

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**Duševní poruchy u dětí v souvislosti s jejich primární rodinou**

Connection between children's mental disorders and their primary  
family



**Bakalářská diplomová práce**

Olomouc

2017

**Autor:** Tereza Bydžovská

**Vedoucí práce:** PhDr. Veronika Šmahajová, Ph.D.

## **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: “ Duševní poruchy u dětí v souvislosti s jejich primární rodinou“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího bakalářské práce PhDr. Veroniky Šmahajové, Ph.D. a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

.....

Tereza Bydžovská

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí své bakalářské diplomové práce paní PhDr. Veronice Šmahajové, Ph.D. za trpělivost a cenné rady. Poděkování patří i psychiatrické léčebně Šternberk a garantce výzkumu paní PhDr. Martině Ocelíkové, která mi umožnila realizovat rozhovory na dětském oddělení. Největší díky patří všem rodinám, které byly ochotné se do výzkumu zapojit, jelikož bez nich by tato práce nemohla vzniknout. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině a všem přátelům za jejich podporu při psaní této práce.

# OBSAH

Úvod .....	5
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	6
<b>1 Rodina</b> .....	7
1.1 Definice .....	8
1.2 Rodina jako systém.....	9
1.3 Rodina a socializace .....	10
1.4 Funkce rodiny.....	11
1.5 Porucha funkce rodiny a její příčiny .....	12
<b>2 Rizikové faktory rodinného prostředí</b> .....	15
2.1 Rozvod.....	15
2.2 Velmi mladí rodiče .....	17
2.3 Narození dítěte s postižením .....	19
2.4 Nechtěné děti .....	20
2.5 Výchovné styly.....	21
<b>3 Problematické aspekty poruchových rodin a jejich dopad na dítě</b> .....	24
3.1 Syndrom CAN .....	25
3.1.1 Týrané děti .....	26
3.1.2 Zneužívání dětí .....	27
3.1.3 Zanedbávání dětí.....	29
<b>4 Duševní poruchy u dětí</b> .....	32
4.1 Statistiky dětských psychiatrických hospitalizací .....	32
4.2 Vybrané duševní poruchy.....	35
4.2.1 Pervazivní vývojové poruchy (F84) .....	35
4.2.2 Hyperkinetická porucha (F90).....	38
<b>5 Aktuální výzkumy – souvislost mezi rodinou a vybranými duševními onemocněními u dětí.</b> .....	42
<b>EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	45
<b>6 Cíle výzkumu a výzkumné otázky</b> .....	46
<b>7 Metodologie výzkumu</b> .....	47
7.1 Zvolený výzkumný přístup a typ výzkumu .....	47
7.2 Metody získávání dat.....	48
7.3 Metody zpracování a analýzy dat.....	50
7.4 Výzkumná validita.....	51
7.5 Etické aspekty výzkumu .....	52
<b>8 Výzkumný soubor</b> .....	53
8.1 Výběr výzkumného souboru.....	53
8.2 Charakteristiky výzkumného souboru.....	53

<b>9</b>	<b>Výsledky</b>	55
9.1	Případová studie 1	56
9.1.1	Současné potíže a psychiatrická historie	56
9.1.2	Osobní anamnéza	58
9.1.3	Rodinná anamnéza	58
9.1.4	Sociální anamnéza	61
9.1.5	Současnost a postřehy z rozhovoru	63
9.1.6	Vyhodnocení Škály rodinného prostředí	65
9.1.7	Shrnutí případové studie I.	68
9.2	Případová studie 2	70
9.2.1	Současné obtíže a psychiatrické historie	70
9.2.2	Sociální anamnéza	71
9.2.3	Rodinná anamnéza	73
9.2.4	Současnost a postřehy z rozhovoru	74
9.2.5	Vyhodnocení škály rodinného prostředí	75
9.2.6	Shrnutí případová studie II.	78
9.3	Shrnutí případových studií	80
9.3.1	Rodinné vztahy a dítě	82
9.3.2	Porovnání informací jednotlivých případových studií	83
9.4	Odpovědi na výzkumné otázky	84
<b>10</b>	<b>Diskuze</b>	86
10.1	Přínosy a limity výzkumu	86
10.2	Diskuze k výsledkům	89
10.3	rovnání výsledků s jinými studii	89
10.4	Možnosti rozpracování výzkumu	89
<b>11</b>	<b>Závěr</b>	91
<b>12</b>	<b>Souhrn</b>	92
<b>13</b>	<b>Seznam použité literatury</b>	94

## ÚVOD

Ve své bakalářské práci se budu zabývat rodinou a rodinným prostředím v souvislosti s duševními poruchami u dětí.

V dnešních době můžeme pozorovat vysoký nárůst duševních onemocnění nejen v dospělosti, ale i v dětském věku, kdy již není výjimkou, že u dětí můžeme najít např. depresi, úzkost, poruchy chování, ADHD, posttraumatický stresový syndrom, poruchy autistického spektra, sebepoškození a bohužel i dětské sebevraždy. Vystává otázka, zda jsme pouze duševní onemocnění začali více sledovat či opravdu došlo k nárůstu počtu jedinců, u kterých se určité forma poruchy objevuje. Pokud si vezmeme například syndrom CAN, není to tak dávno, co fyzické tresty byly naprosto běžnou součástí rodinného života a nemluvilo se o tom, že v případě nepřiměřenosti těchto trestů může docházet nejen ke značnému dopadu na zdraví dítěte, ale také na jeho psychiku. Dnes máme již zmapovány rizikové faktory rodin, jejich problematiku a možné dopady nevhodného zacházení na dítě a jeho vývoj.

V teoretické části jsem se právě proto zaměřila na to, co je rodina, jak nás ovlivňuje a co by nám měla poskytnout. Dále jsem se zabývala tím, jaké jsou poruchy rodin, nevhodné styly výchovy, rizikové faktory rodinného prostředí, problematické aspekty, které se v rodinách vyskytují, a v závěru jsem se zaměřila na vybrané duševní poruchy u dětí.

V empirické části jsem zpracovala případové studie, které navazují na část teoretickou. Studie byly zpracovány na základě rozhovoru s rodiči dítěte a dítětem samotným. Zaměřila jsem se na celý jeho život, včetně jeho psychických problémů. Cílem bylo zmapovat hlavní faktory, které na dítě působí a které by na vývoj a následně duševní onemocnění mohly mít značný dopad.

Téma své bakalářské práce jsem zvolila na základě osobní zkušenosti, kdy jsem docházela po dobu jednoho roku jako dobrovolník na dětské oddělení psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Celý rok jsem se setkávala s dětmi, které trpěly duševním onemocněním. Na základě jejich vyprávění a pozorování interakce dětí s rodiči, jsem dospěla k otázce, jak velký vliv může mít rodina a rodinné prostředí na psychické zdraví dítěte.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 RODINA

*„Šťastný je ten, kdo našel štěstí v rodině.“ (Lev Nikolajevič Tolstoj)*

*„Rodina je velkým tématem sociální psychologie a sociologie. Je to dáno tím, že je jednou ze základních strukturálních složek společnosti a složkou zcela základní, pokud jde o zjišťování péče o děti a mládež, zejména pak o vytváření prvopočátečních předpokladů rozvoje osobnosti v socializačním procesu“ (Helus, 2007, 135).*

Důležitou součástí vývoje jedince je rodina, kterou můžeme považovat za jakousi základní buňku, která má biologickou, psychologickou a sociální funkci, přičemž její sociální status, etnická a náboženská příslušnost působí na život rodiny a na vztahy mezi jejími členy (Cakirpalogu, 2012). *„Vždyť rodina je základním životním prostředím dítěte. Nejen, že dítě obklopuje, ale také se do něj promítá. Dítě je výrazným produktem rodiny. Očima své rodiny (svého otce, matky) se na sebe dívá, hodnotí své projevy, výkony. Říkáme, že dítě zvnitřňuje klima rodinného soužití, rodinné nároky a požadavky, rodinnou morálku, rodinné zájmy a cíle, styl rodinného soužití“ (Helus, 2007, 135 - 136).*

Rodina vytváří zázemí pro seberealizaci, je zdrojem zkušeností a vzorců chování, které se nedají získat v jiné společenské skupině, a zároveň je i zdrojem systému hodnot, které ovlivňují chování členů rodiny. Můžeme říci, že rodina je nejdůležitějším faktorem, který ovlivňuje celkový psychosociální vývoj člověka. Formování osobnosti je odrazem kvality rodiny. Členové rodiny se již od narození dítěte stávají jeho terčem pozorování a napodobování. V neposlední řadě – právě rodina formuje jedince v průběhu jeho vývoje a je významným nositelem jeho budoucích společenských rolí a identity člověka (Fischer & Škoda, 2009).

Díky rodině si utváříme důvěru v sami sebe, získáváme postoj k sobě samému, ale i k ostatním lidem. Pomocí rodiny si formujeme modely chování, přijímáme určité regulační činitele těchto forem a k jejich interiorizaci, včetně seznamování se s různými druhy sankcí. Bez jakékoliv formy rodiny bychom si těžko osvojovali verbální i neverbální komunikaci, která je nezbytná pro začlenění do společnosti. Můžeme říci, že i přes biologické determinanty



vývoje člověka, je to právě rodina, které vtiskne specifické rysy každému jednotlivci (Výrost & Slaměnik, 1998).

*„Skryté nebo zjevné poruchy rodinné atmosféry mohou nesprávně ovlivnit a nasměrovat vývoj osobnosti. Když se jedinci nedostávají potřebné a pobízející vlivy, může být narušena jeho emocionalita. Zpevňují se pouze některé, většinou nepříznivé vzorce chování“ (Fischer & Škoda, 152), což je hlavní důvod, proč se ve své práci dále zaměřím právě na poruchy rodiny a rodinného prostředí.*

## 1.1 Definice

Jednotná definice rodiny neexistuje, jelikož na rodinu se můžeme dívat z mnoha hledisek.

*„Rodina je charakterizována především z hlediska svého postavení ve společenském systému, dále pak z hlediska vazeb, sociálních funkcí a základních sociálních procesů, které v ní probíhají. Jedna z nejjednodušších definic popisuje rodinu jako malou skupinu osob, které jsou navzájem spojeny manželskými, příbuzenskými nebo jinými obdobnými vztahy a zvláště společným způsobem života“ (Lovasová, 2006, 5).*

Právní řád České republiky za rodinu považuje především soužití založené na manželství. Rodině z tohoto hlediska věnuje pozornost a poskytuje jí ochranu (Lovasová, 2006).

Nás bude zajímat rodina z psychologického hlediska, která je definována různými autory. Já jsem si vybrala definici J. Odehnala (1995), dle kterého je rodina: *„Nejuniverzálnější socializační činitel, který poskytuje jedinci identifikační vzory, seznamuje ho s předpokládaným chováním pro mužskou a ženskou roli. Učí jedince reagovat žádoucím způsobem v procesu interakce a umožňuje mu i praktické ověření získaných dovedností v rámci rodiny. Uplatňuje se jako regulátor chování jedince a poskytuje mu společensky žádoucí normy. Pod vlivem rodinného působení se vytváří postoje k personálnímu okolí, sobě samému i společnosti obecně“ (in Výrost & Slaměnik, 1998, 304).*

V minulosti se rodina v podstatě definovala svazkem, který posvětila společenská autorita,

kteřou byla cířkev ěi stát nebo vznikla na základě pokrevního příbuzenství mezi rodiči a dětmi.

Brzy bude pravděpodobně uznáno, že rodinu tvoří ti, kteří se jako rodina cítí, bez ohledu na to, že byl mezi dospělými uzavřen sňatek, a zda jsou děti biologicky příbuzné s dospělými. V dnešní době by bylo vhodnější používat delší výraz „rodinné soužití blízkých lidí“ (Matoušek, 2013).

Pro klinickou psychologii již ani není užitečná tradiční definice rodiny, a to především vzhledem k nárůstu rozvodů, separací partnerů a domácnosti s jedním rodičem (Walsh, 2003). Proto se začíná uvažovat o rodině dítěte jako o síti lidí, kteří jsou v jeho bezprostřední psychické blízkosti, což může obsahovat členy domácnosti a další osoby, které hrají důležitou roli v životě dítěte. Klinická praxe se zaměřuje na to, zda tato síť uspokojuje vývojové potřeby dítěte (Cartter & McGoldrick, 1980, in Walsch, 2003).

Ačkoliv bude brzy pravděpodobně uznáno, že rodinu tvoří ti, kteří se jako rodina cítí, bez ohledu na to, že byl mezi dospělými uzavřen sňatek, a zda jsou děti biologicky příbuzné s dospělými, stále je ale za nejlepší považována tzv. nukleární rodina a ostatní formy rodiny jsou považovány za odchylku od normy (Walsch, 2003; Matoušek, 2013).

## **1.2 Rodina jako systém**

*„Koncepce systému „rodina“ se opírá o několik jednoduchých principů: Prvky tohoto systému nejsou jednotliví lidé sami o sobě, nýbrž lidé ve vzájemných interakcích a vztazích. Mluví se o síti vztahů. Rodinu nepoznáváme jen na základě znalosti jednotlivců, neboť chování každého ovlivňuje všechny ostatní“ (Matejček, 2005, 359).*

Rodina vytváří jedinečné pouto mezi lidmi. Vazba dětí s rodiči a sourozenci obvykle trvá celý život, a na základě citových pout z rodiny si dítě vytváří vztahy v širší společnosti (Berk, 1997). Na rozdíl od jiných sociálních systémů, vstup do rodinného systému je skřz narození, adopci, pěstounství nebo svatbu a členové tento systém opustí pouze smrtí (Carr, 2006).

*„Výrazný až osudový vliv mají rané sociální zkušenosti, tj. zkušenosti, které dítě získává v prvních třech letech svého života. Je to mimořádně formativní období, v němž se utváří tzv. bazální osobnost“ (Nakonečný, 1998). Z tohoto důvodu jsou pro nás události v raném věku tak důležité pro náš rozvoj, ať už z hlediska sociálního, emocionálního či intelektuálního, jelikož například vývoj mozku není ovlivněn pouze generačními faktory, ale také stimulačními či deprivativními vlivy, které se vyskytují v prostředí dítěte (Shaffer, 2001; Nolen-Hoeksema et al., 2012).*

*„Funkční rodina je také bezesporu nejvýznamnějším zdrojem opory pro dítě v případě krizí či traumat, na druhou stranu narušené rodinné vztahy a nedostatečná péče o dítě představují závažné patogenní či neurotizující činitele“ (Svoboda, Krejčířová, & Vágnerová, 2015, 722).*

Nejdůležitějším poznatkem, na který bychom měli obzvláště myslet je, že porucha v jednom prvku, v jedné části či jednom subsystému se vždy projeví ve funkci celku, tudíž každý problematický aspekt v jednotlivci či v rodinném prostředí má vliv na celou rodinu a atmosféru v ní (Matějček, 2005).

### **1.3 Rodina a socializace**

*„V rodině dítě nejen získává první poznatky o okolním světě, poznává první nutná omezení, setkává se s první autoritou, ale uskutečňuje se tu i první stupeň socializace dítěte“ (Brohm, Holub, & Brunecký, 1957, 35). Je to právě rodina, kde se uskutečňuje první kontakt dítěte se společností a kulturou, tedy můžeme říci, že v rodině probíhá tzv. primární socializace. Díky tomu, jak rodina s dítětem jedná, jaké k němu zaujímá postoje, jakou vyváří oporu a jakou citovostí ho zahrnuje, mu umožňuje zvládnání základních vzorců sociokulturního myšlení a chování. Na základě toho si dítě rozvíjí vztah k sobě samému, druhým lidem, ale také k věcem a úkolům, které ho v životě provázejí (Helus, 2007).*

*„Sociální vztahy jsou zpravidla nejzávažnější stránkou vnějšího prostředí dítěte i dospělého. Svými vztahy k druhým lidem má člověk ve značné míře vymezenou svou duševní identitu ze*

svého i jejich hlediska. Proto také narušení těchto vztahů bývá tak důležitým patogenním činitelem pro život jedince a pro jeho bezprostřední okolí, že se právem hovoří o „sociální patologii“ (Langmeier, Balcar, & Špitz, 2010, 18), kdy může dojít až k duševnímu selhání, traumatu, neurotizaci, což může mít negativní vliv na vývoj a utváření dětské osobnosti, ale nemusí to znamenat, že dětská vztahová traumata, frustrace a konflikty vždy předurčí duševní vývoj dítěte, ačkoliv se jedná o značnou psychickou zátěž (Langmeier et al., 2010).

Ačkoliv rodina není zdaleka jedinou výchovnou institucí formující osobnost, nutno podotknout, že má výsadní postavení právě v uspokojování jeho základních potřeb (Matejček, 2005).

## 1.4 Funkce rodiny

Funkce rodiny jsou v podstatě základní úkoly, které by rodina měla plnit, jelikož jsou důležité nejen pro zdravý vývoj dítěte, ale také pro rodinu jako takovou. Za funkční rodinu je považována taková rodina, která plní vůči dětem své poslání, odpovídající na jejich potřeby a vývojové tendence. *„Rodina má zajistit dítěti vědomí bezpečí a jistotu rodičovské náklonnosti a lásky, což jsou nejdůležitější činitele v rozvoji jeho citového života“* (Brohm, F. et al., 1957, 35).

Rodina má několik základní funkcí, mezi které patří:

- **Reprodukční funkce** – jednou z hlavních funkcí rodiny je plodit děti, a to především proto, aby bylo zajištěno pokračování rodu, a tím i celého lidstva (Špaňhelová, 2010; Berk, 1997).
- **Ekonomická funkce** (materiální funkce) – *„rodina se stará o to, aby děti byly ekonomicky zabezpečené, do té míry, jak je to pro ni možné. Tato její funkce by nikdy neměla převyšovat míru další funkce – emocionální“* (Špaňhelová, 2010). Dříve tato funkce byla podstatně významnější, a to především v dobách, kdy byla rodina vnímána jako samostatně hospodařící jednotka, kde každý měl své povinnosti. Slabší členové rodiny a děti byli plně odkázáni na jiné dospělé. V současné době, kdy je propracován systém sociální podpory, je tato funkce rodiny zastupitelná (Výrost & Slaměnik, 1998).

- **Socializačně výchovná funkce** – hlavním cílem je vychovat děti tak, aby si byly jisté v prostředí, kde se pohybují a připravily se na fungování mezi vrstevníky a ve společnosti druhých lidí (Špaňhelová, 2010). Tato funkce je z vývojové perspektivy nejdůležitější. Funkce výchovná je dá se říci nezastupitelná, jelikož „rodina tvoří zcela jedinečné prostředí pro formování postojů ke světu, blízkému okolí a sobě samému. Vytváří se též hodnotové orientace a tvoří se základ pro formování vlastního Já“ (Výrost & Slaměník, 1998, 327).
- **Emocionální funkce** – tuto funkci dokáže zastávat pouze dostatečně zralý jedinec, který dokáže vytvořit trvalé citové zázemí. (Lovasová, 2006). Emocionální funkce rodiny není vázána na věk jedince, jako tomu může být u ekonomické funkce. Potřebu zázemí, podpory, pomoci a blízkosti má každý člen rodiny bez ohledu na věk. (Výrost & Slaměník, 1998). Rodina by měla emočně zabezpečovat dítě, sdílet s ním pocity, pomáhat mu je vyjadřovat, ale také je dávat najevo a umět o nich mluvit (Špaňhelová, 2010).

Ačkoliv některé funkce mohou být převzaty či sdíleny s dalšími institucemi, tři nejdůležitější, mezi které patří reprodukční, socializačně výchovná a emocionální funkce by měly být primárně zajištěny v rodině (Berk, 1997). „*Funkčnost rodiny bývá ovšem často narušena. Může jít o dočasné problémy, jak ta která rodina prochází krizemi a vyvíjí se, jak se vyvíjejí i její jednotliví členové. Narušení funkčnosti rodiny může být ovšem i hlubšího a trvalejšího rázu, dokonce až do té míry, že se stává pro dítě zdrojem ohrožení: je dysfunkční či afunkční*“ (Helus, 2007, 179).

## 1.5 Porucha funkce rodiny a její příčiny

Jako poruchu rodiny vnímáme situaci, kdy rodina v různé míře neplní svou úlohu. Většinou jde o selhání jednotlivce či více členů rodiny, což se projevuje v nedostatečném plnění některých nebo všech rodinných funkcí (Lovasová, 2006).

„*Pokud rodina neplní svoje funkce, může se stát pro jejich příslušníky zdrojem případného negativního vývoje, poruch chování a vzniku a rozvoje sociálně patologických jevů. V takovém*

*případě hovoříme o afunkční či dysfunkční rodině. Taková rodina není schopna zajistit normální vývoj dítěte a plnit požadavky společnosti na jeho výchovu“ (Fischer & Škoda, 2009, 142).*

Hlavní příčiny rodinných poruch se dělí na:

→ **objektivní:** „*na vůli rodičů nezávislé (nezaměstnanost, válka, hladomor, invalidita, nemoc, úmrtí);*

→ **subjektivní:** *na vůli rodičů závislé (neochota pečovat o dítě, neochota přijmout společenské normy, nezralost, neschopnost vyrovnat se se zvláštními situacemi)“ (Lovasová, 2006)*

→ **smíšené**

Jiří Dunovský vypracoval Dotazník funkčnosti rodiny (DFR), který se vyhodnocuje pro každé dítě zvlášť, a to vždy pro aktuální rodinu. Dotazník se zaměřuje na osm kritérií, do kterých spadá: složení rodiny, stabilita rodiny, sociálně ekonomická situace, osobnost rodičů a sourozenců, osobnost dítěte, zájem o dítě a péče o dítě. Na základě výsledných skóre DFR byly pro lepší orientaci stanoveny **čtyři typy rodin:** (Dunovský, Dytrych, & Matějček, 1995)

- 1) **Funkční rodina** – je taková rodina, ve které je zajištěn dobrý vývoj dítěte a jeho prospěch. Takových rodin je v populaci většina – kolem 85 % (Fischer & Škoda, 2009).
- 2) **Problémová rodina** – v této rodině můžeme najít narušení v rámci některých či všech funkcí, avšak nedochází zde k vážnému ohrožení či vývoji dítěte. Většinou je rodina schopna tyto problémy sama řešit či využít jednorázové nebo krátkodobé pomoci zvenčí. Nejčastěji se jedná o problémy jako je rozvod nebo ztráta zaměstnání rodičů. Rodiny obvykle bývají v pozornosti orgánu sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD). V populaci se vyskytuje přibližně 12 – 13% těchto rodin (Dunovský et al., 1995).
- 3) **Dysfunkční rodina** – v této rodině se vyskytují poruchy v některých funkcích rodiny, které ohrožují nebo poškozují rodinu a zvláště vývoj a prospěch dítěte. Často se jedná

o výchovné či „hmotné“ zanedbávání. V tomto případě je již nutné zakročení dalších osob a učinit opatření, které nazýváme „sanace rodiny“. *„Cílem sanace rodiny je předcházet, zmírnit nebo eliminovat příčiny ohrožení dítěte a poskytnout rodičům i dítěti pomoc a podporu k zachování rodiny jako celku“* (Bechyňová & Konvičková, 2011, 18). Vzhledem k hraničnímu postavení takových rodin je často problematické rozhodnout, kdy ještě rodinu podporovat a kdy v zájmu dítěte se postavit proti ní. Tyto rodiny tvoří přibližně 2% z celkového počtu (Dunovský et al., 1995; Novosad, Technická univerzita v Liberci, & Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky, 2004).

- 4) **Afunkční rodina** – nejen, že rodina přestává plnit veškeré funkce, ale stává se patologickou, jelikož dochází k tomu, že dítěti škodí nebo ho dokonce ohrožuje v samotné existenci. Jedná se především o rodiny, kde můžeme najít nejrůznější druhy násilí, alkoholismus či syndrom CAN. Snaha o sanaci takové rodiny je bohužel zbytečná, proto jediným řešením je odejmutí dítěte a v ideálním případě jeho umístění do náhradní rodinné péče. V populaci se vyskytuje přibližně 0,5 % takových rodin (Dunovský et al., 1995; Novosad et al., 2004).

*„Nepochybně existují rodiče, kteří k dětem nemají vztah a nikdy ho nezískají. Takový závěr lze učinit až tehdy, když se ze strany blízkých i pomáhajících profesionálů udělalo maximum pro podporu ve výkonu jejich rodičovské role“* (Matoušek, 2013, 219).

## 2 RIZIKOVÉ FAKTORY RODINNÉHO PROSTŘEDÍ

*„Dítě se narodí do určité rodiny, a také do určité životní situace, kterou si samo nemohlo zvolit. Zvláště dítě malé nemůže nijak výrazně ovlivňovat psychopatologii svých rodičů, jejich podivné a traumatizující chování. Dítě je tedy jakousi „obětí“ osudu, který byl pro ně přichystán“ (Dunovský et al., 1995, 141).*

Rodina může být i původcem či zdrojem rozvoje různých psychických problémů. Může dojít k narušení psychosociálního vývoje u členů rodiny, ale zejména je toto riziko u dětí, které jsou nejvíce zranitelné vzhledem k neukončenému psychickému vývoji (Fischer & Škoda, 2009). Proto se v následujících podkapitolách se zaměříme na faktory, které mohou mít negativní dopad na psychickou stránku dítěte.

### 2.1 Rozvod

*„Ideál rodiny se dvěma rodiči není v reálném životě vždy naplňován, ale přesto má svůj stálý význam: kvalitní vztah mezi rodiči je modelem, podle něhož se děti učí vytvářet své budoucí vztahy“ (Sobotková, 2012, 134).*

Což ale neznamená, že pokud k rozvodu rodičů dojde, že dítě bude mít zajisté trvalý handicap. To, jak dítě rozvod (ne)pozná, záleží na mnoha faktorech, jako je průběh rozvodu, vztahu a osobnosti rodičů či věku, pohlaví a osobnosti dítěte, což také ovlivňuje způsob reakce na rozvod rodičů (Sobotková, 2012).

Tam, kde hrozí rozvod, jsou děti úzkostné a deprimované z rozpadu rodiny a mohou reagovat neposlušností, omlouváním, nezdrovilostí. Nejviditelnější znaky nepohody během rozvodu můžeme vidět u předškolních dětí a dětí na nižších stupních základní školy. V některých případech nabývají dojmu, že jsou za rozvod rodičů zodpovědní. Starší děti a adolescenti lépe chápou důvody, které jsou za rozvodem, ale vzhledem k okolnostem je u nich zvýšené riziko delikventního chování, které je podporováno jejich vrstevníky. Děti se složitým temperamentem vykazují větší adaptační problémy v době rozvodu jejich rodičů (Hensch, 2002).



Období před rozvodem většinou provází řady konfliktů mezi rodiči, které mohou vyústit až ve slovní nebo dokonce fyzické napadání, což je pro většinu dětí stresující a v případě dlouhodobých konfliktů v domácím prostředí vzrůstá pravděpodobnost, že se děti stanou hostilní či agresivní vůči svým vrstevníkům či sourozencům (Cummings & Davies, 1994).

Dlouhodobé vystavování dětí manželským neshodám může mít vliv na úroveň vyspělosti dětí, mohou trpět poruchami chování či psychickými problémy, jako je například úzkost či deprese, a ovlivňovat kvalitu vztahů mezi rodiči a dětmi. Mnoho výzkumů také ukazuje, že chlapci jsou náchylnější k dlouhodobému emocionálnímu stresu a problémům ve vztazích v důsledku rozvodu (Hensch, 2002).

Při výzkumech se opakovaně dochází k závěru, že děti žijící ve stabilní rodině o jednom rodiči či náhradním rodiči jsou na tom většinou lépe než ty, které setrvávají v konfliktním prostředí mezi oběma rodiči. Jedním z výzkumů, který k tomuto závěru dospěl, byla sedmnáctiletá longitudinální studie, která se zaměřila na více než 2000 osob v manželském svazku a ukázala, že uniknutí z vysoce konfliktního manželství odstranilo averzivní a stresující rodinné prostředí (Booth & Amato, 2001). Mimo to, mnoho poruch chování, které se u dětí vyskytují po rozvodu, bylo evidentní již před ním a je možné, že jsou spíše úzce spjaté s dlouhodobým rodinným konfliktním prostředím než s rozvodem samotným (Shaw et al., 1999, in Wicks-Nelson & Israel, 2009).

Konfliktní domov není zdravé prostředí pro vývoj dítěte nebo dospívajícího a mnoho výzkumníků věří, že děti, které dlouhodobě žijí v takových podmínkách, by byly raději, kdyby se rodiče rozvedli (Amato, Loomis, & Booth, 1995; Hetherington et al., 1999, in Wicks-Nelson & Israel, 2009).

Je zajímavé, že dlouhodobou reakcí dětí z rozvedených manželství je větší strachu ze ztroskotání svého manželství, než je tomu u dětí z nerozvedených rodin (Franklin, Janoff-Bulman, & Roberts, 1990; Wallerstein & Blakeslee, 1989, in Wicks-Nelson & Israel, 2009). Faktem je, že existuje jistý předpoklad, že děti, které prožily rozvod svých rodičů, mohou prožít obdobnou situaci a zažít rozpad vlastního manželství (Amato, 1996).

Závěrem bych ráda zdůraznila, že rozvod nemusí mít pokaždé negativní vliv na dítě či dospívajícího. Díky rozvodu se někteří dostanou z velmi konfliktního a násilného prostředí. U většiny dětí z rozvedených rodin nedochází k výše zmíněným problémům (Wicks-Nelson & Israel, 2009), proto bychom se při výskytu vážnějších poruch chování či delikventním projevu dětí bychom neměli ihned hledat příčinu pouze ve změně rodinné struktury, ale měli bychom se zaměřit i na kvalitu rodinného prostředí (Sobotková, 2012).

Pokud dojde k rozvodu, měl by proběhnout tak, aby se co nejméně dotknul kvality vztahu rodič-dítě, jelikož to, co děti nejvíc potřebují je stabilní a pevný vztah se svými rodiči (Sobotková, 2012).

## 2.2 Velmi mladí rodiče

Tento název výstižně označuje situaci, kdy dívka, často pod hranicí zletilosti, otěhotní a rozhoduje se o tom, zda si dítě ponechat či nikoliv (Dunovský et al., 1995).

Za nezralou rodinu považujeme soužití či svazek mladého páru, kdy se dítě často narodí neplánovaně a často i jako nechtěné. Nezřídka je takové dítě bráno jako omezování svobody matky i otce. Právě nezralost rodičů je jednou z typických charakteristik dysfunkčních rodin. Může se projevat v životních hodnotách či v celkovém životním způsobu. Problematické bývá zejména to, že mladí rodiče mají obvykle mnoho problémů sami se sebou, ať už v oblasti emoční stability, partnerských vztahů, nerealistických přístupem k povinnostem a nejasnostmi svých životních plánů (Kořa, Trpišovská, & Vacínová, 2013, 72).

Po příchodu dítěte může po velkých očekávání přijít mnoho zklamání, kdy mladá matka zjistí, že není tak nezávislá, že ji výchova dítěte bere hodně energie a může upadat do depresivní nálady a zoufalství. Otec se může cítit odstrčen „na druhém místě. „*Protože je matka sama ještě emočně nevypělá a potřebuje značnou míru pozornosti a ochoty plnit její potřeby, stává se vlastní dítě pro ni soupeřem – rivalem – a matka na ně nejprve ve skrytu a později otevřeně začne žárlit. Malé dítě se postupně stává překážkou v uspokojování jejích jiných potřeb*“ (Dunovský et al., 1995, 144). Což může vést k nárůstu agrese ze strany matky, kdy dítě může

být zanedbáváno nebo nepřiměřeně trestáno za své přirozené chování, když například pláče, když má hlad či je nemocné (Dunovský et al., 1995).

To vše je důsledkem toho, že matka ještě není připravena na to plnit svou rodičovskou roli a vědomě či nevědomě ji odmítá plnit, což ale neznamená, že dítě nemá ráda. Většinou se u ní objevují ambivalentní pocity, ale ty negativní bohužel často nevychází najevo v důsledku sociální konformity a tradic, kde se předpokládá, že matka své dítě miluje (Dunovský et al., 1995). „*Velmi mladé matky a mladí otcové, kteří jsou na hranici nebo těsně za hranicí své zletilosti, nebývají schopni, nikoli ze zlé vůle, ale pro svou psychosociální nepřipravenost, plnit některé nejzákladnější rodičovské funkce. Nenaplnění těchto funkcí vede k vytváření široké škály postojů pro dítě nevýhodných a ohrožujících pro jeho budoucí vývoj*“ (Dunovský et al., 1995, 145). Z těchto důvodů je nízký věk rodičů (především matky), považován za jeden z nejrizikovějších faktorů zanedbávání či týrání dětí (Pemová & Ptáček, 2016).

Často si mladí rodiče nedokáží domyslet mnoho důsledků svého jednání a nezřídka zlehčují dosah toho, co by mohlo dítěti škodit. Vzhledem k tomu, že nezralost rodičů na dítě působí již od počátku jeho života, může to mít dlouhodobý až celoživotní dopad na život dítěte (Kořa et al., 2013).

Pro lepší představu toho, kolik mladých matek se v populaci vyskytovalo v historii a kolik nyní zde uvádím statistiky z let 1970 – 2013. Mezi roky 1970 – 2010 jsem zpracovala údaje vždy jednou za pět let, abychom se mohli zaměřit na to, zda došlo k nějaké změně v počtu mladých matek. Mezi roky 1970 a 2013 můžeme vidět značné rozdíly mezi počtem narozených dětí, ovšem od roku 2010 do roku 2013 tento počet klesá již jen mírně. Hlavními důvody, proč je aktuálně méně mladých rodičů jsou převážně sociologické důvody jako je oddalování rodičovství, nové metody antikoncepce a s tím i spojená lepší sexuální osvěta a informovanost, a zároveň i delší studentský život, kdy většina mladých lidí absolvuje vysokou školu a až posléze zakládá rodinu. Nutno ovšem říci, že je v populaci stále mnoho matek, které jsou stále ještě sami nedospělé, a tudíž životní úkol vychovávat potomka je pro ně velmi náročný.

TABULKA 1: VÝVOJ POČTU NAROZENÝCH DĚTÍ PODLE VĚKU MATKY - ÚDAJE ČSÚ

Rok	Věk matky							
	-14	15	16	17	18	19	15-19	20-24
1970	26	111	666	2223	5829	11241	20070	74815
1975	17	72	556	2335	6657	11770	21390	87949
1980	16	71	526	2088	5557	9565	17807	68976
1985	1	82	548	2104	5337	9860	17931	62619
1990	20	100	537	2017	5558	10239	18451	58735
1995	15	90	383	1156	3050	5960	10639	42226
2000	17	55	238	574	1226	2371	4464	28967
2005	19	72	265	555	1035	1570	3497	16763
2010	15	75	250	476	942	1608	3351	15494
2011	19	67	224	513	825	1435	3064	13997
2012	12	54	227	489	955	1344	3069	13875
2013	9	55	205	422	803	1344	2829	13425

### 2.3 Narození dítěte s postižením

Budoucí rodiče si o svém dítěti většinou v závislosti na kultuře, odkud pocházejí, vytvoří ve své mysli velmi konkrétní představu svého nenarozeného dítěte. Příchod dítěte je potom spojen se značnými očekáváními a předsevzetími. V průběhu prenatálního vývoje je mnoho faktorů, které na dítě působí a mohou mít velmi často i negativní dopad na zdraví novorozence. Pokud jsou vady poměrně vážné, ale skryté (například poruchy cévního oběhu), jsou pro rodiče většinou přijatelnější než vady zjevné, které bývají pro rodiče traumatizující a šokující (Dunovský et al., 1995). „Narození postiženého dítěte, resp. potvrzení, že je opravdu takové, představuje pro rodiče zátěž, s níž obvykle nepočítají, a tudíž nemají šanci se na ni připravit. Výsledkem je trauma, které vyplývá z náhlého zjištění těžko přijatelného ohrožení důležité hodnoty a ze silné frustrace zklamaného očekávání (Vágnerová, Strnadová, Krejčová, 2009, 16).

*„Děti, které se rodí s určitým defektem do rodin, které zvláště očekávaly od dítěte naplnění svých ambicí, mají ve většině případů (pozor – ne vždy) nelehký život“ (Dunovský et al., 1995, 147).*

Narození postiženého dítěte znamená pro rodiče velkou psychickou zátěž, která může mít dopad na spoustu oblastí. Rodiče mohou být frustrováni, mít pocit, že nejsou schopni zplodit zdravé dítě, čímž se snižuje se jejich sebehodnocení a sebevědomí. Dítě zároveň ztíží či změní způsob uspokojování mnoha psychických potřeb rodičů, které bývají obvykle zdravým potomkem uspokojovány. Narození postiženého dítěte většinou subjektivně hůře prožívají matky dítěte, což může být důsledkem i toho, že matka 9 měsíců dítě nosí ve svém lůně (Vágnerová et al., 2009).

## **2.4 Nechtěné děti**

*„Zejména starší výzkumy došly k závěru, že nechtěné děti jsou subdeprivované v citových potřebách, což má nepříznivý dopad na formující se osobnost“ (Thorová, 2015, 45).*

V letech 1970 – 2002 u nás proběhla tzv. „Pražská studie“, kterou prováděl Zdeněk Matějček, Zdeněk Dytrych, Luděk Kubička, Henry P. Davida, William Miller a Zdeňka Rotha. V rámci studie byly srovnávány matky, které opakovaně žádali o povolení interrupce a matky, které přerušování těhotenství nežádaly, ani se nesnažily zabránit narození dítěte, ačkoliv mnohdy také byly graviditou zaskočené (Dunovský et al., 1995).

U matek, které žádaly interrupci, se vyskytla tzv. psychická subdeprivace, což znamená stav, kdy matka v důsledku přetrvávajícího negativního postoje vůči dítěte není ani po jeho narození schopna plně uspokojovat jeho základní potřeby. A ačkoliv dítě nemusí být na první pohled označeno za psychicky strádající, postoj matky bude mít jistě vliv na jeho společenské, erotické a sexuální vztahy a později i na jeho rodičovskou roli. Stejně jako u psychické deprivace, se psychická subdeprivace může přenášet z generace na generaci (Dunovský et al., 1995).

Ačkoliv v dnešní době je již interrupce běžnou záležitostí, kterou rozhoduje převážně matka, stále může dojít k situaci, kdy se dítě narodí bez přítomnosti otce s nesouhlasem matky, které na svou graviditu mohla přijít velmi pozdě či si potrat z finančních důvodů nemohla dovolit. V důsledku složité životní situace může matka dítě zanedbávat psychicky i fyzicky, dítě se může stát překážkou v jejím životě a může ho ignorovat, což může vést až k nenávisti a nepřiměřenému fyzickému trestání dítěte. Nezřídka se stává, že žena vidí v dítěti všechny domnělé i pravdivé negativní vlastnosti biologického otce, za což dítě trestá (Dunovský et al., 1995).

Kritikové výzkumů nechtěných dětí upozorňovali na to, že pokud skupiny chtěných a nechtěných dětí vyvážíme dle dalších sociálních faktorů, jako je například přítomnost otce, finančních příjmů rodiny či přítomnosti prarodičů, stane se vliv postoje matky k těhotenství na vývoj dítěte nevýznamnou proměnnou (Thorová, 2015). Nejnovější studie taktéž potvrzují fakt, že při vyrovnání socioekonomických podmínek se rozdíl mezi skupinami stírají a postoj matky k těhotenství již nehraje takovou roli (Joyce et al., in Thorová, 2015), což ale neznamená, že se na základě nechtěnosti dítěte nemůže u rodičů projevit odmítavý či ignorující přístup vůči dítěti či dokonce jeho zanedbávání. Dítě, které se nenarodí jako chtěné, může být rodiči přijímáno velmi problematicky, což může mít negativní vliv na jeho psychický vývoj.

## 2.5 Výchovné styly

Rodina je zdrojem prvních a často rozhodujících zkušeností dítěte, které ovlivňuje nejen rodinná atmosféra, ale také způsoby výchovy (Nakonečný, 1998). Výchovu můžeme definovat jako záměrné zásahy do duševního vývoje dítěte, prostřednictvím které chceme dosáhnout určitých cílů, stanovených společenskými potřebami, proto ji vnímáme jako jeden z nejdůležitějších vlivů (Brunecký & Teyschl, 1964). „*Výchovu obecně můžeme považovat za sociální proces, kterým se lidský jedinec stává kulturní, společenskou bytostí. Výchovou dítěte v rodině se rozumí jeho úmyslné či neúmyslné ovlivňování především dospělými členy užší i širší rodiny*“ (Vymětal, 2004, 136).

Vychovávat můžeme záměrně či nezáměrně, což v rodinách převažuje. Znamená to tedy, že vychováváme především tehdy, když si své působení neuvědomujeme (Vymětal, 2004).

### **Tři typy výchovných stylů:**

1. **Styl autoritativní** – největší důraz je kladen na naprostou poslušnost, podřízení dítěte autoritě rodiče a uposlechnutí všech jeho příkazů a zákazů bez výjimky či diskuzí
2. **Styl liberální** – rodič, které své dítě vychovává liberálně, mu nechává, co největší volnost a neomezuje jeho vlastní aktivitu
3. **Styl demokratický** – za nejdůležitější pokládá respektování dítěte jako jedince, který má právo svobodně se rozhodovat s přihlédnutím k věku a k následkům jednání. Zároveň vede dítě k poznávání odpovědnosti vůči druhým lidem, ať už v rodině nebo mimo ni. Rodina pro dítě představují spíše přítele či spolupracujícího partnera. Hlavní důraz je kladen na dosažení uspokojivého řešení konfliktu pro obě strany a do popředí dává význam společného rozhovoru. Tento výchovný styl je považován za nejpříznivější pro zdravý vývoj dítěte. Spíše využívá vysvětlení než tresty, nechává dítěti volnost, a zároveň mu klade určité meze a hranice (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Ačkoliv se toto rozdělení užívá, je třeba brát v potaz to, že většinou není možné jednoznačně určit styl výchovy v rodině. Někdy rodiče vystupují v určité situaci spíše autoritativně, jindy liberálně či každý rodič vystupuje odlišně (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Pro ilustraci si uvedeme rodičovské výchovné styly dle B. Beckera, který je hodnotí ve třech dimenzích, kterými jsou:

- Vřelost – hostilita
- Permisivita – restriktivita
- Klidné odpoutání – úzkostné emoční připoutání (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Na základě Beckerových dimenzí byly popsány následující nevhodné styly výchovy, mezi které patří:

- Výchova rozmazlující

- Výchova zavrhuující
- Výchova nadměrně ochraňující
- Výchova perfekcionistická
- Výchova nedůsledná
- Výchova zanedbávající, týrající, zneužívající či deprivující – syndrom CAN (Langmeier & Krejčířová, 2006)

Přehnaná přísnost u rodičů se může vyskytnout v důsledku odmítavého postoje k dítěti, kdy je napomínáno a trestáno především proto, že matka na něm chce najít chyby. Na druhé straně mohou to být i milující rodiče, jejichž ctižádost může negativně působit na psychický stav dítěte. Mnohdy od dítěte požadují značné výkony, což může vést k tomu, že dítě ztratí sebejistotu, bude se cítit nešťastně a vznikne v něm pocit méněcennosti. Pokud stav ctižádosti přetrvává i během školní docházky dítěte, v důsledku nepřiměřených požadavků se u dítěte může vyskytnout řada nervových poruch. Pokud je rodič přehnaně přísný, dítě se může stát plaché a bezradné či ho to naopak může vést k odporu, který se projevuje pomalým oblékáním, umýváním, zdržováním při jídle nebo projevy úplného negativismu. U starších dětí se mohou vyskytovat útoky z domova (Brunecký & Teyschl, 1964).

Oproti tomu existují přehnaně starostliví a úzkostliví rodiče, kteří dětem z cesty takřkajíc odstraňují všechny překážky, čímž omezují jejich samostatnost. Málokdy je pouští mezi ostatní děti, a to převážně proto, aby si dítě neublížilo či aby se jim neodcizilo. Takto vychované dítě se projevuje bojácně, stydlivě, zbaběle a vyrůstá z něj nesamostatný, pasivní člověk, který má často hypochondrické sklony (Brunecký & Teyschl, 1964).

Rodiče ovšem mohou být i lhostejní, kdy nejde jen o zanedbávání obvyklé péče, ale i o nedostatek lásky, což může vést k ochuzení citového života dítěte, což má v jeho budoucím životě negativní dopad na utváření vztahů (Brunecký & Teyschl, 1964).

Nejvíce patologickým postojem, který může rodič vůči dítěti zaujmout je nepřátelský přístup, který se nemusí projevovat nadávkami a fyzickými tresty, ale může mít podobu neustálého napomínání a peskování. Dítě na toto chování často odpovídá lhaním, neposlušností a útoky z domova. Matky s tímto postojem často velmi nápadně přesvědčují okolí o své lásce k dítěti, ale zároveň velmi často poukazují na jeho vady a nedostatky (Brunecký & Teyschl, 1964).



### **3 PROBLEMATICKÉ ASPEKTY PORUCHOVÝCH RODIN A JEJICH DOPAD NA DÍTĚ**

V kapitole o poruchách funkcí rodiny, jsem definovala čtyři základní typy rodin, mezi které patřila i rodina dysfunkční. Za dysfunkční rodinný systém je považována rodina, kde jeden nebo více členů produkují maladaptivní nezdravé chování. U dysfunkčních rodin můžeme najít některé z těchto charakteristik: popírání či neřešení problémů, chybějící intimita, vzájemné obviňování, nejasná komunikace, nejasná pravidla a kompetence apod. (Sobotková, 2012).

V takové rodině se často vyskytuje problematické chování vůči dítěti, či je dlouhodobě vystaveno takové životní situaci, která může velmi ovlivnit jeho psychický vývoj i jeho budoucí život. Trélaun (2005) uvádí několik příkladů špatného zacházení s dítětem, mezi které patří:

- Situace, kdy dítěti není poskytnuta nezbytná péče a neberou se v potaz jeho potřeby
- Když se používají tělesné tresty (nepřiměřeně či velmi často)
- Když dospělí na dítě přenáší zážitky svého vlastního dětství (např. fyzické týrání apod.)
- Dítě je ponižováno, zneužíváno či mu není věnována žádná pozornost
- Nikdy či zřídka je dítěti projevována láska
- Nevhodnost výchovných požadavků s přihlédnutím na věk dítěte
- Nerespektování intimity dítěte či jeho těla

### 3.1 Syndrom CAN

Podkapitolu věnující se syndromu CAN jsem zařadila především proto, že týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte jsou jedny z nejrizikovějších aspektů, které mohou mít velmi negativní dopad na psychiku dítěte a v závažných případech mohou být i hlavním faktorem v rozvoji duševní poruchy dítěte.

Jedním z hlavních nebezpečí v důsledku syndromu CAN je, že dítě od svých patologicky se chovajících rodičů může převzít nesprávné životní hodnoty, postoje vůči sobě samému i vůči ostatním lidem, zkreslené pohledy na svět a vzorce chování, které jim v budoucím životě mohou být spíše překážkou (Dunovský et al., 1995).

Vzhledem k rozsáhlosti tohoto tématu jsem se pokusila alespoň ve stručnosti vystihnout podstatu této problematiky, jelikož tyto faktory mají velmi negativní vliv na psychiku dítěte.

Pokud je jedinec v dětství pohlavně zneužíván či psychicky nebo fyzicky týrán, má to značný dopad na jeho duševní i fyzický vývoj. Díky trýznění a nedostatečné péči dochází k nesprávnému vývoji mozku, což má za následek trvalé změny ve způsobu chování a uvažování. Dlouhodobé zneužívání dítěte způsobuje trvalé změny v anatomii i fungování mozku (Pincus, 2002). Důkazem může být i fakt, že *„hladina stresových hormonů adrenalinu a kortizolu je u nich dlouhodobě zvýšená, i když nenastávají žádné stresové situace“* (Thorová, 2015, 46).

Příčiny, které vedou rodiče k zneužívání a týrání dítěte, mají většinou zdroj v jejich osobnosti, jejich vlastním vývoji nebo kulturních a sociálních podmínkách, v nichž rodina žije (Vaníčková, Hadj-Moussová, & Provazníková, 1995). Jeden z rodičů může trpět nějakou poruchou, která mu brání si vytvořit pozitivní vztah k dítěti. *„Příčinou negativního chování k dítěti může být charakterová či emocionální odchylka, která rodiči zabraňuje vytvořit si kladný vztah ke komukoliv, včetně vlastního dítěte“* (Vaníčková et al., 1995, 23).

### 3.1.1 Týrané děti

Dříve bylo násilí na dětech více tolerováno. Nebylo neobvyklé, že děti pracovali již od 10 let a byly trestány stejně jako dospělí. Tresty se uplatňovaly i ve škole, které jsou dnes již ve většině evropských zemí zakázány, s výjimkou několika soukromých škol v Anglii. Ve Švédsku je dokonce zákonem zakázáno, aby fyzické tresty používali rodiče (Vaníčková et al., 1995).

Ačkoliv v roce 1989 vznikla „Úmluva o právech dítěte“ a je snaha o maximální ochranu dětí, stále dochází k situacím, kdy jsou děti týrány, což může mít velmi negativní dopad na jejich budoucí psychický i fyzický vývoj.

Příčinou násilí na dětech mohou být i vlastní zkušenosti z dětství, jelikož každé dítě přejímá vzorce chování a způsoby řešení situací ze své rodiny. Děti dříve nebo později přejímají vzorce chování či se identifikují se svými rodiči, což později slouží jako vzor rodičovského chování (Vaníčková et al., 1995). Velmi často se proto u rodičů, které týrají či zanedbávají své děti, setkáváme v jejich anamnéze s vlastní zkušeností s týráním v dětství (Fischer & Škoda, 2009).

*„Obětí tělesného týrání se dítě může stát i v situaci, kdy je tělesné napadání ventilem psychického napětí rodiče. Děje se tak obvykle u psychicky nevyrovnaných, neurotických jedinců, trpících zpravidla nějakou formou úzkostné či depresivní poruchy. Když se takový rodič ocitne v zátěžové situaci, kterou nedokáže zvládnout, dítě se může stát předmětem jeho agresivity“ (Pöthe, 1996, 29).*

V důsledky fyzického týrání se u dětí často vyskytuje deprese, úzkost, beznaděj, sebepodhodnocování a agrese (Češková, Svoboda, & Kučerová, 2006; Malinosky-Rummell & Hansen, 1993). Děti mají mnohem větší sklon ke zlostmému chování než jejich vrstevníci, a při neúspěchu při plnění úkolů jsou rychleji frustrovány (Erickson, Egeland, & Pianta in Elliott & Place, 2002). U těchto jedinců také dochází častěji k násilí v jejich vlastních vztazích, užívání drog, kriminálnímu chování, sebevražedné chování či sebepoškození, emocionálním problémům, interpersonálním problémům a v neposlední řadě i somatickým

problémům. Velmi závažné týrání může vyvolat spolu s dalšími faktory i psychiatrické obtíže (Malinosky-Rummell & Hansen, 1993).

Podstatným faktem je, že ve společnosti můžeme najít nejen týrání, které zanechává šrámy na těle dítěte, ale taky takový druh týrání, které poškozuje psychiku dítěte. „*Psychické týrání je hrubé a záměrné neuspokojování psychických potřeb dítěte vedoucí k poškození jeho osobnostního vývoje. Patří sem hrubé napadání, výhrůžky, sociální izolace dítěte, vyvolávání pocitu strachu, viny, soustavné znevažování či zesměšňování osobnosti dítěte*“ (Matoušek, O. a kol., 2013). Ačkoliv dítě nemusí být týráno, může se stát svědkem domácího násilí, které bude probíhat mezi rodiči či jinými členy rodiny. Toto dítě bude vykazovat stejné symptomy jako děti se syndromem CAN (Ševčík & Špatenková, 2011).

Psychická bolest je velmi problematická, jelikož nemáme nástroj, jak ji změřit a často se psychické týrání i těžko dokazuje, právě proto, že zanechává stopy „uvnitř“ dítěte. Důsledkem psychického týrání jsou trvalé pocity méněcennosti, stavy úzkosti, pocity nedostatečnosti a nedostatek sebedůvěry (Pöthe, 1996, 34).

### **3.1.2 Zneužívání dětí**

Zdravotní komise Rady Evropy definovala pohlavní zneužití dítěte jako „*nepatřičné vystavení dítěte pohlavnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoli pohlavní dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoli, komu bylo dítě svěřeno do péče, aneb kýmkoli, kdo dítě zneužívá. Takovou osobou může být rodič, příbuzný, přítel, odborný či neodborný pracovník či cizí osoba*“ (in Pöthe, 1996, 39).

U zneužívaných dětí můžeme pozorovat značný dopad zneužívání na psychiku již v raném věku, už u zneužívaných batolat často pozorujeme problémy při navazování vztahu s jinými dětmi i dospělými. Zneužívané děti se často jeví jako sociálně izolované, podezřívavé vůči cizím lidem, hyperaktivní a extrémně živé, někdy až agresivní s tendencí ničit věci ve svém okolí. U odrostlejších dětí, které byly v minulosti zneužívány, můžeme pozorovat zálibu v týrání zvířat, včetně neochoty pomoci vrstevníkům. Nebezpečné jsou ovšem i tělesné tresty

u adolescentů, jelikož se stávají rizikovým faktorem pro rozvoj depresí, sebevražedných tendencí, alkoholismu a týrání dětí či partnera (Pincus, 2002).

*„Zneužívané děti mají často problémy se soustředěním pozornosti, hyperaktivitou, vzdorovitostí, agresivitou, rozbíjením předmětů a zapojováním se do riskantních aktivit. Časté je i impulzivní asociální jednání (Pincus, 2002, str. 108).*

Pro některé děti je zážitek tak traumatický, že se od něho snaží zcela distancovat. Jedná se o obranný mechanismus popření, což ale může vést k tomu, že se vzpomínky později vrátí. V současnosti přibývá stále více dospělých s psychiatrickými nemocemi, kteří sdělují, že se v dětství stali oběťmi sexuálního zneužití. V dospělosti se u zneužívaných dětí mohou objevit výrazné psychické problémy, jako jsou těžká deprese (Livingston, 1987), poruchy příjmu potravy (Pope a Husdon, 1992) a drogová závislost (Goodwin a kol, 1990, in Elliott & Place, 2002, 97). Nastává tedy otázka, do jaké míry se podobná traumata podílí na vzniku psychiatrického onemocnění (Sheldrick 1991, in Elliott & Place, 2002).

Další možné důsledky zneužívání mohou dle Fischera a Škody být:

- *„Traumatické sexualizace projevující se nápadným sexuálním chováním (vyzývavostí) nebo strachem ze sexu, jeho potlačováním*
- *Negativní zkušenost, ztráta pocitu bezpečí a jistoty, ztráta důvěry k rodině, blízkým, ke svému okolí, k ostatním lidem*
- *Pocit bezmocnosti z důvodu zneužívání a chybějící pomoci a opory*
- *Dlouhodobá negativní zkušenost se zneužíváním může vést k rozvoji různých duševních a behaviorálních poruch*
- *Etiketizace, silné sociální stigma v důsledku zneužívání*
- *Neschopnost partnerského soužití*
- *Vyšší pravděpodobnost toho, že se jedinec stane sám také aktérem sexuálního zneužívání“ (Fischer & Škoda, 2009, 151).*

Dopady sexuálního zneužívání na psychiku dítěte mohou mít i formu duševní poruchy, mezi které můžeme zařadit opoziční vzdor, projevy úzkosti – nespavost, noční můry, somatické obtíže, depresi, PTSD, sebedestruktivní chování, hraniční rysy, sexuálně nepřiměřené chování, škodlivé užívání drog, poruchy příjmu potravy, poruchy chování a hyperkinetickou poruchu. Posttraumatický stresový syndrom a nepřiměřené či přehnané sexuální chování je velmi častý následek sexuálního zneužití dítěte (Češková et al., 2006).

V extrémních případech se u zneužívaných dětí může vyskytnout ještě další obranný mechanismus, kterým je disociace, pro kterou je typická amnézie, denní snění a stavy podobné transu. Důsledkem může být vznik mnohočetné poruchy osobnosti (Elliott & Place, 2002).

Nutno podotknout, že zmíněné projevy nejsou přítomny u všech zneužívaných dětí a zároveň ne každé dítě, u kterých se tyto projevy objevují, je zneužívané (Pincus, 2002).

### **3.1.3 Zanedbávání dětí**

Dle Konvičkové (2011) je zanedbávání s největší pravděpodobností nejčastější formou špatného zacházení s dětmi. Tato forma ubližování dítěti je spolu s psychickým násilím nejhůře zjištělná (Bechyňová & Konvičková, 2011).

Zanedbávání dítěte se projevuje jako nedostatečná péče rodičů, kteří často v dětství prožili totéž, ačkoliv nutno podotknout, že ne všechny děti, které byly v dětství zanedbávány, musí v dospělosti opakovat chyby svých rodičů (Bechyňová & Konvičková, 2011).

Faktory, které jsou rizikové a mohou vést k zanedbávání dítěte, jsou:

- Nízká socioekonomická úroveň rodiny
- Alkoholismus či drogová závislost u rodičů
- Promiskuitní sexuální vztahy rodiče
- Nestálost prostředí
- Zaměstnání, které jsou náročná (psychicky, fyzicky či časově) či velmi exkluzivní, kdy rodič o dítě může ztrácet zájem
- Workoholismus rodičů

- Rodiny utečenců, imigrantů
- Citová nezralost nebo povahová nevyspělost jednoho z rodičů či obou rodičů (např. velmi mladiství rodiče)
- Rodiče trpící duševními nemocemi, příp. poruchami, které mohou ovlivňovat jejich rodičovské kompetence
- Vychovatelé s mentální retardací, vážnými smyslovými poruchami či pohybovou invaliditou
- Děti z menšinových etnických skupin
- Děti členů náboženských sekt (Fischer & Škoda, 2009).

*„Všechny typy zanedbávání vysoce koreluje s chudobou a špatným sociálním postavením rodin. Proto je někdy těžké rozlišit, zda je schopnost pečovateli poskytovat dětem adekvátní péči snížena v důsledku jejich špatné sociální situace, příp. odlišných kulturních norem, nebo zda jde o záměrné zanedbávání péče. Chudoba rodiny a její sociální vyloučení může rodiče v jejich péči o dítě výrazně omezovat“ (Bechyňová & Konvičková, 2011, 39).*

Jednou z forem zanedbávání je i psychická deprivace, která může mít následující dopady na osobnost a život dítěte:

- Deprivované děti mohou mít nedostatky v oblasti kognitivních funkcí, jako je řeč či myšlení, což může mít negativní dopad na jejich školní úspěšnost
- Deprivace má velmi silný vliv na jejich emocionalitu. Tito jedinci bývají emočně oploštělí, nestabilní, často výbušní a dráždivější, případně může dojít i k agresivnímu jednání
- Nežádka se vyskytuje tendence k sebepodceňování a horší orientace v mezilidských vztazích
- V dospělosti se mohou vyskytnout problémy v oblasti seberealizace, nezaměstnanosti a nezvládnání rodičovských rolí. Často nejsou schopni uspokojovat potřeby svých dětí a vystavují je stejné psychické deprivaci, kterou prožili v dětství (Fischer & Škoda, 2009).

*„Děti z dysfunkčních rodin se často potýkají s pocity psychické deprivace. Ta vzniká následkem dlouhodobého neuspokojování citových potřeb. Takové děti se pak často vyznačují některými psychickými zvláštnostmi, někdy až poruchami negativně ovlivňujícími jejich postupné zařazování do společnosti. Při řešení obtížných životních situací tyto děti poměrně často selhávají a mnozí se v důsledku toho obrací k alkoholu a k drogám, ale i k závažnějším sociálně patologickým formám chování“ (Fischer & Škoda, 2009,144).*

Jedna z forem zanedbávání by se dala najít již v prenatálním vývoji dítěte, kdy bychom mohly rizikové chování matek v průběhu těhotenství považovat za určitou formu nedostatečného zájmu o potřeby dítěte a za formu zanedbávání. Nejškodlivější chování matky v průběhu těhotenství je užívání drog a alkoholu, což může mít velmi negativní dopad na psychický či fyzický stav dítěte (Pemová & Ptáček, 2016).



## **4 DUŠEVNÍ PORUCHY U DĚTÍ**

V této kapitole se budeme zabývat vybranými duševními poruchami, které je možné diagnostikovat již v dětství. Tyto duševní poruchy jsem vybrala na základě diagnóz dětí v praktické části.

Nutno podotknout, že situace rodičů dětí postižených duševních chorobou je velmi problematická. Rodiče mívají pocity viny za onemocnění svého dítěte, přemýšlejí o eventuálních výchovných chybách a o vlivu dědičnosti. Tato situace bývá pro rodiče velmi frustrující a zatěžující. Onemocnění dítěte může mít i dopad na manželství rodičů, kde se mohou vyskytnout různé reakce, jako je např. vzájemné obviňování za nemoc dítěte a konflikty, které mohou skončit i rozvodem. Nemoc může ovšem mít o pozitivní vliv, kdy se rodiče ještě více stmelí v péči o dítě. Rodiče často stejně jako veřejnost chápou onemocnění dítěte jako něco konečného, nevléčitelného, co dítě navždy poznamená a znevýhodní. Duševní onemocnění dítěte představuje pro rodiče vždy výrazné trauma, mají pocit, že se jejich svět hroutí, že naděje, které vkládaly do svého dítěte, se nemohou nikdy splnit. Jsou naplněni obavami o další vývoj onemocnění a budoucnost dítěte. Nejproblematictější je situace, kdy stav dítěte vyžaduje hospitalizaci v psychiatrickém lůžkovém zařízení (Gjuričová, Kocourková, & Koutek, 2000).

### **4.1 Statistiky dětských psychiatrických hospitalizací**

Na základě informací od Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) jsem ze zpráv z let 2010 – 2015 zpracovala data týkající se počtu hospitalizací dětí v psychiatrických nemocnicích a počtu propuštěných a zemřelých dětí, ve věku 0-19 let v psychiatrických lůžkových zařízeních. Bohužel je v těchto statistikách shrnutý počet zemřelých i propuštěných dětí dohromady, což je mírně zkreslující, vzhledem k tomu, že úmrtí dětí bude málo časté, ovšem statistiku pouze propuštěných nelze samostatně získat. Následující informace byly čerpány z webových stránek ÚZIS.

**TABULKA 2: POČET HOSPITALIZACÍ - PSYCHIATRICKÉ LŮŽKOVÉ ZAŘÍZENÍ (ÚZIS, 2010 – 2015)**

Rok	Počet dětských psychiatrických lůžek	Počet hospitalizací celkem v psych. Léčebnách	Počet hospitalizací dětí (0-14 let) v psych. Léčebnách	Počet hospitalizací v léčebnách pro děti
2015	3 psych. léčebny, 250 lůžek	60016	2708	1078
2014	3 psych. léčebny, 250 lůžek	61792	2876	1124
2013	3 psych. léčebny, 250 lůžek	59556	2613	1000
2012	3 psych. léčebny, 250 lůžek	59385	2623	1045
2011	3 psych. Léčebny, 260 lůžek	59925	2698	986
2010	3 psych. léčebny, 260 lůžek	59169	2485	938

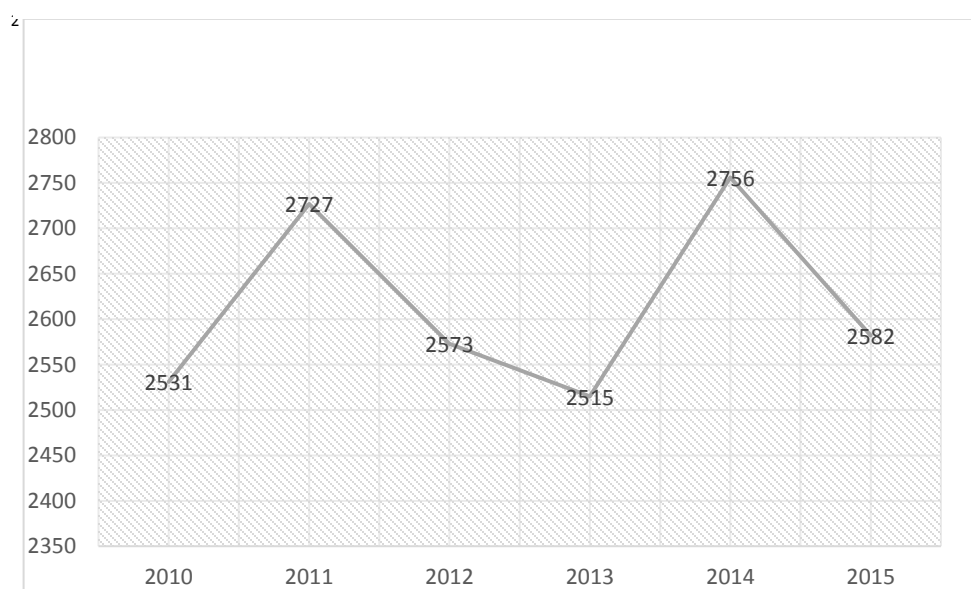
**TABULKA 3: POČET PROPUŠTĚNÝCH A ZEMŘELÝCH DĚTÍ 0-19 LET V PSYCHIATRICKÝCH LŮŽKOVÝCH ZAŘÍZENÍCH PODLE SKUPINY PSYCHIATRICKÝCH DIAGNÓZ (ÚZIS, 2010 – 2015)**

Skupina psych. diagnóz	2010	2011	2012	2013	2014	2015
F00-F09	28	19	28	18	24	19
F10	97	99	86	55	76	72
F11-F19	767	727	748	776	650	682
F20-F29	340	346	321	320	342	385
F30-F39	133	121	144	145	175	159
F40-F48, F50-F59	1011	1097	1137	1128	1213	1189
F60-F63,F68-F69	231	239	227	260	251	220
F64-F66	10	15	10	8	7	11
F70-F79	394	410	408	268	370	391
F80-F98	2531	2727	2573	2515	2756	2582
F99	5	7	2	3	4	3
Ostatní dg.	23	17	19	39	54	52
<b>Celkem</b>	<b>5570</b>	<b>5824</b>	<b>5703</b>	<b>5535</b>	<b>5922</b>	<b>5765<sup>1</sup></b>

<sup>1</sup> F00 – F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických, F10 – F19 Poruchy duševní poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek, F20 – F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy, F30 – F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady), F40 – F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, F50 – F59 Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých, F70 – F79 Mentální retardace, F80 – F89 Poruchy psychického vývoje, F90 – F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání, F99 Neurčená duševní porucha

V následujícím grafu můžeme vidět počet dětí (0-19 let) s diagnózami F80 – F98, které byly propuštěné (zemřely) z psychiatrických lůžkových zařízení. Diagnózy F80 – F98 jsem vybrala z toho důvodu, že do tohoto rozmezí spadají pervazivní vývojové poruchy, tak hyperkinetické poruchy, které jsou déle rozebírané v následujícím textu. Poruchy psychického vývoje (F80- F89) a Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání (F90-F98) jsou nejpočetněji zastoupenou skupinou diagnóz, které se u dětí vyskytují (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2008).

**OBRÁZEK 1: VÝVOJ POČTU DĚTÍ S DIAGNÓZOU F80-F98 (ÚZIS, 2010 – 2015)**



<sup>2</sup> F80 – F89 Poruchy psychického vývoje, F90 – F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání,

## 4.2 Vybrané duševní poruchy

### 4.2.1 Pervazivní vývojové poruchy (F84)

V této diagnostické kategorii dle MKN-10 můžeme najít následující subkategorie, kterými jsou: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, Rettův syndrom, jiná dezintegrační porucha v dětství a hyperaktivní porucha sdruženou s mentální retardací a stereotypními pohyby V manuálu, DSM-5, který byl vydán v roce 2013, jsou tyto diagnózy shrnuty do jedné jediné, kterou nazýváme „porucha autistického spektra“ (PAS). Z tohoto spektra byl vydělen Rettův syndrom, a to pro známost etiologie (Hosák, Hrdlička, & Libiger, 2015).

*„Do této kategorie spadají těžké vývojové poruchy, které mají svůj počátek v raném dětství (projevují se od narození nebo začínají v batolecím či předškolním věku), v současnosti je u nich většinou předpokládána organická/biologická etiologie“* (Svoboda, Krejčířová, & Vágnerová, 2015, 513).

U všech typů pervazivních poruch je narušeno především utváření sociálních vztahů a schopnost komunikace, obtíže v těchto oblastech jsou však tak závažné, že se promítají do celého života lidí s poruchami autistického spektra (tj. jsou všepromítající – pervazivní) (Svoboda et al., 2015).

Pro okolí je většinou chování dítěte těžko srozumitelné, jelikož samo dítě má narušeno vnímání reality a vlastního chování, které lze většinou označit pro bizarní. Proto byly dříve pervazivní vývojové poruchy řazeny do skupiny psychóz (Svoboda et al., 2015).

#### **Časný infantilní autismus ( F84.0)**

Autismus byl poprvé popsán americkým psychiatrem Leo Kannerem v roce 1943. Děti s touto poruchou popsal jako nereagující na druhé lidi, nekomunikativní, opakuje a rigidní.

Symptomy autismus se projevují od nejučtějšího věku, nejpozději do 3 let věku dítěte. Přibližně 80% dětí trpících autismem jsou chlapci (Comer, 2004). Prevalence autismu je v rozmezí 3-5 dětí na 10 000 dětí (Svoboda et al., 2015). Etiologie autismu je dosud neznámá.

Genetické vlivy u autismus jsou nepochybně velmi silné a autismus je dnes uváděn jako jedna z poruch s nejsilnější genetickou komponentou (Hort, 2000).

Z počátku převládal názor, že autismus je způsoben dysfunkcemi rodiny či vysokým sociálním a environmentálním stresem. V rámci navazujících výzkumů se při srovnání dětí s autismem

a zdravých dětí, nenašly rozdíly v počtu smrti rodičů, rozvodů, separace, finančních problémů rodiny nebo rodinným zázemím (Roazen, 1992; Cox et al., 1975, in Comer, 2004).

V empirické části své bakalářské práci jsem zpracovala případovou studii chlapce, který má diagnostikovaný časný infantilní autismus, ale nachází se na hraničním pásmu, tudíž jeho forma autismus je „lehká“. Chlapec byl vybrán především proto, že na něj v průběhu dětství působilo mnoho faktorů v rodinném prostředí, tudíž je předpoklad, že jeho chování není důsledkem pouze poruch autistického spektra.

Pro stanovení diagnózy časného infantilního autismus musí být splněno několik následujících kritérií:

**a) Narušená kvalita sociálních interakcí**

Nejzávažněji postižené děti působí, jakoby neodlišovaly živé od neživého či si ani neuvědomovaly přítomnost druhých lidí. Nezřídka zacházejí s ostatními lidmi jako s předměty. Již od útlého věku se tyto děti brání očnímu kontaktu, neumí se s rodiči pomazlit, nevyžadují jejich přítomnost ani pomoc druhých (Svoboda et al., 2015).

**b) Porucha řeči a komunikace**

V této oblasti se jedná o kompletní selhání. Děti velmi málo napodobují druhé, téměř nepoužívají gesta a jejich mimice a jiným tělesným projevům chybí komunikační význam. (Svoboda et al., 2015).

**c) Odpor ke změně, rigidita a nepružnost myšlenkových procesů**

Děti s autismem se většinou aktivně brání jakékoliv změně v jejich životě a vyžadují přesné dodržování rituálů či denní rutiny. (Svoboda et al., 2015).

Kromě postižení těchto oblastí se často přidružují další poruchy jako je hyperaktivita, poruchy pozornosti a emoční poruchy či úzkostné reakce až katastrofického charakteru (Svoboda et al., 2015).

Inteligence dětí nemusí být postižena, ačkoliv častěji bývá přítomný autismus v kombinaci s mentální retardací. Velmi často se vyskytuje i značná emoční labilita, kdy se u dětí s autismem dostávají prudké afektivní výbuchy s křikem a pláčem, které nemusí mít zjevný vnější podnět. Problematické mohou být tendence k sebepoškozování, které se u těchto dětí také vyskytují (Svoboda et al., 2015).

*„Autismus může mít různou hloubku a s věkem většinou dochází k vývojovým změnám, které vedou k zmírňování některých abnormit, porucha je však celostní a trvale narušuje běžné sociální fungování postižených lidí“* (Svoboda et al., 2015, str. 156).

Plné soběstačnosti v dospělosti dosáhne jen malé procento dětí, byť s lehčím stupněm autismu a dobrou inteligencí (Svoboda et al., 2015).

### **Vývoj dětí s autismem**

V prvním roce života mohou být děti pasivní a nereaktivní, ovšem vyskytuje se u nich normální senzomotorický vývoj. Část z nich bývá negativně laděna a může být přítomna porucha jídla či spánku. Matka většinou rozdíly rozpozná již velmi brzy, jelikož děti mohou špatně reagovat na chování a nenavazovat oční kontakt. Nedochozí k normálnímu vývoji sociálního úsměvu a rodiče mohou mít obavy, zda je dítě vůbec poznává (Svoboda et al., 2015).

U školních dětí, které nejsou intelektově postiženy a začaly mluvit, se symptomy zmírňují. Problémem bývá školní prostředí, kdy dítěti chybí motivace k učení, pokud se to netýká jeho oblasti zájmu. Dítě také nechápe sociální požadavky a normy, tudíž nerespektuje pokyny učitele a vzhledem k přetrvávajícím problémům v sociálních vztazích je dítě v kontaktu se spolužáky neobratné, nebere ohledy na pocity druhých, a proto se může stát cílem posměšku či šikany (Svoboda et al., 2015).

Jak ukazují dlouhodobá sledování, dvě třetiny autistických dětí zůstanou i v dospělosti závislé na péči rodiny nebo institucí. Pouze 5-20% jedinců je schopná normálně fungovat s určitými omezeními. Tyto jedince označujeme jako „vysoce funkční autisty“ (Hort, 2000).

#### **4.2.2 Hyperkinetická porucha (F90)**

Porucha se stejně jako dětský autismus vyskytuje častěji u chlapců než u dívek v poměru 3-5:1 (Hosák et al., 2015).

Pro tuto skupinu poruch je charakteristický časný začátek, obvykle v prvních pěti letech života. Současně s hyperkinetickou poruchou může být přítomno mnoho dalších abnormalit. Děti s hyperkinetickou poruchou se často projevují neukázněně a impulzivně, je u nich zvýšené riziko úrazů, bezmyšlenkovitě porušují pravidla, a proto se často dostávají do konfliktu s disciplínou (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2008).

Hyperkinetické poruchy můžeme dělit na:

- 1. Syndrom ADHD** – projevující se hyperaktivitou a poruchami pozornosti
- 2. Syndrom ADD s poruchou pozornosti**
- 3. Hyperkinetická porucha chování**

Dle Svobody a kolektivu (2015) charakteristika hyperkinetických poruch vychází z předpokladu, že na vzniku této poruchy se mohou podílet nejen etiologické a genetické faktory, ale také faktory exogenní. Z čehož vyplývá, že negativní působení rodinného prostředí, jako je např. rodinná disharmonie, konfliktní vztah mezi rodiči nebo rodičů k dětem, může přispět k prohloubení potíží v oblasti pozornosti, a z toho vyplývajícího způsobu reagování.

Porucha je charakterizována nezralostí centrálního nervového systému, ovšem bez narušení normálních rozumových schopností. Mezi typické projevy patří zvýšená dráždivost, unavitelnost, neklid, porucha koncentrace pozornosti a snížená frustrační tolerance (tudíž i malý podnět může vyvolat nepřiměřenou reakci). Děti mohou často na své okolí reagovat

pomocí verbální i neverbální agrese, což může být určitá forma sebeprosazení, upoutání pozornosti nebo kompenzace pocitů méněcennosti (Gjuričová et al., 2000).

Zhruba polovina dětí s ADHD má též problémy s učením nebo komunikací, ve škole dosahují převážně nevalných výsledků. Mnohé z nich mají problém při kontaktu s ostatními dětmi, okolo 80% se chová nevhodně či špatně (Phares, 2003, Waldman et al. 2001).

Mezi příznaky syndromu patří:

- 1) **Porucha pozornosti** – základní symptom, který se projevuje narušením a opožděním vývoje ve všech jeho složkách.
  - Slabá koncentrace pozornosti = dítě má problém se soustředit na činnosti.
  - Tenacita pozornosti = délka soustředění je velmi krátká.
  - Distribuce = rozsah pozornosti je velmi malý. Děti dovedou vnímat jen malé množství informací, nedovedou se soustředit na komplexní a složité situace.
  - Vigilita = pružnost pozornosti. Děti nejsou schopné přenášet pozornost podle potřeby, jelikož pozornost není dostatečně rozvinuta a není dostatečně adaptabilní.
  - Selektivita – vzhledem k tomu, že dítě se nedovede záměrně zaměřit jen na podstatné znaky situace, jeho pozornost bývá často nevyběrová. Dítě není schopno si vybrat to, co je pro něj aktuálně potřebné, tudíž dítě věnuje pozornost všemu, co jeho smysly zachytí (Svoboda et al., 2015)
  
- 2) **Impulzivita** = neschopnost regulace způsobu reagování, které by odpovídalo situaci. Děti nejsou schopné brzdit aktuální impulzy a ovládat své chování. Často mají sklon ke zbrklým a neadekvátním reakcím, což může vést k tomu, že přerušují jiné, skáčou jim do řeči, vyrušují při vyučování, atd. mají problém s respektováním pravidel, často reagují ještě dříve, než vyslechnou zadání či instrukci, což vede ke zvýšené chybovosti. (Svoboda et al., 2015).
  
- 3) **Hyperaktivita** – významný faktor, které odlišuje syndrom ADD od ADHD. „*Hyperaktivita se projevuje nadměrným nutkáním k pohybu, k aktivitě, která je neúčelná až nesmyslná a dítě ji nedokáže nijak tlumit a ovládat*” (Svoboda et al., 2015,



669). Děti jsou typické tím, že nevydrží v klidu sedět, často se vrtí, pohybují rukama či nohama, vstávají během vyučování apod. (Svoboda et al., 2015).

### **Rodiče a hyperaktivní děti**

Pro rodiče může být výchova hyperaktivního dítěte značnou zátěží, což může ovlivnit postoj rodičů k dítěti.

*„Neklidné dítě je vyčerpává a vyvolává v nich pocity nejistoty, protože očekávaným způsobem nereaguje na běžné výchovné zákroky. Rodiče jsou nespokojeni a zklamáni, jejich vztah k dítěti bývá často ambivalentní. Na jedné straně je mají rádi a na druhé straně k němu pociťují nechuť. Dítě je obtížné a neovladnutelné, a oni hledají příčiny, proč je takové, někdy obviňují sami sebe, mají pocit, že ve své rodičovské roli selhali a výchovu dítěte nevládli tak, jak by bylo třeba. Tendence najít viníka se může obrátit i proti dítěti“* (Svoboda et al., 2015, 674).

Bohužel může dojít i k situaci, kdy projevy dítěte budou rodiče zatěžovat natolik, že své dítě začnou nadměrně fyzicky trestat, což může přejít až k týrání dítěte (Svoboda et al., 2015).

Vědci zjistili, že matky dětí s ADHD bývají kritičtější, kladou na dítě vyšší nároky a jsou více kontrolující ve srovnání s matkami zdravých dětí (Mash & Johnston, 1982).

Zároveň bylo během několika výzkumů shledáno, že faktory týkající se environmentálního prostředí vysvětlují komorbiditu ADHD a jiných externalizačních poruch, což by nám mohlo vysvětlit, proč se tyto choroby tak často vyskytují dohromady (Burt, Krueger, McGue, & Iacono, 2001). Často se vyskytuje komorbidita poruchy opozičního vzdoru či problémů s učením a ADHD. Obvyklý je i výskyt internalizačních poruch, jako je deprese a úzkost u dětí trpících ADHD, a to především u dívek (Oltmanns & Emery, 2004). U dětí trpících ADHD v kombinaci s jinou duševní poruchou můžeme pravděpodobně najít špatně fungující rodiny, kde se vyskytuje nadměrný stres rodičů, zhoršené plnění rodičovských povinností, zúžený kontakt se širší rodinou, nadužívání alkoholu, nadměrné konflikty mezi rodiči, odloučení rodičů či rozvod (Barkley, 1998 in Wicks-Nelson & Israel, 2003). Nevhodný přístup k dítěti v kombinaci s určitou genetickou zátěží může poznamenat vývoj osobnosti

dítěte určitou nevyvážeností a v dospělosti u těchto jedinců můžeme nacházet poruchu osobnosti (Gjuričová et al., 2000).

Výsledky zkoumání dvojčat, které provedl Burt, Krueger, McGue a Iacono (2001) potvrdili, že ačkoliv se u poruch chování, poruchy opozičního vzdoru a ADHD vyskytuje značný vliv genetických faktorů, přítomnost komorbidity poruch má souvislost s rodinným prostředím.

## **5 AKTUÁLNÍ VÝZKUMY - SOUVISLOST MEZI RODINOU A VYBRANÝMI DUŠEVNÍMI ONEMOCNĚNÍMI U DĚTÍ**

V této poslední kapitole jsem se zaměřila na nedávné výzkumy, které se týkají dětí s ADHD a dětí s poruchou autistického spektra.

Moen, Hedelin, & Hall-Lord, v roce 2015 provedli studii s 1964 rodiči dětí s ADHD. Cílem výzkumu bylo popsat charakteristiku rodiny ve vztahu k podpoře, chování dítěte a fungování rodiny v rodinách, kde je dítě trpící ADHD. V rámci studie bylo použito dotazníkové šetření, kterého se účastnilo 265 rodičů. Byly použity dotazníky „Sense of Coherence“ (SOC) a „Family Assessment Device“ (FAD). Uvedené dotazníky nebyly přeloženy do českého jazyka, proto i nadále používám jejich anglický název. Dílčím cílem studie bylo objevit prediktory fungování rodiny. Výsledky ukázaly, že rodiny, kde bylo dítě s ADHD, vykazovaly slabší „Sense of Coherence“ a chudší „Family Assessment Device“ než-li rodiny zdravého dítěte.

Jeden ze starších výzkumů z roku 1982, kde hlavní výzkumnou metodou bylo pozorování a výzkumným souborem 43 hyperaktivních a 58 zdravých dětí prokázal, že matky hyperaktivních dětí jsou více direktivní, negativní, více kontrolující a méně reagující na dítě. Děti těchto matek se více ptají, jsou více negativní a nevyhovují požadavkům autorit (Mash & Johnston, 1982).

Nejnovější studie se zaměřila na duševně nemocné děti a jejich matky. Výzkumný vzorek se skládal ze 194 dětí se symptomy duševní poruchy a poruchy chování a jejich matek. Při výzkumu bylo použito pozorování dětí při hře spolu s interview s matkami v kombinaci s dotazníky měřící copingové strategie a rodičovské styly. Poruchy chování a poruchy nálad byly častější pro chlapce a byly spojeny s autoritativním a odmítavým rodičovským stylem, ve kterém matky podceňují důležitost emočního kontaktu. Matky vykazovaly maladaptivní copingové strategie. Rodinné prostředí bylo charakterizováno materiálními hodnotami, násilím a abúzem alkoholu. Výsledky indikují dysfunkční roli matčiných copingových strategií a rodičovských stylů v souvislosti s duševním zdravím dětí (Nikolaev, Baranova, & Petunova, 2016).

V roce 2008 byl proveden výzkum za použití interview, kdy výzkumný soubor byl složen ze 112 dětí mezi 10 – 14 lety. 70% respondentů trpělo minimálně jednou komorbidní poruchou a 41% mělo dvě či více přidružených chorob. Nejčastější diagnózy byly sociální úzkostná porucha, ADHD a porucha opozičního vzoru (Simonoff et al., 2008).

V roce 2015 proběhla studie, která se zaměřila na projevy poruch autistického spektra. Vzorek byl tvořen z 266 dospělých dvojčat, kterým byl administrován „Autism-Spectrum Quotient“ (AQ), „Temperament and Character Inventory“ (TCI-125) a „General Health Questionnaire“ (GHQ). Výsledek toho výzkumu ukázal, že genetickým faktorům můžeme přičíst 44% autistických projevů, zbývající část dle výsledků vysvětluje vliv prostředí, což nám naznačuje, že genetické a environmentální faktory mají vliv na projevy autistického spektra. Výsledky výzkumu také naznačují, že velká část temperamentu, projevů autistického spektra a charakter jsou ovlivněny jak genetickými vlivy, tak vlivy prostředí (Picardi et al., 2015).

V rámci longitudinální studie, která zkoumala nejrůznější souvislosti poruch autistického spektra s jinými vlivy, se zaměřilo i na souvislost rodinného prostředí a behaviorálního fenotypu poruchy autistického spektra. Jako výzkumná metoda byly použity škály „Problem Behavior subscale of the Scales of Independent Behavior–Revised“ (SIB-R) a „ADI-R27“. V rámci studie se prokázal vliv rodinného prostředí na fungování dítěte. V první studii, která se zaměřila na 149 matek autistických dětí bylo objeveno, že rodinné prostředí je poznamenáno vysokou úrovní kriticismu, což zvyšovalo internalizační poruchy a poruchy chování u dětí s poruchou autistického spektra. Výsledky ukazují, že pokud se sníží úroveň kriticismu v rodinném prostředí a zvýší se rodičovská vřelost, mohlo by to vést k prevenci eskalace poruch chování a projevů autistického spektra (Smith, Greenberg, & Mailick, 2014).

Poslední výzkum, který uvádím, zkoumal spojitost chudobou rodiny a přidruženými psychickými problémy u dětí s PAS. Celkem se výzkumu účastnilo 209 dětí, které byly zkoumány pomocí dotazníkového šetření „Strengths and Difficulties Questionnaire“. Ve vřelém, organizovaném rodinném prostředí nebyla nalezena spojitost mezi rodinnou chudobou a psychopatologií. Děti z tohoto prostředí vykazovaly méně poruchami chování, byly méně hyperaktivní a poklesly u nich problematické vztahy s vrstevníky. V případě méně vřelého prostředí můžeme najít vztah mezi chudobou a psychopatologií. Chaotické domácnosti byli rizikovým faktorem pro rozvoj poruch chování a problémy s vrstevníky. Závěr výzkumu je,

že chudobu rodiny, nízkou úroveň vřelosti v rodinném prostředí a nezorganizovanou rodinu, můžeme označit jako rizikové faktory pro rozvoj externalizačních problémů u dětí s poruchou autistického spektra (Midouhas, Yogaratnam, Flouri, & Charman, 2013).

Výzkum, který by shrnoval všechny duševní poruchy u dětí souvislosti s rodinou jsem bohužel nezaznamenala, proto jsem se zaměřila na konkrétní duševní poruchy, které se objevují i v praktické části mé bakalářské práce. V empirické části jsem se pokusila ověřit souvislost duševní poruchy a jeho rodiny na základě polostrukturovaného interview a Škály rodinného prostředí. Vzhledem nalezeným výzkumům je vhodné používat nejen škály ukazující výchovné styly, ale také podrobnější popis rodinného prostředí, které dle výše uvedených výsledků může mít negativní dopad na psychiku dítěte.

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 6 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Při svém setkávání se s dětmi trpící duševní poruchou a jejich rodinami jsem si všimla toho, že ve velké většině případů je v rodině dítěte s psychiatrickým onemocněním můžeme najít problematický aspekt, což mi potvrzují i debaty s odborníky z oblasti psychologie a psychiatrie. Proto se nabízí otázka, zda existuje souvislost mezi rodinou a psychikou dítěte.

Ve své bakalářské práci se věnuji dětem, které byly hospitalizované v psychiatrické léčebně ve Šternberku a mají diagnostikované duševní onemocnění.

Hlavním výzkumným problémem mé bakalářské práce je nalézt **souvislost mezi rodinným prostředím a duševním zdravím dítěte.**

Na základě úvahy o souvislosti rodiny a duševním onemocněním u dítěte jsem si stanovila tyto **výzkumné cíle:**

Hlavní výzkumné cíle:

- 1) Popsat souvislost mezi rodinným prostředím a projevy duševních poruch u dětí
  - a) Popsat, jaké jsou vztahy v rodině u dětí s duševní poruchou
  - b) Popsat, jak se projevují děti s duševní poruchou ve školce či škole

Na základě zvolených cílů jsem následně formulovala výzkumné otázky:

Hlavní výzkumné otázky:

- 1) Jaká je **souvislost mezi rodinným prostředím a projevy duševní poruchy** u dětí?
  - a) Jaké jsou **vztahy v rodině** u dětí s duševní poruchou?
  - b) Jaké se projevují **děti** s duševní poruchou **ve školce či škole?**

## 7 METODOLOGIE VÝZKUMU

### 7.1 Zvolený výzkumný přístup a typ výzkumu

Vzhledem k potřebě získat co nejvíce možných dat, jsem zvolila **kvalitativní přístup**, a to především proto, že kvalitativní data jsou významná pro svou bohatost a komplexnost, což nám umožňuje důkladný popis zkoumaného jevu a odhalování jeho různých souvislostí (Miovský, 2006). „*Zachycují autentickou lidskou zkušenost, což umožňuje jejich lepší sdílení dalšími lidmi. Právě díky reálným souvislostem mají tato data velkou výpovědní hodnotu*“ (Miovský, 2006, 259).

Vzhledem k problematice bakalářské práce, jsem se rozhodla jako typ výzkumu použít případové studie. Chtěla jsem zachytit nejen současný stav rodinného prostředí, ale i jeho vývoj, zejména jeho dopad na prožívání a chování dítěte.

**Případová studie** (někdy také označována jako kazuistika) je v rámci kvalitativního přístupu nejrozšířenější typ výzkumu. V centru její pozornosti stojí případ (Miovský, 2006). Je považována za prototyp explorativního bádání, přičemž je vhodná především pro studium vzácně se vyskytujících jevů, které nemáme možnost běžně zkoumat (Ferjenčík, 2000).

Hendl (2005) uvádí tři důvody, kdy je vhodné provádět případovou studii:

- a) „*Případovou studií se můžeme hodně naučit o dosud neznámé speciální situaci*
- b) *Pouze případová studie nám pomůže porozumět důležitým aspektům problematické oblasti výzkumu; tato přednost se zvláště projevuje v komplexních situacích sociálního života*
- c) *Případová studie může být vhodným doplňkem k jiným způsobům výzkumu; provede se např. před statistickým šetřením za účelem lepšího zaměření kvantitativního výzkumu*“ (Hendl, 2005, 112).

Případová studie má vést k porozumění osobnosti a vývoje jedince, vývoji a průběhu jeho onemocnění, léčby a stavu interakce s ostatními, kdy data můžeme získat prostřednictvím osobního rozhovoru s jedincem, ale také díky dokumentům či kontaktům s dalšími osobami (Ferjenčík, 2000). Ve své práci jsem se zabývala podrobnými studii vždy jednoho dítěte se



zaměřením na různé oblasti jeho života. Cílem bylo sestavit celkový obraz vývoje a života dítěte především v rodinných souvislostech.

Kazuistiky nám vzhledem k intenzivnímu, detailnímu výzkumu pomohly objevit nové, doposud přehlížené skutečnosti, které nás mohou vést k formulování nových hypotéz, které je nutné již ověřit jinými metodologickými postupy (Ferjenčík, 2000).

## 7.2 Metody získávání dat

Vzhledem k výzkumné metodě bylo vhodné data získat prostřednictvím metody moderovaného rozhovoru (interview). „*Interview patří mezi nejobtížnější a současně nejvýhodnější metody pro získávání kvalitativních dat*“ (Mioviský, 2006, 155). Doplňující metodou mi byla „Škála rodinného prostředí“.

Pro výzkum jsem se rozhodla pro **polostrukturovaný rozhovor**, který je nejčastěji používaným typem interview a snaží kombinovat jak rozhovor nestrukturovaný, tak plně strukturovaný. Jedním z hlavních argumentů, proč používat tuto formu rozhovoru je, že dokáže eliminovat nevýhody zbývajících variant, a zároveň vytěžit maximum jejich výhod. Při přípravě polostrukturovaného interview jsem si vytvořila určité schéma, které specifikovalo okruhy otázek, na které jsem se plánovala účastníků ptát. Největší výhodou polostrukturovaného interview je možnost zaměřovat pořadí, v jakém se jednotlivým okruhům věnujeme, a to především proto, abychom z něj vytěžili, co možná nejvíce (Mioviský, 2006). Jedna z velkých výhod tohoto typu rozhovoru je možnost doptávat se a nechávat si dovysvětlit, jak participant danou věc myslí (Mioviský, 2006). Toho jsem velmi využívala hlavně u rozhovorů s dětmi, u kterých je směr rozhovoru vždy velmi nejasný, a je nutné se přizpůsobit konkrétnímu dítěti.

V rámci rozhovoru jsem se zaměřila na výzkumné okruhy (viz. Příloha č. 5), které se týkaly osobní anamnézy dítěte, rodiny, vztahů v rodině a současného stavu. Veškeré otázky se tudíž vztahovaly právě k nim. Mým hlavním cílem bylo důkladně prozkoumat oblast vývoje dítěte, jeho psychiatrické a psychologické anamnézy, sociální anamnézy, jeho současných problémů, jeho rodiny – rodičů, sourozenců, trávení volného času, včetně vzájemných vztahů. Na závěr jsem se zaměřila na současný stav jedince, ale i celkového rodinného prostředí.

Před každým interview jsem účastníkům dala k přečtení průvodní dopis (viz. Příloha č. 3) spolu s informovaným souhlasem (viz. Příloha č. 4) a ubezpečením o anonymitě výzkumu i možnosti kdykoliv z výzkumu odstoupit či možnosti neodpovídat na otázku.

Vedle pozorování, které je neodmyslitelnou součástí interview (Miovský, 2006) mi byla doplňující metodou **Škála rodinného prostředí** (z roku 1986), což je známá sebesposuzovací metoda. Originální verze dotazníku s názvem Family Environment Scale (FES-R) byla publikována v USA Moosem, Onselem a Humphreyem již v roce 1974 (Hargašová & Kollárik, 1986). Tento dotazník jsem použila spíše jako orientační doplnění pro případové studie. Vzhledem k velmi malému vzorku by statisticky zpracovaná data nebyla validní, tudíž toto zpracování neproběhlo.

Škála se nejvíce zaměřuje na zjišťování interpersonálních vztahů v rodině, na osobní růst jejích členů a na základní organizaci struktury rodiny (Gabriel & Novák, 2008). Tato škála předpokládá, že chování je závislé na osobnosti i na prostředí, kdy různá prostředí mají jedinečnou tvárnost a osobitost (Sobotková, 2012). „I když jde o individuálně administrovaný dotazník, těžiště interpretace spočívá v porovnání odpovědí jednotlivých členů rodiny: metoda je zaměřená na hodnocení rodinného systému jako celku“ (Svoboda et al., 2015, 730). Metoda tudíž netestuje osobnost jednotlivců, nýbrž rodinu jako systém (Hargašová & Kollárik, 1986).

Škála obsahuje 90 výroků, které se týkají rodinného života a prostředí. Probandi mají za úkol rozhodnout, zda jednotlivá tvrzení pro jejich rodinu platí či nikoliv (odpovědi jsou vyjádřené jako „pravda“ a „nepravda“) (Hargašová & Kollárik, 1986). Výroky jsou zaměřeny na 10 subškál, které spadají do třech dimenzí: (Gabriel & Novák, 2008)

- **Vztahová dimenze** kam spadají tři vlastnosti: Soudržnost, Expresivita a Konfliktnost (Hargašová & Kollárik, 1986).
- **Dimenze osobnostního růstu** - do této dimenze spadají vlastnosti, jako je: *Nezávislost, Orientace na úspěch, Intelektuálně - kulturní orientace, Aktivní rekreační orientace, Morálně - světonázorná orientace* (Hargašová & Kollárik, 1986).
- **Dimenze udržování systému** – v této dimenzi můžeme najít vlastnosti rodiny jako je: *Organizace a Kontrola* (Hargašová & Kollárik, 1986).

Tuto škálu můžeme využít v mnoho oblastech diagnostiky, terapie či výzkumu, jako je například rodinné poradenství, v předmanželském poradenství, v rozvodovém poradenství, u pěstounských a adoptivních rodin a ve výzkumných studiích, kdy slouží jako podklad kazuistik (Sobotková, 2012).

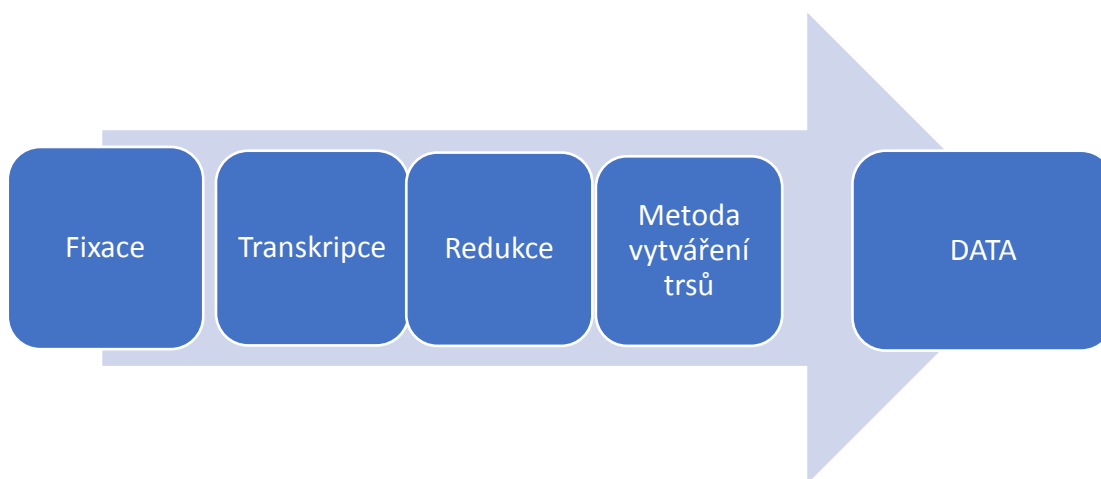
Nutno dodat, že sebesposuzovací techniky mají i několik slabin a omezení – jsou náchylné ke zkreslení (ke kterému může docházet záměrně i nezáměrně), mohou se vyskytovat individuální rozdíly při interpretaci položek a v neposlední řadě poskytují málo detailů o aktuálním dění v rodině, což ale můžeme doplnit kvalitativním rozhovorem, z kterého můžeme získat informace o současné situaci (Sobotková, 2012).

### **7.3 Metody zpracování a analýzy dat**

Získána data z jednotlivých interview jsem fixovala pomocí diktafonu, a to hlavně z důvodu zajištění přesných formulací účastníků výzkumu, zamezení chybného zaznamenání údajů a plynulosti rozhovoru. Následně jsem audionahrávky převedla pomocí doslovné transkripce do textové podoby. Pro lepší přehlednost textu jsem provedla tzv. redukci prvního řádu, v rámci které jsem odstranila nežádoucí výplňková slova a citoslovce.

V závěru jsem pro lepší orientaci v textu vymazala nepodstatné části rozhovoru, které se nevztahovaly k hlavním výzkumným otázkám. Po upravení textu pro další práci, jsem použila metody vytváření trsů dle Miovského (2006), která obvykle slouží k tomu, abychom výroky seskupily do určitých skupin např. dle společných jevů. Tyto skupiny (trsy) by měly vznikat na základě podobnosti mezi jednotlivými jednotkami. Na základě tohoto procesu nám vzniknou obecné kategorie, které seskupují podobné znaky (Miovský, 2006).

OBRÁZEK 2: ZPRACOVÁNÍ DAT (MIOVSKÝ, 2006)



Data, která jsem získala pomocí „Škály rodinného prostředí“ (ŠRP) jsem přepsala údaje ze záznamových archů do připraveného vyhodnocovacího archu a následně data vyhodnocovala pomocí manuálu. Po přepsání výsledků jednotlivých členů rodiny jsem spočítala průměrné hrubé skóre dosažené v jednotlivých subškálách, které jsem následně porovnávala s průměrným hrubým skóre uvedených v tabulkách ŠRP. Dále jsem pomocí určeného vzorce spočítala průměrnou kongruenci či inkongruenci (shodu/neshodu) mezi jednotlivými členy rodiny, kterou jsem taktéž vyhodnotila podle norem. Vzhledem k tomu, že tato metoda byla určena jen jako doplňková, a to především kvůli nízkému počtu probandů jsem pracovala s výsledky každé rodiny jednotlivě. V závěru kazuistik jsem se zaměřila na porovnání výsledků škály a dat získaných z interview. Ve vyhodnocení výsledků případových studií jsem použila data jak z metody vytváření trsů, tak dat získaných pomocí ŠRP.

#### 7.4 Výzkumná validita

Validita v psychologickém výzkumu znamená to, že výsledky jsou pravdivé a jisté, čímž tvrdíme to, že zjištění závěry jsou podepřeny důkazy. V kvalitativním výzkumu rozlišujeme několik základních oblastí, kde uplatňujeme metody kontroly a zvyšování validity (Miovský, 2006). Ve své bakalářské práci jsem validitu kvalitativního výzkumu zajistila pomocí triangulace zdrojů dat, která je základní metodou užívanou ve fázi získávání dat (Miovský, 2006). Triangulace byla provedena pomocí analýzy dokumentů, polostrukturovaným

rozhovorem a dotazníkem „Škála rodinného prostředí“ (ŠRP). Jako další metodu techniky kontroly byla použita validizace respondentem prostřednictvím diskuze s účastníky výzkumu, a to převážně ověřováním informací a dodatečným dotazováním (Miovský, 2006).

## 7.5 Etické aspekty výzkumu

Vzhledem ke specifické formě výzkumu, odehrávajícímu se v psychiatrické léčebně ve Šternberku na dětském oddělení, jsem velmi dbala na etické aspekty. Před zahájením samotného výzkumu jsem plán výzkumu předložila **etické komisi psychiatrické léčebny Šternberk** (PL Šternberk). Po schválení výzkumného záměru jsem mohla započnout samotný výzkum, který probíhal v prostorách dětského oddělení PL Šternberk.

Před zahájením výzkumu jsem od respondentů získala **informovaný souhlas**, kde byl účastník plně informován o aspektech týkající se studie, spolu s možností kdykoliv z výzkumu odstoupit. Vzhledem k nezletilosti některých respondentů byly informované souhlasy podepisovány jejich rodiči. Nezletilí měli též právo kdykoliv během rozhovoru projevit nesouhlas s účastí ve výzkumu a tím ji ukončit. Během setkání s účastníky jsem dbala na jejich psychický stav a emoční rozpoložení, a to především vzhledem k velmi citlivým okruhům, kterých jsme se v průběhu rozhovoru dotýkali. Po celou dobu rozhovoru jsem plně respektovala soukromí respondentů, kteří měli možnost na jakoukoliv otázku neodpovídat.

V závěru výzkumu jsem účastníkům nabídla, že mohou přepsaný rozhovor dostat k nahlédnutí a ke schválení jeho obsahu, čehož žádný účastník výzkumu nevyužil. V rámci celého výzkumu jsem zajistila **anonymitu** a data zpracovala tak, aby nebylo možné respondenty identifikovat. Po provedení doslovné transkripce jsem vymazala veškerý zvukový materiál uložený na diktafonu, aby nemohlo dojít k jeho zneužití.

## 8 VÝZKUMNÝ SOUBOR

### 8.1 Výběr výzkumného souboru

Ve svém výzkumu jsem kombinovala **prostý účelový výběr**, který je nejjednodušší variantou metody výběru v kvalitativním výzkumu spolu se **záměrným (účelovým) výběrem**. Účelový výběr vzorku spočívá v cíleném vyhledání účastníků podle jejich určitých vlastností, které bývá kritériem výběru a zahrnutí do studie. Mým kritériem výběru bylo dítě, trpící duševním onemocněním, které pobývalo v psychiatrické léčebně ve Šternberku.

V rámci nepravděpodobnostních metod výběru jsem použila i záměrný výběr přes instituce, jelikož jsem výzkum prováděla v psychiatrické léčebně ve Šternberku. Tento druh výběru může být zatížen nedostatky, a to především v tom, že děti v psychiatrické léčebně mohou představovat pouze určitou část dětí s duševním onemocněním. Můj výběr mohl být tedy touto skutečností zkreslen, ačkoliv vzhledem k tomu, že výzkum byl pojat jako případové studie by k značnému zkreslení dojít nemělo.

Pro účast do výzkumu byli osloveni rodiče, jejichž dítě pobývalo v období leden – březen 2017 v psychiatrické léčebně ve Šternberku. Hlavní aspekty, které musely rodiny splňovat, byl předpoklad neplně funkčního rodinného prostředí a přítomnost duševní poruchy u dítěte. Bohužel nebylo zcela možné ovlivnit konkrétní výběr dětí, jelikož vše probíhalo na základě dobrovolnosti, a vzhledem k citlivosti tématu nebylo mnoho ochotných rodičů.

### 8.2 Charakteristiky výzkumného souboru

Můj výzkumný soubor se skládal ze dvou rodin, jejichž dítě se léčí na dětském oddělení psychiatrické léčebny ve Šternberku. V první případové studii se jedná o neúplnou rodinu s dvěma dětmi, které trpí poruchou autistického spektra. V druhém případě jde o rodinu s chlapcem, který trpí hyperkinetickou poruchou. Základní demografické údaje jsou pro přehlednost uvedeny v následující tabulce č. 5. Bližší informace k dětem jsou součástí zpracování anamnéz v rámci kapitoly výsledky.

Všechny tyto rodiny byly vybírané na základě domluvy s paní dr. Ocelíkovou, a to s dobrovolnou účastí rodičů i dítěte.

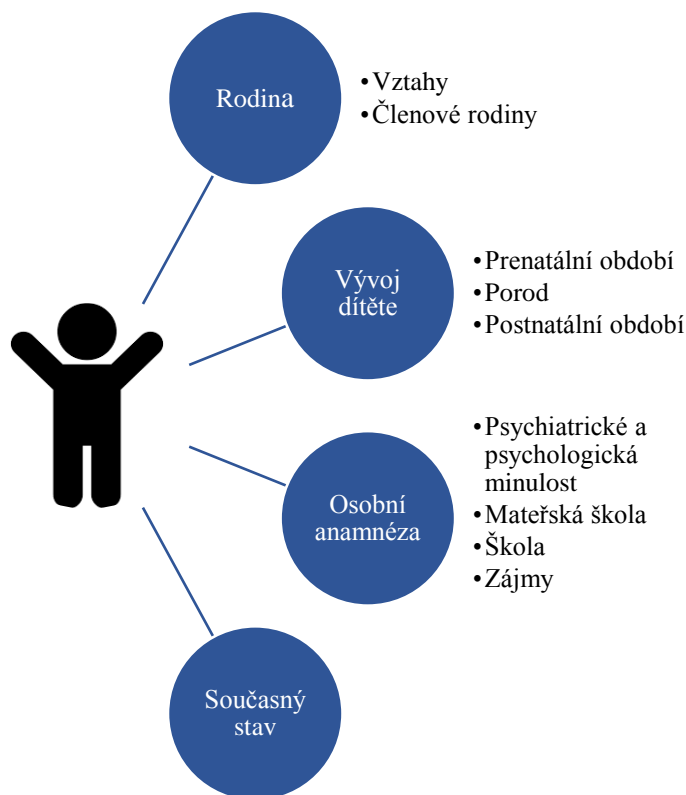
**TABULKA 4: VÝZKUMNÝ VZOREK – CHARAKTERISTIKA**

<b>Případová studie</b>	<b>Věk dítěte</b>	<b>Diagnóza</b>	<b>Počet hospitalizací</b>	<b>Počet členů rodiny (žijící ve společné domácnosti)</b>	<b>Stav rodiny</b>
I.	11	F84.0	3	4	Neúplná
II.	10	F90.0	1	4	Neúplná

## 9 VÝSLEDKY

V této části jsem podrobně rozebrala jednotlivé kazuistiky dětí, které trpí duševním onemocněním. Mým hlavním cílem bylo zaměřit se na vývoj dítěte od těhotenství matky až po současný věk, jeho školní docházku, jeho záliby, vývoj a průběh onemocnění, na jeho rodinné prostředí a vztahy s jednotlivými členy rodiny včetně všech lidí žijících ve společné domácnosti.

OBRÁZEK 3: ZAMĚŘENÉ OBLASTI ZE ŽIVOTA DÍTĚTE

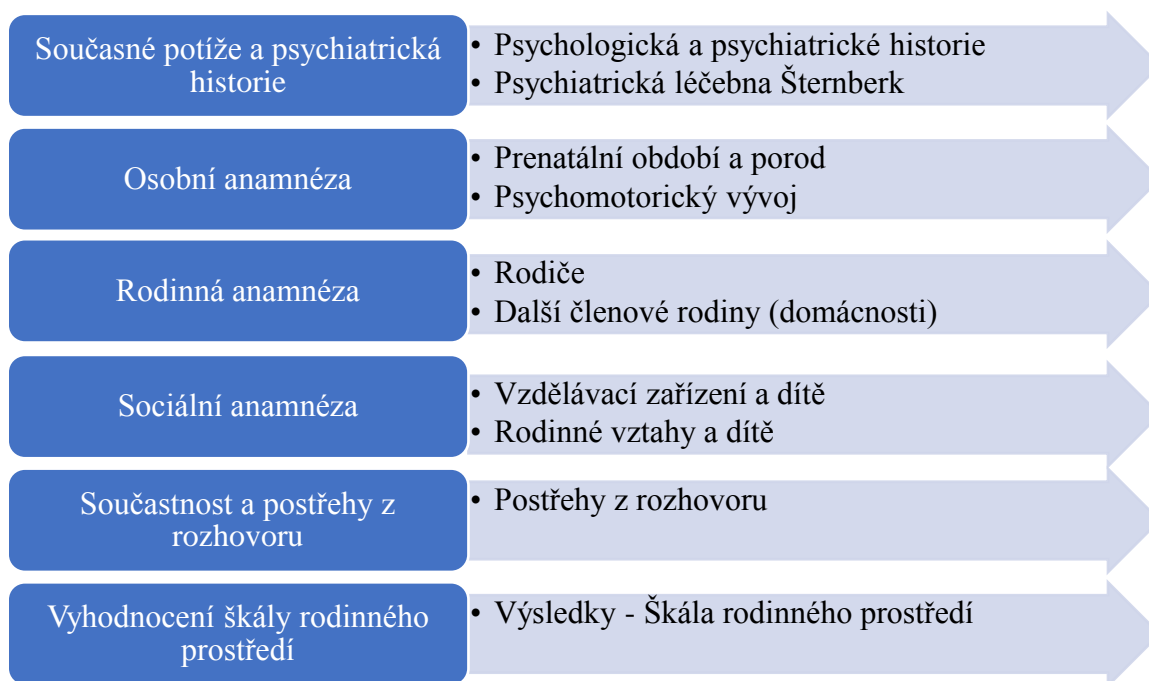


V průběhu popisu případových studií jsem použila části z rozhovorů s jednotlivými členy rodin. Tyto pasáže jsou doslovně přepsány jako přímá citace a označeny kurzívou.

V následujícím schématu jsem znázornila jednotlivé hlavní okruhy a jejich podtémata, které se těchto oddílů týkají. Toto schéma dodržuji i v rámci případových studií.



**OBRÁZEK 4: OKRUHY PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ**



## 9.1 Případová studie 1

### 9.1.1 Současné potíže a psychiatrická historie

Rok narození dítěte: 9/2005

Pohlaví dítěte: chlapec

#### ***Psychologická a psychiatrická historie***

Diagnóza: F84.0 (porucha autistického spektra – hraniční pásmo), porucha aktivity a pozornosti

Matka odlišnost ve vývoji zaznamenala ještě před stanovením diagnózy: „*Tam bylo hodně znatelné, že tam to autistické spektrum je, protože on nepřijímal rozlomené potraviny a takové. Takže já jsem s ním chodila k psychologce, která řekla, že z toho vyroste, že je rozmazlený, a kdesi cosi, což se nepodařilo, nevyrostl z ničeho.*“

O několik let později byl chlapci diagnostikován autismus. Chlapce i s bratrem potkal ve škole pan doktor ze speciálně pedagogického centra (SPC), který se problematikou začal zabývat. Díky němu začaly potřebné kroky a vyšetření pro stanovení diagnózy. V dané době bylo chlapci 10 let.

První kontakt s psychologem proběhl na žádost matky. V roce 2014 byl vyšetřen v SPC v Ostravě. Jeho diagnóza zněla: porucha autistického spektra, hraniční pásmo, lehká symptomatika a porucha aktivity a pozornosti.

V prosinci roku 2014 byl neurologicky vyšetřen se závěrem: *kontuze s lehkou komocí mozkovou.*

### ***Psychiatrická léčebna Šternberk***

#### 1. Hospitalizace v roce 1/2015 – doba trvání 45 dní

V roce 2015 byl chlapec hospitalizován po incidentu ve škole, kdy začal být agresivní. Po neshodě s učitelkou se s ní pohádal a následně do ní začal i kopat. Tuto událost chlapec při příjmu do léčebny popíral a tvrdil, že si to učitelka vymyslela.

*„Pro mě to bylo strašně zraňující a já jsem viděla, že jsem přinucena jak společností, jak školou, tak i vlastně naší psychiatrickou, že ten krok musíme udělat. A mně nezbylo nic jiného než ho udělat, i když to bylo proti mé absolutní vůli, ale musela jsem s tím souhlasit a podepsat to, jo, což je paradox. Ale nikdo to nebyl se mnou schopný rozebrat, jako že to je dobře pro to dítě, jo. Že spíše to bylo takové - jo tady máte...? A děcko prostě jede a bylo to prostě takové ...“ (matka)*

#### 2. Hospitalizace v roce 8/2015 - doba trvání 18 dní

Tato hospitalizace byla v rámci dětského „tábora“ v PL Šternberk.

#### 3. Hospitalizace v roce 2017 – stávající

Poslední a zároveň současná hospitalizace je na přání matky, která zaznamenala stále více eskalující problémy. Hlavní potíží je nedodržování pravidel, afektivní labilita a impulzivita až agrese.

Po 1. hospitalizaci matka zaznamenala zlepšení, postupně se však situace začala opět zhoršovat. Když matka synovi ve všem nevyhoví, chlapec jde do útoku, je agresivní, vulgárně nadává a bouchá. Když u nich byla babička, dokonce do ní začal tak silně kopat, až upadla. Matka se občas cítí zoufale a neví si se synem rady.

### **9.1.2 Osobní anamnéza**

#### ***Prenatální období a porod***

Oba chlapci byli počati přes antikoncepci, tudíž nebyli plánovaní. Matka otěhotněla velmi brzo po seznámení s partnerem. Nelze však říci, že by synové byli nechtění, matka byla dle svých slov z těhotenství potěšena. Těhotenství s chlapcem bylo druhé, přenášené a ukončené císařským řezem. Matka ho popisuje jako bezproblémové a klidné. U prvního těhotenství se naopak ošklivě pohádala s manželem: „...*tak jsem akorát jednou velmi brečela, to jsem měla strach, že potratím, ale to bylo těsně před porodem. Ale to nebylo nic tak, jakože moc, jo. Mě se tam tenkrát tak trochu zhroutil svět. Já jsem ho viděla jinýma očima*“.

#### ***Psychomotorický vývoj***

Chlapec byl kojen do 6 měsíců, chodit začal v 1,5 letech. První slova se začala objevovat po 1. roce. Psychomotorický vývoj byl pomalejší, ale vešel se do normy. V dětství byl častěji nachlazený, měl otřes mozku a zlomeniny obou zápěstí po úraze.

Matka zpozorovala odlišnosti ve vývoji mladšího syna už od počátku: „*Vlastně, když ten mladší syn se narodil, tak taky do tří let to bylo zlaté dítě úplně, on neplakal, on mě furt pozoroval, byl potichu, spíš čekal, co se s ním stane, dycky mi to tak přišlo. I v tom kočárku jako, co mi dáte, to budu mít a jinak nechci nic jo, takže byl takový...od těch 3 let tam začal mít vlastně problémy, už i v té školce, že se vylučoval z kolektivu, že byl jiný...*“

### **9.1.3 Rodinná anamnéza**

Rodiče spolu žili od roku 2002 do roku 2006, poté se otec odstěhoval a našel si novou přítelkyni. Žádost o rozvod byla podána matkou. Otec ji po oznámení, že se chce rozvést,

fyzicky napadl. „*No a bouřlivější bylo akorát, když mě napadl ve chvíli, kdy jsem to řekla. Byli teda přítomni oba kluci. Mladší syn byl malinkej, ale starší z toho měl větší rozum*“ (matka).

Rozhodnutí soudu bylo vyřčeno až několik let po podání žádosti. Matka má děti ve výhradní péči.

**Matka**, 38 let, rozvedená. Dokončila střední vzdělání bez maturity, nyní dlouhodobě nezaměstnaná (v domácnosti především pro péči o syny). Užívá antidepresiva (Cipralex) – fobie ze psů: „*Já jsem měla fóbii ze psů. Takže mi vlastně domluvila, že má fobie už není normální, když se bojím yorkshirů, takže bych měla zajít, že jo. Takže jsem šla vlastně k paní psychiatrice ještě. Tam jsme si povykládaly a ona mi doporučila vlastně ten Citalex. Ale to už bylo v době, kdy ty děcka byly diagnostikované a ono těch deset let bych řekla, že se na mně i podepsalo a tam se to vyvinulo v něco, což si myslím, že to byla ta fobie ze psů, že se to vytlačilo někam prostě, nějaký můj vnitřní strach a hodilo se mi to na ty psy, jo*“ (matka). Do 7 let trpěla enurézou. Pochází z rozvedené rodiny – rodiče se rozvedli, když ji bylo 5 let, má tři sourozence, se kterými má dobrý vztah. S matkou se vídá a jejich vztah popisuje rovněž jako vřelý.

**Biologickému otci** je 36 let. Je vyučen automechanikem a nyní pracuje jako řidič kamionu. Od rozvodu, který byl před 10 lety, o kluky nejeví zájem – nepřeje jim k narozeninám, k Vánocům, nezajímá se o ně. Mladšímu synovi bylo v době rozvodu 1,5 roku. O prázdninách 2014 oba chlapce zbil, což bylo nahlášeno OSPODu – poté se vzdal svých rodičovských práv. Po incidentu má soudně zakázán kontakt. Výživné platí. Údajně synovi nedával léky a nereagoval na naléhání matky, kdy se mu snažila vysvětlit, že je nemocný a potřebuje zvláštní péči. Prý ho považuje jen za rozmazleného. Při zmínce o otci se chlapec skoro rozplakal a na otázku, zda se s ním vídá, odpověděl: „*ne, on je totiž zlý*“.

Matka se zamýšlí nad možností, že její bývalý manžel určitý druh autismu také má: „*No on právě bývalý manžel je nezodpovědný malý dítě, neumí poznávat hodiny a tak. Těma dětma já jsem byla tlačena trochu jiným směrem než on a mě to prostě postupně furt docházelo ta nezodpovědnost, ...mi to ubíjelo, že mám třetí dítě místo manžela. Bylo to strašně náročné plus to, že se kluci projevovali jinak než ostatní děti. No to tak nějak jak kdyby nechápal. Jakoby nebo on se staral svým způsobem, který považoval za starání, a když mu bylo něco vytknuto,*

*tak se cítil spíš, jakože dotknutě, že dělá, co může a že však to přežijou to děcko. To byla další z jeho odpovědí, která byla úplně nepochopitelné.“*

*„Prostě on byl nezodpovědný. A já osobně si myslím, že on nějaký druh autismu sám má, protože maj to oba dva kluci, a z toho, co dneska o autismu vím, tak bych se přiklonila k tomu, že opravdu tam něco je....“ (matka).*

### ***Další členové rodiny (domácnosti)***

**Sourozenci** - Chlapec má staršího bratra, kterému je 15 let a trpí Aspergerovým syndromem. Je dysgrafik. Většinu času tráví na počítači a má problém se socializací. Nerad chodí mezi lidi a nejvíce času tráví sám. Má velmi dobrý vztah s babičkou – rozumí si s ní více než mladší syn.

Oba chlapci sdílejí pokojíček. Častou se perou a hádají. *„Kluci spolu v dětství měli dobrý vztah. Potom vlastně začali synovi výkyvy a tam se jim začal jejich vztah oddalovat, protože starší syn viděl, že mi ubližuje, nebo že mi nadává, jo a ho to mrzelo, že se ke mně tak chová, i když já se pro ně snažím dělat to nejlepší a ten mladší syn, že to nedokáže ocenit, on toho zneužívá spíš“* (matka). Aktuálně je rád, že má doma klid, ale nedávno se zajímal, zda ho chlapec chce vidět, ovšem navštívit v léčebně ho zatím nebyl.

Rodina bydlí v pronajatém rodinném domě. Od rozvodu zde až do nedávné doby žila s chlapci sama. Nedávno se do domu přistěhoval partner matky.

**Partner matky** - svobodný, bezdětný, pracuje jako svářeč. S matkou je ve vztahu 5 měsíců. Aktuálně se nastěhoval do rodinného domku, ovšem chlapec tvrdí, že s nimi nebydlí, že tam jen občas pobývá. To může být způsobeno tím, že se přítel matky se nastěhoval během chlapcova pobytu v nemocnici. Chlapec matčina přítele přijal dobře, od počátku ho oslovuje „tati“ a mají spolu kamarádský vztah.

V životě chlapce hraje určitou roli i **babička**, kterou má rád, ovšem nevychází s ní vždy v dobrém. Několikrát ji uhodil a často ji provokuje. Babička bydlí v jiném městě, s rodinou se vidá, ale kluky nehlídá, jelikož je to s nimi náročné.

#### 9.1.4 Sociální anamnéza

##### Vzdělávací zařízení a dítě

###### *Mateřská školka*

Chlapec navštěvoval mateřskou školku od 3 let. Obvykle si hrával sám. Byl obětí šikany jiného chlapce. Ve školce přestal jíst maso. Později změnili školku, kde se opět setkal s problémy, údajně mu natrhli ucho, protože nechtěl při poobědové pauze zůstat ležet a spát. Matka proto znovu změnila školku, kde byl chlapec od 5 let. Poté chlapec v sedmi letech nastoupil na základní školu do 0. ročníku.

###### *Škola*

Z počátku chodil do specializované třídy, kde byla smíšená 1. a 2. třída ZŠ. Nezvládal přepis písma, špatně četl, ale matematika mu šla. Hrozila mu snížená známka chování, a to převážně díky jeho projevům, jako kopání do lavice, házení židlí apod. Chlapec byl pro nestandardní chování vyloučen z družiny i všech kroužků, takže matka musela zůstat doma. První třídu ho nechalo vedení školy opakovat.

Chlapec doposud prošel 4 školami. Aktuálně dochází do 3. třídy na ZŠ. V poslední škole je spokojený, díky paní učitelce, kterou má rád. Asistenta nemá, třídní učitelka ho prý zvládá s 20 dětmi bez problémů sama. Chlapec má dobrý prospěch, do školy chodí rád, děti ho přijímají a dokonce má ve škole několik kamarádů. Matka se rovněž o škole a třídní učitelce vyjadřuje velmi pozitivně a sama říká, že je klidnější, že dříve řešila pořád jen školu a nic jiného. Doufá, že spokojenost ji vydrží, ale domnívá se, že hledání střední školy bude opět obtížné.

Dle matky se chlapec se šikanou ve škole neseťkává, aktuálně ho děti přijímají a berou ho mezi sebe.

##### Rodinné vztahy a dítě

*Chlapec – matka* – chlapec má matku velmi rád, ale problém je v jeho závislosti na ní. Před přistěhováním přítele s ní spával v posteli, doma s ní tráví většinu času a neustále za ní chodí.

Matka nemá žádný svůj osobní život ani čas sama pro sebe, protože má svého mladšího syna neustále kolem sebe. Matka má se svými dětmi hezký vztah. Uvědomuje si své chyby při jejich výchově: „*To, že jsem doma pracovala, to si myslím, že byl velmi chybný krok, protože tam se to kolem mladšího syn v té době zrovna i lámalo a já jsem neměla dostatek času, abych mu věnovala tu péči takovou jak staršímu synovi v tom lámacím věku. Tam si myslím, že jsem udělala největší chybu ve svém životě.*“

Na druhou stranu je nutno podotknout, že matka je velmi trpělivá, naučila chlapce, aby se dívali do očí, když s někým mluví a dává jim mnoho lásky a pochopení.

**Chlapec – starší bratr** – chlapci mají konfliktnější vztah a to převážně kvůli chlapcovu temperamentu a občasné nezvladatelnosti. Ovšem při rozhovoru s chlapcem o konfliktech moc zmínka není, spíše vypráví, jak spolu hrají na počítači či play stationu.

**Chlapec - přítel matky** – mladší syn k němu má dle informací dobrý vztah. Přijal ho jako svého tátu a přítel se mu věnuje. Většinou spolu něco vyrábí či staví.

Rodina spolu tráví hodně času, nejvíce mladší syn s matkou, případně jejím přítelem. Dalo by se říci, že je na ní až přehnaně závislý vzhledem k věku. „*Syn právě hodně inklinuje ke mně, jakože velmi, takže on je za náma přilepenej jak suchej zip. Pořád za náma chodí, takže my máme ten víkend, vlastně i celý týden, tak hodně úzce celkově jako rodina spjati, protože on se za náma pořád pohybuje. Ten starší syn je teda na počítači, tam ten nejeví už tolik ten zájem, protože je větší. Ale jinak já bych řekla, že žijem na hromádce v jednom pokoji dokonce, že v obýváku furt jako, když jsme teda doma. Takže jsme furt teda pospolu*“ (matka). Do přistěhování přítele s ní i spával v ložnici. Nechodí spát do té doby, dokud si nejdou lehnout dospělí. O víkendech tráví čas společně vařením či případnými výlety. Občas si pustí televizi, ale mladší syn nevydrží pozorně sledovat a mlčet, tudíž většinou povídá i u filmu. Za maminkou neustále chodí a něco ji vypráví.

Vzhledem k náročnosti výchovy obou chlapců je matka vyčerpaná a nezbývá ji tolik energie na aktivní trávení volných dnů. Zároveň starší chlapec s Aspergerovým syndromem se cizím lidem vyhýbá a raději tráví čas sám.

Mladší syn tíhne ke stavění lega či vytváření věcí, přičemž do hry zapojuje přítele matky. Rád hraje hry na počítači, který vlastní jeho bratr.

### 9.1.5 Současnost a postřehy z rozhovoru

Dle psychologického vyšetření je osobnost chlapce nezralá. Podle slov matky je chlapec empatický, ale má problém s chápáním „akce a reakce“ – tudíž má problém s pochopením nebezpečí: *„Třeba ten mladší syn chápe až teďko v těch 11 nebo 10 letech, ale do té doby, on měl pocit jako, že se mu nemůže nic stát nebo to nejde popsat. Takovou tu, že mu tam nedocházelo, že prostě po té akci bude nějaká reakce.“*

Fyzický kontakt neodmítá, naopak se chodí k matce i přitulit. Oční kontakt také udrží, ačkoliv ne po celou dobu kontaktu. Dle matčiných slov oba chlapce objímání, vyjadřování citů a očnímu kontaktu učila již od raného dětství.

U chlapce je znatelná verbální i fyzická agresivita, která se projevuje především křičením a boucháním do předmětů či do lidí, a to hlavně vůči matce. Dle matky autoagresivní není, ale v přijímací zprávě je uvedeno, že má v anamnéze sebepoškozování nožem na ruce a časté suicidální proklamace bez realizačních tendencí. Možná agrese se projevuje i vůči zvířatům, což ale může být způsobeno jeho „necitlivostí“ v rukách, kterou by mohl mít způsobenou zlomeninami obou zápěstí. *„On tam ani neovládá ten cit, on jako autista nemá, on nechápe ani, že vás to bolí. On když mne tu chytl? Jsem myslela, že mi upadne, to jsme byli teď na návštěvě, že. A prostě mě chytl tak, že...a on prostě má hlavně velkou sílu“* (matka). Zvířata většinou hladí bez citu s tendencí jim ubližovat, což ale dle slov matky nedělá naschvál, jelikož má zvířata rád. *„Má je, ale on to má...on je chce jako mazlit, a tou láskou by je umačkal“* (matka).

S návykovými látkami není ve styku. Matka sice začala kvůli příteli kouřit, ale kouřit chodí do sklepa. Podle svých slov by věděla, kdyby kluci užívali návykové látky, jelikož je s nimi neustále.



Co se týče sociálního prostředí, u chlapce můžeme pozorovat problém s respektováním autorit. Kamarády mimo školu nemá, nechodí ven a je převážně doma.

Problematické je i stravování chlapce, jí velmi málo a odmítá maso. Občas dochází ke zvracení, pokud je chlapec ve stresu. Chlapec trpí obezitou, naměřené BMI je 30, 7.

Chlapec v minulosti trpěl enurézou v hlubokém spánku, což se zlepšilo a nyní k tomu dochází pouze výjimečně. Po kontaktu s otcem byly popisovány nočními děsy.

Matka byla velmi milá, vstřícná a působila přátelsky. Během rozhovoru se usmívala a byla ochotná odpovídat na všechny otázky. Intelekt je dle rozhovoru v normě, při projevu se u ní neprojevovali žádné negativní emoce, o všem mluvila v klidu. Občas se mírně obviňovala, ale k synovi má hezký vztah. Svého nového partnera má ráda a z rozhovoru nevyplývalo, že by chovala zášť ke svému bývalému partnerovi.

V průběhu rozhovoru připouští, že mladšímu synovi v raném dětství nestanovila pevné hranice, tak jako staršímu synovi, a že mu mnoho věcí projde. „ *I když jsem byla od nich kousek, viděla jsem na ně, všechno co se děje, tak furt to nebylo takové, že by tam byla ta důslednost. Jako když staršímu synovi něco rozbil, tak abych mu řekla - to nesmíš. A to si myslím, že tu důslednost už má narušenou vlastně díky téhleté práci a on nechápe dodneška, co je to slovo "ne" a že po provedení něčeho, že existuje nějaký jako nějaký následek, jo. Je buď trest, nebo prostě něco, tak on to nechápe*“ (matka).

Tresty nepoužívá, odměňován je ovšem často, jelikož je ráda, když se mu něco podaří.

### ***Postřehy z rozhovoru***

Chlapec má maminku velmi rád. Hádky se starším bratrem nepřipouští. Je hodně úzkostný a má proměnlivé nálady. Přítelky matky přijal velmi dobře, vyprávěl o tom, jak spolu vyráběli luk a usmíval se u toho. Při zmínce o otci měl chlapec vlhké oči, proto jsme přešli k jinému tématu. To, že by matku fyzicky napadal, také odmítá. Připouští, že doma s bratrem povinnosti nemají, že vše dělá maminka.

Během rozhovoru byl lucidní, působil přiměřeně věku, oční kontakt navazoval, ovšem pouze krátkodobě. Má značnou dyslálii, dle psychologičky občas naschvál „huhlá“. Se mnou se ovšem

snažil komunikovat zřetelně a tak, abych mu rozuměla. V průběhu rozhovoru se i usmíval a odpovídal na veškeré položené otázky.

Zpočátku rozhovoru působil úzkostně a před matkou si stěžoval na to, že je v bílé třídě a ne červené, což ho dohnalo k mírnému pláči. Situaci pak řešil s panem psychologem. Pozornost měl roztržštěnou – často se zaměřil na podnět z okolí a přestal vnímat. Vnímání sejevilo neporuchové, myšlení souvislé a logicky strukturované - věty dávaly smysl a byly plynulé. Slovní zásoba byla v normě. Ochotně odpovídal na dotazy a spolupracoval, ačkoliv z důvodu časového omezení a rušivého prostředí jsme rozhovor ukončili vcelku rychle.

### 9.1.6 Vyhodnocení Škály rodinného prostředí

Data získaná vyplněním Škály rodinného prostředí od rodinných příslušníků jsem z odpovědního archu přenesla do vyhodnocovací tabulky. Následně jsem vypočítala rozdíly v odpovědích jednotlivých členů rodiny. Vzhledem k tomu, že jsem měla možnost získat data pouze od 3 rodinných příslušníků (nebyl přítomný bratr chlapce), vznikly mi 3 vztahů pro porovnání odpovědí: nevlastní otec – matka, matka – syn, nevlastní otec – syn. Poté jsem spočítala průměr hrubého skóru (HS) **inkongruence rodiny**, které mi vyšlo **14**. Rodinná inkongruence nám říká, do jaké míry se členové shodují či neshodují ve vnímání rodinného prostředí. Pro převodu HS na vážený skór dle daných standardizačních tabulek jsem dospěla k výsledku, že **rodina** se nachází **v normě** (průměru) **kongruence** v rodině. Tudíž nelze říct, že by v rodině panovala silná kongruence (shoda), ale ani inkongruence (neshoda). Největší rozdíly ve vnímání rodinného prostředí bylo patrné ve vztahu rodičů a syna, kdy HS v obou případech dosahoval 16 bodů, přičemž průměrný rozdíl byl 14. Nejmenší rozdíl ve vnímání rodinného prostředí můžeme najít mezi nevlastním otcem – matkou, a to 10 bodů v HS.

Hodnoty v následující tabulce jsou hrubé skóry odpovědí jednotlivých členů. Nejvyšší možné skóre je 9 body v každé subškále. Ve vztahové dimenzi je maximální počet bodů 27, v dimenzi osobnostního růstu 45 bodů a v dimenzi udržování rodinného systému 18 bodů.

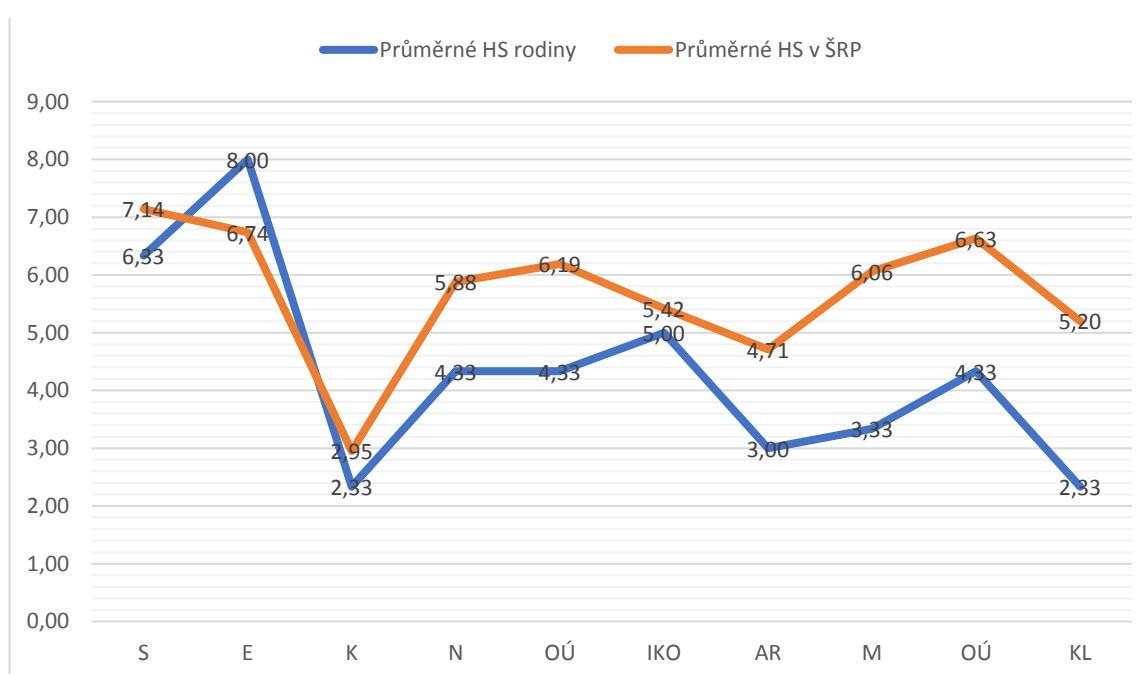
**TABULKA 5: VYHODNOCENÍ ŠKÁLY RODINNÉHO PROSTŘEDÍ**

Subškály	Členové rodiny			Páry členů rodiny		
	chlapec	nevlastní otec	matka	matka - nevl. otec	matka – syn	nevl. otec – syn
1. Soudržnost	7	6	6	0	1	1
2. Expresivnost	8	7	9	2	1	1
3. Konfliktnost	1	3	3	1	2	1
<b>Dimenze vztahové</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>
4. Nezávislost	4	5	4	1	0	1
5. Orientace na úspěch	4	5	4	2	2	4
6. Intelektuálně - kulturní orientace	6	3	6	3	4	3
7. Aktivní rekreační orientace	3	3	3	0	1	1
8. Morálně - světonázorná orientace	4	3	3	0	2	1
<b>Dimenze osobnostního růstu</b>	<b>21</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
9. Organizace	5	4	4	0	1	1
10. Kontrola	1	2	4	2	2	2
<b>Dimenze udržování rodinného systému</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
kongruence / ingruence				<b>10</b>	<b>16</b>	<b>16</b>

**TABULKA 6: POROVNÁNÍ PRŮMĚRNÝCH HS RODINY VERSUS PRŮMĚRNÉ HS DLE ŠRP**

Subškály	průměr HS členů rodiny	HS -> Standartní skóre	Průměr HS podle ŠRP
1. Soudržnost	6,33	41,5	7,14
2. Expresivnost	8,00	70	6,74
3. Konfliktnost	2,33	47	2,95
<b>Dimenze vztahové</b>			
4. Nezávislost	4,33	35	5,88
5. Orientace na úspěch	4,33	34	6,19
6. Intelektuálně - kulturní orientace	5,00	48	5,42
7. Aktivní rekreační orientace	3,00	39	4,71
8. Morálně - světonázorná orientace	3,33	27	6,06
<b>Dimenze osobnostního růstu</b>			
9. Organizace	4,33	33	6,63
10. Kontrola	2,333333	29	5,2
<b>Dimenze udržování rodinného systému</b>			
kongruence / ingruence			

**OBRÁZEK 5: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ POROVNÁNÍ HS RODINY A HS ŠKÁLY RODINNÉHO PROSTŘEDÍ**



### **9.1.7 Shrnutí případové studie I.**

V první případové studii jsem se zaměřila na neúplnou rodinu, kde syny dlouhodobě vychovává pouze matka a oba trpí

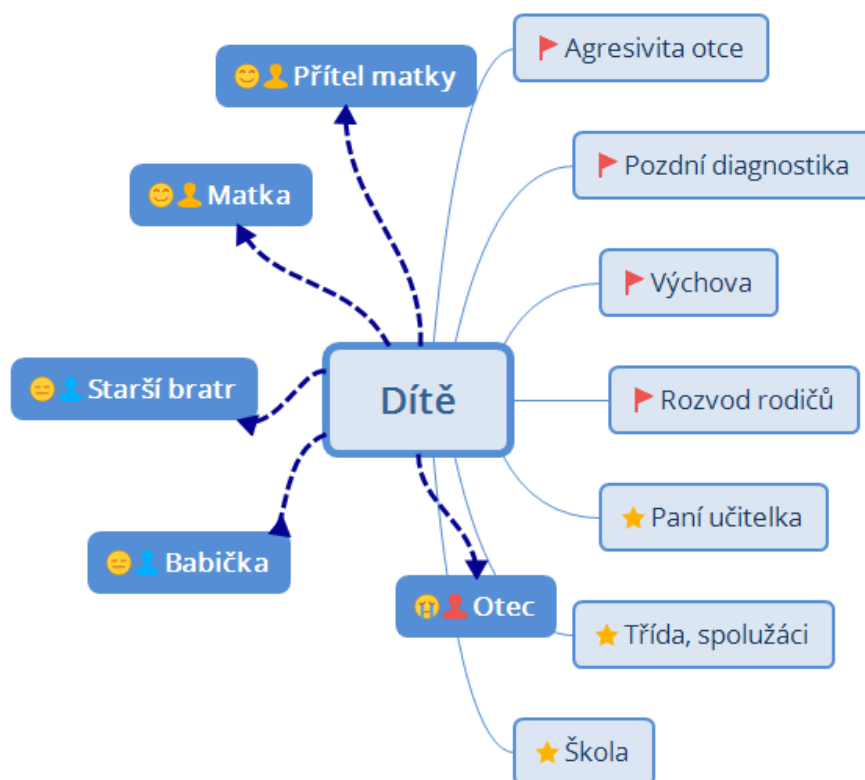
poruchou autistického spektra. V historii rodiny můžeme najít fyzickou agresi, rozvod a přítomnost psychiatrického onemocnění u matky. Chlapec je v léčebně už potřetí, a to převážně pro svou pasivní i aktivní agresi a nezvladatelnost. Kromě lehké poruchy autistického spektra má i dyslálii, což mu občas brání v komunikaci. S matkou má velmi dobrý vztah, se starším bratrem je vztah konfliktnější. Otec již v jeho životě nefiguruje, nemá ho rád. Aktuálně má matka přítele, který s nimi velmi nově bydlí, a ten je chlapcem přijímán velmi dobře.

Výsledky ve škále rodinného prostředí nám ukazují, že mezi členy rodiny (domácnosti) panuje vcelku shoda ve vnímání rodinného prostředí. Dominantní subškálou v rodině je expresivnost. Zároveň se jako silnější subškály jeví soudržnost a intelektuálně kulturní orientace. Ve vztahové dimenzi se rodina jeví jako vcelku průměrná. Dimenze osobnostního růstu vyšla relativně slabá a v dimenzi udržování rodinného systému můžeme najít nízký výsledek.

## Ekomapa

Ekomapa schématicky znázorňuje vztahy s rodinnými příslušníky a problematické i pozitivní faktory v životě dítěte. Jako možné rizikové faktory v životě dítěte jsem vybrala agresivitu otce, výchovný styl a rozvod rodičů. Pozitivní vliv by naopak na chlapce mohla mít aktuální škola s paní učitelkou a spolužáky. Ve schématu můžeme vidět i znázornění již zmíněných vztahů, kdy s matkou má chlapec velmi hezký vztah, s babičkou proměnlivý, se starším bratrem konfliktnější a s otcem negativní.

OBRÁZEK 6: EKOMAPA DÍTĚTE Č. 1<sup>3</sup>



<sup>3</sup> Legenda: - negativní vztah - pozitivní vztah - mírně problematický vztah - problémy  
 - rizikový faktor - pozitivní faktor/vliv - negativní emoce - pozitivní emoce

## 9.2 Případová studie 2

### 9.2.1 Současné obtíže a psychiatrické historie

Rok narození dítěte: 3/2006

Pohlaví dítěte: chlapec

#### *Psychologická a psychiatrická historie*

Diagnóza: F90.0 Hyperkinetická porucha (ADHD), F91.0? – Poruchy chování

#### **Psychiatrická léčebna Šternberk**

##### 1) Hospitalizace v roce 1/2017 – stávající

Chlapec byl do léčebny přijat s částečným náhledem na nemoc a bez motivace k léčbě. Předepsán mu byl Ritalin.

Důvod k hospitalizaci: Dle matky se synovy problémy zhoršily v posledním půl roce, a to hlavně v domácím prostředí. Na otázku, proč byl hospitalizován, odpověděla: „Protože paní doktorka - psychiatrička z Olomouce, ke které teď vlastně chodíme skrz to ADHD, tak vlastně nám doporučila tady tohleto, protože Miša je takovej strašně moc živěj, vymýšlí strašně úplně šílený věci. A takovej... nevím jak bych to řekla. Neposlouchá doma, odmlouvá, drzej je. I když je fixovanej na mě, je prostě takový, že když ho o něco požádám, tak odmlouvá nebo je drzej. Prostě se ke mně chová jaksi nepřátelsky.”

Tím, kdy bylo chlapci diagnostikované ADHD si matka není jistá. Tuší, že kolem 2. či 3. třídy. Dle sestry to bylo ve 2. třídě ZŠ.

V průběhu roku 2016 byl chlapec v péči školní psycholožky.

#### ***Prenatální období a porod***

Těhotenství matky bylo 6. v pořadí. Chlapec je třetí narozené dítě rodičů. Matka předtím 3krát spontánně potratila. Těhotenství bylo neplánované, ale chlapec byl chtěný. Porod proběhl bez

problémů v 38. týdnu, plánovaným císařským řezem. Obě předchozí těhotenství byly taktéž na doporučení lékaře ukončené císařským řezem.

### ***Psychomotorický vývoj***

Chlapec byl kojen do 3. měsíce, poté krmen umělou výživou z důvodu nedostatku matčina mléka. Počátky chůze se objevily v 1, 5 letech, první slova se objevily kolem 1. roku.

Matka udává, že žádné vážnější nemoci či úrazy chlapec neprodělal. Ten však řekl, že měl 3krát otřes mozku.

Byl sledován pro podezření na epilepsii, a to kvůli třesu celého těla. Z tohoto důvodu byl v roce 2015 přijat do nemocnice. Tuto diagnózu však zatím potvrzenou nemá.

## **9.2.2 Sociální anamnéza**

### **Vzdělávací zařízení a dítě**

#### ***Mateřská školka***

Chlapec navštěvoval mateřskou školu od 3 let. Do školky chodil ze začátku moc rád, ale po měsíci se vše obrátilo a docházel do MŠ s křikem a odporem. To se po dvou měsících opět upravilo. Vyskytovaly se u něj drobné poruchy chování, označovány učitelkami jako „lumpárny“, a byl považován za „živějšího“.

#### ***Škola***

Do školy chlapec nastoupil bez odkladu v 6 letech. Problémy ve škole se u chlapce vyskytovaly prakticky od 1. třídy. Vstával ve vyučování, otvíral skříňky a vykřikoval.

Chlapec je dlouhodobě veden v pedagogicko-psychologické poradně (PPP), a to hlavně pro obtíže v chování a soustředění na podkladě hyperkinetické poruchy.

V celkovém obraze se dle PPP projevuje impulzivita, rychlá unavitelnost v kognitivní zátěži, slabá frustrační tolerance, nepozornost a zbrkllost. Výkony zjištěné testem rozumových schopností výrazně kolísají od pásma podprůměru po pásmo vysokého průměru.



Z osobnostního hlediska je dle PPP u chlapce patrné pomalejší vyzrávání a výraznější citlivost na prožívaný neúspěch. Emoční reakce jsou celkově akcentovány. Pedagogicko-psychologická poradna doporučuje chlapce vzdělávat formou individuální integrace.

Aktuálně je chlapec žákem 5. třídy ZŠ. I zde se projevuje jeho hyperaktivita. Ve třídě nemá příliš dobré vztahy, a to především kvůli dřívějšímu chování, kdy si spolužáky svým zlobením poštvával proti sobě. Od té doby, co užívá léky, se zklidnil. Nyní má jednoho kamaráda, který je ve třídě nový. Matka říká: „*No kamarády...já mu neustále říkám, ať se domluví. Říkám, že můžou jít třeba ven. Jenomže on ve třídě, on si ty děti postavil proti sobě, že jim pořád něco vyváděl, jednomu, druhému, a ty děti už ho nemají tak rádi. Takže on si tak postavil, jak postavil proti sobě. A teď přišel nějaký nový spolužák a s tím teda hodně kamarádlil. On chodil k nám na návštěvu, hráli si u nás a tak.*“

Učitele uznává jen někdy, ale situace je lepší než v minulosti. Úkoly do školy si občas záměrně nezapiše, aby je doma nemusel dělat.

Chlapec chodil do kroužků, ale vyloučili ho, obvykle pro neukázněnost, nepřizpůsobivost.

### **Vztahy v rodině**

**Chlapec – matka** – „...mám ji rád, moc si se mnou nepovídá, spíš vaří, chodí po venku, nakupovat a tak. Neposlouchám ji...proč, to nevím“ (chlapec).

Do loňského května spával s matkou v jedné posteli.

Chlapec má matku rád, mrzí ho, že je v léčebně, a chce se ji zavděčit. Chlapec řekl, že má strach z gumového pravitka, protože „*používá to na mě mamka. Bolí to...*“ (chlapec).

**Chlapec – otec** – „...za vlastním tátou chodím občas...celkem často, je to tam docela dobrý, hraju si tam se ségrou, ta má 18 let“ (chlapec). Dle chlapce se s matka s biologickým otcem moc nebaví.

**Chlapec - přítel matky** – „...říkám mu strejdo. Mám ho rád, docela si rozumíme. Poslouchám ho... no, spíš míň než mamku...takže neposlouchám. Nevím, proč to tak mám“ (chlapec).

**Chlapec – 17 letá sestra** – „*vycházím s ní trochu*“ (chlapec). Sestra: „*No občas mě štve hodně. Ale pak si za chvíli uvědomím, co má a pak to nějak беру. Ale někdy je to až moc. Někdy už se to nedá přejít.*“

Rozpor nastává v situaci, kdy se přítomné dcery, matky a následně chlapce ptám na projevování citů v rodině – ať už fyzicky či slovně. Dle matky si v rodině říkají, že se mají rádi a objímají se, ale dcera s tvrzením očividně nesouhlasí, načež ji matka odvětila, že „*Ty jsi už moc velká na objímání. Když tě obejmou, tak utečeš*“ (dcera kroutila nesouhlasně hlavou). Syn se prý objímat chodí. Při stejném dotazu, zda se doma například objímají směrem k chlapci mi odpověděl: „*to už si nepamatuju, kdy přišla mamka. Spíš chodím já za ní...*“ Na otázku, zda mu matka říká, že ho má ráda odpoví dosti podobně: „*To si nepamatuji tak už moc, protože já si nepamatuju skoro nic ze svého dětství. A když mi byly dva, tak si vůbec nepamatuju, co se stalo.*“

### 9.2.3 Rodinná anamnéza

Rodiče jsou rozvedeni, ale dlouhodobě spolu po rozvodu ještě bydleli. Celkem mají dvě dcery a jednoho syna.

**Matce** je 44 let. Je rozvedená a aktuálně žije s novým partnerem. Je vyučena cukrářkou, ale pracuje v čistírně a prádelně. Je zdravá, ve 12 letech se pokusila o sebevraždu – spolykala léky, poté chvíli léčena v PL Šternberk. Léky neužívá.

Matka má dvě sestry, z čehož se jedna z nich psychicky zhroutila, když přišla o zaměstnání. Pokus o sebevraždu, léčí se na deprese a užívá léky.

**Biologickému otci** je 49 let. Otec je vyučen zedníkem, ale pracuje jako technik. Výživné momentálně neplatí. Bydlí u něj jedna ze starších dcer a s chlapcem je přibližně 1x týdně v kontaktu. Dle chlapcova pohledu „*je táta v pohodě*“.

**Sourozenci** – chlapec má dvě starší sestry. Sestra A, 18 let, bydlí s otcem. Sestra B, 17 let, trpí poruchami vnímání, bydlí s chlapcem ve společné domácnosti.

Rodina bydlí v rodinném domě, kde každé dítě (chlapec a jeho starší sestra) má samostatný pokoj. V domácnosti se v nedávné době přistěhoval partner matky. **Partner matky** - svobodný, 49 let, vyučen obráběčem kovů, pracuje v oboru Chlapec říká: „*Rodiče se někdy hádají. Nevím, kvůli čemu. Myslím ale, že se mají rádi. Máma se k novému tatkově přistěhovala asi před rokem...*“

#### **9.2.4 Současnost a postřehy z rozhovoru**

Problematická je u chlapce zejména neposlušnost a to, že nedomýšlí důsledky svých činů (např. si lehne na koleje, aby se podíval na vlak zespu, chce vyskočit z okna, ale ne proto, aby si ublížil, ale protože je zvědavý. Učení zvládá, problémy s chováním se projevovali ve škole např. běháním po chodbách, stahováním klukům kalhoty apod. Doma je rovněž živý, neposlušný, musí ho často napomínat. Rodiče došli k závěru, že může být nebezpečný. V posledních měsících doma zapalovat věci, zjistili, že pokládá na nádraží na koleje různé předměty, jindy si stoupl do silnice a házel na auta plastové láhve. Bojí se, aby se mu něco nestalo, nebo aby něco nezpůsobil. Sami požadují jeho režimovou léčbu.

Chlapec je autoagresivní (často vyhrožuje, že si něco udělá), ale známky sebepoškození u něj na první pohled zřejmé nejsou. Je velmi temperamentní, netrpělivý, ale dokáže být velmi milý a přátelský. Nerespektuje autority, neposlouchá je.

Sociální vztahy udržuje spíše doma a ve škole s jedním chlapcem, který je ve třídě nový. Dle svých slov se doma nudí, což by mohlo být i příčinou dříve zmíněného zapalování věcí.

Mezi jeho koníčky patří jízda na kole, počítače, lego – staví hlavně auta a tanky. V současnosti dle svých slov, „má holku“, kterou potkal ve městě na náměstí, a od té doby si píšou.

#### ***Postřehy z rozhovoru***

Rozhovor byl původně naplánován s tím, že se potkám s matkou chlapce, která je rozvedená, a poté s chlapcem. Na setkání dorazila matka, její přítel a dcera se svým přítelem, což mne v úvodu mírně překvapilo, ačkoliv pro cíl výzkumu to bylo velmi pozitivní. Matka během

rozhovoru na *otevřené* otázky odpovídala velmi stroze, její partner spíše nekomunikoval. Dcera měla příjemné vystupování. Matka s přítelem působili mírně chladně a odtažitě.

V prvních minutách našeho setkání byl chlapec trochu ostýchavý, působil mile, ale trochu zaraženě. Od počátku komunikoval bez problému. Na otázku, zda ví, proč je v léčebně se rozplakal a řekl „*mě to štve, že jsem dělal takový...protože kdybych si uvědomil dřív už tu chybu, tak tady nemusím být.*“ Často během celého rozhovoru poplakával a říkal, že ho mrzí, že si to neuvědomil dřív, že se takhle neměl chovat atd. Když jsme se dostali k jeho vztahu k matce, tak říkal, že ji má rád, že ji napsal dopis s tím, že ví, že udělal chyby a že už se tak chovat nebude. Během celého rozhovoru z něj byla patrná velká lítost a přišlo mi, že svůj pobyt v léčebně vnímá skoro jako „trest“.

Intelekt byl v normálu, při čtení dotazníku bylo vidět, že čte věty velmi pomalu a v duchu si to přeřikává. Chlapec byl lucidní, bez jakýchkoliv poruch vědomí a myšlení. Hyperaktivita se během celého sezení neprojevila.

### 9.2.5 Vyhodnocení škály rodinného prostředí

Data získaná vyplněním Škály rodinného prostředí od rodinných příslušníků jsem z odpovědního archu přenesla do vyhodnocovací tabulky. Následně jsem vypočítala rozdíly v odpovědích jednotlivých členů rodiny. Vzhledem k čtyřčlenné rodině mi vzniklo 6 vztahů pro porovnání odpovědí: nevlastní otec – matka, matka – syn, matka – dcera, nevlastní otec – syn, nevlastní otec – dcera. Poté jsem spočítala průměr hrubého skóru (HS) **inkongruence rodiny**, které mi vyšlo **16,66**. Rodinná inkongruence nám říká, do jaké míry se členové shodují či neshodují ve vnímání rodinného prostředí. Pro převodu HS na vážený skór dle daných standardizačních tabulek jsem dospěla k výsledku, že mezi členy rodiny panuje **mírná inkongruence**, tudíž členové některé oblasti rodinného života vnímají odlišně. Největší rozdíly ve vnímání rodinného prostředí bylo patrné ve vztahu matka – syn, kdy HS dosahoval 22 bodů, přičemž průměrný rozdíl byl 16,66. Nejmenší rozdíl ve vnímání rodinného prostředí můžeme najít mezi nevlastním otcem – dcerou, a to 13 bodů v HS.

Hodnoty v následující tabulce jsou hrubé skóry odpovědí jednotlivých členů. Nejvyšší možné skóre je 9 body v každé subškále. Ve vztahové dimenzi je maximální počet bodů 27, v dimenzi osobnostního růstu 45 bodů a v dimenzi udržování rodinného systému 18 bodů.

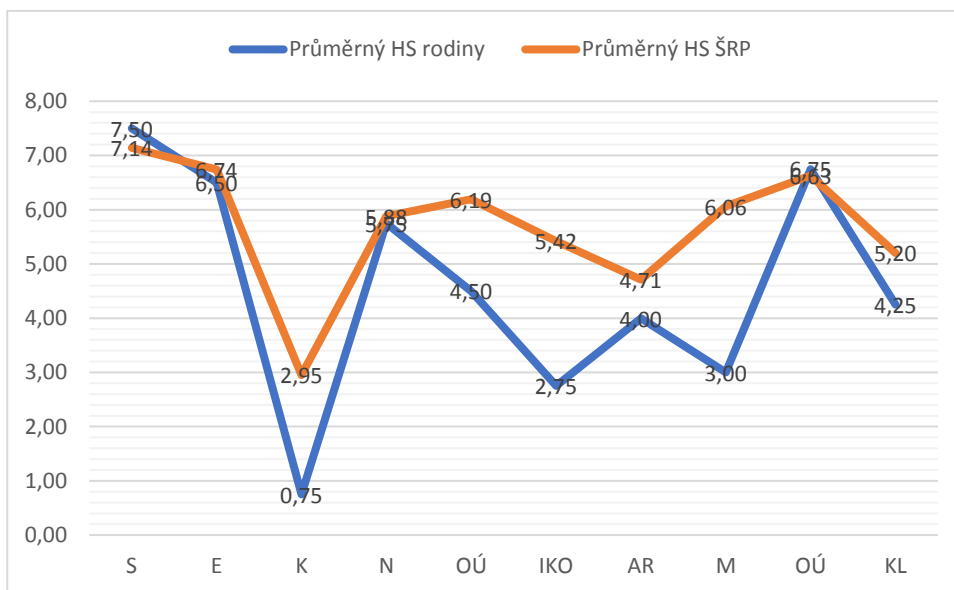
**TABULKA 7: VYHODNOCENÍ ŠKÁLY RODINNÉHO PROSTŘEDÍ**

Subškály	Členové rodiny				Páry členů rodiny					
	chlapec	sestra	nevlastní otec	matka	matka - nevl. otec	matka - syn	matka - dcera	nevl. otec - syn	nevl. otec - dcera	chlapec - sestra
1. Soudržnost (S)	6	9	8	7	1	1	2	2	1	3
2. Expresivnost (E)	4	6	8	8	0	4	2	4	2	2
3. Konfliktnost (K)	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0
<b>Dimenze vztahové</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
4. Nezávislost (N)	3	7	5	8	3	5	1	2	2	4
5. Orientace na úspěch (OÚ)	7	3	3	5	2	2	2	4	0	4
6. Intelektuálně - kulturní orientace (IKO)	4	2	5	0	5	4	2	1	3	2
7. Aktivní rekreační orientace (AR)	4	6	3	3	0	1	3	1	3	2
8. Morálně - světonázorná orientace (M)	4	3	3	2	1	2	1	1	0	1
<b>Dimenze osobnostního růstu</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>13</b>
9. Organizace (O)	7	7	7	6	1	1	1	0	0	0
10. Kontrola (KL)	6	3	4	4	0	2	1	2	1	3
<b>Dimenze udržování rodinného systému</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
kongruence / ingruence					<b>14</b>	<b>22</b>	<b>15</b>	<b>18</b>	<b>13</b>	<b>21</b>

**TABULKA 8: POROVNÁNÍ PRŮMĚRNÝCH HS RODINY VERSUS PRŮMĚRNÉ HS DLE ŠRP**

Subškály	průměr HS členů rodiny	HS -> Standardní skóre	Průměr HS podle ŠRP
1. Soudržnost (S)	7,5	54	7,14
2. Expresivnost (E)	6,5	49	6,74
3. Konfliktnost (K)	0,75	37,5	2,95
<b>Dimenze vztahové</b>			
4. Nezávislost (N)	5,75	49,5	5,88
5. Orientace na úspěch (OÚ)	4,5	36	6,19
6. Intelektuálně - kulturní orientace (IKO)	2,75	30,5	5,42
7. Aktivní rekreační orientace (AR)	4	45	4,71
8. Morálně - světonázorná orientace (M)	3	25	6,06
<b>Dimenze osobnostního růstu</b>			
9. Organizace (O)	6,75	53,5	6,63
10. Kontrola (KL)	4,25	46	5,2
<b>Dimenze udržování rodinného systému</b>			
kongruence / ingruence			

**OBRÁZEK 7: GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ POROVNÁNÍ HS RODINY A HS ŠKÁLY RODINNÉHO PROSTŘEDÍ**



### **9.2.6 Shrnutí případová studie II.**

Chlapec trpí hyperkinetickou poruchou, ale uvažuje se u něj i o poruchách chování. Pochází z neúplné rodiny, která je aktuálně „doplněna“ o přítele matky, který s nimi žije ve společné domácnosti. Chlapec má dvě starší dcery, z čehož s ním bydlí pouze jedna.

Do PL Šternberk byl přijat na základě žádosti rodičů, kteří se domnívají, že by mohl být nebezpečný sobě či okolí, což soudí na základě dosavadního problematického chování.

Někteří členové rodiny matky, včetně matky samotné, mají psychologickou či psychiatrickou historii.

Ve školním prostředí je chlapec také problematický. Kamarády moc nemá, vzhledem ke svému chování a projevu.

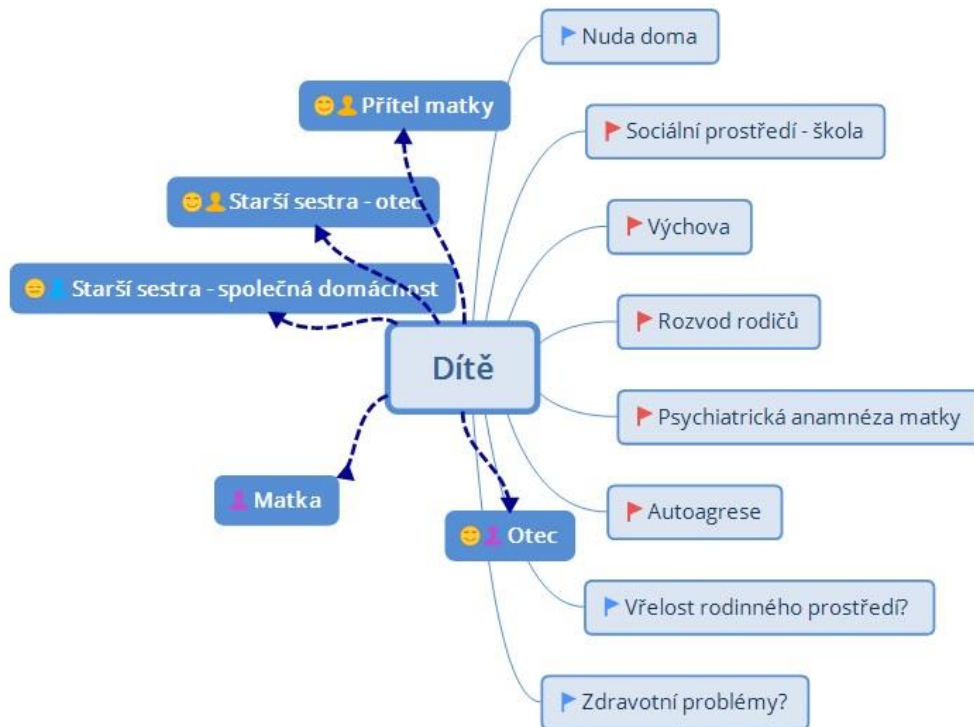
Během vyšetření působil velmi smutně, klidně, přátelsky a vyčítal si svoje chyby.

Výsledky ve škále rodinného prostředí nám ukazují značnou neshodu členů rodiny ve vnímání rodinného prostředí. Dle výsledků se nám rodina jeví jako nekonfliktní, soudržná a organizovaná. V dimenzích osobnostního růstu všichni členové dosahují velmi nízkého skóre, které se ale zároveň mezi sebou velmi liší, proto je náročné z některých subškál vyvozovat závěry.

## Ekomapa

Ekomapa schématicky znázorňuje vztahy s rodinnými příslušníky a problematické i pozitivní faktory v životě dítěte. V případě druhého chlapce za možné rizikové faktory považují rozvod rodičů, autoagresivní chování, výchovný styl, psychiatrickou anamnézu matky, problémy ve školním prostředí. Nepříliš pozitivní vliv bude mít i nedostatek vřelosti v rodinném prostředí a zdravotní komplikace. Vztahy v rodině můžeme opět vidět na schématu. S biologickým otcem a sestrou bydlící s otcem jsou vcelku dobré. Se sestrou s kterou sdílí domácnost je vztah již mírně problematický. Matku má rád, ale nerespektuje ji a ve vztahu mezi matkou a dítětem můžeme nalézt problematické aspekty. Přítelku matky přijal dobře a vychází spolu.

OBRÁZEK 8: EKOMAPA DÍTĚTE Č. 2<sup>4</sup>



<sup>4</sup> Legenda: - negativní vztah - pozitivní vztah - nejasný vztah - problémy - rizikový faktor - možný problematický faktor - negativní emoce - pozitivní emoce



## 9.3 Shrnutí případových studií

Při analýze dat jsem pomocí metody trsů vytvořila 6 kategorií na základě témat, které se v obou kazuistikách opakovaly.

### 9.3.1 Osobní anamnéza dítěte

#### *Těhotenství a porod*

Kategorie	Podkategorie	Dimenze
Těhotenství a porod	Těhotenství	plánované - neplánované
		chtěné - nechtěné
	Porod	problémový - bezproblémový
		přirozený - císařský řez

Těhotenství v případě obou dětí bylo neplánované, bezproblémové a děti byly chtěné. Porod byl vždy bezproblémový a ukončen císařským řezem.

#### *Psychomotorický vývoj*

Kategorie	Podkategorie	Dimenze
Psychomotorický vývoj	Chůze	normální - opožděný vývoj
	Řeč	normální - opožděný vývoj

Vývoj chlapců proběhl normálně, oba začali kolem 1 roku života mluvit a půl roku později i chodit.

### *Úrazy a onemocnění*

Kategorie	Podkategorie	Dimenze
Úrazy a onemocnění	Úrazy	bez vážných úrazů - vážný úraz
	Nemoci	bez onemocnění - vážnější onemocnění

Děti prodělaly otřesy mozku, kdy v jednom případě pravděpodobně i vícekrát. Žádné vážnější onemocnění se u nich neobjevili.

### *Psychiatrická a psychologická anamnéza v rodině*

Kategorie	Podkategorie	Dimenze
Psychiatrická a psychologická anamnéza v rodině	Psychiatrická diagnóza v rodině	diagnóza
	Péče psychologa blízkého člena rodiny	léky
		minulost - současnost
		problematika

Psychiatrickou anamnézu můžeme najít u obou matek chlapců. První matka se v adolescenci pokusila o sebevraždu, druhá matka se v současnosti léčí s fobií a užívá antidepresiva.

### 9.3.2 Vzdělávací zařízení a dítě

#### *Problémy ve vzdělávacích zařízeních*

Kategorie	Podkategorie	Dimenze
Problémy ve vzdělávacích zařízeních	Mateřská škola	problémy v kolektivu - bez problémů
		problémy s učiteli - bez problémů
	Škola	problémy s učením - bez problémů
		problémy v kolektivu - bez problémů
		problémy s učiteli - bez problémů

Problémy ve vzdělávacích zařízeních se vyskytovaly již od docházky v mateřské školy. Ve škole byly obě děti živé, vyrušovaly o hodinách a měly konflikty nejen se spolužáky, ale i s učiteli. Chlapci mají problém s respektováním autorit.

### 9.3.3 Rodinné vztahy a dítě

#### *Problémy v rodinných vztazích*

Kategorie	Podkategorie	Dimenze	
Problémy v rodinných vztazích	vztah v rodiči	vztah s otcem	vřelý - problematický -
		vztah s matkou	ambivalentní - konfliktní
		vztah otce s matkou	- nelze určit
	vztah se sourozenci	vztah se starším sourozencem	vřelý - problematický -
		vztah s mladším sourozencem	ambivalentní - konfliktní - nelze určit
	vztah s jinými členy domácnosti	vztah s nevlastním otcem	vřelý - problematický -
		vztah s prarodičem	ambivalentní - konfliktní
			- nelze určit

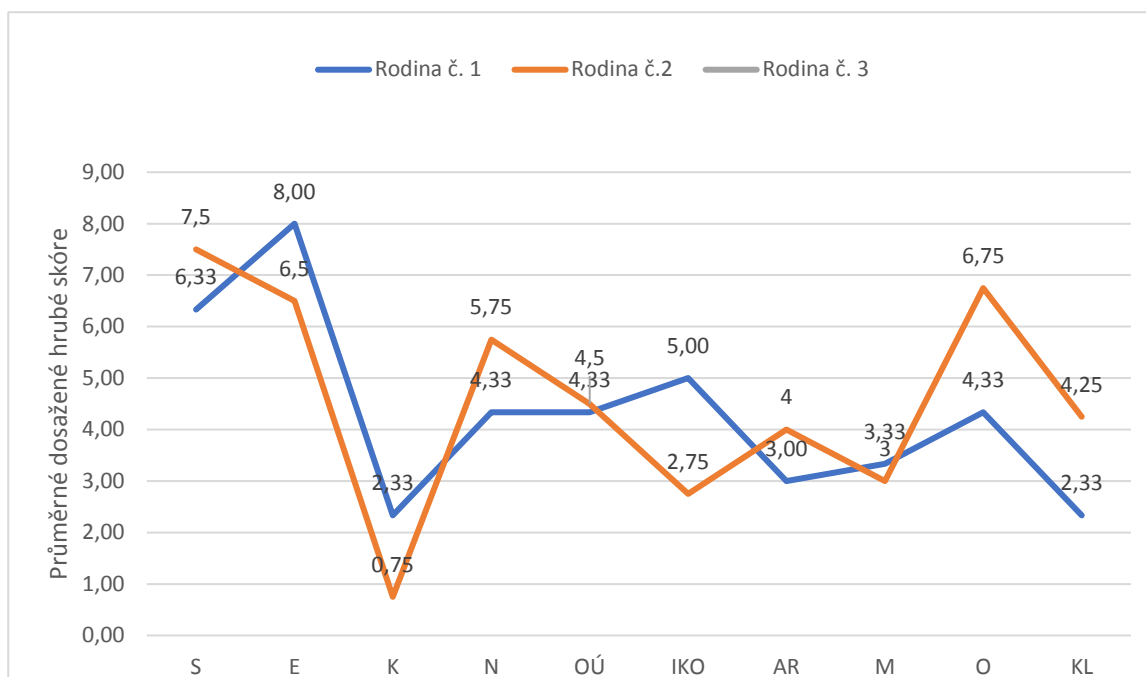
U obou chlapců můžeme najít problematický vztah alespoň s jedním z rodičů. V případě prvního chlapce se jedná o silně problematický vztah s otcem, který byl vůči chlapci fyzicky agresivní. U druhého chlapce nemohu vztah s matkou plně popsat, jelikož v průběhu rozhovoru se objevily pouze náznaky. Chlapci mají problém se svými staršími sourozenci, s kterými sdílí domácnost. Děti přijaly nového partnera matky pravděpodobně dobře, ale neuznávají je jako autoritu a neposlouchají je.

### 9.3.4 Porovnání informací jednotlivých případových studií

Pro přehled jsem shrnula předchozí informace do krátké informační tabulky, kde můžeme vidět, že u jednotlivých dětí v daných kategoriích nacházíme podobné charakteristiky.

	<b>Chlapec 1</b>	<b>Chlapec 2</b>
Diagnóza - ano/ne	ano	ano
Těhotenství a porod - plánované/neplánované, chtěné/nechtěné těhotenství; problémový/bezproblémový, přirozený/císařský porod	neplánované, chtěné, bezproblémový, císařský	neplánované, chtěné, bezproblémový, císařský
Psychomotorický vývoj - v normě - opožděný	v normě	v normě
Úrazy a nemoci - ano/ne	ano	ano
Problémy ve vzdělávacích zařízeních - ano/ne	ano	ano
Problematické vztahy v rodině - ano/ne	ano	ano
Psychiatrická a psychologická anamnéza v rodině - ano/ne	ano	ano

**OBRÁZEK 9: GRAFICKÉ SROVNÁNÍ PRŮMĚRNÝCH HS JEDNOTLIVÝCH RODIN V SUBŠKÁLÁCH ŠRP**



## 9.4 Odpovědi na výzkumné otázky

### 1) Jaká je souvislost mezi rodinným prostředím a projevy duševní poruchy u dětí?

U obou rodin bychom mohli souvislost rodinného prostředí a duševních poruch mohli najít především v projevu onemocnění a v komorbiditě s projevy, které by mohly souviset s jinou než diagnostikovanou duševní poruchou. Ačkoliv nemůžeme zcela určit, jaká je souvislost mezi neúplností rodiny a projevy duševní poruchy u dítěte, můžeme se domnívat, že rozvod rodičů nebyl ani v případě jedné rodiny naprosto bezproblémový. Také dlouhodobé působení pouze jednoho rodiče, konkrétně matky, mohlo mít na některé projevy duševní poruchy dopad i vzhledem k výchovným stylům matek.

#### a) Jaké jsou vztahy v rodině u dětí s duševní poruchou?

Na základě informací získaných z rozhovorů a ŠRP můžeme říci, že vztahy v rodinách dětí s duševní poruchou jsou narušené alespoň s jedním členem primární rodiny, z čehož ale nezjistíme, zda je to následek duševní poruchy či zda jsou vztahy problematické již od počátku a mají negativní dopad na projevy duševní poruchy u dítěte.

b) Jaké se projevují **děti** s duševní poruchou **ve školce či škole**?

Obě děti mají problém s výchovnými zařízeními již od počátku. Ve školce již učitelky popisovaly jejich projev jako „živější“. Chlapci ve školce nechtěli spát a problém, se zařazením do kolektivu se vyskytl již v útlém věku. Ve škole se později oba taktéž potýkali s problémy a to především vzhledem k učitelům, kdy mají problém i s jejich autoritou, tak vzhledem k ostatním žákům, které spíše zlobili. Jeden z chlapců má velký problém s kamarády, dá se říci, že žádné nemá. Druhý chlapec si přátele ve škole vytvořil až po 4. změně školy. Děti s duševním onemocněním se ve škole projevují odlišně, neklidně a často mají problém se spolužáky.

## 10 DISKUZE

Snažila jsem se objasnit vztah mezi duševními poruchami u dětí a rodinou, respektive rodinným prostředím.

Spoléhala jsem se však téměř výhradně na výpovědi rodinných příslušníků, tj. sebesouzení, které jsem získala pomocí polostrukturovaného rozhovoru a Škály rodinného prostředí. Během výpovědi byli účastníci v průběhu interview pozorováni, což sloužilo jako doplňková metoda, které přinesla rovněž řadu cenných informací.

### 10.1 Přínosy a limity výzkumu

V této části bych se ráda věnovala možným omezením výzkumu, které mohly nastat při sběru či zpracování dat v rámci mé bakalářské diplomové práce.

Za hlavní omezení výzkumu vnímám **nízký počet respondentů**, díky kterému nelze výsledky generalizovat ani statisticky ověřovat, což ovšem vzhledem k citlivosti tématu a jeho velmi úzkému zaměření se s tímto faktem počítalo již při plánování studie. Nutno podotknout, že ačkoliv bylo zřejmé, že bude problematické sehnat dostatečný počet rodin, musím připustit, že jsem nečekala, že to bude až tak náročné. Většina rodičů, kteří měli umístěné dítě v psychiatrické léčebně Šternberk v období sběru dat, bohužel problematicky spolupracovala s léčebnou, tudíž nebyli ochotní poskytovat osobní údaje ještě další osobě, tudíž jako jeden z limitů bychom mohli označit **nespolupráci rodičů**.

Během sběru dat **Škály rodinného prostředí (ŠRP)** mohlo dojít ke **zkreslení dat**, a to především ze strany rodičů, jelikož z většina tvrzení obsažených ve škále je zřejmé k čemu otázka směřuje, a proto se domnívám, že rodiče se snažili rodinu vykreslit v lepším světle. Tuto domněnku mi i částečně potvrzují výsledky ŠRP, kdy se u rodin vyskytuje největší rozdíl v odpovědích mezi rodičem či rodiči a dítětem. Ačkoliv je případová studie charakteristickou formou empirického získávání dat, mnoho výzkumníků ji přehlíží. Na případové studii coby výzkumnou činnost je nahlíženo jako na méně žádoucí způsoby získávání informací než je tomu u experimentů nebo průzkumů. A to zejména kvůli obavám týkajících se nedostatku důsledného výzkumu případové studie. V historii se často opakovala situace, kdy byli

výzkumníci v této oblasti nedůslední a poskytovali nejasné informace či zkreslený náhled, což ovlivnilo daný směr výsledků zkoumání a konečný úsudek (Yin, 2014).

Je nutné také upozornit na nedostatky případové studie. Vzhledem k minimální kontrole většiny vnějších proměnných **nemáme možnost formulovat spolehlivé závěry o příčinných souvislostech** a vzhledem ke vzorku v případové studii **nelze výsledky zobecnit** na širší rámec populace (Ferjenčík, 2000). Z čehož plyne obava ohledně případových studií, a to v tom, že poskytují malou základnu pro vědecké vyvozování obecných závěrů. Často se pokládá otázka "Jak můžete zobecňovat z jedné případové studie?" Můžeme uvažovat nad tím, že stejná otázka se bude týkat experimentu. "Jak můžete zobecňovat na základě jediného experimentu?" Odpověď je taková, že ve skutečnosti jsou vědecká fakta zřídka založena na ojedinělých experimentech, obvykle jsou založena na řadě experimentů, které opakují tentýž jev při různých podmínkách. Stejný přístup může být použit během opakovaných případových studií. Krátce se dá odpovědět, že případové studie, tak jako experimenty, jsou obecně aplikovatelné na teoretické teze, a ne na populace. V tomto smyslu případová studie, stejně jako experiment, nepředstavuje "vzorek" a cílem badatele je rozšířit a generalizovat teorie (Yin, 2014).

Případová studie nám může pomoci **objevit nový vztah či problém**, který pak může být dále zkoumán na větším vzorku či jinými metodami (Ferjenčík, 2000). Za přínos své bakalářské práce teď považuji upozornění otevření důležitého tématu, kterém by bylo vhodné se dále zabývat v dalších studiích.

## 10.2 Diskuze k výsledkům

Při analýze dat mi vzniklo na základě zjišťovaných témat 6 kategorií.

### *Těhotenství a porod*

Těhotenství v případě obou dětí bylo neplánované, bezproblémové a děti byly chtěné. Porod byl vždy bezproblémový a ukončen císařským řezem. V průběhu těhotenství a porodu nelze najít významné momenty, které by dítě poznamenaly, ačkoliv je možné, že na první zkoumané dítě mohl mít vliv matčin silný pláč během těhotenství.



### ***Psychomotorický vývoj***

Vývoj chlapců proběhl normálně, oba začali kolem 1 roku života mluvit a půl roku později i chodit. V psychomotorickém vývoji jsem nenalezla žádné odchylky.

### ***Úrazy a onemocnění***

Děti prodělaly otřesy mozku, kdy v jednom případě pravděpodobně i vícekrát. Tomuto vcelku běžnému úrazu nepřikládám význam v rozvoji duševní poruchy u dítěte.

### ***Psychiatrická a psychologická anamnéza v rodině***

Psychiatrickou anamnézu můžeme najít u obou matek chlapců. První matka se v adolescenci pokusila o sebevraždu, druhá matka se v současnosti léčí s fobií a užívá antidepresiva. Anamnéza matek může nasvědčovat predispozici k duševními onemocnění u dítěte, nejen z hlediska genetického, ale také vlivem prostředí.

### ***Problémy ve vzdělávacích zařízeních***

Problémy ve vzdělávacích zařízeních se vyskytovaly již od docházky v mateřské školy. Ve škole byly obě děti živé, vyrušovaly o hodinách a měly konflikty nejen se spolužáky, ale i s učiteli. Chlapci mají problém s respektováním autorit. Tato skutečnost nám ukazuje, že děti nejsou problematické pouze doma, ale že mají problémy s autoritou, se soustředěním a neposedností. Obě děti mají problém s budováním vztahů ve třídě, což může být i způsobeno jejich divokostí, která ostatní děti vyrušuje.

### ***Problémy v rodinných vztazích***

U obou chlapců můžeme najít problematický vztah alespoň s jedním z rodičů. V obou případech také můžeme najít nevhodný styl výchovy. V prvním případě se jedná o velmi liberální styl výchovy spojený s protektivním přístupem, avšak milujícím postojem. Negativní dopad rodinného prostředí na chování dítěte je ve vztahu k otci, který matku i chlapce napadl. V případě druhém matka během setkání říkala, že se s dětmi „mazlí“, což ovšem přítomná dcera to hned vyvrátila. Následně při příchodu chlapce ho matka objímala, ale chlapec mi později sdělil, že si doma lásku moc neprojevují a že s matkou se spíše chodí „mazlit“ on.

Obou chlapcům ve výchově chybí mužský vzor, kterého by respektovali.

Rodiče nebyli moc upřímní a snažili se rodinu vykreslit v co nejlepším světle, což ukazuje i Škála rodinného prostředí, kdy panuje vcelku velká neshoda ve vnímání rodinného prostředí mezi jednotlivými členy.

Po vyhodnocení jednotlivých kazuistik, Škál rodinného prostředí a zpracování dat jsem dospěla k výsledku, že v obou případech můžeme nalézt problematické aspekty v rodině, které by mohly mít dopad na projevy duševního onemocnění u dítěte.

### **10.3 Srovnání výsledků s jinými studii**

Výsledky svého výzkumu mohu porovnat se studii, které jsem uváděla v teoretické části.

Nikolaev, Baranova, & Petunova (2016) svůj výzkum zaměřily na duševně nemocné děti a jejich matky. Výzkum ukázal, že v případě duševně nemocných dětí matky vykazovaly maladaptivní copingové strategie a rodinné prostředí bylo charakterizováno materiálními hodnotami, násilím a abúzem alkoholu.

Ve studii z roku 2008 jsme získali výsledek ohledně komorbidit PAS s jinými poruchami. Nejčastějšími diagnózami byla sociální úzkostná porucha, ADHD a porucha opozičního vzoru (Simonoff et al., 2008). V mé první případové studii byl chlapec trpící lehkou PAS, který má s největší pravděpodobností přidruženou další duševní poruchu – poruchu chování.

Studie z roku 2015 nám ukázala, že některé projevy autistického spektra jsou způsobeny vlivem prostředí a nejen genetickými faktory. V rámci případové studie se ukázalo, že projevy autistického spektra mohou být spojeny v problematickými aspekty rodinného prostředí jako je negativní vztah s rodičem, výchovný styl apod.

### **10.4 Možnosti rozpracování výzkumu**

Výzkum by se v budoucnosti mohl více rozpracovat, a to hlavně počtu kazuistik rodin, jejímž členem je dítě s duševní poruchou. Pro vyvození závěrů by bylo potřeba od každé duševní poruchy sesbírat několik případových studií, aby bylo možné seskupit společné faktory ovlivňující psychické zdraví dětí. Zároveň by bylo vhodné sesbírat data od dětí trpících jinými duševními poruchami, než které byly sesbírány pro účely této bakalářské práce.

Pokud bych v budoucnosti měla možnost toto téma dále zpracovávat, ráda bych se zaměřila na depresivní, úzkostné, sebepoškozující děti nebo děti trpící posttraumatem. Ovšem k těmto dětem a jejich rodičům je náročné najít cestu, jelikož je potřeba vybudovat určitou důvěru a dlouhodobou spolupráci, na což bohužel v rámci této práce nebyl prostor. Jednou z možností rozpracování výzkumu by byli longitudinální studie dětí, u kterých se začnou projevovat symptomy duševních poruch. Tyto děti by bylo vhodné sledovat od počátku vývoje duševní poruchy, přes diagnostiku až po současný vývoj, což by mohl být vhodný námět na magisterskou diplomovou práci.

## 11 ZÁVĚR

V rámci empirické části mé bakalářské práce se ukázalo, že rodinné prostředí obou dětí s duševními poruchami může mít dopad na jejich chování či prožívání a být spojeno s určitými projevy duševního onemocnění. Tato skutečnost byla vyvozena na základě rozhovorů s celými rodinami včetně dětí a doplňkovými metodami, kterými byla Škála rodinného prostředí a pozorování. Zda má úplnost či neúplnost rodiny vliv na dítě nemůžeme zcela určit, ovšem vliv výchovných cílů se zdá být patrný u obou chlapců. Ačkoliv u obou dětí můžeme najít diagnózy, které mají částečně i biologický poklad, projevy nemoci a případné přidružené psychiatrické onemocnění mohou spojené s rodinným prostředím, respektive členy rodiny, vztahy mezi nimi, osobnostními charakteristikami jednotlivců a výchovnými styly.

## 12 SOUHRN

V rámci bakalářské práce jsem se zabývala tématem duševních poruch u dětí v souvislosti s jejich primární rodinou.

V teoretické části jsem zpracovala teoretické poznatky k této problematice. Na počátku seznamuji čtenáře s tím, co je vlastně **rodina**, jaké má funkce, včetně poruch funkcí rodiny a jejich dopadem. V navazující kapitole se zabývám **rizikovými faktory rodinného prostředí**, jako je rozvod, nízký věk rodičů, narození dítěte s postižením, nechtěnými dětmi a nevhodnými výchovnými styly. V následovné kapitole se zabývám **problematickými aspekty poruchových rodin**, mezi které patří především syndrom CAN, který je velmi rizikovým faktorem, který může mít velmi negativní dopad na psychiku dítěte. V předposlední kapitole se zabývám **vybranými duševními poruchami** u dětí, který mi jsou poruchy autistického spektra a hyperkinetické poruchy. Teoretickou část práce zakončuji **výzkumy**, které se týkají zmíněných vybraných duševních poruch.

V empirické části bakalářské práce byl hlavní výzkumný problém nalézt **souvislost mezi rodinným prostředím a duševním zdravím dítěte**. Na základě úvahy o souvislosti rodiny a duševním onemocněním u dítěte jsem si stanovila jeden hlavní **výzkumný cíl** - popsat souvislost mezi rodinným prostředím a projevy duševních poruch u dětí **a dva dílčí výzkumné cíle** - popsat, jaké jsou vztahy v rodině u dětí s duševní poruchou a popsat, jak se projevují děti s duševní poruchou ve školce či škole. Za typ výzkumu jsem zvolila **případové studie**, vzhledem k nutnosti získání co nejpodrobnějších dat od všech členů rodiny. Hlavní výzkumnou metodou bylo **polostrukturované interview**, doplněné Škálou rodinného prostředí a pozorováním. Výzkumným vzorkem byly rodiny, ve které žije psychiatricky nemocné dítě, jež bylo v době výzkumu hospitalizované v psychiatrické léčebně Šternberk. V průběhu výzkumu jsem pracovala nejen s dítětem, ale také s rodiči a sourozenci dítěte. Celkem se mi podařilo získat 2 podrobné kazuistiky.

Výsledky kazuistik nám ukazují, že v u případů můžeme nalézt podobné charakteristiky ohledně života dítěte. Oba chlapci mají normální prenatální vývoj, bezproblémový porod, zakončený císařským řezem. Jejich psychomotorický vývoj je v normě a během života prodělali otřes mozku. Děti mají problémy nejen v rodinných vztazích, ale také ve

vzdělávacích zařízeních. V psychiatrické a psychologické anamnéze rodičů můžeme najít psychické problémy u matek obou chlapců. Na základě všech zjištění jsem našla odpovědi na své výzkumné otázky, které zněly:

- Jaká je **souvislost mezi rodinným prostředím a projevy duševní poruchy** u dětí?

V rámci empirické části se po zpracování získaných dat ukázalo, že rodinné prostředí by mohlo mít vliv na projevy duševních poruch u dětí, a to převážně ve vztahu výchovného stylu, vřelosti rodinného prostředí a konfliktnosti rodinného prostředí. Tuto skutečnost je nutné prověřovat ještě dále, jelikož výsledky případových studií nelze generalizovat ani zobecnit, ale mohou posloužit jako podklad pro další zkoumání tohoto tématu.

- Jaké jsou **vztahy v rodině** u dětí s duševní poruchou?

Ve zpracovaných kazuistikách můžeme nalézt problematický vztah alespoň s jedním z rodičů či sourozenců, což může být následek duševní nemoci u dítěte, ale zároveň mohla být tato skutečnost přítomna již dříve a měla negativní vliv na duševní stav dítěte.

- Jaké se projevují **děti** s duševní poruchou **ve školce či škole**?

U obou dětí jsme mohly pozorovat nejen problémy v rodinném prostředí, ale také ve vzdělávacím zařízení. Můžeme tedy říci, že projevy duševního onemocnění se projevují v každodenním životě dítěte a nejsou přímo vázané na určité prostředí, což ale neznamená, že jednotlivá prostředí nemají odlišný vliv.

Ačkoliv se výsledky nedají zobecnit ani generalizovat na celou populaci, můžeme tyto studie použít pro navazující výzkum, který zpracoval více rodin, a případně využil i kvantitativních metod.

### 13 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Amato, P. R. (1996). Explaining the Intergenerational Transmission of Divorce. *Journal of Marriage and the Family*, 58(3), 628. <https://doi.org/10.2307/353723>
2. Bechyňová, V., & Konvičková, M. (2011). *Sanace rodiny: sociální práce s dysfunkčními rodinami*. Praha: Portál.
3. Berk, L. E. (1997). *Child development* (4th ed). Boston: Allyn & Bacon.
4. Booth, A., & Amato, P. R. (2001). Parental Predivorce Relations and Offspring Postdivorce Well-Being. *Journal of Marriage and Family*, 63(1), 197–212. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2001.00197.x>
5. Brohm, F., Holub, V., & Brunecký, Z. (1957). *Duševní vývoj dítěte a jeho poruchy: příručka pro dětské lékaře*. (1. vyd.). Praha: SZdN.
6. Burt, S. A., Krueger, R. F., McGue, M., & Iacono, W. G. (2001). Sources of covariation among attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: The importance of shared environment. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 516–525. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.4.516>
7. Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada
8. Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach*. Abingdon: Routledge
9. Comer, R. J. (2004). *Abnormal psychology* (5th ed). New York: Worth Publishers.
10. Cummings, E. M., & Davies, P. T. (1994). Maternal Depression and Child Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(1), 73–122. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01133.x>
11. Češková, E., Svoboda, M., & Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál.
12. Dunovský, J., Dytrych, Z., & Matějček, Z. (1995). *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě* (Vyd. 1). Praha: Grada.
13. Elliott, J., & Place, M. (2002). *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada.
14. Erickson, M. F., Egeland, B., & Pianta, R. (1989). The effects of maltreatment on the development of young children. In D. Cicchetti & V. Carlson (Ed.), *Child maltreatment*

- (s. 647–684). Cambridge: Cambridge University Press. Dostupné z <http://ebooks.cambridge.org/ref/id/CBO9780511665707A030>
15. Ferjenčík, J. (2000). Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál
  16. Fischer, S., & Škoda, J. (2009). Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. Praha: Grada.
  17. Gabriel, Z., & Novák, T. (2008). Psychologické poradenství v náhradní rodinné péči. Praha: Grada.
  18. Gjuríčová, Š., Kocourková, J., & Koutek, J. (2000). Podoby násilí v rodině (Vyd. 1). Praha: Vyšehrad.
  19. Helus, Z. (2007). Sociální psychologie pro pedagogy. Praha: Grada.
  20. Hendl, J. (2005). Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace. Praha: Portál.
  21. Hensch, S. A. (2002). Study Guide and Activities for Shaffer's Developmental Psychology: Childhood and Adolescence. USA: Wadsworth Group.
  22. Hort, V. (2000). Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál.
  23. Hosák, L., Hrdlička, M., & Libiger, J. (2015). Psychiatrie a pedopsychiatrie. Praha: Karolinum.
  24. Kořa, J., Trpišovská, D., & Vacínová, M. (2013). Sociální psychologie: vybrané kapitoly. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha.
  25. Kucharská, A. (Ed.). (2000). Specifické poruchy učení a chování: sborník 2000. Praha: Portál.
  26. Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). Vývojová psychologie. Praha: Grada.
  27. Langmeier, J., Balcar, K., & Špitz, J. (2010). Dětská psychoterapie. Praha: Portál.
  28. Livingston, R. (1987). Sexually and Physically Abused Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26(3), 413–415. <https://doi.org/10.1097/00004583-198705000-00023>
  29. Lovasová, L. (2006). Rodinné vztahy. Praha: Vzdělávací Institut ochrany dětí.
  30. Malinosky-Rummell, R., & Hansen, D. J. (1993). Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin*, 114(1), 68–79. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.1.68>



31. Mash, E. J., & Johnston, C. (1982). A Comparison of the Mother-Child Interactions of Younger and Older Hyperactive and Normal Children. *Child Development*, 53(5), 1371. <https://doi.org/10.2307/1129028>
32. Matějček, Z. (2005). Výbor z díla. Praha: Karolinum.
33. Matoušek, O. (2013). *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál.
34. Matoušek, O. a kol. (2013). *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál.
35. Merry, S. N., & Andrews, L. K. (1994). Psychiatric Status of Sexually Abused Children 12 Months after Disclosure of Abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(7), 939–944. <https://doi.org/10.1097/00004583-199409000-00002>
36. Midouhas, E., Yogaratnam, A., Flouri, E., & Charman, T. (2013). Psychopathology Trajectories of Children With Autism Spectrum Disorder: The Role of Family Poverty and Parenting. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(10), 1057–1065.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.07.011>
37. Mioviský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
38. Moen, O. L., Hedelin, B., & Hall-Lord, M. L. (2015). Parental perception of family functioning in everyday life with a child with ADHD. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(1), 10–17. <https://doi.org/10.1177/1403494814559803>
39. Nakonečný, M. (1998). *Základy psychologie*. Praha: Academia.
40. Nikolaev, E. L., Baranova, E. A., & Petunova, S. A. (2016). Mental Health Problems in Young Children: The Role of Mothers' Coping and Parenting Styles and Characteristics of Family Functioning. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 233, 94–99. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.10.152>
41. Nolen-Hoeksema, S., Frederickson, L. B., & Wagenaar, W. A. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Praha: Portál.
42. Novosad, L., Technická univerzita v Liberci, & Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky. (2004). *Základy teorie a metod sociální práce*. II. díl, II. Díl. Liberec: Technická univerzita.
43. Oltmanns, T. F., & Emery, R. E. (2004). *Abnormal psychology* (4th ed). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

44. Pacnerová, H., Zelenda Kupcová, A., Žufníček, J., Univerzita Karlova, Lékařská fakulta, 1, & Centrum adiktologie. (2012). Vybraná témata vychovatelské praxe: inspirace pro vychovatele v zařízeních ústavní a ochranné výchovy. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga.
45. Pemová, T., & Ptáček, R. (2016). Zanedbávání dětí: příčiny, důsledky a možnosti hodnocení. Praha: Grada.
46. Pincus, J. H. (2002). Masoví vrazi. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny.
47. Picardi, A., Fagnani, C., Medda, E., Toccaceli, V., Brambilla, P., & Stazi, M. A. (2015). Genetic and environmental influences underlying the relationship between autistic traits and temperament and character dimensions in adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 178–188. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.12.018>
48. Pöthe, P. (1996). Dítě v ohrožení. Praha: G plus G.
49. Shaffer, D. R. (2001). *Developmental psychology: childhood and adolescence* (6th ed). Australia ; Belmont, CA: Wadsworth Thomson Learning.
50. Shaffer, D. R., & Kipp, K. (2014). *Developmental psychology: childhood and adolescence*. USA: Wadsworth.
51. Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric Disorders in Children With Autism Spectrum Disorders: Prevalence, Comorbidity, and Associated Factors in a Population-Derived Sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921–929. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318179964f>
52. Smith, L. E., Greenberg, J. S., & Mailick, M. R. (2014). The Family Context of Autism Spectrum Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 143–155. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.08.006>
53. Sobotková, I. (2012). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
54. Svoboda, M., Krejčířová, D., & Vágnerová, M. (2015). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál.
55. Ševčík, D., & Špatenková, N. (2011). *Domácí násilí: kontext, dynamika a intervence*. Praha: Portál.

56. Špaňhelová, I. (2010). *Dítě a rozvod rodičů*. Praha: Grada.
57. Teyschl, O., Brunecký, Z. (1973). *Duševní vývoj a výchova dítěte*. Praha: Orbis
58. Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
59. Trélaun, B. (2005). *Překonávání konfliktů v rodině*. Praha: Portál.
60. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. (2008). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009*. Praha: Bomton Agency.
61. Ústav zdravotních informací a statistiky ČR. (2010 - 2015). *Psychiatrická péče 2010-2015*. Dne 19. 3. 2017 získáno z <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/rodicka>
62. Ústav zdravotních informací a statistiky ČR. (2013). *Rodička a novorozenec 2013*. Dne 19. 3. 2017 získáno z <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/rodicka>
63. Vágnerová, M., Strnadová, I., Krejčová, L., & Univerzita Karlova. (2009). *Náročné mateřství: být matkou postiženého dítěte*. Praha: Karolinum.
64. Vaníčková, E., Hadj-Mousová, Z., & Provazníková, H. (1995). *Násilí v rodině: syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte (1. vyd)*. Praha: Univerzita Karlova.
65. Vymětal, J. (2004). *Úzkost a strach u dětí*. Praha: Portál.
66. Výrost, J., & Slaměník, I. (Ed.). (1998). *Aplikovaná sociální psychologie (Vyd. 1)*. Praha: Portál.
67. Walsh, F. (2003). *Family Resilience: A Framework for Clinical Practise*. *Family Process*, 42(1), 1-18. <http://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00001.x>
68. Wicks-Nelson, R.,& Israel, A. C (2003). *Behavior disorders of childhood (5th. ed.)*. Upper Saddle River, N.J: Perason Prentice Hall.
69. Wicks-Nelson, R.,& Israel, A. C (2009). *Abnormal child and adolescent psychology (7th ed.)*. Upper Saddle River, N.J: Perason Prentice Hall.
70. Yin, R., K. (2014). *Case study research: Design and Methods*. *Applied Social Research Methods*. USA: Sage.

## SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK P

Tabulka 1: Vývoj počtu narozených dětí podle věku matky - údaje ČSÚ .....	19
Tabulka 3: Počet hospitalizací - psychiatrické lůžkové zařízení (ÚZIS, 2010 – 2015).....	33
Tabulka 4: Počet propuštěných a zemřelých dětí 0-19 let v psychiatrických lůžkových zařízeních podle skupiny psychiatrických diagnóz (ÚZIS, 2010 – 2015) .....	33
Tabulka 5: Výzkumný vzorek – charakteristika .....	54
Tabulka 6: Vyhodnocení škály rodinného prostředí.....	66
Tabulka 7: Porovnání průměrných HS rodiny versus průměrné HS dle ŠRP .....	67
Tabulka 8: Vyhodnocení škály rodinného prostředí.....	76
Tabulka 9: Porovnání průměrných HS rodiny versus průměrné HS dle ŠRP .....	77

## SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Vývoj počtu dětí s diagnózou F80-F98 (ÚZIS, 2010 – 2015) .....	34
Obrázek 2: Zpracování dat (Miovský, 2006).....	51
Obrázek 3: Zaměřené oblasti ze života dítěte .....	55
Obrázek 4: Okruhy případových studií.....	56
Obrázek 6: Grafické znázornění porovnání HS rodiny a HS Škály rodinného prostředí .....	67
Obrázek 7: Ekomapa dítěte č. 1 .....	69
Obrázek 8: Grafické znázornění porovnání HS rodiny a HS Škály rodinného prostředí .....	77
Obrázek 9: Ekomapa dítěte č. 2 .....	79
Obrázek 10: Grafické srovnání průměrných HS jednotlivých rodin v subškálách ŠRP .....	84

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Český a cizojazyčný abstrakt bakalářské diplomové práce

Příloha č. 2: Formulář zadání bakalářské diplomové práce

Příloha č. 3: Průvodní dopis pro rodině

Příloha č. 4: Informovaný souhlas

Příloha č. 1: Český a cizojazyčný abstrakt bakalářské diplomové práce

## ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Duševní poruchy u dětí v souvislosti s jejich primární rodinou

Autor práce: Tereza Bydžovská

Vedoucí práce: PhDr. Veronika Šmahajová, Ph.D.

Počet stran a znaků: 102, 149 102

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 70

Bakalářská práce se zabývá tématem duševním poruch u dětí v souvislosti s jejich primární skupinou, za kterou byla v této práci považována rodina.

Hlavním cílem této práce bylo popsat a objasnit možné souvislosti mezi rodinným prostředím a projevy duševních onemocnění u dětí na základě zpracování několika kazuistik.

Teoretická část vymezuje základní pojmy, které souvisí s tématem rodiny. Zároveň popisuje rizikové faktory rodinného prostředí a problematické aspekty rodin, včetně jejich možného dopadu na psychiku dítěte.

Empirická část se zabývá již samotnými případovými studii. V rámci výzkumu byly využity polostrukturované rozhovory se členy rodiny, a pro doplnění získaných informací byla použita Škála rodinného prostředí. Data byla zpracována metodou trsů a byly vytvořeny kategorie, které se u případových studií opakovaly.

Ze zpracovaných případových studií vyplynulo, že děti s duševní poruchou mají problémy ve vzdělávacích zařízeních, alespoň jeden problematický vztah s rodinným příslušníkem a narušené rodinné prostředí. Tyto výsledky vzhledem k případovým studiím nelze generalizovat.

Klíčová slova: rodina, děti, duševní poruchy u dětí, případová studie

## ABSTRACT OF THESIS

Title: Connection between children's mental disorders and their primary family

Author: Tereza Bydžovská

Supervisor: PhDr. Veronika Šmahajová, Ph.D.

Number of pages: 102, 149 102

Number of appendices: 5

Number of references: 70

This bachelor thesis deals with a topic of children mental disorders in connection with a primary group which is represented by a family here. The main aim of the thesis was to describe and explain a casual connection between a family environment and children mental disorder symptoms on the basis of several casuistry processing.

The theoretical part specifies basic terms to be related with the family topic. At the same time it describes risk factors of the family environment and problematic family aspects including a possible impact on a child psyche/mind.

The empirical part concerns case studies themselves. Within the research, semistructure interviews with family members were used and Family Environment Scale was taken to fill in the obtained information/inputs. The data were processed by a method which help to create several categories which was repeated in case studies were set.

It was shown from the processed case studies that children with a mental disorder have problems in educational institutions, problematical relationship with one of family members at least and broken family environment. These results can not be generalized with regard to case studies.

## Příloha č. 2: Formulář zadání bakalářské diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2015/2016

Studijní program: Psychologie  
Forma: Prezenční  
Obor/komb.: Psychologie (PCH)

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
BYDŽOVSKÁ Tereza	Čajkovského 960, Řevnice	F14682

### TÉMA ČESKY:

Rozvoj duševních poruch u dětí v souvislosti s primární skupinou z pohledu psychologů

### TÉMA ANGLICKY:

The development of children's mental disorders in connection with the primary group from the view of the psychologists

### VEDOUcí PRÁCE:

PhDr. Veronika Šmahajová, Ph.D. - PCH

### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

#### Cíle výzkumu

Cílem této bakalářské práce je objasnit možnou souvislost rodiny a duševních onemocnění u dětí na základě zpracování rozhovorů s několika psychology pracujícími s dětmi. Jedná se o vypracování závěru na tuto problematiku z jejich několikaleté praxe.

#### Základní a výzkumný soubor

Výzkumný soubor se skládá ze 7-10 psychologů vybraných metodou záměrného účelového výběru, konkrétně prostým záměrným výběrem. Psychologové by měli mít minimálně tříletou praxi s dětskou klientelou a jejich odbornost je zaměřena převážně na patopsychologii dětí.

#### Metody sběru a zpracování dat

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila kvalitativní metodologii, a to z důvodu potřeby podrobného názoru na tuto problematiku. Metodou sběru dat je polostrukturované interview, z kterého bude vytvořen audiozáznam v doprovodu se záznamovým archem pro lepší zachycení emocí a neverbálních projevů dotazovaného. Za účelem zpracování dat proběhne transkripce audiozáznamu, která bude dále vyhodnocována.

### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Čačka, O. (2000). Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace. Brno: Doplněk
- Elliott, J., Place, M. (2002). Dítě v nesnázích prevence, příčiny, terapie. Praha: Grada
- Krejčířová, D., Řičan, P. (2006). Dětská klinická psychologie. Praha: Grada
- Matějček, Z. (2011). Praxe dětského psychologického poradenství. Praha: Portál
- Michel G. F., Mooreová, C. L. (1999). Psychobiologie biologické základy vývoje chování. Praha: Portál
- Thorová, K. (2015). Vývojová psychologie Proměny lidské psychiky od početí po smrt. Praha: Portál



Příloha č. 3: Průvodní dopis pro rodiče



Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci  
Křížkovského 511/10

771 47 Olomouc

26. 1. 2017, Olomouc

Vážený rodiče,

Jsem studentka 3. ročníku bakalářského programu na Univerzitě Palackého, obor Psychologie. V rámci své bakalářské práce se soustředím na děti, u kterých zkoumám duševní onemocnění. Cílem je zaměřit se na vývoj těchto onemocnění a pokusit se najít některé příčiny či faktory, které na onemocněních mají svůj podíl.

V České republice je doposud málo výzkumů, které by se zaměřovaly na souvislost prostředí a psychického vývoje dítěte, proto bych se ráda tomuto tématu více věnovala.

Vedoucí mé bakalářské práce je PhDr. Veronika Šmahajová, Ph.D., která se zaměřuje na psychologii rodiny, vývoj a patopsychologii dětí.

Garantkou výzkumu je PhDr. Martina Ocelíková, která působí jako psycholog na dětském oddělení psychiatrické léčebny Šternberk.

V rámci svého výzkumu bych Vás ráda požádala o krátký rozhovor (max. 30 minut s Vámi a 30 minut s Vaším dítětem) a vyplnění dotazníku, který se zaměřuje na rodinu a její fungování.

Jako student psychologie jsem vázaná mlčenlivostí, tudíž kazuistiky budou zpracovány citlivě, anonymně a bez konkrétních údajů. Veškeré údaje budou anonymizovány ještě před jejich zpracováním.

Předem děkuji za Váš čas i ochotu se podílet na výzkumu

## Příloha č. 4: Informovaný souhlas

Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci  
Křížkovského 511/10



771 47 Olomouc

### **Informovaný souhlas**

Žádám Vás o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu pro výzkumný projekt ve formě audio nahrávky rozhovoru, nahlédnutím do karty Vašeho syna/dcery a použitím výsledků „Škála rodinného prostředí“.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění bezpečí respondentů. Důraz je kladen na:

- **Anonymitu informantů – v přepisech rozhovorů budou odstraněny všechny identifikující údaje.**
- **Mlčenlivost výzkumnice ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu**
- **Po přepsání rozhovorů dojde k autorizaci textu – budete mít možnost vyjádřit se k uvedeným údajům a upravit je**
- **Jako účastník výzkumu máte právo kdykoli odstoupit od výzkumné aktivity**

Dále Vás žádám o souhlas k nahlížení do dokumentace Vaší dcery/syna a použitím údajů v rámci bakalářské práce na FF UPOL. Osobní data v této studii nebudou uvedena.

Souhlasím se zpracováním „Škály rodinného prostředí“ a následné použití výsledků této škály v rámci bakalářské práce. Škála bude vyplněna opět zcela anonymně.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl a výslovně souhlasím použitím audio nahrávky pro výzkumné účely. Souhlasím s nahlížením níže jmenované osoby do mé dokumentace a s uveřejněním polostrukturovaného interview, které bude zcela anonymní bez jakýchkoliv identifikačních údajů.

Souhlasím s tím, že má účast ve výzkumu je dobrovolná, mám možnost kdykoli z něj vystoupit a veškeré údaje, které v rámci výzkumu autorce poskytnu, budou zpracovány pouze pro účely tohoto výzkumu a nebudou předány třetí straně.

Datum:

Podpis autora práce:

Vlastnoruční podpis účastníka výzkumu:

Audiozáznam rozhovoru a osobní údaje budou zpracovány dle zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

Předem děkuji za ochotu podílet se na výzkumu

## Příloha č. 5: Otázky k polostrukturovanému interview

- 1) Jaký je věk dítěte?
- 2) Jaká je diagnóza dítěte (Kdy bylo dítě diagnostikované?)
- 3) Dochází dítě do péče psychologa či psychiatra?
- 4) Jaké jsou projevy poruchy/onemocnění u dítěte?
- 5) Z jakého důvodu je dítě hospitalizované?
- 6) Jak probíhalo těhotenství a porod?
- 7) Jak probíhal vývoj dítěte?
- 8) Jak se dítěti dařilo v mateřské škole? Jak se dítěti daří ve škole?
- 9) Informace o rodičích a sourozencích
  - Matka – věk, zaměstnání, pochází z rozvedené či úplné rodiny, sourozenci, vztahy s původní rodinou, psychologická/psychiatrické historie – nějaké problémy v minulosti/aktuálně?
  - Otec – věk, zaměstnání, pochází z rozvedené či úplné rodiny, sourozenci, vztahy s původní rodinou, psychologická/psychiatrické historie – nějaké problémy v minulosti/aktuálně?
  - Sourozenci – věk, psychologická/psychiatrická historie?
  - Bydlí v domácnosti ještě jiní členové rodiny?
- 10) Jaké jsou vztahy v rodině? (Jak byste popsal/a vztahy mezi jednotlivými členy rodiny?)
- 11) Jak rodina tráví volný čas?
- 12) Jaká je Vaše filozofie výchovy? Používáte tresty a odměny?
- 13) Jste zvyklý doma otevřeně mluvit o citech?
- 14) Jak byste popsal svého syna/dceru? Jaký je?

### Otázky pro děti (navíc původnímu rozhovoru):

- a) Víš, proč jsi v léčebně?
- b) Jak ti jde ve škole? Jaké máš známky? Máš tam kamarády?
- c) Co rád děláš? Co tě baví?
- d) Zkoušel si již někdy cigaretu nebo alkohol?
- e) Jací jsou rodiče? Jak s nimi vycházíš?