotional state (mood, state of mind) – level 1 and 2 of Gadget model

Within the **PAFTD**, we shall put emphasis on assessing personality traits, motivation and performance characteristics, values, norms and lifestyle. To assess the performance characteristics, we mainly use performance-focused batteries of psychological tests (often using computers and other peripherals – pedals, special panels etc.). In comparison, to assess personality traits, we mainly use personality tests, questionnaires and inventories, or appropriate projective methods, where the psychologist can assess the response of the driver to specific stimuli. **Motivation, values, norms and lifestyle are assessed primarily based on qualitative analysis of available documents (e.g. driving history), anamnestic data analysis, data obtained in the interview and on the basis of overall exploration (such as observation of the client).**

Generally said, if we want to exclude foreseeable risk at the future driving behaviour of the driver, it is necessary that all assessed characteristics mentioned (personality, performance, motivation) were sufficiently present (or developed). From the viewpoint of performance characteristics, this means that the driver achieves the desired performance (in speed, accuracy, endurance), which, in terms of personality traits, means that the dominant features are consistent with the safe driving behaviour. From the perspective of motivation, this

means that the driver is motivated to behave safely on the road, that they have internalized the values and norms that promote safe behaviour, and that they are living a lifestyle that is risk free in terms of exposure to hazardous situations (such as a frequent use of alcohol, lack of sleep, etc.).

It can be implied that the **main objective** of the interview (and other methods of exploration) is (based on information on the performance characteristics and personality traits) to assess the driver's behaviour and the expected level of risk they represent to the transport system.

Thus, we try to answer the question: Is there an expectable chance that the client, on the basis of their predispositions – personality traits, performance characteristics and motivational factors (including attitudes and values) – will pose an unreasonable risk to the transport system (because their behaviour will be hazardous or risky)?

The second aspect of the interview with the client is of an **educational nature**. Within the educational part of the interview (not always included in interview within the PAFTD) the driver is provided with information that the process should lead to an increase in awareness leading to adopting a safe driving behaviour, or, if you like, an insight into their personality and their driving behaviour should be enhanced or corrected (such as a particularly risky behaviour). This could be for instance by providing the driver with factual information on bodily functions and their impact on lifestyle (like alcohol abuse) on cognitive processes. To sum up, it should facilitate the personal development of the driver.

Other educational objectives may include the following:

- Understanding and influencing attitudes with risk awareness
- Encouraging considerate behaviour
- Awareness of the importance of understanding the causes of one's offenses and misdemeanors
- Awareness of correct and incorrect personal attitudes
- Improving the recognition of potential danger

The reason why the interview (along with other methods of exploration) is a central part of the PAFTD, is the very fact that motivation, values, norms and lifestyle (level 4 of Gadget model) are the major identifying characteristics that ultimately shape driving behaviour. In other words, **the driver can possess good performance characteristics** (they have the ability to) and appropriate personality traits (has potential), **but in specific driving situations, these driver**

characteristics are either not used or used in a way incompatible with safe driving behaviour. Therefore, the main aim and purpose of the interview is to assess the extent to which the driver is motivated to follow the patterns of safe behaviour, and this is done by exploring a driver's motivations, norms, values and lifestyle.

Literature

- erg, H. Y. (1994). *Lifestyle, traffic and young drivers – an interview study*. VTI Report 389A. Linköping: Swedish National Road and Transport Research Institute.
- Evans, L. (1991). *Traffic safety and the driver*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Gregersen, N. P., & Berg, H. Y. (1994). Lifestyle and Accidents Among Young Drivers. *Accident Analysis & Prevention*, Vol. 26, 297–303.
- Hatakka, M. (1998). *Novice drivers' risk- and self-evaluations*. Doctoral thesis. Turku: University of Turku, Series B.
- Jessor, R. (1987). Risky Driving and Adolescent Problem Behavior: An Extension of Problem Behavior Theory. *Alcohol, Drugs and Driving*, Vol. 3, 1–11.
- Keskinen, E. (1996). *Why do young drivers have more accidents?* Junge Fahrer und Fahrerinnen. Referate der Ersten Interdisziplinären Fachkonferenz, December 12–14, 1994 in Köln. (in English) Berichte der Bundesanstalt für Strassenwesen. Mensch und Sicherheit, Heft M 52.
- Michon, J. A. (1989). Explanatory Pitfalls and Rule-Based Driver Models. *Accident Analysis & Prevention*, Vol. 21, 341–353.
- Näätänen, R., & Summala, H. (1974). A Model for the role of motivational factors in drivers' decision-making. *Accident Analysis & Prevention*, Vol. 6, 243–261.
- Peräaho, M., Keskinen, E., & Hatakka, M. (2003). *Driver competence in a hierarchical perspective, implications for driver education*. Turku: University of Turku.
- Rasmussen, J. (1980). What can be learned from human error reports? In Duncan, K., Grunenberg, M., & Wallis, D. (Eds.) *Changes in Working Life*. London: Wiley.
- Reason, J., Manstead, A., Stradling, S., Baxter, J., & Campbell, K. (1990). Errors and violations on the roads: a real distinction? *Ergonomics*, Vol. 33 (10/11), 1315–1332.
- Rothengatter, T. (1997). Editorial preface. *Applied psychology*, Vol. 46 (3), 221–222.
- Schulze, H. (1990). *Lifestyle, leisure style and traffic behaviour of young drivers*. VTI-report 364 A. Linköping: Swedish Road and Traffic Research Institute.
- Summala, H. (1985). Modeling driver behavior: A Pessimistic Prediction? In Evans, L., & Schwing, R. (Eds.) *Human Behavior and Traffic Safety*. New York: Plenum Press.



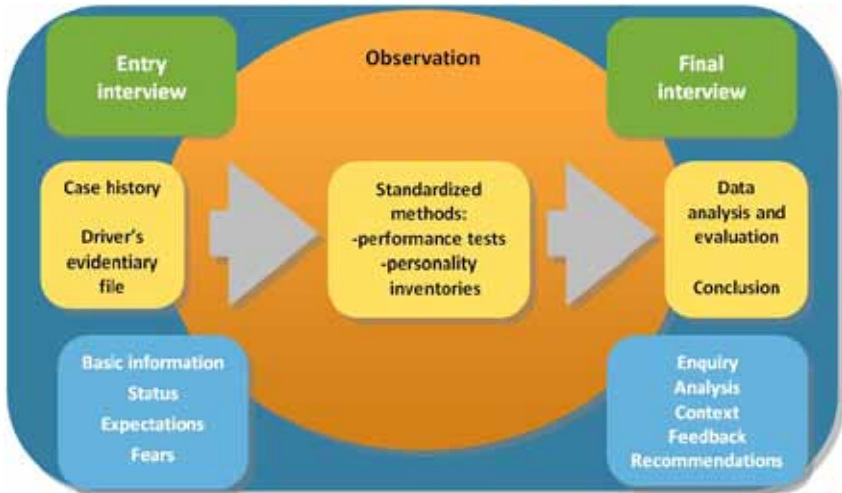
III / Interview, case history assessment and observation methods in the framework of the psychological assessment of fitness to drive

Libor Eliášek, Michal Walter

Introduction

Through the analysis of data held on a client that deals with Driver's case history (which includes: *health status, family history, social conditions, driving experience, etc.*) and their ability to drive safely as well as the use of standardised methods, it is possible to assess the client's psychological prerequisites for driving a vehicle. This assessment is aimed at assessing the maturity of clients, their motives and driving competences and to put such assessment into context with all other relevant available data. Data for the interview and for the conclusion of the psychological assessment of fitness to drive (hereinafter referred to as

the PAFTD) can be obtained from the various phases of the diagnosis process and from various other sources (see model 1.)



Model 1 Phases of the diagnostic process

If we examine the PAFTD chronologically, we can see that the first step is the **entry interview with individual client**. During this interview we will obtain basic information about our client

- basic personal information (name, surname, date of birth, personal identification number, client's identity verification according to driving licence of identification card)
- the reasons for the PAFTD request
- who requested the PAFTD
- any prior experience with PAFTD and, if appropriate, information on when, where and with what results the client underwent the PAFTD
- current health and psychological condition of the client (restrictions, fears, prior bad experiences, negative attitudes etc.)
- overview of client's or driver's case history acquired from the driver's evidentiary file (available at request from competent authority – municipalities with extended competency)

The goal of the entry interview is not only to gather the above mentioned information, but also to provide basic information about the PAFTD, motivate the client to achieve an optimal performance, deal with client's fears and to create a friendly atmosphere and trust.

Should the PAFTD be carried out in a group, then it is appropriate to provide some basic information to all the participants at the same time by means of a **group interview**. This information should include

- PAFTD process (time duration, breaks, refreshment possibilities etc.)
- PAFTD content (where does the PAFTD stand in the framework of medical assessment, what is being assessed, how are the tests distributed, how are the tests evaluated, concluded by the final PAFTD interview)

During the entry interview the client is asked to read and sign a privacy statement on the confidentiality of gathered information in accordance with applicable legislation (Law on the Protection of Personal Data) and on the current health and psychological condition of the client. By signing this document, the client confirms that

- their health and psychological condition is suitable for undergoing the PAFTD
- they agree with the storage and use of data collected during the PAFTD in accordance with applicable legislation

Such an interview will contribute to client's adaptation to the psychological environment and to acceptance of the presence of other assessed clients. Comments by clients, who have already taken part in previous PAFTD may help, put at ease and possibly in some situations help calm other participants. On the other hand, negative comments or the aggressive behaviour of any of the participants during group entry interview represent could cause an insurmountable problem. Therefore the opinions and experiences of other participants can help eliminate such displays.

*Client's objections may concern the content and scope of the required Personal case history/ data. Client's phrasing of such objections may point out certain aspects of his or her personality traits, namely a higher degree of suspicions and aggression. These observations must be verified during the final interview. In some cases, client's objections may be justified and may be influenced by their previous negative experience with illegal use of their personal data. In such cases the **active listening method** should be used because it helps*

to disperse client's doubts. Also, it is necessary to mention the conditions under which it is possible to use and handle the gathered data according to relevant legislation. The advantage is when another client expresses positive comments regarding this issue.

The basic premise is the fact that the client voluntarily participates in the PAFTD and, that it is seen as an act of free will. If the client refuses to sign the privacy statement, the PAFTD cannot be carried out. In other words: It is not possible to pressure the client into participating in the PAFTD.

Traffic psychologist should carefully consider the method used for gathering the driver's case history data and, if required, should carry out an individual interview with a similar structure and content as the anamnestic questionnaire. The benefits of such an interview are the possibility of asking follow-up questions and having direct contact with the client.

The management of an interview is an important skill that the traffic psychologist has to learn over time in order to be able to obtain the relevant data from the client. It is recommended that they ask open questions (what, when, where, how, how much etc.). Closed questions requiring yes-no answer are also suitable.

An individually structured case history interview should be carried out mainly with drivers who repeatedly commit serious traffic offence (consumption of addictive substances before and during driving, traffic accidents with injuries and deaths). This way of communication cannot be replaced by the completion of an anamnestic questionnaire. Disadvantages of such interviews are the fact that it is more time-consuming and a complicated way of recording the interview. It is preferred to ask beforehand for permission to record (audio recorder, video camera) such an interview. The next step, after the collection and handover of necessary information, is the undertaking of the standardised psychological tests.

Observing the clients during testing is a valuable source of data. It is useful to note the following

- understanding of instructions
- course of training (repeated errors, performance improvement)
- questions raised and their range
- response to the acknowledgement of errors during training

- behaviour during the testing (adaptation, fatigue, stress, verbal and non-verbal behaviour etc.)
- feel for the instruments and control panels (when using instruments for testing)
- reactions to conscious mistake (self-critical view, detraction, making excuses)

The above mentioned can be used as another piece of information in the final synthesis of data when creating a client's profile for a final PAFTD evaluation.

Data collected during this observing can show, for example, the level of self-confidence of a client, the willingness to accept criticism and to learn from one's own mistakes. Such data also needs to be verified and the reasons for these must be found. Was the reason for being nervous the fear of the PAFTD or the fear of possible consequences of failing the PAFTD? Is the stated or observed eye tiredness the consequence of inadequately prescribed spectacles and was this the reason for an increased rate of mistakes? There are cases, although rare, in traffic psychology when the pressure of the PAFTD led to the loss of consciousness of the client because the client concealed information about insufficient rest or increased alcohol consumption during the previous day or to epileptic seizure or hysteria (therefore the traffic psychologist should be adequately informed about this issue).

The completion of an anamnestic questionnaire (this is commonly referred to as a case history) is an important part of the PAFTD. This questionnaire is used as a basis for understanding the client's personal and professional history. The collected data helps to better understand client's personality and its formation.

People who are familiar with graphology can also use the written manifestation of their client.

In such cases we recommend asking the client to write a piece of text on a given topic on a sheet of unlined paper.

The anamnestic questionnaire (or individually structured medical history interview) should contain

Introductory part

- assurance on the confidentiality of the data and answers (these are used only for the PAFTD evaluation)

- overview of client's basic data (one should consider the need for duplication of already stated data; it is not necessary to re state personal data)
- first name, surname, academic degree, date of birth, home address, telephone etc.
- current occupation
- client's education – graduated schools
- work experience (jobs, internships, companies, places of work)

Family case history

- occupation of parents
- deaths of parents (when applicable)
- age and occupation of siblings
- social status
- serious illnesses in the family
- driving licences of parents, cars in the family

Personal case history

- social conditions in the family
- who and how they participated in the upbringing of the client
- client's involvement in family life
- serious illnesses and injuries of the client
- school results and attitude towards school
- interests, hobbies, sports activities
- status (single, married, divorced)
- data about their own family (children, social relationships, wife)
- personal goals
- client's own characteristics
- satisfaction and relationship to the current occupation

Driver's case history

- Driver's licence (date acquired, restrictions), professional driver's license (date acquired, restrictions, validity)
- client's motor vehicles and the purpose for their use
- type of vehicle used by professional drivers
- driving ban, accidents by own mistake and mistake by others

- mileage (including driving for work reasons)
- demands of current occupation (working times, stress, willingness to work overtime)
- strengths and weaknesses of client's driving skills

Client's observations on their current state of health

- illnesses and injuries, sick leave and its length
- illness treatment
- need for a psychologist or psychiatrist
- use of alcohol and other addictive substances
- treatment of addictions
- ability to rest
- previously attended psychological assessments

The anamnestic questionnaire (or individually structured interview) should allow the client to express their views on important statement connected with topics, or with topics not included in the questionnaire and which the client considers to be important. It should also contain a clause stating the potential consequences if the client provides false information. *From the specified information we can presume such things as; how a client was brought up , their ability to do their job, how well they get on with others, their ability to manage for others, their relationship towards authority and to what extent they are willing to follow rules and norms.*

The anamnestic questionnaire allows us to presume the shaping of the client's view of driving through the influence of a family before their lawful age (passing of an occupation from father to son). The anamnestic questionnaire contains important information concerning the client's driving experience, their experience with various forms of transport, the length of experience, mileage, their overall satisfaction with their job and, if applicable, the reasons for their variation. It is important to assess the client's view of a professional driver occupation, principally where the client is only starting their professional career as a driver.

The information stated in anamnestic questionnaire is the basis (as well as the information gathered during the observation, test results and objective data) for the **final interview**. The Final interview, as well as the entry interview, should take place in an environment where the psychologist and client are not disturbed by any third party or by telephone calls. The client should feel relaxed

and safe during the interview. The duration of final interview is unique, and therefore the individual decides, and this should reflect the difficulty of a given situation and provide sufficient time to every client. It will be necessary and important to go through the data from anamnestic questionnaire, test results, observation results, objective data (driver's evidentiary file excerpt) with the client and to gather more information about the client in order to help understand client's personality and behaviour. It will also be necessary to review the client's opinion on their responses to the PAFTD results. The goal of the final interview is to find a connection between individual findings and their use in creating a diagnostic conclusion. The final interview should commence in such a way so as to help deepen the level of trust between the traffic psychologist and the client. Only then will it be possible to discuss the PAFTD results and the client's point of view. When asking questions, one should go from general to factual or specific. It is recommended to allow the client sufficient time to formulate their statements of response, even if the answers go beyond the reasons for the given assessment. This can reveal other contradictions in the exercise of a profession or activity. There are cases where a suspicion was confirmed of a serious mental illness (e.g. paranoid schizophrenia) which may not have been indicated in the PAFTD test results.

A presumption for interview is the objective data (mainly the driver's evidentiary file excerpt) on their driving behaviour, analysis of possible traffic offences, accidents or driving bans and the client's opinion on these cases. During the interview we assess the client's acceptance of responsibility for these cases or their level of disparagement. When dealing with professional drivers, the most important things to know include; their relationship to their job, level of stress, shift working and possible levels of tiredness during their work. When dealing with freight (truck/van) drivers, it is important to focus on their ability to cope with the stress arising from the journey time (loading and delivery times) and their regard for rules and regulations (AETR -European Agreement Concerning the Work of Crews of Vehicles Engaged in International Road Transport) in contrast with the requirements and directions of their employer.

When dealing with public transport drivers, it is necessary to evaluate the prerequisites for coping with the stress of not only constant driving in busy and congested traffic in urban areas, but principally with the stress of direct contact with customers which puts increased demands on their ability to resolve conflicts with passengers and addressing their demands (whether justified or unjustified).

It is important to assess their relationship to passengers and a realisation of their profession's characteristics, meaning offering service to general public (the driver's task is not only to drive a vehicle but also e.g. providing information and ticket sale). When dealing with older public transport drivers it is appropriate to assess the possible occurrence of burnout syndrome. Important general information deals with their health and previous illnesses. It is appropriate to check records for a diagnosis of ADHD as well as any specific learning disabilities during childhood.

The output of PAFTD should be a dialogue that includes:

- assessment of a client's psychological ability for driving type occupation
- awareness of client's suggestions for improvement
- suggestion for changes in their daily regime; i.e. the principles of proper diet, ways to relax and de-stress from the stress arising from driving a motor vehicle
- confirmation of client's strengths
- client's guidance on their self-assessment of the psychological prerequisites needed to perform their given occupation or activity based on the PAFTD results and helping the client to gain a real insight
- exact conclusion of the PAFTD, meaning if the client has psychological requirements for driving a given vehicle or statement of any constraints (providing the harmonisation codes)

Note: It is appropriate to mention the possibility of making a record of the final interview. Such a record can be written, audio or a video recording so that, if needed, it would be possible to prove the client's familiarity with the process and from this their opinions, views on the results of the PAFTD. Because the client may, on completion the PAFTD and given the possibility of unfavourable results, challenge the PAFTD process and reject their opinions and views. It is appropriate to mention at this juncture, that there have been cases where the PAFTD results were challenged and, for example, even where the traffic psychologist was accused of sexual harassment.

This issue is related to ethical questions of the PAFTD.



IV / Interview method in the framework of psychological assessment of fitness to drive – research

Kateřina Böhmová, Lenka Šrámková

Introduction

The interview in the context of the psychological assessment of fitness to drive (hereinafter referred to as the PAFTD), is a method without standardised. Every traffic psychologist can ask different questions which may lead to complications. A driver's assessment, carried out by two separate psychologists, may also vary

due solely to the interview findings. A descriptive study was commissioned in the Czech Republic; its goal being to help establish how the PAFTD was carried out. The research focused mainly on what questions were asked, the form of the questions and on the different methods used by the individual traffic psychologists during the interview.

The research also focused on finding the characteristics of the interview and their comparison. The research theory is based on publications dealing with general, clinical, counselling and work psychology. This is due to the fact that the field of the PAFTD interview is, so far, largely unexplored in the Czech Republic as well as abroad.

1 Theoretical background for the PAFTD interview

There are many studies on the topic of eligibility, which deal principally with eligibility during the selection of employees but not during the PAFTD. We can use these findings for inspiration but the PAFTD is a very specific assessment and therefore it is important and advisable to demonstrate caution. As in the selection procedure of employees and in the DPV, testing can be carried out both individually and in groups. Examples of the research findings are mentioned below. These are mainly from work eligibility assessments as these may help provide some evidence on clarifying the PAFTD processes.

The fact that the interview is an integral part of the eligibility assessment is obvious from a number of studies. The interview is established as one of the criteria for assessment of an individual. It goes hand in hand with the opinion that it would be appropriate to teach interview techniques as part of a university education or courses, so that everyone working in this field would have a similar level of knowledge. The interview should never be omitted during any assessment because it helps to find important information about the clients and their behaviour and interactions. It has been proven that if various interviewers evaluate one client then there are differences in their evaluation even though the same method of structured interview was used. A number of studies have concluded that the interviewers with greater experience in the field perform a more exact interview than interviewers with limited experience (Silzer & Jeanneret, 2011; Ryan & Sacketta, 1987, 1992 in Morris, Kwaske and Daisley, 2011; Groth-Marnat, 2003; Van Iddeking, Sager, Burnfield & Heffner, 2006). Based on this conclusion we can assume that a sufficient amount of experience is necessary for the performance and evaluation of an interview. Silzer and Jeanneret (2011) identified the basic characteristics of an individual psychological assessment

in their work. They defined this as follows: The interviewer must focus on one client only and they must have continual contact throughout interview, using various assessment methods. There are significant differences between interviewers. Some can be considered as the, so called, mechanical type, precisely following the guidelines; others regard the interview as unimportant and perform it incorrectly. The research was carried out on doctorate psychology students of the Baruch College. It was assumed that the doctorate students would already be trained (proficient) in the field of psychological assessment and interview management. One group of students performed the interview without prior training and the other group received training. Participants from the group that undertook prior training felt more competent to perform an assessment than the other participants. The students gained a practical insight and a better understanding on how to adapt to this field of study, and from this, students gained a research base, which was lacking from their doctoral programmes. This research demonstrates the need for the creation of a training programme where students could learn the methods and techniques of assessment, its devices, proper test evaluation and how to observe and lead an interview in order to derive the correct conclusions. We consider that the theory of psychometrics and measurement, people management, social psychology, occupation analysis or theories of personality should be included in the curriculum. Such education should be completed after six to twelve months through observation of course graduates by their supervisor and by gaining a licence to perform a psychological evaluation. To help avoid innumerable conclusions of the psychological assessment, and in order to perform the psychological evaluation correctly, practitioners should be guided by the following: Clear and objective results of the evaluation; excellent knowledge of the clients occupation in order to understand its demands and requirements; know which methods are out-dated and use only the valid ones; compliance with the predefined criteria; preparation of other structured devices, such as interview or personality type scale, which help support accurate decision-making; awareness of possible mistakes and the ability to justify these (if needed); target the overall structure of the assessment during its evaluation; permit assessment of the process and its results to other examiners, in order to receive high quality feedback for the client as well as for the examiner.

Other research that dealt with these issues presented some important facts about the psychological assessment, dealing mainly with interview management. Research by Van Iddekingeho, Sagera, Burnfielda & Heffnera (2006) show

differences in the evaluation of one client by a number of interviewers which occurred because a non-standardised interview management process was used. They asked whether such differences would appear even if the interview had been managed in a standardised way. The interviews were performed on 946 army non-commissioned officers. Junior men acted as respondents, senior men as interviewers. Every interviewer had to complete 29.4 interviews on average and they were unfamiliar with this type of interview. A 3-hour training session was provided by a trainer for this purpose. The questions were similar and the interview took 20 minutes. At the end of the interview every interviewer had to write down a conclusion, assessment results and had to evaluate themselves and the preparation for an interview. The first question was whether or not the interview was different when managed in a structured way after the interviewer's training, as opposed to unstructured management before the training. Some differences were found, so all interviewers had to undertake the same interview management training. The second question was aimed at the validity of questions depending on the assessment criteria, i.e. on the type and content of eligible occupation. As a result, it was suggested that different evaluations depended on the way the interviewer asked the questions and similarly on the respondent's answers. It was proven that the interviewer's judgment depended on one's own self-knowledge and the ability to listen to others. The researcher describes several factors that can influence the interviewer: cognitive abilities, personality and experience, an image of the ideal candidate, interview context and management. Therefore the interviewer's experience with managing an interview is very important. Those with greater experience in interview management, carried out a more precise evaluation, better understood the issues of an individual and created a better interview design (i.e. standardised/structured design). The process of a structured interview, making it more specific, satisfactory and effective, is described in table no. 1:

1.	Interview preparation	E.g. source materials, room, seating plan, invitations etc.
2.	Interview introduction	According to the situation; e.g. greetings, thank the participants, pointing out the reporters etc.
3.	Interview stimulus	Why is the interview happening here, in this group and about.
4.	Mutual interview plan (preparation of the details of the interview)	a) Gathering of problematic issues and/or main goals.
		b) Alternatively: Topic definition or its limitations.
		c) Determination of a sequence of dealing with problematic. issues, thought process.
5.	During the interview	a) Interview initiative; introducing the first issue (determined during the fourth point).
		b) Discussion of the first issue.
		c) Summary of the first issue; first partial results.
		d) Finding out if the first issue can be concluded: a) – b) – c) – d) on the second issue; a) – b) – c) – d) on the third issue etc.; depending on the complexity of the topic, i.e. on the number of issues.
6.	Interview conclusion	According to the interview situation; e.g. final summary, confirmation, protocol creation.

Chart 1 “The process of a structured interview or discussion” (Althoff & Althoff, 2008, 111)

It was proven that the results of standardised interview are more precise than the results of non-standardised interview. There are many factors that play an important role, be it on the side of interviewer or respondent. These are, for example: age, race, mental condition, education and feedback, interest in the occupation, plans for the future, psychological intelligence characteristic and motivation. The evaluation of non-structured interview has very low validity. The answers given are vague and cannot be compared by the interviewer, they are unreliable and, when dealing with the non-structured interview, we can see an answer bias due to the recording, as well as to the speed of evaluation by the interviewer. A diagnostic interview is affected by the wording of the questions. Individual questions should be asked clearly with an incentive to prompt the client to answer. (Arvey, & Campion, 1982; Stančák, 1982).

The interview can sometimes be confused with conversation; however the interview has a clearly defined sequence that deals with a specific topic. The

interviewer has to control and maintain the interaction and must have a good knowledge of a given topic under discussion. (Groth-Marnat, 2003) Pauknerová (2012) tackles the issue of recording the interview and suggests that the interviewer should make a record either in writing or as a recording. The client's consent for such must be obtained prior to any recording (we suggest the consent draft in chapter 7). Baštecká (2011) states that the interview should be guided in such a way that the stages are connected and that it leads to a situation similar to a natural conversation between people. As the presented theoretical background suggests, the interview is a basic element of psychological assessment, i.e. even of a psychological assessment of fitness to drive. Even though the PAFTD is regulated by law, the legislation does not regulate the individual stages of the PAFTD. The law only states who can perform the PAFTD and for whom the PAFTD is intended for. Traffic psychologists have both, old as well as new methodology available to them, which provides support while choosing the test methods. On the other hand the interview, as a part of the PAFTD, is not described anywhere and a standardised format does not exist. This leads to non-uniformity and even makes any possible consultations on this topic more difficult. The interview in its non-standardised form is, for now, used during the PAFTD. This leads to several problems that were described above and to an initiative to describe the current situation of the PAFTD interview management process in the Czech Republic, which will hopefully improve the current situation.

2 Interview method in the framework of psychological assessment of fitness to drive – research study results

For the purpose of this research study, traffic psychologists were asked to provide information on interview management, observation and the medical evaluation that they perform during the PAFTD. Fifteen traffic psychologists who have accreditation issued by the Czech Ministry of Transport participated in this research and their answers are presented in this chapter. Detailed research results can be found in the „Interview method in Psychological Assessment of Fitness to Drive“ a bachelor thesis which was successfully approved in June 2014 at the Psychology Department of Palacký University in Olomouc. We thank all participants who took part the research.

2.1 Research study description

The research was aimed at traffic psychology, in particular at the style of interview management during the PAFTD. The aim was to analyse the method

of interview management. All the respondents were working as traffic psychologists at the time of the research. Five basic questions were asked:

1. What are the mutual aspects of interview management during the PAFTD?
2. What are the formal aspects of interview management during the PAFTD?
3. What are the content aspects of interview management during the PAFTD?
4. What is the purpose of interview management in the PAFTD framework?
5. What are the main topics of the interview in the PAFTD framework?

2.2 Research study results

1. What are the mutual aspects of interview management during the PAFTD?

The purpose of the interview, i.e. gathering of information about the client and its importance as an irreplaceable source of information was regarded as the main mutual aspects of the interview management.

2. What are the formal aspects of interview management during the PAFTD?

The formal aspects of the interview differ significantly among the respondents. But a mutual aspect can be found – the differentiation between the initial and final phase of the interview. The differentiation between individual and group interview is also an important formal aspect. While the initial interview can be individual or group, the final interview is always only individual. The interview can be divided into an informational and educational part. Several respondents regard the educational part as a part of the final interview. The interview duration varies according to the inclusion of the educational part. The initial interview without the educational part is shorter, and the same goes for the final interview. The initial interview is usually shorter than the final interview, even among the respondents who do not include the educational part. Other formal aspects of the interview, thanks to its non-standardised form, are very diverse and confusing.

3. What are the content aspects of interview management during the PAFTD?

With regard to the interview content, we can see that mutually included questions are aimed at the past, present and future. The content of the initial part of the interview also has similar aspects, such as greeting the clients and their reassurance. The content of the final interview also shows similarities.

These are: the objective to get to know the client better, verify collected data and to prepare a conclusion that will be presented to the client.

One of the differentiating aspects of the PAFTD interview, which is closely connected with its content, is its duration.

As one respondent (psychologist) stated, *„During the initial interview, which consisted mainly in gathering general information; the number of clients involved is one of the main criteria. (For measuring time) Whether it is a group interview or an individual client, as opposed to the final interview where the results are the most important thing. If the test results are positive then the final interview usually has an informative nature. On the other hand, if the test results are insufficient or unsatisfactory then the final interview is more complex with the aim of explaining to the client his shortcomings. If the shortcomings are manifested in client's personality, then I do not tell him but rather I try to support this claim, for example a poor performance during the test. I always verify the collected information in a different way from which I obtained this information. That is why the interview is important. It can show something hidden, for example the symptoms of paranoid personality disorder. When dealing with elderly people, their point of view is very important. It is bad if they do not have any opinion. They are trying to tone down their mistakes or blame someone else. There is a difference between drivers of approximately 25 years of age and those who are older than 50. The younger driver will say that he, for example, does not remember the accident. But the older driver will describe the accident in detail. So the criterion is having an opinion. If one does not have an opinion and just disparages everything then I favour a „did not pass“ evaluation.“* These questions can show much about the client: *„I mainly emphasize the client's driving history. I am here to assess his psychical competence for driving motor vehicles, so I am really concerned about his driving history. I ask him about problematic behaviour, about his traffic accidents and their circumstances, when and why the accident happened, if he thinks that he is to blame or not. I am really interested in his ability of self-evaluation, in his driving habits and in his evaluation of his traffic offences. This is what interests me most. But the family history is also very important. These people have been through a lot. Not to say that I find excuses for them, I merely try to explain why such thing happened to them, why they have certain personality traits. Even the educational history of the client is relevant. If you see that somebody has been kicked out of the school because he was not able to comply with the rules, then it is most likely that he probably does not comply with traffic rules either. For such a person, all the rules are*

here to be broken. And that is a warning signal.” Other respondent emphasizes everything: „I am concerned with everything. If I see the driver’s evidentiary file I ask about his past. If I see that the driver has traffic offences due to alcohol consumption or other serious offences, I ask more opened questions in order to gather more information. For example: Can you tell me more about it? What did you gained from it? How did you feel at that moment? Etc. Then I also ask a lot of questions about the present: What is your most frequent destination, are you also driving abroad? When was your driver’s licence confiscated? How did you solve this situation? Is this situation still relevant? When concerned about the future, I ask questions such as: has anything changed since your driver’s licence was confiscated? Do you have a different opinion? I ask all sorts of questions.“

4. What is the purpose of interview management in the PAFTD framework?

The respondents see the interview as the ultimate crown jewel without which the PAFTD would make no sense. It is thanks to the interview that they can verify that the client is eligible, if the client does not show any suspicious behaviour and if they are concealing something. For some its main purpose is to educate the client about their shortcomings and, as they say, open their eyes.

„If, for example, I am hesitant on whether the result should be passed or failed, then I can choose to do an additional interview with a narrower scope. And I will then decide on the basis of that interview. For example: A driver was aggressive but nothing has been proven by the tests. The psychologist, fortunately, discovered the truth during the interview. So the psychologist decided for a thorough interview and the final result was ineligibility to drive. The purpose of the interview is to also discover any potential offences which the psychologist should report. The question is whether there is someone to report such findings to. One of the respondents said the following on this topic: „The interview results can, in my opinion, influence the overall result but when the client tells you that he is using drugs then you should report this to a doctor. I have this information and my duty is to inform the doctor. But drugs are more problematic than alcohol. A young driver will come and say that using drugs is, of course, normal. The answer I usually get is: „I take drugs and so does everyone else.“ But the question is whether I believe him. It depends on our mutual trust. I can be suspicious and if my suspicions achieve a certain level, I can report this to a doctor. But I cannot always contact a doctor because not every client tells me his doctor’s name. In such cases I can state this in my final report as a part of the reason for being ineligible or as a recommendation for further assessment.“

Another respondent sees the discovery of a traffic accident as a more serious issue than alcohol: *„Alcohol is not the problem. The problem is to talk about any serious traffic accident. If, for example, the driver was responsible for a serious accident during which other people died or if he committed a serious traffic offence. Everyone can bear a different amount of pressure. And then it is very difficult to talk about such things. That is when the most important thing is to set the right atmosphere. There was this woman who lost her driver’s licence due to having too many points and she was very mentally unstable. Here I was able to see that the reason for the poor results was her bad mood and the fact that she was not able to cope with a stressful situation. I saw no reason to finish the PAFTD so I took that woman to a different room and explained to her what was going on and said to her that we will talk about it. The woman opened up to me and when she returned half a year later, she successfully passed the assessment. She sought help and I helped her with contacting the doctors. In this work, one also needs to guess what the client needs. So alcohol is not an issue. Thanks to the interview, you see a client’s personality. You can get to know them better. You can observe their reactions, how they communicate, their choice of words and you can guess how intelligent they are. There is this face to face personal contact which is an irreplaceable tool. If someone chooses not to perform an interview then they are not able to perform the whole PAFTD properly. You just loose so much information that you cannot gain in any other way.“*

5. What are the main topics of the interview in the PAFTD framework?

One of the main topics of the interview is the medical history data and the reasons for the client’s need for the PAFTD.

As stated above, the respondents also differentiated on the question of the main interview topic in the PAFTD framework. For example, one of the respondents addresses the issue of drivers with too many driving points: *„One of the main questions, when dealing with drivers with too many points, is if they are aware of the existing possible offences. That is what they comment on a lot. The question about their driver’s licence restriction is also important. Sometimes they even have trouble remembering. Even remembering the year when they received the driver’s licence is sometimes problematic. Another question I ask is the name of their physician and they cannot remember. The elderly sometimes even cannot remember their personal identification number. If a doctor sends an elderly client then he sometimes has trouble passing the determination test. Another important aspect is when the clients have to write something about*

their families. They start to remember and if something really personal appears then they take a long time to think about it and then write briefly. They do not want to elaborate on the subject. And then I have to talk about it with them, which is unpleasant."

The results show that the interview is, as an individual exploration, very important even in the field of traffic psychology. It is one of the methods for deciding on the PAFTD result which is, for most of the clients, a very serious issue. The overall psychological assessment of fitness to drive should be precise and should not contain any mistakes which would lead to an incorrect evaluation of the client. The non-standardised form of the interview poses a risk for an inaccurate evaluation. The research results presented in this chapter show how the PAFTD interview is performed in the Czech Republic. The differences in individual answers are due to a non-uniformity of the interview management. Concerning the form of the interview, the differences are interview duration and in its differentiation. Regarding content, the principal issue is whether the interview should contain an educational part. Concerning purpose, the question is whether to always aim to obtain more information about the client or rather to verify or disprove the information obtained from the test methods. And last but not least, concerns the overlapping of the interview. The question is if the respondents should identify the important topics and discuss these, or if they should stick to self- general topics from which the psychologist can see if the client has an opinion and is able to perform evaluation.

2.3 Topics for discussion and inconsistencies of the PAFTD interview

Beyond the abovementioned answers we discovered other topics and considerations during our research interviews. These are presented below:

- TRUST AT THE EXPENSE OF DISTORTION? During a regular PAFTD, and in particular during the final evaluation, there are usually only two parties: the client and the traffic psychologist. An individual approach to the client during an interview produces of personal and confidential information. There is no database where a psychologist would be able to check whether the client has already undergone a PAFTD. This may lead to the building of confidence between the two parties but, on the other hand, it may also lead to distorted and incorrect results.

Here are some examples of answers provided by respondents concerning this issue: What significance do you attribute to the interview during the final

evaluation of a client? „It is very significant but it is also important to get an agreement from your client and his opinion about himself. And it also sometimes happens that when there is an appeal, a second psychologist, not the one who performed the PAFTD evaluation, is asked to deal with it. This psychologist does not know what happened during the previous interview. He only asks for the test results and makes a conclusion based on them. The question is how to record the interview as the clients are cautious about their personal data. It is likely that most clients would not give consent for recording the interview. And there lies the question of conclusiveness.“ Has it ever happen to you that the client passed all the tests but failed the interview? „Yes, it has. One driver in particular that turned out to have paranoid schizophrenia. But mostly in my experience if something shows up during the tests, it will also show up during the interview.“ What topics are problematic to discuss during the interview? How do you handle such topics? „The questions concerned with drug use or any addiction. These are topics I need to improve on. I would like to know more about these topics.“ Do you mean what questions to ask? „Exactly, I feel that I still have to gain more experience in discussing these.“ Another respondent says: „The psychologist must ask questions in such a manner that the client will evaluate himself without even noticing it. Of course the self-evaluation has to be rational. If someone tells me that he, as a professional driver, has never committed any offence, I know he is lying. We have to think philosophically, not like engineers.“

- IS THE NON-UNIFORMITY OF INTERVIEWS GOOD OR BAD? The PAFTD interview does not have a standardised form and no source materials regarding this issue are available. It appears that it is common not to make a record of the PAFTD interview. When the respondents were asked whether they deliver the assessment results already during the final interview, we found that those who do so, do not record the interview and, on the other hand, those who take time for evaluation and deliver the results only after a few days do record the interview. Overall, it is recommended to create a record because it allows comparison of the results at a later stage and similar or different points can be identified and used later.

One of the respondents said: „It’s not all about the questions. It is essential to create not only the methodology for psychologists but also the overall guidelines. The guidelines should explicitly describe what to do and how, including the

initial interview. It would be useful to create a framework for the management of the initial and final interview.“

As opposed to another opinion: *„Sometimes it is difficult to remain professional. This is sometimes a huge problem because the tension I see in some people, mainly in those under a lot of pressure, is overwhelming. But we should work to overcome this because if we remain professional then it should not be difficult to deal with such an issue on a professional level. But yes, it will be harder than usual because, as I already stated, sometime it is difficult to say to a client that he essentially paid for a negative result.“*

- WHAT IS THE CORRECT DURATION OF THE INTERVIEW? The research study results showed marginal differences in both, the formal and content aspects of the interview. The respondents did not agree, when examining the formal aspects, on the correct duration of the interview. As Svoboda (2013) says, the interviewer should not talk for more than 30% of the interview. The rest of the time should be allocated to the client. This is closely connected with the interview duration because one of its criteria is how eloquent the client is. The issue of interview duration seems to be a topic that should be elaborated and if possible, recommendations for its duration be suggested. If the duration was more precisely specified then the interview structure could be better prepared and this would lead to more uniform results. The interview is, on the other hand, flexible on time and its form depends a lot on external factors, such as the client's personality, client's tempo, client's eloquence and the ability of self-evaluation. These criteria are distinct and should a strict interview time frame be established, then it might lead to a situation when the client does not have enough time to say everything and so the interviewer will lose valuable data, which he would not happen, if the interview duration was longer. Most respondents agree that performing a really useful interview during which all important information is revealed (e.g. alcohol abuse) would be impossible when restricted on time but having an „unlimited time“ would be time consuming.

“The interview duration also depends on the delivery of results. The results should, in my opinion, always be communicated to the client orally and only with a simple explanation. Because when you try to explain the results in detail, they usually do not want to understand your reasoning or they try to find

excuses from other areas (such as family etc.). It is necessary to carefully select your words and bear in mind your own mental health. There is no set deadline for the delivery of results. If you deal with the assessment of an individual you can present it immediately. If, on the other hand, you deal with a group assessment, the results can be presented, for example, in a week.“

- SHOULD THE EDUCATIONAL PART BE INCLUDED? Inclusion of the educational part also requires time. If the educational part is included, the interview duration can increase by up to 60 minutes. This is in direct contrast to the opinion of other traffic psychologists who say that the interview duration should not exceed 30 minutes because the client’s primary motive is to know the result. Also, when the educational part is included, the clients may respond in a negative way in the sense that they do not like being lectured. Those respondents who lecture the client in some way during the interview gain more time for their contact with the client which leads to obtaining additional information. The PAFTD duration is therefore directly proportional to the interview duration and every client perceives the ideal duration of the PAFTD differently.

To a question „Do you have something like an educational part for drivers during your final interview?“ one respondent answered the following: *„Yes, I include that during the final interview when I present my feedback to the clients and when I compare their results with the results of other drivers or the general public, or when we discuss something else. It is mainly about the client’s behaviour standards. Sometimes we even try to talk about their behaviour, to what extend they understand their strengths and weaknesses, how they are perceived by people around them, to what extend did their driving behaviour influenced the life of their families and its influence on their mothers, fathers, spouse and children. So the greater part of this final interview deals with feedback and with an endeavour to correct their behaviour if it is needed.“*

Example of the educational content of another respondent: *„During the educational part we deal with topics such as: What is the safe distance, what are the rest breaks and why to have them, why to use seatbelts, what is the minimal safe distance when driving behind another vehicle, why to keep a constant speed, what is the difference between using and not using the hands-free set, should you use your phone at all and other topics that will have an impact on the driving habits of the client and to which the client may not be used to. That*

means a flashing a green light, a red light and its countdown or other legislation changes.“

- DIFFERENTIATION OF THE CLIENTS? The choice of questions during the interview depends on the purpose of the assessment, i.e. on the reason why the client needs the PAFTD. If the client needs the PAFTD as a part of their routine professional assessment, the interview is more concerned with their driving history. If the client needs the PAFTD because they have too many penalty points or due to the fact that their driver's licence was suspended, when driving under the influence of drugs then the interview questions are concerned with the context and reasons that can prevent such behaviour in the future. This supports the fact that the traffic psychologists see the questions about alcohol and drugs as very important.

Example: „We focus our questions on a given profession when dealing with clients who need the PAFTD for that purpose or, when dealing with professional drivers, we focus on questions dealing with their evaluation of their work, satisfaction, working overtime and with their strength and weaknesses. When dealing with clients whose driver's licence was confiscated we include more questions aimed at the reason why they committed the traffic offence(s), what is their opinion on that (possible) criminal offence, how can they deal with it, what do they think about their future, if they are able to admit their guilt and how they perceive themselves as drivers.“

- SHOULD THE INTERVIEW BE STRUCTURED? The PAFTD interview does not have a structured form. A huge downside of this is a low reliability of client's answers because the client can change the answers according to their discretion and the psychologist does not have the means to find out whether the answers are true or false. If the interview was structured, the client would find it more difficult to distort the answers or avoid the questions. Another downside of non-structure interview is the fact that the answers are seen differently by various interviewers and it is not possible to compare the results of two psychologists evaluating the same client. But a rigorous interview structure can never cover all the inter-individual variables of the client and thus a predetermined interview structure can, in a sense, be detrimental. Also, it would be easier for the client to get the questions and prepare the answers in advance

should there be a predetermined interview structure. But even if the clients would know the questions, it is up to the psychologist to correctly understand and evaluate the client's answers.

- GROUP OR INDIVIDUAL INTERVIEW? During a group assessment the initial interview is performed with all the participants but the final interview is always individual. The initial group interview has its pros and cons. One of the advantages is the fact that if there is someone in the group who has already completed a PAFTD, they can talk about their experience and by doing so calms the other participants. But this situation can be also counterproductive. Alternatively during the group interview a participant could be noisy, chatty or extravagant which will affect the overall harmony and peace of the interview that the traffic psychologist is trying to establish.

According to one respondent, *„I prefer individual assessment. And when I invite drivers for a group assessment, which I do sometimes to save time, I invite about three drivers. But what I usually do is that I explain the test methods in a group and then, for the projective methods and for the interviews, I call them individually to a different room which increases the overall time duration. I know that it is not the best solution for those drivers so I do it only in certain situations because I prefer when drivers come one by one. I cannot say which method I use more. It really depends on various circumstances.“*

Example of the interview, *„There are two interviews, initial and final. The initial interview is at the beginning of the assessment. The client brings his documents so I ask what that this is (first information). After that, I evaluate if I have an insight into the issue or not. If the client wants to comment on this issue, which they usually do, I listen to them and this adds to the information. This initial interview is mainly focused on the expectations of the client and on determining what the client is like. Then the psychologist can adjust the prepared test methods according to the outcome of the initial interview. The interview is flexible so it is better to do it individually. The initial interview for a group assessment is different because it usually more informative (greeting, topic introduction). There are two types of clients: 1) those who already have experience with the PAFTD and who scare the others and 2) novices who are here for the first time. So the initial interview is there to calm them and present them with general information. When dealing with a group, their objective*

is also important. At the start, it is necessary to ask the clients if they are in a good physical and mental condition. They should be (this is confirmed by their signature). It is also important to mention what tools they can use (pen etc.). This concerns the technical requirements of the whole PAFTD. But it is up to the psychologist how to progress the initial interview. Even during a group assessment it is important to ask if the clients know why they must undergo the PAFTD. And if they do not know then it is important to explain it. Even the understanding of instructions (and who and how is asking) is an important indicator for the psychologist that should be written down. Copying from others is also a problematic issue. If a client tries to copy from others, I usually take him to another room and ask him why he did so. And the answer is a very important piece of information. If one client is disturbing others, the rest will usually calm him down and if not then the psychologist will do so.“

- IDEAL CONTENT OF THE INTERVIEW? There is very little agreement on the content of the interview between respondents. The reasons for this might be the length of the traffic psychologist's work experience as they will use their own experience during the interview and without any structured form of topics they adjust the interview style according to their style and according to the individual situation or client. The biggest difference can be seen in questions that deal more deeply with personal history (e.g. questions about family, occupation, lifestyle or driving history). It is not usual to ask all of the clients these questions. The respondents usually go with their gut feeling. But this poses a risk of subjective evaluation and the omission of certain topics.

The duration and content of the interview is, according to one respondent, *„Very individual. It depends on the client and on their problems. It really varies. The interview can be quite long when dealing with problematic drivers as opposed to non-problematic drivers. In such cases I require more than a standard interview, which I use when dealing with professional drivers. I am not content with answers like „I occasionally drink alcohol,“ I dig deeper and ask „What do you mean by occasionally,“ and I discuss the topic further. The content depends on the reason why the driver needs the assessment, on their problems and on their behaviour during the assessment. So, the final interview usually takes quite a while. One of the reasons for a long interview is, for example, the fact that elderly people who are obviously not eligible to drive a vehicle are sent to me by doctors for assessment and when I discover that they cannot drive even*

with the help of various tools (e.g. glasses) then I am told by the doctors that I have to give this news to that elderly person. They say that it is in the best interest of their patient as they need to stay in contact with them, they provide them with medical assistance and so they do not want to be the ones who take away their driving licence. That is why the interview with elderly people takes much longer. They need to understand why they are not eligible for a driving licence. The interview resembles a random psychotherapy when I try to make them understand and come to terms with this information.“

Another respondent stated: „*When I have doubts about the client I always tend to be stricter because I think of my kids walking the streets and I do not want to have regrets one day if something should happen to them. I have performed an assessment of Mr Váhal, I was less strict with him and it ended badly. And that is why I do it the way I do.“*

“*When I touch on a topic that I feel is wrong, I always try to react accordingly, I ask follow-up questions and I am sure that I do not always ask the same questions. I adapt to every situation and I follow my motivation to do an outstanding job and to have clear consciousness not only with regards to society but also with regards to the driver. So I cannot really say whether my interview is 100% correct but I try my best.“*»

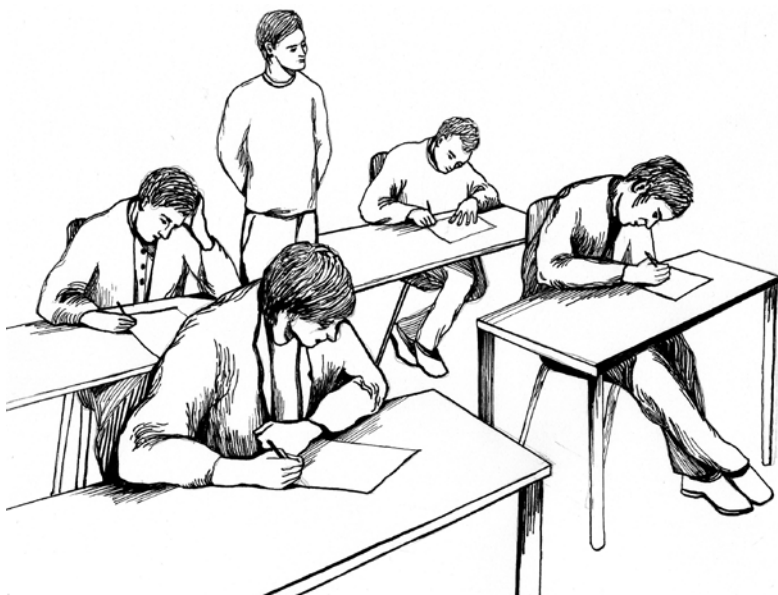
- SHOULD THE QUESTION TOPICS BE DESIGNATED? Most of the respondents said that they see the interview as an independent entity and they never thought about it but they agree that it would be helpful to elaborate on this issue. The respondents are in favour of designating at the very least a set of questions that would be similar for every traffic psychologist and which would serve as a basis for the creation of other topics according to the individual needs of every psychologist. They would also welcome collective training on the issue of interview management. Even though they all have some work experience they understand that no one has given them any instructions on how to manage an interview and even though they are confident that they manage their interviews well they still felt a need for improvement. There was also a request to get to know the recommended procedure on reporting negative results in the field of intelligence directly to the client. A designed set of questions topics would also be helpful when teaching younger colleges.

Summary

- Gathering of information about the client and its importance as an irreplaceable source of information were identified as the main mutual aspects of interview management.
- The formal aspects of the interview differ significantly among the respondents. But a mutual aspect can be found – the differentiation between the initial and final phase of the interview.
- The formal aspects of the interview differ in the number of participants seen, i.e. if it is an individual or group interview. The group interview can happen only during the initial phase of the PAFTD, the final interview is always individual.
- The initial interview can be divided into informational and educational parts. Some respondents include the educational part in the final phase; some do not include it at all. The interview duration varies according to the possible inclusion of the educational part.
- The formal aspects of the interview are, thanks to its non-standardised form, very diverse.
- When dealing with the content aspects of the interview, the respondents agree that it should include questions about past, present and future. They also agreed on the content of the initial interview which should include the greeting and reassurance of the clients. The content of the final interview should include these goals: get to know the client even better, verify data collected during test methods and prepare a conclusion that will be presented to the client.
- The traffic psychologists regard the interview as the most important part of the PAFTD without which the PAFTD would not make any sense. It is thanks to the interview that they can verify if the client is eligible or not, if the client does not show any suspicious behaviour and if the client has concealed something. For some its main purpose is to educate the client about his shortcomings and, as they say, open their eyes.
- One of the main topics of the interview is the medical history data and the client's need for the PAFTD.

Literature

- Allhoff, D. W., Allhoff, W. (2008). *Rétorika a komunikace*. Praha: Grada.
- Arvey, R. D., & Campion, J. E. (1982). The Employment Interview: A Summary and Review of Recent Research. *Personnel Psychology*, 35, 281–322.
- Baštecká, B. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
- Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of psychological assessment. Includes bibliographical references and indexes*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., ISBN 0-471-41979-6.
- Kerlinger, F. N. (1972). *Základy výzkumu chování. Pedagogický a psychologický výzkum*. Praha: Academia.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Morris, S. B., Kwaske, I. H., & Daisley, R. R. (2011). The Validity of Individual Psychological Assessments. *Industrial and Organizational Psychology*, 4 (2011), 322–326. Society for Industrial and Organizational Psychology. 1754-9426/11. Získáno z EBSCOhost database.
- Pauknerová, D. (2012). *Psychologie pro ekonomy a manažery*. Praha: Grada.
- Silzer, R., & Jeanneret, R. (2011). Individual psychological assessment: A practice and science in search of common ground. *Industrial and Organizational Psychology: Perspectives on Science and Practice*, 4, 270–296. Society for Industrial and Organizational Psychology. 1754-9426/11. Získáno z EBSCO host database.
- Štikar, J., Hoskovec, J., & Štikarová, J. (2003). *Psychologie v dopravě*. Praha: Karolinum.
- Švancara, J. (1980). *Diagnostika psychického vývoje*. Praha: Avicenum.
- Van Iddekinge, CH. H., Sager, CH. E., Burnfield, J. L., & Heffner, T. S. (2006). The Variability of Criterion-Related Validity Estimates Among Interviewers and Interview Panels. *International Journal of Selection and Assessment*. Volume 14. Number 3. September (2006), 193–205. Journal Compilation. Blackwell Publishing Ltd, 2006. Získáno z EBSCOhost database.



V / Anamnestic questionnaire of the PAFTD (PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT OF FITNESS TO DRIVE)

Kateřina Böhmová, Lenka Šrámková

Introduction

If we try to change a driver's behaviour, we must first fully understand their perception of the situation from behind the steering wheel, e.g. driving perception, their own abilities, skills, self-reflection or self-image. There are certain interpretation models of origin and change of behaviour, for example classical or operant model of conditioning and other models of behaviour change. It is essential to ask the question, why do people carry out actions which they are

clearly aware of as being wrong? Answers to these types of questions are not easy to find. A human being is a complex individual, influenced by many factors, which are necessary to be deciphered in order to be able to make the desired behaviour changes. The only possible way to decipher these factors during a Psychological Assessment of Fitness to Drive is to complete an anamnestic questionnaire (this is commonly referred to as a case history) (hereinafter AQ).

A Case history serves as a comparison to self-evaluation, in that; it is an objective information source, even though we will be unable to avoid intentional misinterpretation. AQ within the PAFTD usually comprises the following parts:

- 1. Personal case history/Family case history
- 2. Medical case history
- 3. Addictological case history
- 4. Driver's case history
- 5. Others (leisure time, experience with PAFTD and others)

The above will be described in more details in the following chapter. The end of this article will be devoted to the results of the survey cited in chapter 4; respectively these findings are related to our detection of a case history.

1 Definition

Our behaviour on the road can be, in many cases deduced from everyday life behaviour. Driver's increased risk behaviour is directly linked to their life style, which is reflected in their driving behaviour. For example, drivers who are more inclined to anti-social behaviour and aggression, drive more aggressively than drivers showing empathy. This not only concerns current behaviour, but also anti-social behaviour in childhood that can lead to risky driving behaviour (Beirness et al., 1991; Machin & Sankey, 2007; Møller & Gregersen, 2007; Vassall, 2007). For a better understanding of driver's behaviour, we should thoroughly examine a driver's motivation and lifestyle. For this purpose filling in AQ during PAFTD will contribute this comprehension.

1.1 Personal and family case history

A personal case history usually includes a series of questions related to basic socio-demographic data e.g. age, gender, marital status, highest educational attainment, social relationship etc. The aim is to find out about the clients' basic information, which will help us to create a primal picture of their life, standpoints or values. All of the questions the client is asked by the AQ should

be formulated, so that the psychologist, who evaluates the data, clearly knows why the question was asked and what conclusion it provides. For example, such questions about the age and gender of the person, will not only inform us about factual information, but it will also help to group the client into the age range of frequent traffic accidents. Statistics produced by the Czech Ministry of Transport shows that male drivers aged 25 are the age group most commonly involved in traffic accident. It is necessary to verify other very important facts within a PAFTD related to the elderly. Drivers aged over 65 are usually dependent on a car for two reasons: driving a car is their main means of transportation owing to which they can devote not only to their independence but also to entertainment outside their home which therefore enriches their life. This is related to the second reason, which is maintaining social relationships outside their home. A car enables them to visit their acquaintances and thus also allows them to maintain a certain social status. Therefore, it is essential with drivers 65 and over to assess whether there would be a serious difficulty in their lifestyle and its associated health state if they were ineligible to drive. (Lee, Steinman & Tan, 2011; Liddle, Gustafsson, Bartlett & McKenna, 2011). It is not only a person's age that affects safe driving; it is primarily linked to the length of the driving experience. According to Maycock (1991) in the first years of driving, risk behaviour was caused by; 59% from driving experience, 31% from the driver's age and 10% by other factors. Therefore it is important to question the length of driving experience. Also the questions about marital status, family and children are justifiable. Families with a higher number of family members, mainly children, show lower risk behaviour rates than families with a lower number of family members. The reason may not only be a feeling of increased responsibility but also increased cost resulting in lower social status. People with lower social status and financial income generally behave more safely and economically than people with higher income and that of many profit-seeking reasons. Traffic accidents cost money, therefore they try to avoid them (Cutter, 2009; Siagian, Purhadi, Suhartono a Ritong, 2013). Questions about school results might seem irrelevant; however, they can account for a client's description of their behaviour and a sense of responsibility point of view. Therefore the inclusion of a particular question is entirely the responsibility of the traffic psychologist and they also serve as data for interview. Finally it should be noted that the AQ is often presented as a questionnaire and the client is asked to confirm the accuracy of the data by the psychologist. The declaration of accuracy is legally valid only when the document is signed by client and contains their full name, date of

birth and place of residence. Therefore these items are also included in the introductory part of AQ.

1.2 Medical case history

A driver must demonstrate medical fitness in order to drive a motor vehicle. This fitness should be assessed by an attending physician according to the Regulation of Ministry of Health Care No. 277/2004 Coll. „ Determination of medical fitness to drive a motor vehicle, medical fitness to drive a motor vehicle with exception and a medical certificate stating the health reason, why it is not possible for a driver to fasten their seatbelt (Regulation of medical fitness to drive motor vehicle) as amended by act No. 253/2007 Coll. and No. 72/2011 Coll.“ However, this information is not given to psychologist directly. They can request this data from the client but the client is not obliged to inform them. Therefore is the question about the state of health included in the AQ presented by many traffic psychologists? The questions about the use of medication are included to help establish its possible effect on cognitive function, which is essential for driving. Subsequently, there could be questions on physical or mental illness, physical disability, which might be incompatible with driving a motor vehicle. For example as stated in the study by Kernbach-Wighton, Sprung and Püschelb (2001) on hypoglycaemic shock that poses extreme danger to motor vehicle driving. The hypoglycaemic shock can be triggered by e.g. physical or psychical stress, improper lifestyle, post-alcoholic syndrome, liver disease, insomnia etc. Traffic psychologist can never be certain of the veracity of obtained information unless the client is obliged to produce a medical fitness report.

1.3 Addictological case history

As mentioned above, traffic psychologists obtain their information only from the AQ, due to the limited access to more objective data sources. Just as they cannot request a driver's medical report, they cannot force them to undergo toxicological test. Drug addiction among drivers is on the increase. According to the Czech Republic Police statistics for 2013, 4686 traffic accidents were caused by drivers under the influence of alcohol (i.e. 6.1% of total), which recorded 52 fatalities (i.e. 8.97% of the total) and a further 2306 people were injured in these accidents. And within positive drug results, apart from alcohol, statistics revealed, 213 positive results, in which 10 people were killed and 102 injured.

Due to the growing number of traffic accident, caused while under the influence of alcohol or other addictive substance the police in the Czech Republic

have tightened controls and equipped themselves with modern drug detection devices. As part of the PAFTD it is also necessary to test for a presence of alcohol or drugs, however, currently there are no devices available. We need to know not only about drug usage in the past, but also the client needs to declare that they are not currently under the influence of alcohol or other addictive substances during their assessment. The enquiry is done more for legal reasons, as drugs have an effect on human cognitive function and should the client be under their influence during the assessment, it would not be legally binding. Within the AQ, there can be questions on whether or not the drivers use alcohol or other drugs and how frequently. The choice of answers, to the specific questions, „How much? And „How frequently?“ must be worded precisely, since the meaning of the words „from time to time“, „sometimes“ and “occasionally“ can be assumed vague and every individual can perceive different quantities and frequencies. The reasons for these questions are obvious; however, the veracity of the questions could only be guaranteed, with support from mandatory documents on toxicological or liver tests. The question of coffee drinking or cigarette smoking also occurs in this section. Based on the findings it would seem these items also show a predisposition to addiction as confirmed by the study of Seabrook House (2011).

1.4 Driver's case history

A driver's case history accounts for one of the main items of the AQ within a Psychological Assessment of Fitness to Drive. A traffic psychologist determines the driver's experience with driving, driver's mileage, also any incidents during their driving history, the number and types of traffic accidents and other related incidents. This data provides the basis for the final individual interview within the PAFTD between the psychologist and client. The Psychologist will undertake an analysis of the information provided by the AQ and from this conclude whether or not the data is accurate and consistent with the relevant information. Beside objective data (driver's mileage, number of traffic accidents, repeat offences, and others), we intend to establish the client's relationship with driving. Is driving important to them, if so, why? Alver, Demirel and Mutlub (2014) confirmed that drivers with limited experience or very young drivers commit more driving errors, therefore become more likely to be the driver at fault or party at fault when involved in accident than experienced/older drivers. Differences between gender, risk perception behind the steering wheel and more frequent involvement of young/inexperienced drivers with traffic offences,

such as; passing through a red light, driving under the influence of alcohol/drugs, driving without seat belt and speeding were confirmed. A driver's case history within the AQ should therefore consist of questions that give an answer to; the number of collisions or traffic accidents occurring over the lifetime of experience of driving. Not only this, the traffic psychologist should also identify the driver's current activity. They question the driver's mileage over the last six months or year. Very low mileage may indicate possible client pathology, such as a driving phobia, paranoia etc. In the case where the psychologist determines a particular pathology, they usually recommend the support of a competent colleague, therapy or training course, where the client can turn for assistance.

A research interview within the PAFTD (Chapter 4) showed one of the many solutions given situation: *„It can be the case where, the client's PAFTD results are correct in theory; however they show signs of pathological personality. It was concluded, that the client be informed of the problem and that a specialist help was required. Then a clinical psychologist was called in to carry out the necessary diagnosis within the boundaries of the PAFTD and from this the client began with treatment. “*

Other items included in the driver's case history refer to an opinion poll. Clients are asked to give their opinion on the characteristic of problematic/dangerous driver that qualify as driving offences in their opinion. Some clients were asked to give their opinion on a driver who jumped a red light at a vacant crossroad.

Research on one of the respondent revealed: *„I ask a question on what they think about the penalty points system, and from this I can identify their level of awareness. We can link the relationship to rules. Some are aware of it, others disregard it. These clients are mostly those who consider the whole PAFTD as a formality, they only came to comply with an order. “*

These questions are worded in such way from which, it is possible to deduct the client's attitude towards offenses. The questions are deliberately asked in the third person so the client does not have a feeling of interrogation but only expresses their opinion. According to Mikuláščík (2010), these questions are of a factual nature, which serves to obtain information about an opinion poll and consequently, a project respondent's attitude, opinion, and feelings and this represents their self-identity. Drivers, moreover, tend to put themselves in a better light. Some of the questions are perceived as vague or unclear, which

the drivers find difficult to answer, this presents the psychologist with the most valuable and beneficial information.

„When a driver has reported alcohol use or a more serious offence, then I ask as many as possible open questions in order to find out as much information as I can. E.g.: Could you tell me anything about it? What have you gained from this? How did you feel at that moment? Etc. Then I ask them about the present time, such as: Where do you drive the most frequently? Do you also go abroad? How did you solve the situation after having your driving license revoked? What has changed in your life since then and how have you get on with it? How has your family taken to the given situation? Has anything been changed presently? Do you have a different opinion on revoking your driving license? ”

1.5 Other

Subjective attitudes to driving, leisure activities

As has already been indicated, a drivers' practice reflects their attitudes; opinion and feeling and these factors do not necessarily need to result from driving itself. Møller and Sigurðardóttir (2009) who dedicated in their study on road safety came to the conclusion that there has been improvement within this issue; however, significant numbers of inexperienced drivers are still involved in traffic accident. Their study examined the differences in driving between young inexperienced and experienced older drivers. Anxiety and anger engaged in their leisure time was examined with regard to their driving style. Despite the many differences, the relationship between leisure time and dangerous behaviour behind the steering wheel was found to exist, especially with regard to the issues of excitement and anger. There have been some interesting findings that suggest that older respondents, who showed a disparity with their friends involved in similar leisure activities, were more likely to be associated with problematic behaviour. As indicated by the results, early intervention in dealing or helping with such drivers is necessary in order to eliminate dangerous road activity and also in their life. Therefore it is appropriate to include this in the AQ questions on leisure activities. The question is how is the traffic psychologist able to deduce from the answers whether or not the leisure activity is considered to be dangerous.

Experience with PAFTD

The client experiences many assessments as a part of the PAFTD. As already mentioned in Chapter 4 in the interview within the PAFTD, unfit client can

undergo a PAFTD until they successfully pass the assessment (legislation is allowing this). Such clients anticipate the questions and they know how to avoid any possible problems with their answer. Since the AQ is not a standardised method, every traffic psychologist has it formed differently; however the core is the same. Clients, who have already completed the AQ several times, know how to respond. Therefore the final interview that serves as feedback is crucial. Psychologist runs through all the data received from the AQ and scrutinise it.

2 Research

Data is based on the research obtained from Interview Method within the PAFTD (see Chapter 4).

In total, fifteen (15) traffic psychologists participated in the research. Thirteen (13) provided their own AQ, which they presented to their clients at the beginning of the PAFTD to complete. These thirteen (13) AQ's were subjected to a cluster analysis (of) items. The key findings are summarised below:

The most frequent AQ topics of the thirteen (13) respondents within (included) in their PAFTD were:

- Personal case history
- Family case history
- Medical case history
- Addictological case history
- Driver's case history
- Other questions:
 - Violations of the rules/law
 - Leisure time
 - Experience with PAFTD

Examples of the most frequent questions within PAFTD according to headings:

- First Name and Surname, Academic Degree
- Date and Place of Birth
- Permanent address
- Number of children and their age
- Educational Attainment (also incomplete):
- Category of your current driving license?

- Have you been involved in any traffic accident – including accidents with private car – in which the damage or injury occurred or that was investigated by the police? YES NO
- Have you committed any traffic offences during the last two years? YES NO
- Have you ever had any serious illness surgery, hospital treatment?
- Have you ever been examined or treated:
 - At an alcohol detoxification unit? When?
 - At a psychiatric unit? When?
 - At a neurological unit? When?
- Do you have any current health problems? Are they being treated? – YES NO
- Do you take any medication? What type? How often?

Some respondents considered questions of personal character as fundamental others as irrelevant:

- Reason of psychological treatment?
- Did you serve as a driver during your military service? If so, what was the type of vehicle?
- What type of school did you graduate from or what are you currently studying?
- Can you state all your previous jobs?
- Your current employer?
- How long have you been in your current job position?
- Have you completed any further education courses or training courses?
- Are you a car or a motorcycle owner?
- If you are a driver by profession, what is it you enjoy about your work?
- What do you dislike about your job?
- Were you raised by parents, relatives or in foster institution?
- Do you find the marriage of your parents as rather harmonious, common (ordinary) or rather quarrelsome?
- In case one of your parents passed away or divorced, specify more details and note what your age was at the time of divorce?
- Have you been on long-term sick leave during the last two years?
- Do you drink black coffee? How many cups per day on average?

- Which life events have had an impact on your life and or else affect your future life?
- What do you considered to be your greatest life success so far?
- In case where you are married (divorced, widowed) for the second or three times, please specify further circumstances?
- What is your wife's job?
- If you are a driver by profession, please specify why did you decide to do this job?
- What is your attitude and relation to a driving job?
- How many hours of overtime do you do per month?
- What is your idea of average monthly income?
- How do you cope with more demanding occupational load?
- If you have been working as a driver by profession for more than 5 years, have you noticed any changes (even minor) in your person?
- If you do any exercise, do you prefer individual to group activity?
- Have you ever been long-term or more seriously ill?
- Have you ever suffered from any injury, especially head-injury?
- Have you recently experienced any worries?
- Are you satisfied with your current family situation?
- What are your housing conditions?
- What is the name of your general practitioner?
- What do you say about drivers who go slowly in front of you, keep the speed limit and where it is impossible to overtake them?
- What traffic offense do you consider as the most dangerous?
- What traffic offences do you consider as the least dangerous?
- What types of drivers do you dislike?
- What animal do you like the most?
- Drivers by profession versus suspended drivers (different questionnaire)
- Do you maintain your car in perfect condition at all times?
- Do you enjoy fast driving?
- What do you consider as the most important aspect for a driver to perform the job successfully? Please note, what you can affect?

Conclusion

As a part of the PAFTD we should bear in mind that the assessment is highly individualistic and therefore this issue is generally problematic. There is an increase in the number of instances where a PAFTD is required; however, there is a lack of qualitative description and recommended techniques of all the assessment methods. This chapter focused particularly on the issue of the AQ. Research revealed that all participating traffic psychologists make use of the AQ; however in different ways. Despite the lack of a universal AQ formula, it is still required and therefore it serves as a major base for interview within the PAFTD. AQ's are very diverse; each traffic psychologist considers their questions as essential. There is only concordance in a few of the questions. What do the clients' answers reveal about them? Why are the questions asked? Is it really necessary to enquire about wife's / husband's job? Aren't any of the questions redundant? (Damaging client – a question of ethic) Isn't it the diversity of the AQ, that is the root cause of the different pieces of information received from the clients and therefore, at the same time the cause of the divergent results of the PAFTD for the same client. It is necessary to consider whether attention should be targeted in this direction, not only towards diagnostic but also in the qualitative direction, i.e. towards the interview and the AQ which, produce neither any data for inspection or data output. Results of the assessment are summarised into two output words – eligible/ineligible driver.

Literature

- Alver, Y., Demirel, M. C., Mutlub, M. M. (2014). Interaction between socio-demographic characteristics: Traffic ruleviolations and traffic crash history for young drivers. *Accident Analysis and Prevention* 72 (2014), 95–104.
- Beirness, P. J., Simpson, H. M. (1991). *Predicting young driver crash involvement: The role of lifestyle factors*. International Symposium, New to the road, Prevention measures for young and novice drivers. Halifax.
- Cutter, S., Emrich, Ch. T., Webb, J. J., and Morath, D. (2009). *Social Vulnerability to Climate Variability Hazards: A Review of the Literature*. Final Report to Oxfam America. Hazards and Vulnerability Research Institute. Department of Geography. University of South Carolina. Columbia, SC 29208.
- Kernbach-Wighton, G., Sprung, R., Püschelb, K. (2001). On the diagnosis of hypoglycemia in car drivers. *Forensic Science International*. Volume 115, Issues 1–2, Pages 89–94.
- Liddle, J., Gustafsson, L., Bartlett, H., and McKenna, K. (2011). *Time use, role participation and life satisfaction of older people: Impact of driving status*. Article first published

- online: 14 OCT 2011. DOI: 10.1111/j.1440-1630.2011.00956.x. Occupational Therapy Australia.
- Machin, M. A., Sankey, K. S. (2007). Relationships between young drivers' personality characteristics, risk perceptions, and driving behaviour. University of Southern Queensland, Australia. *Accident Analysis and Prevention* 40 (2008), 541–547.
- Mikuláščík, M. (2010). *Komunikační dovednosti v praxi. 2.*, doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada.
- Møller, M., Gregersen, N. P. (2007). Psychosocial function of driving as predictor of risk-taking behaviour. *Accident Analysis and Prevention* 40 (2008), 209–215.
- Møller, M., Sigurðardóttir, S. B. (2009). The relationship between leisure time and driving style in two groups of male drivers. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*. Volume 12, Issue 6, November 2009, 462–469.
- October 22/2011. Seabrook House. Does Caffeine Use Predict Future Cocaine Abuse? <https://www.seabrookhouse.org/blog/2011/10/22/does-caffeine-use-predict-future-cocaine-abuse/>. (dne 10.9.2014).
- Siagian, T. H., Purhadi, P., Suhartono, S., Ritonga, H. (2013). *Social vulnerability to natural hazards in Indonesia: driving factors and policy implications*. Received: 22 February 2012 /Accepted: 29 September 2013 /Published online: 16 October 2013. Springer Science+Business Media Dordrecht 2013.
- Vassallo, S., Smart, D., Sanson, A., Harrison, W., Harris, A., Cockfield, S., McIntyre, A. (2007). Risky driving among young Australian drivers: trends, precursors and correlates. *Accid. Anal. Prev.* 39, 444–458.



VI / The specifics of the interview with a somatic patient

**(Specifics of clinically significant somatic, psychiatric and
neurological disorders when driving motor vehicles)**

Radko Obereignerů

Introduction

A number of somatic diseases pose a barrier to driving MVs. Specific groups form psychiatric and neurological disorders, especially those mentioned in the relevant Acts and Regulations are seen as barriers to driving MVs. Primarily, Regulation No. 72/2011 Coll. that modifies Regulation No. 277/2004 Coll. on

determining a person's health, this includes their; fitness to drive motor vehicles, fitness to drive motor vehicles with a condition, and health certificate requirements verifying the health reasons on why it is impossible to use a seat belt on the motor vehicle seat (Regulation on health fitness to drive motor vehicles) as specified by Regulation No. 253/2007 Coll. The following chapter is committed to disorders, which the psychological assessment is already denoted in the clinical area, as one of the indicators of the final diagnosis. In an overview of disorders on a psychological level, we consider it important to observe and during the anamnestic interview determine the most serious problems that an individual has with the disease. Such disorders and diseases are chosen because there exists a high mental disorder risk, or it is a basic symptom of the mentioned disease. There is a brief introduced on the clinical image, disease etiology and its dominant mental symptoms. An orientational assessment is possible on the basis of a clinical – possibly testing – approach, which, however, differs in its applied methods from that of the method used by the TPA, and which is carried out by a clinical psychologist. This problem is significantly extensive and is far beyond the scope of this publication which is principally to help to follow the most serious symptoms through, exploration, observation, interview, and anamnestic data collection.

1 Visual disorders

First, it is important to describe the general category of visual disorders. Eye examinations are carried out by an authorised physician. There are diseases, visual disorders or states excluding or conditioning someone's health and therefore their fitness to driving a MV as specified in Regulation No. 72/2011 Coll. as amended. Visual acuity is important. A minimal visual acuity is defined even when using corrective lenses and glasses. There is also a time element, in relation to; a loss of functional vision, horizontal and vertical visual field scope, and the scope of changes in central visual field. During the anamnestic interview it is recommended some attention is given to the driver's approach to and the use of corrective measures.

In the field of psychological diagnostics, vision is also examined in number of cases. In these cases we talk about a visual perception examination. It is not always possible to distinguish testing of only one of the systems that mediates perception. Even visual functions need attention, especially when reading the visual processing of letters, words and sentences that are accompanied by an activation of areas of the brain that are responsible for speaking which decode

the signs and make sense of what we see. It is essential for MV drivers to preserve an ability to correctly decode signs (pictograms) with specific meaning. The basic batteries of pictographs are recognised as traffic signs. The disorder in this case is called asymbolia.

1.1 Agnosia

Problems with visual disorders are connected with agnosia. Agnosia is defined as a „disorder of objects, other external features or a person’s recognition that cannot be associated with a sensory or speech disorder or with a global cognitive dysfunction“ (Ambler et al., 2004, p. 475). The disorder often affects one’s sensory modality. So, agnosia is classified as a; visual, auditory, tactile, olfactory disorder, and therefore can be defined as set of complex agnostic syndromes (anosognosia, hemiasomatognosia, autotopagnosia, macro- and microsomatognosia, and phantom limb syndrome). It is assumed that agnostic syndromes are excluded during the somatic (neurological) examination. Many testing methods for agnostic disorder diagnostics are used in clinical psychology.

Visual agnosia is also known as optic agnosia. A patient can see normally, but the ability to recognise (identify and name) seen objects, colours, faces and sight perceived actions is affected. The condition is an unimpaired function of visual system (optic, e.g. preserved scope and acuity of visual field) and information transfer to primary visual cortex in the occipital lobe. A Patient is unable to identify an object simply by looking at it. But they are able to identify it after being given information about its fundamental qualities mediated by other sense modality, e.g. is able to recognize a bell by the tinkling. Based on the level of processing visual information, Lissauer (1890) distinguished two types of visual agnosia, apperceptive and associative. **Apperceptive visual agnosia** of objects is based on the inability to recognize objects because of unstable shaping of their image or visual stimulus perception. The issue concerns the inability to integrate individual visual stimulus constituents; where the process of visual processing is disturbed. The disorder occurs most often with brain stroke patients. Recognition of degraded objects can be used for diagnosis, e.g. Gollin test of incomplete figures (Gollin, 1960), which is based on identification of objects that are only partly displayed and differentiated on the level of drawing degradation.

An overview of all agnostic disorders is presented in a following table (tab. 1) (Obereignerů, 2013, p. 208).

Agnostic syndromes description (Obereignerů, 2013, p. 208)

Agnostic syndromes	Short description
optical (visual) agnosia	Loss or disorder of the ability to recognise objects, buildings, faces, colours and actions perceived by vision while preserving optical perception
prosopagnosia	disorder of the ability to identify faces
acoustic (auditive) agnosia	complex acoustical sounds recognition disorder while preserving partial auditory perception
tactile (haptic) agnosia	inability to recognise objects by the sense of touch
olfactory agnosia	
somatognosia	disorders of perception, cognition, identification, naming and awareness of individual body parts, often accompanied by space orientation disorder
Gerstmann syndrome	finger agnosia and right-left orientation disorder (+ agraphia, acalculia)
neglect syndrome, hemiasomatognosia	oblivious, neglecting of half of the body or space, often accompanied by loss of half of the visual field and hemiplegia
anosognosia	bodily scheme disorder, inability to realise own disease, lacks the notion of healthy body function
autotopagnosia (bilateral asomatognosia)	inability to recognise own body parts, e.g. finger agnosia, unlike hemiasomatognosia patients are aware of this disorder
amusia	music sounds recognition disorder
phantom limb	deceptive perception of amputated limb or its part
simultaneous agnosia	preserved ability to recognize individual objects (diagrams, colours, letters, figures), however, inability to identify more complex units or graphically depicted actions. Malfunction of simultaneous optical percept integration

Chart 1 The overview of agnostic disorders

In case of **associative visual agnosia** the connection between integrated stimulus and its meaning is interrupted. The disorder is caused by interrupted access to memory contents while the perception is unimpaired. The visual stimuli integration into coherent structural object image is not disrupted. The access to knowledge about the object, which is stored in semantic memory, is

missing. The object is not identified and cannot be named correctly. Naming errors often demonstrate a semantic connection with the target object, which, does not visually correspond with the named object (e.g. a helicopter is identified as a plane).

There is often only a basic visual agnosia division used in practice. The current approaches are based on a range of disorders, with a damaged process of recognition of individual parts on one side of the continuum and holistic recognition process damage at the opposite extreme (Farah, 1991).

There is a whole range of psycho-diagnostic test methods, for an overview, see the relevant sources (Obereignerů, 2013). Among the methods available in the Czech Republic, the Visual Object and Space Perception Battery (Warrington, James, 1991) is recommended. The test battery is intended for space and object perception ability examination. The examination is focused on individuals between the ages of 20-84. It consists of eight subtests that assess which abilities of the patients with right-sided brain damage are disrupted (img. 1). Warrington assumed that objects and space perception are functionally independent domains that can be dissociated by brain damaged patients and can be related to different anatomic localities.

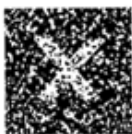
This assumption is based on four subtests concerning object perception:

1. Incomplete letters
2. Silhouettes
3. Object decision
4. Progressive silhouettes

Followed by a further four subtests, focusing on space perception:

5. Dot counting
6. Position discrimination
7. Number location
8. Cube analysis

The first listed is a subtest of visual shape detection, that helps to detect sensory visual perception disruptions. Individual subtests were selected with regard to their selectivity and sensitivity towards right hemisphere damage. Moreover, they are constructed in such a way that encourages the simplest possible answer so practical abilities (such as template copying or structural abilities) are not required. Tasks are not limited by time.



Object Decision



Incomplete Letters



Silhouettes



Shape Decision



Progressive Silhouettes



Dot Counting



Position Discrimination



Number Location



Cube Analysis

Img. 1 Example of individual tasks in Visual Object and Space Perception Battery (VOSP) (Warrington, James, 1991)

2 Diabetes mellitus

This is a group of chronic diseases is manifested in saccharide metabolism disorder. There are two main types:

- Type I. diabetes (absolute lack of insulin)
- Type II. diabetes (relative lack of insulin)

The disease is dangerous especially because of the emergence of hypoglycaemia. That is a state that can be manifested by gradatory symptoms, e.g. decreased mental performance, asthenia, headaches, sense of hunger. What is critical for the hypoglycaemic state is the loss of fine motor skills or convulsions

that can possibly lead up to unconsciousness. The most threatening in the case of diabetes is the state in which the patient is unable to manage on their own and the support of another is needed. Another dangerous hypoglycaemic state is the one that happens without prior warning symptoms or the patient is unaware of them. When the disease is treated and the hypoglycaemia does not require intervention of a second person, then driving of MVs is usually allowed. During a clinical interview it is possible to assess whether or not the patient is aware of the risk on a general level as well as of the specifics of their disease. It is assessed, whether the patient is aware of the symptoms, significant asset to the interview is the good verbal description of symptoms.

It is also important to assess, how a patient deals with the disease itself. Significant restrictions can be introduced resulting from successive disease complications. Among which we rank increased genesis of atherosclerotic plaques caused by oxidative stress, which results in an increase in the risk of vessel damage, cerebrovascular accident and diabetic retinopathy (i.e. damage to vessels that sustain the eye retina), diabetic neuropathy (i.e. damage to the function of all types of nerves). Diabetic neuropathy causes some damage to the perception of pain in the lower limbs. Even a case of a light injury of the lower extremity, which is not diagnosed and treated by the diabetic, can lead to the development of gangrene and in the worst case scenario to lower extremity amputation, also known as diabetic foot syndrome. Cognitive deficit does not appear until the later stages of diabetes complications. Most often the deficits are the same as the vascular deficits of the cognitive functions. Basic treatment include; strict adherence to specific nutritional measures and regular blood glucose checks. Non-compliance with diet, lack of knowledge of the basic mechanisms of disease mechanisms represents important risk factors for driving MVs. Medical check for the driving MVs by patients with diabetes is set by the law to every three years.

3 Epilepsy

Epilepsy belongs among diseases, disorders or states of the nervous system, which influence decisions on whether an applicant or the driver can be assumed medically fit to drive a MV. This is based on a professional examination. Epilepsy is a paroxysmal activity caused by repeated abnormal, excessive discharges of cerebral cortex nerve cells. Between 0.5–1% of the population suffer from epilepsy with frequent seizures. Around 5–10% of the population suffers from an

isolated epileptic seizure without further manifestation of the disease. Isolated epileptic seizure should not be considered on its own as a nosologic unit.

There are more factors that take part in the development of epileptic seizure. A cluster of pathological neurons in the cerebral cortex that produce synchronous abnormal discharge is considered to be an **epileptic focus**. The second factor is **the brain readiness to a seizure** that is highly individual, but can be greatly enhanced by fatigue, mental stress, lack of sleep, hormonal disorders and other. The third factor is the **epileptogenic stimuli**. These are the provocative moments triggering some seizures. Among the provocative moments are alcohol, stroboscopic light, and hyperventilation.

The most common types of epilepsy are; **idiopathic (primary)**, this is inherited with genetic predisposition without structural or metabolic abnormality, **symptomatic (secondary)**, in this case the cause is known, usually it is the structural lesions (tumours, encephalitis, traumata), metabolic or toxic causes (alcoholism, brain damage by liver-or kidney failure), and so called **cryptogenic** epilepsy, by which an organic base is assumed, however, the structural abnormality is hard to discover by current imaging.

A clinical image of epilepsy is highly variable, the main symptoms are:

- consciousness disorders – a quantitative or qualitative
- motor – cramps, decrease or loss of muscle tone, automatisms or temporary paralysis
- somatosensory – paraesthesia, olfactory, auditory or visual sensation of a different kind
- vegetative – changes in pupil reaction, skin discolouration particularly in the face, nausea, vomiting, sweating, headaches, dizziness
- mental – a variety of subjective experiences usually associated with qualitative consciousness disorder, the state before the seizure is also referred to as the so-called aura

Seizures have their own specific characteristics. If they stereotypically originate in the cortex of one cerebral hemisphere, they are known as partial (focal). In case of partial seizures their location within the cortex of the brain lobes plays a role in their characteristic. Frontal lobe seizures are mostly manifested by spasms of the limbs on the contralateral side of the body. The localization in the precentral gyrus is frequent, where there is the largest cortical presentation of the face and upper limb. Spasms of face and upper limb are the most common.

Seizure characteristics:

- 1. Partial (focal) seizures** have a stereotypical origin in the cortical areas of one of the hemispheres. A partial simple seizure is such a seizure that does not involve a loss of consciousness. A partial complex seizure involves a loss of consciousness. The seizures can be clinically differentiated by the localisation of their focus in the cortex of the brain lobes.

In Chart 2 there is a brief overview of possible clinical seizure manifestations depending on the focus localisation:

Selected clinical manifestation of epileptic seizure depending on the focus localisation

Cerebral lobe	Possible clinical manifestations
Frontal lobe	Limb spasms contralaterally to the focus; tonic spasms with a longer tension; clonic spasms with regular twitch in affected body part, tonic-clonic spasms are the combination of the two. Most often the spasm of face and upper limb. Consciousness preserved. Possible after-seizure paresis lasting for several hours.
Temporal lobe	Partial seizures with a complex symptomatology. Consciousness disorders are always present. Subsequent amnesia .The beginning of a seizure is often accompanied by so called aura of olfactory perception (often unpleasant), illusions, states of depersonalization and derealisation, potentially by vegetative manifestations (abdominal pains and chest pains). During the seizure the patient is confused, they does not react, automatism appear – simple or complex activities (repeated putting on and taking off clothes, aimless wandering).
Parietal lobe	Sensitive symptoms prevail, feelings of tingling and formication in a certain contralateral body part. Consciousness is fully preserved.
Occipital lobe	Visual phenomena are common, simple (flashes and sparks) up to complex (visual hallucinations), possibly also failures of vision or temporary blindness.

Chart 2: Epilepsy

- 2. Primarily generalized seizures** are two-sided from the start and sudden consciousness impairment occurs. This group includes; a generalised tonic-clonic seizure (grand mal), which is manifested by a loss of consciousness, falling to the ground, spasms of the whole body, and breathlessness. Seizure usually last for 1–3 minutes. The Patient regains

consciousness after 10–15 minutes and is amnesic about the seizure. Among other primarily generalises seizures belong absence (small seizures, petit mal – states of fixed look, paused action), myoclonic seizures (fast muscle one-sided or double-sided twitches, without a loss of consciousness), tonic and clonic seizures, atonic seizures (sudden falls).

The neurological diagnosis is based on EEG examination. However, its disadvantage is low sensitivity. Examination by imaging methods (CT, MRI) helps to reveal potential structural causes of epilepsy.

The clinical interview must include a detailed case history, though the objective description is the most reliable. In case of increased motivation to gain/regain a driving license there is a higher risk of patient giving inaccurate information. Only patients that remain conscious are able to describe the nature of the seizures. In case of seizures with loss of consciousness the objective case history is essential. The focus lies on the description of the paroxysmal state. A significant factor for lying is a professional motivation to regain a driving license.

4 Organic mental disorders

This is a heterogeneous group of disorders that belong to ICD-10. This category works with a dementia syndrome within different groups of diseases, including neurodegenerative diseases, which fit within the name dementia. For clarity, the most common neurodegenerative diseases are stated separately with regard to the specifics of their cognitive, behavioural and functional disorders.

Dementia is a rather extensive syndrome comprised of deficits involving disruption and progressive deterioration of cognitive and symbolic functions. Often it is the global loss of cognitive abilities. Within this disease classification, the primary feature is memory impairment and at least one of the following cognitive disorders:

- aphasia (loss of speech symbolic functions related to the understanding and expression of ideas by words)
- apraxia (inability to carry out motor activities despite intact motor functions)
- agnosia (inability to recognize or identify things despite intact sensory functions)
- disruption of executive functions (e.g. the planning, organising, maintaining and shifting of mental adjustment)

Etiology is caused by an illness, injury, or other brain damage. Dementia may first occur following the formation of cognitive function, after the peak of synaptogenesis, i.e. the earliest from the second year of life. The decrease in cognitive functions has to be significant from (compared to) the premorbid capacity. What can be considered as a significant decrease? This is a change that can be qualitatively expressed as a reduction of 1.5 standard deviations in most psycho-diagnostic test methods. A differential diagnosis is necessary to exclude depression or delirium. Dementia can be divided into:

- primary degenerative (atrophic-degenerative) dementia
- ischemic vascular dementia (dementia occurring as a result of vascular brain damage)
- other symptomatic (secondary) dementias. These dementias are manifestations of brain functions damages. They are caused by other diseases (e.g. infectious), brain injuries and alcoholism.

The Clinical psychological diagnosis of dementia is always based on three pillars, namely cognitive disorders, behavioural and psychological symptoms of dementia, and disorders of activities of daily living.

Regulation 277/2004 Coll. as amended, regulates the disorders excluding the competence to drive MVs and defines them as diseases or conditions that cause such health problems or deviations which are dangerous to traffic on the road, especially organic mental disorders manifested by dementia (Alzheimer's disease, vascular dementia, dementia in diseases classified elsewhere, unspecified dementia)⁴.

A number of current medical investigative procedures are required for the determination of the type of dementia, alongside a number of other somatic and laboratory examinations, such as performing laboratory screening (blood count, blood glucose, liver function tests, thyroid hormones, and other). Structural changes of CNS imaging (CT or MRI) can be viewed as a good way

⁴ The stated point of Regulation 277/2004 Coll. as amended further includes an organic amnesic syndrome, organically conditioned personality disorders and behavioural disorders, nonspecific organic or symptomatic mental disorders, schizophrenia, schizotypal disorders, acute and transient psychotic disorders, schizoaffective disorders, a permanent mental disorder with delusions, induced delusional disorder, other nonorganic psychotic disorders in the acute stage, with the re-emergence of symptoms of this disease and their persistence, mental retardation and pervasive developmental disorders.

to provide information on the typical loss of certain parts of the cortex and to exclude other causes of dementia. When neuroinfection is suspected a cerebrospinal fluid examination (lumbar puncture) is carried out.

When a significant decrease in cognitive function is suspected it is possible to use some screening methods for the PAFTD. Clinical dementia rating belongs among the so-called „Gold standard“ (CDR, Clinical Dementia Rating, Morris, 1993). It is a specialised form of assessment through a clinical interview, which is not only carried out with the patient but also with their carer or a loved one who can objectively assess any changes in the patient’s cognition and behaviour. The patient is evaluated by the level of disability in six different domains (memory, orientation, judgment and problem solving, community affairs, home and hobbies, personal care). It is a standardised interview, with a time demand on administration ranging from 40 to 50 minutes. The rating is based on four categorical scores (0 points = absent disorder, 0.5 points = disorder questionable, 1 point = mild disorder, 2 points = moderate disorder, 3 points = severe disorder).

Addenbrooke cognitive examination is probably more accessible (ACE-R Mioshi et al., 2006, Raisová et al., 2011, Bartos et al., 2011). It is a screening tool that assesses five different areas (orientation and attention, memory, verbal fluency, language, visual spatial skills). The result is a score, from which a profile of cognitive function can be formed. In the Czech standardised version, orientation and attention are summarized under one subscore. The test also includes assessment of mental state (MMSE, mini-mental state examination, Folstein et al., 1975), which includes 30 points in the overall maximum of 100 score. A Clock Test is also included (Clock Test, Hendriksen et al., 1993), as an orientation method for revealing strong disturbances of visual, spatial and executive functions. Total score reach a maximum of 100 points; if the score is lower than 88 points the sensitivity for dementia is 94% and specificity 89%. By dividing the results of the subtests, which are difficult for patients with frontotemporal dementia (verbal fluency and language) and subtests, which are typically difficult for patients with Alzheimer’s disease, an approximate index (VLOM) distinguishing between these two groups of dementia can be calculated. A „frontotemporal „dementia is probable when the value of the score is less than 2.2. If the score is higher than 3.2, it is more likely to be Alzheimer’s dementia.

The Index has some practical limitations. It is insufficient for discrimination in the area of frontotemporal lobar degeneration. The advantages of the test are that it significantly expands the possibilities of MMSE. It is designed to be

more sensitive to amnesic syndrome, isolated frontal and linguistic deficits. ACE-R has many similarities with Quantitative Mental Status Examination (QMSE – Mental Status Examination Quantitative, Mahler et al, 1989), which has never significantly popular.

ACE-R assessed areas include:

- Orientation and attention: 10 points orientation, items from the MMSE, 3 points for remembering, 5 points attention and arithmetic.
- Episodic and semantic memory: a total of 35 points; includes recollection of three words after distraction, determination of an address from seven pieces information within three attempts, recollection of seven elements of the address after five minutes, listing four generally known facts, which incorporates retrograde memory.
- Verbal fluency: naming of words, i.e. phonemic verbal fluency, naming of words from a category-animals, i.e. semantic verbal fluency.
- Language: A total of 28 points, naming 12 drawings, understanding three simple instructions (two spoken, one written), two complex tasks, a three-stage command, repetition of words and phrases, reading, writing
- Vision-spatial abilities: tracing of overlapping pentagons and a cube, drawing a clock with a time of 5 hours 10 minutes.

The time needed for administration is 15–20 minutes. A cut-off score of 88 points was chosen because it is a value that is two standard deviations from the control group. The test reveals that 98% of patients with very mild symptoms of dementia (in comparison with the clinical assessment of dementia CDR = 1) and 100% of patients with moderate and severe dementia. When the selected cut-off score is 83 points, the results are even more compelling, sensitivity 82% and specificity of 96%. The Czech Republic conversion is standardised to our population.

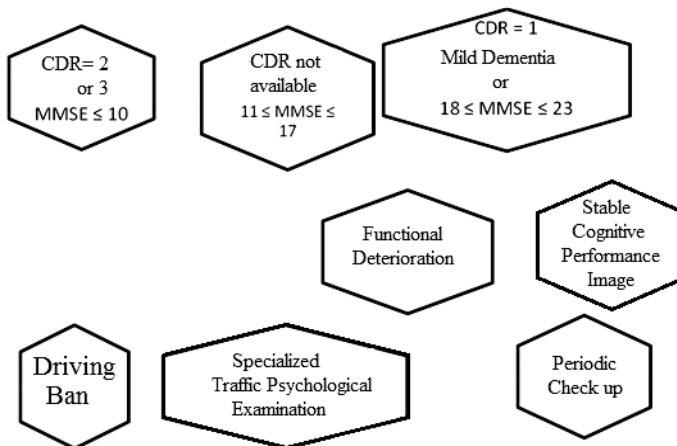
Certain limits for the assessment of cognitive performance represent mild cognitive impairment (MCI). This syndrome is characterized by impairment of at least one component of cognition, however, with these patients the normal activities of daily living (ADL) are unaffected – so this is not dementia. The prevalence of MCI is found in 3–19% in the population over 65 years (Gauthier et al., 2006). MCI criteria involve the following (Petersen, 1999):

- Subjective complaint about memory
- Results of memory tests outside the norm for age and education
- The overall cognitive performance within the norm

- Normal activities of daily living (ADL)
- Clinical without signs of dementia

Mild cognitive impairment is sometimes considered to be the borderline between normal aging and dementia. However, there is not inevitably given that each patient with MCI had over time reach stage of dementia. The agreed percentage of realizing dementia (Alzheimer's type) is 80% within six years from the establishment of MCI (Král et al., 2013). Neuropsychological diagnostics play an important role during the assessment. Focus of investigative algorithms should take into account the cardinal symptom, i.e. memory impairment. Methods of neuropsychological tests for individual cognitive domains are:

- Executive functions – Stroop test, Wisconsin Card Sorting Test, Test Tower of Hanoi, Path Test (Part B)
- Attention – Path test, d2, use of instrumental methods in TPA
- Memory – Wechsler Memory Scale (WMS-III, WMS-IIIa), learning memory test
- Intelligence – Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-III), short general intelligence test (KAI)
- Speech – verbal fluency tests, Boston naming test



Img. 2 The limits of performance assessment – the use of „Gold Standard“ methods for assessing dementia (CDR, ACE-R), the recommendations of the Swedish Association of Road Transport, Lundberg, C., Johansson, K., Rizzo, M., et al. (1997). Dementia in driving: An attempt at consensus. *Alzheim Dis Assoc Disord* 11:28–37.

Similarly specialized batteries for assessing dementia can be used, for example the Global Scale Deterioration (GDS Global Scale Deterioration, Reisberg, 1982). This method first mentioned the term MCI. The result of the assessment is a seven-point scale:

1. Subjectively and objectively normal
2. Subjective complaints of mild memory loss
3. Isolated deficits (recollection of names and words, spatial problems, difficulties with new-memory) Mild Cognitive Impairment (MCI) – in reaching this point it is necessary to assess the capabilities to drive MVs
4. Obvious deficits (memory impairment, attention deficit disorder, difficulties in everyday life), early dementia – if obvious deficits are present, then MV driving ban is required.
5. Moderate dementia – difficulties to work without the help (disorientation in time and space)
6. Moderately severe dementia – needed help with daily activities and self-care
7. Severe dementia – loss of speech abilities, volitional motor skills, and walking

The issues of dementia within the PAFTD can be summarised in such a way, where only a proportion of moderate stage of dementia patients are able to drive safely. Mild cognitive impairment and dementia are considered to be the turning point. If already a routine clinical assessment or basic PAFTD interview could suggest a deficit in some area of cognition, then it is appropriate to use at least one screening test. The detailed, standardised and continuously updated diagnostic criteria for dementia are issued by the American Psychiatric Association and the National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke (NINCDS/ADRDA) and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS/ADRDA; McKhann et al., 1994)

5 Neurodegenerative diseases

Neurodegenerative diseases seemingly form a heterogeneous group. They include specific diseases, which despite their clinical differences have some common characteristics, such as pathogenetic factors (apoptosis of neurons, formation of abnormal pathological protein aggregates, production of mitochondrial free oxygen radicals, genome impairment, etc.), which can ultimately damage brain tissue.

5.1 Alzheimer's disease

Alzheimer's disease is an atrophic-degenerative brain disease, accompanying sign of which is the gradual development of dementia. It represents about 60% of all dementias. Brain tissue is characterized by histological alterations (plaques, neurofibrillary clusters, neuronal loss). Temporal lobes and the medial temporal structures of the limbic system are usually the most affected. (Braak et al., 1991). At the start of the disease the volume of hippocampus is reduced. The disease is long and progressive; the average duration is 8–10 years. In some clinical assessment, complications such as behavioural disorders and moods (depression, irritability, sleep disturbances) should be closely observed. In the clinical assessment; memory impairment, disruption of symbolic functions, psychomotor speed changes or behavioural changes should provide an adequate warning sign for an urgent assessment of the ability to drive MVs. These facts are important because patients lose insight into their own problems.

5.2 Parkinson's disease

Parkinson's disease is a chronic progressive disease of the nervous system, typically manifesting by movement disorders so called hypokinetic rigid extrapyramidal syndrome. This impairment results from a degenerative decline of neurons of substantia nigra, leading to a failure of the nigrostriatal dopaminergic transmission (Ambler et al., 2004). The etiology of the disease is not well known. It is a complex, multifactorial syndrome of unknown etiology, when environmental and genetic factors interact in yet unknown manner (Kollárová et al., 2007).

Back in 1817, James Parkinson defined Parkinsonism as a complex of symptoms with various combinations of six cardinal symptoms: resting tremor, rigidity, bradykinesia-hypokinesia, flexed body posture, postural instability and freezing phenomenon. Clinical manifestations are obvious only after the loss of more than 60% of dopaminergic neurons. Idiopathic Parkinson's disease is the most common cause of Parkinsonism. After Alzheimer's, dementia it is the second most common neurodegenerative disease (Fahn et al., 2010). Besides the cardinal motor symptoms of the disease the clinical image is also characterized by a number of so called non-motor manifestations. These include personality changes, emotional disorders, executive function disorders, sleep disorders, autonomic dysfunction, fatigue and sensory symptoms. Non-motor symptoms such as impaired smell, abnormal behaviour during REM sleep, depression and sensory symptoms (paresthesia, pain) often precede motor symptoms by

several years (Bednarik et al., 2010; Fahn et al., 2010). Neuropsychiatric disorders generally include impaired attention and impaired visual-spatial abilities. Personality changes include loss of spontaneity, dependence on others, indecision and passivity.

So called executive memory dysfunction associated with prefrontal dysfunction occurs here. Patients have difficulties with switching attention and maintaining mental adjustment, as well as with response initiation when planning strategies. Adapting to the new situation is also impaired, when driving MVs patients are, to compensate for the motor deficit, able to handle just well-known traffic situation, in the new situation they are unable to adequately adapt and orientate. Overall they are cognitively slow, and in general their productivity is decreased. Patients with a predominance of bradykinesia and rigidity, exhibit significant more cognitive deficit than the patients with tremor dominant forms of the disease, where it is generally milder, or absent.

One possible orientation sign for the clinical assessment of a patient in the preclinical or early stage of Parkinson's disease is verbal fluency – spontaneous as well as categorical and phonemic reduced performance is a risk indicator for the development of dementia in later stages of the disease. The decline in verbal fluency performance is directly related to the level of dopamine (Lezak et al., 2004). Disorders of verbal fluency are considered to be one of the indicators of executive dysfunction, which can be monitored by commonly available psychodiagnostic methods (Wisconsin Card Sorting Test, the Iowa game test, Stroop test, Tower of Hanoi Test etc.). Research provides a detailed view of the structure and the severity of disruption of executive functions (Obereignerů, 2012).

The deepening cognitive deficit carries an increased risk of psychotic symptoms and delirium, frequent occurrence of psychotic phenomena is associated with dopaminergic pharmacotherapy. Psychotic symptoms often have paranoid colouring, are accompanied by feelings of distress, stalking, robbing others, the presence of other people in the vicinity to the patient but outside his/her field of vision. These can be only temporary in nature. Many patients show depressive symptomatology, which is present in 40–60% of patients (Cummings, 1992).

5.3 Vascular Dementia

Within the group of vascular dementias are arranged disorders that meet the general criteria for dementia and are caused by vascular brain damage (disease of large and small arteries, multi-infarct etiology). Vascular dementia represents 15–20% of all dementias (Král et al., 2013). It usually starts with

a vascular brain stroke. Cognitive (symbolic and executive) functions connected with a damage localisation are disrupted. The process is often sudden; one of the features seen in the measures of performance-related psycho-diagnostic methods is a considerable variation in performance. Cognitive deficits include; disorders of the memory function, slow recollection and the specific issue represented by aphasia. For a detailed overview refer to the relevant literature (Obereignerů, 2013). Clinical image also includes emotional instability (frequent incontinence of emotions) and the development of depression (25–79%). In the case of vascular dementia ability of self-assessment is maintained relatively long.

5.4 Multiple sclerosis

It is a chronic autoimmune disease of the CNS, and a combination of inflammatory and neurodegenerative processes. Král et al. (2013) report that cerebrospinal multiple sclerosis is, after trauma, the leading cause of disablement in young patients. The essence of the disease is the creation of multiple inflammatory demyelinating focuses in a typical localisation of brain and spinal cord. Gradually, however, it leads to axonal loss and to neurodegeneration, which dominates in more advanced stages of the disease, which causes an increase of the neurological deficit, and as already mentioned, disablement in patients.

The disease is characterized by a changing neurological deficit, and depends on the form of the disease occurring at the time of attacks and remissions. One of the most common early symptoms of the disease is optic neuritis (retrobulbar neuritis). It manifests itself by sub-acute development of vision acuity impairment, or even colour perception impairment, accompanied by retrobulbar pain. Another possible eye symptom is double vision (Král et al., 2013). Visual agnosia was described in the introduction to the chapter. In patients with the cerebrospinal multiple sclerosis the visual impairments appear only in 65% of cases. The disease implies a varied image of cognitive and behavioural disorders, which occur in 40–60% of cases. The primary symptoms include depression (25%) and bipolar affective disorder, frequent mood swings, irritability, moodiness, but also the possible occurrence of euphoria (Galeazzi, 2005). Panic disorder occurs in 10%, obsessive-compulsive disorder in 8.6% and generalised anxiety disorder in 18.6% of cases. Depression and anxiety are associated with disease activity (SA, 2008). The basic neurological symptoms are motor disorders (80–90%). Multiple sclerosis itself is not mentioned in the Regulation, however, it comes

under Annex 3, Article VI., Para. 2 of Regulation 277/ 2004 as amended, which places it under neurological disorders associated with diseases or surgical intervention affecting the central or peripheral nervous system and cause mental, sensory or motor disorders and affect balance and coordination.

6 Schizophrenia

Schizophrenia is a serious mental illness that can affect patient's cognitive function, in terms of cognitive deficits. Attention, memory, executive functions, intelligence and speech tend to be especially affected. Most often are at risk patients with long-term adverse response to a treatment or chronically ill patients. Several authors studied the role of cognitive deficits in schizophrenia (Neuchterlein et al, 2010; Crow, 2010; Keefe et al., 2006; Fuller et al., 2002; Saykin et al., 1994). Cognitive impairment in schizophrenic patients differs in form, severity and course of the disease. Adaptation ability of the patients throughout their lives also plays its role. Most significant deficits are found in patients with long-term adverse response to treatment and chronic course of disease. There is no specific profile of cognitive deficits. The range of deficits, which meets criteria for dementia, varies from isolated to the global damage. The assessment of cognitive deficits is based on the performance of patients in the relevant neuropsychological tests. Distortions, which are in direct relation to or are caused by psychotic symptoms or psychopharmacological medication, are removed from the definition of the cognitive deficits. Changes in cognitive function in schizophrenic patients are formed already within the premorbid development.

Cognitive disorders can be expressed qualitatively (according to specific phenomena occurring within the used test) and quantitatively, where the results are compared with the statistical norm. Usually minor damage corresponds with performances around -0.5 standard deviations (SD); moderate damage corresponds to the range of -0.5 to -1.5 SD and severe damage to more than -1.5 SD (Harvey et al., 2009). Patients with schizophrenia exhibit in neurocognitive tests a decrease of 1.5 – 2 standard deviations compared with healthy results (Keefe, 2008). The seriousness of this distortion is highest in the domains of memory, attention, working memory, problem solving, processing speed, and social cognition (Nuechterlein et al., 2004). Unfortunately, even though there are links to cognitive distortions in the diagnostic handbooks DSM-IV-TR and ICD -10, none of the diagnostic criteria or subtypes of schizophrenia include a request for testing for cognitive dysfunction.

Deficits observed by Bleuler, in attention and information processing were attributed to the reduced ability of filtering out irrelevant stimuli. The original theory was later extended and completed according to the fact the patients with schizophrenia are not able to exclude irrelevant stimuli from sensory organs, which causes their suffering (McGhie et al., 1961). Oversaturation with information from the sensory organs leads to the overall fragmentation of cognitive processes and subsequently to disturbances of thinking. The basis for attention deficits and information processing is the violation of frontal lobes circuits (cortico striatal-palidothalamic, the dorsolateral prefrontal circuit, lateral orbitofrontal, mediofrontal) (Miller et al., 2007). However, it does not matter where the circuit distortion occurs. In patients the same deficits are observed (Cummings et al., 1992).

Mahurin et al. (1998) studied the relationship between executive abilities and types of schizophrenia. The study was based on Liddle's factor-analytical processing of BPRS, which divides patients with schizophrenia into three groups by way of the predominance of symptoms (with a predominance of psychomotor decline, i.e. patients pulled back – slowed, disorganization syndrome, i.e. with conceptual disorganization syndrome and syndrome of distortion of reality i.e. patients with significant disruptions of reality). Patients with a predominance of psychomotor decline had the weakest performance across all the applicable tests of executive functions. Other executive deficits include disruption of abstraction and of problem-solving skills (Palmer et al., In Grant et al., 2009).

Schizophrenia, alongside other diseases of nosological field, is stated in a Regulation 277/2004 Coll., as amended, ranked in Annex 3, Article VII, i.e. mental disorders that affect safety on the road and where the applicant or the driver can be recognised as medically fit to drive a motor vehicle only on the basis of the conclusion of a professional examination. Apart from schizophrenia there are the following disorders in the field: schizotypal disorder, acute and temporary psychotic disorders, schizoaffective disorders, permanent mental disorder with delusions, induced delusional disorder or other nonorganic psychotic disorders, as stated in the case history.

Literature

- Ambler, Z., Bednařík, J., & Růžička, E. (Eds.). (2004). *Klinická neurologie*. Praha: Triton.
- Bartoš, A., Raisová, M., Kopeček, M. (2011). Důvody a průběh novelizace české verze Addenbrookského kognitivního testu (ACE-CZ). *Cesk Slov Neurol N*, 74/107(6): e1– e5.

- Bednařík, J., Ambler, Z., Růžička, E., et al. (2010). *Klinická neurologie – část speciální I*. Praha: Triton.
- Braak, H., Braak, E. (1991). Neuropathological staging of Alzheimer's disease related changes. *Acta Neuropathol* 82: 239–259.
- Crow, T. J. (2010). The nuclear symptoms of schizophrenia reveal the four quadrant structure of language and its deictic frame. *Journal of Neurolinguistics*, 23: 1–9.
- Cummings, J. L., & Benson, F. D. (1992). *Dementia: A clinical approach* (2nd ed.). Boston: Butterworth-Heinemann.
- Cummings, J. L. (1992). Depression and Parkinson's disease: a review. *Am J Psychiatry*, 149(4): 443–54.
- Fahn, S., & Przedborski, S. (2010). Parkinsonism. In L. P. Rowland, T. A. Pedley (Eds.). *Merritt's Neurology*. 751–769. New York, New York, USA: Lippincott Williams and Wilkins.
- Farah, M. J. (1991). Patterns of co-occurrence among the associative agnosias: Implications for visual object representation. *Cognitive Neuropsychology*, 8, 1–19.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini Mental State": a practical method for gauging the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12, 189–198.
- Fuller, R., Nopoulos, P., Arndt, S., et al. (2002). Longitudinal assessment of premorbid cognitive functioning in patients with schizophrenia through examination of standardized scholastic test performance. *Am J Psychiatry*, 159: 1183–1189.
- Galeazzi, G., M., Ferrari, S., Giaroli, G., Mackinnon, A., Merelli, E., Motti, L., & Rigatelli, M. (2005). Psychiatric disorders and depression in multiple sclerosis outpatients: impact of disability and interferon beta therapy. *Neurol Sci*, 26:255–262. doi: 10.1007/s10072-005-0468-8.
- Gauthier, S., Reisberg, B., Zaudig, M., Petersen, R. C., Ritchie, K., Broich, K., Belleville, S., Brodaty, H., Bennett, D., Chertkow, H., Cummings, J. L., de Leon, M., Feldman, H., Ganguli, M., Hampel, H., Scheltens, P., Tierney, M., C., Whitehouse, P., Winblad, B., International Psychogeriatric Association Expert Conference on mild cognitive impairment (2006). Mild cognitive impairment. *Lancet*, 15;367(9518):1262–70.
- Gollin, E. S. (1960). Developmental studies of visual recognition of incomplete objects. *Perceptual and motor skills*, 11, 289–294.
- Harvey, P. D., & Keefe, R. S. E. (2009). Clinical neuropsychology of schizophrenia. In I. Grant, K. M. Adams. *Neuropsychological assessment of neuropsychiatric and neuromedical disorders*. Oxford: Oxford University Press, 507–522.
- Hendriksen, Ch., Meier, D., Klitzing, W., Krebs, M., Ermini-Funfschilling, D., & Stahelin, H. B. (1993). *Early Dementia and the clock drawing test*. Internal press. Memory clinic, Geriatric university clinic, Basel, Switzerland.

- Keefe, R. S. E. (2008). Should cognitive impairment be included in the diagnostic criteria for schizophrenia? *World Psychiatry, 7*: 22–28.
- Keefe, R. S. E., Perkins, D. O., Gu, H., et al. (2006). A longitudinal study of neurocognitive function in individuals at-risk for psychosis. *Schizophr Res, 88*: 26–35.
- Kollárová, K., Ressner, P., Kaňovský, P. (2007). Genetika Parkinsonovej choroby. *Neurol. pro praxi, (8)6*: 357–359.
- Král, M., Školoudík, D, Bártová, P., Bártková, A., Šaňák, D., Obereignerů, R., Veverka, T., Ressner, P. (2013). *Neurologie pro speciální pedagogy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., & Loring, D. W. (2004). *Neuropsychological Assessment* (4th ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Lissauer, H. (1890). Ein fall von seelenblindheit nebst einem beitrage zur theorie derselben. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 21*, 222–270.
- Mahurin, R. K., Velligan, D. I., & Miller, A. L. (1998). Executive-frontal lobe cognitive dysfunction in schizophrenia: A symptom subtype analysis. *Psychiatry Research, 79*: 139–149.
- McGhie, A., & Chapman, J. (1961). Disorders of attention and perception in early schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology, 34*: 103–116.
- McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D., Stadlan, E. M. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology 34 (7)*: 939–44. doi:10.1212/wnl.34.7.939.
- Miller, B. L., & Cummings, J. L. (2007). *The human frontal lobes*. (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., & Hodges, J. R. (2006). The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. *Int J Geriatr Psychiatry, 21*, 1078–1085.
- Morris, J. C. (1993). The Clinical Dementia Rating (CDR): Current vision and scoring rules. *Neurology, 43*:2412–2414.
- Nuechterlein, K. H, Barch, D. M., Gold, J. M., et al. (2004). Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophr Res, 72*: 29–39.
- Nuechterlein, K. H., Green, M. F., Kern, R. S. (2010). Schizophrenia as a cognitive disorder: Recent approaches to identifying its core cognitive components to aid treatment development. In W. F Gattaz & G. Busatto (Eds.). *Advances in schizophrenia research 2009*. New York, NY, US: Springer Science and Business Media, 267–282.
- Obereignerů, R. (2013). *Afázie a přidružené poruchy symbolických funkcí*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Obereignerů, R., Obereignerů, K., Farníková, K., Dolejš, M., Vanáčová, L., & Kaňovský, P. (2012). An old legend Tower of Hanoi as a tool of the neuropsychological assessment

- in patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders*, 18(52), S81–S159.
- Palmer, B. W., Heaton, R. K. (2009). Executive dysfunction in schizophrenia. In I. Grant, K. M. Adams. *Neuropsychological Assessment of Neuropsychiatric and Neuromedical Disorders*. New York: Oxford University Press.
- Petersen, R., C., Smith, G., E., Waring, S., C., Ivnik, R., J., Tangalos, E., G., & Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol.*, 56(3):303–8.
- Raisová, M., Kopeček, M., Řípová, D., & Bartoš, A. (2011). Addenbrookský kognitivní test a jeho možnosti použití v lékařské praxi. *Psychiatrie*, 15(3):145–150.
- Reisberg, B., Ferris, S., H., Leon, M., J., et al. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139:1136–1139.
- Sá, M. J. (2008). Psychological aspects of multiple sclerosis. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 110:868–877. doi: 10.1016/j.clineuro.2007.10.001.
- Saykin, A. J., Shtasel, D. L., Gur, R. E., et al. (1994). Neuropsychological deficits in neuroleptic naïve patients with first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 5: 124–131.
- Warrington, E. K., & James, M. (1991). *The Visual Object and Space Perception Battery*. Bury St. Edmunds, Suffolk, England: Thames Valley Test Company.



VII / Ethical and legal issues of the PAFTD

Michal Walter, Lenka Šrámková

Introduction

Similar to the other parts of the Psychological Assessment of Fitness to Drive; the interview, observation and anamnesis are all concerned with preserving basic ethical principles. As discussed in the previous chapters, the interview serves as a diagnostic tool on which to test, the traffic psychologist's judgment. However, when compared with other diagnostic (test) methods, the interview not only provides a number of advantages but also many limitations. Among

other points to bear in mind, is the material value of the conclusions, arising from the interview.

It will be necessary to keep a record of interview, in order to support the information value of the exploration – either audio or video recording or at the very least in writing. If a recording is made during the assessment, it will be necessary to consider the ethical and also legal consequences of such action.

The next chapter will outline a general ethical framework for conducting an interview within the framework of the psychological assessment of fitness to drive with emphasis on making a recording and the protection of personal data. Furthermore, there will be a need to describe some practical experience and offer recommendations, and finally, the wording of a written informed consent with a recording of the interview.

1 Ethical principles

A psychological assessment of fitness to drive serves as tool for assessing the psychic fitness of a particular driver to driver a motor vehicle of relevant group/groups.

It is considered as a scientific activity of the psychologist, who assesses a diverse range of psychodiagnostic methods in helping measure (structured interview, anamnestic questionnaire, observation, standardised methods – performance tests, personality questionnaire or others), the level of psychic competence of a particular driver.

A traffic psychologist is an expert who should comply with the principles of ethical behaviour that are stated in the Czech-Moravian Psychological Society Code of Ethics. This Code is based on the Meta-Code of Ethics EFPA (European Federation of Psychologists' Associations), which was adopted at a General Meeting of the EFPA in Granada in 1995. The Code of Ethics CMPS is binding for all members of the CMPS, but it is also recommended as a standard for all psychologists. Its enforceability is problematic in practice; however, its compliance with the principles of ethical behaviour should be a standard for every psychologist.

The ethical behaviour issues of psychologists are intensely discussed both in Europe (within the EFPA) and in the Czech Republic (The Union of Psychologists Associations in the Czech Republic). A constituent part of the conditions for awarding the European certificate for psychologists “EuroPsy” is the applicant’s signature under the Meta-Code of Ethics EFPA.

The approval of a law on psychological activities and the establishment of the Czech Psychological Chamber would seem to be an appropriate solution. The ethical issues as well as potential sanctions for breach of the ethical principles should be included within the law.

2 Protection of driver's/client's personal data who are undergoing Psychological Assessment of Fitness to Drive

Each traffic psychologist should be suitably acquainted with Act No. 101/2000 Coll., based on the protection of personal data (effective version).

If any personal or sensitive data is processed, the psychologist is obliged to register this information with the Office for Personal Data Protection (see § 4) the registration can be completed via a on-line form on the web site www.uouu.cz.

§ 4

Definition of Terms

For the purposes of this Act:

- a) *«Personal data» shall mean any information relating to an identified or identifiable data subject. A data subject shall be considered identified or identifiable if it is possible to identify the data subject directly or indirectly in particular on the basis of a number, code or one or more factors specific to his/her physical, physiological, psychical, economic, cultural or social identity;*
- b) *«Sensitive data» shall mean personal data revealing nationality, racial or ethnic origin, political attitudes, trade-union membership, religious and philosophical beliefs, conviction of a criminal act, health status and sexual life of the data subject and genetic data of the data subject; sensitive data shall also mean a biometric data permitting direct identification or authentication of the data subject;*

Proposal of written informed consent with interview recording

The wording of the informed consent should be formulated by a lawyer together with a psychologist so that it directly fits to the key area required by psychologist. The informed consent can be formulated predominantly in two ways.

(So called) The contractual agreement should ensure the characteristic of a legal agreement and is non-countervailable when worded correctly. This version of an agreement must contain the full name, date of birth and permanent address of both contractual parties (of client and psychologist) and it must explicitly contain the client's content to audio recording/written record, its archiving and its use in full.

It may be difficult to obtain the continued and continuous approval of the client, therefore it is possible to accede to a version of informed consent which already bears the characteristic of an agreement; however, this it is only a form of explicit agreement with the given activity, in this case with recording of an interview. Among the advantages of this version is undoubtedly the fact that it is more frequent acceptance by the client, among its disadvantages then perhaps the countervailability e.g. in the case of litigation. It is also advisable to include in the "classical" version of informed consent, as much information as necessary in order to ascertain the identification of client. The legal (non) countervailability lies in the identification.

An Alibi, available to psychologist, can also be ensured by the inclusion of a question about consent directly in recording, in other words: it is recommended to directly ask the client about his/her consent, and it should be signed by them.

Example of the contractual version of informed consent:

CONSENT WITH THE USE OF INTERVIEW CONTENT

I, the undersigned _____ (*client's name, his/her date of birth and permanent address*) hereby expressly declare, I agree that the content of this interview which I give today to _____ (*traffic psychologist's name, his/her date of birth and permanent address*) for the purpose of a Psychological Assessment of Fitness to Drive can be used for the assessment, archived and administered in full.

In _____ (*town*) on _____ (*date*)

_____ (*client's signature*) _____ (*psychologist's signature*)

This agreement is produced in duplicate and each party will receive one copy.

Example of the classical version of informed consent:**CONSENT WITH THE USE OF INTERVIEW CONTENT**

I, the undersigned _____ (*client's name, his/her date of birth and permanent address*) hereby expressly declare I agree that the content of this interview which I give today to _____ (*traffic psychologist's name, his/her date of birth and permanent address*) for the purpose of Psychological Assessment of Fitness to Drive can be used for the assessment, archived and administered in full.

In _____ (town) on _____ (date)
 _____ (*client's signature*)

If a traffic psychologist is also a lecturer of traffic psychology, e.g. postgraduate course or he/she actively publishes findings from his/her practice, it is recommended to include this information into informed consent. e.g.

- „...for the purpose of a Psychological Assessment of Fitness to Drive but also for other scientific activities such as conferences and professional publications.“
- „I acknowledge that the content of my recording will be presented to other professionals from a scientific circle _____ (*name of the publishing institution used by psychologist*) who are entitled to make use of information contained in audio recording/written recording for their scientific and professional activities. “

In brief, the consent should explicitly state how everything will be maintained, including, an audio recording/written record, for use in the future.

Conclusion

Within the framework of the Psychological Assessment of Fitness to Drive, every psychologist must bear in mind the basic ethical principles that are common to all psychological assessments.

These include in particular the competence to job performance, the respect of client's rights or rights of company, professional and personal responsibility, relevance of given questions, possibility of client to inquire and discuss, archiving of obtained data, client's right to be informed about the results of assessment and others.

With regards to testing, if the traffic psychologist makes any recordings of assessment e.g. exploration, it is necessary to have client's consent to this recording in form of informed consent, preferably drawn up by lawyer.

Due to the fact the recording from assessment contains personal and sensible information; the psychologist must comply with the Act No. 101/2000 Coll., on the protection of personal data (effective version).

Other sources

Evropský metakodex etiky a Carta Ethica

Zdroj: <http://psych.upol.cz/wp-content/uploads/2013/08/ekefpa951.pdf>

Ethical Principles of Psychologists and code of conduct

Zdroj: <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>

The Universal Declaration of Ethical Principles for Psychologists

Zdroj: <http://www.sagepub.com/cac6study/pdf/UniversalDeclaration.pdf>

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

Weiss, P. (Ed.). (2011). *Etické otázky v psychologii*. Praha: Portál.

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů

www.efpa.eu

www.upacr.cz

www.europsy.cz

<http://cmps.ecn.cz/?page=onas>

Autoři/Authors

PhDr. Lenka Šrámková



Dr. LENKA ŠRÁMKOVÁ se profesně orientuje na oblast sociální, policejní a dopravní psychologie. V roce 2013 absolvovala postgraduální vzdělávání v oboru dopravní psychologie a studovala dopravní psychologii u prof. Rissera ve Vídni. Je spoluautorkou připravované Metodiky dopravněpsychologického vyšetření a spoluautorkou převodu dotazníku DBQ (Driver Behaviour Questionnaire) na české prostředí. V rámci projektu OP VK je koordinátorkou pro oblast dopravní psychologie. Ve své dizertační práci se věnuje aspektům rozhodování u dopravních policistů.

Dr. LENKA Šrámková devotes her professional work to social, police and traffic psychology. In 2013, she completed her postgraduate studies in traffic psychology and studied traffic psychology under the supervision of Professor Risser, in Vienna. She is a co-author of the forthcoming publication, 'The Methodology of Psychological Assessment of Fitness to Drive and a co-author of the Czech translation of DBQ (Driver Behaviour Questionnaire). She is a coordinator of the OP VK project in traffic psychology. She dedicates her dissertation work to the aspects of decision making of traffic policemen.

PhDr. Matůš Šucha, Ph.D.



Dr. MATŮŠ ŠUCHA se profesně i výzkumně orientuje na problematiku dopravní psychologie, lidského faktoru v dopravě, bezpečnosti v dopravě a speciálně na zranitelné účastníky dopravního provozu. Je akreditovaným dopravním psychologem (MDČR) a mentorem EuroPsy pro oblast dopravní psychologie. Je odborným garantem postgraduálního vzdělávání v oblasti dopravní psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. V současné době studuje dopravní psychologii u profesora Ralfa Rissera (Univerzita Lund, Švédsko). Je řešitelem nebo spoluřešitelem několika národních a mezinárodních výzkumných projektů v oblasti dopravní

psychologie. V roce 2009 publikoval kolektivní monografii Agresivita na cestách, v roce 2013 monografii Dopravní psychologie pro praxi (Grada, 2013). Je členem mnoha mezinárodních organizací, které působí v problematice dopravní bezpečnosti. Mezi nejvýznamnější patří ICADTS – The international council on alcohol, drugs and traffic safety, CIECA – International commission for driver testing, TPI – Traffic Psychology International nebo DGVP – Deutsche Gessellschaft für Verkehrspsychologie a ICTCT – International Co-operation on theories and concepts in traffic safety.

Dr. MATÚŠ ŠUCHA devotes his professional work and also his research work to the problems of traffic psychology, human factors in transport, traffic safety and especially to the vulnerable road users. He is an accredited traffic psychologist (Ministry of Transport of the Czech Republic) and a mentor of EuroPsy in the traffic psychology field. He is a professional guarantor of traffic psychology postgraduate studies at Palacký University in Olomouc. He is currently studying traffic psychology under the supervision of Professor Ralf Risser (Lund University, Sweden). He is a researcher and co-researcher of several national and international research projects in the field of traffic psychology. He has published a collective monograph Aggressiveness on Roads in 2009, which was followed in 2013 by the monograph Traffic Psychology in Practice (Grada, 2013). He is a member of many international organisations addressing problems of traffic safety. Among the most significant include: ICADTS – The international council on alcohol, drugs and traffic safety, CIECA – International commission for driver testing, TPI – Traffic Psychology International or DGVP – Deutsche Gessellschaft für Verkehrspsychologie and ICTCT – International Co-operation on theories and concepts in traffic safety.

PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.



Dr. RADKO OBEREIGNERŮ vystudoval jednooborovou psychologii v Olomouci (2002). Na Katedře psychologie FF UP (www.psych.upol.cz) působí od roku 2005 jako odborný asistent, kdy dokončil postgraduální doktorské studium v oboru klinická psychologie. Věnuje se psychodiagnostice dospělých i dětí a neuropsychologii. V letech 2002–2004 pracoval jako psycholog na oddělení klinické psychologie na Dětské klinice FN Olomouc, 2004–2012 působil na Neurologické klinice FN Olomouc.

V letech 2003–2008 absolvoval výcvik gestalt psychoterapie. V rámci privátní psychologické praxe (www.psychologieolomouc.cz) se věnuje psychologické

a neuropsychologické diagnostice a gestalt psychoterapii. Profesně je členem Českomoravské psychologické společnosti, Společnosti pro gestalt psychoterapii, České a Slovenské neuropsychofarmakologické společnosti a České neuropsychologické společnosti. Je autorem monografií Afázie a přidružené poruchy symbolických funkcí (2013), Komunikační dovednosti ve službách medicíny (2011).

Dr. RADKO OBEREIGNERŮ graduated in the single-subject of psychology studies in Olomouc (2002). He has been working at the department of psychology FF UP (www.psych.upol.cz) as an assistant professor since 2005 where he completed his postgraduate studies in clinical psychology. He devotes his work to psychodiagnostic assessment both adults and children and neuropsychology. From 2002 to 2004 he worked as a psychologist in the Clinical Psychology Unit of the Department of Pediatrics, University hospital and Medical school of Palacky University Olomouc, from 2004 to 2012 he worked at the Department of Neurology, University hospital and Medical school of Palacky University Olomouc. Between the years 2003-2008 he completed his training in Gestalt psychotherapy (CZGPTI). Within private psychological practice (www.psychologieolomouc.cz) he devotes himself to psychological and neuropsychological diagnostic and gestalt psychotherapy. He is a member of the Czech-Moravian Psychological Society, Association for Gestalt Therapy, Czech-Slovak Neuropsychopharmacological Society and Czech Neuropsychological Society (CENES). He is the author of the monograph Aphasia and affiliated disorders of symbolic function (2013), Tower of Hanoi – History and Present (2014), Communication skills in the service of medicine (2011).

Mgr. Libor Eliášek



Mgr. LIBOR ELIÁŠEK, absolvent jednooborové psychologie Univerzity Karlovy v Praze, se problematice dopravní psychologie věnuje od roku 1982. Působil jako psycholog ve velké dopravní firmě a pro velké dopravní firmy pracuje jako nezávislý konzultant od roku 1997. Je akreditovaným dopravním psychologem (MDČR) a mentorem EuroPsy pro oblast dopravní psychologie a psychologie práce a organizace. Od jejího vzniku je členem Asociace dopravních psychologů ČR.

Spolupracuje s Katedrou psychologie FF UP v Olomouci v oblasti dopravní psychologie.

Mgr. LIBOR ELIÁŠEK, graduated in psychology from Charles University in Prague, and he has devoted his work to traffic psychology since 1982. He worked as a psychologist for a large transport company and he has been working as an independent consultant for large transport companies since 1997. He is an accredited traffic psychologist (The Ministry of Transport of the Czech Republic) and mentor of EuroPsy in traffic psychology and in work and organizational psychology. He has been a member of The Association of the Traffic Psychologist of the Czech Republic since its origin. He co-operates with the Department of Psychology at Palacký University in Olomouc in the field of traffic psychology.

PhDr. Michal Walter



Dr. MICHAL WALTER je od roku 2012 dopravním psychologem akreditovaným MD ČR. Od roku 2001 do roku 2010 pracoval ve funkci podnikového psychologa Řízení letového provozu ČR, kde implementoval testovou baterii FEAST pro výběr řídicích letového provozu, byl členem pracovní skupiny EUROCONTROL. Vyučuje v postgraduálních specializačních kurzech dopravní psychologie. Od roku 2013 je předsedou České asociace psychologů práce a organizace (ČAPPO). Od roku 2013

je mentorem EuroPsy a certifikovaným europsycholesem. V roce 2014 se podílel na sběru dat pro metodiku dopravněpsychologického vyšetření řidičů. Externě vyučuje na Masarykově ústavu vyšších studií ČVUT v Praze a na Vysoké škole aplikované psychologie v Terezíně.

Dr. MICHAL WALTER has been an accredited traffic psychologist of The Ministry of Transport of the Czech Republic since 2012. Between 2001 to 2010 he worked as a corporate psychologist at the Air Navigation Services of the Czech Republic where he implemented a FEAST test battery for the selection procedure of Air Traffic Controllers. He was also a member of EUROCONTROL working group. He gives lectures at a postgraduate level, with specialized courses in traffic psychology. He has been a chairman of The Czech Work and Organisational Psychologists Association. (ČAPPO). He has been a mentor of EuroPsy and is a certified EuroPsy Psychologist. He participated in data collection for the methodology of Psychological Assessment of Fitness to Drive of drivers in 2014. He works as an external teacher at Masaryk Institute of Advanced Studies ČVUT in Prague and at the College of Applied Psychology in Terezín.

Bc. Kateřina Böhmová

Bc. KATEŘINA BÖHMOVÁ je studentkou navazujícího magisterského studia psychologie na FF UP v Olomouci. Spolupracuje s Centrem dopravního výzkumu, Brno v. v. i., kde je zapojena do projektů rehabilitace řidičů, vnímání rizika, projektů týkajících se autoškolení a bezpečnosti provozu. Od roku 2012 působí jako pomocná akademická síla v oblasti psychologie dopravy na Katedře psychologie FF UP v Olomouci. Roku 2013 absolvovala pracovní stáž v oblasti dopravní psychologie, bezpečnosti tramvajové dopravy EU v Lyonu ve Francii. Téhož roku se zúčastnila kurzu v oboru dopravní psychologie ICTCT's seventh International Course for Early Career Road Safety Researchers v Mariboru. Od roku 2014 spolupracuje s FF UP na projektu Zelená univerzita, který se týká zvyšování bezpečnosti dopravy, kvality života občanů a ekologické udržitelnosti.

Bc. KATEŘINA BÖHMOVÁ is a masters student of psychology at FF UP in Olomouc. She has been co-operating with the Transport Research Centre, Veterinary Research Institute in Brno where she has been involved in drivers' rehabilitation projects, risk perception, and projects related to driving schools and traffic safety. She has been working as an academic assistant of traffic psychology at the Department of Psychology at FF UP in Olomouc. She completed an internship in traffic psychology, traffic safety of tram transport EU in Lyon, France in 2013. The same year she attended a course in traffic psychology, ICTCT's seventh International Course for Early Career Road Safety Researchers in Maribor. Since 2014 she has been co-operating with FF UP on a Green University Project which concerns the increase of traffic safety, life quality of citizens and ecological sustainability.

KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Rozhovor, pozorování a anamnéza v dopravněpsychologickém vyšetření /
Lenka Šrámková, Matúš Šucha (eds.). -- 1. vydání. -- Olomouc : Univerzita Palackého
v Olomouci, 2015. -- 197 stran. -- (Monografie)

Souběžný anglický text

Nad názvem: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta

ISBN 978-80-244-4406-2 (brožováno)

159.98:656 * 616:159.9 * 159.9.072.5

- dopravní psychologie
- klinická psychologie -- metody
- psychodiagnostika
- kolektivní monografie

159.98 - Aplikovaná psychologie [17]

PhDr. Lenka Šrámková, PhDr. Matúš Šucha, Ph.D. (eds.)

Rozhovor, pozorování a anamnéza v dopravněpsychologickém vyšetření

An interview, observation and case history of the Psychological Assessment of Fitness to Drive

Výkonný redaktor / Copy editor Mgr. Agnes Hausknotzová

Odpovědný redaktor / In-house editor Bc. Otakar Loutocký

Jazyková korektura českého textu / Proofreading of czech version VUP

Překlad do anglického jazyka / Translation to english language Helena Pekarová,
James Milne

Technická redakce / Layout Jiřina Vaclová

Ilustrace / Illustrations Martina Letochová

Fotografie na obálce / Cover photo Ondřej Svoboda (www.ondrejsvoboda.eu)

Grafické zpracování obálky / Cover design Jiřina Vaclová

Vydala a vytiskla Univerzita Palackého v Olomouci /

Published and printed by Palacký University, Olomouc

Křížkovského 8, 771 47 Olomouc

www.vydavatelstvi.upol.cz

www.e-shop.upol.cz

vup@upol.cz

1. vydání / First Edition

Olomouc 2015

Ediční řada – Monografie / Book series – Monographs

ISBN 978-80-244-4406-2

Neprodejná publikace / Not for sale

VUP 2014/0978

