

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálněpedagogických studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE
Bc. Karolína Adamcová

OVLIVNĚNÍ SOUROZENECKÉ KONSTELACE A RODINNÉHO PROSTŘEDÍ
ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Olomouc 2014

Vedoucí práce: Mgr. Pavel Svoboda, Ph.D.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma „Ovlivnění sourozenecké konstelace a rodinného prostředí zdravotním postižením“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne Podpis

Poděkování

Děkuji tímto vedoucímu diplomové práce panu Mgr. Pavlu Svobodovi, Ph.D. za odborné vedení práce, cenné rady, připomínky a podněty k tvorbě a za veškerý čas, který mi věnoval. Dále bych chtěla poděkovat všem rodinám, které ochotně spolupracovaly při tvorbě této práce. Díky patří také mojí rodině a všem blízkým, kteří mě podporovali jak při tvorbě diplomové práce, tak i při studiu na této škole.

Obsah

ÚVOD	- 6 -
I. TEORETICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE	- 8 -
1. Rodina.....	- 8 -
1.2. Rodina dítěte s postižením.....	- 10 -
1.2.1. Vliv narození dítěte s postižením na strukturu a funkci rodiny.....	- 13 -
1.2.2. Model duševní krize rodiny.....	- 14 -
1.2.3. Výchova dětí se zdravotním postižením.....	- 18 -
1.2.3.1. Výchovné zásady.....	- 18 -
1.2.3.2. Extrémní varianty přístupu rodičů.....	- 19 -
2. Sourozenecké konstelace	- 22 -
2.1. Historie sourozeneckých konstelací	- 23 -
2.2. Druhy sourozeneckých konstelací	- 24 -
2.2.1. Sourozenecké konstelace dle Alfreda Adlera	- 24 -
2.2.2. Sourozenecké konstelace dle Kevina Lemana.....	- 27 -
2.2.3. Sourozenecké konstelace dle Tomáše Nováka	- 30 -
2.3. Sourozenectví	- 32 -
2.4. Sourozenec dítěte s postižením.....	- 32 -
2.4.1. Vysvětlení.....	- 34 -
2.4.2. Žárlivost a rivalita.....	- 34 -
2.4.3. Výchovné postoje rodičů v rodinách s postiženými dětmi.....	- 35 -
II. PRAKTICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE	- 38 -
3. Kvalitativní výzkum	- 38 -
3.1. Výzkumný problém	- 38 -
3.2. Cíl výzkumu	- 38 -
3.2.1. Dílčí cíle	- 38 -

3.2.2. Výzkumné otázky	- 39 -
3.3. Teoretický výběr vzorku.....	- 39 -
3.4. Charakteristika výzkumného vzorku	- 39 -
3.5. Druh výzkumu	- 41 -
3.6. Metoda výzkumu	- 41 -
3.7. Organizace a průběh výzkumu	- 41 -
3.8. Vlastní šetření a analýza zkoumaných souborů.....	- 43 -
3.9. Výsledky šetření	- 64 -
ZÁVĚR	- 67 -
Seznam zkratek.....	- 68 -
Seznam použitých zdrojů.....	- 69 -

ÚVOD

Autorka pro svoji práci vybrala téma "Ovlivnění sourozenecké konstelace a rodinného prostředí zdravotním postižením". Toto téma autorka zvolila za stejným účelem jako studium speciální pedagogiky, neboť chtěla zodpovědět několik otázek, jež vyvstávají v rodině s jedincem se zdravotním postižením. Sama autorka z takové rodiny pochází a již od raného věku se tedy stala součástí "tak trochu jiné rodiny". Za tuto dobu se autorka setkala také s nepřeberným množstvím otázek, na které nedostala uspokojující odpověď.

Základem společnosti je rodina, která je tvořena partnery a dětmi. Ne každá rodina má však to štěstí, že se jim narodí zdravý potomek. Ať už se jedná o vadu lehkou nebo těžší, skrytou či viditelnou atd., je přijetí daného problému pro celou rodinu (zejména však pro rodiče) vždy velký šok. To, co se odehrává v rodičích při zjištění takové informace a následné rozhodování, přístupy a změny v rodině, bude autorka popisovat v první kapitole teoretické části nazvané RODINA. Během svého studia autorka zjistila, že rodině s jedincem se zdravotním postižením (především rodičům) je věnována v dnešní době velká pozornost autorů. Vznik nepřeberného množství publikací a jejich snadná dostupnost jsou toho důkazem. Menší pozornost je však věnována jejich sourozencům, ačkoliv zaujímají v životě jedince s postižením neméně důležité místo. Příchod sourozence do rodiny vždy přináší nový vztah - ke vztahu mezi partnery a mezi rodiči a dětmi přibývá vztah mezi sourozenci. Vztahy mezi sourozenci se bude zabývat autorka v druhé kapitole teoretické části nazvané SOUROZENECKÉ KONSTELACE. V této kapitole budou vymezeny druhy sourozeneckých konstelací (i zdravých jedinců) podle nejznámějších psychologů a dále sourozenecké vztahy s jedincem s postižením.

Reakce rodičů na příchod dítěte se zdravotním postižením jsou mnoha autory popisovány téměř identicky. Do jaké míry se tito autoři shodují s realitou, bude zjištěno v praktické části této práce. Stejně tak teorie o sourozeneckých vztazích jsou dnes všeobecně přijímány a považovány téměř za nevyvratitelné. Jak ale fungují sourozenecké vztahy v případě, že jeden ze sourozenců je zdravotně postižený, a do jaké míry odpovídají tyto vztahy uvedeným teoriím, bude také zjištěno v praktické části této diplomové práce. Uvedené údaje budou zjištěny oslovením pěti rodin s danou problematikou. Pomocí řízených rozhovorů alespoň s jedním rodičem a v případě výskytu sourozenců dále minimálně s jedním intaktním sourozencem bude autorka zjišťovat nutné informace.

Cílem diplomové práce je zjistit, do jaké míry ovlivňuje přítomnost zdravotního postižení rodinné prostředí, sourozenecké vztahy a postavení sourozenců v rodině. Dále bude zjištěno, zda popisované reakce a stavy v rodině odpovídají realitě.

I. TEORETICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

1. Rodina

„Přestože je rodina obecně považována za základní stavební jednotku sociální organizace, lze jen s velkými obtížemi podat výstižný výměr, který by v obecné rovině zaznamenal všechny typické znaky, které sociální jev, nazývaný v různých sociálních soustavách rodinou, má.“ (Geist, 1992, s. 344)

Matějček (1994) označuje rodinu jako nejstarší lidskou společenskou instituci, která vznikla jak z přirozeného pohlavního pudu, tak z potřeby chránit své potomstvo, učit, vzdělávat a připravovat pro další život. Podle psychologického slovníku je rodina *„spol. skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy a odpovědností a vzájemnou pomocí“* (Hartl, Hartlová, 2000, s. 512) Sobotková (2001) je však toho názoru, že spousta autorů se vyhýbá přímým definicím rodiny z důvodu složitosti daného jevu a sama definuje rodinu jako systém - *„systém je soubor částí a vztahů mezi nimi.“* (Sobotková, 2001, s. 22) Podobného názoru je i Matějček (1994), jelikož podle něj neexistuje jednoznačná odpověď na otázku "Co je rodina?" Jinou odpověď totiž podle něj uslyšíme od právníka, jinou od sociologa či například od demografa. Při zaměření na téma této práce, hraje největší roli odpověď dítěte. Dítě totiž nevnímá, zda matka, jež ho zahrnuje láskou, je jeho matkou i na papíře z porodnice, nebo zda jsou svazky v rodině zákonem potvrzeny, či nikoliv. Pro dítě je totiž nejpodstatnější, *„aby se ve společnosti „svých“ lidí cítilo bezpečně. Potřeba životní jistoty je totiž potřebou nejvýznamnější.“* (Matějček, 1994, s. 16)

Na základě toho, co je pro dítě dobré, stanovil Matějček (1994) 3 důležité poznatky o rodině:

1. vnější znaky rodiny nejsou příliš důležité;
2. vyrůstat v prostředí stálém, citově příznivém, vřelém a přijímacím je pro dítě nezbytné;
3. rodina má výsadní postavení v péči, prospěchu, ochraně, výchově a vzdělávání dítěte.

Vymezení pojmu rodina není jednoduché také z toho důvodu, že v dnešní době se nesetkáváme pouze s rodinou "z rámečku", ale vznikají různé typy rodin, pro které jsou charakteristické jiné rysy, vztahy a vlastnosti, a tudíž vzniká i nepřehledné množství definic a vymezení.

Plevová (2007) ve své knize uvádí tyto typy rodin:

- úplné (matka, otec, dítě);
- neúplné (chybí matka, nebo otec);
- doplněné (nevlastní otec či matka);
- bezdětné;
- adoptivní;
- tří-generační (rodina žije společně s prarodiči);
- před rozvodem, v rozvodovém řízení, po rozvodu.

Ať už se jedná o jakýkoliv typ rodiny, musí každá rodina plnit určité funkce. Možný a Jiránek (2008) uvádějí čtyři základní funkce:

- biologicko-reprodukční;
- ekonomicko-zabezpečovací;
- emocionální;
- socializačně-výchovná.

Musil (in Kohoutek, 1998) také zdůrazňuje nutnost plnění základních funkcí, které nazývá jako funkce: biologická, psychická, sociální, kulturní, ekonomická. Princip a úkol zmíněných funkcí je u všech uvedených autorů stejný, za jasnější však autorka shledává členění od Možného a Jiránka (2008). Biologicko-reprodukční funkce má za úkol, jak už sám název napovídá, podílení rodiny na plození a výchově dalších generací. Tato funkce je v dnešní době často "odsouvána do pozadí", jelikož v současnosti je ve společnosti trend vstupovat do manželství a zakládat rodinu v pozdějším věku než dříve. Novák (2007) to vidí jako tzv. odklad završení vztahu narozením dítěte a rozhodnutí omezit počet dětí v rodině. Jen pro zajímavost - Novák (2007) také uvádí, že na jednu českou dívku nyní připadá průměrně 1,2 dítěte. I Matějček (1994) poukazuje na fakt, že v dřívějších dobách byly rodiny rozšířenější a plodily více dětí. Ekonomicko-zabezpečovací funkce znamená vedení a chod domácnosti. Funkce emocionální se od ostatních funkcí určitým způsobem liší. Jedná se o trvalost a hloubku citových vztahů. Funkce emocionální je nezastupitelná a jedinečná, jelikož se značným způsobem podílí na vývoji jedince. Funkce socializačně-výchovná slouží k postupnému začleňování jedince do společnosti. Langmeier a Krejčířová (2006) zdůrazňují tzv. funkci sociálně podpůrnou, která je důležitá zvláště v případech výskytu zdravotního postižení či onemocnění nebo psychosociálních problémů.

1.2. Rodina dítěte s postižením

„Postižení (affliction, disability) je jakákoli porucha, duševní nebo tělesná, dočasná, dlouhodobá nebo trvalá, anebo hendikep, který jedinci brání přizpůsobit se běžným nárokům života.“

„Postižení zdravotní (handicap) je dlouhodobý nebo trvalý stav, který nelze léčbou zcela odstranit, lze však nepříznivý dopad zmírnit soustavou promyšlených opatření.“

(Hartl, Hartlová, 2000, s. 442)

„Prof. Rudolf Jedlička: Není těžké milovat dítě zdravé a krásné, avšak jen velká láska se dovede sklonit k dítěti postiženému.“ (Marková, Středová, 1987, s. 13)

Michalík (2011) vidí téma "Rodina se zdravotně postiženým členem" jako stále neprobádané, jež po dlouhou dobu stálo mimo autorskou pozornost. To se však v posledních letech mění a vznikají jak nové odborné publikace, tak i publikace psané pečujícími osobami. Matějček (in Marková, Středová, 1987) uvádí, že na dítě s jakýmkoli postižením je nahlíženo vždy více pohledy. Hlavní dvě hlediska jsou osobní a profesionální. Ačkoliv by se mohlo zdát, že je třeba tato hlediska náležitě oddělit, opak je pravdou. Matějček (in Marková, Středová, 1987) zdůrazňuje důležitost spojení těchto hledisek, díky kterému pak získáme pohled širokého a hlubokého záběru.

Marková i Středová (1987) neopomínají fakt, že děti duševně i tělesně zdravé se rodily odjakživa, stejně jako děti fyzicky nebo duševně postižené. Zdravé a silné děti představovaly štěstí a pýchu rodičů, zatímco postižené spíše bolest a zklamání, jež je doprovázeno starostmi. Co však nebylo stejné vždycky, je přístup k jedincům s postižením. V dnešním světě je postiženým jedincům věnována značná péče a pomoc, která jim umožňuje jak lepší vývoj duševní, tak mnohdy i tělesný.

Ne každá matka má po porodu to štěstí, aby slyšela, že její narozené dítě je zdravé. Za postižené dítě může ihned po porodu označit lékař pouze jedince s fyzicky viditelnou vadou (i Downův syndrom). Fišer (1968) uvádí, že otřes v postojích a představách rodičů je přímo úměrný tomu, jak zjevný je defekt dítěte a jak jsou si rodiče vědomi dosahu postižení do budoucího života. *„Rodiče očekávají dítě, které bude naplněním jejich vztahu i tužeb. ... Pokud se jim ovšem narodí dítě s postižením, objevuje se hned na samém počátku při jeho narození obrovský problém, který se zdá být neřešitelným. Tento problém spočívá v tzv. „copingu“ (vyrovnání se) se skutečností, že je dítě postiženo, že vybočuje z variační šíře*

normálu a že nemůže naplnit ta očekávání, která do jeho narození všichni s takovými nadějemi vkládali.“ (Jankovský, 2006, s. 59)

Marková a Středová (1987) se zabírají otázkou postižení, jež není ihned po porodu viditelné. V takovém případě je lékař povinen oznámit rodičům fakt co nejdříve - i přesto, že například u mentálního postižení nelze dělat konečné závěry. V mnoha případech nelze stanovit v prvních dnech, dokonce ani týdnech rozsah postižení. Jankovský (in Šrajer, Musil, 2008) vidí ovšem ve sdělování či nesdělování diagnózy rodičům etické dilema. Lékaři buď respektují "dogma pravdy" - úplné a vyčerpávající informace, nebo se uchýlí k tzv. "milosrdné lži". *„Jsem přesvědčen, na základě mnohaleté osobní zkušenosti, že pravdu (o diagnóze) je třeba v tom nejlepší slova smyslu sdělovat profesionálně a lidsky, a to za dodržení specifických podmínek, jež lze ve stručnosti shrnout do šesti krátkých slov, resp. otázek. Komu diagnózu sdělit? Kdy sdělit diagnózu? Jak diagnózu sdělit? Co sdělit? Kde diagnózu sdělit? Kdo je kompetentní diagnózu sdělit?“* (Jankovský in Šrajer, Musil, 2008, s. 112) Stejného názoru je i Švarcová (2006), která důsledně varuje, že zamlžování skutečnosti a bagatelizace problémů u tzv. "milosrdné lži" rodiče dočasně sice utěší, avšak končí ještě větším zklamáním rodičů především z důvodů nenaplněného očekávání.

Po vyhasnutí naděje, že je dítě zcela zdravé, rodiče naplňuje silná bolest a zklamání, nejsou schopni myslet na budoucnost, prodělávají šok. Reakce matek po porodu bývají stejné - odmítají své postižené dítě a chtějí zdravé. Tyto reakce bývají mnohdy následkem změny duševního stavu a citových reakcí rodičky (prvních 6 týdnů po porodu). Některé matky se dokonce po sdělení zprávy o postižení jejich dítěte nervově zhroutí a může trvat několik dnů nebo i týdnů, než se vrátí do běžné duševní formy. (Marková, Středová, 1987) Jako příklad si uvedeme tvrzení matky dítěte s Downovým syndromem v publikaci od Danielle Dalloz: *„Diagnózu jsem se dozvěděla hned po synově narození. Pro mě to byl hrozný šok. Téměř celý rok jsem byla úplně mimo.“* (matka postiženého dítěte, in Dalloz, 2002, s. 102) Vágnerová a Hady-Mousová (2000) označují dobu, odkdy je dítě definitivně považováno za postižené, jako krizi rodičovské identity.

Hloubka postižení vyvolává první otázky a těžké rozhodování rodičů - předat dítě do ústavní péče, či si jej ponechat v péči rodinné? Rodiče o všech možnostech dostávají patřičné informace ještě v porodnici, ale jelikož jsou většinou v šoku a jedná se o naprosto nový příval informací, je pro neskutečně těžké racionálně uvažovat. Matka dítěte mnohdy není schopna bez opory svých nejbližších zdravě a věcně uvažovat. *„Postižené dítě vyvolá v každé rodině depresi, stavy zoufalství a beznaděje, jenomže žádný pláč, výčitky a probdělé noci nemohou na daném stavu nic změnit. Rozhodující pro všechny je, jak brzy převládne u všech*

zúčastněných chladný rozum, rozvaha a otevřené zvažování všech možností. Matka potřebuje morální a duševní oporu a na těch druhých je, aby jí pomohli a našli konkrétní řešení.“
(Marková, Středová, 1987, s. 21)

Soudit, zda je dítě vhodnější umístit do ústavní péče, či nikoliv, nenáleží nikomu jinému než pouze a právě jeho rodičům. Bohužel jsou případy, kdy se rodiče dítěte "zbaví" a snaží se o jeho umístění do ústavní péče i přes fakt, že by v domácí péči mohly tyto děti prospívat nepoměrně lépe než v ústavní. Podle Švarcové (2006) lze tento přístup lidsky pochopit, ale nelze jej považovat za vhodný. Na druhou stranu jsou ale také rodiny, které svojí péčí a láskou dosahují výborných výsledků ve vývoji dětí s postižením (nejčastěji u dětí s Downovým syndromem). Pokud se dítě vyvíjí a rodiče tak vidí, že jejich snaha nebyla marná, mohou získávat zpět i životní rovnováhu. (Marková, Středová, 1987) I Novosad (2000) zdůrazňuje prospěšnost pobytu v harmonickém rodinném prostředí pro dítě s postižením. Je toho názoru, že pobyt v takovém prostředí má skvělé psychoterapeutické a motivační účinky. Švarcová (2006) se zabývá sice především problematikou jedinců s mentální retardací, ale i ona označuje výchovu v rodině jako nejpřirozenější prostředí, které poskytuje adekvátní pocit bezpečí, jistoty a emocionální stability. Michalík (2011) uvádí, že počet rodin, které pečují o zdravotně postiženého člena rodiny v České Republice není znám. Částečně se tento počet však dá zjistit analýzou nejběžnějšího příspěvku - příspěvku na péči, jež je vyplácen.

PnP* stupeň	Počet osob	Do 18 let	19-64	65-75	75+
PnP 1	113 000	3,90%	20,70%	13,10%	62,30%
PnP 2	86 200	3,30%	29,50%	12,00%	55,20%
PnP 3	57 600	18,20%	23,30%	10,00%	48,40%
PnP 4	35 200	16,10%	23,90%	8,40%	51,60%
Celkem	292 000	7,40%	24,30%	11,70%	56,60%

*příspěvek na péči podle zákona o sociálních službách

Tab.1 Příjemci příspěvku na péči podle věku a stupňů v roce 2009

Zdroj: MPSV: Materiály pro Radu hospodářské a sociální dohody, březen, 2010, Archiv autora

Michalík (2011, s. 94)

Jak již autorka uvedla, nepřísluší nikomu (ani lékařskému personálu) soudit rodiče za jejich rozhodnutí. Existují však rodiče, kteří se s pochopením nesetkali ani u odborníků. Ráda bych uvedla situace dvou matek z publikace od Chvátalové (2012), které se obě setkaly překvapivě s nepochopením rozhodnutí ponechat si jejich těžce postižené děti doma a pečovat o ně. „*Lékařka se najednou zeptala, proč ho máme doma. Vůbec jsem tu otázku nechápala, tak jsem se zeptala, kde bychom ho měli mít. A ona řekla - proč ho nedáte do ústavu, vždyť byste to měla jednodušší. Myslím, že moji odpověď, že je to naše dítě, které máme rádi, a dokud budeme jen trochu schopní, budeme se o něj starat, moc nechápala.*“ (Chvátalová, 2012, s. 41) „*Myslím na neurologii mi řekli, jestli bych ji nechtěla "někam dát", že mám přece doma zdravé dítě.*“ (Chvátalová, 2012, s. 137)

1.2.1. Vliv narození dítěte s postižením na strukturu a funkci rodiny

„*Postižené dítě může rodinu spojovat, ale také ji může rozkládat.*“ (Matějček, in Marková, Středová, 1987, s. 9) Příchod jedince s postižením do rodiny s sebou přináší značnou zátěž - jak citovou, tak i pracovní a organizační. Rodina je založena na citových vztazích a ty jsou příchodem tohoto jedince mnohdy velmi otřeseny. Velmi často dochází k situaci, že jeden z partnerů ztrácí v druhém oporu, a následkem může být v těch nejhorších případech i rozpad rodiny. Rozpad rodiny není jednoduchý pro žádné dítě, natož pro dítě s postižením. Na toto nebezpečí je třeba rodinu taktně upozornit, stejně jako na to, aby příchod jedince s postižením do rodiny nebrali jako "neštěstí", ale jako určitou životní zkoušku. (Matějček, in Marková, Středová, 1987) „*Postižené dítě již svou pouhou existencí vnáší totiž do rodinného prostředí určité napětí a zatížení, které se někdy prodlužuje i na velmi dlouhou dobu. Rodiče jsou úzkostnější a citlivější vůči nešetrným slovům, neopatrnému zájmu, netaktnímu jednání ostatních lidí v okolí.*“ (Fišer, 1968, s. 11) Podle Švarcové (2006) považují někteří rodiče narození dítěte s postižením (konkrétně s těžkým mentálním postižením) za jednu z psychicky nejbolestivějších událostí, která je v životě potkala. Dítě - pokračovatel rodu a dědic všech dobrých vlastností a schopností - je "jiné". Jankovský (in Šrajer, Musil, 2008) dále upozorňuje, že stejně jako personál, který se stará o dítě se zdravotním postižením, tak i jeho rodiče jsou vystaveni značnému riziku vzniku syndromu vyhoření. Jako účinnou prevenci uvádí právě fungující partnerský vztah. Sobotková (2001) je také názoru, že příchod dítěte do rodiny může způsobit vznik období náchylného ke krizím - na rozdíl od předchozích uvedených autorů má však na mysli i příchod zdravého jedince, nikoliv pouze jedince s postižením.

Stejně jako jiní autoři i Novosad (2000) se zabývá otázkou neúspěšného partnerství a rozvodovostí v rodinách s dítětem s postižením. Podle něj je nejčastější příčinnou této neúspěšnosti určitá sociální izolovanost či osamocenost rodiny. Řešení vidí v podpoře - poskytnutí odborné lékařské a metodické pomoci, poskytnutí odpovídající psychologické pomoci (rodičům i dítěti), ekonomické podpoře atd. Podle Švarcové (2006) se s příchodem postiženého dítěte mohou rodiče stát přecitlivělými a na některé poznámky mohou reagovat nevhodně či je chápat jako projevy bezcitnosti a netaktnosti. Tyto reakce způsobují, že někteří známí a přátelé se dostávají do situace, kterou nejsou schopni adekvátně zvládnout či na kterou neumějí reagovat, jsou zaskočeni, a proto "odcházejí". Rodiče se však musí naučit čelit i netaktním poznámkám nebo nevhodným reakcím a vyrovnat se se změněnými okolnostmi. Fišer (1968) zdůrazňuje nutnost přechodu rodičů z pasivity do aktivity s příchodem dítěte s postižením do rodiny. Je nutné, aby si uvědomili, že jejich dítě není životní nezdár nebo zklamání, ale životní úkol! Je nutné začít co nejdříve se snahou, cílevědomou a vytrvalou prací. K tomu všemu je potřeba jak určitý čas, tak pomoc nejbližšího okolí.

1.2.2. Model duševní krize rodiny

Šrajer a Musil (2008) se ve svojí publikaci zabývají mimo jiné i typologií faktorů zvládnání obtížných životních situací rodinou. Každá rodina řeší své „životní úkoly“ - většinou sama a bez pomoci zvenčí. Může však nastat situace, kdy rodina nezvládá vlastními silami určitou „přechodovou situaci“ či „zlomový úkol“. Někteří členové rodiny nezvládnou psychické, ekonomické či jiné důsledky dané situace. *„Zvláštní typ „přechodových situací“ nastává, když se život rodiny odchýlí od průběhu událostí, který by členové rodiny vnímali jako žádoucí (např. narodí se dítě s postižením, ...).“* (Šrajer, Musil, 2008, s. 10)

Jankovský (in Šrajer, Musil, 2008) nazývá narození dítěte se zdravotním postižením a jeho následnou péči jako tzv. zlomovou (katastrofickou) životní krizi spojenou s trýznivým pocitem nenaplněného očekávání narození zdravého dítěte. Podle Švarcové (2006) se většina lidí (nastávajících rodičů) domnívá, že mají právo na narození zdravého potomka. Při zjištění, že jejich dítě zdravé není, v nich převládá pocit obrovské nespravedlnosti, který je doprovázen různými pocity, jako úzkost, strach, stud, obavy, vina atd. Pro tento proces jsou charakteristické fáze, jež popsala jako první E. Kübler-Ross. Tato autorka se zabývá otázkami smrti a umírání, avšak uvedená stadia lze aplikovat i na naši problematiku, jelikož, jak uvádí Pešová a Šamalík (2006), bylo řadou výzkumů potvrzeno, že reakce rodičů na zjištění přítomnosti postižení u jejich narozeného dítěte jsou naprosto shodné s reakcemi na smrt

milovaného člověka. Jednotlivé fáze nemusejí probíhat v uvedeném pořadí - některé se mohou opakovat, jiné naopak chybět.

Fáze nulitní

Rodiče se těší na příchod nového potomka, plánují mu budoucnost a nepřipouštějí, že by mohl nastat jakýkoli problém. Jedná se o tzv. předcházející fázi. (Jankovský, 2006)

Fáze prediagnostická

Podle Pešové a Šmalíka (2006) se jedná o fázi, kdy si rodiče povšimnou některých obtíží a mnohdy i vyhledají odbornou pomoc (většinou psychologa). Svěří se se svými "teoriemi", které bývají často bizarní, avšak i přesto je třeba jim věnovat notnou dávku pozornosti. Tuto fázi popisuje také Vágnerová (2008) jako tzv. fázi nejistoty. Fáze nejistoty může být velmi krátká - matka si může všimnout něčeho zvláštního ihned v porodnici a vzápětí se dozví diagnózu. *„Obecně platí, že čím dříve se rodiče dozví, že je jejich dítě postižené, tím zásadnějším způsobem se změní jejich postoj.“* (Vágnerová, 2008, s. 165)

1. Fáze šoku - iniciální (počáteční) šok

„V této fázi nastupuje u rodičů naprostá citová dezorganizace, zmatenost, ochromení jednání, neschopnost uvěřit sdělenému, iracionalita. Tento stav může trvat od několika minut až po několik dnů.“ (Pešová, Šmalík, 2006, s. 25) Jedná se o fázi naprosté beznaděje a zoufalství, doprovázenou mnoha otázkami, na které neexistují odpovědi ("Proč se to stalo nám?"). Jelikož snaha rodičů nalézt uspokojivou odpověď bývá zcela marná, můžeme se setkat s naprosto nepřiměřenými reakcemi rodičů. (Jankovský, 2006) Uvedeme si krátkou výpověď matky a jejího nevidomého syna, kterou ve svojí publikaci uvádí Chvátalová (2012) - *„Maminka: Často jsem si dávala otázku „Proč zrovna já?“ Prostě se to stalo - proč, to vlastně nikdo neví. Zdeněk: Někdy mám pocit, že jsem to nesl já líp než mamča.“* (Chvátalová, 2012, s. 16) Rodiče ztrácí naději a očekávání, cítí se být nepřipraveni a zrazeni příchodem dítěte s postižením místo jejich vysněného dítěte zdravého. (Jankovský in Šrajer, Musil, 2008) Otázky, na které nelze odpovědět, jsou doprovázeny výroky ve smyslu „To není možné, to nemůže být pravda.“ (Vágnerová, Hadj-Mousová, 2000) Vágnerová (2008) popisuje, že rodiče v této fázi nechtějí slyšet nic o možnostech péče či výchovného vedení jejich dítěte, jelikož přítomnost postižení stále nepřijali a nesmířili se s ní.

2. Fáze popření

Popření informace je projevem obrany před ztrátou psychické rovnováhy. „*Zdraví rodiče považují narození zdravého dítěte prakticky za samozřejmost.*“ (Vágnerová, Hadj-Mousová, 2000, s. 78) Tuto fázi vystihuje vcelku přesně Jankovský (in Šrajer, Musil, 2008) slovy NADĚJE a VYTĚSNĚNÍ. Rodiče si nechtějí připustit realitu a domnívají se, že se odborníci zmýlili, proto také často hledají jiné odborníky, od nichž očekávají příznivější odpovědi. V této fázi je nezbytné, aby odborníci či lékaři nepřistoupili na nespílitelné přísliby a nevzbuzovali tak v rodičích planou naději. Přetrvávající popření situace řadí Vágnerová a Hadj-Mousová (2000) k pasivní variantě obrany - k úniku ze situace.

3. Fáze smlouvání

Po fázi popírání přichází určité zklidnění, které s sebou nese uvědomění skutečnosti a vážnosti dané situace. Rodiče v této fázi často restrukturalizují hodnotový systém rodiny. Často vynakládají vysoké finanční prostředky na hledání nových odborníků a představitelů alternativních směrů medicíny. Situaci si uvědomují a chtějí zjistit více informací, popř. možnosti nápravy, ale přitom stále doufají, že jim "někdo" oznámí příznivější zprávu. Náboženské postoje a tzv. smlouvání s Bohem je pro tuto fázi typické. (Jankovský in Šrajer, Musil, 2008) „*Zpravidla se nespokojí se základní informací a uvádějí do pohybu známé i příbuzné či objíždějí specialisty. Netouží po zastření ani milosrdném odkládání pravdy. Každá, byť okrajově pronesená věta ze strany odborníka, je doma přetřásána ze všech stran. Jeden nešťastně formulovaný výrok dává klíč pro další výklad lékařových činů - pochopitelně značně předpojatý.*“ (Pešová, Šamalík, 2006, s. 28) Pešová a Šamalík (2006) dále také zdůrazňují nutnost podání rodičům objektivních informací o léčebných a výchovných postupech. Nedostatek informací či jejich nevhodné podání lékařem může mít totiž za následek neschopnost rodičů vyrovnat se s postižením jejich dítěte a plánovat budoucnost.

4. Fáze agrese

V této fázi dochází podle Jankovského (Šrajer, Musil, 2008) k hledání viníka. Rodiče začnou vnímat danou situaci jako nespravedlivou. Zloba bývá často namířena proti nejbližším lidem - obviňování partnerů navzájem nebo lékařského personálu. Jedná se o vskutku zraňující situace, kdy mají rodiče potřebu psychicky zraňovat druhé, a odborný personál by na tuto situaci měl být připraven. Vágnerová a Hadj-Mousová (2000) vidí v hledání viníka obranný systém - útok. „*Útok znamená obecnou tendenci nějakým způsobem bojovat s ohrožující a nepřijatelnou situací. Jelikož s příčinou onemocnění bojovat nelze, projevuje se tato*

tendence v realitě přenosem, hledáním náhradního viníka.“ (Vágnerová, Hadj-Mousová, 2000, s. 79) Švarcová (2006) vidí tento pocit křivdy jako něco, co si musí každý rodič v této situaci prožít.

5. Fáze deprese

Pocity viny, smutku, selhání a beznaděje. Rodiče nehledají viníka ve svém okolí, nýbrž v sobě samotných. Často začnou vnímat narození jejich dítěte s postižením jako zasloužený trest. Začnou se stydět a stranit se okolí. V nejhorších případech se objevují i suicidální úvahy. V této fázi je nutné rodičům pomoci, aby nevnímali situaci jako těžký životní úděl, ale jako úkol, který lze řešit. (Jankovský in Šrajer, Musil, 2008) Chvátalová (2012) ve svojí publikaci popisuje rozhovor s matkou holčičky se sluchovou vadou. Sama matka měla také sluchové postižení, a proto, když se potvrdilo postižení i u její dcery, jí dělalo obrovské potíže překonat pocit vlastní viny.

6. Fáze vyrovnávání se, adaptace, akceptace

Proces vyrovnání se se vzniklou situací může mít mnoho podob - úplná rezignace, ambivalentní vztah vůči dítěti, odmítnutí jinakosti dítěte (přetrhání vztahů jeho umístěním do ústavní péče). Žádný z těchto přístupů nelze označit za špatný, dobrý, nevhodný, či příznivý. Pro rodiče znamená tato fáze jakousi situaci, kterou zvládli (nebo se o to alespoň pokoušeli), a zda je, či není jejich postoj v očích ostatních správný, není vůbec důležité. Žádný člověk totiž není schopen posoudit, jak by se zachoval v jejich situaci. (Jankovský in Šrajer, Musil, 2008) Úroveň vyrovnání závisí podle Vágnerové a Hadj-Mousové (2000) na zralosti osobnosti rodičů, na životních zkušenostech, na jejich citovém zázemí a na jejich psychickém a somatickém stavu.

Jak autorka již zmínila, fáze mohou proběhnout v různém pořadí a ne vždy proběhnou všechny. Vágnerová a Hadj-Mousová (2000) popisují průběh reakce rodičů na příchod dítěte s postižením prakticky stejně, avšak některé části a jejich rozdělení se liší:

1. Fáze šoku a popření
2. Postupná akceptace reality, vyrovnání se s problémem
(útok, únik, racionalizace, únik do fantazie, rezignace, regrese, únik do izolace, smlouvání)
3. Dosáhnutí více či méně realistického postoje

1.2.3. Výchova dětí se zdravotním postižením

„... na výchovu postiženého dítěte je třeba pohlížet jako na vážný úkol. Mnohdy je tento úkol náročný, ale v podstatě je skoro vždy zvládnutelný.“ (Fišer, 1968, s. 11)

Doc. PhDr. Zdeněk Matějček, CSc. (in Marková, Středová, 1987) zdůrazňuje nutnost výchovy dítěte již od prvních dnů života, jelikož první léta jsou tzv. základnou, na níž se dále buduje celá lidská osobnost. Pro děti s duševním opožděním je tato včasná a přiměřená vývojová stimulace ještě důležitější než u dětí bez postižení. Stejně tak Fišer (1968) uvádí, že děti s defektem (smyslovým či tělesným) se vyvíjí podle stejných psychologických zákonitostí jako děti bez defektu, avšak mají něco "navíc", co vyžaduje nutnost zvláštního přístupu a postupu během výchovy. Matějček (in Marková Středová, 1987) dále srovnává rozdílné složení dřívějších širokých venkovských rodin s dnešním (většinou) dvougeneračním složením společenství rodičů a dětí. Takové složení může způsobit, že se rodina cítí být osamocena se svými starostmi a nejistotami, protože nenachází tolik souhlasné odezvy a porozumění, jako tomu bylo dříve ve zmíněných širokých venkovských rodinách. Aby se tomuto dalo předejít, je důležité, aby se do péče o postižené dítě zapojili prarodiče a celá širší rodina již od počátku výchovy. Pokud se tak stane, jistě to bude přínosem i pro rodiče jedince s postižením, jelikož načerpání nových sil je nutné k udržení dobrého zdravotního a duševního stavu. (Matějček, in Marková, Středová, 1987)

1.2.3.1. Výchovné zásady

„... zcela výjimečně je dítě postiženo tak, aby bylo zcela nevychovatelné. Zpravidla jsou v dítěti jisté možnosti rozvoje, a to někdy až překvapivě veliké, které objevíme teprve tehdy, když se jím začneme se vší láskou, porozuměním a poučením systematicky obírat.“ (Fišer, 1968, s. 13) Fišer (1968) uvádí, že výchovných zásad, které platí pro postižené děti, je hodně a nelze je řadit či jakkoliv členit. Všechny zásady by měly být dodržovány a dále pro každé jednotlivé dítě individuálně upraveny.

Výchovné zásady dle Fišera (1968)

- nebát se pravdy;
- včasný začátek systematické péče o dítě;
- účelnost práce v péči o postižené dítě;
- trpělivost;
- dítě postižením netrpí;

- postižené dítě má tytéž základní potřeby jako všechny ostatní děti;
- posilování, otužování, zdravý pohyb a dopomáhání k tělesné zdatnosti;
- příprava dítěte na vzdělávání a samostatný život;
- neztrácet zdravý vychovatelský optimismus.

Fišer (1968) popisuje zkušenosti rodičů, jež byli šokováni chladným (avšak naprosto pravdivým) vyjádřením lékařů či ostatních odborníků ke stavu jejich postiženého dítěte. Časem se však ukázalo, že tuto upřímnost rodiče ocení, jelikož jsou si vědomi, že skutečný stav dítěte usnadňuje nalézt vhodné výchovné metody.

Na uváženost a uspěchanost upozorňuje Matějček (in Marková, Středová, 1987) - čas, odhodlání a dobrá vůle rodičů či zaměstnanců jsou tak vzácné faktory, že je třeba dávat velký pozor, aby byly využity účelně. Velice často se podle něj totiž stává, že rodiče vydávají spoustu energie i finančních prostředků uspěchaně a neuváženě, což může mít za následek přetížení dítěte, jež v něm probudí obranné tendence. Tyto obranné tendence poté působí jako překážka v dalším výchovném a vzdělávacím procesu a rodičům tak přináší jejich neuvážená snaha jen další zklamání.

O tom, že mnozí rodiče žijí v představě, že jejich dítě postižením trpí, pojednává Fišer i Matějček. *„Jen výjimečně je taková představa pravdivá. V naprosté většině případů žije dítě svými drobnými radostmi a strastmi tohoto životního období, které nám dospělým připadá jako nejšťastnější doba našeho života. Také postižené dítě prožívá všechno se silným citovým zaujetím, i když obsahově je toto prožívání někdy poněkud ochuzené nebo poněkud jednostranné. Starosti, zklamání a všechno to, co se bolestně dotýká dospělých kolem něho, je mu ještě hodně vzdáleno.“* (Fišer, 1968, s. 15)

1.2.3.2. Extrémní varianty přístupu rodičů

„Je pochopitelné, že v extrémních životních situacích lze očekávat i extrémní postoje. Proto jsou některé zvláštnosti reakcí a výchovných přístupů rodičů vlastně "normální".“ (Pešová, Šamalík, 2006, s. 31) Extrémní varianty přístupu rodičů k dětem Fišer (1968) nazývá také jako nevhodné výchovné postoje. Jak sám název napovídá, jedná se o přístupy (postoje), jež nepřispívají ke správnému vývoji jedince - *„... správnému vývoji překážejí, než by jej usnadňovaly.“* (Fišer, 1968, s. 11) Pešová a Šamalík (2006) poukazují na studie, jež většinou dokazují, že rodiče dětí s postižením zaujímají extrémní postoje nadměrného ochraňování, či naopak odmítání.

S těmito přístupy se nesetkáváme podle Fišera (1968) pouze v rodinách s dětmi se zdravotním postižením, avšak v případě dětí s postižením je nutné je zdůraznit, neboť se zde vyskytují častěji a způsobují závažnější důsledky. „Škodí-li dětem zdravým, škodí dětem postiženým dvojnásob. Škodí ovšem i celému rodinnému životu.“ (Fišer, 1968, s. 13) Vágnerová (2008) taktéž upozorňuje, že nevhodné výchovné postoje se za určitých okolností mohou stát tzv. zbytečnou brzdou rozvoje dítěte.

a) Výchova příliš úzkostná

Rodiče mají, jak uvádí Fišer (1968), nezdravý a přehnaný strach o dítě. Bojí se, aby si dítě neublížilo, a tak mu mnohdy zakazují různé činnosti, a dítě tak omezují. Dle Agle a Mattson (1969, in Pešová, Šamalík, 2006) je takové nadměrné ochraňování do jisté míry pochopitelné. Nadměrné ochraňování však ohrožuje vývoj dítěte a podle Fišera (1968) pak také omezení v iniciativě narušuje sociální začlenění dítěte s postižením. Reakce dítěte na tento přístup mohou být dvě, a sice aktivní protest ("vzpouora"), nebo pasivní podřizování. Ke které reakci se dítě přikloní, závisí na jeho temperamentu. Často se vyskytuje u rodičů dětí, jejichž onemocnění či defekt jsou viditelné okolí. Minuchin, Barken a Rosman (1974, in Pešová, Šamalík, 2006) pokládají rodičovskou hyperprotektivitu za významný faktor, který přispívá k rozvoji choroby.

b) Výchova rozmazlující

Stejně jako u předchozího přístupu i zde převládá podle Fišera (1968) nezdravé lpění na dítěti. Rodiče se dítěti často podřizují a snaží se mu "vynahradiť" jeho postižení, jelikož jsou přesvědčeni, že je o mnohé v životě ochuzeno. Při podřizování se a posluhování dítěti rodiče ztrácejí u dítěte autoritu, což následně vede k neschopnosti dodat mu jistotu a sebedůvěru, kterou potřebuje k osamostatnění. Tato výchova může přímo vést k asociálnímu chování. „Někdy bývá nadměrné ochraňování v oblastech důležitých pro zdraví kompenzováno výchovou jinak až příliš povolnou a je plněn každý rozmar dítěte ze strachu, aby se nerozrušilo a jeho stav se nezhoršil.“ (Pešová, Šamalík, 2006, s. 30)

c) Výchova s přepjatou snahou k dokonalosti (perfekcionistická)

Rodiče chtějí, aby jejich dítě bylo ve všem nejlepší, první a nejúspěšnější, a neberou ohledy na jeho reálné možnosti ani na jeho zdravotní postižení. Může zde docházet k přetěžování dítěte, které vede ke zhoršení zdravotního stavu. Dítě si často osvojí různé obranné postoje,

které jsou velkou překážkou případné nápravné snahy. Švarcová (2006) varuje, že tato snaha "vycepvat" dítě k dokonalosti může vést k neurotizaci jak rodičů, tak i samotného dítěte.

d) Výchova protekční

Rodiče jsou si vědomi hodnot, které jsou pro dítě do budoucího života významné, a snaží se, aby jich dítě dosáhlo "stůj co stůj". Často dítěti přehnaně pomáhají či dokonce pracují za něj. Všechno za něj vyřizují a požadují pro něj až přehnané úlevy a ohledy. Dítě neřeší samo žádný problém, a tak nemůže samo povahově vospět nebo se osamostatnit. (Pešová, Šamalík, 2006)

e) Výchova zavrhuující

Vyskytuje se spíše skrytě v rodinách, kde s příchodem dítěte s postižením přetrvávají představy zklamání, neštěstí a ztrátu ideálů. Nejčastějším případem bývá rodina intelektuálně nadaná nebo např. otec - sportovec. Dítě bývá trestáno, omezováno a utlačováno. (Fišer, 1968) Pešová a Šamalík (2006) nazývají tento výchovný postoj rodičů jako emoční odmítání. Stejně jako předchozí výchovné přístupy i emoční odmítání má na dítě a na jeho proces socializace neblahý vliv. Nejčastěji dochází podle Švarcové (2006) k odmítání dítěte jedním z rodičů (častěji otcem než matkou). Tato situace vede k rozpadu rodiny.

V krajních případech těchto nevhodných výchovných postojů se může stát, že bude dítě více zaměstnáno obranou proti nepřiměřenému tlaku okolí než snahou osvojit si pracovní návyky a odhodlání ke spolupráci v léčebném postupu. (Fišer, 1968) Zajímavá situace nastává při ambivalentních postojích obou rodičů. Golday a Katz (1963, in Pešová, Šamalík, 2006) zjistili, že pokud se výchovné postoje rodičů odlišují, hrozí větší míra rizika deviantního vývoje dítěte.

2. Sourozenecké konstelace

„Kdykoli během svých seminářů nebo přednášek vyslovím termín „sourozenecká konstelace“, hned se mě lidé ptají: „Sourozenecká konstelace – to je něco jako astrologie?“ A ještě dodávají: „Jste býk nebo kozoroh?“ V tu chvíli odolávám pokušení odpovědět: „Ne, pracuji výhradně s křišťálovou koulí.“ (Leman, 1997, s. 13)

Psycholog Kevin Leman je jeden z mnoha, který se zabývá sourozeneckými konstelacemi – tedy pořadím narození. Podle Stručného psychologického slovníku je sourozenecká konstelace *„výklad pořadí, v jakém se dítě narodí do rodiny, jakou v ní hraje roli a co z toho vyplývá pro utváření jeho povahy; sourozenci nikdy nejsou rovnocenní, i mezi dvojčaty hraje vždy jeden roli staršího sourozence.“* (Hartl, 2004, s. 257) Dle Tomáše Nováka (2007): *„Postavení mezi sourozenci je dáno. Sourozenecké konstelace nemohou měnit samy sebe. Jen naznačují úseky možných střetů a učí se tím vším žít...“*

Leman, Adler, Novák a další významní psychologové svými teoriemi a mnohačetnými výzkumy dokazují, že pořadí narození nesporně ovlivňuje osobnost člověka včetně volby jeho partnera, výběru zaměstnání, či dokonce vztahu k Bohu. Podle Lemana (2000) je tato problematika známa již od počátku století, avšak výrazněji jí byla věnována pozornost až posledních zhruba 20-25 let. Historii sourozeneckých konstelací se budeme věnovat v následující kapitole, avšak už teď můžeme zmínit, že prvním, kdo začal poukazovat na důležitost sourozeneckého pořadí, byl Alfred Adler. Současně je Adler považován také za zakladatele teorie o sourozeneckých vztazích.

Zatím co Leman (2000) poukazuje spíše všeobecně na osobnost člověka (míněno ve všech směrech), Prekopová (2002) popisuje vliv sourozeneckých vztahů na člověka poněkud rozmanitěji, což může být zapříčiněno tím, že zkoumá spíše prvorozené a především jedináčky. Sama je přesvědčena, že sourozenecký vztah je jakýsi trénink sociálního chování, který jedináčkové mohou praktikovat pouze s dětmi z jiných rodin. Do tohoto “tréninku“ řadí Prekopová (2002) například učit se druhému přizpůsobovat, hájit se, dělit se, prohrávat, vzájemně se ctít, bojovat či bránit se. Jedináček může poznat tento sociální trénink například na letním táboře, avšak je o pouze slabá náhrada. Letní tábor skončí a jedináček zůstane zase sám. *„Sourozenci mohou z prodělané zkušenosti těžit celý život. Přenášejí poznání na volbu partnera, na manželství, výchovu vlastních dětí i na své zaměstnání. Poznané je poznané. Co ses v mládí naučil, ve stáří hned tak nezapomeneš. Zkušenosti nejen pozitivní, ale i negativní.“* (Prekopová, 2002, s. 12) Podobně se k dané problematice staví i Vágnerová

(2012), která ve svojí publikaci popisuje, že sourozenci mohou sloužit jako alternativní zdroj sociální zkušenosti. Podle Vágnerové (2012) tráví mnohdy malé děti více času se svými sourozenci než s dospělými (i rodiči) a toto soužití nutí děti zvolit si vhodnou strategii chování v dané konstelaci.

Každá rodina se však vyznačuje jinými vztahy a vlastnostmi, proto existuje také velké množství sourozeneckých konstelací. Avšak navzdory dané rozmanitosti se všichni autoři shodují, že děti narozené ve stejném pořadí v různých rodinách budou mít tytéž charakterové rysy. (Čapek, 2010) Psycholožky Faber a Mazlish (2009) upozorňují na fakt, že tyto charakterové rysy nelze přesně vymezit či určit, jelikož vztahy sourozenců se neustále vyvíjí a mění. I Prekopová (2002) uvádí, že ačkoliv rodina má na formování osobnosti nemalý vliv, existuje ještě mnoho dalších okolností a vztahů, jež ovlivňují osobnost člověka. Mezi takové řadí například věkové rozdíly, nadání či postižení.

2.1. Historie sourozeneckých konstelací

Prvním člověkem, který začal poukazovat na důležitost sourozeneckého pořadí, a současně zakladatelem teorie o sourozeneckých vztazích byl rakouský lékař a psycholog Alfred Adler (7.2.1870 - 25.5.1937). Adler si začal všimnout, že většina prvorozených vykazuje podobné charakteristiky a svoje poznatky a zkušenosti zpracoval do ucelené teorie. Adlerova teorie, která vznikla ve 30. letech 20. století, byla již mnohými odborníky ověřena a stala se tak nevyvratitelným faktem. (Adler, 2008) Ačkoliv v historii podle Nováka (2007) nalezneme několik dalších významných osobností pedagogiky či psychologie, jež se zabírali mimo jiné i otázkou sourozeneckých vztahů (příkladem může být Jan Amos Komenský), při bližším prozkoumání zjistíme, že na tuto problematiku bylo nahlíženo se značným optimismem. To mohlo být však ovlivněno také tlakem okolností tehdejší doby (první dítě - dědic, druhé dítě - klášter, třetí dítě - hoch - voják). Tato "nepsaná pravidla" však v Adlerově době postupně doznívala, a tak se "otevřely dveře" realističtějším postojům a názorům.

Jak autorka již zmínila v předchozí kapitole, je problematika sourozeneckých konstelací podle Lemana (2000) známa již od počátku století, avšak nebyla jí věnována přílišná pozornost. Tento názor zastává taktéž psycholožka Vančurová (1966) - podle ní boje o místo v rodině nejsou vždy tak ostré, avšak pro každého jedince jsou jinak významné stejně jako jejich postavení, a proto by měla být sourozeneckým konstelacím věnována v literatuře širší pozornost.

K dalším autorům, pozastavujícím se nad touto skutečností, patří i Prekopová (2002), která sice zaměřuje svoji pozornost spíše na prvorozené, avšak nedostatek literatury k dané problematice neopomíjí. *„Je to snad tímto zvláštním sociálně-emocionálním pohledem, že k napsání knihy o sourozeneckých pozicích se cítí pobízení spíše druhorození než prvorození a že se na sourozenecké vztahy nahlíží brýlemi druhorozených? Je nejvýš pravděpodobné, že Alfredu Adlerovi se jako druhorozenému synovi nevedlo jinak než mně. Byl spoután odporem ke svému prvorozenému bratrovi (a následně i k Sigmundu Freudovi, prvorozenému maminkáčkovi), viděl všechny přednosti mladších sourozenců a díval se na prvorozené spíše jako na nesvobodné a po moci toužící, jako kdyby nosili na čele potencionální Kainovo znamení. Od něj také pochází zraňující metafora „sesadit prvorozené z trůnu“.“* (Prekopová, 2002, s. 8)

2.2. Druhy sourozeneckých konstelací

Jak autorka zmínila v předchozí kapitole, různorodost rodin vytváří různé sourozenecké konstelace. Pro účely této práce jsou vybrány tyto:

- prvorození (nejstarší děti);
- jedináčci;
- druhorození (prostřední děti);
- nejmladší.

V následujících kapitolách se budeme věnovat jednotlivým konstelacím z pohledu tří nejvýznamnějších odborníků dané problematiky - Alfreda Adlera, Kevina Lemana a Tomáše Nováka.

2.2.1. Sourozenecké konstelace dle Alfreda Adlera

S Alfredem Adlerem, prvním člověkem, který začal poukazovat na důležitost sourozeneckého pořadí, a současně zakladatelem teorie o sourozeneckých vztazích, jsme se setkali již v předchozí kapitole. V této kapitole klade autorka pozornost především jeho teorii o pořadí sourozenců. Samotného Adlera nazývá Novák (2007) jako sesazeného prince či středobod mamincina zájmu, jelikož (jak bylo zmíněno již v předchozí kapitole) byl prostředním dítětem. Se svým otcem si nikdy příliš nerozuměl, proto tíhnul k matce, avšak tento vztah se změnil s příchodem nejmladšího dítěte, a z benjamínka se náhle stalo prostřední

dítě, které bylo na něco "moc velké" a na ledacos jiné "moc malé". Že je Adler dobře znám zdůrazňováním pořadí, ve kterém se děti narodí, uvádí i Dreikurová-Fergusonová (1993). Ta dále popisuje jeho teorii, že každé dítě v rodině má svoji jedinečnou pozici a tato pozice utváří jeho vlastní perspektivu. Alfred Adler zastával názor, že sourozenecké pořadí určuje budoucí postoje a vzorce chování dětí. Adler se zpočátku nezaobíral pouze pořadím, ve kterém se děti narodí, ale zkoumal i otázku pohlaví – tedy že dívky bývají při výchově mnohdy posuzovány jinak než chlapci. K potvrzení svojí teorie se Adler ve svých dílech často přiklání k dějinám a legendám – např. biblický příběh o Josefovi. (Adler, 1999)

Adler (1999) rozlišuje 3 základní typy:

- prvorozené dítě;
- druhé, prostřední děti;
- nejmladší děti.

Pro jednotlivé typy (pozice) jsou charakteristické určité rysy a vzorce chování. Tyto vzorce chování se však nemusí projevit vždy a za každých podmínek. Adler si byl vědom dynamické složky rodiny a toho, jaký má tato dynamická složka vliv na tyto pozice a že je může dokonce měnit. (Dreikurová - Fergusonová, 1993) „*Je třeba poznamenat, že naše předpovědi vlastností založené na pozici dítěte v rodině představují pouhé tendence; nejde o žádná zaručená fakta.*“ (Adler 1999, s. 105)

PRVOROZENÉ DÍTĚ

Adler (1999, 103-106) uvádí, že prvorozené děti se ocitají nejprve v postavení jedináčků a těší se tedy značné moci. S příchodem sourozence prvorození toto postavení ztrácí a současně ztrácí i tuto moc – sami jsou však přesvědčeni, že ten, kdo je u moci, by měl u moci zůstat a jim se tato ztráta moci stala pouze nešťastnou náhodou. Pokud není prvorozené dítě dostatečně připraveno na příchod sourozence nebo pokud přijde sourozenec do rodiny příliš brzy, může se stát, že prvorozené dítě bude trpět a uchýlí se k osamělosti. Není ani výjimkou, že prvorozené děti trpí pocitů méněcennosti, jelikož musí často ustupovat mladším sourozencům, a jejich názor se pak může jevit jako špatný či dokonce nepřijatelný. „*Do formování jeho prototypu zasahuje pocit tragédie, který se opětovně vynoří v dospělosti. Studie konkrétních případů ukazují, že takové děti téměř vždy zažijí v dospělosti nějaký pád.*“ (Adler, 1999, s. 13)

DRUHÉ, PROSTŘEDNÍ DĚTI

Podle Adlera (1999) se druhé dítě ocitá v naprosto odlišné situaci než prvorozený. Druhé dítě nikdy nebylo v centru pozornosti jako prvorozený jedinec, a tak na tuto pozornost není zvyklé a nemusí se vyrovnávat s její ztrátou. Naopak již při příchodu do rodiny před sebou má někoho, kdo udává tempo, a snaží se mu tak vyrovnat.

Adler popisuje druhé (prostřední) děti jako děti, které mají snazší cestu životem. Jejich cesta je "vyšlapána" starším sourozencem, který je pro ně současně jakýmsi ochráncem, rádcem a zrcadlovým vzorem. (Adler, 2008)

NEJMLADŠÍ DĚTI

Adler (1999) vytyčuje jako nejmladší děti ty, které vždy zůstanou těmi nejmladšími (kterým se již nenarodí žádný sourozenec). Tyto děti získávají pozici, ze které je již nikdo nevystřadí, což nemůžeme říci o prvorozených ani prostředních dětech.

„Nejmladší dítě se vždycky musí lišit. Je totiž jednodušší napřít úsilí v jiné oblasti, než mít silnou konkurenci na stejném pracovním poli; z toho důvodu si nejmladší volí odlišnou životní dráhu, než mají ostatní. To je rovněž známkou toho, že jim trochu chybí kuráž, neboť kdyby měly odvahu, byly by ochotnější soupeřit na stejném poli.“ (Adler, 1999, s. 104-105)

Za jinou situaci považuje Adler (1999) přítomnost několika skoro dospělých dětí a narození dalšího. I přesto, že se jedná o nejmladší dítě, které má starší sourozence, vyrůstá většinou jako jedináček. Dítě se stává středem pozornosti a jeho životním cílem je tímto středem zůstat.

Adler (1999) se ve své teorii o sourozeneckých vztazích nezaobíral pouze otázkou pořadí narození, nýbrž i pohlavím sourozenců, jak bylo již uvedeno v předchozí kapitole. Uvádí například, že pozice jediného chlapce mezi dívkami bývá složitá. Názor, že chlapec bude "zženštělý", považuje za přehnaný, avšak nevyvrací možnost, že díky prostředí tvořeném ženami a dívkami může být poněkud mírný či jemný. Jako druhou možnost uvádí Adler (1999) naopak silnou agresivitu, jíž by se muž stále snažil prosazovat a zdůrazňoval své postavení.

Jediná dívka vyrůstající mezi chlapci se dostává do podobně obtížné situace jako jediný chlapec mezi dívkami. Buďto se z ní stane velice tichá žena s výraznou ženskostí, nebo se bude chtít rovnat svým bratrům a bude dělat vše jako oni (chovat se jako oni, oblékat atd.). Pokud se dívka přikloní ke druhé možnosti, lze s jistotou konstatovat, že trpí pocitem

méněcennosti. „Komplex méněcennosti spočívá v pocitu, že je jenom dívka. Toto slůvko „jenom“ vystihuje celý komplex méněcennosti.“ (Adler, 1999, s. 106)

2.2.2. Sourozenecké konstelace dle Kevina Lemana

Americký psycholog a publicista Dr. Kevin Leman, autor knihy Sourozenecké konstelace a několika dalších úspěšných populárních knih, nahlíží na sourozenecké vztahy mnohdy s notnou dávkou vtipu a neopomíná vtáhnout do této problematiky ani svoji rodinu. „...jste nejspíš benjamínek a tuhle knihu vám určitě musel někdo koupit. (Z nejmladších dětí si rád dělám legraci, protože jsem sám jeden z nich, ...)“ (Leman, 2000, s. 14)

Leman (2000) rozlišuje 3 základní typy:

- prvorození (včetně jedináčků);
- druhorození (případně prostřední děti);
- benjamínci (nejmladší děti, narozené jako poslední).

PRVOROZENÍ

„Dalo by se říci, že prvorození jsou jako pokusní králíci, na nichž se rodiče učí vychovávat děti.“ (Leman, 2000, s. 49) Již od samotného dětství se prvorození setkávají se dvěma přístupy svých rodičů současně – na jednu stranu jsou přehnaně opatrní a úzkostliví, na stranu druhou přísní a nároční. Tyto dva přístupy jsou současně důvody, proč jsou vlastně prvorození obvykle tak snaživí a cílevědomí. Výzkumy dokonce ukazují, že prvorození a jedináčci umí mnohem dříve chodit a mluvit než děti jiných konstelací. Tento fakt je způsoben hlavně tím, že prvorozeným je věnováno více péče. (Leman, 2000)

Prvorození jedinci oplývají silnější motivací dosáhnout úspěchu, častěji vykonávají náročnější povolání ve vědě, medicíně nebo v právní praxi. Nemálo prvorozených nalezneme také mezi účetními, ekonomy, vysokými úředníky, inženýry či počítačovými odborníky. Zkrátka pro prvorozené jsou charakteristická povolání, jež vyžadují přesnost, houževnatost a vysokou schopnost soustředění. (Leman, 2000)

Být prvorozený však s sebou nese i nevýhody. Takzvaní “vstřícní prvorození“ se často dostávají do pozice tvrdě pracujících a je prokázáno, že jejich nejbližší okolí tento stav nezvládá. Dále, jak bylo již zmíněno, je prvorozeným již od narození věnována zvýšená pozornost, je od nich stále něco očekáváno a s tím souvisí většinou vznik stresu. Prvorození jsou často vychováváni k preciznosti, spolehlivosti, svědomitosti, pořádku a hlavně k úspěchu. Motivace a zaměření na úspěch je mnohdy tak silná, že si ani nepřipouští možný

neúspěch. Pokud se tak ovšem stane, může to pro prvorozeného znamenat životní selhání či si sám sebe dokonce může přestat vážit. (Leman, 2000)

Leman (2000) k prvorozeným řadí i jedináčky, ačkoliv mnozí další odborníci je vnímají jako další (odlišný) "typ". Logicky však každý jedináček spadá do kategorie prvorozených. Jedináčky můžeme rozdělit na dva typy – „jedinečné perly“ a „malé dospělé“. Zatímco u tzv. „jedinečných perel“ rodiče původně neměli v úmyslu mít pouze jedno dítě, u tzv. „malého dospělého“ to tak v plánu bylo a i zůstalo. Ať už je dítě jedináčkem z jakéhokoliv důvodu, ve většině případů se neubrání postavení „*skvělého kandidáta na ultraperfekcionista*“ (Leman, 2000, s. 63) Pro jedináčka jsou samozřejmě charakteristické stejné charakterové rysy, jako jsme zmínili u prvorozeného, ale většinou je třeba k nim dodat předponu super. Aby byli jedináčci sami se sebou spokojeni, musí být ve všem nejlepší. Nejedná se jim ani tak o to, jaký dělají "obrázek" na své okolí, ale často jsou skutečně velmi kritičtí sami k sobě. Na druhou stranu si nezapomínají mnohdy postěžovat, že vlastně neměli žádné dětství, jelikož byli obklopeni převážně dospělými a ne svými vrstevníky. I přesto se však většinu života obklopují staršími lidmi.

DRUHOROZENÍ

Leman (2000) charakterizuje druhorozené (nebo také prostřední) děti jako vyjednavče, kteří mají nejméně fotografií v rodinném albu, snaží se vyhýbat konfliktům, jsou nezávislí a mají silné vazby ke skupině vrstevníků a mnoho přátel (především proto, že v rodině se cítí ostrčené nebo přebyteční). Pevně se jedná o individualisty. Jako druhorozené nechápeme pouze druhé dítě ze tří, nýbrž i např. třetí ze čtyř či čtvrté z pěti, a proto je těžší je popsat, definovat či zobecnit jakýmkoliv způsobem než prvorozené nebo nejmladší děti. V případě, kdy zůstanou v rodině dvě děti, se druhorozený ocitá současně na místě nejmladšího a lze předpokládat, že pro něj budou charakteristické rysy z obou "pozic", většinou si samozřejmě vybere pro něj výhodnější charakterové rysy. Tímto případem se však Leman (2000) příliš nezaobírá a popisuje spíše "klasické" druhorozené, charakterizuje je takto: „*Narodili se příliš pozdě, aby se jim dostalo zvláštních privilegií a zacházení, které po právu získali prvorození. A také se narodili příliš brzy, aby se jim dostalo toho daru, z něhož se těší mnozí benjamínci – uvolnění otěží disciplíny, které se odráží v tom, že „jim všechno projde“.*“ (Leman, 2000, s. 87)

Pro druhorozené děti je typická „rozporuplnost“. Každé dítě hledá svůj vzor a prostřední děti jej nejčastěji vidí ve svých starších sourozencích. Druhorozený má tedy za vzor prvorozené dítě, avšak když vycítí, že může se svým starším sourozencem soupeřit,

udělá to. Pokud je ale prvorozený silnější, druhorozený vyrazí jiným směrem. Dalo by se tedy říci, že pokud bude prvorozený silně dominantní, druhorozený bude nejspíše samotář a naopak. (Leman, 2000)

První typ druhorozeného	Druhý typ druhorozeného
samotář, tichý, ostýchavý	společenský, přátelský, otevřený
netrpělivý, snadno propadá depresím	snadno překonává překážky, nedělá so starosti
soupeřivý	tolerantní - nesoupeří
rebel, černá ovce rodiny	usmiřovatel, vyjednaváč
agresivní bojovník	vyhýbá se konfliktům

Tab. 2 Dva typy druhorozeného dítěte dle Kevina Lemana (2000)

Jak již autorka zmínila, prostřední děti často trpí pocitem “nezakořeněnosti“ v rodině, a právě proto se často citově upínají na své vrstevníky a přátele. Ze stejného důvodu jsou většinou také první z dětí, které opouštějí rodinu a osamostatňují se – tím není myšlen útěk z domova. (Leman, 2000)

BENJAMÍNCI

„Rozumím tomu, když Mopsy vzpomíná, jak její první pokusy něco se naučit (zavazovat si tkaničky, číst, poznávat hodiny atd.) byly přijímány se zdvořilým zíváním a nevzrušenými poznámkami typu „no, to je pěkné“, v horším případě „nevzpomínáš si, kdy se to naučil Ralph?“ (Ralph je samozřejmě prvorozený bratr.) Nejmladší instinktivně cítí a chápou, že jejich znalosti a dovednosti už nemají pro rodiče takový význam, jako tomu bylo u jejich starších sourozenců.“ (Leman, 2000, s. 102) Pokud se zamyslíme nad tímto faktem, jež velice často doprovází vysmívání či poučování pramenící od starších sourozenců, není divu, že většina posledních dětí vyrůstá s pocitem „však já jim ukážu“. Tato touha ukázat se či předvést se stává u benjamínků hlavní motivací. Ve většině případů však své okolí neohromí ničím, co už dokázali jejich starší sourozenci, a proto se uchylují k získávání pozornosti různým šaškováním, legráckami a předváděním se. Poslední děti jsou rebelové, kterým většinou všechno projde. Proč? Bývají roztomilí, mnohdy si dělají legraci sami ze sebe (i když to může být také tím, že nejprve něco spontánně udělají a teprve potom nad tím přemýšlejí) a prostě a jednoduše to jsou benjamínci. (Lema, 2000)

Jako "vrchní šašci rodiny" jsou benjamínci často bezstarostní, společenší, veselí, temperamentní a srdeční, ale především jsou výbornými manipulátory. I přes všechnu legraci a šaškování chtějí být bráni vážně. Tato vážnost souvisí s tvrdou disciplínou, které se jim často nedostává, a proto se z nich stávají rozmazlené děti, pro které je charakteristická netrpělivost a vzpurnost. (Leman, 2000).

2.2.3. Sourozenecké konstelace dle Tomáše Nováka

Ani Novák (2007) se nikterak výrazněji neodlišuje od dvou předchozích psychologů svým rozdělením sourozeneckých konstelací:

- jedináček;
- nejstarší dítě;
- prostřední dítě;
- benjamínek.

JEDINÁČEK

Narozdíl od Lemana (2000), který popisuje dva přístupy k jedináčkům, vyčleňuje Novák (2007) ještě jeden nový přístup - tzv. handicap jedináčků. Dva již zmíněné přístupy jsou tradiční a moderní. Při tradičním přístupu je jedináček vnímán jako rozmazlené dítě, jež vyrůstá ve společnosti dospělých a postrádá společnost vrstevníků dokonce i ve volném čase. Takový jedinec je zvyklý se dále v životě neustále obklopovat staršími lidmi a nerozumí si se svými vrstevníky - tzv. malý dospělý. Moderní přístup vnímá jedináčka také jako rozmazleného a sebestředného jedince. Leman (2000) takové jedináčky výstižně nazývá "jedinečnými perlami", jelikož rodiče se k těmto dětem jako k perlám chovají. V převážné části se tedy jedná spíše o rodičovskou péči věnovanou jedináčkům. Většinou se jedná o úspěšné děti, které se nedopouštějí chyb a uvědomují si, že nesmějí selhat. Třetí přístup, nazvaný jako handicap jedináčků, upozorňuje především na velké riziko ztráty kontaktu s vrstevníky a jako důsledek egoismu u dítěte. Někteří jedináčci se však snaží navázat kontakt s dětmi stejného věku za každou cenu (např. i za cenu vnitřního trápení). (Novák, 2007)

NEJSTARŠÍ DÍTĚ

Nejstarší děti přijdou do rodiny jako první a to je staví do velmi výhodné pozice - v rodině na ně nečeká žádný jiný sourozenec a tedy žádná konkurence, rodiče jim věnují veškerou lásku, o kterou se nemusejí s nikým dělit. Do nejstarších dětí jsou mnohdy vkládány vysoké nároky

rodičů, a tak se z nich stávají silní, zodpovědní jedinci. Novák (2007) nazývá nejstarší děti jako jedináčky v přestrojení, jelikož s příchodem mladšího sourozence postavení jedináčka ztrácí a to pro ně není jednoduché, musí se učit novým vztahům v rodině a může se stát, že se budou cítit neprávem "okradeni" o svůj dosavadní postoj v rodině. Často musí o své mladší sourozence pečovat a hlídat je, což mnohdy vede k pocitům, že přichází o čas, který by mohli a chtěli trávit se svými vrstevníky a kamarády. Možná také proto jsou nejstarší děti často považovány za ty, jež vyvolávají konflikty. (Novák, 2007)

PROSTŘEDNÍ DÍTĚ

Prostřední děti přicházejí podle Nováka (2007) do jiné situace v rodině než děti první, jelikož kromě rodičů na ně doma čeká již starší sourozenec (popř. sourozenci). Je třeba upřesnit, že prostřední děti jsou ty, které nezůstanou současně dětmi nejmladšími. Přítomnost staršího sourozence (popř. starších sourozenců) v rodině nastolí situaci, kdy rodiče již nevěnují pozornost jednomu dítěti, nýbrž (minimálně) dvěma. To v převážné většině způsobí, že se prostřední děti neučí tak dobře jako děti nejstarší, ale naopak se z nich stávají skvělí vyjednávači, protože si jsou velmi dobře vědomi, že vědomostmi své starší sourozence neporazí. Zodpovědnost ani sebedůvěra nejsou jejich silné stránky, v rodině se mohou cítit nepotřební, a proto se často upínají na své kamarády. „*Mám starší a mladší sestru a vím přesně, jak mě to ovlivnilo. Vždycky jsem hledala uznání raději mimo vlastní rodinu, protože jsem měla pocit, že doma se mi ho nikdy nedostane.*“ (Geislerová in Novák, 2007, s. 7)

NEJMLADŠÍ DÍTĚ

Postavení nejmladších dětí v rodině je komplikované. Novák (2007) uvádí, že tyto děti jsou do rodiny často přiváděny pro potěšení, jsou rozmazlovány, hýčkány a nejsou na ně kladeny přílišné nároky. Okolí a rodina považuje nejmladší děti za roztomilé komiky, což je staví do výhodné pozice manipulátorů. Často však nejsou brány příliš vážně a to je velmi trápí. Nespornou výhodou nejmladších dětí je přítomnost sourozenců, kteří jim musí věnovat pozornost a starat se o ně. To však neplatí v případě velkého věkového rozdílu, kdy je nejmladší dítě do rodiny přivedeno s velkým časovým odstupem - v takovém případě se může stát, že je nejmladší dítě vychováváno jako jedináček. Profesor Halík (in Novák, 2007) například uvádí, že jeho dětství bylo značně poznamenáno tím, že se narodil starším rodičům. Sám přiznává, že i přesto, že nerozuměl, o čem se dospělí baví, miloval tyto debaty a rozhovory.

2.3. Sourozenectví

Sobotková (2001) dělí rodinný systém na 3 subsystémy: manželský (partnerský) subsystém, subsystém rodič-dítě a sourozenecký subsystém. Nejdůležitějším a základním je samozřejmě manželský subsystém, na němž je založen celkový úspěch rodiny. Sourozenecký subsystém charakterizuje jako období, v němž sourozenci získávají určité interpersonální zkušenosti a dovednosti, jež později využívají v různých sociálních situacích po zbytek života. Tyto zkušenosti a dovednosti vyplývají ze spolupráce, soutěžení, ze vzájemné podpory a schopností vytvářet kompromisy. Se sourozenci máme společné dětství a tato osobní historie je podle Adler (2008) jedním z nejpodstatnějších životních období. Proto není divu, že považuje sourozenecké vztahy za nesmírně důležitý faktor, jež utváří osobnost každého jedince. „*Sourozenecké vztahy jsou jedním z prvních kontaktů, s nimiž se v životě setkáváme. Zároveň představují nejdelší vztah v našem životě. I když charakter i kvalita tohoto vztahu se v průběhu času mění, je to trvalý vztah s velkým emocionálním nábojem. Vzájemnost a sounáležitost je pro děti v průběhu jejich vývoje nesmírně důležitá, velmi důležitý je zejména pocit odpovědnosti za jinou osobu, která potřebuje jejich pomoc.*“ (Richman, 2008, s. 102)

2.4. Sourozenec dítěte s postižením

Podle Pešové a Šamalíka (2006) neovlivňuje příchod postiženého jedince do rodiny pouze rodiče, kteří tak musí překonávat různé krize, úzkosti a deprese, ale značným způsobem také jeho sourozence. „*Role sourozence postiženého dítěte je totiž náročnější a představuje určitou zátěž.*“ (Plevová, 2007, s. 44) V rodině dochází k narušení základních funkcí, komunikace je srozumitelná mnohdy pouze členům dané rodiny. Toto narušení či krizi usnadňuje zásadním způsobem podle Richman (2008) právě pozitivní vztah mezi sourozenci. Vytvoření pozitivního vztahu mezi sourozenci, kde jedno dítě je postižené, je však daleko obtížnější - výsledek je ale mnohdy pro rodinu zcela zásadní. Vytvořit a hlavně udržovat a neustále posilovat kladný vztah mezi sourozenci dává Richman (2008) za úkol rodičům (rodiči).

Pevné pilíře pro tento pozitivní vztah vytváří:

- poučení o zdravotním postižení;
- vytváření pocitu rovnosti;
- společné zájmy a činnosti;

- povzbuzování ke spolupráci;
- čas věnovaný dítěti.

(Richman, 2008)

„Vědomí odlišnosti rodinné konstelace určitým způsobem ovlivní postoje a chování zdravého dítěte. Může se tak dít v pozitivním i negativním směru.“ (Vágnerová, 2008, s. 169) Ve většině případů si zdravé dítě uvědomuje privilegované postavení jeho sourozence se zdravotním postižením. V danou chvíli nehraje roli, zda je starší, nebo mladší. Zdravý jedinec vnímá, že jeho sourozenci s postižením je více věcí tolerováno a omlouváno a to dokonce i v těch případech, jež s postižením vůbec nesouvisí. Většinou netrvá dlouho a zdravé dítě rozdíl v přístupu rodičů pochopí, jelikož ví, že nemocné dítě nemůže zvládat totéž jako zdravé. Ani toto pochopení však nemusí stačit k tomu, aby u dítěte vymizely pocity nespravedlnosti a znevýhodnění. Na druhé straně se ale u něj často rozvíjí s tímto vědomím ohleduplnost a ochota pomoci slabšímu - tento přístup nazývá Vágnerová (2008) jako přijetí dominantně-ochranné role. Ačkoliv by se mohl tento přístup zdát vhodný, není tomu vždy tak - to, že si zdravé dítě osvojí vyšší toleranci k lidské rozmanitosti a větší citlivost k potřebám jiným, je správné, na druhou stranu se ale současně naučí, že sourozenec s postižením musí ochraňovat a brát na něj ohledy, tudíž jej nepovažuje za zcela rovnocenného. *„Sourozenci bývají spojenci i soupeři, ale postižené dítě nemůže být soupeřem, protože tomu neodpovídají jeho kompetence. ... Postižené dítě nemůže být ani vzorem, s nímž by se mladší sourozenec mohl ztotožnit. Je jiné, výjimečné, a proto neposkytuje obvyklou zkušenost.“* (Vágnerová, 2008, s. 169) Richman (2008) upozorňuje na to, že ochota pomáhat a starat se o sourozence s postižením nesmí být nikým (ani rodiči) zdravému sourozenci vnucována! Současně je nutné, aby rodiče dávali pozor na přílišnou závislost dítěte s postižením (konkrétně s autismem) na zdravém sourozenci. K čemu se děti přikloní, je spíše individuální, závisí to také na očekávání a požadavcích rodičů. (Vágnerová, 2008)

„Jak vnímá mladší sestřička fakt, že Lucka nevidí?“

Nikitka z toho ještě nemá moc rozum, ale už ví, že když Lucce něco podává, musí jí to dát přímo do ruky. Nedlouho poté, co se Nikitka naučil chodit, začala najednou dávat ručičky před sebe - odkoukala to. Prohlížela knížky a jezdila prstíky po stránkách, myslel, že se tak čte. Zajímavé je, že Nikitka, rozený "sólista" odmítající chodit za ruku, se kdekoli mimo domov k Lucce hrne a vede ji. Na hyperaktivní dítě nezvykle klidně a jistě, což mě udivuje.“ (Chvátalová, 2012, s. 14)

2.4.1. Vysvětlení

Dalloz (2002) i Richman (2008) doporučují promluvit si o daném postižení - ne však pouze rodiče spolu, nýbrž také se sourozenci. Rodiče se musí připravit na spoustu otázek i na to, že na ně nebudou znát odpovědi - ty však nemůže znát ani dítě a je nutné se snažit mu situaci co nejlépe vysvětlit, aby nedošlo k jeho mylné interpretaci. Rozhovor by však neměli pojímat jako pouhé vysvětlování dětem, co jak je, či není správné, ale měli by děti nechat mluvit a hlavně si dávat pozor na to, aby se z postižení nestalo nějaké rozlišovací kritérium či klíčové téma. „*Úsilí každého musí být oceněno, potřeby každého uznávány, aniž by "rozdílnost" výsledky u zdravých dětí banalizovala, zatímco u těch postižených by je vyzdvihovala.*“ (Dalloz, 2002, s. 107) Vágnerová (2008) zastává názor, že role sourozence postiženého dítěte je velmi náročná, a dokonce může představovat zátěž. Stejného názoru je i Pipeková (2006), která se současně shoduje v názorech Dalloz (2002), a sice že nejdůležitější je přijatelně a přiměřeně problém vysvětlit.

Richman (2008) dále vymezuje několik rad, díky kterým bude pro zdravého sourozence snazší pochopit a zvládnout některé situace. Dítě musí pochopit a musí mu být náležitě vysvětleno či dáno najevo:

- že není samo;
- že se lidé často posmívají něčemu, čemu vlastně ani nerozumí;
- že úsudek ostatních lidí není vždy důležitý;
- jak vhodně reagovat na posměch;
- jak je důležitý optimistický pohled na situaci.

Mezi další (konkrétnější) doporučení od Richman (2008) patří návštěva zdravého sourozence třídy (popř. školy), kterou navštěvuje jeho sourozenec s postižením, nacvičení vhodných odpovědí na nevhodné otázky, se kterými se může setkat, rozebírání silných a slabých stránek sourozence s postižením nebo rozebírání kladů a záporů.

2.4.2. Žárlivost a rivalita

Žárlivost je podle Dalloz (2002) přirozený pocit, jež se nějakým způsobem projevuje - lépe řečeno - jež se nějakým způsobem musí projevit. „*Žárlivost je snaha jiné převýšiti spojená se zármutkem pro domnělou přednost jiných a tajnou záští proti nim.*“ (Ottův slovník naučný in Novák, 2007, s. 56) Rivalitu definuje psychologický slovník jako „*soupeření, vztah*

soupeření mezi dvěma nebo více jedinci, skupinami či institucemi se snahou získat tytéž nebo větší výhody, hodnoty a jiné než druhá strana.“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 511) Novák (2007) je toho názoru, že mezi sourozenci existuje nejen množství citu "na rozdávání", ale také žárlivost, rivalita a hlídání vlastních zájmů. Právě proto je podle něj tento vztah nevypočitatelný, ale současně také nejsilnější - může být také jediný, který vydrží, jelikož se sourozeneckým vztahem nelze učinit krátký proces jako například s manželstvím. K předcházení žárlivosti doporučuje dodržování zásady, že starší sourozenec by neměl být dál než o jednu vývojovou fázi.

V rodinách s dítětem se zdravotním postižením se stejně jako ve všech ostatních vyskytuje soupeřivost mezi sourozenci. Mnohdy může být toto soupeření ještě intenzivnější vzhledem k povaze zdravotního postižení. Seběmenší úspěch dítěte se zdravotním postižením rodiče vnímají jako obrovský pokrok, avšak na stejný úspěch u dítěte zdravého není ani zdaleka nahlíženo s takovou "slávou" (může zůstat dokonce úplně bez povšimnutí). Dítě si však uvědomuje nepoměr pozornosti věnované jemu a jeho zdravotně postiženému sourozcovi (tzv. podvojně měřítko) a vyžaduje stejnou míru pozornosti, což vede k nevhodnému upoutávání pozornosti a stoupající rivalitě vůči jeho sourozcovi. Je třeba si uvědomit, že přítomnost zdravotně postiženého jedince (konkrétně dítěte) nedělá rodinu jinou či odlišnou, ale způsobuje intenzivnější reakce na problémy, a s tím souvisí i zmíněná sourozenecká žárlivost a rivalita.

2.4.3. Výchovné postoje rodičů v rodinách s postiženými dětmi

Nevhodným výchovným postojům k jedinci s postižením se autorka věnovala již v kapitole 1.2.4.2. Extrémní varianty přístupu rodičů. Tyto extrémizace postojů se mohou vztahovat i ke zdravým potomkům. Vágnerová (2008) rozlišuje dvě extrémní varianty: koncentrace pozornosti a zájmu na postižené dítě, koncentrace pozornosti a zájmu na zdravé dítě. Aby v rodině nenastala žádná z uvedených extrémních variant přístupu, klade Pipeková (2006) důraz na přiměřenou zátěž všech dětí (žádné nesplnitelné nároky) a úměrnou dělbu času každému dítěti zvlášť. Nejasnosti, pochybnosti a dohady by se neměly přecházet, ale v klidu vysvětlit.

1. Koncentrace pozornosti a zájmu na postižené dítě

Podle Vágnerové (2008) i podle Richman (2008) vidí rodiče společný rodinný úkol - podpora handicapovaného dítěte a od zdravého dítěte očekávají samozřejmou spolupráci.

Je samozřejmé, že rodiče očekávají od zdravého dítěte pomoc, avšak neměli by na ni spoléhat příliš - mnohdy očekávají dokonce zralejší chování, jež neodpovídá jeho vývojové úrovni, a v žádném případě si nepřipouštějí, že by zdravé dítě jakkoliv zanedbávali. U rodičů vládne jakési přesvědčení, že zdravé dítě pomoc nepotřebuje, protože je zdravé. „*Rodiče si někdy ze zdravého dítěte vytvoří něco jako záchrannou vestu. Děti však musí zůstat dětmi a neměly by se stát součástí rodičovské podpůrné sítě.*“ (Richman, 2008, s. 99) Jak autorka zmínila, zdravý sourozenec jejich chování pochopí většinou v brzkém věku, a tak se vyznačuje značnou bezproblémovostí, nenáročností a mnohdy dokonce omezí svoje potřeby ve prospěch postiženého. Nedostatek zájmu rodičů však prakticky vždy vyvolá v dítěti určité obranné reakce. Nejčastější tzv. obrannou reakcí bývá upoutávání pozornosti (i nevhodným způsobem). Horším důsledkem je pocit vlastní bezvýznamnosti zdravého sourozence. Konkurenci postiženého sourozence snášejí některé děti hůře než jiné (především pokud jsou mladší), a tak se může stát, že začne postiženému sourozenci závidět a že si začne přisuzovat vinu za to, že je zdravý. V extrémních případech mohou být rodiče natolik zatíženi péčí o dítě s postižením, že dojde k zanedbání dítěte zdravého. (Vágnerová, 2008) I Pipeková (2006) vymezuje reakce sourozenců od tiché rezignace vlastních nároků demonstrací potřeby vlastní péče formou nevědomky vznikající psychosomatické nemoci a slabosti různého druhu až k masivnímu trucovitému a agresivnímu chování.

2. Koncentrace pozornosti a zájmu na zdravé dítě

V tomto případě bývá na dítě s postižením v rodině stále nahlíženo jako na neuspokojení a zdravým potomkem tak dochází k určité kompenzaci tohoto pocitu. Na tento přístup nahlíží Vágnerová (2008) jako na obrannou reakci. Rodiče většinou nezvládají sami problémy, které souvisejí s jejich postiženým dítětem či s péčí o něj, a tak si sebevědomí kompenzují úspěšností zdravého dítěte. I zde se můžeme tedy setkat s kladením vyšších nároků na dítě, což může mít za následek ambivalentní, nebo dokonce negativní vztah k sourozenci s postižením. Tento postoj rodičů značně znemožňuje (komplikuje) socializaci a rozvoj identity nejen dítěte s postižením, ale i zdravého potomka.

Ačkoliv se Richman (2008) zaměřuje na problematiku dětí s autismem, i ona se zabývá otázkami nevhodného přístupu rodičů k sourozencům jedině se zdravotním postižením a upozorňuje, že tyto postoje mohou výrazně narušit rodinné vztahy, vztahy s vrstevníky dětí či dokonce ovlivnit samotné sebepojetí zdravého sourozence. Podle ní samozřejmě absolutní rovnost mezi sourozenci není možná, jelikož každé dítě je naprosto jiná

osobnost, avšak přístup rodičů by ke všem sourozencům rovný být měl. „Záleží především na rodičích, jakým způsobem takovou zátěž zvládnou, aby žádné z jejich dětí nebylo znevýhodněno a vystaveno nesplnitelným nárokům. Záleží na tom, jak rodina postižené dítě přijme a co bude jeho existence pro rodinný život znamenat. Z tohoto postoje bude vyplývat i vztah k dalším, zdravým dětem.“ (Vágnerová, 2008, s. 171)

II. PRAKTICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

3. Kvalitativní výzkum

Pro svoji praktickou část diplomové práce autorka zvolila kvalitativní výzkum, jenž je endogenní a idiografický. V první řadě autorka stanovila výzkumný problém a cíl výzkumu, následně dílčí cíle a k nim se vztahující výzkumné otázky. Autorka si dále stanovila teoretický výběr vzorku, na základě kterého našla vhodné rodiny, se kterými uskutečnila rozhovory.

3.1. Výzkumný problém

Průzkum vlivu příchodu dítěte s postižením na rodinné prostředí, na sourozenecké vztahy a sourozeneckou konstelaci.

3.2. Cíl výzkumu

Cílem šetření bude sledování vývoje rodinného prostředí (popř. rodinné harmonie) související s příchodem zdravotně postiženého jedince (popř. rodinnou harmonii). Zjistit, do jaké míry koresponduje odborná literatura se skutečnými reakcemi a pocity rodičů při zjištění dané skutečnosti. Dále se autorka zaměří na sourozenecké vztahy - jak a do jaké míry jsou ovlivněny přítomností zdravotního postižení a zda tato přítomnost zdravotního postižení ovlivňuje také sourozeneckou konstelaci. Záměrem diplomové práce je přiblížit situaci, která nastává v rodině se zdravotně postiženým jedincem, a především nastínit změny sourozeneckých vztahů způsobené zdravotním postižením, jelikož autorka je toho názoru, že této problematice je věnováno minimum odborné literatury i přes skutečnost, že sourozenecký vztah je v životě postiženého jedince velmi důležitý.

3.2.1. Dílčí cíle

- Zjistit, jak vnímají rodiče narození jedince s postižením.
- Vyzkoumat, jakým způsobem ovlivní rodinu příchod jedince s postižením.
- Ověřit, zda-li se SK s příchodem sourozence se zdravotním postižením změnil.
- Stanovit kvalitu sourozeneckých vztahů (sourozeneckého vztahu) z pohledu rodičů.
- Zjistit, jak ovlivňuje jedinec s postižením své(ho) intaktní(ho) sourozence.

- Stanovit kvalitu sourozeneckého vztahu s pohledu intaktního sourozence.

3.2.2. Výzkumné otázky

- Co se odehrávalo v rodičích při zjištění, že se jim narodí (narodilo) dítě s postižením?
- Jaké změny nastaly v rodině s příchodem dítěte s postižením?
- Existují odchylky v sourozenecké konstelaci, které mohou být způsobeny přítomností zdravotního postižení? Pokud ano, jaké?
- Jak vidí kvalitu sourozeneckých vztahů (sourozeneckého vztahu) rodiče?
- Jak vnímá intaktní jedinec svého sourozence s postižením?
- Cítí se být intaktní jedinec ovlivněn sourozencem se zdravotním postižením? Pokud ano, jak?

3.3. Teoretický výběr vzorku

Jelikož je výzkum zaměřen na rodiny s dětmi se zdravotním postižením, byl výběr výzkumného vzorku zaměřen právě na ně. Byly vybrány čtyři rodiny s dětmi s různým zdravotním postižením. V každé rodině proběhl rozhovor s matkou dítěte a ve třech rodinách dále s jedním intaktním sourozencem. V jedné rodině se nacházelo pouze jedno dítě (se zdravotním postižením), sourozenecké vztahy se zde tedy nevyskytovaly, ale jelikož i jedináčci patří do sourozeneckých konstelací, snažila se autorka zjistit odchylky či zvláštnosti této konstelace.

Při oslovení rodin (výhradní jednání s matkami) autorka vždy zdůraznila, že se jedná o citlivé téma a kdykoli bude možné rozhovor ukončit. Následně ubezpečila respondenty o naprosté diskrétnosti a použití zjištěných informací pouze k účelům diplomové práce.

3.4. Charakteristika výzkumného vzorku

Byly vybrány 4 rodiny, v nichž se nachází dítě se zdravotním postižením. Ve třech rodinách nalezneme sourozence, ve čtvrté rodině se jedná o jedináčka. Pořadí narozených jedinců s postižením je v každé rodině jiné. V praktické části tedy autorka zkoumala odlišnosti všech sourozeneckých konstelací, které existují.

Rodina		Rodiče		Sourozenci		Dítě s postižením		
<i>stav</i>	<i>počet dětí</i>	<i>M/O</i>	<i>věk</i>	<i>pohlaví</i>	<i>věk</i>	<i>pohlaví</i>	<i>věk</i>	<i>diagnóza</i>
úplná	3	M O	48 55	žena žena	27 25	muž	29	Lehká mozková dysfunkce, Dětská epilepsie
úplná	3	M O	41 45	muž žena	21 9	muž	11	ADD, prvky Aspergerova syndromu
neúplná	2	M O	33 33	muž	12	muž	10	Ekvinovarus, Q42 - anorektální atrezie, kolostomie
neúplná	1	M O	40 41	/	/	žena	11	Střední mentální retardace s prvky autismu, Angelmanův syndrom, hyperaktivita

Tab. 3 Charakteristika výzkumného vzorku

Rodina číslo 1

Rodina se třemi (již dospělými) dětmi. Prvorozené dítě chlapec s postižením. Otec podnikatel, matka v zaměstnání. Nejstarší chlapec navštěvoval ZŠ speciální, následně úspěšně ukončil dvě učiliště. Chlapec žije s rodiči na vesnici, obě sestry již žijí samostatně, rodinu však často navštěvují.

Rodina číslo 2

Rodina se třemi dětmi, prostřední dítě chlapec s postižením. Rodina žije na vesnici, všechny děti navštěvovali stejnou ZŠ. Doma žijí stále všichni. Poměrně velký věkový rozdíl mezi prvorozeným a druhým dítětem (10 roků). Matka i otec v zaměstnání.

Rodina číslo 3

Rodina se dvěma dětmi (chlapci), mladší chlapec se zdravotním postižením. Rodiče rozvedeni cca tři roky, avšak odloučení již deset let. Matka žije s oběma chlapci u svých rodičů na vesnici, kde však mají oddělenou bytovou jednotku. Jednou za čtrnáct dní pobyt u otce a jeho rodiny (manželka, roční dcera). Otec voják, matka zaměstnaná (před dvěma roky diagnostikována roztroušená skleróza). Oba chlapci navštěvují ZŠ, avšak každý v jiném městě.

Rodina číslo 4

Rodina s jedním dítětem - holčičkou ve věku jedenácti roků. Rodiče žijí tři roky odděleně, avšak rozvedeni nejsou, a oba jsou v kontaktu s dívkou každý den. Oba rodiče v zaměstnání. Matka žije s dcerou ve městě, ve kterém navštěvuje dívka ZŠ speciální. Rozhovor proběhl pouze s matkou.

3.5. Druh výzkumu

Jelikož se jedná o velice citlivé téma, zvolila autorka kvalitativní výzkum. Osobní kontakt s rodiči i sourozencem shledala v tomto případě nezbytným, stejně jako pružnou reakci a případnou změnu, rozvedení, či naopak naprosté vynechání některých otázek.

3.6. Metoda výzkumu

Za výzkumnou metodu zvolila autorka polostrukturovaný rozhovor, jenž je vytvořen na základě několika předem připravených otázek. Během rozhovoru bylo nutné otázky přizpůsobit jak respondentům, tak i situaci a nedržet se striktně stanovených otázek. Otázky byly otevřené. Autorka se snažila, aby rozhovor nepůsobil jako výslech, a nechala respondentům vcelku širokou volnost, díky které byly rozhovory delší, avšak přísun informací byl o to podrobnější. Rozhovor s mladšími dětmi proběhl během hraní nebo jiné činnosti dítěti přirozené.

3.7. Organizace a průběh výzkumu

Autorka si sjednala postupně schůzku s matkami a poté se setkala podle možností s intaktními sourozenci. Místo rozhovoru bylo vždy domluveno dle požadavků matek. Délka jednotlivých rozhovorů byla individuální. Během rozhovoru si autorka dělala stručné poznámky, které po ukončení rozhovoru podrobně sepsala. Pro účely diplomové práce vybrala autorka otázky a odpovědi, které nejlépe vystihují zvolenou problematiku. Následně informace přehledně shrnula a pomocí tabulky vyznačila změny v sourozeneckých konstelacích.

	Prvorozený, nejstarší dítě	Jedináček	Druhorozený, prostřední dítě	Benjamínek, nejmladší dítě
Moc - ztráta moci	✓			
Ústupky - pocity méněcennosti	✓			
Snaživost a cílevědomost, touha po úspěchu	✓	✓		
Vysoké nároky	✓	✓		
Vzor	✓			
Zodpovědnost	✓			
Rozmazlenost		✓		
Sebestřednost		✓		
Vysoké nároky		✓		
Vyjednavač			✓	
Nezávislost			✓	
Individualista			✓	
Rozporuplnost			✓	
Rozmazlenost				✓
Manipulátor				✓
Komik				✓
Bezstarostnost				✓

- charakteristické rysy a vzorce chování prvorozených, nejstarších dětí;
- charakteristické rysy a vzorce chování jedináčků;
- charakteristické rysy a vzorce chování druhorozených, prostředních dětí;
- charakteristické rysy a vzorce chování benjamínků, nejmladších dětí;

Tab. 4 Charakteristické rysy a vzorce chování

3.8. Vlastní šetření a analýza zkoumaných souborů

RODINA 1

DIAGNÓZA: Lehká mozková dysfunkce (LMD), Dětská epilepsie

VĚK JEDINCE S POSTIŽENÍM (Tomáš): 28 let

VĚK RODIČŮ: matka 47 let, otec 54 let

VĚK SOUROZENCŮ: mladší sestra 26 let (Monika), mladší sestra 24let (Barbora)

RODINA: Úplná

Rozhovor s matkou proběhl v domě, kde rodina žije, s nejmladší sestrou poté v kavárně, kterou ona sama vybrala. Oba dva rozhovory probíhaly bez komplikací a matka i její dcera byly velmi otevřené, čehož si autorka vážila. Před zahájením rozhovoru byly matka i její dcera autorkou ujištěny, že sdělené informace budou použity pouze k účelu diplomové práce. Jména a místa byla pozměněna. Autorka ubezpečila matku i dceru o naprosté diskrétnosti sdělených informací.

ROZHOVOR S MATKOU

Jaký byl průběh Vašeho těhotenství? Vyskytly se nějaké komplikace v těhotenství či během porodu?

No tak asi hlavní komplikace byla ta, že se Tomáš narodil v osmém měsíci, který je údajně nejkritičtější. Avšak jinak jsem během těhotenství žádný problém, který by signalizoval, že bude něco špatně, neměla. Otěhotněla jsem nečekaně a neplánovaně krátce po svatbě, když manžel nastoupil na vojnu. Bylo mi 19 roků a i přesto, že jsme byli již manželé, jsem bydlela stále u rodičů a čekala mě maturita. Bylo to spíše psychicky náročné období. V těhotenství jsem určitě nic nezanedbala.

Mohlo mít toto psychicky náročné období (jak jste jej sama nazvala) vliv na předčasný porod?

Moji rodiče si doteď myslí, že za to mohl stres z maturity. Já si to ale nepřipouštím - ano, byla jsem nervózní, ale tak nějak přiměřeně, nic hrozného. Navíc jsem byla v osmém měsíci a věděla jsem, že musím být opatrná. Já sama si myslím, že byl problém již od začátku v tom, že jsem na to byla sama. Manžel byl na vojně, tehdy bylo všechno jinak než dnes a do té doby, než odjel na vojnu, jsme byli prakticky pořád spolu, všechno jsme dělali společně a najednou byl pryč a do toho těhotenství. Podle mne byl toto "kámen úrazu". A poté hned po porodu

museli Tomáše odvézt do města 100km vzdáleného a já za ním mohla jet až po čtyřech dnech. První dny, kdy mě nejvíc potřeboval, jsem sním nemohla být.

Kdy jste zjistila, že není u Vašeho syna vše v pořádku?

Jelikož byl Tomáš naše první dítě, neměla jsem žádné srovnání. Myslím tím např. kdy se děti obvykle začínají přetáčet, kdy začínají mluvit, chodit a tak podobně. Že je se vším trochu pozadu jsem si začala více všímat, když mu byly tři roky a my jsme se přestěhovali. Naši sousedé měli tříletou holčičku a najednou jsem viděla rozdíly. Tyto rozdíly jsem ale přisuzovala tomu, že chlapcům to prostě trvá déle. Když se nám potom narodila dcerka, viděla jsem, že Tomáše rapidním způsobem dohání i přes věkový rozdíl dvou let. No a pak samozřejmě při nástupu do školy.

Doktoři Vás neupozornili na zvýšená rizika?

Tím, že se Tomáš narodil v osmém měsíci, jsme museli navštěvovat často různé doktory a odborníky, kteří jej sledovali. Nepamatuji si to již úplně přesně, bylo to pro mě mnohdy těžké. Musela jsem s ním cvičit doma a on u toho straně plakal, to je jistě pro každou matku těžké. Ještě si vzpomínám na jednu paní doktorku, kterou jsme navštěvovali. Ta mě upozorňovala, že děti narozené v osmém měsíci mohou být "pomalejší", ale že se to všechno časem srovná. Jakmile mě ujišťovala, že se vše časem srovná, neviděla jsem v tom žádný problém.

Kdy a na základě čeho jste tedy zjistila diagnózu?

Ve čtyřech letech měl Tomáš přespat u prarodičů. Byl nemocný a samozřejmě hrozně plakal ze stesku (tak jako většina malých dětí). Najednou dostal záchvat a zapadl mu jazyk. Jak jsme se později dozvěděli, jednalo se o febrilní křeč. S manželem jsme nebyli daleko a co nejrychleji jsme přispěchali. Tomáš se dusil a nereagoval - byl v bezvědomí, manžel se snažil mu jazyk vytáhnout, ale Tomáš měl čelist v křeči. Nakonec se mu to přece jen podařilo. Tomáše jsme tehdy ihned odvezli do nemocnice. Následovala řada vyšetření a diagnóza - Lehká mozková dysfunkce a dětská epilepsie. V LMD jsem neviděla takový problém, jelikož mi v hlavě stále zněla slova zmíněné paní doktorky, že se postupem času všechno spraví. Hrozný šok pro mne byla dětská epilepsie. Nemohla jsem tomu uvěřit. Víte - ta představa záchvatů spojená s Vaším dítětem je zkrátka šílená. Naštěstí Tomáš žádný další jiný záchvat neprodělal.

Cítila jste na někoho zlost, popř. obviňovala jste někoho?

Ne, neobviňovala a zlost jsem také necítila. Až pak časem jsem si spíše uvědomila, že to všechno asi bylo právě tím zmíněným odloučením, a řekla si "Takže my za to teda vlastně

můžeme". Samozřejmě jsem si kladla otázku, jak jsme to mohli udělat jinak, ale to už bylo Tomášovi patnáct roků, a nakonec to vlastně nijak jinak udělat nešlo.

A co zmíněná paní doktorka, která Vás tak trochu chlácholila?

No ano, ono se u Tomáše vlastně časem nic nesrovnalo, pomalejší zůstal dodnes. Že bych jí ale její tvrzení vyčítala? To ne. Asi ve mně stále držela takovou malou naději, ale časem si člověk prostě zvykne. Horší pro mě určitě byla paní psychologka v PPP, která mi celkem neohrabaným způsobem sdělila, že Tomáš bude muset navštěvovat zvláštní základní školu (která tehdy v našem městě neměla příliš pěknou pověst). Na to nikdy nezapomenu.

Změnilo se něco ve Vaší rodině? A jak reagoval Tomáš na příchod mladší sestry?

Ne, vůbec nic. Tak jak jsme žili před zjištěním diagnózy, tak jsme žili i po ní. Změnu přinesla až Monika. Tomáš se na miminko nijak zvlášť netěšil, tak nějak mu to bylo asi jedno jako většina věcí. Ovšem jejím příchodem byl trochu vyvedený z míry. Najednou se všichni točili kolem toho "nového miminka". Často se rozčiloval a většinou sebou praštil o zem a nechtěl vstát. To mi dělával i na veřejnosti, třeba v obchodě. Na Moniku žárlil, ale současně ji ochraňoval. Nechtěl pouštět cizí lidi ke kočárku ani ji nenechat nikým cizím chovat. Příchodem naší nejmladší dcery už tak ovlivněný nebyl. Často jsme ale slýchávali něco ve smyslu "...jim (sestrám) byste to koupili a mně ne,ony by mohly a já nemůžu".

Jak byste tedy popsala sourozenecké vztahy ve vaší rodině?

Holky odmalička viděly, že jejich starší bratr není ten zodpovědný a rozumný, který je má na starost, a odmalička mu také pomáhaly. Monika převzala tu zodpovědnost. Bára byla nejmladší a nejspíš i trochu rozmazlená, ale za typického benjamínka bych ji neoznačila. Tomáš často vnímal převahu děvčat ne jen proto, že byly dvě, ale samozřejmě jim to více "pálilo", a to ho vyvádělo z míry (nejvíce asi nejmladší Bára). On věděl, že je nejstarší, ale tak nějak cítil, že toho nikdy nikdo nedoceníl. Jinak mají vztahy dobré i přes občasné neshody a hádky, ale to je nejspíš všude.

ROZHOVOR S MLADŠÍ SESTROU

Jak byste charakterizovala Váš vztah s bratrem?

Myslím, že máme dobrý vztah. Asi normální vztah mezi bratrem a sestrou - občasné hádky, jinak si pomáháme a oba víme, že pokud budeme mít problém, můžeme se jeden na druhého obrátit. I když bych nejdříve s problémem šla za sestrou, což je ale myslím logické, jelikož je mi věkově bližší a je to taky dívka, ne kvůli bratrovu postižení.

Z čeho usuzujete, že oba víte, že se na sebe můžete vzájemně spolehnout, popř. obrátit s problémem?

Jednoduše z toho, že se to již stalo. Také jsem si to dříve nemyslela, ale když měl bratr autonehodu, volal nejprve mně (dodnes si vyčítám, že jsem telefon neslyšela a nezvedla) a od té doby se párkrát ozval, když ho něco trápilo. No a když jsem měla problémy já a sestra byla pryč, přišel na řadu bratr. Víte, spousta lidí si myslí, že tím, že je trochu pomalejší, moc věcí nechápe a nepomůže vám, ale on je naopak ve vztazích velmi citlivý a upřímný, byla jsem překvapena tím, co mi všechno řekl.

Vnímala jste někdy jeho postižení jako problém?

Ne, odmalička jsem ho vlastně takhle znala. Nikdy mi to nepřišlo nijak špatné nebo tak. I když asi jsem měla období, kdy jsem se trochu styděla, když se mu jiné děti posmívaly. Ale rázem to vystřídala jakási povinnost ho bránit proti těm "supům". Jakmile na něj někdo něco řekl, hned jsem měla odpověď. Když se ohlédnu zpátky, mnohdy jsem stála v bojovné pozici možná i dřív, než bylo třeba. Obzvláště těžké bylo období, kdy si myslel, že má kamarády (již ve starším věku), a my jsme všichni věděli, že jej jenom využívají (aby jim půjčil peníze, aby je někam zavezl atd.).

I do toho jste zasahovala?

Snažila jsem se, nechtěla jsem, aby bratra někdo využíval. Jenže on to vnímal tak, že od něj odháním jeho kamarády. Nakonec jsem to nechala a postupem času to poznal sám. Dodnes jsem na takové lidi opatrná a mnohdy si neberu servítek.

Přebírala jste za bratra někdy zodpovědnost?

No myslím, že všechno, co šlo přebrat, přebrala moje starší sestra. Táta hodně cestoval za prací a mamka dělala i noční. Veškerou starost za nás přebírala vlastně sestra. Vzpomínám si, že jsem šla do první třídy a rána si pamatuju jen se sestrou. Neměla to s námi mnohdy jednoduché. Bratr byl tvrdohlavý a věčně zaspával a já jako nejmladší rozmazlená.

Takže roli toho nejzodpovědnějšího přebrala se vším všudy sestra?

Zcela určitě! Na mě a na bratra se spolehnout vážně nedalo.

Dnes je tomu jak?

No dnes já a sestra vedeme již samostatný život a bratr žije s rodiči. Často se ale navštěvujeme. Zodpovědnost za bratra převzala mamka, i když on by to zvládl všechno sám, jen je myslím trochu pohodlný a zvyklý na "mama hotel".

Přemýšlela jste někdy, jaké by to bylo, kdyby se Váš bratr nenarodil s postižením?

No asi jsem se nad tím někdy zamyslela, ale určitě nijak vážněji, protože to by prostě už nebyl on. Kolikrát mi ho bylo líto, když nemohl zvládnout něco ve škole nebo když se mu někdo posmíval (někdy i teď), ale on má zase trochu svůj svět, má radost z jiných věcí než my ostatní

a vůči posměškům se naučil sám bránit. Navíc si našel pár kamarádů, kteří ho berou takového, jaký je, a on si toho neskutečně váží. Udělal by pro ně cokoliv.

Zmínila jste, že jste byla rozmazlená. Skutečně?

Určitě, byla jsem nejmladší a ještě holka. Nestydím se to říct, já jsem to přece nerozhodla. Ale abych to uvedla na pravou míru, nejednalo se o takového toho "mazánka", co mu rodiče koupí, na co si ukáže. Spíš maličkosti a takové upřednostňování. Sestra s tím odmalička kupodivu problém neměla, ale bratr často jako dítě ano. Například na Vánoce se strašně těšil na stromeček, ale první dárek jsem rozbalovala já a to se mu nelíbilo. Takových situací bylo určitě více. On nás občas se sestrou viděl asi i jako dvě spojenky proti němu, což samozřejmě pravda nebyla.

SHRNUTÍ

Tomáš je prvorozené dítě. Jelikož rodiče neměli srovnání s jiným sourozencem a jeho chování se nevyznačovalo výraznými odchylkami, byla stanovena diagnóza až mezi čtvrtým a pátým rokem. Mezitím se rodičům narodily již další dvě děti (dívky). Matka se očividně setkala s chlácholením ze strany lékařů, avšak dodnes jim to nezalívá. Obviňování či jakékoliv zalívání se údajně v rodině nevyskytlo, uvědomění možného vlastního zavinění ano (odstupem času, bez výčitek - nešlo ovlivnit), žádné popření ani zlost. Fáze šoku při sdělení diagnózy (především však Dětské epilepsie). Pocity otce matka nezná, nedával je příliš najevo, ale oporou jí byl vždy. Díky stanovení diagnózy v pozdějším věku a zaběhnutému režimu v rodině se třemi dětmi k žádným výrazným změnám nedošlo.

Sourozenecké vztahy se jeví jako tradiční a bezproblémové. Klasické sourozenecké neshody. Sourozenecká konstelace byla ovlivněna zdravotním postižením - pozici nejstaršího přebrala mladší sestra (prostřední dítě). Některé charakteristické znaky prvorozených byly zachovány (těžší vyrovnání se s příchodem mladšího sourozence, žárlivost, nevole ustoupit), avšak ke klasickému přebírání zodpovědnosti za mladší sourozence či ke kladení vysokých nároků na prvorozeného Tomáše nedošlo. Rysy, jež jsou pro nejstarší a prvorozené děti charakteristické a které nesplňoval Tomáš, přebrala automaticky jeho mladší sestra (prostřední dítě) a tím se posunuly i charakteristické rysy prostředních dětí na nejmladší dítě.

	Prvorozený, nejstarší dítě	Druhorozený, prostřední dítě	Benjamínek, nejmladší dítě
Moc - ztráta moci	✓		
Ústupky - pocity méněcennosti	✓		
Snaživost a cílevědomost, touha po úspěchu		✓	✓
Vysoké nároky		✓	✓
Vzor		✓	
Zodpovědnost		✓	
Vyjednávač		✓	✓
Nezávislost		✓	
Individualista		✓	✓
Rozporuplnost	✓		
Rozmazlenost			✓
Manipulátor			✓
Komik			✓
Bezstarostnost	✓		✓

Tab. 5 Odlišnosti v charakteristických rysech a vzorcích chování - rodina číslo 1

RODINA 2

DIAGNÓZA: ADD, prvky Aspergerova syndromu

VĚK DÍTĚTE S POSTIŽENÍM (Petr): 11 let

VĚK RODIČŮ: matka 41 let, otec 45 let

VĚK SOUROZENCŮ: mladší sestra 9 let (Katka), starší bratr 21 let (Karel)

RODINA: Úplná

Rozhovor proběhl s matkou a následně s nejmladší dcerou v domě, kde rodina žije. Petr je stejně jako jeho mladší sestra Katka zvědavé dítě, takže přirozeně nechtěli být zavřeni v pokoji vedle a chtěli rozhovor poslouchat. Jelikož autorku jejich matka ubezpečila, že není nic, co by před nimi říkat nechtěla, u některých částí rozhovoru byli přítomni či se k nim vyjadřovali. Přítomni byli i otec a babička, kteří ale měli jinou zábavu, a tak se do rozhovoru nevměšovali. Prostředí i okolnosti nechala autorka pouze na libovůli matky. Přítomnost dětí a ostatních členů rodiny způsobila občas mírný chaos, hlavní však bylo docílit toho, aby se všichni cítili příjemně (hlavně matka) a rozhovor tak nepůsobil jako výslech. S nejmladší dcerou si autorka povídala během hraní s oběma sourozenci. Nakonec Petrovi pomohla vypracovat domácí úkol. Před zahájením rozhovoru byla matka autorkou ujištěna, že sdělené informace budou použity pouze k účelu diplomové práce. Jména a místa byla pozměněna. Autorka ubezpečila matku o naprosté diskrétnosti sdělených informací.

ROZHOVOR S MATKOU

Jaký byl průběh Vašeho těhotenství? Vyskytly se nějaké komplikace v těhotenství či během porodu?

Těhotenství se obešlo bez problémů, Petr byl už v bříšku poměrně "živé" miminko. V třicátém čtvrtém týdnu jsem ho ale jeden den přestala úplně cítit. Nezaznamenala jsem pohyby v břichu a začala jsem mít strach. Ke konci dne jsme jeli s manželem do nemocnice, kde mi udělali ultrazvuk a různá vyšetření. Vše bylo v pořádku. Během ultrazvuku však nastaly nějaké komplikace - srdeční ozvy miminka utichly. Pamatuji si, že najednou začali všichni pobíhat a rychle jednat. Miminko muselo ihned ven císařským řezem. Nevím, zda a jak dlouho byl Petr přidušený nebo co konkrétně se stalo. V tu chvíli jsem byla šťastná, že byl v pořádku i po předčasném porodu.

Kdy jste si začala všimnout, že něco není v pořádku?

Už jen okolnosti dřívějšího porodu způsobily, že jsme museli navštěvovat více doktorů, kteří nás v podstatě nepatrně připravovali na to, že u takových dětí mohou nastat komplikace

ve vývoji. Ovšem konkrétní den nebo situaci, kdy bych si řekla, že něco není v pořádku, si nevybavuji, jelikož Petr se ničím výrazným od svých vrstevníků neodlišuje. Samozřejmě jsem vnímala mírné odlišnosti během výchovy oproti jeho staršímu bratrovi, ale říkala jsem si, že stejní být přece ani nemohou. Když byl malý, mnohdy nás zaráželo, jak musí mít vše poskládané a seřazené (to jsme ho my nikdy neučili a abych řekla pravdu, tak to od nás určitě ani nemohl odkoukat). S čímkoliv se doma pohnulo, ihned si toho všimnul (a to myslím i opravdové maličkosti). Když jsem ho s sebou brala na nákup, často se mi stávalo, že přerovnával věci v regálech. Ovšem to jsme nevnímali jako problém. První komplikace (pokud se to dá tak vůbec nazvat) jsme zaznamenali přirozeně s nástupem do školy. Nejprve potíže s učením a pak najednou stavy, kdy měl diktát na výbornou a vůbec šíleně kolísavé výsledky.

Ve školce se Petr od dětí ničím neodlišoval?

Ale ano, vlastně už ve školce bylo zvláštní, že si nechtěl hrát s ostatními dětmi. Kdykoliv jsme ho vyzvedávali, seděl na koberci a hrál si sám se stavebnicí (pokaždé se stejnou). Později jsem se dozvěděla, že takhle si hrál celý den. Paní učitelky to neřešily, byly spokojené, že dítě nezlobí a nejspíš že se o něj nemusí moc starat.

Máte pocit, že paní učitelky tedy něco zanedbaly? Nebo kdokoliv jiný - lékařský personál atp.?

To určitě ne. Doktoři odvedli skvělou práci a jednali s námi vždy velmi dobře. Ani ve školství jsme se nesetkali s nějakým nevhodným chováním, snad jen v pedagogicko-psychologické poradně. Petr navštěvuje základní školu se zdravými dětmi a my bychom to nechtěli jinak. Samozřejmě má občas ve škole potíže, ale zvládá to, a tak nevidím důvod změny. Horší to bývá doma s domácími úkoly.

Co myslíte tím "horší"?

Jakmile už nesedí ve třídě, kde pracuje společně se spolužáky, je těžké docílit toho, aby se soustředil na úkoly. Většinou s ním musíme úkoly dělat společně. Samotný je schopný i desetkrát přijít, že neví, co a jak má dělat. Ani já, ani manžel nejsme žádní cholerici a učit se s Petrem je mnohdy vskutku náročné. Občas se s ním učí jeho starší bratr, ale ten to nevydrží nikdy dlouho.

Má to nějaký dopad na rodinu? Ať už problémy s domácími úkoly či jiné Petrovo chování?

To určitě nemá. Občas nás trochu "vytočí" (nebo častěji), ale které dítě ne. Neřekla bych, že jeho stav nějak nepříznivě ovlivňuje náš rodinný život. Spíše se na to dívám optimisticky, že nám ten rodinný život zpestřuje. Někdy přemýšlím, jak dalece souvisí jeho chování s jeho

postižením. Občas mám totiž ten pocit, že toho dokonce využívá, nebo se mu prostě jen "nechce". Ne vždy vím, jak na něj reagovat či jak postupovat. Například nedávno byl manžel týden služebně pryč a Petr za mnou každý den chodil a ptal se, kdy přijde táta z práce. Každý den jsem mu odpověděla, že je přece na celý týden pryč, ale on následující den přišel se stejnou otázkou.

Zmínila jste se o problému v PPP, můžete jej rozvést?

Při první návštěvě pedagogicko-psychologické poradny jsem v podstatě ze sebe "vysypala", co máme s Petrem za problémy, a paní mi řekla, že to vidí tak, že Petr žádný problém nemá, že to z něj dělám já a že si jenom stěžuji. Myslela jsem, že mám popsat problémy a ne to, v čem dítě vyniká a jak jsme spokojeni, že ho máme, když potřebuji pomoc. Navíc zpráva z vyšetření absolutně neodpovídala Petrovým schopnostem a dovednostem. Například ve zprávě stálo, že Petr rozumí přečtenému textu bez obtíží, což v žádném případě nebyla pravda. Odcházela jsem z poradny znechucená s pocitem, že svoji práci ani zdaleka neodvedli dobře. Tuto konkrétní poradnu jsem již nenavštívila, další zařízení jsem navštěvovala pouze na doporučení známých a s takovým přístupem jsem se již více nesečkala.

Vy sama jsme si někdy dávala za vinu, jaký Petr je? Popř. otcí dítěte?

V žádném případě. Jsem přesvědčená, že jsme nic nezanedbali jak během těhotenství, tak ani později ve výchově. Já v jeho postižení prostě problém nevidím. Občas je to s ním náročnější a prakticky vše mu trvá déle, ale jinak je zdravý.

Jaký má Petr vztah se sourozenci?

Petr se narodil jako prostřední dítě. Karlovi bylo 10let, takže tam byl poměrně velký věkový rozdíl. Petr ke svému staršímu bratrovi vždycky vzhlížel a Karel byl pro něj velký vzor. Dokonce když Karel začal kouřit, chodil za mnou neustále Petr a ptal se mne, v kolika letech taky může začít kouřit. Karel se k Petrovi zase od malička stavěl hodně zodpovědně. Jelikož byl už dost veliký, musel se o něj často starat, hlídat ho a pomáhat nám s jeho výchovou, což se mu dařilo na výbornou. Myslím, že i díky tomu v něm má Petr takový vzor. Katka je naše nejmladší a narodila se, když měl Petr tři roky. Příchod sestřičky vnímal Petr pozitivně - že si bude mít s kým hrát. Od malička spolu vycházeli skvěle a Katka tak nějak sama postupem času převzala zodpovědnost za Petra. Například dohlíží i ve škole na to, zda odevzdal, co měl atp. Hrají si spolu, někdy mu pomáhá s domácími úkoly.

Katka tedy není typický "benjamínek"?

Je nejmladší a k tomu ještě holka, takže tam asi nějaké ty ústupky byly vždy. Ovšem tím, že je Petr takový, bych řekla, že převzala spoustu vlastností charakterizujících druhorozené dítě, především zodpovědnost. S Petrem je doma vnímáme tak nějak stejně, jelikož jsou mnohdy

na stejné "úrovni". Na Petra moc nesedí vlastnosti charakterizující prostřední děti, což ale může být i způsobeno vyšším věkovým odstupem od staršího bratra.

Nemyslíte, že spolu Katka s Petrem vycházejí především díky Petrovu postižení?

Ne, to si opravdu nemyslím. Sama jsem toho názoru, že si rozumí především proto, že jsou si věkově docela blízko, tudíž mají stejné zájmy, nápady a zajímají je v podstatě totožné věci. Také si myslím, že Petr cítí v Katce oporu, a proto ji bere, i když je to holka a ještě k tomu mladší.

ROZHOVOR S MLADŠÍ SESTROU

Chodíte si spolu hrát často ven?

Ano, vlastně chodíme vždycky spolu. Já jdu někdy za holkama ze třídy, ale spíš bývám s Peťou. Oblíbili jsme si teď jednu hru s míčem a k tomu jsou potřeba tři, tak k sobě vždycky ještě jednoho najdeme a hrajeme ji.

Kdo z vás hlídá čas a rozhoduje, kdy půjdete domů?

No určitě já, Peťa by byl venku i do noci, kdybych to nehlídala já. Petr u této otázky oponoval, že to není pravda, že on je ten zodpovědný, ale maminka mne ujistila, že Katka má pravdu.

Navštěvuješ bratra o přestávkách ve škole?

No moc často ne, asi jen když mu musím něco připomenout nebo na něco dohlédnout. Dneska jsme měli odevzdat přihlášku na tábor a já jsem mu to nepřipomněla, tak určitě zapomněl. K zastání Petra - přihlášku odevzdal.

Nevadí Ti někdy, že musíš být zodpovědná za vás za oba i přesto, že jsi mladší?

Ne, ani ne. Taky občas na něco zapomenu a Peťa zapomíná jen častěji. Někdy mi ale vadí, že mu musím pomáhat s úkoly. Když se mi chce, tak mu pomůžu, jenže on pak chce pomoci pořád a mně připadá, že by chtěl, abych za něj ty úkoly dělala sama.

Bydlíte spolu v jednom pokojíku, nemáte s tím problém? Nehádáte se kvůli tomu?

Já jsem chtěla svůj vlastní pokoj a chvíli jsem ho i měla, ale nebylo to tak fajn, jak jsem myslela, tak jsme zase spolu. Petr mi občas nadává za nepořádek, ale já nerada uklízím. I když on má taky nepořádek, jenže třeba na hromádce.

Byla jsi někdy u toho, že by se bratrovi někdo posmíval nebo si z něj dělal "legrácky"?

Jak jsi na to reagovala?

Jo to se stává docela často, protože Petr pořád šaškuje a dělá nějaké vylomeniny. Moc si toho nevšímám, ale když to někdo přežene, tak mu řeknu, že je hloupý a ať si všímá sám sebe.

SHRNUTÍ

Rodina působila harmonickým, i když trošku chaotickým dojmem. Autorka se setkala jak s oběma rodiči, tak i se všemi třemi sourozenci. Postoj všech k prostřednímu dítěti (Petrovi) byl stejný jako k dalším dvěma dětem. Žádné upřednostňování nebo zvýšené ohledy. V rodině se k tomu všichni stavěli stylem "prostě to tak je". Matka Petra byla při rozhovoru velmi otevřená a dobře naladěná. Stejně jako v předchozí rodině se Petr narodil dříve, což vedlo k častým návštěvám různých lékařů a k upozorňování na možná rizika. Rodiče tedy neprožili šok ze sdělené diagnózy. Šokem bylo pro matku pouze nevhodné jednání v pedagogicko-psychologické poradně. Obviňování, uvědomění pochybení, zlost ani výčitky se nevyskytly ani u jednoho z rodičů. Akceptace odlišnosti již od počátku. Vliv přítomnosti zdravotního postižení na rodinu matka odmítla. Podle matky je vše tak, jak být mělo, a zaobírat se otázkou, jaké by to bylo, kdyby se narodil Petr bez zdravotního postižení, je podle ní ztráta času. Jediné, co rodiče skutečně nechtějí, je přechod na ZŠ speciální, který byl již Petrovi doporučen. Oba rodiče jej chtějí ponechat vzdělávat se ve škole se zdravými dětmi, dokud to zvládá.

Sourozenecké vztahy autorka zhodnotila jako fungující a velmi pěkné. Petr má skvělý vztah se svou mladší sestrou, působili jako dobří kamarádi. Starší bratr je o deset let starší a je pro Petra je velkým vzorem, avšak tak pevné vazby jako se sestrou s ním nemá. Sourozenecké konstelace zde byly jednoznačně ovlivněny - ne však pouze přítomností zdravotního postižení, ale i faktem, že nejstarší dítě, Karel, vyrůstalo v pozici jedináčka dlouhých deset let a vytěsnění z této pozice příchodem mladšího sourozence pro něj již v tomto věku nebylo zdaleka tak frustrující, jako tomu může být u mladších dětí. Nejspíše i z důvodu velkého věkového rozdílu přebrala za Petra zodpovědnost nejmladší sestra.

	Prvorozený, nejstarší dítě	Druhorozený, prostřední dítě	Benjamínek, nejmladší dítě
Moc - ztráta moci			
Ústupky - pocity méněcennosti			
Snaživost a cílevědomost, touha po úspěchu	✓		
Vysoké nároky	✓		
Vzor	✓		
Zodpovědnost	✓		✓
Vyjednávač			✓
Nezávislost		✓	✓
Individualista			✓
Rozporuplnost			
Rozmazlenost			✓
Manipulátor			✓
Komik		✓	✓
Bezstarostnost		✓	

Tab. 6 Odlišnosti v charakteristických rysech a vzorcích chování - rodina číslo 2

RODINA 3

DIAGNÓZA: Ekvinovarus, Q42 - anorektální atrézie, kolostomie

VĚK JEDINCE S POSTIŽENÍM (Dušan): 10 let

VĚK RODIČŮ: matka 33 let, otec 33 let

VĚK SOUROZENCE (Radek): starší bratr 12 let

RODINA: Neúplná

Rozhovor proběhl s matkou a následně se starším sourozencem v bytě autorky. Matka byla velice ochotná, avšak ještě před rozhovorem dala najevo nevoli týkající se rozhovoru se starším synem, jelikož dle jejího názoru vnímá vše tak jako v jiných rodinách, proto rozhovor se starším synem proběhl krátce a za přítomnosti matky, což autorka neshledala ideálním, avšak musela se v tomto přizpůsobit. I na otázky týkající se vztahu sourozenců matka reagovala trochu podrážděně. Jak autorce sama matka sdělila, před dvěma roky jí diagnostikovali lékaři roztroušenou sklerózu a její řeč tak byla mírně narušena. Autorka tomuto zjištění rozhovor přizpůsobila. Před zahájením rozhovoru byla matka autorkou ujištěna, že sdělené informace budou použity pouze k účelu diplomové práce. Jména a místa byla pozměněna. Autorka ubezpečila matku o naprosté diskrétnosti sdělených informací.

ROZHOVOR S MATKOU

Jaký byl průběh Vašeho těhotenství? Vyskytly se nějaké komplikace v těhotenství či během porodu?

Již v šestém měsíci jsme se dozvěděli, že miminko, které čekáme, bude mít problém s nožičkami. Doktorů nás ujišťovali, že se nejedná o nic vážného a že se vše vyřeší několika operacemi. Další průběh těhotenství i porodu proběhl bez komplikací. To, že se narodí Dušan s vadou nožiček, jsme tedy očekávali a šok to pro nás nebyl.

Jak jste reagovala na dané zjištění v těhotenství?

Po ujištění doktorů, že se vše vyřeší operacemi, jsem v tom neviděla až takový problém, avšak ovládl mě strach, že se u miminka vyskytne i mentální postižení - v takovém případě bychom si jej nenechali. Testy však ukázaly, že po mentální stránce bylo vše v pořádku.

Měla jste na někoho zlost, popř. obviňovala jste někoho?

To si nemyslím. Dodnes jsem přesvědčena, že doktorů odvedli svoji práci na jedničku. Abych obviňovala sebe, manžela, nebo kohokoliv jiného z okolí - na to jsem upřímně neměla čas.

Ihned po porodu se ale vyskytly další komplikace, jak jste na ně reagovala?

Pokud máte na mysli další zdravotní komplikace Dušana, tak jsem měla pocit, že to snad nikdy neskončí. To, v čem jsem předtím neviděla až takový problém, najednou problém byl. Ovšem je to moje dítě a musela jsem něco dělat. Když se tak nad tím zamyslím, nikdy jsem moc nepřemýšlela nad tím, proč se to muselo stát právě nám nebo jaké by to bylo, kdyby se to nestalo. Prostě to tak bylo a my jsme se podle toho museli začít chovat. Navíc se dle mého názoru nejedná o závažné postižení. Dušan je normální kluk.

Změnilo se něco ve Vaší rodině s příchodem Dušana?

V té době se nám zcela s manželem rozpadlo manželství. On si našel jinou ženu a já jsem na vše zůstala sama. V Dušanovi jsem měla oporu, hrozně moc mi toho vlastně dal.

Myslíte si, že měl Dušan podíl na rozpadu Vašeho manželství?

Měli jsme problémy již delší dobu, ale po narození Dušana to šlo všechno z kopce. Manžel je voják a nejspíše se nemohl vyrovnat s tím, jaký Dušan je. Když byl Dušan ještě malý, manžel nechtěl, abychom za ním jezdili do práce. Nejspíše proto, aby nebylo vidět, že má syna s takovými nožičkami. I když postupem času to bylo lepší, naše manželství již ale zachránit nešlo. Teď jezdí kluci jednou za čtrnáct dní k exmanželovi a jeho nynější ženě. Mají spolu dokonce roční dceru a tu má Dušan moc rád. Nyní spolu vycházíme bez problémů, i když to zpočátku bylo velice těžké.

Myslíte si, že jste z rozpadu manželství někdy Dušana obviňovala? Třeba i jen vnitřně?

Ne, určitě ne. Jak jsem řekla, měli jsme problémy s manželem již dlouho a v tu dobu mě nad vodou držel především Dušan. Nejspíš to tak mělo být.

Jak byste popsala vztah Dušana s Radkem?

Normální vztah dvou bratrů. Radek teď hodně vyvádí, začíná mu puberta. Je to s ním mnohdy k nevydržení. Ale to, že by ho nějak ovlivňoval Dušan, si nemyslím. Pamatuji si, že když se někdo Dušanovi dříve posmíval, stal se z Radka velký bratr "ochránce".

Myslíte, že jste někdy - i nevědomky - upřednostňovala Dušana?

Že bych ho měla radši? To v žádném případě! Mám je oba stejně ráda. I když pravdou asi je, že jsem na Dušana byla mírnější a opatrnější. Neřekla bych, že jsem ho rozmazlovala, ale přece jen je mladší a ještě se zdravotními problémy. Kdybyste se zeptala ale kohokoli v naší rodině, všichni Vám budou tvrdit, jak upřednostňuji Dušana a Radek je chudák, ale to není pravda.

Dával Vám někdy Radek najevo (popř. řekl), že máte Dušana radši?

To slýchávám dodnes. Už od malička se rozčiloval, když jsem mu nechtěla něco koupit, že Dušanovi bych to koupila, a naopak. Několikrát řekl, že Dušana máme všichni radši. Těch situací bylo hodně. Jenže ono to bylo těžké už od začátku. Když se Dušan narodil, musela

jsem s ním ihned odjet do jiného města do nemocnice a Radek tak byl často u prarodičů (na manžela jsem se moc spolehnout nemohla). I později jsem s Dušanem často odjížděla do lázní a na různé operace. Radkovi byly tři roky, když to všechno začalo, a asi to pro něj taky nebylo jednoduché, ale jinak to prostě udělat nešlo.

Hrají si kluci společně?

Moc často ne. Každý z nich má jiné kamarády.

Jak vychází Dušan s vrstevníky?

Skvěle! Ve školce ani ve škole jsem se nesečkala s žádným nevhodným chováním jak ze strany učitelů a vychovatelů, tak ani ze strany dětí - což mě už kolikrát zarazilo. Děti umí být zlé a měla jsem strach, že se budou Dušanovi smát, jaké má nožičky. Naopak ho děti mají rády a často mu pomáhají. Na jeho nohy občas jen zírají dospělí na koupališti. Jedna maminka se mě dokonce přišla zeptat, proč je má takové.

ROZHOVOR SE STARŠÍM BRATREM

Jak vycházíš s Dušanem?

Tak normálně, někdy se spolu pohádáme, ale nemyslím si, že je to častěji než jiní sourozenci. Nemám rád, když mi bere moje věci nebo chce jít se mnou ven.

Proč Ti vadí, když chce jít s Tebou ven?

Mám svoje kamarády a když jdu ven, chci prostě odejít od všech z domu. Doma se všichni točí kolem Dušana, venku je mi fajn.

Víš, že má Dušan zdravotní problémy?

No jasně, vím. Taky kvůli tomu často bývá s mámou v nemocnici. Já mu taky pomáhám, jenže si myslím, že se doma kolem něj točí všichni až moc, to už s jeho zdravím nemá nic společného. Já nic nesmím a on může všechno.

Žárlíš na Dušana někdy?

Ne že žárlím, jen bych chtěl, aby se chovali všichni víc férově. Dušanovi koupí vždycky, na co si ukáže, mně nekoupí skoro nic.

SHRNUTÍ

Rodina se od předchozích dvou odlišuje především v rozpadu manželství. Rozvod má vždy na děti velký vliv a na děti se zdravotním postižením dvojnásob. Bohužel v této rodině mělo zdravotní postižení vliv na rozpad manželství, což autorka považuje za zásadní ovlivnění rodinného života. Děti zůstaly v péči matky, k otci jezdí jednou za dva týdny. Rodinné vztahy se jeví jako dobré. Matka zůstala chvíli po narození Dušana prakticky sama s dětmi a na Dušana se vcelku upnula. Jak sama několikrát během rozhovoru zmínila, bylo to pro ni těžké období a on ji "držel nad vodou". Vnímá to nejspíše i starší bratr, a tak v něm sílily pocity méněcennosti. Odchodem otce byl ovlivněn více než jeho mladší bratr, jelikož ten se do situace již narodil, a jak řekla během rozhovoru matka - vyrůstal s tím, že táta má dvě ženy. Autorka je toho názoru, že v této rodině lze zpozorovat znaky výchovy, ve které je koncentrována pozornost a zájem na postižené dítě.

Sourozenecký vztah mezi dvěma bratry podle všeho není zdravotním postižením nijak ovlivněn. Radek neměl příliš zájem si s autorkou povídat, tak nějak mu bylo všechno jedno (začínající puberta), takže v tomto vztahu nebyla autorka seznámena s výraznějšími odchylkami. Sourozenecká konstelace zde z pohledu autorky zdravotním postižením narušena nebyla. U dvou dětí se z druhorozeného dítěte stává současně dítě nejmladší, a tak si často vybírá rysy a vzorce chování, které shledává výhodnějšími. Přítomnost zdravotního postižení mohla způsobit příklon k rysům typickým pro benjamínky, ovšem to je pouze domněnka. Radek je typickým "učebnicovým" příkladem prvorozeného, nejstaršího dítěte, které se později musí vyrovnávat s příchodem mladšího sourozence.

	Prvorozený, nejstarší dítě	Druhorozený, prostřední dítě	Benjamínek, nejmladší dítě
Moc - ztráta moci	✓		
Ústupky - pocity méněcennosti	✓		
Snaživost a cílevědomost, touha po úspěchu	✓		
Vysoké nároky	✓		
Vzor	✓		
Zodpovědnost	✓		
Vyjednavač		✓	
Nezávislost			
Individualista			
Rozporuplnost			
Rozmazlenost			✓
Manipulátor			✓
Komik			✓
Bezstarostnost			✓

Tab. 7 Odlišnosti v charakteristických rysech a vzorcích chování - rodina číslo 3

RODINA 4

DIAGNÓZA: Střední mentální retardace s prvky autismu, Angelmanův syndrom, hyperaktivita

VĚK DÍTĚTE S POSTIŽENÍM (Adéla): 11 let

VĚK RODIČŮ: matka 40 let, otec 41 let

RODINA: Neúplná - poslední 3 roky žijí rodiče odděleně

Rozhovor proběhl s matkou dítěte v odpoledních hodinách. Sama matka si zvolila prostřední kavárny. Matka před zahájením rozhovoru byla autorkou ujištěna, že sdělené informace budou použity pouze k účelu diplomové práce. Jména a místa byla pozměněna. Autorka ubezpečila matku o naprosté diskrétnosti sdělených informací. Matka si nepřála nahrávání rozhovoru. Ihned po ukončení rozhovoru autorka pečlivě zaznamenala zjištěné informace a skutečnosti.

ROZHOVOR S MATKOU

Kdy jste zjistila, že u Vaší dcery není vše v pořádku?

Těhotenství i porod proběhly bez komplikací. Během prvního roku jsem si všimla, že je Adélka neklidná a málo spí - nepovažovala jsem to však za problém. Po prvním roce jsem si začala dělat starosti a obrátila jsem se na obvodní lékařku s tím, že malá spí málo, je neklidná a plačtivá. Obvodní lékařka mne dlouhou dobu ujišťovala, že se vše spraví a bude to v pořádku. Jak Adélka rostla, začala váznout i řeč a mně bylo jasné, že to v pořádku nebude. Výsledky vyšetření s danou diagnózou jsme zjistili kolem čtvrtého roku.

Jak jste reagovala na dané zjištění? Řekla jste, že jste si uvědomovala, že není vše, jak má být, byl to pro Vás i přesto šok?

Samozřejmě, i když víte, že se něco děje, slyšet, že je vaše dítě mentálně retardované, je šok zkrátka vždy. Asi ani tak nešlo o to zjištění, jako o fakt, že to "někdo" (lékař) vyslovil. Sama jsem v podvědomí věděla, co se děje, ale slyšet to bylo pro mne nejhorší. Dodnes jsem na to citlivá. Já sama říkám (pokud je to nutné), že Adélka není úplně zdravé dítě, výraz mentálně retardovaná - což vyjadřuje "nemocná" - odmítám.

Cítila jste zlost, že k Vám byli doktoři takto přímí?

Neuvědomuji si, že bych cítila přímo zlost, jen mi to bylo nepříjemné.

Obviňovala jste někoho?

Že bych dávala lidem kolem sebe za vinu, že je Adélka taková, jaká je, si nevzpomínám. Spíš jsem měla strach, že jsem na vině já sama. Na vlastní náklady jsem si nechala udělat

genetické vyšetření, které vyvrátilo moji "vinu". Pak jsem byla klidná. Představa, že bych za její postižení mohla já (i přesto, že se mohlo jednat o okolnosti, které bych nemohla změnit), byla pro mne asi nejhorší.

A co obvodní lékařka, která Vás ujišťovala, že bude vše v pořádku, k té jste zlost necítila?

Když už jsem sama věděla, že to v pořádku nebude, měla jsem trochu zlost, že mě stále chlácholí. Avšak nemyslím si, že by cokoliv zanedbala či udělala nějakou chybu, která by stav změnila. Obvodní lékařkou malé Adélky zůstala dodnes.

Setkala jste se někdy s doporučením dát Adélku do ústavu, popřípadě s údivem, že ji máte doma a staráte se o ni sama?

Ne, s tím jsem se nesečkala nikdy. Spíše mi lidé často říkají, že mne obdivují, že oni by to nezvládli. S tímto se setkávám hodně často. Odpovídám, že je to moje dítě, které miluji a pro které bych udělala všechno. Osobně si myslím, že mnoho lidí se ani neuvědomuje, co tím říká. Nemohu nikoho soudit, ale podle mého názoru by se takto zachovala valná většina rodičů.

Změnilo dle Vašeho názoru postižení Vašeho dítěte Vaši rodinu?

Že by nastala přímo nějaká změna nebo zvrát s příchodem Adélky do rodiny či při zjištění jejího postižení, to si nemyslím. Najednou to tak bylo a všichni jsme se k tomu postavili čelem. V manželství nenastala také žádná krize s příchodem malé nebo z důvodu jejího zdravotního postižení. Já jsem velký realista a než nešťastně sedět a trápit se začala jsem ihned podnikat kroky k tomu, aby vedla Adélka skvělý život i přes její postižení. Dokonce jsem se stala členkou (nejmenované) organizace, abych mohla více věcí ovlivnit či se více věcí zúčastnit.

Adélka je jedináček. Ovlivnil její stav Vaše rozhodování o dalším dítěti?

To určitě ne. Pokud bych chtěla další dítě, muselo by to být s jiným partnerem. (Dále se k tomuto matka vyjadřovat nechtěla.)

S otcem Adélky nežijete?

Již třetím rokem žijeme odděleně. Máme však skvělé vztahy. S Adélkou se vidají prakticky každý den a musím říct, že otec Adélky je skvělý táta. Pro Adélku se naším odloučením nic nezměnilo.

Takže ani ze strany otce jste se nesečkala s nepochopením či obviňováním?

Nikdy, naopak mi byl velkou podporou.

Adélka je jedináček, vykazuje podle Vás některé typické znaky jedináčků?

Určitě! Já sama jsem se jí odmalička věnovala naplno, kdykoliv mě potřebovala. To způsobilo, že si zvykla na neustálou pozornost. Adélce jsem se věnovala (dle mého názoru) dostatečně, avšak vždy, když něco chtěla, jsem všeho nechala a vyhověla jí, což asi nebylo

úplně v pořádku. Už ve školce se to začalo jevit jako problém. Adélka navštěvovala MŠ se zdravými dětmi. Ve škole (speciální) si s ní pak často nevěděli rady, jelikož na sebe neustále strhávala pozornost. I já sama jsem tento přístup musela změnit, což bylo mnohdy vskutku těžké, a Adélka hodně vyváděla. Dalším typickým projevem je, že vyhledává kontakt spíše s dospělými než s vrstevníky. Jde vidět, že vyrůstala mezi dospělými a v jejich přítomnosti se zkrátka cítí dobře. Můžu říct, že je opravdu taková "jedinečná perla" a je možné, že její zdravotní stav tento přístup ještě podtrhnul. Myslím, že jsem ji v některých věcech opravdu rozmazlila.

S vrstevníky si Adélka nerozumí ani ve své škole?

V MŠ se děti spíše bála, nenavštěvovala MŠ speciální a vnímala asi nějakou odlišnost. Nyní navštěvuje školu speciální, ve které je moc spokojená. Ve třídě jich je 6 a se spolužáky vychází velice dobře. Přesto vnímám, že ve společnosti dospělých se cítí lépe.

SHRNUTÍ

Matka Adélky působila velmi sympaticky a plná energie. Stejně jako v předchozí rodině i zde žije dítě s matkou. Rodiče Adélky však nejsou rozvedeni a dívka se vídá denně se svým otcem. Dle matky jejich odloučení nijak nesouvisí s dcerou a jejím zdravotním stavem. Vztahy v rodině jsou tedy dobré. Matka sama dlouhou dobu pozorovala, že vývoj její dcery není zcela v normě, a diagnóza pro ni tedy nebyla žádným překvapením. Přesto prožívala při jejím sdělení šok - jak sama uvedla, "slyšet to někoho vyslovit bylo nejhorší". Oba rodiče realisté, žádné obviňování druhých - matka vinila sebe, ale pouze do doby, než genetické testy ukázaly, že není na vině. S prací zdravotnického personálu (i přes chlácholení obvodní lékařky) byli rodiče vždy spokojeni, matka se pouze jednou setkala s nevhodným chováním mezi pedagogickými pracovníky.

Adélka jako jedináček i přes své zdravotní postižení splňuje charakteristické rysy tohoto postavení. Sama matka přiznala, že ji nejspíše rozmazluje a to z části i díky danému postižení. Dívka byla již od malička zvyklá na pozornost, kterou dodnes neustále vyžaduje (jak ve škole, tak i doma), a pokud se jí náležitě pozornosti nedostane, vzteká se. Dále se dívka pohybovala v dětství převážně mezi dospělými a jejich společnost upřednostňuje dodnes. Vysoké nároky na ni kladeny díky závažnosti zdravotního postižení nikdy být nemohly. Při zmínění přirovnání k "jedinečné perle" se matka ihned hrdě hlásila k tomuto tvrzení, že Adélka je opravdu její "jedinečná perla".

	Prvorozený, nejstarší dítě	Jedináček	Druhorozený, prostřední dítě	Benjamínek, nejmladší dítě
Moc - ztráta moci				
Ústupky - pocity méněcennosti				
Snaživost a cílevědomost, touha po úspěchu				
Vysoké nároky				
Vzor				
Zodpovědnost				
Rozmazlenost		✓		
Sebestřednost		✓		
Vysoké nároky		✓		
Vyjednávač				
Nezávislost				
Individualista				
Rozporuplnost				
Rozmazlenost				
Manipulátor				
Komik				
Bezstarostnost				

Tab. 8 Odišnosti v charakteristických rysech a vzorcích chování - rodina číslo 4

3.9. Výsledky šetření

Před uskutečněním rozhovorů autorka stanovila výzkumné cíle a k nim se vztahující výzkumné otázky. Cílem rozhovorů bylo zjistit takové informace, díky kterým měla autorka dosáhnout zodpovězení výzkumných otázek a tím i stanovených dílčích cílů.

- **Dílčí cíl:** Zjistit, jak vnímají rodiče narození jedince s postižením.
- **Výzkumná otázka:** Co se odehrávalo v rodičích při zjištění, že se jim narodí (narodilo) dítě s postižením?

Pouze v jedné rodině byli rodiče seznámeni se zdravotním postižením dítěte ještě před jeho narozením, ve dvou rodinách došlo k předčasnému porodu a v jedné rodině proběhl porod bez komplikací (v termínu) a zdravotní postižení se začalo projevovat až odstupem času. Jelikož to byli vždy právě rodiče, kteří si začali všimnout určitých odlišností ve vývoji, nebylo pro ně stanovení diagnózy až takovým šokem. Všechny čtyři matky se vyjádřily k této problematice tak, že se jednalo o jejich dítě a ať bylo jakékoliv, milovaly ho a jeho zdravotní postižení to nezměnilo. Zdravotnický personál údajně odvedl vždy skvělou práci, což podle zjištěných informací nelze říci o pedagogických pracovnících. Reakce a chování rodičů při zjištění, že jejich dítě je zdravotně postižené, z části odpovídají odborné literatuře, avšak v žádné z výzkumných rodin nepřekročila míra shodnosti 50%. Tento závěr však nelze označit jako obecný, jelikož existuje celá řada zdravotních postižení stejně jako různorodých rodin a nespočet okolností, jimiž jsou ovlivněny. V rámci kvalitativního výzkumu nebylo možné zajistit takové množství rodin.

- **Dílčí cíl:** Vyzkoumat, jakým způsobem ovlivní rodinu příchod jedince s postižením.
- **Výzkumná otázka:** Jaké změny nastaly v rodině s příchodem dítěte s postižením?

Příchod dítěte ovlivní rodinu vždy a podle tázaných matek tedy ovlivnil rodinu i příchod jejich dítěte se zdravotním postižením. Vliv však podle nich měl příchod dalšího potomka, ne přítomnost jeho zdravotního postižení. Tudíž ovlivnění rodiny přítomností zdravotního postižení bylo ve třech rodinách vyloučeno. V jedné rodině však nastal zvrát v manželském vztahu ihned po narození dítěte s postižením a došlo zde k odloučení rodičů. Manželství bylo narušeno již před narozením dítěte, avšak fakt, že dítě není zcela zdravé, ovlivnil manželství negativně. Po sedmi letech odloučení následoval rozvod. V rodině však

rozpad manželství dítěti nikdy přisuzován nebyl, matka však během rozhovoru připustila, že dítě mělo na rozpad manželství velký vliv.

- Dílčí cíl: Ověřit, zda-li se SK s příchodem sourozence se zdravotním postižením změní.
- Výzkumná otázka: Existují odchylky v sourozenecké konstelaci, které mohou být způsobeny přítomností zdravotního postižení? Pokud ano, jaké?

Sourozenecké konstelace se s příchodem dítěte se zdravotním postižením jednoznačně mění. Autorka znázornila v tabulkách 5-8 odchylky v sourozeneckých konstelacích, které byly vcelku výrazné. Dětem se zdravotním postižením z velké části neodpovídají typické vzorce chování, dané jejich postavením mezi sourozenci. Tyto rysy a vzorce chování jsou pak často přebírány jedním, nebo více sourozenci. Postavení jedináčka se přítomností zdravotního postižení nijak výrazněji neodlišuje.

- Dílčí cíl: Stanovit kvalitu sourozeneckých vztahů (sourozeneckého vztahu) z pohledu rodičů.
- Výzkumná otázka: Jak vidí kvalitu sourozeneckých vztahů (sourozeneckého vztahu) rodiče?

Všechny matky jednoznačně uvedly, že sourozenecké vztahy nebyly přítomností zdravotního postižení negativně ovlivněny. Sourozenecké vztahy vidí jako velmi dobré a jisté ovlivnění připouštějí, vždy však pouze v pozitivním slova smyslu.

- Dílčí cíle: Zjistit, jak ovlivňuje jedinec s postižením své(ho) intaktní(ho) sourozence. Stanovit kvalitu sourozeneckého vztahu s pohledu intaktního sourozence.
- Výzkumná otázka: Jak vnímá intaktní jedinec svého sourozence s postižením? Cítí se být intaktní jedinec ovlivněn sourozencem se zdravotním postižením? Pokud ano, jak?

Všichni sourozenci si alespoň z části uvědomovali odlišnost jejich sourozence se zdravotním postižením. Žádný z nich v tom však neviděl větší problém. U jedné rodiny (rodina 3) byla zaznamenána zvýšená žárlivost a pocity nespravedlnosti, avšak jelikož v této sourozenecké konstelaci se vyskytuje často i tam, kde jsou obě děti zdravé, nelze toto chování přisuzovat přítomnosti zdravotního postižení. Žádný z tázaných sourozenců neviděl jakýkoliv větší problém či nevýhodu tom, že mají zdravotně postiženého sourozence a že za něj

mnohdy musí přebírat zodpovědnost. Naopak se údajně do této pozice stavěli sami jakoby automaticky. Často se v těchto sourozeneckých vztazích vyskytuje tzv. ochránářská role, do které se staví intaktní sourozenci aby chránili svého zdravotně postiženého sourozence.

ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřena na rodinu s dítětem se zdravotním postižením. V první části diplomové práce se autorka zabývala především příchodem dítěte se zdravotním postižením do rodiny a reakcí rodičů na přítomnost zdravotního postižení. Druhou část věnovala problematice sourozeneckých vztahů a sourozeneckým konstelacím. Autorka podrobně zkoumala dostupnou literaturu k dané problematice a následně přehledně sepsala zjištěné informace.

Jelikož sourozenecké konstelace jsou zkoumány a popisovány v převážné většině z hlediska intaktních sourozenců, zaměřila se autorka ve výzkumné části této diplomové práce na odlišnosti sourozeneckých konstelací způsobené zdravotním postižením. Z výsledků výzkumu jasně vyplývá, že sourozenecké konstelace jsou přítomností zdravotního postižení v rozsáhlé míře ovlivněny. Během výzkumu si autorka povšimla možnosti zákonitostí změn sourozeneckých konstelací vlivem zdravotního postižení. Tyto zákonitosti se autorka rozhodla zkoumat do budoucna, popř. pro účely jiné práce. Dále autorka zkoumala reakce rodičů na zjištění, že jejich dítě je zdravotně postižené. Reakce rodičů korespondují s odbornou literaturou v různě rozsáhlé míře a jsou individuální pro každou rodinu. Reakce jsou ovlivněny především mírou postižení, časem daného zjištění a také skutečností, zda jsou to právě rodiče, kteří si jako první všimnou nesrovnalostí ve vývoji. V neposlední řadě se autorka zaměřila také na intaktní sourozence a na jejich vztah ke zdravotně postiženému sourozenci. Výsledky výzkumu ukázaly, že rodiče ani sourozenci z velké míry nepřipouštějí, že by se přítomností zdravotního postižení mělo v jejich rodině něco zásadně změnit. Dle jejich slov jsou jednou rodina a nevidí důvod, proč by měli být jiná rodina než ostatní.

Během rozhovorů byla autorka mile překvapena otevřeností a upřímností matek. Zjištěné informace shledala autorka užitečné nejen pro účely této diplomové práce, ale i pro účely svého budoucího povolání.

Cílů, zjistit míru ovlivnění rodiny, sourozeneckých vztahů a sourozeneckých konstelací zdravotním postižením, bylo v této diplomové práci dosaženo.

Seznam zkratk

atd. - a tak dále

atp. - a tak podobně

např. - například

popř. - popřípadě

resp. - respektive

SK - sourozenecké konstelace

tzv. - takzvaně

Seznam použitých zdrojů

- ADLER, A. *Porozumění životu: úvod do individuální psychologie*. 1. vyd. Překlad Štěpán Kovařík. Praha: Aurora, 1999. 158 s. ISBN 80-859-7476-2.
- ČAPEK, J. *Pozitivní výchova sourozenců v rodině*. Praha: Portál, 2010. 120 s. ISBN 978-80-7367-779-4.
- DALLOZ, D. *Žárlivost a rivalita: průvodce výchovou v rodině*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 111 s. ISBN 80-717-8596-2.
- DREIKURSOVÁ-FERGUSONOVÁ, E. *Adlerovská teorie*. Tišnov: Sursum, 1993. 49 s. ISBN 85-799-01-4.
- FABER, A., MAZLISH, E. *Sourozenci bez rivality*. Brno: Press. 2009. 176 s. ISBN 978-80-251-2312-6.
- FIŠER, J., HANÁK, D., KÁBELE, F. et al. *Postižené dítě v rodině i společnosti*. Státní pedagogické nakladatelství, 1968. 189 s. ISBN 14-031-68.
- GEIST, B. *Sociologický slovník*. Praha: Victoria Publishing, 1992. ISBN 80-856-0528-7.
- HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 311 s. ISBN 80-717-8803-1.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-717-8303-X.
- CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením : Problematika pěti typů zdravotního postižení*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. 184 s. ISBN 978-80-2620054-3.
- JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.
- KOHOUTEK, R. *Vývoj a výchova dítěte v rodině*. Olomoučany: CERM, 1998. 17 s. ISBN 80-7204-105-3.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktual. vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 8024712849.

- LEMAN, K. *Sourozenecké konstelace: o sourozenecké pozici : role rodičů, příklady z klinické praxe, doporučení pro výchovu*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 223 s. ISBN 80-717-8430-3.
- LEMAN, K. *Sourozenecké konstelace: o sourozenecké pozici : role rodičů, příklady z klinické praxe, doporučení pro výchovu*. Praha: Portál, 1997. 223 s. ISBN 80-717-8430-3.
- MARKOVÁ, Z., STŘEDOVÁ, L. *Mentálně postižené dítě v rodině*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987. 128 s. ISBN 14-340-87.
- MATĚJČEK, Z. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha, 1994. 98 s. ISBN 80-852-8283-6.
- MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-807-3678-593.
- MOŽNÝ, I., JIRÁNEK, V. *Rodina a společnost*. 2. upr. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2008. 323 s. ISBN 9788086429878.
- NOVÁK, T., *Sourozenecké vztahy*. 2007. Praha: Grada, 124 s. ISBN 978-80-247- 2057-3.
- NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-736-7174-3.
- PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1216-4.
- PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
- PLEVOVÁ, M. *Dítě se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním v rodinné terapii*. Brno: Masarykova Univerzita, 2007. 108 s. ISBN 978-80-210-4372-5.
- PREKOP, J. *Prvorozené dítě: o sourozenecké pozici: role rodičů, příklady z klinické praxe, doporučení pro výchovu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 125 s. ISBN 80-247-9004-1.
- RICHMAN, S. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 122 s. ISBN 978-80-7367-424-3.

- SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 159 s. ISBN 80-717-8559-8.
- ŠRAJER, J., MUSIL, L. et al . *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. 1. vyd. České Budějovice: Albert, 2008. 152 s. ISBN 978-80-7326-145-0.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. 202 s. ISBN 80-7367-060-7.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2012. 531 s. ISBN 978-802-4621-531.
- VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTĚCH, S. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2008. s. 161-193. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VANČUROVÁ-FRAGNEROVÁ, E. *Rodičům o výchově dětí*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1966. 111 s. ISBN 14-033-66.

internetové zdroje

- ADLER, Iva. *Sestra nebo bratr?: Sourozenci vás ovlivní na celý život* [online]. 2008, 7.7.2008 [cit. 2014-02-18]. Dostupné z: <http://www.rodina.cz/clanek6457.htm>

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Karolína Adamcová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Pavel Svoboda, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Ovlivnění sourozenecké konstelace a rodinného prostředí zdravotním postižením
Název v angličtině:	Affection of sib- constellation and family ambience by health handicap
Anotace práce:	Diplomová práce si klade za cíl zjistit míru ovlivnění rodiny, sourozeneckých vztahů a sourozeneckých konstelací zdravotním postižením. Teoretická práce je rozčleněna na téma RODINA a SOUROZENECKÉ KONSTELACE, kde jsou vymezeny reakce, přístupy a změny v rodině a mezi sourozenci s příchodem dítěte se zdravotním postižením. Praktická část práce je tvořena kvalitativním výzkumem (výzkumná metoda rozhovor), pomocí kterého je dosaženo vytyčených cílů.
Klíčová slova:	Zdravotní postižení, rodina, výchova, sourozenectví, sourozenecké konstelace, sourozenecké vztahy
Anotace v angličtině:	The diploma thesis sets the task of ascertaining the extent of influencing a family, sibling relationships and state of affairs by a disablement. The theoretical part is divided into FAMILY and SIBLING STATE OF AFFAIRS where there are delimited reactions, approaches and changes in family and among siblings with the birth of a disabled child. The practical part of the thesis consists of the qualitative research (using a method of interview) which helps to achieve interim goals.
Klíčová slova v angličtině:	disablement, family, upbringing, sibship, sibling state of affairs, sibling relationships
Přílohy vázané v práci:	CD
Rozsah práce:	71 stran
Jazyk práce:	CZ

