

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

HODNOCENÍ (VLIV) RODINNÝCH VZTAHŮ Z POHLEDU DĚTÍ S VYBRANÝMI RECIDIVUJÍCÍMI ZDRAVOTNÍMI POTÍŽEMI

*Assessment (influence) of family relationships from the
perspective of children with selected recurrent health problems.*



Magisterská diplomová práce

Autor: Mgr. Bc. Andrea Dostálová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Olomouc

2019

Poděkování

Ráda bych poděkovala všem dětem za jejich účast ve výzkumu, díky čemuž tato práce mohla vzniknout. Děkuji panu docentu Obereignerovi za jeho ochotu poskytnout mi odborné vedení práce a za cenné rady, jimiž posouval mou práci dál a také paní doktore, která mi v ordinaci klinického psychologa předává z tajů psychologie mnohem víc, než je obvyklé. Děkuji rovněž mým výjimečným rodičům a mému manželovi a synům, kteří mi po celá léta tohoto studia byli zásadní oporou.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Hodnocení (vliv) rodinných vztahů z pohledu dětí s vybranými recidivujícími zdravotními potížemi“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis:

Obsah

Úvod.....	5
TEORETICKÁ ČÁST	7
1. Rodina	7
1. 1. Rodina, její funkce, rodinné prostředí	7
1. 2. Rodinné vztahy, struktura, systém	10
1. 3. Výchova jako součást rodinných vztahů	15
1. 4. Výchovné styly.....	17
1. 5. Dítě ve věku 8–12 let.....	21
2. Zdravý – nemocný.....	25
2. 1. Psychosomatika	29
2. 1. 2. Model psychosomatické rodiny	33
EMPIRICKÁ ČÁST	36
3. Výzkumný problém, cíle práce, hypotézy a výzkumné otázky	36
3. 1. Hypotézy pro kvantitativní část výzkumu:.....	37
3. 2. Výzkumné otázky pro kvalitativní část výzkumu	38
4. Popis zvoleného metodologického rámce a metod	39
4. 1. Typ výzkumné strategie	39
4. 2. Metody získávání dat.....	39
4. 2. 1. Dotazník stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let.....	40
4. 2. 2. Test rodinného systému FAST	44
4. 3. Analýza dat.....	45
4. 4. Etické hledisko výzkumu	46
5. Výzkumný soubor	47
5. 1. Postup výběru výzkumného souboru	47
5. 2. Popis výzkumného souboru.....	48
6. Výsledky analýzy dat	52
6. 1. Dotazník stylů výchovy z pohledu vnímání dětí ve věku 8–10	52
6. 2. Výsledky Testu rodinného systému FAST.....	54
6. 2. 1. Odpovědi na výzkumné otázky	54
6. 2. 2. Z výpovědí dětí v klinickém souboru při práci s testem FAST	58
6. 3. Výsledky Dotazníku stylů výchovy v rodině 8–12 let	59
6. 4. K platnosti hypotéz.....	64
7. DISKUZE.....	67
8. ZÁVĚRY	74

SOUHRN	76
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY	79
SEZNAM PŘÍLOH	85
Příloha č. 1: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce	85
Příloha č. 2: Seznam tabulek a grafů	85
Příloha č. 3: Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu	85
Příloha č. 4: Datová tabulka klinického a kontrolního souboru	85
Příloha č. 5: Dvě kazuistiky dětí s psychosomatickými obtížemi	85

Úvod

Rodina a rodinné prostředí se, stejně jako společnost, vyvíjí a mění. S tím souvisí i proměna vnitřních vztahů rodiny i vnějších vztahů mezi rodinou a společností. V ambulanci klinického psychologa se v posledních letech stále častěji objevují dětské pacienti s recidivujícími zdravotními obtížemi při neodpovídajícím somatickém nálezem. Děti opakovaně stůňou, často až po mnoha, někdy i velmi nepříjemných vyšetřeních přicházejí do ambulance psychologa. Společně s ním pak hledají ve své nedávné i vzdálenější rodinné historii, co předcházelo prvním příznakům a recidivě potíží. Mohou uvedené potíže souviset s rodinným zázemím?

V této diplomové práci se pokusím zjistit, zda má na typ potíží, nazývané jako psychosomatické, vliv právě rodina dítěte. Dále se budeme ptát, který z výchovných stylů rodin převažuje u dětí s vybranými recidivujícími zdravotními potížemi na rozdíl od skupiny kontrolní, tedy zdravé populace stejně starých dětí, a také je-li u klinického souboru dominantní určitý typ rodinných vztahů (vycházíme z jejich hierarchie, koheze, flexibility a mezigeneračních vztahů). To vše pohledem pacienta – dítěte, které do ordinace přichází. Jako hlavní psychodiagnostické metody jsme zvolili Dotazník stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let (Čáp, Čechová & Boschek, 2000) a pro klinický soubor pak kromě tohoto dotazníku také Test rodinného systému FAST (Sobotková, 2005). Při hlubší analýze se pokusíme identifikovat v této části souboru rovněž emoční stránku způsobu výchovy, a to nejen samostatně u matek a otců v klinickém souboru. Součástí výzkumu je rovněž srovnávání rodinných struktur.

Za dílčí cíl této práce lze považovat i praktickou stránku práce s metodou FAST. Děti, které jsou součástí klinického souboru, zůstávají totiž v psychoterapeutické péči dané ambulance. Zjištění, vyplývající z testu, pomáhají nastínit další směřování následné terapeutické péče s těmito dětmi.

K volbě tématu jsem se přiklonila na jedné straně díky dvacetileté profesní praxi ve školství, kdy se v pozici učitele pravidelně dostávám i do role poradce a bohaté zkušenosti mě vedou k otázkám vlivu dnešní rodiny na zdraví vlastních dětí. Na druhé straně mě velmi oslovil nejdříve Scénotest (Staabs, 2001) a následně metoda FAST, které jsou dle mého názoru vhodné nejen jako diagnostické, ale i terapeutické techniky. Podaří-li

se rodičům citlivě tlumočit přání a pocity jejich dětí, třeba právě porozuměním výsledků práce s uvedenými metodami, je šance na uzdravení dětí s těmito potížemi vyšší.

Obsah diplomové práce je rozdělen do dvou částí. Část teoretická přináší definice a základní pojmy související s tématem práce, včetně stručného přehledu realizovaných výzkumů, a to českých i zahraničních. Početní autoři se zabývali různými výzkumy vztahujícími se ke způsobu výchovy či k rodinným vztahům. V literatuře však jen obtížně nacházíme doklady o těchto výzkumech u dětí v mladším školním věku, tedy v námi zkoumané věkové kategorii. V empirické části přinášíme získané výsledky v českém prostředí a zamyšlení nad přinesenými daty a fakty. Nechybí ani krátké shrnutí a návrh na možné další obohacení výzkumu.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Rodina

„Rodina je organismus. Nejmenší možný bio-psycho-sociální systém, schopný úplné reprodukce, jak biologické, tak kulturně sociální.“ (Trapková & Chvála, 2017, 10).

Termín rodina patří v psychologii mezi často skloňované. Jeho vymezení byla v psychologii věnována velká pozornost, rodina je vnímána jako základ lidského žití. *„Rodina je primárním kontextem lidské zkušenosti od kolébky až po hrob.“* (Sobotková, 2012, 11) *„Rodina je mikrokosmos světa. K pochopení světa stačí, budeme-li zkoumat rodinu.“* (Satirová, 1994, 11) U rodiny sledujeme její postavení ve společenském systému, její vazby a základní sociální procesy, které uvnitř probíhají. Změny, vyvolané v jedné části rodiny, ovlivňují ostatní části celku. V tomto primárním společenském systému je dítěti poskytována láska, výživa, bezpečí a učí se pravidla důležitá k další socializaci.

1. 1. Rodina, její funkce, rodinné prostředí

Rodina se rozhodujícím vlivem podílí na rozvoji celé osobnosti dítěte, a to jak v oblasti tělesné, duševní, tak i sociální. Mezi vrozené informace člověka nepatří znalost toho, jak jednat v určité sociální situaci. Dítě se postupně všemu učí, pomáhají mu k tomu jeho vlastní tělesné a emoční pozitivní i negativní prožitky. Sargent (1983) i Hamplová a kol. (2014) uvádí, že rodina se dítěti stává prostředníkem k učení se o sobě samém, o svých hodnotách, o svých možnostech. I díky ní se dítě rozvíjí, reguluje sebe sama a učí se řešit problémy. Vnímání, cítění, myšlení a vyrovnávání se se světem je u dítěte jiné než u dospělého. Obzvláště mladší dítě méně sděluje jazykovými prostředky a více se projevuje praktickým chováním, hrou, kresbou, případně poruchovými příznaky. Dominantní je závislost dítěte na jeho okolí, především na rodinném prostředí.

„Každý člověk se naučil poznávat svět skrze své rodiče. Ti mu postupně všechno podstatné pojmenovávali. A kdybych měl vybrat něco, co je třeba mít ve velké vážnosti a o co je třeba pečovat, bude to jazyk, slovo, společně sdílené významy.“ (Loucká, Trapková & Chvála, 2014, 16). Rodina je tedy především živý organismus, který se může rozvíjet nebo degradovat a umírat. Rodinné systémy vyžadují adaptabilitu, otevřenost a průběžnou informační výměnu. Od celkového pohledu na rodinný systém je pozornost

postupně přesouvána na komunikaci v rodině (Kredba, 2006), na její specifický jazyk (se složkou verbální i neverbální), na dialog a způsoby jeho uskutečňování.

Základní funkce rodiny, podle Lovasové (2006), členíme na reprodukční, ekonomickou, socializační a emocionální. Jednou z důležitých stránek zdravé rodiny je však také zdravá **komunikace**. Její členové si navzájem v různých formách projevují lásku, především společně stráveným časem, tím, že jsou spolu, také otevřeným rozhovorem, vzájemným nasloucháním. Hovoří o radosti, ale i o smutku, zlosti a dávají podporu dítěti k jeho dalšímu rozvoji, růstu i v případě, že si zvolí novou, neprobádanou cestu.

Vyzdvihneme zde rozsáhlý výzkum Kovaříka a Matějčka z konce devadesátých let 20. století, v němž autoři zjišťovali procentuální rozdělení funkčních a afunkčních, spokojených a nespokojených rodin v ČR a jejich vzájemné rozdíly. Hlavní důvod nespokojenosti spočíval ve vnitřních znacích, tedy v rodinné komunikaci, v interakci či vzájemných vazbách.

Právě komunikace v rodině se jako zcela zásadní potvrdila i ve výzkumu Lovasové (2006), která uvádí, že čtyři z pěti respondentů jsou spokojeni díky každodennímu společnému povídání s ostatními členy rodiny o svých zážitcích, zkušenostech i problémech. Více než každá druhá rodina spolu často hovoří taky o otázkách přesahujících běžné okruhy rodiny, tedy o politice, veřejnosti a jiných tématech. Komunikace figuruje jako zásadní prvek i pro další oblasti dobrého soužití v rodinách mezi jednotlivými interakčními partnery. O souvislostech mezi nedobře probíhající komunikací a projevy emoční nepohody v rodině píše také Skorunka (2006). Ten upozorňuje, že v určitých rodinách si dítě získá pozornost pouze skrze stížnosti na tělesné obtíže, tyto příznaky se pak stanou způsobem, jak vyjádřit pocity, potřeby či zkušenosti. Autor uvádí, že v rodinách, pro něž je charakteristická zvýšená úzkostnost ve vztahu ke zdraví a současně emoční odstup mezi jejími členy, velmi často zažíváme somatizaci jejích členů.

Na skutečnost, že v posledních desetiletích dochází k výrazné proměně rodiny, se zaměřuje řada autorů. Ve svých příspěvcích o nich hovoří Trapková & Chvála (2017), ale i Možný (2008), který uvádí, že v posledních letech existuje stále více domácností, v jejichž čele je jeden dospělý (nejčastěji matka), ne celý manželský pár. Výrazně se také zvýšila rozvodovost i podíl domácností neúplných rodin a počet párů, žijících spolu bez sňatku. Dle Možného až sedmkrát vzrostl počet domácností se samostatně bydlícími

mladými lidmi. Možný (2008, 258) uvádí: „*Základem domácnosti se dnes stává jeden manželský pár a nejobvyklejší rodinou je manželská rodina se dvěma dětmi.*“ Své tvrzení dokládá posledními sčítáními lidu v České republice. Při sčítáních kolem roku 2000 tzv. *rodinná domácnost*, tvořená heterosexuálním párem s jedním nebo více dětmi, tvořila už jen 55 % všech českých domácností, přičemž v polovině 20. století to bylo 75 %. Na dnešní děti má zajisté vliv i to, že kvůli rozvodům rodičů se dětem mění i počet jejich babiček a dědečků, což má často také přímý vliv na fungování rodin a na vnitřní vazby.

K uvedené obměně se vyjadřuje také Matějček (2017). Uvědomuje si, že už neplatí dříve tradiční funkce rodiny (výrobní, vzdělávací atd.). Podle něj je dnes zásadní: 1) zajištění citového zázemí všem členům rodiny a 2) příprava dětí na život ve své společnosti. Současně však dodává, že je naprosto nezbytné i dnes uspokojovat základní psychické potřeby dítěte, tedy: „*stimulace, učení, jistoty, identity, životní perspektivy*“ (Matějček, 2017, 38). Emocionálně negativní prostředí totiž podporuje rozvoj nezdravých vnitřních modelů mezilidských vazeb.

„*Rodinné prostředí se vyznačuje způsobem, jakým rodiče vychovávají své děti.*“ (Obereignerů, 2017, 19). Autor doplňuje, že prostředí se podstatnou měrou podílí na celkové atmosféře, ve které dítě žije. Prostor je v každé rodině specifické a ovlivňují ho různé aspekty. Satirová (1994, 14) čtyři z nich pojmenovává jako klíčové: *sebehodnocení, komunikaci, pravidla a společenskou vazbu*. Tyto aspekty nám pomáhají rozčlenit rodiny na narušené a nenarušené. Současně také upozorňuje na základní otázky, které si lze u každé z rodin, úplných i neúplných, smíšených (s adoptivními, nevlastními či homosexuálními rodiči) položit a získat tak představu o rodině jako takové:

- 1) *Každá osoba má pocit vlastní ceny, pozitivní nebo negativní. Jaký?*
- 2) *Každá osoba komunikuje. Jak a s jakým výsledkem?*
- 3) *Každá osoba se řídí pravidly. Jak a jaké jsou výsledky?*“ (Satirová, 1994, 13)

„*Kompetence rodiny souvisí se schopností rodiny vykonávat úkoly, které jsou jí přiděleny. Hlavním úkolem dobře fungující rodiny je vychovávat děti a vytvářet prostředí, které podporuje růst a duševní zdraví všech členů.*“ (Bremsová, 2018, 185).

Možný (2008, 155) rozlišuje tradiční a liberální koncepci rodičovské autonomie. Tradiční koncepce „*dává rodičům právo a povinnost přenášet na dítě jejich hodnotový systém a představu o dobrém životě*“. Naopak liberální koncepce předpokládá, že „*rodiče nebudou, pokud možno, vůbec ovlivňovat dítě ve volbě hodnot a při vytváření představy*

dobrého života.“ Tradiční koncepci se daří rodinnou soudržnost posilovat, u liberální dochází spíše k opačnému jevu.

Bremsová (2018) upozorňuje na prožívání dětí. To je mnohem více vázáno na přítomnost než na prožitky minulosti. Jedním z důležitých faktorů je pojem **rodinný čas**. Každá rodina ho má jiný, podle práce a potřeb jednotlivých jejích členů. Tento čas je nutno rozdělit na tři části: a) čas pro mě (můj vlastní osobní čas), b) čas pro jednotlivé členy rodiny, komunikace ve dvou (párový čas), c) čas společný, jsou-li všichni členové pohromadě (skupinový čas). Co z toho pro rodinu plyne? V nejideálnějším případě stav, kdy si všichni členové rodiny dokážou najít všechny tři části času, nejlépe každý den.

Podle Hargašové & Kollárika (1986) se tematikou teorie rodiny systematicky zabývají až studie ve druhé polovině 20. století. Vzniklo mnoho teoretických koncepcí, z nichž však vyplynula nutnost vytvoření společné všeobecné teorie rodiny. Každá z rodin by měla být v celkové rovnováze. Zůstává jen otázka, jakou cenu za udržení této rovnováhy jednotliví členové rodiny platí.

1. 2. Rodinné vztahy, struktura, systém

Rodina se vyznačuje různými vztahy uvnitř i navenek. Vůči okolnímu světu se otevírá či uzavírá, funguje jako malý samostatný celek s hlavním posláním: poskytnout svým členům péči a ochranu.

Verbální a neverbální komunikaci spolu s emočním klimatem v rodině a způsobem řešení problémů, včetně výchovných praktik, řadíme podle Langmeiera & Krejčířové (2006) do oblasti pozorovatelných charakteristik. Jak jsou rozděleny role v rodině a je-li toto rozdělení přiměřené, jakou má rodina vnitřní harmonii a respektovanou autonomii, je-li rodina otevřená či uzavřená navenek a jaká je celková rodinná dynamika, to vše vnímáme jako odvozené charakteristiky. Rodina by měla také, podle Skorunky (2006) a Hadaše & Hadašové (2006), poskytovat emoční a sociální potřeby nedospělým jedincům, což je základem pro jejich subjektivní vnímání životní pohody.

Stále častěji se v odborné literatuře objevuje informace, že kvalitní rodinné vztahy mohou pozitivně ovlivnit zdravotní potíže i průběh různých onemocnění. Sobotková (2005), ale také Bremsová (2018) za důležitý základ rodinné struktury chápe její **hranice**

a aliance, a dále důležitost **stability** rodiny, její **uzavřenosti**, **vzdálenosti**, **koheze** a **nejednotnosti**.

Rodinu můžeme vnímat jako **soubor subsystémů**. Autoři (Trapková & Chvála, 2017, Možný, 2008, Sobotková, 2005) se shodují v tom, že nejzásadnějším z nich je subsystém manželský (respektive partnerský), který je jádrem stability celého systému. A aby se rozvíjela rodina, měl by se rozvíjet každý z manželů.

Subsystém rodič-dítě je rozšířením tohoto primárního vztahu a registrujeme ho od okamžiku početí. Je-li v rodině více potomků, vzniká také subsystém sourozenecký, tolik důležitý pro nácvik spolupráce, podpory, ale také vzájemného soupeření a hledání kompromisů mezi sourozenci. V některých rodinách může vzniknout i koalice jeden rodič – jedno z dětí. Pokud tento stav dlouho přetrvává, lze usuzovat na rodinný problém.

Matka a dítě spolu vytváří základní rodinný vztah, který je charakterizován oboustranným vyhledáváním blízkosti, jak uvádí Koukolík (1997). Díky této vazbě může dítě pociťovat *bezpečnou základnu*, zkoumat okolí, objevovat a hrát si. Co se děje s dítětem, když je od blízkého člověka (většinou matky) odloučeno? Snaží se vazbu obnovit. Až samotná fáze symbolizace přináší dítěti možnost zvládat odloučení a s ním spojené pocity nelibosti. Skorunka (2006) uvádí, že je to právě vazba matka–dítě, která podporuje emocionální vnímání světa druhých a učí dítě zvládacím strategiím. Vedle toho však zdůrazňuje i důležitost kvalitního dyadického vztahu otec–dítě, jenž podporuje kontakt s vnějším světem a učí dítě začlenit se do skupiny vrstevníků a rozvíjet vrstevnické vztahy.

Zkoumáním vnitřních vztahů rodinného systému se zabývali různí autoři (např. Balcar, 2015, Meunier, Kreisl & Schneider, 2017). K základním dimenzím rodinného systému zařadili kohezi, adaptabilitu a komunikaci. Nově k nim přidáváme také další termín – hierarchie. Na kohezi a adaptabilitu zaměřili svou pozornost i představitelé strukturální terapie (Minuchin) a zkušenostní rodinné terapie (Whitaker).

Dvěma základními dimenzemi, které charakterizují rodinné vztahy, jsou tedy **koheze a hierarchie**. Koheze (soudržnost, emocionální vazba členů rodiny) představuje míru soudržnosti rodiny jako celku. Hierarchie je pojem široký, zahrnující autoritu, dominanci, sílu prosazování rozhodnutí či vzájemný vliv mezi jednotlivými členy rodiny.

Na přelomu 20. a 21. století proběhlo několik výzkumů, zaměřujících se na rodinné struktury podle koheze a hierarchie. Tyto výzkumy prokázaly, „že členové rodiny trpící psychosociálním stresem mají větší tendenci vykazovat extrémní hodnoty v obou dimenzích.“ (Sobotková, 2005, 12). V důsledku toho se u problematických struktur vyskytuje na jedné straně nízká koheze a na straně druhé vyšší hierarchie. Opatrnost si vyžaduje termín pseudokoheze, na který upozorňuje Sobotková (2005). Je v rodině skutečná, tedy pravá soudržnost, nebo jen nepravá, tzv. pseudokoheze? Empirické důkazy o tom, že v problémových rodinách nacházíme propletené nebo velmi kohezivní vazby, stále chybí.

V souvislosti s rodinnou strukturou je důležitý rovněž pojem **flexibilita**, čímž se rozumí pružnost (adaptabilita) rodinného systému, schopnost vyrovnat se se vzniklými nároky a stresy. Rodina, v níž jsou vztahy chaotické nebo rigidní, postrádá adaptabilitu, stabilitu, pravidla. Posledním velmi zásadním termínem jsou také **hranice** (Minuchin, 1985, Sobotková, 2005, Bremsová, 2018). Každá rodina má své hranice, **uvnitř**, tedy mezi jednotlivými subsystémy, ale i **vně**, tedy ve vztahu konkrétní rodiny k jejímu sociálnímu okolí. Hranice přímo ovlivňují těsnost vazeb i interakce jejich členů. V nezdravě fungujících rodinách však tyto hranice nejsou nebo jsou opakovaně narušovány. Konfliktní situace přináší respondentům z těchto rodin nižší soudržnost a tendenci k nejasným generačním hranicím (Sobotková, 2005). Trapková uvedla: „*Nerespektují-li se přirozené, tedy vrozené hranice rodiny, jak vnitřní, tak vnější, děti prožívají chronický stres a jsou náchylnější tvořit jakékoliv symptomy somatické, psychické i sociální.*“ (osobní sdělení, 2. února 2018, přednáška na 17. konferenci psychosomatické medicíny)

Slabost hranic rodinného subsystému přináší vzájemnou závislost vztahů a špatné nebo nedostatečně diferencované já-self jednotlivých členů nebo jen jednoho z nich. Tato blízkost dítěte s dospělým je nutná v raném dětství. S přibývajícím věkem a rozvojem dítěte se však očekává zvyšování vzdálenosti ve vztazích a nezávislosti dítěte. Často však rodiny přetrvávají v obvyklých způsobech interakce (Balcar, 2015, Matějček, 2011) to i tehdy, když jsou neproduktivní. Snaží se udržovat status quo, nerespektují vztahové změny, které vyvíjející se dítě ke svému rozvoji autonomie a individuální kompetence potřebuje.

V současné době se v rodinné struktuře často objevuje nezúčastněný člen. Může to být i rodič, jenž na úkor rodiny upřednostnil pracovní povinnosti a v běžném domácím

chodu se téměř nebo vůbec nevyskytuje. Vzniká tak narušená rodinná struktura. Ta, jak uvádí Trapková & Chvála (2017), Dytrych & Matějček (2002) či Lovasová (2006), může členům rodiny přinášet frustraci nebo deprivaci a nadměrně jedince zatěžovat. Sobotková (2005, 11) připomíná, že u rodin ve stresu, vykazující zhoršené fungování „*bývají mezigenerační koalice, takže koheze a loajalita mezi rodičem a dítětem je větší než mezi oběma rodiči*“. **Hierarchii** těchto rodin nazýváme **převrácenou**. Možným následkem narušené rodinné struktury je rozpad rodinného soužití nebo onemocnění člena rodiny, tedy určité ztělesnění problému.

Na 17. konferenci psychosomatické medicíny v Liberci 2018 zaznělo několik myšlenek, vztahujících se k aktuálním rodinným vztahům. Trapková ve své přednášce (osobní sdělení 2. února 2018) dnešní dobu nazvala „*rozmanitým, diferencovaným, přirozeným experimentem*“. Nastínila, že teprve až časem bude možné zjistit, které podoby rodin jsou a které nejsou užitečné.

S rodinnými vztahy souvisí také schopnost interakce mezi jejími členy. V rodinách, kde se vyskytuje tzv. *triangulace* jsou konflikty mezi rodiči přesměrovány na problémové chování dítěte, jak také uvádí Bremsová (2018). A tak se může stát, že v souvislosti s rostoucím napětím mezi rodiči roste i problémové chování dítěte nebo se u něj objevují somatické symptomy. Dítě se podvědomě snaží stáhnout pozornost od rodičovského problému na svou osobu.

Další z přednášejících, Balcar (osobní sdělení, 2. února 2018) zdůraznil, že „*je nutné uspokojovat potřeby členů rodiny, a to ve vzájemné vyváženosti, ve zdravé rovnováze*“. Pokud totiž rodina dlouhodobě funguje ve stavu nevyváženém, vytvoří si nový stav, tzv. *patologickou rovnováhu*. Patologické homeostatické vyvažování je pak prezentováno například jako individuální nebo vztahová dysfunkce, a to prostřednictvím klinického onemocnění nebo poruchy chování, což má sloužit jako určitá náprava této patologie. Trvá-li patologická náprava dlouhé měsíce, může v rodinném soužití pevně zakořenit, což je nežádoucí.

Jaké jsou hlavní rozměry rodinných vztahů? Balcar (2015) ve shodě s Čápem (1994) definuje jako základní dvě dimenze: **citovou vazbu** (citová blízkost/oddálenost) a **míru řízení** (přísnost/volnost).

Výzkumný tým Cumminga a jeho kolegů z University of Notre Dame (2010) poukazuje na to, že způsob, jakým rodiče s dítětem interagují, může mít také dopad na očekávaný školní úspěch u dítěte, konkrétně ve čtení a v aritmetice.

Na základě výsledků rozsáhlého výzkumu definovat/charakterizoval Cumming (2010) **typy rodinných vztahů**:

- a) *Soudržná* rodina, jejíž členové udržují vřelé a citlivé vztahy; problémy řeší a členové je dobře zvládnou, což zvyšuje pravděpodobnost pohody a úspěchu u dětí.
- b) Rodina se *vztahově propletenými* vazbami, která je charakterizována přehnanou angažovaností, nepřátelstvím a jenom mírnou vřelostí, přináší společnosti dětí, jež jsou na začátku školní docházky bez problémů, ale později trpí větší úzkostí a pocity odcizení než jejich vrstevníci ze soudržných rodin.
- c) *Oddělený* rodinný typ odmítá problémy. Je charakteristický nepřátelstvím a členové si neprojevují náklonnost. Děti z těchto typů mají největší problémy, např. s agresivitou a obtížemi při spolupráci (nejen) ve škole.

„Při narušení rodinného organismu často stonají děti, které jsou přirozeně nejméně odolné. Jsou nejméně schopné snášet úzkost, která je zaplavuje při každém ohrožení celku.“ (Trapková & Chvála, 2017, 10).

Autorka také upozorňuje, že vztahy v klinických rodinách bývají propletené, zamotané s nízkými nebo žádnými osobními hranicemi nebo naopak uvolněné, rozpojené, přinášející pocit maximálního vzájemného odcizení. Nezřídka se v těchto typech rodinných struktur objevuje i problém s vyjadřování vlastních potřeb jednotlivců.

Chovají-li se dospělí nezodpovědně, pokud se díky nim rodina rozpadá, čímž zraňují tento rodinný systém, nelze přehlédnout následnou zvýšenou nemocnost dětí, jejich narůstající choroby, například autoimunitní, závislosti, násilí, kriminalitu a jiné. Autorky dalšího z výzkumů (Pavlovčíková & Šmeringaiová, 2014) poukázaly na to, je-li distres nebo eustres v rodině častý, má to přímý vliv na odolnost každého z jedinců, tedy i dítěte.

Aby se rodinné uskupení mohlo udržovat při životě, musí se stále měnit a své vnitřní vztahy upravovat, což je možné jen je-li postaveno na otevřeném systému a flexibilitě vztahů. Satirová (1994) uvádí, že vývoj dětí, jejich postup mezi jednotlivými stádii, je přirozený stejně tak, jako se časem mění i rodiče a jejich partnerský vztah. Autorka to vše dává do kontextu proměnlivosti celého světa kolem nás.

1. 3. Výchova jako součást rodinných vztahů

Každý rodič stojí před nelehkými odpověďmi na otázky, které formulovala už Satirová (1994, 190): „*Jakého člověka bych chtěl ze svého dítěte mít?*“ a „*Jak mám postupovat, abych toho dosáhl?*“ Satirová pak v celkovém kontextu vnímá výchovu jako nejnesnadnější věc na světě. Odborná literatura poskytuje řadu definic vysvětlujících pojem *výchova*. „*Výchova jako záměrné působení vychovatele na vychovávaného předpokládá, že vychovatel má vědomě na zřeteli určitý výchovný cíl, k němuž chce vychovávaného dovést, a že k tomu po úvaze užívá výchovných prostředků, které pokládá za nejvhodnější.*“ (Langmeier & Krejčířová, 2006, 262). Způsobem výchovy označujeme „*celkové výchovné působení na dítě nebo mladistvého.*“ (Čáp & Boschek, 1994, 7) Autor současně dodává, že způsob výchovy „*zahrnuje upevněné postupy, techniky, „strategie“ a vzájemné emoční vztahy dospělých s dětmi.*“ (Čáp & Boschek, 1994, 7).

Za výchovu považujeme také bezděčné působení jednoho člověka na druhého, a to oboustranně. Rodič svým chováním vytváří dítěti určitý příklad, neboť, jak vysvětloval už Komenský, dítě má přirozenou potřebu vše napodobovat a opakovat a dítě zase svým chováním bezděčně ovlivňuje rodiče. Někdy může vzniknout problém právě proto, že při výchově v rodině jsou to dva rodiče, kteří o své děti pečují, a každý z nich může mít o postupech různé představy. A pokud jejich vzájemná komunikace vážne, je vzniklá situace pro dítě nepřehledná, nejasná.

Ekologický přístup nás v psychodiagnostice vede, k přesunu fokusu od tradičního zaměření na zkoumaného jedince k interpersonálním, především rodinným vztahům (Říčan & Krejčířová, 2006). „*Rodičovské styly výchovy jsou psychologické konstrukty určitých navzájem se lišících souborů strategií, které rodiče používají při výchově dítěte.*“ (Thorová, 2015, 188).

Matějček (2017, 30) už na konci 20. století formuloval **principy rodinné výchovy**, např.:

- *Vzájemné uspokojování psychických potřeb*
- *Trvání a hloubka citových vztahů*
- *Společná budoucnost rodiny*
- *Prolínání soukromí, tedy společný čas i prostor*
- *Důraz na soužití*

K tomu ještě patří jedinečná *příležitost k poznávání sociálních vazeb*, včetně možnosti vlastní vztahy si vytvářet.

S mezilidskými vztahy souvisí všechny roviny osobnosti a rodičovské hledání rovnováhy mezi autonomní diferenciací a jejich snahou o vazbu patří mezi nejcitlivější okamžiky ve vývoji jedince. Postupně by ve výchově mělo docházet k identifikaci dítěte s rodičovskými postoji, posléze k internalizaci rodičovského chování a finálně k introjekci rodičovských vzorců, jimiž jedinec získává vztah sám k sobě, jako sebelásku, sebeochranu, sebezpřijetí a podporu. Kohoutek (2008) ve shodě s autory humanistické psychologie dodává, že základní podmínkou lidského života a příznivého vývoje dítěte je nutnost **kladného emočního vztahu**. To je jedna z dimenzí, která může zásadně ovlivnit nejen úspěšnost rodinné výchovy, ale současně také pozitivní nastavení rodinných vztahů.

Parametrů, které utváří styl výchovy rodiče, je několik. Většinou bývají děleny do tří skupin: a) dosavadní zkušenosti rodičů (zahrnující i představy o výchově ze svých vlastních prožitků v dětství), b) temperament rodičů a c) temperament dítěte. Lacinová & Škrdlíková (2008) upřesňují, že zásadní roli hraje samo dítě, které svými požadavky a vrozenými dispozicemi dává okolí zpětnou vazbu. K uvedeným faktorům autorky doplňují také d) dnes důležitý vliv masových médií. Mladí rodiče dnes totiž často hledají pomoc při výchově v článcích či chatech na internetu, na blogu, či od vrstevníků. Obecně jsou informační technologie velmi častým zdrojem informací dnešních mladých rodin.

Otázkou způsobu výchovy v současné české rodině se zabývalo několik psychologů. Gillernová (2004) zjišťovala nejen četnost forem způsobu výchovy v českých rodinách v roce 2002, ale sledovala také rozdíly, objevující se v působení jednotlivých rodičů. Na rozdíl od výzkumu, který je podkladem naší diplomové práce, však Gillernová (2004) pracovala se vzorkem dospívajících chlapců a dívek. Souvislosti mezi Sense of Coherence jako jedné z částí resilience a zdravím charakterizoval výzkum Bronikowského a Bronikowské (2009, in Tesař, 2012, 269), rovněž však u adolescentů. Na důležitost rodinného prostředí při formování sebepojetí dětí a adolescentů upozorňuje také nedávný výzkum Obereignerů a kol. (2017).

Z výzkumů (Gillernová, 2004, 2009, Čáp & Boschek, 1994, Lacinová & Škrdlíková, 2008) lze specifikovat, že způsob výchovy v rodině ovlivňuje větší množství podmínek. Čáp (2000, 8) z nich sestavil skupiny:

- 1) *vlastnosti a zkušenost rodičů a dalších vychovávajících osob*

- 2) *vzájemné interakce mezi otcem, matkou a dalšími osobami*
- 3) *vlastnosti a zkušenosti vychovávaných dětí, jejich chování a působení na dospělé*
- 4) *interakce mezi vychovávanými dětmi*
- 5) *události a změny v podmínkách ve vývoji rodiny a nejbližšího prostředí*
- 6) *širší sociokulturní podmínky a změny v nich*

Langmeier & Krejčířová (2006) připomíná, že rodinné soužití dnes není stejné, jako před několika desítkami let. Například generace rodičů a prarodičů nežije společně, ale většinou odděleně a pokud žijí společně, často vznikají konfliktní pohledy na výchovu potomků. Matka dítěte má dnes mnohem více práv, které dříve zastupoval muž – hlava rodiny. Na druhou stranu však roste časová zaneprázdněnost a vytíženost rodičů, jak poukazuje Kraus (2008).

Mertin (2011, 2013) upozorňuje na změnu výchovných postupů rodičů. Dnes se ve většině rodin obejdou bez výprasků vařečkou i bez klečení na hrachu. Rodiče málokdy dávají domácí vězení. Dítě je více vnímáno jako plnohodnotný člen rodiny. Příkazy a zákazy jsou dnes méně užívané než dříve a je doporučována spíše podpora dětí. Ta je citována také v knihách současných autorů (Rogge & Bartram, 2015) jako zlatá střední cesta. Návrhy dospělého dítě zvažuje a pokud se dítě rozhodne nepřijmout jeho návrh, neříká tím *NE* svému rodiči, ale *NE* jeho názoru. Je-li tedy dítě přijímané od svých vztahových osob se všemi svými nároky a představami, je přijímáno ve své individualitě a může se tak cítit jako rovnocenný partner dospělých. Dospělý také může být pro děti díky svým zkušenostem celoživotní oporou.

Na nutnost stanovení bezpečných a jasných pravidel a jejich dodržování v domácím prostředí poukazuje Herman (2014). Ve své publikaci zdůrazňuje, že se díky nim při výchově, ale i při běžné domácí spolupráci dá předejít mnoha pozdějším konfliktům.

Čáp & Boschek (1994, 8) souhrnně uvádí: „*Způsob výchovy patří k mimořádně závažným podmínkám ve vývoji osobnosti a je spjat s řešením klíčových psychologických problémů.*“

1. 4. Výchovné styly

Starší rozdělení, které je dnes vnímáno jako klasický model (Lewin, 1939, in Čáp et al., 2000), přináší tři základní **typy výchovných stylů**:

- a) **Autoritativní styl** (též nazýván jako autokratický), který je založen na bezpodmínečné poslušnosti, podřízení dítěte autoritě rodiče, včetně uposlechnutí příkazů a zákazů dospělé osoby; běžné je omezování samostatnosti dítěte a jeho iniciativy; historicky vychází z tradice patriarchální výchovy.
- b) **Liberální styl** („laissez-faire“), dávající co největší volnost dítěti; někdy je též nazýván jako slabé vedení, kdy dospělý děti řídí málo a netrvá na plnění svého požadavku.
- c) **Demokratický styl** (též integrační či sociálně-integrační), při němž je dítě respektováno (s porozuměním) jako samostatná bytost, která o sobě rozhoduje přiměřeně svému věku. Požadavky dospělého jsou podávány laskavou formou, přednostně je uplatňován osobní příklad a návrhy se objevují častěji než strohé příkazy a zákazy.

Postupem času přibývaly případy výchovných stylů, které se nedařilo zařadit do žádné ze zde uvedených tří možností. Proto byl Schaeferem (1959, in Čáp et al., 2000) formulován **nový model dvou dimenzí** rodičovských postojů, kdy vedle sebe stojí jednak řízení, kontrola (slabá/silná) a jednak emoční vztah k dítěti (kladný/záporný). Vznikla tak nově možnost klasifikace ve čtyřech dimenzích. Právě polarita emočního vztahu k dítěti poukazuje na způsob, jak spolu rodič-dítě komunikují, zda při výchovných prostředcích převažují tresty, odměny či povzbuzování a podpora.

V průběhu času se modely dále upravovaly. Baumrindová v 70. letech pozorovala přibližně sto dětí předškolního věku, díky tomu původní tři styly rodinné výchovy Lewina hlouběji rozpracovala, a to (Thorová, 2015, 189):

- 1) *asertivní, demokratické rodičovství*
- 2) *autoritářské, přísné rodičovství*
- 3) *shovívavé, svobodomyslné liberální*

Maccobyová v 80. letech přidala ještě koncept čtvrtého stylu – *nedbalého rodičovského* a výrazně se podílela na výzkumu **rozdílu ve výchově mezi pohlavími**. V nich jsou rodiče vnímáni jako: nároční a kontrolující / nenároční a nekontrolující a v kombinaci s tím pak odmítající/akceptující.

Současně od konce 60. let probíhá výzkum a úprava modelu polí na české kulturní prostředí pod vedením Čápa a kol. Výsledkem výzkumu je model schématu devíti polí

a za klíčové momenty ve způsobu výchovy jsou brány **emoční vztahy rodič-dítě** a **způsob výchovného řízení**. Podívejme se nyní blíže na jednotlivé výchovné styly.

Sledujeme-li historii, zjistíme, že **autoritativní** typ výchovy podporoval už velký humanista Jan Amos Komenský. Díky Langmeierovi & Krejčířové (2006) známe postupný vývoj této oblasti za poslední století. V dřívějších stoletích rodiče při výchově kladli důraz na kázeň a poslušnost, od 20. let jsou ve výchově zdůrazňovány dobré návyky a postupně je v převaze výchova k tzv. seberealizaci. Tento posun v průběhu času vnímáme jako velký pokrok.

V pohledu na autoritativní rodiče se odborníci neshodují. Matějček (2000) poukazuje na **dvě dimenze** vnímání **slova autoritativní**, takže obsah tohoto slova může být chápán ve smyslu pozitivním i negativním. V **negativním** slova smyslu jde podle Matějčka o probouzení strachu, jenž ve výsledku směřuje ke slepé poslušnosti dítěte u dětí úzkostných nebo k odporu a vzpouře u dětí „tvrďších“, což je špatné. Naopak v **pozitivním** slova smyslu se autoritativním vedením rozumí výchova, při níž dítě získává oporu a životní jistotu vymezenou jasnými, ale zároveň pevnými hranicemi. Rodičovské vedení, které přináší řád, dětem úzkostným pomáhá tvořit jejich bezpečný prostor a dětem odolnějším ukazuje směr jejich další cesty, kudy už mohou jít samy.

Vlastní pohled na termín autoritativní prezentuje Bremsová (2018). Ta pohlíží na **autoritativní** rodiče jako na rodiče, kteří dítěti předkládají a pak vyžadují několik rozumných pravidel, na nichž se často s dítětem předem dohodli. Tento styl autorka považuje z psychologického hlediska jako nejvhodnější. Nejproblematictější vnímá, pokud se rodiče nedokážou ve výchovném stylu sjednotit. V domácnosti je nutno stanovit pravidla, o jejichž dodržování se usiluje. Bez nich vznikají konflikty a hádky.

Naproti tomu v pohledu na **liberální výchovu** se většina z autorů (Bremsová, 2018, Matějček, 2017, Lojdová, 2016, Thorová, 2015) shoduje. Vyjadřují se kriticky, neboť dítě díky volným pravidlům a nejasným hranicím často neví, co se od něj očekává. Při tomto stylu výchovy není prostor pro strukturu a děti často jen odhadují, zda je jejich chování přiměřené, což u nich může vyvolávat úzkostné pocity. V liberální výchově dominuje kamarádský vztah mezi rodičem a dítětem. Taková výchova však není ve své krajní podobě vhodná jak pro děti úzkostné, které při ní zcela postrádají pevný bod, o něhož by se potřebovaly opřít, tak ani pro děti konstitučně samostatnější a odolnější.

Která výchova je vhodnější? Pokud rodiče nevymezují hranice (jejich výchova je bez zákazů a příkazů), což je typické pro liberální výchovu, dětská osobnost se nemůže zdravě strukturovat. Dítě nezjistí, co smí, co ne, co je dobré a co špatné (Loucká et al., 2014): nechápe fungování světa kolem sebe. V takové situaci může dítě onemocnět právě z úzkosti a nejistoty. A Matějček (2000) dodává: ani jedna výchova, autokratická či liberální není bezproblémová. Každá nese svá úskalí a zásadní je, zda vychovatel působí jako tyran, vládnoucí mocenskými prostředky nebo zda svou autoritou z pozice zralejšího a vyspělejšího dítě podporuje a vede.

Maccobyová v 80. letech doplnila uvedené styly o nový, tzv. **nezúčastněné, nedbalé** rodičovství. Pro něj je typická omezená citová vřelost, nedostatečná kontrola a snížená vzájemná komunikace. O pocity, přání a život dítěte takoví rodiče projevují málo zájmu.

Lewin, Baumrindová i Maccobyová se shodli na tom, že pro dítě je nejvýhodnější **demokratická, asertivní** výchova. Tedy přísná, ale laskavá a pečující, od dětí očekávající zralé chování na jejich věkové úrovni, odpovídající jejich schopnostem. Rodiče se při ní zajímají o názory a pocity svých dětí, povzbuzují je k samostatnosti, ale současně je přirozeně kontrolují. Přesto, že děti mají v mnoha ohledech volnost, jsou jim vytýčeny určité hranice a pokud rodič musí zasáhnout či dokonce potrestat, snaží se své kroky s dětmi probrat a vysvětlit je.

Všechny zde uvedené styly se v rodinách objevují v hojném zastoupení a, jak uvádí Thorová (2015), žádný z nich není vnímán jako deviantní.

Jaké metody kombinujeme při mapování výchovného způsobu v rodině? Pozorování, rozhovor s rodiči (a následné zpracování získaných údajů), semiprojektivní techniky či dotazník, který bývá metodou nejčastěji využívanou.

Mezi již léta známé a osvědčené metody zkoumání stylů výchovy v rodině, jak uvádí i Sobotková (2004), patří Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině (Čáp & Boschek, 1994) či Test rodinných vztahů (Mádrová, 1987). První z metod jsme využili pro námi zkoumanou problematiku, podrobněji viz empirická část této práce.

Krajně nepříznivé formy výchovy jsou spojovány s rodiči nezralými, vysoce labilními, mající nepřiměřené sebehodnocení. Jejich typickou charakteristikou bývá také nespokojenost s rodičovskou rolí, vysoká agresivita nebo naopak naprostá pasivita

a závislost. „Zvlášť těsný je vztah stylu rodinné výchovy a stability – lability osobnosti dítěte.“ (Čáp & Boschek, 1994, 12). Výsledky dosavadních výzkumů (Čáp & Boschek 1994) napovídají, že u dítěte, žijícího v **silně záporném emočním** vztahu, dochází ke zvýšené labilitě. Thorová (2015) upozorňuje na různorodost výchovných prvků každé z rodin a často také na rozdílný výchovný přístup jednotlivých rodičů. Autorka dodává, že „**vzdělání** ovlivňuje i rodičovský styl výchovy“ (Thorová, 2015, 186). Stejně zásadní je podle ní, stejně jako podle Matějčka (2017), flexibilita, vnímavost kontextu a vzájemná partnerská komunikace. Jsou-li dobré, nemusí být pro dítě různorodost přístupů zásadním problémem.

Bližší informace k jednotlivým polím uvádíme v empirické části této práce.

V roce 2004 publikovala Gillernová, jak jsme již výše uvedli, výsledky výzkumu, v němž pracovala s rozčleněním výchovných stylů podle Čápa (1994) u rozsáhlé skupiny adolescentů. Dle těchto dětí je celkově nejčastější zastoupení rozporného výchovného stylu se záporným emočním vztahem (č. 3, 29 %), pak laskavá výchova se slabým výchovným řízením a s kladným emočním vztahem (č. 6, 17 %) a následně výchova bez požadavků a hranic se slabým výchovným řízením a záporným emočním vztahem (č. 2, 14 %).

1. 5. Dítě ve věku 8–12 let

Dítě je jedinec, který si vytváří představy, co a jak může být ovládáno jeho vlastním chováním, emocemi a fyziologií a snaží se, aby toho, co chce, dosáhlo. Pro svůj zdravý růst pak potřebuje dva rodiče a dvě jasně vyjádřená ohniska jazykových operací (Chvála & Trapková, 2006): akceptující a vymezující.

Po pěti letech předškolní docházky a většinou už po dvou letech školy (ve věku osmi let) stojí před dítětem mnoho úkolů, které by mělo v průběhu následujícího období zvládnout. Matějček (2017) upozorňuje, že tato doba je maximální extraverzí dítěte. To ještě hluboce nerozmýšlí o svých pocitech, ale centrem pozornosti se pro něj stává hlavně svět věcí a dějů, příroda, technika, často i sport. Matějček (2017) současně upozorňuje na zásadní roli rodinných vztahů. Dítě má v tomto období své kognitivní schopnosti dostatečně rozvinuté k tomu, aby bez problému pozorovalo a vnímalo okolí, a to včetně detailů.

Časové ohraničení pojmu **mladší školní věk** různí autoři uvádějí víceméně totožně. V odborné literatuře lze vysledovat přístup evropský a americký. Vzhledem k možným

kulturním odlišnostem se primárně řídíme evropským pohledem. Čeští autoři (Langmeier & Krejčířová, 2006, Thorová, 2015, Matějček, 2017) ho časově vymezují mezi 6/7 let, kdy dítě začíná školní docházku, a 11/12 let, tedy do období prvních známek pohlavního dospívání.

Pro potřeby této diplomové práce pracujeme s dětmi ve věkovém intervalu 8–10 let, což je období mladšího školního věku. Podle Thorové (2015) jsou hlavními vývojovými úkoly formování sebepojetí, genderová identita (uvědomování si vlastního pohlaví) a postoje ke vzdělávání. Dle Eriksona (2002) se také jedná o období prvního poměřování se se spolužáky, střetem s novou, cizí autoritou. Kolektivní život je na samém vrcholu. Dítě právě nyní zkouší produktivní činnosti, vyžadující určité dovednosti. Spolu s vrstevníky se snaží něco podnikat a taky dokázat. Zažívá pocity sebeoceny nebo naopak při selhání pocity méněcennosti. Svůj úspěch či neúspěch pak v případě kvalitního rodinného zázemí sdílí s někým blízkým a postupně se tak v dítěti podporuje motivace k překonávání překážek. Pro děti v tomto období je stále centrem jejich života rodina.

Co může stát za vznikem prvních psychosomatických obtíží? Psychosomatické potíže u dítěte často začínají v momentu, kdy je na něho vyvíjen větší tlak a požadavky. Dítě jakožto součást širšího sociálního uskupení, rodiny, by mělo mít sociální podporu i péči o somatické a psychické zdraví, jak uvádí Kučírek (2006).

Možnou příčinou vzniku psychicky podmíněných organických onemocnění je i zcela normální **krize ve vývoji dítěte**, které se chce osamostatnit, vzdálit z péče rodičů, nejčastěji matky. Při tomto procesu často dochází k drobným nezdarům či obtížím. Balcar (2006) upozorňuje, že dítě může být vychováno v prostředí s trvale omezující, přehnanou citovou vazbou rodičů vůči němu. Toto nadměrné ochranné prostředí, přinášející neúměrnou opatrnost a zároveň nejistotu, obavy, citový nátlak a vysoká očekávání vůči jedinci, to vše dítě dlouhodobě vyčerpává a snižuje jeho sebedůvěru.

Rodiče mají velmi těžkou úlohu. Pohybují se totiž mezi póly *ochraňovat* či *nechat jít? Držet* nebo *pustit*? Pohyb mezi póly je obtížný a pro obě strany, rodiče i dítě, hodně citlivý. Postupným objevováním dětského světa při nemocech zjistíme, že jde častokrát o projev problémů a konfliktů v rodině, s nimiž si děti neumí poradit. Psychická oblast člověka je natolik zásadní, že v případě jejího špatného stavu může být zvýšena náchylnost organismu k psychosomatickému onemocnění. Hopf (2016) uvádí výčet některých možných důvodů (vlivů), které se mohou stát příčinou (motivem) uvedených onemocnění:

- a) velmi úzký symbiotický vztah dítě – matka; existenciální strach při odloučení
- b) vyhybání se situacím, které mohou nahánět strach útekem do nemoci
- c) děti, které se snaží o překonání obtížené rodinné krize
- d) děti dostávající protichůdné rodičovské signály
- e) děti, které v rodinném systému převzaly roli „obětního beránka“
- f) děti s tendencí k sebetrestání

Často jde o kombinaci více vlivů. Je však zásadní mít stále na paměti **emoční stránku**. Ta je výrazným zdrojem osobní (ne)pohody dítěte.

Děti ke komunikaci využívají specifické prvky, jako jsou metafory nebo hry, a to zcela unikátním, jim blízkým způsobem. Často své pocity sdělují v podobě otázek a komentářů, které se nezasvěceným mohou zdát jako nelogické. (Balcar, 2015).

V celém jednání dětí hrají zásadní roli emoce, které dětský věk nedokáže ještě plně verbalizovat. Typická je pro ně také rychlá změna emocí, což děti většinou nejsou schopny slovně vysvětlit. *„Emoce se odehrávají v divadle tvořeném tělem. Pocity se odehrávají v divadle tvořeném vědomím.“* (Damasio, 2004, 37). V sociálních situacích se u lidí automaticky spouští některé sociální emoční reakce přesto, že podnět k reakci není zcela zřejmý. Jak Damasio (2004) uvádí, jde například o projev sociální nadřazenosti, a naopak sociální závislosti.

V kolektivu převažují kontakty mezi dětmi stejného pohlaví. Kluci se na dívky dívají jako na *„uječené, rozmazlené a ufnukané, holky na kluky jako na zlobivé předvádivé a vulgární“* (Thorová, 2015). *„Genderová socializace probíhá celý život, její formy jsou kulturně a historicky podmíněné.“* (Thorová, 2015, 302). Zásadní však je časově odlišný vývoj obou pohlaví, a to především v sociální oblasti. *Rozdíly mezi pohlavími jsou výrazně prohlubovány sociálními vlivy.“* (Thorová, 2015, 304). Ve věku 8-10 let u dětí narůstá flexibilita, dále se rozšiřují obsahy genderových schémat a diferencují se schémata v různých situacích (Smetáčková, 2016). Autorka uvádí: *„Zatímco v nejmladší věkové kategorii jsou věkové rozdíly ve většině charakteristik nulové či jen velmi malé, postupně s věkem tyto rozdíly narůstají.“* (Smetáčková, 2016, 53).

Podívejme se nyní na to, zda najdeme rozdíl ve vnímání rodiny u **dívek a chlapců** v tomto věkovém období. Od raného věku jsou dívky zralejší, vývoj u nich je akcelerovanější, dívky jsou v tomto období také výrazně sociálně vnímavější, více se *„zajímají o vztahy mezi lidmi a intimnější stránky lidského soužití. Jejich pozorovacím*

schopnostem neujdou ani nejbližší.“ (Matějček, 2017, 241). Malým slečnám tak častěji, než chlapcům neunikne případná neklidná atmosféra a nepohoda v rodině. Matějček (2017) k tomu dodává, že nejvíce nepříznivých reakcí na rozvod v rodině bylo zachyceno právě ve věku kolem deseti, jedenácti let. Chlapci jsou na rozdíl od dívek vnímavější na pozitivní atmosféru (Macek, 1999). Pokud od rodičů získávají porozumění a akceptaci, podporuje to v nich vědomí vlastní efektivnosti. Gillernová (2009) ve výsledcích výzkumu předkládá, že rozdíly ve vnímání chlapců a dívek jsou vysoce statisticky významné, a to především pro extrémně kladný emoční vztah. Dívky v tomto výzkumu častěji, než chlapci uvádějí kladný emoční vztah matek a extrémně kladný vztah otců.

Co dodat? „*Každá výchova se svým způsobem podobá dobrodružné výpravě. Cíl máme kdesi v dálce před sebou a cesta, která k němu vede, je plná překážek a překvapení. /.../ Dnes už víme, že to není jednostranný vztah, kdy by jeden dával a druhý přijímal. Je to vztah součinnosti.*“ (Matějček, 2017, 66).

2. Zdravý – nemocný

Ve shodě s WHO uvádí Orel (2012, 11): „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody.*“ Současně upozorňuje na určitou přísnost této definice a v další ze svých knih (Orel, 2014, 14) doplňuje: „*Plné zdraví můžeme chápat jako nepřítomnost nemoci.*“ Hopf (2016, 143) nabízí také variantu: „*Nemoc je pokus tělesnými prostředky zvládnout hluboký konflikt.*“

Nemoci člověka jsou podle Zikmunda (1983) výsledkem vzájemné interakce mezi ním a prostředím, ve kterém žije. Na této interakci se spolupodílí mnoho činitelů a vlivů.

Až do konce minulého století byl preferován model nemoci a zdraví, v němž je **nemoc** brána jako určitá porucha individua či somatická porucha jednoho orgánu. V současnosti nemoc chápeme jako komplexní jev, jehož součástí jsou propojené vazby duševní a tělesné sféry, jak uvádí Tichá (2012), a to v kontextu osobnosti jedince ve vztahu k jeho širšímu sociálnímu prostředí. Orel (2014) doplňuje, že dřívější vnímání tří rovin nemoci, tedy biologické, psychologické a sociální je dnes přijímáno jako celostní, komplexní jev.

Sargent (1983) zmiňuje, že někteří autoři v roli nemocného vidí pacientovo možné osvobození se od každodenních povinností. Díky nemoci může jedinec změnit svůj dosavadní denní režim a má za úkol pouze dodržovat příslušné lékařské pokyny a snažit se obnovit své zdraví. Říčan (2006) i Hopf (2016) ve shodě uvádí, že nemoc není nepřítel, jen vrátí dítě vývojově zpátky, čímž má možnost načerpat nové síly, nadechnout se. Po uzdravení je důležité snažit se o návrat k normálnímu fungování, jaké bylo před nemocí, tedy dítě i dospělý žijí dál jako samostatné, plnohodnotné bytosti, jak dodává Hopf (2016).

K dětským lékařům a specialistům v poslední době přichází skupina pacientů, která má tělesné potíže, i když laboratorní a instrumentální vyšetření opakovaně nedávají vysvětlení potíží ani základ pro stanovení diagnózy. Lékaři hovoří o somatizujícím pacientovi, angloamerická odborná literatura, jak uvádí Skorunka (2006), však stále častěji používá termín **medically unexplained symptom**. Kromě tohoto termínu se dnes v odborné literatuře vyskytuje deskriptivní termín funkční poruchy nebo somatizace, vedle nich se však skloňuje obecně známé označení **psychosomatické potíže**.

Jak rozumíme klinickému obrazu psychosomatických obtíží? Dal by se charakterizovat jako „*přetrvávající, dostatečným způsobem organicky nevysvětlitelné tělesné obtíže. Existuje podstatný nepoměr mezi subjektivními obtížemi a objektivním somatickým nálezem.*“ (Tress, 2008, 87). Pacienti se opakovaně dožadují nových vyšetření, přestože jsou jejich výsledky stále negativní a uvedené symptomy není možné vysvětlit tělesně.

Každý jedinec je charakteristický svou biopsychosociální jednotou. V případě, že se dostane do náročné situace, snaží se s ní vyrovnat. Je však tvorem individuálním. Proto někdo na vzniklou situaci reaguje úzkostí, tenzí, strachem nebo pocitem ohrožení duševního zdraví, jiný se s danou situací pouze snaží dostatečně rychle vyrovnat. Oba typy však v zásadě směřují ke zpětnému nalezení integrity, celistvosti své osobnosti. Někteří autoři (Orel, 2014, Tichá, 2012) uvádí, že jde o tzv. **adaptaci**, tedy o obnovení původní rovnováhy individua a postupné přizpůsobování se okolí.

Jak si však vysvětlíme existenci této nově vzniklé nemoci u dítěte, které žije stále ve stejné rodině, se stejnou výchovou? Psychologové i odborníci se shodují na tom, že se vztah rodič-dítě v čase mění. Tak, jako se mění životní potřeby dítěte, měl by se vyvíjet i vztah mezi ním a rodiči. **Důvody vzniku nemoci** mohou být různé, například:

- dítě už nemůže unést dosavadní model výchovy; kritiku, zákazy, pokyny
- dítě je ve věku, kdy chce zkusit *své způsoby a cesty*, nechce mít všechno předem vymezené, chce spolu s vrstevníky zkoumat svět kolem, a přesto je mu v tom úzkostným rodičem bráněno
- dítě se začíná vymezovat vůči svým rodičům, vůči zavedenému způsobu fungování
- dítě také může chtít *být bráno vážně*, nemoc je způsob, jak na sebe upozornit
- v případě partnerských neshod může dítě jednoduše chtít, aby si ho rodiče *všimli*

Chvála & Trapková (2006) už před několika lety upozornili na fakt, že při poruše spolupráce obou rodičů, může dojít k různým nežádoucím jevům. Ať už k rozvoji symptomů, k somatickému onemocnění nebo ke vzniku poruch chování. V případě, že se podaří problém vyjasnit a vztah mezi rodiči vyladit, velmi často to přináší uklidnění symptomů nebo úpravu chování u dítěte.

Dítě tedy onemocní. Již víme, že jednoznačné dělení, kdy s určitým psychogenním onemocněním souvisí konkrétní specifický konflikt, nelze dále respektovat. Při příchodu do ambulance klinického psychologa se postupně, v citlivém kontextu anamnestického

rozhovoru, zkoumá několik základních otázek: **kdy, kde, jak, s kým** a **jak dlouho** už se nemoc projevuje. Těchto pět otázek, zasazujících nemoc do kontextu, je podle Bremsové (2018) zásadních pro další terapeutickou práci s aktuálně prezentovaným problémem.

Tress (2008, 66) doporučuje díky zjištěným souvislostem vnímat tělesné symptomy jako určité výrazy, a to:

- 1) *jako výraz konverze*
- 2) *jako výraz ekvivalentu afektu v rámci konfliktní problematiky*
- 3) *jako výraz nezralých afektů v rámci určité nespecifické zátěžové situace*
- 4) *jako výraz zamrzlých impulsů k jednání po zátěžové reakci*
- 5) *jako výraz traumatických životních zkušeností*

V případech 2) a 3) je zjištěno, že pro vznik onemocnění konkrétního orgánu mohou sehrát roli i genetické předpoklady, díky nimž se takový orgán stane místem **locus minoris resistentiae** a přetrvává-li dlouhou dobu napětí, v daném orgánu se rozvine symptom.

Tělo je nejen nositelem chování a reakcí, ale snaží se také o sebeorganizaci a vytvoření vztahu k okolí. Například **zažívací trakt** se snaží o navázání kontaktu ve směru přijímacím, jak uvádí Poněšický (2011). Na jedné straně je spojen s láskou, v začátcích života reaguje na uspokojení už při kojení, na straně druhé ale dokáže zareagovat na frustraci, což demonstruje svým vztahem k jídlu, pití a drogám. S tímto orgánem je také často dáváno do souvislosti (až trucovité) zadržování vyměšování.

V poslední době čile probíhají výzkumy **střevního mikrobiomu**, jak uvádí Honzák (2017). Gastrointestinální trakt není pouze trávicím orgánem, hraje zásadní roli při metabolismu, při práci imunitního systému a má významný dopad na naše zdraví a nemoc. Výzkumníci poukazují na změny tohoto ústrojí v souvislosti se zdravotním stavem, s léky, s přibývajícím věkem, ale výrazně také **se stresem**. Obereignerů & Kollárová (2008) o stresu hovoří jako o subklinickém spouštěči zánětu střev. Jedním z výrazných vlivů na GIT je i prostředí, v němž dítě žije. Rozhodující vlivy na možný vznik střevních obtíží začínají už v dětství. Často jde o vyústění problematické komunikace mezi matkou a dítětem v období mezi 6.–18. týdnem života, kdy je dominantním jevem krmení a jídlo kojence. Langmeier, Balcar & Špitz (1989), uvádí jako typický jev takto narušeného vztahu dominantní matku, vedle níž se dítě nemá možnost prosadit. Prvním vrcholem těchto obtíží jsou reakce dítěte v období 3.–9. roku, kdy je nuceno k čistotnosti

při vyměšování. Druhým kritickým obdobím je nástup do školy, v níž je dítě pod tlakem nových nároků.

Nechutenství je jedním z častých problémů u dětí předškolního a mladšího školního věku. Jak uvádí Krejčířiková (Říčan, 2006), porucha příjmu jídla může mít specifický komunikační význam. Odmítání jídla se může stát způsobem vyjádření svých konfliktů a problémů ve vztazích k rodičům, dítě tímto prostřednictvím často prezentuje svůj boj o moc v rodině. Zásadním problémem se jeví interakce. Další autoři (Kučírek, 2006) vidí problém s poruchou příjmu potravy a nechutenstvím speciálně u malých dívek v modelech rodin, které dělají proces osamostatňování jejich dítěte výrazně obtížnější

S nechutenstvím souvisí i **bolest břicha (abdominalgie)**, jež je u tohoto věku dětí také velmi frekventovaná. Tato obtíž je „často tělesným vyjádřením strachu a úzkosti, zejména v případech odloučení“. (Hopf, 2016, 33). Pokud dítě odmítá jídlo, stojí za to z psychologického pohledu také zjišťovat, jaké jsou aktuální vztahy v rodině. Podle Skorunky (2006) počet dětí s tímto typem somatoformních obtíží čítá 10–30 % ze všech somatoformních příznaků. Bolest břicha se často projevuje spolu s **bolestí hlavy (cephalgie)**, ta podle autora postihuje 20-50 % všech dětí s těmito obtížemi.

S okolním prostředím je spojován i **dýchací aparát**. Odborníky (Poněšický, 2014, Tress, 2008) je dáván do souvislosti pocit svobody či nesvobody v blízkých meziosobních vztazích a následné dýchací potíže. Jak příjemné je moci se bez obtíží zhluboka nadechnout! Mezi tělesné projevy psychických obtíží patří opakované **infekty HCD**. Dechové potíže, tedy nepřiměřené stahy příčně pruhovaného dýchacího svalstva, mohou být provázeny zvýšenou sekrecí a usazováním hlenu v plicních dýchacích cestách. Langmeier, Balcar & Špitz (1989) uvádí, že se tato onemocnění alespoň jednou objevují u 60 % dětí do 15. roku. Současně autor upozorňuje na jeden z výrazných psychologických činitelů, jímž je zvlášť silná vazba a fixace mezi dítětem a základní vztahnou osobou, většinou matkou. V tomto případě je problematickým prvkem právě potřebné osamostatňování dítěte.

Dítě, které se v noci pomočuje, může být vnímáno také jako dítě, jež nemůže vyjádřit slovně své potřeby, proto je přeneslo do podoby **enuresis**. Langmeier (1989) připomíná, že enuréza je mimovolné a neuvědomované močení vyskytující se po dosažení tří let věku dítěte. Jedním z možných důvodů vzniku enurézy je citové přetížení dítěte a uchovávané nevhodné prostředky v odezvě bezprostředního okolí. Oaklander (2003)

uvádí, že kdyby se dítě nepomočovalo, mohlo by mít časem astma nebo ekzém. Pomočování většinou vznikne v určité nepříznivé situaci a pokračuje, i když tato situace již dávno pominula. Je důležité nechat dítě sdílet své pocity, emoce, mezi nimiž často bývá také zadržovaný hněv. Děti, přicházející s těmito problémy, můžeme vnímat i jako nejisté.

Poslední ze zde uvedených obtíží, je **recidivující zvýšená teplota** bez prokazatelného somatického onemocnění. Základním otázkou, která k tomuto psychogennímu příznaku, náleží, je: V čem dítě potřebuje pomoc? V tomto případě předpokládáme, že dítě svou životní situaci v některé z jejích částí nezvládá, Langmeier et al. (1989) hovoří o **přetížení dítěte**. Je vhodné se dítěte zeptat na náročnost školy, na citové zázemí v rodině i na výchovné zatížení. Neopomeneme ani dotaz na nedávné (či aktuální) životní změny, které také mohou hrát zásadní roli (Tress, 2008). Aby došlo k uzdravení, v tomto případě je nutná změna interakčních vztahových vzorců a podpoření vztahů, které jsou pro dítě důležité (podporou kladného sebehodnocení, posílením vztahů s přáteli a další).

V obecném pohledu: ať už syndrom dráždivého střeva, ženské bolesti v podbřišku (tzv. „chronic pelvic pain“), bolesti zad či nespecifikovanou bolest hlavy související s vnitřním napětím, vše je hluboce propojeno s psychikou jedince.

Projevem dysfunkce rodiny nebo symptomem, naznačující emoční poruchu v dětství, mohou být také další obtíže, například **různé formy poruchy spánku a usínání**.

Balcar (osobní sdělení, 3. února 2018) na své přednášce uvádí: „*Děti nám i psychosomaticky umějí spontánně přispět ke svému léčení víc, než od nich čekáme.*“ Kliničtí psychologové, pracující s dětmi s těmito potížemi, mohou navíc potvrdit, že dětem k vyléčení obvykle stačí kratší čas než dospělým. Důležité je umět je v jejich metaforickém ztvárnění vlastního příběhu podpořit a doprovázet na cestě k uzdravení.

2. 1. Psychosomatika

Psychosomatika vnímá jedince jako jeden složitý bio-psycho-sociální celek, jenž tvoří dohromady mnoho subsystémů a jehož základem je komunikace. Základním předpokladem nejen léčení, ale především uzdravení se je léčba psychické i tělesné stránky současně, protože obě vnímáme jako vzájemně propojené a doplňující se systémy. Obecně lze tedy u každé nemoci pozorovat aspekty biologické, psychologické, sociální i duchovní.

V historii se poprvé objevil pojem psychosomatika již v díle německého psychiatra Heinrotha v roce 1818, jak upozorňuje Trapková (Chvála & Trapková, 2012). Ta dodává, že o základy české psychosomatiky se zasloužili Matějček a Langmeier.

Jako **psychosomatické potíže** chápeme takové stavy, při nichž se člověk cítí subjektivně nemocný přesto, že se prostřednictvím organického nálezu jeho potíže nedaří potvrdit a klasickými medicínskými postupy se nedaří je vyléčit. Ve většině případů za těmito potížemi stojí životní situace člověka a emoční zátěž (mezi nimi bývá nejčastěji stres nebo nezpracované emoce). Prostřednictvím potíží dochází pak ke zhoršení činnosti vegetativní nervové soustavy, dýchání, vyměšování, trávení a dalších oblastí. Úleva nastává při vhodně zvolené psychoterapii.

Faleide, Lian & Faleide (2010), Dahlke (1998) i Danzer (2001) poukazují na to, že lidé s **psychosomatickou nemocí** mají objektivně tělesné onemocnění, což není potvrzeno u klientů s **psychosomatickými obtížemi**. Ani jedna skupina však nenachází uzdravení při používání pouze medicínských léčebných prostředků.

Za základ tradičního termínu *psychosomatické onemocnění* vnímá Langmeier et al. (1989) skutečnost, že se na vzniku a rozvoji tělesných potíží rozhodující měrou podílí stránka duševní (prožívání). Současně doplňuje, že čím nižší je věk dítěte, tím pravděpodobnější je vznik tělesných symptomů v reakci na duševní zátěž. Tyto symptomy, jak uvádí i Jedlička (2003) totiž nahrazují přímou verbální komunikaci, která je u malých dětí obtížnější.

Mnoha psychology (např. Chvála & Trapková, 2012, Hopf, 2016, Jenkins, 1990) je psychosomatický symptom vnímán jako somatizace intrapsychických konfliktů a obtíží ve vztazích, konkrétně v triádě matka–dítě–otec, a to v jakémkoliv období dítěte od početí po dospělost. Tress (2008) i Morschitzky & Sator (2007) hovoří o **vztahových nemocech** a doplňují, že psychogenní onemocnění lze vnímat jako vztahovou poruchu vzniklou z raně dětských konfliktů. Tress (2008) k tomu upřesňuje, že celkovou osobnost svého pacienta on sám lépe poznává až v okamžiku, kdy prozkoumá jeho vztahový svět uvnitř i vně rodiny. To potvrzuje Dytrych & Matějček (2002) i Branna (2018), kteří zdůrazňují nutnost vnímání jedince v celém jeho životním příběhu vsazeném do reálného kontextu vlastního prostředí. Připomeňme na tomto místě význam psychosociální biografie jedince a důležitost rodinné atmosféry, na níž upozorňuje také Real del Sartre (1996). Právě atmosféra rodiny má primární vliv jednak na zdraví, ale i na uzdravení dětí.

Již na konci 20. století byl sestaven teoretický model (Thorová, 2015), poukazující na dopady kontextuálních faktorů na fyziologické a emocionální fungování jednotlivce. Podle něj se zdá, že rodinné a tzv. extrarodinné vlivy a vztahy souvisejí s psychosomatickými příznaky v podobě zpětné kruhové vazby.

Jak psychicky podmíněný tělesný symptom vznikne?

Dnes se na živý organismus díváme jako na systém, který své symptomy sám utváří, čemuž říkáme sebeutvářející systém. Každý organismus je však individuální, proto u rozličných jedinců tentýž projev nemusí znamenat totéž, jak uvádí Jedličková (2004). Ta navíc upozorňuje na průběžnou proměnlivost symptomů ve vývoji jedince. Při vývoji jsou u člověka přetvářeny tělesné vjemy i následné vzpomínky na mnoho pocitů a obrazů; při tvorbě obrazových představ (mentálních reprezentací) probíhá proces zvaný symbolizace zkušenosti. Hopf (2016) dodává, že zkušenosti, v paměti ukládané jako předřečové vzpomínky, mají nejčastěji podobu tělesného napětí, nevolnosti nebo uvolnění.

Dosavadní **výzkumy** se věnují různým variantám pohledu na rodinu s psychosomatickými obtížemi dítěte. Skynner & Cleese (1999) stejně jako Meunier et al. (2017) upozorňují na důležitost systému rodinných struktur, obzvláště u nemocných dětí. Philadelphia Child Guidance Clinic (in Sargent, 1986) realizovala studii, zkoumající vliv rodinného kontextu na zachování příznaků chronické nemoci nebo nevysvětlitelných fyzických obtíží. Byly pojmenovány faktory ovlivňující (ne)existenci dysfunkčních modelů v rodinách s psychosomatickým členem, a to:

- záměna, přehnaná ochrana, rigidita, (ne)schopnost účinného řešení konfliktů a zapojení postiženého dítěte do manželského konfliktu.

Aby byly obtíže chápány jako psychosomatické, nemělo by při nich jít o vědomé udržování symptomů pacientem. Zdravými nás, navzdory veškeré zátěži a životním situacím, udržuje salutogeneze.

V dalším z výzkumů autoři O'Neill, Kuhlmeier et Craig (2018) zkoumali na národně reprezentativním kanadském vzorku vztah mezi psychosomatickými problémy dětí v raném dospívání a jejich rodiči, kteří procházeli problematickým obdobím. Autoři potvrzují, že rodič svým jistým, pevným zázemím dokáže chránit dítě před psychosomatickými projevy ventilujícími tíseň. Tato studie dále nachází vztah mezi kvalitou vazby rodič–dítě a psychosomatickými problémy dítěte. Přesto, že se v naší práci

nevěnujeme adolescentům, jedno zjištění má tento výzkum obdobné s našimi předpoklady: rodiče, podporující své dítě, pomáhají preventivně působit proti vzniku psychosomatických obtíží.

Existuje-li souvislost mezi psychosomatickými problémy dětí a variantami: děti žijící v oddělené rodičovské péči ve srovnání s dětmi žijícími s rodiči ve společné domácnosti zjišťoval tým výzkumníků pod vedením Bergströma (2015) na rozsáhlém vzorku dětí ve věku 12–15let ve Švédsku. Z jejich závěrů je patrné, že děti ve společné péči trpěly méně často psychosomatickými problémy než děti, které žily jen s jedním rodičem. Zároveň tým zjistil, že je problematická rodičovská separace nebo rozvod spojována s vyšším rizikem vzniku psychosomatického problému u dítěte z této rodiny. Dodejme i pohled českého psychologa. „*Všichni víme, jak zhoubný vliv na kvalitu života má konflikt loajality, kterému je nutně dítě vystaveno při běžném rozvodu rodičů.*“ (Chvála & Trapková, 2006, 16). Na děti kolem deseti, jedenácti let takto problematická atmosféra doléhá nejkritičtěji. Tělesný symptom se snaží okolí něco sdělit, dítě se tak pokouší předat poselství: chtěl bych ti něco říct, ale nemohu, jsem bezmocný. Jak Matějček (2017, 242) dodává: „*Tento věk je mimořádně citlivý na rodinné konflikty a otřesy!*“

O vlivu rodiny na vývoj psychosomatických poruch u předškolních dětí s mentální retardací se ve svém odborném článku rozepisuje Svetlana Aleksandrovna Mugal (2016), která se svými kolegy informuje o tom, že koexistence hlavních rizikových faktorů psychosomatických poruch a mentální retardace naznačuje existující společné patogenní vazby jejich vzniku. Mugal přináší inspirativní definici psychosomatiky. Tento jev, dle ní, překračuje pojmy zdraví a nemoci. „*Psychosomatika je tělesným odrazem duchovního života, který zahrnuje jak fyzické projevy emocí, tak i „zrcadlo“ jiných nevědomých procesů, tělesný kanál vědomě nevědomé komunikace.*“ (Mugal, 2016, 271). Autorka, pracující na uvedeném tématu s rozsáhlou skupinou předškolních dětí, rovněž poukazuje na celkovou krizi rodiny v moderní společnosti, jak předkládáme na jiném místě této práce.

Skorunka (2006, 6) uvádí *charakteristické rysy rodin se somatoformními projevy*:

- 1) *trvání na medicínském výkladu a obtíže s přijetím psychologického vyšetření*
- 2) *nadměrná pozornost věnovaná tělesným projevům a možným známkám nemoci*
- 3) *výrazná citlivost na pocity tělesné nepohody*
- 4) *výskyt podobných příznaků u dalších členů rodiny*
- 5) *přítomnost závažného tělesného onemocnění u rodičů*

6) *potíže ve vyjadřování emocí a pocitů nepohody*

Autor také upozorňuje, že „*čím je dítě mladší, tím snáze reaguje na duševní zátěž tělesnými příznaky*“ (Skorunka, 2006, 6). Sargent (1983) upozorňuje na převládající **charakteristiky rodinné transakce**, které dítěti následně podpořily vznik jeho psychosomatických obtíží. Jedná se o tyto:

- nadměrná ochrana, rigidita, nedostatečné řešení konfliktu a zapojení dítěte do rodičovského konfliktu.

Z nich se již ve výzkumech Minuchina jeví jako velmi časté právě zapojení, což znamená vysoký stupeň propojení mezi dítětem a další osobou (většinou dospělým). Tress (2008) však také připomíná existenci dědičně-genetických vlivů na utváření těchto obtíží.

2. 1. 2. Model psychosomatické rodiny

Základ k tomuto modelu, jenž vychází z klinických a výzkumných zkušeností, popsal autor Salvador Minuchin již ve svých publikacích ve druhé polovině 20. století. V úvodu k rodinně-diagnosticky zaměřené knize Minuchin, Nichols & Lee (2007) přináší vlastní pohled na historii modelu. Pojetí *modelu psychosomatické rodiny* vysvětluje příčinnou souvislost mezi psychosomaticky podmíněným onemocněním u člena rodiny (nejčastěji dítěte) a určitými vlastnostmi rodiny jako celku. Minuchin (1985) předpokládal větší pravděpodobnost psychosomatických onemocnění v rodině:

- a) se vzájemnou vztahovou propleteností, s nejasně vymezenými hranicemi jedince (o této problematice píše také Sobotková, 2012 a Balcar, 2015)
- b) s rigiditou (nedostatečně přizpůsobivé rodinné vztahy a chování členů rodiny)
- c) přehnaně ochranné (a to vzájemně mezi členy rodiny)
- d) v rodině, v níž se vyhýbají hledání řešení konfliktů a dítě bývá zataženo do konfliktu dospělých

Minuchin (1985) prozkoumal interakční chování v rodinách, kde se vyskytovalo psychosomatické onemocnění u dítěte. Z pozorování vyplynuly dva časté jevy:

- 1) vzrůstající psychosociální napětí ve vztazích uvnitř bazální rodiny
- 2) dítě se prostřednictvím svých psychosomatických obtíží vyrovnávalo s aktuálně frustrovanými rodinnými potřebami

Současně Minuchin a spol. (2007) dodávají další podmínku vzniku onemocnění, kterou je *fyziologická zranitelnost*.

Je však nutno zmínit nejen hlasy podporující tento model, ale také ty, které se k němu vyjádřily kriticky. Kritickým komentářem ohodnotil obsahové zpracování pojmů *nadměrná koheze (soudržnost)* a na druhém protipólu *distancovanost* (kterou Minuchin vnímá jako patogenního činitele), například Balcar (2015). Upozorňuje, že tyto dimenze rodinného vztahu se své extrémní poloze stávají překážkou k upřímnému sdělování vztahových potřeb a pocitů dítěte. Autor také uvádí, že teprve při výskytu tělesného onemocnění člena rodiny jsou rodinní příslušníci ochotni upravit své dosavadní postoje a fungování. To způsobuje, že díky svému onemocnění může tento člen rodiny alespoň dočasně uspokojit a prosadit své potřeby ve vztahu k ostatním členům nebo ke konkrétnímu jedinci v rodině.

Mezi autory, kteří potvrzovali nebo vyvraceli části Minuchinova modelu, patří Kramer (1983, in Balcar 2015). Ten se zaměřil na rodiče anorektických a anorekticko-bulimických pacientek a prostřednictvím testů Family Environment Scale a Structural Family Interaction Scale porovnal rodiny zdravé/nemocné. U nemocných zjistil, že jejich rodiny vykazují podobné znaky, celkově odlišné od rodin se zdravými dětmi. Minuchinův předpoklad se tedy potvrdil.

Díky Kogové a kol. (1985, in Balcar, 2015) byly přesněji formulovány pojmy:

- 1) intenzita nitrorodinných hranic
- 2) stupně rodinné přizpůsobivosti
- 3) způsoby zacházení s konflikty

Balcar (2015) však upozorňuje, že autorka neuvedla obecná diagnostická měřítká. Zda je totiž výsledkem zdravá nebo nezdravá rodinná interakce, závisí na kombinaci jednotlivých faktorů a aktuálním stavu rodiny.

Liedtke (1990, in Balcar, 2015) ve svém výzkumu v 79 rodinách s psychosomaticky nemocným dítětem (průduškové astma, vředová kolitida a atopický ekzém) zmapoval výchovné styly rodičů. Z dotazníků zjišťoval vnímání rodičovských výchovných stylů. Z jeho závěrů vyplynulo, že v rodinách, v nichž se nachází děti s psychosomatickými obtížemi, je výrazným jevem tzv. *omezující socializace*. V těchto rodinách se často vyskytovaly těsné citové vazby nemocného dítěte s matkou (nebo) i s otcem.

V dalších výzkumech (Northey, 1998, Kaugars, 2004 in Balcar, 2015) je středem pozornosti průduškové astma. V rodinách s takto nemocným dítětem je dominantní *přehnané ochranné chování a uhýbání před řešením konfliktů*.

Kékes Szabó a Kováry (2014, in Balcar, 2015) dvěma rodinám s psychosomaticky nemocným adolescentem administrovali FAST a výsledky srovnávali s jednou rodinou se zdravým dospívajícím. Z výsledků je patrné, že rodiny s nemocným jedincem rigidněji setrvávají v zažitých vztazích a hůře je mění než zdravé rodiny. Toto zjištění podpořilo minuchinovskou hypotézu, která poukazuje na zvýšenou úroveň rigidity u rodin s psychosomaticky nemocným dítětem.

Zdůrazňujeme, že výše uvedené studie proběhly mimo území ČR. Nelze tedy bez výhrady říct, že jejich výsledky budou zcela korespondovat s výsledky v našich podmínkách, v českých rodinách. Důležitou roli zde totiž hraje sociálně-kulturní kontext a ten je, zcela pochopitelně, v každé zemi určitým způsobem odlišný.

Autoři společně dodávají jedno: zaměřme se na dítě–pacienta, ne na nemoc. Rozeznávejme příznaky nemoci, jednoduché signály orgánů. Pomocť dítěti, to znamená přinést účast, empatii, nestrannost a schopnost ho vnímat v celém kontextu vztahů, které často nejsou na první pohled tak výrazné a viditelné. Přinesme do dalšího rodinného fungování rovnocenné společné soužití.

EMPIRICKÁ ČÁST

3. Výzkumný problém, cíle práce, hypotézy a výzkumné otázky

Jak podrobněji uvádíme v teoretické části této práce, téma **rodinné výchovy** je v posledních letech často prezentováno nejen známými psychology, odborníky: Balcar (2015), Sobotková (2004), Gillernová (2004), Honzák (2017), Chvála & Trapková (2012), Branna (2018), Lovasová (2006), ale objevuje se také v závěrečných vysokoškolských pracích, a to především v podobě kvantitativního výzkumu (Lojdová, 2016, Vohradská, 2017). Jako kvantitativní vede svůj výzkum také O'Neil, která se svým týmem zkoumala vztah mezi rodičovstvím a psychosomatickými obtížemi u dětí ve věku 11–16 let. Salvová (2016) naopak kvalitativním způsobem nahlíží do rodinné výchovy dvou rodin s adolescentními dětmi. Nejblíže našemu výzkumu se jeví práce Lojdové (2016), která kvantitativním způsobem pomocí stejného Dotazníku stylů výchovy v rodině pro děti od 8 do 12 let (Čáp, Čechová & Boschek, 2000) získala vzorek 117 respondentů z brněnských základních škol. Celkově je však oblast výzkumu dětí ve věku 8–12 let výrazně méně častá a chybí také hodnocení vlivu rodiny na recidivující psychosomatické obtíže dětí této věkové kategorie.

Rodinné vztahy, jejichž směr a intenzitu bychom v souvislosti s naším tématem rádi zjišťovali, lze analyzovat dvěma základními způsoby: zaměřením se na jednotlivce či pozorováním interakcí. Pro náš výzkum jsme si vybrali první způsob. Nedostatečnost dotazníkového šetření se v klinickém souboru probandů snažíme vyrovnat figurální technikou znázorňující prostorové uspořádání rodinných vztahů. Ani při administrování tohoto testu však není naše pozornost zaměřena na celý systém, pouze na subsystémy, vztahující se k dítěti a jež dítě prostřednictvím této techniky může prezentovat.

Výzkumný problém předpokládá, že u dětí z kontrolního vzorku budou vztahy v rodině nejčastěji emočně kladné a výchovný styl řízení bude především střední (Gillernová, 2004, Lojdová, 2016). Tato studie teoreticky očekává skutečnost, že na psychosomatické obtíže u dětí mají vliv i další faktory v rodině. U klinického vzorku tak předpokládáme rodiny s problematickou základní charakteristikou, tedy s nejasnou hierarchií, soudržností, se špatnou flexibilitou vztahů a nejasnými hranicemi.

Výzkumné cíle praktické části práce lze uvést takto:

- popsat hodnocení rodinných vztahů prostřednictvím výchovných stylů u dětí s psychosomatickými obtížemi;
- popsat hodnocení rodinných vztahů prostřednictvím výchovných stylů u dětí v kontrolním vzorku;
- prozkoumat, zda existuje rozdíl ve vnímání výchovných stylů rodičů mezi chlapci a děvčaty;
- prozkoumat, zda je v rodině dítěte s psychosomatickými obtížemi něco, co může vznik těchto obtíží více podporovat;
- praktickým výstupem v ambulanci klinického psychologa může být rodičovské porozumění nemoci dítěte jako informaci, což spolu s náhledem rodičů a jejich ochotě k práci na vztahových změnách může podpořit ozdravný proces v rámci psychoterapeutické intervence.

3. 1. Hypotézy pro kvantitativní část výzkumu:

Na základě výše uvedených teoretických poznatků a vytýčených výzkumných cílů byly zvoleny tyto hypotézy:

- H1: Existuje rozdíl mezi výchovným stylem rodičů dětí s recidivujícím onemocněním a výchovným stylem rodičů dětí z kontrolní skupiny.
- H2: Existuje rozdíl ve vnímání výchovných stylů rodičů u chlapců a dívek s recidivujícími onemocněními.
- H3: Existuje rozdíl ve vnímání výchovných stylů rodičů u chlapců a dívek z kontrolní skupiny.
- H4: Existuje rozdíl ve vnímání výchovných stylů dívek s recidivujícím onemocněním a dívek z kontrolní skupiny.
- H5: Existuje rozdíl ve vnímání výchovných stylů u chlapců s recidivujícím onemocněním a chlapců z kontrolní skupiny.
- H6: Děti s kladným nebo extrémně kladným emočním vztahem rodičů vykazují méně často psychosomatické obtíže.

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

- 1) Jaký styl výchovy v rodině podle modelu devíti polí výchovy se nejčastěji vyskytuje u dětí s psychosomatickými obtížemi?
- 2) Jaký styl výchovy v rodině podle modelu devíti polí výchovy se nejčastěji vyskytuje u kontrolního vzorku dětí?
- 3) Jaké je vzdělání matek a otců dětí z klinického souboru?

3. 2. Výzkumné otázky pro kvalitativní část výzkumu

Na základě kvalitativní sondy do klinické populace, s využitím metody FAST a zpracováním dat pomocí tzv. zakotvené teorie, byly zvoleny tyto výzkumné otázky:

- 1) Jaká je **koheze a hierarchie** v rodině dítěte s psychosomatickými obtížemi?
- 2) Jaký je **typ vztahových struktur** u dětí s psychosomatickými obtížemi?
- 3) Vyskytují se **mezigenerační koalice a převrácené hierarchie** v rodině dítěte s psychosomatickými obtížemi?
- 4) Jaká je **flexibilita** v rodině dítěte s psychosomatickými obtížemi?

V příloze této práce přikládáme dvě konkrétní kazuistiky klinických případů, včetně fotografií sestav FAST.

4. Popis zvoleného metodologického rámce a metod

Tato kapitola předkládá informace o zvoleném typu výzkumu a o vybraných psychodiagnostických metodách. V rámci jedné z podkapitol je zde zpracován *Model devíti polí*, který přináší pohled na celkové rodinné výchovné působení na dítě.

4. 1. Typ výzkumné strategie

Pro tento výzkum byl zvolený smíšený design, přesněji kvantitativní přístup, který byl u klinického souboru rozšířen o kvalitativní informace. Kvantitativní metodologie vede k ověřování platnosti jednotlivých hypotéz. Prvním krokem je redukce zkoumaného problému a jeho vhodná operacionalizace do měřitelných proměnných. Kvantitativní přístup umožňuje zachycení vymezených vztahů mezi jednotlivými proměnnými. V našem případě jsme využili formu dotazníkového šetření. Tento kvantitativní výzkum lze popsat jako orientační a korelační, tedy zaměřující se na popis a odhalení předem pojmenovaného problému (Ferjenčík, 2000). V našem případě jde o hodnocení výchovných stylů rodičů dětí s psychosomatickými obtížemi ve srovnání s kontrolní skupinou. Korelační studie by měla zkoumat sílu vztahů mezi uvedenými proměnnými s cílem hledat, zda jsou mezi nimi souvislosti. Výhodou kvantitativního výzkumu je, dle Ferjenčíka (2000), snadnější eliminace nežádoucích proměnných, relativní rychlost a přímočarost sběru dat a také relativní rychlost analýzy dat a validizace teorií.

Kvalitativní část výzkumu s využitím Testu rodinného systému FAST je realizována pouze u části klinického vzorku. Výzkumná část pracuje s retrospektivním zkoumáním vzniklého fenoménu. Je třeba upozornit, že tento typ výzkumu nedokáže zachytit premorbidní charakteristiky zkoumaných jedinců (Ferjenčík, 2000).

4. 2. Metody získávání dat

Sběr dat byl realizován pomocí dvou testových metod. S ohledem na kulturní souvislosti jsme hledali primárně českou metodu, zkoumající vztahy v rodině, aplikovatelnou na českou populaci dětí ve věku 8–12let. Jednou ze standardizovaných metod rodinné diagnostiky je Škála rodinného prostředí, vydaná autory Hargašovou, Kollárikem (1986). Test je však již starší, problematicky se jeví např. prezentování subškály morálně-náboženské, přeformulované na subškálu morálně-světónázorovou. I u Testu rodinných vztahů, který pro české vydání připravila Mádrová (1987), je

z některých položek patrná jejich neaktuálnost a poplatnost době, jak uvádí např. Sobotková (2005). Tento test navíc nelze administrovat skupinově (což je nutná podmínka našeho výzkumu).

V českém diagnostickém prostředí aktuálně existují známé a osvědčené metody spíše pro věkovou skupinu adolescentů, např. Matějček & Říčan (1983) *ADOR. Dotazník rodičovského jednání a postojů pro adolescenty* nebo *Dotazník pro zjišťování způsobů výchovy v rodině* (Čáp & Boschek, 1994). Jeho autoři následně vytvořili normy pro děti 8–12let, v roce 2000 vyšla verze *Dotazník stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let* (Čáp, Čechová & Boschek, 2000). Uvedenou kvantitativní metodu jsme využili pro náš výzkum. Druhou použitou metodou byl Test rodinného systému *FAST* (Sobotková, 2005). Tento test byl zvolen pro ověření rodinných vztahů v klinickém souboru, a to pouze individuálně s dítětem. Metoda je využívána především v kvalitativní podobě při klinickém rozhovoru. Vzhledem k rozsahu vzorku, který bude sesbírán, předpokládáme určitou formu prezentace části výsledků také v kvantitativní podobě.

4. 2. 1. Dotazník stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let

Metoda, s níž pracujeme, je prozatím praktikovaná především v ČR, dílčí výzkumy s využitím tohoto dotazníku v zahraničí realizovalo pouze několik zahraničních studentů. Z autorem uváděných zemí zmiňme Bulharsko, Kypr a Nepál, přičemž „v těchto zemích je výrazně posunuta distribuce emočního vztahu i řízení: mnohem častěji se jeví emoční vztah jako záporný a řízení jako rozporné než v Čechách“. (Čáp et al., 1994, 59).

Velký počet prací k této problematice (více než 70) na českém vzorku vznikl na katedře psychologie FF UK. „V souhrnu zatím disponujeme výzkumnými údaji o více než 9000 osobách. Většinou šlo o mladistvé ve věku 12–18 let.“ (Čáp, 1994, 51). Náš věkový soubor je tedy novým rozšířením doposud získaných údajů.

Dotazník se skládá z 28 položek, po sedmi pro každou ze čtyř komponentů výchovy: komponent kladný, záporný, požadavků a volnosti. Faktory uvádíme v tabulce č. 1. Na každou z položek proband odpovídá zvlášť ve vztahu k matce a zvlášť k otci. Dotazník může být administrován individuálně nebo skupinově, a to dětem od 8 do 12 let. Celkový výchovný styl rodiny je založen na syntéze emočního vztahu a výchovného řízení v rodině jako celku, případně na syntéze výchovného stylu obou rodičů (Čáp et al., 2000).

Tab. 1: Faktory a položky (Čáp et al., 2000, 25)

Název faktoru	Počet položek	Číslo položek
Kladný komponent	7	1, 5, 9, 13, 17, 21, 25
Záporný komponent	7	2, 6, 10, 14, 18, 22, 26
Komponent požadavků	7	3, 7, 11, 15, 19, 23, 27
Komponent volnosti	7	4, 8, 12, 16, 20, 24, 28

Jednotlivé skóry všech odpovědí byly přeneseny do vyhodnocovacího listu, v řádcích sečteny a získané hrubé skóre v rozmezí 7–21 porovnány s výslednou tabulkou. Podle ní pak byl posouzen druh **emočního vztahu** (záporný, střední, kladný nebo extrémně kladný), jež je syčen kladnou a zápornou komponentou a druh **výchovného řízení** každého z rodičů (silné, střední, slabé rozporné), které sytí komponenta požadavků a volnosti. Kombinací emočního vztahu k dítěti v rodině jako celku s výchovným řízením v rodině jako celku zjistíme, který z devíti stylů výchovy v rodině, podle dítěte, dominuje. Při vyhodnocování je potřeba vzít v potaz, že odráží subjektivní posuzování a pohled dítěte na výchovu rodičů, přitom pohled jejich rodičů by mohl být odlišný.

Tab. 2: Způsob výchovy v rodině (model devíti polí) (Čáp et al., 2000, 17)

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

Problematickým momentem výsledné tabulky se jevílo výsledné „individuální posouzení“ emočního vztahu k dítěti při skupinovém seřmutí u kontrolního vzorku (tedy u hromadného testování v celé třídě). Tento výsledek vyšel u 8 probandů. Postupovali jsme tedy dle pokynů v manuálu: „Pokud oba rodiče mají střední emoční vztah k dítěti,

posoudíme emoční vztah v rodině jako celku individuálně podle toho, k čemu se blíží hodnoty hrubých skóre kladného a záporného komponentu.“ (Čáp & al., 2000, 27).

Pole **první, druhé a třetí** je společně charakterizováno **záporným emočním vztahem** k dítěti v rodině jako celku, tzn. že tento vztah má alespoň jeden z rodičů, což vytváří celkově nepříznivé emoční klima v rodině. Děti z těchto prostředí hodnotí svůj domov jako neradostný, s minimem společných činností, případně plný napětí, konfliktů, trestů či neporozumění.

První pole: *Záporný emoční vztah a silné nebo střední výchovné řízení.* Jedná se o autokratickou, patriarchální výchovu. Dítě je hodnoceno negativně, kriticky, silné řízení usiluje o plnou poslušnost dítěte, čehož je často dosaženo jen neúplně a na přechodnou dobu. Častost afektů hněvu, přísných trestů a agresivity.

Druhé pole: *Záporný emoční vztah a slabé výchovné řízení.* V popředí vyčnívá nezáměr o dítě, lhostejnost, absence kladných emocí a empatie. Není očekáván dobrý výkon dítěte ve škole ani v zájmových činnostech. Rodiče se často soustředí na svou práci (či své koníčky), při kontaktu s dítětem komunikují minimálně, mají jen minimum společných činností.

Třetí pole: *Záporný emoční vztah k dítěti a současně rozporné řízení.* Tento výchovný styl je pesimální. Děti z těchto prostředí jsou nejčastěji nesvědomitě, nevytrvalé a labilní. Lhostejnost zde hraje zásadní roli. Kladené požadavky nejsou kontrolovány, často je jeden z rodičů nastaven na silné řízení a druhý se snaží o vyvážení partnera vůči dítěti liberálním přístupem a slabým výchovným řízením.

Souhrn: pole **čtvrté až osmé** je vyznačováno **kladným až extrémně kladným emočním vztahem** obou rodičů, kdy ani jeden neprojevuje záporný emoční vztah.

Čtvrté pole: *Kladný nebo extrémně kladný emoční vztah a silné výchovné řízení.* Základem tohoto pole je přísná, důsledná, ale laskavá výchova s vysokými nároky na dítě a se vzájemnou důvěrou ve vztahu rodič-dítě. Dítě se identifikuje s rodiči a přijímá je.

Páté pole: *Kladný nebo extrémně kladný emoční vztah k dítěti a střední výchovné řízení.* Bývá označováno za optimální styl. Vztahy rodiče-dítě jsou přátelské, demokratické, rodič se stává přirozenou autoritou. Častá je společná činnost rodiny. Přísné tresty se neuvádějí, nároky a požadavky rodičů jsou chápány a přijímány s respektem.

Šesté pole: *Kladný emoční vztah k dítěti a slabé výchovné řízení.* Dominantní je laskavá a liberální výchova, požadavky rodiče částečně nebo vůbec nekontrolují, v kázeňských požadavcích je častá pouze domluva, neúměrná přátelskost ze strany rodiče. Četně se objevuje také rozmazlování dětí, rodiče obvykle podléhají požadavkům dítěte. Toto pole je častější u rodičů nemocných dětí. Podle dosavadních výzkumů (in Čáp et. al., 2000, 20) šesté pole vytváří příznivější podmínky pro vývoj chlapců než dívek.

Sedmé pole: *Kladný až extrémně kladný emoční vztah a rozporné výchovné řízení.* Některé děti uvádí laskavou přísnost, jiné spíše zdůrazňují rodičovskou volnost. Vztah je přátelský až kamarádský, dítě požadavky dobrovolně a bez kontroly plní a vnímá jejich prospěch.

Osmé pole: *Extrémně kladný emoční vztah a slabé výchovné řízení.* Formativní působení je velmi příznivé, rodičovský styl je vnímán jako optimální a podobný poli šestému. Podle autora modelu se v počátcích ontogeneze dítěte projevovalo řízení střední, postupně se změnilo na slabé.

Deváté pole: *Záporně-kladný emoční vztah a silné, střední, slabé nebo rozporné řízení.* Emočně rozporná výchova vzniká kombinací záporného emočního vztahu jednoho rodiče a extrémně kladného emočního vztahu druhého rodiče. Toto pole může souviset také se vznikem koalic v rodině či s vnímáním jednoho z rodičů jako zavrhujeícího, odmítajícího. Podle dosavadních výzkumů deváté pole vytváří příznivější podmínky pro vývoj dívek než chlapců.

V závěru souhrnu polí autoři upozorňují na nezbytnost upřesňování a individualizace v rámci jednotlivých polí, a to zvláště při klinickém využití dotazníku. Dále na to, že vyšší **vzdělání rodičů** je, jak uvádí Čáp et al. (1994), spjato s kladnějším emočním vztahem k dítěti. U rodičů s nižším vzděláním se častěji percipuje záporný emoční vztah k dítěti a rozporné řízení. To se pokusíme potvrdit nebo vyvrátit u klinického souboru, kde informaci o vzdělání rodičů máme.

Tentýž autor upozorňuje i na další, pro náš výzkum velmi zásadní, zjištěnou skutečnost. „*Zvlášť těsný je vztah stylu rodinné výchovy a stability-lability osobnosti dítěte. V rodinách s kladným emočním vztahem k dítěti se vyskytuje u dětí **převážně stabilita, vyrovnanost, příznivé sebehodnocení.** Naproti tomu při záporném emočním vztahu rodičů k dítěti se formuje převážně labilita, úzkostnost, nejistota, dráždivost, nízké nebo kolísavé sebehodnocení.*“ (Čáp et al., 2000, 12)

Z psychometrického hlediska uveďme, že reliabilita jednotlivých škál dotazníku byla odhadnuta na základě vnitřní konzistence. Cronbachova alfa byla nejsilnější u komponentu kladného (0,65 u matky a 0,75 u otce) a dále u komponentu záporného (0,80 u matky a 0,81 u otce). S ohledem na počet položek, jimiž jsou příslušné škály definovány, vnímáme reliabilitu dotazníku jako dostatečnou (Čáp et al. 2000).

4. 2. 2. Test rodinného systému FAST

Projektivní testy mají široké spektrum využití, a to nejen jako diagnostické, ale také jako terapeutické nástroje (Oaklander, 2003), mohou velmi dobře podpořit sebevyjádření jedince. Námi vybranou metodu **FAST** můžeme použít primárně kvalitativně, ale v určitém rozsahu i kvantitativně pro děti již od 6 let věku. Autorka (Sobotková, 2005) uvádí, že v tomto testu nejsou uvedeny normy, pouze návodné výsledky získané při administraci na české populaci, a také informace o zjednodušených instrukcích pro děti mladšího věku. „*Z empirických zkušeností kolegů L. Lacinové, J. Vančury a R. Obereignerů vyplynuly podněty, jak původní instrukci pro dospělé modifikovat.*“ (Sobotková, 2005, 54). Zde navrženou zjednodušenou **instrukci pro děti mladšího věku** jsme pro náš klinický soubor využívali.

Ze zahraničních výzkumů nám pro porovnání s naším souborem bude nejbližší švýcarská studie, v níž figuruje i klinický soubor dětí a zároveň je jeho součástí i věková kategorie totožná s naší.

FAST je trojrozměrný test, v němž jsou jednotliví členové reprezentováni jako dřevěné figurky. Figurky se umísťují na šachovnici s rozsahem 9x9 políček o velikosti 5x5 cm. Testovat lze celou rodinu nebo jen některé z jejích členů, k tomu je k dispozici šest mužských a šest ženských dřevěných figurek o výšce 8 cm, jejichž neutrální tvář má zaznamenány jen oči a ústa. Kromě neutrálních, dřevěných figurek sada obsahuje také tři různobarevné páry dalších figurek. Probíhá vyhodnocování dimenzí: **koheze** (soudržnost), která je charakterizována vzdáleností mezi jednotlivými figurkami a **hierarchie** členů rodiny, ta je zobrazena výškou podstavců pro jednotlivé figurky, k dispozici děti mají tři různé velikosti podstavců. Při operacionalizaci těchto proměnných byly klasifikovány tři základní kategorie koheze a hierarchie: nízká, střední a vysoká.

Kombinováním stupňů soudržnosti a hierarchie členů rodiny získáme **tři typy rodinných struktur**, a to: vyváženou (V), labilně vyváženou (L), nevyváženou (N). Tyto tři typy zkoumáme z pohledu systémů: celé rodiny, nadřazeného subsystému rodičovského

a také sourozeneckého subsystému. Jedinec je vyzván, aby prezentoval rodinné vztahy **ve třech odlišných kontextech**: jak jsou obvyklé (FAST typický), jak by byl rád, kdyby byly (FAST ideální) a v konfliktních situacích (FAST konfliktní). Současně se vyhodnocuje také **flexibilita**, schopnost měnit rodinné konfigurace podle tří situací – dle zadání typická/ ideální/konfliktní reprezentace rodiny. Délka tvorby všech sestav s dítětem je do 45 minut.

Podle Gehringa & Debryho (1995) a Held-Liechtiho (1997) nám systém FAST umožňuje nahlédnout do rodinného systému jedince. „*Riziko, že sociální žádoucnost povede ke zkreslení při znázornění vztahů, je omezeno.*“ (Sobotková, 2005, 42). A to především díky nemožnosti umístit všechny figurky těsně vedle sebe a také díky prostorové koncepci testu.

Při pozorování stavby systému rodiny získáváme cenný materiál jednak z vizuální stránky, ale rovněž z verbální stránky (komentáře dítěte při stavbě sestavy). Smyslem nástroje je lepší porozumění organizaci a dynamice rodinných vztahů. Při práci s klinickým vzorkem dětí je nutno dbát na kvalitní diagnostický rozhovor, podporovat sdílení tzv. vnitřní perspektivy rodiny, tedy toho, jak dítě vnímá vztahy ze svého pohledu.

4. 3. Analýza dat

Pro zpracování kvantitativní části výzkumu byla v programu Microsoft Office Excel 2007 vytvořena datová tabulka, v níž byla data posléze očištěna. Základní data získaná z vyplněného standardizovaného dotazníku byla doplněná o věk a pohlaví probanda, u klinického souboru pak bylo uvedeno i vzdělání a věk rodičů. Posléze získaný výsledný model výchovy v rodině se spolu s jednotlivými celkovými hrubými skóry stal základem pro statistickou analýzu. Ta byla provedena v programu Statistica 13. Získaná data byla nejdříve podrobena zjištění, zda vykazují normální rozložení. Normalita rozložení byla v našem případě testována Shappiro-Willkovým testem. Na základě výsledků tohoto testu, $W = 0,88$, $p < 0,001$, bylo zjištěno významné porušení předpokladu normality proměnné model 9 polí, proto jsme následně pro statistické zpracování, tedy pro vyhodnocování a ověřování hypotéz, využili neparametrickou statistickou metodu, a to **Mann-Whitneyho U-test**, u kterého jsme doplnili korekci na spojitost a na shodu pořadí. Neparametrická statistická metoda nepracuje s původními daty, ale s daty transformovanými na proměnnou nižšího typu. Tento statistický test jsme využili k základnímu zhodnocení rozdílů mezi skupinou kontrolní a klinickou a také mezi

skupinou dívek a chlapců. Pro poslední z hypotéz bylo potřeba využít statistický test Chí-kvadrát.

Statistické analýzy byly testovány na 5% hranici statistické významnosti, tedy $\alpha = 0,05$. Byla-li získaná p-hodnota nižší, byl výsledek označen jako signifikantní.

Při práci se získanými kvalitativními daty postupujeme **Metodou zachycení vzorců** („gestaltů“), která patří mezi metody dílčích postupů analýzy kvalitativních dat. Tato metoda se využívá jednak k analýze a současně také ke kontrole validity analýzy a interpretace kvalitativních dat. „*V podstatě jde o vyhledávání určitých obecnějších principů, vzorců či struktur, které odpovídají specifickým zaznamenaným jevům vázaným na určitý kontext, osobu.*“ (Miovský, 2006, 222). Je to tedy jednoduchý analytický nástroj, jehož prostřednictvím vyhledáváme opakování vzorců. Při této metodě sice dochází k jisté redukci pozorovaných jevů nahrazováním obecnějších vzorců (pojmů) podle podobnosti. Nové rodinné příběhy jsou však vkládány do těchto vytvořených kategorií a postupně je konstruována představa o zkoumaném fenoménu. „*Klíčové je přitom opakování podstatných částí obecného příběhu, vzorce.*“ (Miovský, 2006, 222). V našem vzorku pak využíváme skutečnost, že při sledování frekvence a intenzity výskytu určitého jevu zjišťujeme také zásadní informace o jeho kvalitě.

4. 4. Etické hledisko výzkumu

V průběhu celého výzkumu byly dodržovány etické zásady. Vzhledem k tomu, že se dotazy v našem výzkumu vztahují k osobní rovině nezletilých dětí, je nutné získat před započítím spolupráce informovaný souhlas rodičům dítěte. Jen ty děti, jejichž rodiče s výzkumem předem písemně souhlasily, následně byly zařazeny do výzkumu. Zároveň je nutností zajistit absolutní anonymitu – dětem i rodičům, v úvodu je ubezpečit, že získaná data podléhají zákonu o ochraně osobních údajů dle zákona č. 101/2000 Sb. To u klientů ambulance klinického psychologa vyplývá už přímo z podmínek pracoviště. Totéž však platilo i pro kontrolní skupinu ve školách. V průběhu výzkumu byli účastníci požádáni o uvedení pouze základních osobních dat: pohlaví, věk a zároveň byli ujištěni, že získaná data slouží pouze k tomuto výzkumnému účelu. Náš výzkum je dobrovolný, jak bylo opakovaně zmíněno, znamená to tedy, že děti mohly svou účast na něm dobrovolně přerušit v jakékoliv jeho části.

5. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří základ výzkumu. V následující kapitole popíšeme postup při jeho výběru a následně blíže seznámíme se složením našeho výzkumného souboru.

5. 1. Postup výběru výzkumného souboru

Klinická část našeho výzkumného souboru je tvořena pacienty ambulance klinického psychologa, které do ambulance dětský lékař odesílá kvůli recidivujícím zdravotním problémům a s rezistencí k léčbě medicínskými prostředky. Zvažuje se u nich psychogenní podíl, včetně vlivu rodiny. Věkové rozmezí dětí zařazených do výzkumu bylo stanoveno na 8–10 let, a to s ohledem na zvolené metody sběru dat, kdy dolní hranice pro užití našich testů je pro test FAST 6 let a pro Dotazník stylů výchovy 8–12 let a horní hranice 10 let se snaží zcela eliminovat případný vliv nastupující pubescence, která je u současných dětí (především dívek) posouvána až na hranici 11 let (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Základem souboru jsou děti s těmito obtížemi: **psychogenní kašel, opakované onemocnění horních cest dýchacích, astma, bolesti hlavy, bolesti břicha, zvracení, nechutenství, zvýšená teplota a poruchy spánku.** Tento výběr byl primárně určen ve spolupráci s klinickou psycholožkou podle možností dané ambulance a s cílem větší homogenity výzkumného souboru.

S ohledem na daná specifika, uvedená výše, bylo nereálné k získání výzkumného souboru použít náhodný výběr. Byl tedy použit účelový výběr, patřící mezi nepravděpodobnostní metody získání respondentů. Jsme si vědomi nedostatků tohoto typu výběru, ale v mnoha případech je, jak konstatuje i Disman (2002), jedinou možnou variantou výběru. Při formulaci závěrů je však nutno brát ohled právě na způsob výběru a velmi citlivě interpretovat a generalizovat zjištěné výsledky.

Výběr výzkumného souboru byl realizován v období od listopadu 2017 do června 2018. Z oslovených 15 ředitelů základních škol 5 vyjádřilo svolení, následně byli třídní učitelé 3.–4. ročníku požádáni o rozdání písemného souhlasu rodičů s výzkumem, viz níže. Kontrolní soubor dětí, kterým byl administrován *Dotazník pro zjišťování způsobů výchovy v rodině*, jsme pro náš výzkum tedy získali ve dvou krajích na:

- ZŠ Štramberk (Moravskoslezský kraj)

- ZŠ Hodslavice (Moravskoslezský kraj)
- ZŠ a MŠ Jubilejní, pracoviště Dlouhá 56, Nový Jičín (Moravskoslezský kraj)
- ZŠ Milady Horákové Kopřivnice (Moravskoslezský kraj)
- ZŠ a MŠ Pardubice – Ohrazenice (Východočeský kraj)

Nejdříve byla prostřednictvím třídních učitelů dětem rozdána žádost o souhlas rodičů s účastí jejich dětí ve výzkumu, a s tím, že se neléčí pro psychosomatické obtíže a administrace byla následně provedena pouze u dětí, které donesly od rodičů souhlasné potvrzení. Pro účely samotné administrace byla využita jedna vyučovací jednotka (45 minut) a dotazníkové šetření probíhalo skupinově, formou tužka–papír. Žákům bylo řečeno, že dotazník slouží pouze k výzkumným účelům a byli ujištěni, že jsou informace získané z tohoto dotazníku zcela důvěrné, anonymní – proto si každé z dětí zvolilo svůj kód. Byli požádáni o co nejpravdivější informace a také ujištění, že nejde o test a že u žádné z položek neexistují správné či špatné odpovědi. Podle doporučení autorů jsme ponechali schéma dotazníku: nejdříve děti odpovídaly na položky vztahující se jen k matce a pak na druhé straně papíru na položky vztahující se jen k otci.

Po vyplnění dotazníku byla překontrolována úplnost vyplnění, případně upozorněno na potřebné doplnění chybějících odpovědí a v nižším ročníku (3. třída) dle doporučení autorů veden krátký rozhovor s dítětem, které bylo při vyplňování extrémně nejisté či které výrazně škrtilo. S ním byly odpovědi a případné nejasnosti upřesněny.

Současně byly osloveny 3 ambulance klinického psychologa, v nichž se odborníci zaměřují na práci s dětskými pacienty. S realizací výzkumu souhlasila pouze jedna z nich. Obě metody, tedy dotazník a FAST, byly administrovány na klinickém vzorku, a to v průběhu jedné návštěvy pacienta v ambulanci klinického psychologa v Novém Jičíně.

Nevýhodou námi realizovaného postupu se stává nemožnost postihnout celou populaci dětí tohoto věku s psychosomatickými obtížemi a s tím související limitace interpretace výsledků.

5. 2. Popis výzkumného souboru

Náš výzkumný soubor tvořilo původně 157 dětí. Z tohoto souboru byly následně 4 děti vyřazeny pro nekompletní odpovědi v dotazníku. Šlo o účastníky z kontrolní skupiny, kteří nechtěli odpovídat na otázky k otci. Ve třech případech proto, že s nimi otec již delší čas nežije a v jednom případě proto, že otec nedávno zemřel. Náš soubor, s jehož

daty zde pracujeme, tedy tvořil celkem 153 dětí, z toho bylo 45 v klinické a 108 v kontrolní skupině. Ve skupině klinické všech 45 pacientů zodpovědělo na otázky v dotazníku stylů výchovy a 30 z nich pak bylo dále testováno testem FAST.

Celkem je ve sledovaném výběrovém souboru: 77 dívek a 76 chlapců ve věku 8–10 let, jejich zastoupení v našem souboru bylo následující:

Tab. 3: Popis výběrového souboru ($n = 153$)

	Počet	Relativní četnost	Minimální věk	Maximální věk	Průměrný věk
Dívky	77	50,33 %	8	10	9,22
Chlapci	76	49,67 %	8	10	9,08
Celkem	153	100 %	8	10	9,15

Přibližně stejné zastoupení dívek a chlapců je předurčeno složením tříd, které byly náhodně vybrány jako kontrolní vzorek na ZŠ. Zajímavé je, že takto rovnoměrně byly rozloženy i věkové kategorie a počet dětí v klinickém souboru, což však odpovídá zkušenostem z již realizované administrace české verze FAST na přelomu roku 2004–2005 (Sobotková, 2005).

V následující tabulce jsou blíže uvedeny charakteristiky našeho výzkumného souboru jako celku, a to pohlaví, věk, počet dětí (tedy absolutní četnost) a relativní četnost jednotlivých kategorií.

Tab. 4: Bližší charakteristiky jednotlivých věkových kategorií ($n = 153$)

Pohlaví, věk	Počet	Relativní četnost (%)
Dívky 8 let	20	13,07
9 let	20	13,07
10 let	37	24,18
Chlapci 8 let	17	11,11
9 let	36	23,53
10 let	23	15,03
Celkem	153	100,00

Modus je v souboru dívek 10 let s absolutní četností 37 a v souboru chlapců 9 let s absolutní četností 36. Dohromady tyto dvě kategorie tvoří 47,71 % celého souboru. Věkový průměr celého souboru dosáhl 9,15 let. Věkový průměr byl vyšší u dívek, a to 9,22 (SD = 8,01), než u chlapců – 9,07 (se směrodatnou odchylkou SD = 7,93).

Klinickou skupinu rozdělujeme na dvě části. Menší část, 15 dětí, u níž byl administrován pouze *Dotazník* a větší skupina, 30 dětí, u níž proběhla administrace *Dotazníku* i testu *FAST*. V následující tabulce je uveden souhrn celé klinické skupiny.

Tab. 5: *Klinická skupina, dle věku (n = 45)*

Věk	Počet	Relativní četnost (%)	SD
8 let	15	33,33	4, 47
9 let	10	22,22	3,16
10 let	20	44,44	3, 87
Celkem	45	100	

Nejčetněji zastoupenou skupinou jsou zde chlapci a dívky ve věku 10 let (celkem 44,44 % klinického souboru), přičemž průměrný věk celé klinické skupiny je 9,11 let. Počty dětí v celém klinickém souboru podle jednotlivých pohlaví jsou uvedeny v tabulce 6.

Tab. 6: *Klinická skupina, rozdělení dle pohlaví (n=45)*

Pohlaví/věk	Počet	Relativní četnost (%)
Dívky 8 let	7	15,56
9 let	6	13,33
10 let	9	20,00
Chlapci 8 let	8	17,78
9 let	4	8,89
10 let	11	24,44
Celkem	45	100

V celém našem klinickém souboru bylo celkem 5 dětí bez sourozenců, 28 s jedním sourozencem, 8 se dvěma a 4 se třemi sourozenci. Soubor dětí, u kterého proběhla administrace testu *FAST*, tvořilo 30 dětí, 16 dívek a 14 chlapců. Z nich bylo 20 dětí s jedním sourozencem (skupina nejpočetnější), 7 dětí se dvěma, 1 dítě se třemi a 2 děti bez sourozenců. Rodiny byly úplné, převažovali biologičtí rodiče, jen u jedné rodiny došlo k doplnění po úmrtí biologického otce ve velmi raném věku dítěte, které se již na doplněného rodiče dobře adaptovalo.

Souhrn psychosomatických obtíží, se kterými přišly do ordinace klinického psychologa děti z našeho výzkumného souboru, uvádíme v tabulce č. 7.

Tab. 7: Psychosomatické obtíže dětí v klinické skupině (n = 45)

Psychosomatické obtíže	Počet dětí (celkem 45)	Absolutní četnost podle obtíží (%)	Absolutní četnost dle počtu dětí (%)
Psychogenní kašel	8	9,76 %	17,78 %
Onemocnění HCD	18	21,95 %	40 %
Astma	5	6,10 %	11,11 %
Bolesti hlavy	6	7,32 %	13,33 %
Bolesti břicha	28	34,15 %	62,22 %
Zvracení	3	3,66 %	6,67 %
Nechutenství	4	4,88 %	8,89 %
Zvýšená teplota	4	4,88 %	8,89 %
Poruchy spánku	6	7,32 %	13,33 %

V našem klinickém souboru jsou nejpočetněji zastoupeny děti s bolestmi břicha a dále onemocnění horních cest dýchacích. Při psychosomatických obtížích často dochází ke křížení několika příznaků, tzn. u jednoho dítěte se projevuje několik obtíží současně, nejčastěji dvě, což je patrné i z výsledků uvedených v této tabulce.

U části dětí, které přišly do ordinace s psychosomatickými obtížemi, byly dominantní problémy ve škole, primárně bylo nutné zaměřit diagnostiku jiným směrem, aby byl zodpovězen požadavek lékaře (např. při přidružených výukových potížích bylo nutno vyšetřit intelekt, vyloučit vývojové poruchy učení a hledat odpověď, proč dítě ve škole selhává). I když zde byly psychosomatické obtíže, muselo se na problém nahlédnout z větší šíře. Další děti měly potíže na bázi anxiety, přicházely nejisté, uzavřené a potřebovaly nejdříve pracovat terapeuticky, teprve po určitém čase by byly schopné vyšetření testem FAST, ale v tu chvíli už by mohlo být vnímání rodiny zkreslené, např. vzhledem k tomu, že terapií došlo k úpravě problematických momentů v rodině.

6. Výsledky analýzy dat

Výsledky analýzy dat uvádíme ve třech podkapitolách. V první přinášíme informace o souboru získané deskriptivní statistikou. Druhá podkapitola se zaměřuje na výsledky výzkumných otázek a ve třetí pak předkládáme souhrn statistických hypotéz, včetně vyjádření se k jejich platnosti. V příloze této diplomové práce pak prezentujeme dvě případové studie, včetně fotografií dětmi vytvořených sestav testu FAST.

6. 1. Dotazník stylů výchovy z pohledu vnímání dětí ve věku 8–10

V první části této kapitoly prostřednictvím deskriptivní statistiky srovnáváme data získaná z dotazníku. Vyhodnocené základní informace jsou v tabulce č. 8. Připomínáme, že u klinického souboru proběhla administrace dotazníkem (45 dětí) a zároveň také testem FAST (30 dětí), kontrolní soubor dětí byl testován pouze dotazníkem (108 dětí). Omezení spolu s komentáři k našim zjištěním jsou uvedena samostatně v diskuzi.

Tab. 8: Deskriptivní charakteristiky dotazníku stylů výchovy

Model 9	N	Průměr	Medián	FM	Min	Max	SD
Kontrolní	108	3,35	3,00	31	1,00	9,00	1,99
Klinická	45	2,82	2,00	21	1,00	8,00	2,26
Všichni	153	3,20	3,00	52	1,00	9,00	2,08

Pozn.: FM= frekvence modu

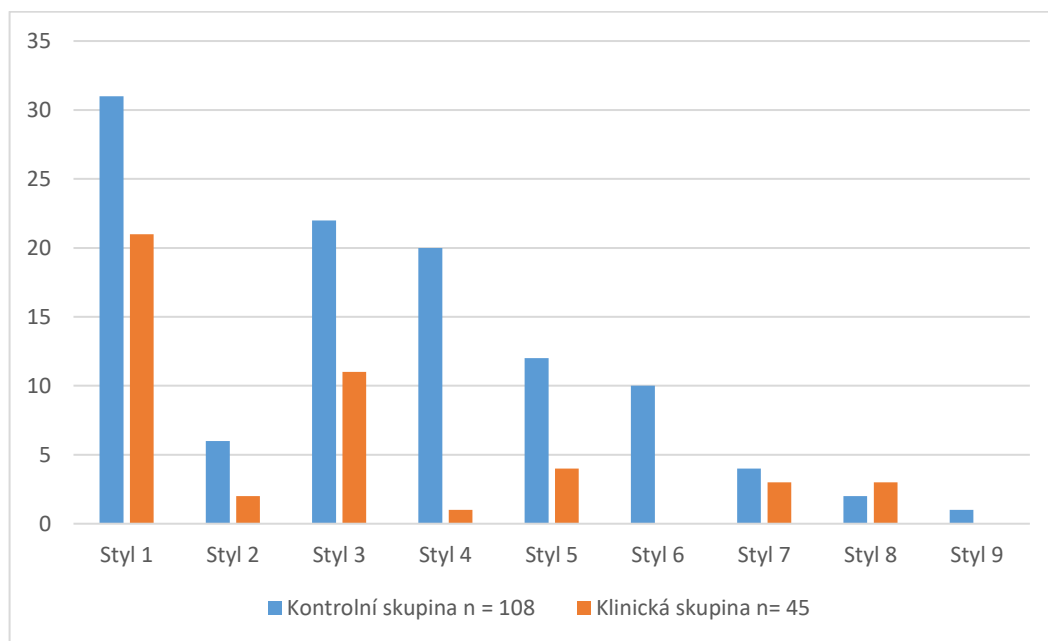
Průměrné hodnoty jednotlivých skupin, tedy kontrolní a klinické, napovídají, že se výchovné styly u kontrolní skupiny pohybují více v kladných emočních vztazích, kdežto u klinické skupiny dominují styly se zápornými emočními vztahy.

Dále lze ze získaných dat vyvodit odpovědi na námi položené otázky: Jaký styl výchovy v rodině podle modelu 9 polí se nejčastěji vyskytuje u dětí s psychosomatickými obtížemi? Jaký styl výchovy v rodině podle modelu 9 polí se nejčastěji vyskytuje u kontrolního vzorku dětí?

Rozdělení obou souborů je unimodální, modální hodnota u kontrolního i klinického souboru je 1, tedy 1. pole. Děti z kontrolního i klinického souboru nejčastěji hodnotí model výchovy jako autoritativní, přičemž u klinického souboru tento model výchovy vnímá téměř polovina dotázaných (47 %). Současně u klinické skupiny sledujeme jednoznačnou celkovou převahu záporných emočních vztahů k dětem, prezentovaných výchovnými styly 1 až 3, a to v počtu 34 dětí ze 45, tedy 75,55 %. Naproti tomu u kontrolní skupiny tyto

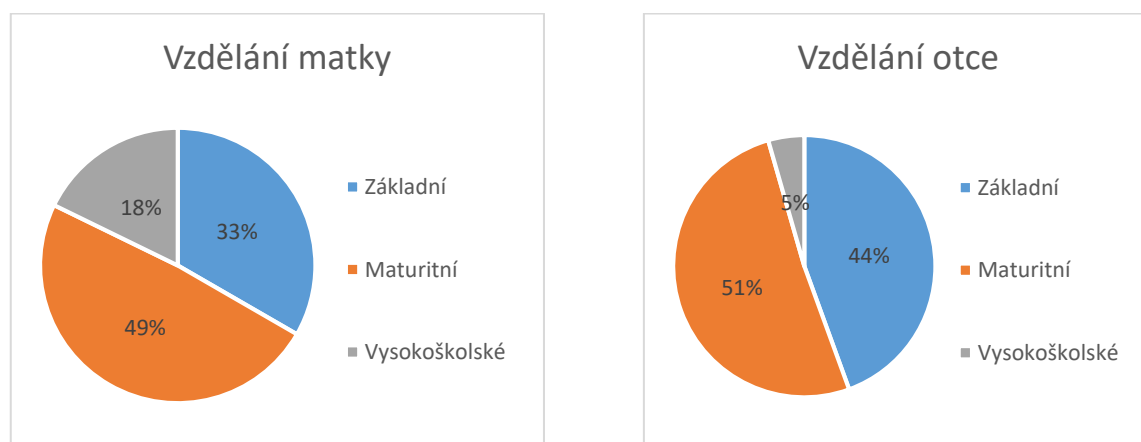
záporné emoční vztahy vykazuje pouze 59 dětí ze 108, což je 54,63 %. Současně má také kontrolní soubor zastoupení všech typů (č.1–9) modelů výchovy a jejich rovnoměrnější rozložení než lze sledovat u klinického souboru. Srovnání celkového počtu modelu 9 polí u kontrolního a klinického souboru dětí:

Graf 1: Četnost modelu 9 polí, srovnání obou souborů ($n = 108$ a $n = 45$)



Snažíme se také odpovědět na otázku *Jaké je vzdělání rodičů dětí?* To se nám podařilo zjistit pouze v klinickém souboru 45 dětí. Ze zjištěných dat jsme vytvořili přehled vzdělání rodičů těchto dětí, s rozdělením na základní (zahrnuje ZŠ a SOU bez maturity), středoškolské (SOU s maturitou a SŠ) a vysokoškolské vzdělání (VŠ), viz graf 2 a 3.

Graf 2 a 3: Vzdělání matky a vzdělání otce, klinický soubor ($n = 45$)



Vyšší vzdělání, tedy vysokoškolské, se objevuje u 18 % matek a u 4 % otců. **Naopak nejnižší**, základní vzdělání je u matek ve 33 % a u otců dokonce ve 44 % případů

našich klinických rodin. Z těchto údajů lze předpokládat, že mezi vzděláním rodičů a možným vznikem psychosomatických obtíží je zaznamatelná souvislost.

6. 2. Výsledky Testu rodinného systému FAST

Výsledky metody FAST u klinického vzorku lze publikovat pouze v souhrnné podobě. Staly se podkladovým materiálem pro interpretaci výsledků a některé komentáře dětí jsou dále v textu uvedeny jako příklad toho, jak se děti samy na své vztahy v rodině dívají nebo jak je komentují. Při práci se získanými kvalitativními daty postupujeme **Metodou zachycení vzorců** („gestaltů“), která patří mezi metody dílčích postupů analýzy kvalitativních dat.

6. 2. 1. Odpovědi na výzkumné otázky

Na základě výsledků metody FAST přinášíme odpovědi na naše výzkumné otázky.

1) Jaká je **koheze a hierarchie** v rodině dítěte s psychosomatickými obtížemi?

Odpověď na výzkumné otázky vychází z výsledků našeho souboru. K první výzkumné otázce jsou získaná data prezentována zde v tabulce č. 9.

Tabulka č. 9: Výsledky koheze a hierarchie v rodinách u dětí v části klinického souboru (n = 30)

Reprezentace:	Koheze			Hierarchie		
	Nízká	Střední	Vysoká	Nízká	Střední	vysoká
Typická	3 %	36 %	20 %	20 %	80 %	0 %
Ideální	6,6 %	20 %	43,3 %	40 %	53,3 %	6,6 %
Konfliktní	80 %	20 %	0 %	50 %	43,3 %	6,6 %

V typické reprezentaci převažuje **koheze** nízká (43%), v ideální je posun k vysoké (43,3 %), ale zůstává i poměrně výrazný podíl nízké koheze (36,6 %). Střední **hierarchie** je dominantní v typické reprezentaci (80 %), stejně jako v ideální reprezentaci (53,3 %). Vidíme, že na jedné straně v klinickém souboru nacházíme skupinu dětí, které si přejí zvýšit kohezi (tedy emoční soudržnost) a snížit hierarchii, ale i část dětí s přáním snížit kohezi a hierarchii, což může souviset s usilováním dětí o svou autonomii.

Autorka české verze testu FAST upozorňuje také na skutečnost, že „v období nemoci se dimenze koheze příliš neliší od typické situace, jen je opět naznačen trend rodinného fungování směrem k extrémům.“ (Sobotková, 2005, 52). To potvrzuje i náš

výzkumný soubor dětí s psychosomatickými obtížemi, v němž v konfliktní reprezentaci převažuje koheze nízká (80 %) a hierarchie nízká (50 %) až střední (43,3 %).

Výsledné závěry je však potřeba formulovat opatrně, s dobrou znalostí a vzhledem do skutečného života jednotlivých rodin, což blíže osvětlují následné rozhovory. V jednom z případů (chlapec, 8 let) na dítě výrazně působí jeho úzkostná matka, která brzdí synovu snahu o autonomii. Stále jej poutá k sobě a otec je natolik pracovně vytížený, že nemůže vyhovět synově touze po vzájemné větší blízkosti s ním. Není zde tendence k větší soudržnosti (kohezi), neboť chlapec touží po určité volnosti, uvolnění ze vztahu s matkou.

2) Jaký je **typ vztahových struktur** v rodinách u dětí s psychosomatickými obtížemi?

V typické reprezentaci převažuje vyvážený a labilně vyvážený typ vztahové struktury, společně tvoří 90 %. **V ideální reprezentaci** výrazněji klesá procento labilně vyvážené vztahové struktury a v této reprezentaci je nejvyšší procento nevyvážené vztahové struktury. Obojí může souviset se snahou dětí zvýšit kohezi a snížit hierarchii (tedy zvýšit emoční soudržnost rodiny a snížením hierarchie rodičů dosáhnout více respektu pro sebe) nebo i snahou o snížení jak koheze, tak hierarchie, což by opět odráželo tendenci k rozvoji vlastní autonomie. Obě tyto specifické situace dobře ilustrují kazuistiky vložené v příloze. V **konfliktní reprezentaci** podle očekávání převažuje typ nevyvážený, nejméně se vyskytuje vyvážený typ vztahové struktury.

Klasifikaci typů vztahových struktur (TVS) v rodinách očima dětí z klinického souboru uvádíme v následující tabulce č. 10:

Tab. 10: Typy vztahových struktur u dětí v části klinického souboru (n = 30)

TVS	Typická reprezentace	Ideální reprezentace	Konfliktní reprezentace
Vyvážená	46,66 %	40 %	10 %
Labilně vyvážená	43,33 %	16,66 %	43,33 %
Nevyvážená	10 %	43,33 %	46,66 %

Pozn.: TVS=typická vztahová struktura

3) Vyskytují se **mezigenerační koalice a převrácené hierarchie** v rodině dítěte s psychosomatickými obtížemi?

Sobotková (2005, 11) připomíná, že u rodin ve stresu, se zhoršeným fungováním, „bývají mezigenerační koalice, takže koheze a loajalita mezi rodičem a dítětem je větší než mezi oběma rodiči“. **Hierarchii** těchto rodin nazýváme **převrácenou**. Možným následkem

narušené rodinné struktury je rozpad rodinného soužití nebo onemocnění člena rodiny, tedy určité ztělesnění problému. Výskyt mezigeneračních koalic a převrácené hierarchie z pohledu dětí v klinickém souboru, uvádíme v tabulce č. 11.

Tab. 11: *Výskyt mezigeneračních koalic a převrácené hierarchie v rodinných strukturách (n = 30)*

	% výskytu v TR	% výskytu v IR	% výskytu v KR
Mezigenerační koalice	23,33 %	10 %	16,66 %
Převrácená hierarchie	3,33 %	6,66 %	6,66 %

Pozn.: TR-typická reprezentace, IR-ideální reprezentace, KR-konfliktní reprezentace

V typické reprezentaci je tendence k tvoření mezigeneračních koalic téměř ve čtvrtině případů, a to převážně s matkou, v ideální reprezentaci pouze v desetině případů (což je jen slabá polovina ve srovnání s TR), lze proto předpokládat, že mezigenerační koalici část dětí nevítá, nebo ji alespoň nevnímají pozitivně.

V konfliktní reprezentaci již opět narůstá procento mezigeneračních koalic přibližně na jednu šestinu, koalice jsou v našem souboru tvořeny nejen dítě–matka, dítě–otec, ale i dítě–prarodič (babička). Při rozboru těchto jednotlivých případů vystupuje do popředí jasný konflikt mezi dospělými–rodiči.

Převrácená hierarchie se v našem souboru vyskytuje v typické, ideální i v konfliktní reprezentaci, Vzhledem k tomu, že máme dostatek podrobnějších informací k jednotlivým případům, víme, že v typické situaci v jednom případě starší bratr supluje často absentujícího otce, který pracuje mimo domov. Tomuto bratrovi se dostává větších práv vůči sourozencům, což proband cítí jako nerovnoměrné rozdělení privilegií. Ve dvou případech v konfliktní reprezentaci jde o odraz kritického postoje k sourozenci, kterému se všechno dovolí „s rodiči si dělá, co chce“ (a proto má vyšší pozici, než rodič), což opět probandi vnímají jako nerovnoměrné rozdělení privilegií. I zde platí, že dobré zdůvodnění konkrétních výstupů můžeme obdržet teprve při podrobné znalosti případů jednotlivých rodin a jejich rodinných příběhů.

4) Jaká je **flexibilita** v rodině dítěte s psychosomatickými obtížemi?

Z výzkumu flexibility v sourozeneckých vztazích byly vyloučeny 2 děti, které nemají sourozence a celkově 3 další děti, které nepostavily úplnou sestavu konfliktní reprezentace, popsaly jen konflikty se sourozenci, do kterého se zapojil jeden rodič a nám připadalo jako neetické nutit dítě do vyjádření, jak jsou v konfliktu zapojeni oba rodiče,

když to spontánně neuvedli. Do konfliktu jsou nejčastěji zapojeni sourozenci, ale i rodiče, kteří řeší sourozenecký konflikt, méně často pak jde přímo o spor rodičů (rodičovská hádka).

Tab. 12: Typ flexibility rodinných vztahů očima dětí z klinického souboru (n = 27)

FAST	Konfliktní reprezentace		
	Nízká	Střední	Vysoká
Flexibilita			
Rodina	21	5	1
Otec, matka	15	8	4
Sourozenci	19	6	0

Konfliktní situace je klasifikována jako běžná, děti většinou uváděly spory v rodině kolem pomoci v domácnosti nebo přílišného sledování televize, pobízení do jídla, zákaz PC, ale i hádky, spory jen mezi dospělými. Z pohledu frekvence bylo pro děti obtížné určit časové trvání konfliktu, nejčtenější odpovědi zněly: „*To už nevím.*“ „*Je to pořád.*“ „*Bylo to včera.*“ Při rozestavování figurek děti jako první použily nejčastěji figurku sebe, 15x (tedy v 50 % případů), některého z rodičů 12x (tj. 40 %) a sourozence pouze 3x v 10 % případů.

Vidíme, že děti si už v tomto věku uvědomují nepružnost vztahů kolem sebe v konfliktní zátěži. Z výsledků je patrná **nízká flexibilita** vztahů, převažující v konfliktní reprezentaci u všech článků systému, nejvíce u rodiny jako celku a také u sourozenců. Nízká flexibilita vztahů znamená, že rodiny se nedokážou dostatečně přizpůsobit potřebným vývojovým a situačním změnám a ve vztazích mezi sebou v rámci rodiny setrvávají v zažitých vzorcích nebo v rigidních vztazích. Tento faktor patří k nejzákladnějším problematickým momentům v rodinách dětí s psychosomatickými obtížemi.

K důležitosti vztahové flexibility v rodině se na konferenci Tělo a duše v Olomouci vyjádřila i Trapková (osobní sdělení, 21. ledna 2019): „*Flexibilita je pro mě stejně důležitá, jako hranice osobní a mezigenerační. Nejdůležitější je hlídat, co kdo v daném systému zrovna má za vývojový úkol, a jestli ho plní a jestli už do té své fáze došel. A to jak dítě, tak rodič, protože vývojové úkoly má nejen dítě, ale i matka, otec...*“ A dodává: *Na dně každého chaosu leží řád.*“

6. 2. 2. Z výpovědí dětí v klinickém souboru při práci s testem FAST

Zajímavé pohledy na rodinu a její strukturu naznačují komentáře dětí při práci s testem. K tomu, že **hierarchie rodičů** je vnímána jako vyšší, uvádí jedno dítě: „*Rodiče se musí poslouchat. Trochu mě to štve, chtěl bych to víc i podle sebe.*“ Další dítě k hierarchii spontánně uvádí: „*Nás se sestrou nikdo neposlouchá, mne trochu, ale sestru Evu nikdo.*“ Figura dalšího dítěte, znázorňující sebe sama, je v projekci testu FAST nejnižší, zcela bez podstavců a na okraji, rodiče jsou od něj velmi daleko a dítě sestavu komentuje: „*Nikdy mě neposlouchali. Otec se vrátí z práce a nadává, že jsou rozházené boty, mamka nás brání, jsme všichni naštvaní.*“ Na otázku – jak by se to dalo změnit odpovídá: „*Táta by neměl hned nadávat a my se ségrou bychom si měli uklízet.*“

Jiné dítě při práci s FAST smutně sděluje: „*Figurky jsou daleko od sebe, nekoukají na sebe, to je nejhorší, každý má mít vedle sebe někoho, aby se mohli poslouchat, nebo koho by poslouchal.*“

Děti při práci s metodou FAST často spontánně komentují okamžiky, kdy mají postavit **typickou situaci** ve své rodině. Jedno 9leté dítě, které tuto sestavu stavělo delší čas, komentuje: „*Rodiče se hádají, že táta hraje na PC a nevytřel podlahu, mamka se na něj zlobí a má pravdu. Mamka je u nás generál.*“ Na dotaz psychologa, co to znamená, upřesňuje: „*Musíme ji všichni poslouchat.*“

Z dalších **výpovědí dětí** při stavbě rodinných struktur:

„*Nejmenší podstavec dám sobě, že se nemám ráda, nosím trojky z testů.*“

„*Všichni jsou vedle sebe v řadě, sedí a dívají se na televizi.*“

„*Rodiče se hádají a my s bráchou máme strach, aby se nerozvedli.*“

„*Nemáme se rádi, když se nedíváme na sebe jsme daleko od sebe.*“

„*Všichni sedí daleko. Nemají na mě čas.*“

Jeden chlapec staví figurky rodiny a bezděčně sděluje, proč pouze on sám je bez podstavců: „*Všichni jsou na mě naštvaní kvůli známám, nikdo mě neposlouchá.*“ A další dítě staví jednotlivé figurky s podstavci, přičemž mladší sestře nedává žádný podstavec: „*Setra je malá. Chtěl bych, aby už konečně vyrostla a mamka se s ní nemusela hádat, že nejlí.*“ Další dítě říká: „*Mamka s tátou se furt hádají, že táta nepomáhá a dívá se na televizi nebo počítač, někdy kvůli mobilu. Babička se taky hádá s dědou, že se nešel*

koupat a nechal si inzulín.“ Psycholožka se doptává, co by jim pomohlo. Dítě vezme další figurku, tu nazývá *Psychologem* a přidává ji do sestavy.

Doplňme ještě technické postřehy ze stavby FAST:

1) Osm dětí postavilo figurky při typické situaci rodiny do řady. K tomuto Sobotková (2005, 55) uvádí: „*Úzkostné děti často nejprve stavějí figurky do řady.*“ Vyskytla se i snaha vyjádřit stejnou blízkost k oběma rodičům, dítě sebe umístilo mezi ně, což by při přísném hodnocení znamenalo mezigenerační koalici a případné snížení koheze rodiny. Jedináček stavěl svou figurku mezi maminčinu a tatínkovu se slovy: „Mám je stejně rád.“ Zde nám pro relevantní zhodnocení situace velmi pomohla otevřená komunikace s dítětem.

2) Děti rozmístily figurky podle toho, kde se v bytě zrovna jednotlivé postavy nacházely. Nevnímal priority vztahovou, ale prostorovou. Toto zjištění uvádí i Sobotková (2005). I proto je potřeba současně vést s dětmi rozhovor a ptát se po důvodech, proč figurky postavily zrovna takto.

Pro účel této diplomové práce byla v ordinaci klinického psychologa sepsána kazuistika jednotlivých pacientů. Snahou bylo sestavit celkové obrazy dětí v co nejkomplexnější podobě. Dvě z nich po získání písemného souhlasu rodičů uveřejňujeme zde v Příloze č. 5.

6. 3. Výsledky Dotazníku stylů výchovy v rodině 8–12 let

V této části kapitoly přinášíme prostřednictvím dat získaných z dotazníků, statistické analýzy a podrobný rozbor našich hypotéz.

H1: Existuje rozdíl mezi výchovným stylem rodičů dětí s recidivujícím onemocněním a výchovným stylem rodičů dětí z kontrolní skupiny.

Pro zjištění rozdílu mezi skupinou klinickou a kontrolní jsme zvolili asymptotický Mann-Whitneyův U-test. Jde o dvě nezávislé skupiny, data jsou ordinální. Abychom získali přesnější výsledky, byla využita korekce na spojitost i korekce na shody pořadí. Výsledné statistické hodnoty: $U = 1957,5$ a $Z = 1,94$. Ukazatel míry účinku AUC, který nám říká „*jaká je pravděpodobnost, že náhodně vylosovaný prvek ze skupiny X bude mít vyšší hodnotu než náhodně vylosovaný prvek ze skupiny Y*“ (Dostál, 2018, 157) má v naší hypotéze hodnotu 0,40 ($AUC = 0,40$), což lze interpretovat tak, že s 60 %

pravděpodobností bude mít náhodně vylosovaný člověk z kontrolní skupiny vyšší hodnotu výchovného modelu než náhodně vylosovaný jedinec z klinické skupiny. Je rovněž zřejmé, že kontrolní skupina má vyšší průměrné pořadí (81,38) než skupina klinická (66,50), objevují se v ní tedy vyšší hodnoty modelu 9 polí. To znamená i častější výskyt polí s kladným emočním vztahem právě u kontrolní skupiny než u klinické. Hodnota $p = 0,05$, což je těsně nad hranicí námi určené statistické významnosti, výsledek není signifikantní, i když vykazuje trend.

Tab. 13: Pozorované četnosti jednotlivých výchovných modelů u každé ze skupin ($n = 153$)

Model 9 polí	Klinická skupina	Kontrolní skupina	Celkem
1	21	31	52
2	2	6	8
3	11	22	33
4	1	20	21
5	4	12	16
6	0	10	10
7	3	4	7
8	3	2	5
9	0	1	1
Celkem	45	108	153

K podrobnějšímu popisu konkrétních výsledků využijeme četnost jednotlivých polí v našich skupinách. Tabulka poukazuje na dvě skutečnosti: jednak na nejvyšší četnost stylu výchovy č. 1 u obou ze skupin, a také na výrazně vyšší četnost stylů výchovy s emočně zápornými vztahy ve skupině klinické, tedy styly č. 1.–3.

H2: Existuje rozdíl ve vnímání výchovných stylů rodičů u chlapců a dívek s recidivujícími onemocněními.

Při zkoumání rozdílu ve vnímání mezi výchovným stylem rodičů u chlapců a dívek v klinické skupině se jako nejvhodnější neparametrická metoda opět jevil Mann-Whitneyův U-test, u kterého jsme stejně jako při předchozí hypotéze provedli jak korekci na spojitost, tak korekci na shody pořadí. Jako faktor zde slouží dichotomická proměnná pohlaví (chlapci/dívky) v klinické skupině. Zde uvedená hypotéza vycházela mimo jiné ze skutečnosti, že autoři tohoto testu předkládají odlišné tabulky stylů výchovy při testování dívek a chlapců. Očekávali jsme tedy rozdílné vnímání výchovy jednotlivými

pohlavími. Výsledky: $U = 245,50$, $Z = 0,17$, $AUC = 0,49$, $p = 0,87$, výsledek není signifikantní.

Zaměřili jsme se na podrobnější rozbor jednotlivých výchovných stylů vůči pohlaví v této klinické skupině a využili tabulku pozorovaných četností jednotlivých výchovných modelů devíti polí:

Tab. 14: Pozorované četnosti v klinické a kontrolní skupině, dle pohlaví ($n = 153$)

Model devíti polí	Klinická skupina dívky	Klinická skupina chlapci	Kontrolní skupina dívky	Kontrolní skupina chlapci	Celkem dívky	Celkem chlapci
1	11	10	14	17	25	27
2	2	0	3	3	5	3
3	5	6	10	12	15	18
4	0	1	12	8	12	9
5	1	3	6	6	7	9
6	0	0	5	5	5	5
7	1	2	2	2	3	4
8	3	0	1	1	4	1
9	0	0	1	0	1	0
Celkem	23	22	54	54	77	76

Nejpočetnější skupina je zastoupena výchovným stylem č. 1, tedy záporným emočním vztahem se silným řízením, naopak pouze jedním probandem je zde zastoupen výchovný styl s kladným emočním vztahem při silném výchovném řízení (č. 4). Je zajímavé, že dva ze stylů výchovy se v této klinické skupině nevyskytly vůbec. Jde o kladný emoční vztah se slabým výchovným řízením (č. 6) a záporně–kladný emoční vztah se silným až rozporným řízením (č. 9).

H3: Existuje rozdíl ve vnímání výchovných stylů rodičů u chlapců a dívek z kontrolní skupiny.

Pro statistické zpracování dat se v této hypotéze jevil jako nejvhodnější Mann-Whitneyův U-test s korekcemi na spojitost a na shodu pořadí. Jako faktor zde slouží dichotomická proměnná pohlaví, v hypotéze se tentokrát zaměřujeme na kontrolní skupinu. Dívek i chlapců je ve skupině stejný počet, 54, přesto chlapci dosahují vyšší součet pořadí (3063,50) než dívky (2822,50), $U = 1337,50$, $Z = 0,75$, $p = 0,45$, $AUC = 0,46$. Nebyl

zjištěn signifikantní rozdíl ve vnímání výchovných stylů jednotlivých pohlaví v kontrolní skupině. Při podrobnějším rozboru této hypotézy jsme opět použili tabulku č. 14, tentokrát data kontrolní skupiny ($n = 108$).

Narozdíl od klinické skupiny v kontrolním souboru **chlapci častěji, než dívky** vnímají výchovné styly svých rodičů jako emočně záporné (styly č. 1–3). Nejpočetnější skupinu tvoří silné výchovné řízení při současném záporném emočním vztahu (č. 1), a to u obou pohlaví. Nejméně početnou je skupina se záporně–kladným emočním vztahem a se slabým až silným řízením (č. 9). Je zajímavé, že se objevuje pouze jednou, a to u dívky. Velmi nízkou četnost (1) má v obou skupinách i extrémně kladný styl výchovy se slabým řízením (styl výchovy č. 8).

H4: Existuje rozdíl ve vnímání výchovných stylů dívek s recidivujícím onemocněním a dívek z kontrolní skupiny.

Pro statistické srovnání jednotlivých skupin dívek ze souboru klinického a kontrolního, jež jsme zkoumali v této hypotéze, bylo využito Mann-Whitneyho U-testu s využitím korekcí na spojitost a na shody pořadí. Tato a následující hypotéza sledují, zda děti podle pohlaví dívky/chlapci vnímají výchovné styly svých rodičů jinak ve skupině klinické a kontrolní. Výsledky statistické analýzy, realizované opět na stanovené hladině významnosti 0,05, ukázaly, že rozdíl ve vnímání výchovných stylů u dívek z jednotlivých skupin není sice signifikantní, ale je výrazný. Největší zjištěné rozdíly jsou mezi kontrolní a klinickou skupinou u stylu výchovy č. 4, tedy u emočně kladného vztahu se silným řízením (0 ku 12), a také u stylu výchovy č. 5 a 6, což jsou emočně kladné vztahy se středním nebo slabým výchovným řízením (1 ku 6 a 0 ku 5), částečně také u stylu č. 3, tedy slabé výchovné řízení při záporném emočním vztahu.

$U = 468,50$, $Z = 1,73$, $p = 0,08$, $AUC = 0,38$. Součet pořadí v kontrolní skupině (2258,50) při počtu 54 probandů a součet pořadí v klinické skupině (744,50) při počtu 23 probandů odpovídá skutečnosti, že nezamítáme nulovou hypotézu.

H5: Existuje rozdíl ve vnímání výchovných stylů u chlapců s recidivujícím onemocněním a chlapců z kontrolní skupiny.

V této páté hypotéze jsou předmětem našeho zkoumání obě skupiny chlapců a jejich vnímání výchovných stylů. Ke statistickému porovnání bylo opět využito Mann-Whitneyova U-testu, u kterého proběhla korekce na spojitost a zároveň korekce na shody

pořadí. Výsledky statistické analýzy přinesly informaci, že tyto dvě srovnávané skupiny se od sebe významně neliší. $U = 510$, $Z = 0,99$ a $p = 0,32$, $AUC = 0,43$. Zjištěné výsledky nejsou signifikantní, přesto si lze povšimnout rozdílného trendu v jednotlivých skupinách.

Srovnání jednotlivých stylů výchovy v obou skupinách získáme opět z tabulky č. 14. Výše testové statistiky u hypotéz č. 4 (u dívek $p = 0,08$) a č. 5 (u chlapců $p = 0,32$) napovídá, že přesto, že ani jeden z výsledků není signifikantní, u srovnávaných dvou skupin dívek se projevuje větší rozdíl ve vnímání výchovných stylů než u srovnávaného klinického a kontrolního souboru chlapců.

H6: Děti s kladným nebo extrémně kladným emočním vztahem rodičů vykazují méně často psychosomatické obtíže.

Pro hlubší analýzu získaných dat se nejdříve podívejme blíže do jednotlivých modelů polí, a to na emoční vazbu každého z rodičů ke svým synům/dcerám, v obou souborech zvlášť. Ve výsledcích **kontrolního souboru** si všímáme rozdílů v emočních vztazích mezi matkou/otcem a jejich dětmi – dcerou/synem.

Tab. 15: Emoční vztah každého z rodičů vůči dítčám/chlapcům, kontrolní část souboru ($n = 108$)

Emoční vztah M/O k dceři/synovi	záporný vztah	střední vztah	kladný vztah	extrémně kladný vztah	N
Emoční vztah M k dceři	26	13	13	2	54
Emoční vztah M k synovi	29	15	8	2	54
Emoční vztah O k dceři	22	10	15	7	54
Emoční vztah O k synovi	29	13	7	5	54

Pozn.: M – matka, O – otec

Získané hodnoty z výsledného průměru nám jednoznačně ukazují, že nejčastěji se v našem kontrolním souboru vyskytuje kladný emoční vztah otce k dceři, a naopak záporný vztah nejčastěji vzniká u matky k synovi. Současně také sledujeme, že dívky celkově pozitivněji vnímají emoční vztahy (matky i otce) vůči své osobě.

V tabulce č. 16 jsou dětmi z klinického souboru charakterizovány emoční vztahy každého z jejich rodičů. Výsledky této tabulky nám podporují zjištěnou signifikantnost u hypotézy č. 6. Je zde vidět významný počet záporných vztahů u jednotlivých rodičů vůči dětem v klinickém souboru. Dominuje především **záporný vztah matky** vůči dceři, 14x, (což je 61 % ze souboru dívek) a **záporný vztah otce** vůči dceři, 13x (tedy 57 %

ze souboru dívek) i 14x vůči synovi (tedy 64 % ze souboru chlapců). Děti v klinickém souboru tedy výrazně častěji prezentují vztah svých rodičů vůči sobě jako záporný.

Tab. 16: *Emoční vztah každého z rodičů vůči dítčím/chlapcům v klinickém souboru (n = 45)*

Emoční vztah M/O k dceři/synovi	záporný vztah	střední vztah	kladný vztah	Extrémně kladný	N
Emoční vztah M k dceři	14	3	4	2	23
Emoční vztah M k synovi	8	8	5	1	22
Emoční vztah O k dceři	13	3	4	3	23
Emoční vztah O k synovi	14	2	3	3	22

Pozn.: M – matka, O – otec

Při zkoumání této poslední hypotézy jsme využili Chí-kvadrát test nezávislosti. Pozorovanou četnost jednotlivých skupin souboru uvádíme zde v tabulce. Dodejme ještě, že pro tuto analýzu bylo potřeba vyčlenit jednoho probanda, který uvedl model č. 9, protože tento model specifikuje záporně–kladný emoční vztah.

Tab. 17: *Pozorované četnosti emočních stylů u všech dětí (n = 152)*

Pozorované četnosti	Záporný ES	Kladný ES	Celkem
Klinický soubor	33	11	44
Kontrolní soubor	59	49	108
Celkem	92	60	152

Pozn.: Záporný ES = záporný emoční styl, Kladný ES = kladný emoční styl

Výsledky statistické analýzy ukázaly, že děti, jejichž rodiče mají při výchově kladný nebo extrémně kladný emoční vztah, skutečně vykazují méně často psychosomatické obtíže. Je Yates chí-kvadrát: 4,610604, df = 1, p < 0,01. Je tedy patrné, že tato hypotéza je signifikantní a že kladný nebo extrémně kladný emoční vztah ve výchově hraje výraznou roli při vzniku psychosomatických obtíží dítěte.

6. 4. K platnosti hypotéz

H1: Existuje rozdíl mezi výchovným stylem rodičů dětí s recidivujícím onemocněním a výchovným stylem rodičů dětí z kontrolní skupiny.

První naše hypotéza zkoumala potenciální rozdíl ve vnímání výchovného stylu rodičů dětmi z klinické skupiny s dětmi z kontrolní skupiny. Pro statistické srovnání byl využit neparametrický Mann-Whitneyův U-test, přičemž byla využita korekce

na spojitost a korekce na shodu pořadí. Prezентujeme zde také AUC, která vyjadřuje pravděpodobnost, že při losování bude mít náhodně vybraný prvek z jedné skupiny vyšší hodnotu než náhodně vylosovaný prvek z druhé skupiny.

Z výsledků statistické analýzy, $U = 1957,50$, $Z = 1,94$ $AUC = 0,40$ a z dalšího srovnávání je patrný častější výskyt polí s kladným emočním vztahem u kontrolní skupiny než u klinické. Tento rozdíl je však velmi těsně nad hranicí námi stanovené hladiny významnosti ($\alpha = 0,05$, hodnota $p < 0,05$), a to $p = 0,052$. Nad rámec testování této hypotézy byla zjišťována také pozorovaná četnost jednotlivých modelů výchovy. Na základě výsledků provedené analýzy **nelze** hypotézu č. 1 **přijmout**.

H2: Existuje rozdíl ve vnímání výchovných stylů rodičů u chlapců a dívek s recidivujícími onemocněními.

V této hypotéze zkoumáme očekávaný rozdíl ve vnímání výchovných stylů rodičů mezi chlapci a dívkami z klinické skupiny. Ke statistickému srovnání byl využit Mann-Whitneyův U-test, který jednotlivé proměnné porovnával. Výsledky testové statistiky: $U = 245,50$, $Z = 0,17$, $p = 0,87$ a $AUC = 0,48$. K podrobnějšímu rozboru jednotlivých výchovných stylů vůči pohlaví v této klinické skupině byla, nad rámec testování, využita tabulka očekávaných četností. Na základě výsledků analýzy hypotézu č. 2 **nepřijímáme**.

H3: Existuje rozdíl ve vnímání výchovných stylů rodičů u chlapců a dívek z kontrolní skupiny.

V této hypotéze jsme se zaměřili na srovnání vnímání výchovných stylů rodičů dívek a chlapců z kontrolní skupiny. Prostřednictvím Mann-Whitneyho U-testu proběhlo statistické porovnávání obou skupin. $U = 1337,50$, upravené $Z = 0,75$, $p = 0,45$, $AUC = 0,46$. Přesto, že chlapci dosahují vyšší součet pořadí (3063,50) než dívky (2822,50), ze zjištěných údajů lze vyjádřit, že v rámci kontrolní skupiny není rozdíl mezi chlapci a dívkami ve vnímání výchovných stylů rodičů a hypotéza č. 3 se **nepřijímá**.

H4: Existuje rozdíl ve vnímání výchovných stylů dívek z klinické skupiny a dívek z kontrolní skupiny.

Tato hypotéza zkoumala potenciální rozdíl ve vnímání výchovných stylů rodičů dívek z jednotlivých skupin. Ke statistickému srovnání bylo využito Mann-Whitneyho U-testu, který srovnával výchovné modely dívek z klinické a z kontrolní skupiny. $U = 468,50$, $Z = 1,73$, $p = 0,08$, $AUC = 0,38$. Statistická analýza ukázala, že tyto dvě

skupiny se od sebe významně neliší. Na základě výsledků hypotézu č. 4 **nelze přijmout**, ale existuje trend.

H5: Existuje rozdíl ve vnímání výchovných stylů chlapců z klinické skupiny a chlapců z kontrolní skupiny.

Potenciální rozdíl ve vnímání výchovných stylů rodičů chlapců z jednotlivých skupin je předmětem zkoumání této hypotézy, k jejímuž statistickému porovnání bylo opět využito Mann-Whitneyova U-testu. Výsledky statistické analýzy přinesly informaci, že tyto dvě srovnávané skupiny se od sebe významně neliší. $U = 510$, $Z = 0,99$ a $p = 0,32$. Na základě zjištěných výsledků hypotézu č. 5 **nelze přijmout**.

H6: Děti s kladným nebo extrémně kladným emočním vztahem rodičů vykazují méně často psychosomatické obtíže.

V poslední hypotéze byla zkoumána spojitost mezi kladným nebo extrémně kladným emočním vztahem rodičů a méně často vznikajícími psychosomatickými obtížemi dětí v těchto rodinách. Síla vztahu byla kvantifikována pomocí testu Chí-kvadrát, nad rámec jsme připravili srovnání výchovných stylů prostřednictvím kontingenčních tabulek.

Výsledky statistické analýzy ukázaly, že děti (dívky i chlapci), jejichž rodiče mají při výchově kladný nebo extrémně kladný emoční vztah, vykazují obecně méně často psychosomatické obtíže. Yates chí-kvadrát: 4,61, $df = 1$, $p < 0,05$. Na základě výsledků provedené statistické analýzy zamítáme nulovou hypotézu a hypotézu č. 6 **přijímáme**.

7. DISKUZE

V této kapitole uvádíme námi zjištěné výsledky, jejich srovnání s dalšími výzkumy či studiemi, ale také limity této práce, potenciální nepřesnosti a zdroje chyb, včetně snahy o deskripci dalších informací, které vyplynuly z našich dat. Na závěr se pokusíme nastínit možné směřování budoucích výzkumů v této oblasti.

Základním východiskem této práce je těsný vztah mezi výchovnými styly rodičů, vztahy v rodině a následnými psychosomatickými obtížemi. Autoři (Matějček, 2000, Tesař, 2012, Lojdrová, 2016, Mertin, 2013) se shodují v tom, že v tradičním modelu rodiny měl výchovný styl jednotlivých rodičů zásadní vliv na utváření a fungování vztahů v rodině. Nevíme, jaký model rodiny je pro současnou a budoucí generaci ideální, neboť „*schéma rodiny se dnes významně mění*“ (Trapková, osobní sdělení 2. února 2018), ale výchova stále hraje zásadní úlohu při formování vztahů v rodině a při komunikaci jejích členů. V těchto souvislostech sledujeme recidivující zdravotní potíže dětí, charakterizované lékařem jako psychosomatické a opíráme se o zjištění autorů českých i zahraničních (Skorunka, 2006, Sargent, 1983, Poněšický, 2014, Trapková & Chvála, 2017, Kučírek, 2006, Oaklander, 2003). Hlavní rozměry rodinných vztahů tvoří *citová vazba* a *míra řízení* (Čáp & Boschek, 1994, Balcar, 2015). Oba tyto faktory jsou uvedeny jako základní dimenze v modelu 9 výchovných stylů (Čáp et al., 2000).

V této práci často zaměňujeme sousloví recidivující zdravotní potíže se spojením psychosomatické obtíže. Upřesněme, že jako „*recidivující zdravotní potíže zřejmě psychosomatického původu*“, jsou obtíže uvedeny na žádance dětských lékařů o psychologické vyšetření těchto dětí. Následně jsou klinickým psychologem v ambulanci potíže takto diagnostikovány. V teoretické části práce vysvětlujeme, co vše rozumíme pod pojmem psychosomatické obtíže a pod pojmem psychosomatická rodina.

S ohledem na naše výzkumné cíle vnímáme jako nejvhodnější kombinaci kvantitativního a kvalitativního přístupu k výzkumu. V kvantitativní části výzkumu pracujeme s Dotazníkem stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let a při statistickém zpracování získaných dat byl aplikován asymptotický Mann-Whitneyův U-test. Pro kvalitativní část jsme využili metodu dílčích postupů analýzy kvalitativních dat, a to **Metodu zachycení vzorců** („gestaltů“), při níž jsme postupovali ve shodě s Miovským (2006) a s Milesem a Hubermanem (1994 in Miovský, 2006). Ze získaných dat jsme

vyhledávali určité obecnější vzorce a struktury, které se podle dětí s recidivujícími zdravotními obtížemi vyskytují v jejich rodinách nejčastěji. Přesto, že tímto vytvářením vzorců dochází k jisté redukci pozorovaných vztahů a modelů výchovy v každé z klinických rodin, dostáváme určitou představu o zkoumaném fenoménu. Postupným zachycováním stejných vzorců v rodinách se snažíme prozkoumat, zda je v rodině dítěte s psychosomatickými obtížemi něco, co může vznik těchto obtíží více podporovat. Zároveň se díky případné znalosti takového fenoménu můžeme rychleji zorientovat v rodinné situaci a v praxi účinněji podpořit ozdravný proces dítěte s psychosomatickými obtížemi.

Při přípravě teoretického základu této práce bylo potřeba zohlednit složitost pojmu „*hodnocení*“ rodiny a rodinných vztahů dítětem mladšího školního věku. Ze zahraničních psychodiagnostických metod se pro náš výzkum nabízí test rodinné adaptability – FACES III (Olson, 1986), nebo Family Environment Scale (Moos & Moos, 1981). Obě metody ale charakterizují rodinu jako celek, nikoliv dyadické vztahy uvnitř a obě vychází z výsledků výzkumů realizovaných na zahraničním vzorku populace. České prostředí je kulturně odlišné, proto jsme využili českou metodu, zkoumající vztahy v rodině, aplikovatelnou na českou populaci dětí ve věku 8–12 let, vhodnou i pro skupinové testování.

Ve snaze o co nejpestřejší vzorek kontrolní skupiny jsme oslovili děti z pěti základních škol ze dvou krajů (Moravskoslezského a Pardubického). Zkreslujícím elementem našeho výzkumu však může být způsob výběru výzkumného souboru a jeho složení. Výběr výzkumného souboru probíhal na základě účelového výběru, což je nepravděpodobnostní metoda. Nelze tedy hovořit o jeho reprezentativnosti vůči celé populaci. Náš vzorek tvoří 108 dětí kontrolní skupiny a 45 dětí z klinické skupiny. Při výběru klinického vzorku jsme byli omezeni jednak možnostmi ordinace klinického psychologa, kde byla ochota se na tomto výzkumu podílet a jednak potřebami přichozích klientů. I z toho důvodu proběhla administrace dotazníku stylů výchovy na větším vzorku (45 dětí), ale test FAST bylo možné realizovat pouze u části z této skupiny (30 dětí). Přesto jsme získali zajímavé závěry.

Obě námi realizované výzkumné metody byly již použity v mnoha výzkumech u adolescentů. Výzkumné testování na početnějším vzorku českých dětí mladšího školního věku však prozatím proběhlo jen v omezené míře. Objektivita naší analýzy dat mohla být

ovlivněna tím, že známe výsledky jiných studií a zároveň po určitém čase zjišťujeme stále se opakující tendence vztahových vzorců v rodině v klinickém souboru, což může vést k předčasné dedukci výsledků. Proto až do posledního zkoumaného případu probíhala neustálá kontrola správného porozumění vytvořené sestavě FAST formou dotazů psychologa k dítěti a při analýze dat z dotazníku opakovanou kontrolou zapsaných hodnot.

Také si uvědomujeme subjektivnost našich výsledků v klinické skupině, daných tím, že test FAST administrujeme pouze s dítětem, a ne s celou rodinou. Stejně jako tým českých administrátorů, kteří se podíleli na zkušební administraci tohoto testu (Lacinová, Lacková a Obereignerů, 2005, in Sobotková, 2005), i my jsme při administraci testu FAST zaregistrovali obtíže dětí, zejména osmiletých, v porozumění některých zadání a také nižší schopnost jejich abstraktního myšlení, které je však pro tento věk přirozené (Thorová, 2015). Ostatně psychometrické vlastnosti testu byly při výzkumech na českých vzorcích popisovány jako lepší u adolescentů než u mladších dětí (Sobotková, 2005). Zde se nám potvrdila výhoda vést rozhovor psychologa s dítětem souběžně s testováním.

Odpovědi na výzkumné otázky vychází z výsledků našeho souboru. Ty se v některých položkách podobají výsledkům ze švýcarských studií tak, jak je prezentuje Gehring (1998) či Sobotková (2005). Pod tlakem konfliktních událostí se i v našem souboru mění vztahy v rodině. Nejvýrazněji si toho všímáme u **koheze**, která je v konfliktní situaci u většiny našeho vzorku (v 80 %) nízká. V klinickém souboru také nacházíme skupinu dětí, které si přejí zvýšit kohezi a snížit hierarchii, ale i část dětí s přáním snížit kohezi i hierarchii, což je typické, když děti usilují o svou autonomii. Děti tohoto věku i ve švýcarských studiích (Gree, Kolevzon, Vosler, 1985, Rodick, Henggeler, Hanson, 1986, in Sobotková, 2005) opakovaně znázorňovaly prosbu o nižší kohezi ve své rodině. Přesně uvedený trend potvrzuje i Sobotková (2005) u olomoucké studie 50 dětí s odléčenou leukémií a s chronickým onemocněním. Citovaná studie vykazuje výsledek podobný našim zjištěním také v sestavě ideální reprezentace rodiny, kdy uvádí u 48 % vzorku nízkou hierarchii, u nás je to 40 %. Nízkou kohezi rodiny u klinických pacientů vykazuje i výzkum Strobera (1981, in Balcar, 2015).

Odlišnosti nacházíme v ideální reprezentaci rodiny. Děti ze švýcarského vzorku nejčastěji označují kohezi v rodině jako nízkou, v našem souboru je to naopak vysoká koheze (43,3 % respondentů). Zato v typické reprezentaci výsledky našeho souboru plně korespondují se zjištěnými výzkumy (Gehring, 1998, Sobotková, 2005), kdy mladší děti

nejčastěji znázorňují svou rodinu právě s nízkou kohezí, v našem souboru jde o 43 % dětí. Dodejme ještě, že Minuchin (1985) předpokládá nadměrnou kohezi v rodině u klinické skupiny, což Strober (1981, in Balcar, 2015) vyvrací. Lze ve shodě se Sobotkovou (2005) a Balcarem (2015) shrnout, že v zátěži se opakovaně projevuje trend rodiny k fungování v extrémních pozicích koheze.

V naší skupině se také potvrdil trend k posunu typu vztahových struktur v rodině, kdy v typické reprezentaci je nejčtenější struktura vyvážená (46,66 %), kdežto v konfliktní situaci se nejčastěji projevuje struktura nevyvážená a labilně vyvážená, což uvádí celkem 90 % dětí našeho klinického vzorku.

Dalším jevem, který jsme v našem souboru sledovali, byla tvorba **mezigeneračních koalic a převrácených hierarchií**. Mezigenerační koalice jsou podle dětí z klinického souboru v jejich rodinách časté (ve 23,33 % případů), nejčastěji ve vztahu matka-dítě. Převrácená hierarchie se vyskytuje v našem souboru také ve všech reprezentacích, i když jen v malé míře (od 3 do 6 %). Mezigenerační koalice a převrácená hierarchie se ve švýcarských studiích z roku 1985 a 1986 objevuje častěji u klinického než u kontrolního vzorku. Vznik obou jevů souvisí se snížením koheze v konfliktních situacích. Víme-li, že změny v některém ze subsystémů rodiny mohou ovlivňovat rodinný celek (Minuchin, 1985), je patrné, že takto problematický celek nadměrně zatěžuje i dítě, což se v našem klinickém souboru projevilo somatickým zpracováním psychické zátěže. Spolu se Skorunkou (2006) a Chválou (2006) na základě našeho šetření lze konstatovat, že mladší dítě snáze reaguje na duševní zátěž právě tělesnými příznaky. Nejčtenějším projevem byly abdominalgie, jejich četnost (1/3 ze všech obtíží) koresponduje s výzkumem Skorunky (2006), onemocnění horních cest dýchacích 40 %, což je o něco méně, než se objevuje ve výzkumu Langmeiera et al. (1989), velmi často pak doplněné dalšími obtížemi, konkrétně psychogenním kašlem (18 %), cephalií (13 %) a poruchami spánku (13 %).

Posledním faktorem, který hraje roli ve vztahových strukturách rodiny, se jeví flexibilita. Jako důležitou pro funkčnost rodinného systému ji označuje i Trapková (osobní sdělení 21. ledna 2019). V našem výzkumu byla nejdominantnější nepružná, nízká flexibilita v konfliktních reprezentacích v rodině jako celku (21 ze 30 dětí) a zároveň ve všech svých subsystémech, tedy u otce, matky i mezi sourozenci. Také děti ve švýcarské studii v konfliktní situaci prezentují strukturu rodinných vztahů jako

nepružnou až rigidní. Nepružná flexibilita rodinných vztahů se ukázala i u případové studie Kékes Szabó a Kováry (2014, in Balcar, 2015). Toto je jeden z vážných rizikových faktorů, který podle výzkumníků (Minuchin, 1985, Olson, 1986, Balcar, 2015) přispívá ke vzniku a rozvoji psychických obtíží u dětí.

Z našich výsledků deskriptivní statistiky se potvrzuje dosavadní zjištění (Čáp & Boschek, 1994, Beníšková, 1996, Maříková, 1997, in Čáp et al., 2000), že u rodičů s **nižším vzděláním** (tedy bez maturity) se častěji percipuje záporný emoční vztah k dítěti a rozporné řízení. V námi zkoumaném klinickém vzorku dětí má 38 % rodičů nižší vzdělání a jenom 11 % rodičů má vzdělání vysokoškolské, přičemž výraznější je tento rozdíl u otců dětí z klinické skupiny, kde má nižší vzdělání 44 % otců a jenom 4 % vysokoškolské, zatímco u matek má nižší vzdělání 33 % a vysokoškolské 18 %. To odpovídá rozložení stylů výchovy v klinickém souboru, kde je dominantním záporný emoční vztah rodičů k dítěti.

Jedním z cílů výzkumu je hledání souvislostí mezi stylem výchovy v rodině a psychosomatickými obtížemi dítěte. Výchovný styl č. 1 je dominantním nejen v klinickém, ale i v kontrolním souboru. V klinickém souboru je takto styl výchovy vnímán dětmi ve 47 %, v kontrolním souboru u 29 % dětí. Námi získaná data se liší od výzkumů z konce 20. století (Čáp & Boschek, 1994, Gillernová, 2002), v nichž je u zdravé populace prezentován jako nejčastější styl výchovy s emočně kladným vztahem (č. 4–8). Styl výchovy č. 6–8 je uváděn jako nejpočetnější také ve výzkumu Vohradské (2017), zde uvedený soubor je však tvořen jinou věkovou skupinou – adolescenty, což ve vnímání výchovných stylů může hrát významnou roli. Naopak ke stejným výsledkům jako my dospěl i Čáp et al. (2000), který na posun v četnosti pole č. 4 od svého původního výzkumu (1994) upozorňuje, a také výzkum Lojdové (2016), kde je záporný emoční vztah v rodinách vnímán u 56 % respondentů. Pouze jedno dítě z celého našeho souboru vnímá styl výchovy v rodině jako záporně–kladný (č. 9), tedy jako určitý rozpor emočních vztahů u jednoho z rodičů.

V obou našich souborech je nejčastějším výchovným stylem uváděna autokratická výchova. V pohledu na autoritativní výchovu se odborníci neshodují, jak uvádíme v teoretické části této práce. Matějček (2000) prezentuje dvě dimenze vnímání autoritativního přístupu dětmi mladšího školního věku. Negativní konotace přináší strach, vyžadovanou poslušnost, hierarchii a setrvání v zavedených mezích bez ohledu

na vývojové změny. V pozitivním smyslu je model č. 1 oporou a jistotou, kdy jsou vymezené jasné a pevné hranice, tedy pocit bezpečí, odkud dítě může jít bezpečně svou vlastní cestou. Při kvalitativním rozboru u testu FAST se záporná konotace u dětí z klinické skupiny opakovaně potvrzuje.

Právě v tomto stylu výchovy hrají roli ony další faktory: zda je záporný emoční styl pouze u jednoho z rodičů (u matky, která s dítětem obvykle tráví více času či u otce). Roli hraje také osobnost dítěte; na to, že úzkostné děti častěji vnímají model výchovy v rodině jako autokratický upozornil již Čáp et al. (2000). Záporný vztah ke svému dítěti vykazuje u kontrolního souboru celkově více matek (o 4 matky více) než otců, u klinického souboru je to naopak více otců (o 5 otců). Z následných kvalitativních zjištění testem FAST u klinického vzorku potvrzujeme, že u těchto dětí nebyly dostatečné **kompensující prvky**, které by záporný emoční styl výchovy vyvažovaly. Ať už v osobnostní stránce dítěte či v jeho biosociálních podmínkách, kde naopak probíhalo další zatížení. Zde se potvrzuje komentář z výzkumu Čápa & Boschka (1994) hovořící o tom, že při záporném emočním vztahu převládá u dítěte labilita, úzkostnost a nejistota, naopak sloučením příznivých biosociálních a výchovných podmínek převáží vývoj dítěte ke stabilitě.

Takto početné (51 ze 153 dětí) vnímání autokratického stylu výchovy (č. 1) koresponduje s vysokou hierarchií, nízkou kohezí a nepružnou rodinnou vazbou, které se nám projevilo testem FAST u klinického vzorku. Část dětí ve vzorku touží po zvýšení emoční soudržnosti za současného snížení hierarchie rodičů, čímž by získali více prostoru pro sebe. Rády by tedy snížily autoritativní působení svých rodičů, jak je ilustrováno také v jedné z kazuistik, doložené v příloze této práce.

Dalším ze stanovených cílů bylo porovnání vnímání stylů výchovy v rodině mezi chlapci a dívkami v obou skupinách i vzájemně mezi nimi. Na základě získaných statistických výsledků lze konstatovat, že rozdíly mezi pohlavími jsou v tomto věku minimální, což odpovídá výsledkům přechozích studií (Smetáčková, 2016, Lojdová, 2016) a vývojovým standardům (Říčan, 2006, Thorová, 2015). Vzhledem k podrobné analýze, realizované hypotézami č. 4 a 5 jsme však zjistili, že existuje trend ve vnímání rozdílu výchovných stylů mezi dívkami z klinické a dívkami z kontrolní skupiny ($p = 0,08$). Jako emočně záporné výchovné styly (č. 1–3) v rodině vnímá 50 % dívek z kontrolní skupiny, ale až 79 % dívek ze skupiny klinické. Narozdíl od chlapců, u nichž emočně záporné výchovné styly v rodině prezentuje 59 % z kontrolní a 72 % z klinické skupiny. Příčinou

může být to, že dívky už v tomto věku citlivěji rozlišují rodinné vztahy než chlapci (Matějček, 2017) a chlapci naopak vnímavěji reagují i na drobnější pozitivní signály v rodině (Macek, 1999).

V rámci stanovených cílů jsme si položili také otázku, zda děti, které u svých rodičů hodnotí výchovné styly jako emočně kladné až extrémně kladné (č. 4–8), mají méně často psychosomatické obtíže, tedy nepatří do klinické skupiny. U matek je vnímán kladný až extrémně kladný emoční vztah vůči dcerám ve 27 % případů (z toho je v kontrolním vzorku 71 %), a vůči synům ve 21 % případů, (z toho je v kontrolním vzorku 63 %). Podobná data jsme získali také o otcích. Kladný až extrémně kladný emoční vztah je vnímán vůči dcerám ve 41 % (z toho v kontrolním vzorku 77 %) a vůči chlapcům ve 24 % (z toho v kontrolním vzorku 67 %). Z těchto zjištění a z výsledků statistických analýz je patrné, že v námi zkoumaných rodinách s kladnými až extrémně kladnými výchovnými styly (č. 4–8) je skutečně menší pravděpodobnost vzniku psychosomatických obtíží.

Pomineme-li fakt, že příčinou vzniku psychicky podmíněných onemocnění může být i přechodná krize ve vývoji dítěte, z výsledků našeho výzkumu lze konstatovat, že na vznik a vývoj potíží se podílí nejen osobnostní dispozice dítěte a jeho biosociální podmínky, ale také vzniklý stres, další požadavky kladené na dítě (Jedlička, 2003, Kaňkovská, 2007, Jedličková, 2004), emočně záporný výchovný styl a celkové vnímání rodinných vztahů, a to především jako emočně záporné s jakýmkoliv typem výchovného řízení. Kombinací více faktorů pak může vzniknout výrazné zatížení dítěte (Hopf, 2016, Loucká et al., 2014), kdy v rámci kompenzačních mechanismů tělo projikuje recidivující zdravotní obtíže do těch tělesných oblastí, které jsou slabšími místy jedince (Kredba, 2006, Kučírek, 2006).

Z naší práce je patrná souvislost mezi určitými vztahovými vzorci v rodině, především nízkou flexibilitou vztahů a také mezigenerační koalicí a psychosomatickými obtížemi dětí. Ve výchovných stylech rodičů hrají vůči tomuto typu obtíží dominantní úlohu emoční vztahy. Pro získání ještě komplexnějšího pohledu na problematiku by do budoucna bylo dobré využít další testové metody, které jsme s ohledem na množství dílčích úkolů našim dětským respondentům již nepředkládali a také realizovat výzkum v dalších regionech, což by pravděpodobně znamenalo spolupráci většího týmu výzkumníků.

8. ZÁVĚRY

Výsledky námi realizovaného výzkumu, týkající se vztahů v rodině, stylů výchovy a psychosomatických obtíží dítěte v rodině, lze shrnout takto:

- Celkem 75 % dětí s psychosomatickými obtížemi vnímá výchovy styl svých rodičů jako emočně záporný, přičemž téměř polovina (47 %) ho navíc vnímá se silným řízením, tedy jako autokratickou výchovu.
- U obou vzorků jsou ve srovnatelném počtu výchovné styly č. 1, 3, 4, přičemž nejpočetnější je u obou skupin autokratická výchova, která je ale u kontrolního vzorku výrazně méně častější (29 %) než u klinického souboru (47 %).
- Děti s psychosomatickými obtížemi vnímají vztahy ve své rodině v typické i konfliktní situaci jako vztahy s velmi nízkou kohezí a v konfliktní situaci také s velmi nízkou hierarchií, což dětem, dle následných rozhovorů, z různých důvodů nevyhovuje.
- V rodinách dětí s psychosomatickými obtížemi nacházíme v konfliktní reprezentaci labilně vyvážené až nevyvážené vztahové struktury, které také podporují nejistotu a zátěž dětí.
- Velkým problémem je výskyt mezigeneračních koalic, který se ve čtvrtině rodin dětí s psychosomatickými obtížemi nachází i v běžných, každodenních situacích. V omezené míře se vyskytují i převrácené hierarchie.
- Nízká flexibilita v celkovém systému rodiny se v souladu s dalšími výzkumy jeví jako největší zátěž dětí s psychosomatickými obtížemi.
- Rozdíl mezi výchovným stylem rodičů dětí s recidivujícím onemocněním a výchovným stylem rodičů dětí z kontrolní skupiny nebyl prokázán.
- Rozdíl ve vnímání výchovných stylů u chlapců a dívek ani v jedné ze skupin nebyl prokázán.
- Rozdíl ve vnímání výchovných stylů dívek z klinické skupiny a dívek z kontrolní skupiny se nepotvrdil, nicméně objevil se zde určitý trend.
- Nepotvrdil se ani předpoklad, že existuje rozdíl ve vnímání výchovných stylů chlapců z klinické a chlapců z kontrolní skupiny.
- Byly nalezeny souvislosti mezi vznikem a rozvojem psychosomatických obtíží dětí a zápornými emočními vztahy rodičů v jejich rodině a rovněž se potvrdil častější výskyt kladných emočních vztahů v kontrolním souboru dětí. Nejčastěji se

vyskytuje kladný emoční vztah otce k dceři, a naopak záporný vztah nejčastěji vzniká u matky k synovi.

- Z recidivujících zdravotních obtíží se v našem vzorku nejčastěji objevily abdominalgie a záněty HCD.
- Bylo také zjištěno, že v rodinách dětí s recidivujícími zdravotními obtížemi při srovnávání základní X vysokoškolské vzdělávání převládají rodiče se základním vzděláním, a to u matek ve 33 % a u otců ve 44 % případů. Naopak vysokoškolské vzdělání mělo jen 18 % matek a 4 % otců.

Výsledky výzkumu potvrdily domněnku, že emoční vztah v rodině, který je součástí způsobu výchovy v rodině jako celku, má vliv na recidivující zdravotní obtíže v rodině dítěte. Potvrdil se také předpoklad, že jsou faktory, které se v rodinných vztazích u dětí s psychosomatickým onemocněním objevují nejčastěji. Je to především nízká flexibilita v systému rodiny, která se projevila u většiny klinického souboru a také častý výskyt mezigeneračních koalic.

SOUHRN

Základním tématem této práce je rodina a její možný vliv na recidivující zdravotní potíže u dětí ve věku 8-10 let. Většina z nás jistě vnímá rodinu jako základní prvek bio-psycho-sociálního systému člověka. Na funkci tohoto systému má zásadní vliv sociální interakce a komunikace, které jsou součástí způsobu výchovy a celkových vztahů v rodině. Potvrzuje se, že změny vyvolané v jedné části rodiny, ovlivňují i její další části.

V této diplomové práci je cílem popsat možné souvislosti mezi recidivujícími zdravotními potížemi dětí a vztahy v rodině, k nimž patří i způsob výchovy. Náš výzkum sledoval pouze vnímání dětí z těchto rodin, neměl za cíl pracovat s rodinou jako celkem. U dětí v klinickém souboru byly zkoumány rodinné vztahy a hledány faktory, které hrají důležitý vliv na recidivující zdravotní obtíže dětí. Pro srovnání klinické a kontrolní skupiny byl využit model devíti polí, sestavený na základě syntézy emočního vztahu a výchovného řízení v rodině. Součástí této práce je rovněž srovnání mezipohlavních rozdílů u dětí v mladším školním věku.

V rámci snahy o ověření zjištěných výsledků bylo vše porovnáváno s výzkumy, zkoumajícími jednak vztahy v českých rodinách, zde je našemu výzkumu nejbližší především olomoucká studie (Sobotková, 2005), ale také s výsledky z výzkumů dotazníku výchovných stylů (Čáp et al., 2000).

První kapitola teoretické části se zaměřuje na základní definici rodiny i na bližší popis fungování rodiny a s tím související důležitost komunikace. Poukazuje také na proměnu současných modelů výchovy a předkládá myšlenku o vlivu rodinného prostředí na duševní zdraví všech jejích členů, tedy i dítěte. Následně je připomenuto členění rodin podle typu prostředí (Satirová, 1994) a zmíněn také pojem rodinný čas.

Rodinné vztahy sledují autoři z různých pohledů, především jako soubor subsystémů, z nichž zdůrazňují důležitost kvality subsystému manželského (Loucká et al., 2014, Možný, 2008). Další autoři (Koukolík, 1997, Skorunka, 2006) upozorňují na vztah matka-dítě, hrající v rámci psychosomatických obtíží často zcela zásadní roli a zdůrazněny jsou faktory, související s rodinnou strukturou: flexibilita, hranice, koheze, hierarchie (Sobotková, 2005). Nechybí ani výčet typů rodinných vztahů (Cumming, 2010).

V první kapitole teoretické části jsou předkládány přehledy stylů rodinné výchovy. Ve shodě s humanistickou psychologií je zdůrazněn pro dítě zásadní kladný emoční vztah

(Kohoutek, 2008), ovlivňující nejen výchovu, ale i rodinné vztahy jako celek. Kapitola připomíná parametry, které utváří celkový výchovný styl rodičů a zmiňuje klasický model výchovných stylů, tedy autoritativní, liberální a demokratický. Upozorňuje na odlišnosti následně vznikajících konceptů. Autoři se shodují na důležitosti vzdělání rodičů pro výběr výchovného stylu a na potřebě sladění stylů mezi partnery vychovávající dítě.

O dítěti v mladším školním věku, přesněji 8–12 let, jsou předloženy informace v závěrečné části první kapitoly. Součástí jsou specifika tohoto věku, ale také výčet možných důvodů onemocnění dětí (Hopf, 2016) a zdůraznění důležitosti emocí (Damasio, 2004). Nejsou opomenuty ani základní poznatky o mezipohlavních rozdílech.

Ve druhé kapitole teoretické části jsou sledovány rozdíly mezi zdravým a nemocným jedincem a nastíněna symbolika nemoci v životě dítěte (Skorunka, 2006). V kapitole je také pohlíženo na důvody vzniku tělesných symptomů (Tress, 2008) a na nejčastější psychosomatické obtíže. Je vysvětlena základní terminologie psychomatiky (Skorunka, 2006, Balcar, 2015), připomenuty důležité výzkumy v oblasti a charakteristiky rodinné transakce (Sargent, 1983). Teoretické části je zakončena modelem psychosomatické rodiny (Minuchin, 1985, Balcar, 2015).

Základním metodologickým postupem se stal smíšený design, pro naplnění cílů této diplomové práce byly zvoleny dvě psychodiagnostické metody. Pro kvantitativní část výzkumu to byl Dotazník pro zjišťování stylů výchovy pro děti od 8–12 let (Čáp et al. 2000) a pro kvalitativní část Test rodinného systému FAST (Sobotková, 2005).

Výzkumný soubor tvořily děti z 3.–5. tříd (věk 8–10 let) pěti základních škol dvou krajů, z toho bylo v klinickém souboru 54 dívek a 54 chlapců a v kontrolním souboru 23 dívek a 22 chlapců. Výběr respondentů byl účelový, což ztěžuje generalizaci dat na širší populaci (Disman, 2002). Získaná data byla v kvantitativní části zpracována pomocí programu Statistica 13, kdy bylo testováno šest hypotéz na hladině významnosti 0,05. Základem kvalitativní části výzkumu, který probíhal pouze u klinického souboru, se stala Metoda zachycení vzorců, patřící mezi metody dílčích postupů analýzy kvalitativních dat.

Ze získaných dat se potvrdila domněnka, že v rodinách dětí s psychosomatickými obtížemi se objevuje nízká flexibilita vztahů v rodině, tzn. nízká schopnost rodičů měnit zažité vzorce fungování, včetně jejich nedostatečné reakce na vývojové změny dítěte, což plně koresponduje se zjištěními z dalších českých výzkumů. U klinického souboru dětí byl prokázán také častý výskyt mezigeneračních koalic v rodině, v omezené míře

i převrácená hierarchie. V typické i konfliktní situaci se v rodinách dětí z klinického vzorku objevují vztahy s velmi nízkou kohezí (80 % souboru) a v konfliktní situaci také s velmi nízkou hierarchií, a to v celkově labilně vyvážené až nevyvážené vztahové struktuře. Tento typ hierarchie i vztahové struktury dětí v následném rozboru vnímaly vůči sobě jako zcela nevyhovující. Uvedené faktory mohou podporovat psychosomatické obtíže u dětí. Prostřednictvím popisné statistiky bylo zjištěno, že nejčastějšími obtížemi dětí jsou bolesti břicha a onemocnění HCD.

Nepotvrdil se rozdíl mezi výchovnými styly rodin dětí s psychosomatickými obtížemi a zdravými dětmi z kontrolního vzorku, i když je zde patrná odlišnost v četnosti jednotlivých stylů. U obou částí výzkumného vzorku je nejčastější autokratický styl výchovy č.1, ale u kontrolního souboru jsou dále nejpočetnější styly výchovy s kladným emočním řízením, především styl č. 4. Naopak u klinického souboru vykazuje téměř dalších 24 % dětí výchovný styl č. 3, celkem tedy 70 % dětí uvádí styl se záporným emočním řízením.

Mezi dívkami a chlapci z obou skupin nebyly nalezeny žádné signifikantní rozdíly ve vnímání výchovných stylů, což přisuzujeme věkovému období dětí. Je ale patrné, že emočně záporné výchovné styly (č. 1–3) dominují v klinické skupině dívek (79 %) a emočně pozitivní výchovné styly jsou nejčastější u kontrolní skupiny dívek. Chlapci z obou skupin nevykazují výrazné rozdíly, obě skupiny hodnotí výchovné styly rodičů jako emočně negativní (59 % a 72 %).

Na základě analýzy byla potvrzena hypotéza, že děti s kladným nebo extrémně kladným emočním vztahem rodičů vykazují méně často recidivující zdravotní obtíže. Byla také nalezena souvislost mezi vzděláním rodičů a recidivujícími zdravotními obtížemi. U dětí z klinické skupiny má nižší vzdělání (bez maturity) 44 % otců a 33 % matek.

Na závěr dodejme, že ze šesti stanovených hypotéz byla jedna vyhodnocena jako statisticky významná. Praktický přínos práce vidíme v získání aktuálních dat o vnímání výchovných stylů rodičů, a to jak v klinické, tak v kontrolní skupině. Současně byl získán popis a četnost prvků, které se ve větší či menší míře opakují v rodinách dětí, trpících recidivujícími zdravotními obtížemi. Uvedené informace lze dobře využít při psychologické intervenci s takto nemocnými dětmi. V dalších výzkumech by bylo vhodné doplnit vnímání dětí o komplexní pohled na celé rodiny a případně rozšířit výzkum do dalších krajů.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

1. Balcar, K. (2015). Rodinná psychosomatika. *PsychoSom*, 13 (3), 168–177. Získáno 10. září 2018 z <https://www.psychosom.cz/archiv/54-archiv/563-balcar-k-rodinna-psychosomatika>
2. Bremsová, Ch. (2018). *Dětská psychoterapie a poradenství. Komplexní průvodce*. Praha: Triton.
3. BMJ. (2015, April 27). Family break-up linked to heightened risk of psychosomatic problems in teens. *ScienceDaily*. Retrieved October 8, 2018 from www.sciencedaily.com/releases/2015/04/150427211640.htm
4. Branna, B. (2015). Psychosomatika v pediatrii. *Vox pediatryae*, 15 (6), 16-17. Získáno 17. září 2018 z <https://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=bmc15037883>
5. Cumming et al. (2010). Získáno 26. října z: University of Notre Dame. (2010, July 20). Children's school performance tied to family 'type'. *ScienceDaily*. Retrieved October 10, 2018 from www.sciencedaily.com/releases/2010/07/100720162317.htm
6. Čáp, J. & Boschek, P. (1994). *Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině*. Brno: Psychodiagnostika.
7. Čáp, J., Čechová, V. & Boschek, P. (2000). *Dotazník stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let. Manuál*. Praha: Intitut pedagogicko-psychologického poradenství ČR.
8. Dahlke, R. (1998). *Nemoc jako řeč duše*. Praha: Pragma.
9. Damasio, A. (2004). *Hledání Spinozy. Radost, strach a citový mozek*. Praha: dybbuk.
10. Danzer, G. (2001). *Psychosomatika*. Praha: Portál. Edice Spektrum.
11. Disman, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost* (3. vyd.). Praha: Karolinum.
12. Dostál, D. (2018). *Statistické metody v psychologii. Studijní opora pro rok 2018/2019 k předmětům SMP1B, SMP1D, SMP2B a SMP2D*. Univerzita Palackého v Olomouci: Filozofická fakulta.
13. Dytrych, Z. & Matějček, Z. (2002). *Krizová situace v rodině očima dítěte*. Praha: Grada
14. Erikson, E. H. (2002). *Dětství a společnost*. Praha: Argo.
15. Faleide, O. A., Lian, L. B. & Faleide, E. K. (2010). *Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika*. Praha. Grada.
16. Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.

17. Gehring, T.M. & Debry, M. (1995). *L'évaluation du système familial: Le Fast*. Braine-Le-Chateau: Éditions ATM.
18. Gehring, T. M. (1998). Family System Test (FAST). Gottingen. Hogrefe & Huber Publishers.
19. Gillernová, I. (2004). Způsob výchovy v současné české rodině z pohledu dospívajících chlapců a dívek. *Psychologické dny: Svět žen a svět mužů. Polarita a vzájemné obohacování*. (1-14). Získáno 6. září 2018 z <https://cmps.ecn.cz/pd/2004/texty/pdf/gillernova.pdf>
20. Gillernová, I. (2009). Společné činnosti rodičů a dětí a styly rodičovské výchovy. *Československá psychologie*, 53(4), 336-348. Získáno 16. srpna 2018 z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=0cd1d199-a5c7-44ba-8aeb-0c05bc9f816e%40pdc-v-sessmgr02>
21. Hadaš, L. & Hadašová, J. (2006). Funkční a nefunkční rodinné systémy a jejich role ve formování osobnosti dítěte. *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence*. Praha: Free Teens Press. 73–81. Získáno 23. září 2018 z <https://www.medvik.cz/bmc/searchcl.do>
22. Hamplová, D. a kol. (2014). *Rodina a zdraví – jejich vzájemné souvislosti*. Praha: SLON.
23. Hargašová, M. & Kolárik, T. (1986). *Škála rodinného prostředí*. Bratislava: psychodiagnostické a didaktické testy.
24. Herman, M. (2014). *Najděte si svého mar'ana*. (3.vyd.) Olomouc: apak
25. Held-Liechti, S. (1997). *Le Fast et son utilisation en thérapie de famille: Réflexions a partir d'une étude de cas*. Université de Lausanne: Institut de psychologie (Mémoire de diplome en psychologie).
26. Honzák, R. (2017). *Psychosomatická prvouka*. Praha: Vyšehrad.
27. Hopf, H. (2016). *Když děti často stůňou*. Praha. Portál.
28. Chvála, V. & Trapková, L. (2012). Indikace k rodinné terapii v psychosomatice. *Psych&Som*, 10 (3), 146–164. Získáno 18. října 2018 z <https://www.psychosom.cz/images/old/Praxe.pdf>
29. Chvála, V. & Trapková, L. (2006). Nemocné společenství – nemocná duše a pak i tělo. *Psych&Som*, 3 (4), 91–94. Získáno 15. října 2018 z <https://www.psychosom.cz/images/archiv/Psychosom-2006-3.pdf>

30. Jedlička, R. (2003). Nevhodná výchova, stres a možnosti prevence psychosomatických poruch. Získáno 18. září 2018 z <https://docplayer.cz/1607611-Nevhodna-vychova-stres-a-moznosti-prevence-psychosomatickych-poruch.html>
31. Jedličková, M. (2004). Vznik a vývoj symptomu. Psychologie dnes. Praha: Portál.
32. Jenkins, H. (1990). *Annotation: Family therapy developments in thinking and practice*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31, 1015-1026.
33. Kaňkovská, P. (2007). Vliv rodinného prostředí na utváření prosociální orientace dítěte staršího školního věku. *Psychologie*, 2007, roč. 1(1), s 13-24.
34. Psychologie v teorii a praxi. (11. listopadu 2008). Úvod do humanistické psychologie. [Zpráva z blogu]. Získáno 10. září 2018 z <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0811/humanisticka-psychologie>
35. Koukolík, F. (1997). *Mozek a jeho duše*. Praha: Makropulos.
36. Kraus, B. (2008). *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál.
37. Kredba, J. (2006). Emoce – nemoce: fantomové obtíže. *Psych&Som (Liberec)*, 2006, roč. 4 (3), s. 89–90.
38. Kučírek, J. (2006). *Psychosomatic disorders and children*. Praha: Educational Institute of Child Protection.
39. Lacinová, L. & Škrdlíková, P. (2008). *Dost dobří rodiče anebo Drobné chyby ve výchově dovoleny*. Praha: Portál.
40. Langmeier, J., Balcar, K. & Špitz, J. (1989). *Dětská psychoterapie*. Praha. Avicenum.
41. Langmeier, J. & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie. 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing.
42. Lojdová, A. (2016). *Styly výchovy v rodině. Bakalářská diplomová práce*. Brno: MU
43. Loucká, P., Trapková, L. & Chvála, V. (2014). *Žena a muž v rodině*. Praha: Vyšehrad.
44. Lovasová, L. (2006). *Rodinné vztahy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.
45. Macek, P. (1999). *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál.
46. Mádrová, E. (1987). *Test rodinných vztahů zachycujících citové vazby dítěte*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
47. Matějček, Z. (2000). *Škola rodičů*. Praha: MAXDORF.
48. Matějček, Z. (2007). *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. (3.vyd.) Jinočany: H & H
49. Matějček, Z. (2011). *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: Portál.
50. Matějček, Z. (2017). *Rodiče a děti*. Praha: Vyšehrad.

51. Matějček, Z. & Říčan, P. (1983). *ADOR. Dotazník rodičovského jednání a postojů pro adolescence*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
52. Mertin, V. (2011). *Výchovné maličkosti. Průvodce výchovou dítěte do 12 let*. Praha: Portál.
53. Mertin, V. (2013). *Výchova bez trestů*. Praha: Wolters Kluwer ČR.
54. Meunier, J.B., Kreisl, M.W. & Schneider, S. (2017). *Familienstrukturen in Familien von Kindern mit einer Störung mit Trennungsangst. Eine Untersuchung mit dem Familiensystemtest*. Hogrefe Verlag. 45, pp 258–266.
55. Minuchin, S. (1985). *Families and individual development: Provocations from the field of family therapy*. Child Development, 56, 289-302.
56. Minuchin, S., Nichols, M., & Lee, W. Y. (2007). *Assessing families and couples: From symptom to system*. Boston: Pearson: Allyn & Bacon.
57. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s.
58. Morschitzky, H. & Sator, S. (2007). *Když duše mluví řečí těla*. Praha: Portál. Edice Spektrum.
59. Možný, I. (2008). *Rodina a společnost*. (2. vyd.). Praha: Sociologické nakladatelství.
60. Moos, R. H. & Moos B. S. (1981). *Family Environment Scale (FES)*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
61. Mugal, S. A. (2016). *The Influence of the Family on the Development of Psychosomatic Disorders in Preschool Children With Mental Retardation*. Psychology Research, May 2016, Vol. 6, No. 5, 270-274 doi:10.17265/2159-5542/2016.05.002
62. Oaklander, V. (2003). *Třinácté komnaty dětské duše*. Dobříš: Drvoštěp.
63. Obereignerů, R. & Kollárová, K. (2008). Psychologické aspekty nespecifických střevních zánětů u dětí. *Psychiatrie pro praxi*. 9.(1) 33-37. Získáno 15. října z: <http://www.solen.sk/pdf/c2e2a304d346f25b77aa1721b911c7eb.pdf>
64. Obereignerů, R. a kol. (2017). *Sebepojetí dětí a adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého.
65. O'Neill, A. C., Kuhlmeier, V. A., & Craig, W. M. (2018). Examining the association between parenting and psychosomatic problems: self-esteem as a mediator across ages in early adolescence. *International Journal of Adolescence and Youth*, 1–12. doi:10.1080/02673843.2018.1482771
66. Orel, M. a kol. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada
67. Orel, M. a kol. (2014). *Somatopatologie. Nauka o nemocech těla*. Praha: Grada.

68. Pavlůvčíková, E. & Šmeringaiová, E. (2014). Odolnost rodiny a osobnostné vlastnosti jej členov. In *Proceedings of the Conference on Social Processes & Personality*, (385–390). Získáno 20. října 2018 z EBSCOhost database.
69. Poněšický, J. (2011). *Zásady prevence a psychoterapie neurotických a psychosomatických onemocnění. Specifita nespecifických účinných faktorů v psychoterapii*. Praha: Triton.
70. Poněšický, J. (2014). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton.
71. Real del Sartre, O. (1996). *Psychosomatique et chronicité. Débat autour d'une recherche. Thérapie Familiale*, 17, 225-239.
72. Rogge, J. U., Bartram, A. (2015). *Proč jsou krkavci lepší rodiče*. Praha: Portál.
73. Říčan, P. & Krejčířová, D. (2006) a kol. *Dětská klinická psychologie. 4., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing.
74. Salvová, D. (2016). *Výchova v rodině a její vliv na dítě. Bakalářská práce*. Hradec Králové: UHK.
75. Sargent, J. (1983). The family and childhood psychosomatic disorders. *General Hospital Psychiatry*, 5(1), 41–48. doi:10.1016/0163-8343(83)90043-9.
76. Satirová, V. (1994). *Kniha o rodině*. Praha. Práh+SVAN.
77. Skorunka, D. (Eds.).(2006). Projevy somatizace a kvalita života u dětí a dospívajících: perspektiva rodinného terapeuta. In J. Mareš a kol. (Ed.) *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. (43-53). Brno: MSD.
78. Skorunka, D. (2006). Kvalita rodinných vztahů jako významný faktor rozvoje psychosomatických projevů. *Psych&Som*, 4 (5), 181–187. Získáno z <https://www.psychosom.cz/images/archiv/Psychosom-2006-5.pdf>
79. Skynner, R. & Cleese, J. (1999): *Rodina a jak v ní zůstat naživu*. Praha: Portál.
80. Smetáčková, I. (2016): *Genderové představy a vztahy. Sociální a kognitivní aspekty vývoje maskulinity a feminity v průběhu základní školy*. Prah. SLON.
81. Sobotková, I. (Eds.) (2004). *Test rodinného systému – připravovaná metoda rodinné diagnostiky*. Olomouc: Univerzita Palackého.
82. Sobotková, I. (2005). *Test rodinného systému FAST*. (1.vyd.) Praha: Testcentrum.
83. Sobotková, I. (2012). *Psychologie rodiny*. (3. vyd.) Praha: Portál.
84. Staabs, G. von (2001). *Scénotest. Praktická metoda pro porozumění neuvědomovaných problémů osobnosti*. Praha: Testcentrum.

85. Tesař, M. (2012). Odolnost Rodiny – Prínos Antonovského, Walshové, spirituální faktory, nové souvislosti. *Československá psychologie*, 56(3), 267–280. Získáno 21. října 2018 z <http://cspsych.psu.cas.cz/result.php?id=756>
86. Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
87. Tichá, I. (2012). *Psychologie zdraví 2*. Olomouc: Univerzita Palackého.
88. Trapková, L. & Chvála, V. (2017). *Rodinná terapie psychosomatických poruch. Rodina jako sociální děloha*. Praha: Portál.
89. Tress, W., Kruse, J. & Ott, J. (2008). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.
90. Vohradská, R. (2017). *Sebepojetí žáků staršího školního věku v souvislosti se způsobem výchovy v rodině*. Olomouc: UP
91. Zikmund, V. (1983). *Choroby z civilizácie?* Bratislava: Veda.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

Příloha č. 2: Seznam tabulek a grafů

Příloha č. 3: Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu

Příloha č. 4: Datová tabulka klinického a kontrolního souboru

Příloha č. 5: Dvě kazuistiky dětí s psychosomatickými obtížemi, včetně fotografií jednotlivých sestav testu FAST

Příloha č. 1: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Hodnocení (vliv)

Autor práce: Mgr. et Bc. Andrea Dostálová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Počet stran a znaků: 85, 174 336

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 91

Abstrakt: Tato diplomová práce se zaměřuje na hodnocení (vliv) rodinných vztahů z pohledu dětí s vybranými recidivujícími zdravotními potížemi. Jejím cílem je zjistit, zda má na typ potíží, nazývané jako psychosomatické, vliv rodina dítěte. Dále bylo vyhodnocováno, který z výchovných stylů rodičů převažuje u dětí s vybranými recidivujícími zdravotními potížemi na rozdíl od skupiny kontrolní, tedy zdravé populace stejně starých dětí, a také je-li u klinického souboru dominantní určitý typ rodinných vztahů. To vše pohledem dítěte, které do ordinace klinického psychologa přichází.

Výzkumný soubor, vytvořený za pomoci účelového výběru, tvoří 153 dětí (76 chlapců a 77 dívek) ve věku 8-10 let, z toho 108 v kontrolním souboru a 45 v klinickém. Jako hlavní psychodiagnostické metody byl využit Dotazník stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let a pro klinický soubor pak kromě tohoto dotazníku také Test rodinného systému FAST. V empirické části práce byl zvolen smíšený design. V kvantitativní části výzkumu nebyly nalezeny rozdíly mezi výchovnými styly klinického a kontrolního vzorku a nebyly potvrzeny ani signifikantní rozdíly mezipohlavní. Byla však zjištěna signifikantní souvislosti mezi emočním vztahem rodičů a recidivujícími zdravotními obtížemi u dětí. V kvalitativní části bylo pomocí metody zachycení vzorců definováno, že v rodinných vztazích je nejproblematictější flexibilita a mezigenerační koalice.

Klíčová slova: styl výchovy, emoční vztah rodičů, recidivující zdravotní potíže u dětí, psychosomatika, rodinné vztahy, flexibilita, mezigenerační koalice

ABSTRACT OF THESIS

Title: Assessment (influence) of family relationships from the perspective of children with selected recurrent health problems.

Author: Mgr. et Bc. Andrea Dostálová

Supervisor: doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Number of pages and characters: 85, 174 336

Number of appendices: 5

Numer of references: 91

Abstract: This thesis focuses on the evaluation (influence) of family relationships from the perspective of children with selected recurrent health problems. Its aim is to find out whether the child's family has an influence on the type of problem called psychosomatic. Furthermore, it was evaluated which of the educational styles of families prevails in children with selected recurrent health problems, as opposed to the control group, it means healthy population of the same age, and also if a certain type of family relationship is dominant in the clinical group. All this by the view of the child who comes to the clinic's clinic.

The whole research group, created using a targeted selection, consists of 153 children (76 boys and 77 girls) aged 8-10, of whom 108 are in the control group and 45 in the clinical. The main psycho-diagnostic method was the Questionnaire of Educational Styles for Children from 8 to 12 and for the clinical set, besides this questionnaire, also the Family System Test. In the empirical part, the mixed design was chosen. In the quantitative part of the research, no differences were found between the educational styles of the clinical and control sample and no significant differences between the sexes were confirmed. However, a significant correlation was found between the emotional relationship of parents and recurrent health problems in children. In the qualitative part, using the pattern capture method, it was defined that flexibility and intergenerational coalition were the most problematic in family relationships.

Keywords: style of education, emotional relationship of parents, recurrent health problems in children, psychosomatics, family relations, flexibility, intergenerational coalition

Příloha č. 2: Seznam tabulek a grafů

- Tab. 1: Faktory a položky (Čáp et al., 2000, 25)
- Tab. 2: Způsob výchovy v rodině (model devíti polí) (Čáp et al., 2000, 17)
- Tab. 3: Popis výběrového souboru (n = 153)
- Tab. 4: Bližší charakteristiky jednotlivých věkových kategorií (n = 153)
- Tab. 5: Klinická skupina, dle věku (n = 45)
- Tab. 6: Klinická skupina, rozdělení dle pohlaví (n = 45)
- Tab. 7: Psychosomatické obtíže dětí v klinické skupině (n = 45)
- Tab. 8: Deskriptivní charakteristiky dotazníku stylů výchovy
- Tabulka č. 9: Výsledky koheze a hierarchie v rodinách u dětí v části klinického souboru (n = 30)
- Tab. 10: Typy vztahových struktur u dětí v části klinického souboru (n = 30)
- Tab. 11: Výskyt mezigeneračních koalic a převrácené hierarchie v rodinných strukturách (n = 30)
- Tab. 12: Typ flexibility rodinných vztahů očima dětí z klinického souboru (n = 27)
- Tab. 13: Pozorované četnosti jednotlivých výchovných modelů u každé ze skupin (n = 153)
- Tab. 14: Pozorované četnosti v klinické a kontrolní skupině, dle pohlaví (n = 153)
- Tab. 15: Emoční vztah každého z rodičů vůči dívkám/chlapcům, kontrolní část souboru (n = 108)
- Tab. 16: Emoční vztah každého z rodičů vůči dívkám/chlapcům v klinickém souboru (n = 45)
- Tab. 17: Pozorované četnosti emočních stylů u všech dětí (n = 152)
- Graf 1: Četnost modelu 9 polí, srovnání obou souborů (n = 108 a n = 45)
- Graf 2 a 3: Vzdělání matky a vzdělání otce, klinický soubor (n = 45)

Příloha č. 3: Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu

Vážení rodiče,

chtěla bych Vás požádat o spolupráci na výzkumu, který se uskutečňuje v souvislosti s mou diplomovou prací s názvem Hodnocení (vliv) rodinných vztahů z pohledu dětí s vybranými recidivujícími zdravotními obtížemi. Výzkum realizuji u dětí ve věku 8–10 let.

Pokud Vaše dítě nemívá časté zdravotní potíže, zejména bolesti břicha a hlavy či horních cest dýchacích, může být po Vašem souhlasu zařazeno do výzkumného souboru, to znamená, že bude požádáno o vyplnění krátkého dotazníku, a to ve škole v průběhu dopoledního vyučování. Za spolupráci bude odměněno drobným dárkem.

Výsledky budou zpracovány statisticky, zcela anonymně a poté budou dotazníky skartovány. Budete-li mít zájem, mohu Vám celková zjištění, k nimž dojde a výsledky výzkumu zaslat.

V případě jakýchkoliv dotazů mě můžete kontaktovat na níže uvedenou mailovou adresu.

Zakroužkujte, zda se zařazením vašeho dítěte do výzkumu souhlasíte: ANO / NE

Jméno dítěte, věk, třída:

Datum:

Podpis rodiče/rodičů:

Za ochotu a spolupráci moc děkuji,
Mgr. et Bc. Andrea Dostálová
studentka psychologie
UP Olomouc
mgrandreadostalova@seznam.cz

Příloha č. 4: Datová tabulka klinického (n = 45) a kontrolního souboru (n = 108)

- ukázka

Kód	Pohlaví	věk D	M/emoči	M/řízení	O/emoči	O/řízení	Ro/emc	Ro/řízení	M 9 polí	soubor	Test FAS	test Čáp	Vzdělání M	Vzdělání O
K1	0	10	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	SŠ	SOU
K2	0	10	1	3	2	2	2	3	7	0	0	1	SŠ	ZŠ
K3	0	8	1	3	2	2	2	3	7	0	0	1	SŠ	ZŠ
K4	1	10	3	2	2	2	3	2	8	0	0	1	SOU	SŠ
K5	1	10	3	2	2	2	3	2	8	0	0	1	SOU	SOU
K6	0	10	2	2	0	0	0	3	3	0	0	1	VŠ	SŠ
K7	1	10	1	2	1	2	0	2	2	0	0	1	VŠ	SŠ
K8	1	9	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	SŠ	SOU
K9	1	10	2	1	0	1	0	1	1	0	0	1	SŠ	SOU
K10	0	9	1	2	0	0	0	3	3	0	0	1	SŠ	SŠ
K11	1	10	1	1	0	3	0	3	3	0	0	1	SŠ	SŠ
K12	0	9	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	SŠ	SOU
K13	1	8	0	0	1	2	0	3	3	0	0	1	SOU	SOU
K14	1	8	2	2	3	2	3	2	8	0	0	1	SOU	SŠ
K15	0	9	2	2	0	0	0	3	3	0	0	1	SŠ	SŠ
K16	0	8	0	0	2	0	0	0	1	0	1	1	ZŠ	SŠ
K17	0	10	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	SŠ	SŠ
K18	1	8	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	VŠ	SŠ
K19	0	10	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	SOU	SOU
K20	0	8	2	0	0	0	0	0	1	0	1	1	SŠ	SŠ
K21	0	8	2	1	3	1	3	1	5	0	1	1	SŠ	SŠ
K22	0	9	1	1	1	1	2	1	5	0	1	1	VŠ	SOU
K23	1	10	1	1	1	2	0	2	2	0	1	1	SŠ	SŠ
K24	1	10	0	0	2	2	0	3	3	0	1	1	VŠ	SŠ
K25	0	9	0	3	0	3	0	3	3	0	1	1	SŠ	SOU
K26	1	10	0	0	2	1	0	0	1	0	1	1	SŠ	SOU
K27	0	10	0	2	0	3	0	3	3	0	1	1	SOU	SŠ
K28	1	10	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	SŠ	SOU
K29	0	10	1	0	3	0	2	0	4	0	1	1	VŠ	SOU
K30	0	8	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	VŠ	SŠ
K31	0	8	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	SOU	SŠ
K32	0	10	0	0	0	2	0	3	3	0	1	1	VŠ	VŠ
K33	1	9	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	SOU	SOU
K34	0	10	3	1	3	1	3	1	5	0	1	1	SOU	SOU
K35	0	9	2	1	0	0	0	0	1	0	1	1	SŠ	VŠ
K36	1	8	2	3	3	2	3	3	7	0	1	1	SŠ	SŠ
K37	1	8	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	SOU	SŠ
K38	1	10	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	SOU	SŠ
K39	1	9	0	3	0	3	0	3	3	0	1	1	SŠ	SŠ
K40	1	8	2	1	3	1	3	1	5	0	1	1	SOU	SOU
K41	1	8	0	3	0	3	0	3	3	0	1	1	SŠ	SŠ
K42	1	10	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	ZŠ	SOU
K43	0	8	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	SŠ	SŠ
K44	1	9	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	SŠ	SOU
K45	1	8	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	SOU	SOU

Datová tabulka kontrolního souboru je součástí knižní verze diplomové práce.

Příloha č. 5: Dvě kazuistiky dětí s psychosomatickými obtížemi, včetně fotografií jednotlivých sestav testu FAST

A) Kazuistika 1: Chlapec, věk 8 let

Důvod vyšetření: Recidivující záněty HCD, opět plánován pobyt v lázních. Žádáno psychologické vyšetření se zhodnocením nutnosti doprovodu rodičů při silné fixaci chlapce na ně.

Vyšetření:

SPP: baculatý chlapec, upravený, moderní účes (francouzský cop a culík). Zpočátku neklid a úzkost, má zpocené dlaně (při kresbě zůstávají důlky na papíře), po krátkém čase přiměřená adaptace na vyšetření. Milý a usměvavý chlapec. Vyšetření podstoupil v nepřítomnosti otce, ale o jeho setrvání v čekárně se ujišťuje dotazem. Spolupráce při úkolech dobrá, pracuje i samostatně, přitom je méně soustředěn, povídavý a při práci se tím rozptyluje. Komunikace spontánní, četné vlastní postřehy a komentáře, řečový projev bez deficitů výslovnosti, někdy hledá slovo, vyjádří se opisem. Zrakový kontakt sociálně modulovaný. Fyzický kontakt (pohlazení) cizí osobou mu nevádí. V sociálním chování je přiměřeně aktivní, a v některých situacích méně jistý, spíše na úrovni mladšího dítěte, cizímu dospělému občas spontánně tyká. Pisátko uchopí do PR, nejistá špetka.

Z explorace dítěte: Bývám často nemocný, proto jezdím do lázní, byl jsem už hodněkrát, s maminkou, nikdy ne sám, „to bych brečel a dlouho tam nevydržel“. Chtěl by jet znovu, ale s tatínkem. Doma mám maminku, tatínka a malou sestru, moc si s ní nehraju, jen někdy Pexeso. „Já si hraju rád s legem, chci trochu bojovat a ona nechce, neumí si hrát s legem“. Spontánně dodává: „Nechtějte mít takovou sestru, nejí a maminka pak nervací, pořád po ní křičí, že bude nemocná. Nejraději mám tatínka, na něj se moc nezlobím, na mamku víc, taky se jí víc bojím, ale mám ji rád.“ Ve škole se mu líbí, že si může hrát o přestávce a v družině. Kamarády má, ale „někteří mi říkají, že jsem holka, když mám culík, chtěl bych ho ostříhat“. Tatínek ten culík neumí, ale mamka ho dělá ráda.

Vztahy: Dle Čáp: výchovný styl rodičů hodnotí jako přísný se zákazy a tresty, řízení silné, emoční vztah matky k sobě cítí jako záporný, u otce jako kladný – výrazný rozdíl.

Dle FAST: v typické situaci sebe staví vedle otce, zrak upírá na něj, vedle otce staví matku, vzájemně se s otcem na sebe dívají a „dávají si pusinku“, sestru umístí vedle matky

„dívá se trochu na mamku a trochu pryč, protože zlobí, nechce jíst, mamka po ní křičí, a to mi vadí. Já se dívám na tatínka, jsem s ním rád.“ Hierarchie rodičů je vyšší než u sourozenců. „Rodiče se musí poslouchat, trochu mě to štve, chtěl bych to víc i podle sebe. Mamky se víc bojíme, víc ji posloucháme. Mám ji rád, ale s tatínkem děláme zajímavé věci. Maminka mi pořád češe copánek, já to nesnáším, chci se ostříhat na kluka.“

V ideální situaci sebe opět staví poblíž otce, pohledy vzájemně na sebe, matku oddálí od otce a sestru ponechá v její blízkosti. „Maminka se dívá na tatínka, sestra na maminku.“ Hierarchie rodičů je opět vyšší než dětí, sobě dá jeden podstavec, sestře žádný a komentuje: „Nás nikdo neposlouchá, mne trochu, ale sestru Evu nikdo. Je to situace, kdy my s tatínkem si hrajeme a mamka se zlobí s Evičkou, že nechce jíst.“ Na dotaz, co by pomohlo ke změně na ideální sestavu, sdělí: „Abych byl častěji s tatínkem a aby Eva jedla a mamka na ni nemusela křičet.“

V konfliktní situaci zobrazí dvě dvojice, v první je on s otcem, pohledy vzájemně na sebe (že se máme rádi), ve druhé matka se sestrou, ale matka se dívá na otce, že ho má ráda a sestra na matku, že ji má ráda. Hierarchie u otce a obou dětí je na stejné úrovni, nejvyšší je u matky. Konflikt je proto, že „Evička chce hrát Minecraft a já nesmím, mamka mi to zakázala, na mamku se zlobím, mám ji rád, ale ona mě víc. Zlobím se na ni, že je našťvaná a křičí na mne a taky pořád na Evičku, že nechce jíst. Nejméně se zlobím na otce, jsem s ním rád.“ Takový konflikt je často? „Pořád.“

Interpretace: Chlapec zobrazí typickou, ideální i konfliktní situaci rodiny, během sestavování stále komentuje, zabývá se především chováním matky, která děti stále kontroluje s obavami o jejich zdraví, také mu zasahuje do vzhledu (účes), což chlapci už velmi vadí, chtěl by být více akceptován jako kluk a dle svého věku. Více se proto ztotožňuje s otcem, se kterým tráví čas tvořivě (chlapecké věci). Přitom ale v každé sestavě až omluvně vysvětlí, že má maminku také rád. Přeje si rozvolnění vztahu s matkou všemi způsoby – prostorovým postavením figurek i komunikací.

Doporučená intervence: Rodičům explikován nález, úzkostná maminka (což připouští), která brání v separaci dítěte. Jejímu chování lze rozumět vzhledem k závažným zdravotním potížím chlapce v raném dětství, a proto velmi taktně a s porozuměním k jejím důvodům a obavám probíráme možnosti, jak podpořit již zřetelné separační tendence dítěte bez jejího pocitu ohrožení emoční ztrátou. V popředí především podpora jejích mateřských kompetencí, přitom se zaměřit na jeho osamostatňování a identifikaci s mužským modelem

chování (je vhodný výraznější podíl otce na výchově dítěte). Maminka sděluje, že chlapec do lázní pojede s tatínkem na měsíc, bude jí smutno, ale „chystáme se za nimi jet s malou na prodloužený víkend“. Doporučení pro převážnou péči otce chce tatínek realizovat zejména při společném pobytu v lázních, je rozhodnut z něj „udělat kluka“. Začali stříháním vlasů (pro snadnější péči v lázních), což matka komentovala s lítostí (více mu to slušelo předtím).

Po návratu z lázní je chlapec velmi spokojen, s tatínkem si hodně povídali (třeba o vojně), naučil se kliky a sklapovačky a už umí pískat na pusu i na prsty.

V tomto případě byly pro práci s rodinou informace z metody FAST velmi podstatné. Blízké vztahy v rodině chlapec cítil jako příliš omezující, vyšší hierarchii rodičů respektoval, ale pro sebe si ji přál aspoň trochu zvýšit (tak v poměru k sestře, aby byl více respektován, než ona?). Flexibilita zde byla hodnocena jako nízká, nepružná vzhledem k aktuálním vývojovým potřebám dítěte, v ideální i konfliktní reprezentaci jsou mezigenerační koalice – větší blízkost chlapce s otcem než rodičů.

B) Kazuistika 2: Dívka, věk 10 let

Důvod vyšetření: Stížnosti na abdominalgie a cephalgie, úporný kašel až pertusoidního charakteru, v.s. psychogenní?

SPP: Urostlá dívka, vyšší hmotnost, upravená, moderní skla. První kontakt s manifestovanou sebejistotou, jednoznačné odpovědi až kategorické soudy, snaha o prosazení vlastního názoru. Zpočátku sděluje převážně na dotazy, jednoslovně (stále kašle), postupně i spontánně komunikující, slovní zásoba přiměřená. Zrakový kontakt sociálně aktivní. Při prvním kontaktu zpočátku intenzivní kašel, postupně se mírní při zaujetí aktivitou, při druhém kontaktu kašle minimálně. Spolupracuje ochotně, soustředí se dobře, nevyžaduje pomoc. Při manipulaci s pisátkem preferuje PR, úchop klarinetový, hlavu sklání k podložce. Vyšetření absolvovala ve dvou sezeních.

Vztahy: Dle Čáp: výchovný styl dítě hodnotí jako přísný se zákazy a tresty, řízení střední, emoční vztah obou rodičů k sobě cítí jako záporný, poněkud výrazněji u otce.

Dle FAST: v typické situaci otec odsunut bokem, dívá se na bratra a dědu, nikdo z ostatních členů rodiny na něj neobrací zrak. Zbylí členové rodiny vytváří kohezivní sestavu, pohledy zaměřují na sebe ve dvojici bratr a sestra, matka a babička matky. Hierarchie u mužských postav je nižší než u ženských. Dívka velmi rychle popíše důvody, které ji k této sestavě vedou: vadí jí neustálé hádky rodičů, matka otci (dle ní oprávněně) vytýká, že nepomáhá a nevěnuje se jim a raději se dívá na TV a mobil. Také babička se často dohaduje s dědou, aby se šel koupat, vzal si insulin a nedíval se pořád na TV.

V ideální situaci je sestava celé rodiny semknutější, pohledy dvojic otec na matku, babička na dědu, dívka na bratra. Spontánně přidává postavu „psychologa, který jim pomůže, aby se nehádali“, jeho hierarchii zdůrazní přidáním velkého množství postavců. Otci zvýší hierarchii na úroveň matky a babičky, také zvýší hierarchii dědy a svou na stejnou úroveň a mírně zvýší hierarchii u bratra.

V konfliktní situaci zobrazí nesoudržnou rodinnou, situaci. V centru je hádka matky s otcem, protože se dívá na TV, dívka se uchýlila spát k babičce, stejně jako bratr šel k dědovi, který už spí, ale bratr sleduje druhou TV. Postavy dospělých srovnává na stejnou úroveň, bratrovi přisoudí nejnižší hierarchii, sobě střední.

Interpretace: Dívka zobrazí typickou, ideální i konfliktní situaci rodiny, v popředí problém neustálých hádek rodičů, matka otci vyčítá, že se nepodílí na rodinném životě a preferuje vlastní zájmy. Dívka je do sporů rodičů vtažena, straní matce. Stav jí velmi vadí, přála by si, aby se rodiče nehádali, přeje si větší soudržnost rodiny, ale cítí, že vlastními silami na změnu nestačí, proto si přeje vstup vnější autority – psychologa, který by rodičům dokázal pomoci (přenáší na něj zodpovědnost za vyřešení), sama se cítí bezmocná, proto je ne-mocná? A signalizuje to úporným kašlem, bolestmi hlavy, břicha? Přitom je zajímavým (až terapeutickým) efektem, že po otevření sdělení v rámci FAST se kašel dítěte výrazně mírní.

Doporučená intervence: Matce explikován nález, časté hádky s manželem připouští, ví, že dítěti to vadí, zpočátku se brání, že s manželem musí mluvit hlasitěji, protože nedoslýchá. Ale postupně sama a spontánně reflektuje výraznou změnu frekvence kašle dítěte již od prvního kontaktu s psychologem a je proto rozhodnuta přijmout jeho doporučení: dítě nevtahovat do sporů dospělých, rozšířit společné aktivity rodiny, zejména pohybové (vhodné i pro redukci nadváhy všech členů rodiny). Aktuálně domluveny ještě další terapeutické sezení u dítěte, případně možnost rodinné terapie.

Při příští návštěvě matka sděluje celkové zklidnění atmosféry v rodině, je i změna trávení volného času, o víkendu společné výlety rodiny, delší procházky do přírody. Potíže dítěte se mírní.

V této kazuistice je zobrazena rodina s malou kohezí, nižší hierarchií mužských členů než ženských, v konfliktu s nízkou flexibilitou rodiny, nejasnými hranicemi s tendencí k mezigenerační koalici v konfliktu (úniky dívky od hádek rodičů do péče babičky) či v typické sestavě (větší blízkost matky s babičkou než matky a otce). Dívka si přeje změnu, rodinnou sestavu s větší kohezí, což vyjádří prostorově i komunikací. A poté, kdy jsou změny v rodině pro ni uspokojivě provedeny (při velmi dobré spolupráci matky), postupně mizí její zdravotní potíže.

Obě kazuistiky zpracovány z dokumentace s písemným souhlasem rodičů za splnění podmínky anonymizace dat. V elektronické verzi DP uvádíme pouze zkrácenou verzi z kazuistik dvou dětí. Fotografie sestav zde neuvádíme vůbec. Obojí je v plné verzi součástí knižní podoby diplomové práce.