

Univerzita Karlova
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

Bakalářská práce

Tereza Kolečková

**Osobnostní charakteristiky sourozenců dětí s postižením a jejich
vývoj**

**Personality characteristics of siblings of children with disabilities
and their development**

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Evě Šírové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, vstřícný přístup, cenné rady a veškerý čas, který mi věnovala při vypracovávání této práce.

Také bych chtěla poděkovat Mgr. Ivaně Fabianové za přínosné konzultace a pomoc při zpracování návrhu výzkumného projektu.

V neposlední řadě bych ráda poděkovala svým rodičům za trpělivost, konstruktivní připomínky a podporu během celého studia.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 4.5.2017

.....
Tereza Kolečková

Abstrakt

Tématem bakalářské práce jsou osobnostní charakteristiky, sourozenecké vztahy, kognitivní, psychosociální a emocionální vývoj sourozenců dětí s postižením, především dětí s mentální retardací a poruchou autistického spektra. Soustředí se na reakci sourozenců i rodičů na zjištěnou diagnózu postiženého dítěte a kvalitu rodinného života. Z řady výzkumů vyplývá, že sourozenci postižených dětí jsou hůře přizpůsobivé než kontrolní skupina sourozenců zdravých dětí a přítomnost postiženého dítěte zvyšuje pravděpodobnost rizikového vývoje a problémů s chováním. Návrh výzkumu je zaměřen na porovnání osobnostních charakteristik sourozenců autistických dětí, sourozenců dětí s mentálním postižením s kontrolní skupinou sourozenců zdravých dětí ve věku osm až dvanáct let a dále na porovnání z hlediska pohlaví skupiny sourozenců autistických dětí a mentálně postižených dětí. Pro výzkum bude použit Osobnostní dotazník pro děti CPQ.

Klíčová slova

sourozenci, autismus, mentální retardace, vývoj

Abstract

The topics of this bachelor thesis are: personal characteristics, sibling relationships and cognitive, psychosocial and emotional development of siblings of disabled children. The aforementioned disabled children are primarily children with mental retardation and children within the autistic spectrum. This thesis focuses on the reaction of siblings and parents to the diagnosis of the disabled child and its effect in the quality of the family life. A number of studies have shown that siblings of children with disabilities are less adaptable than siblings of healthy children. At the same time, presence of a disabled child increases the probability of risk development and behavioural problems. The research proposed is aimed at comparing personal characteristics of siblings of autistic children and of siblings of children with mental retardation with a control group of siblings of healthy children aged eight to twelve years. The research is further interested in finding differences (if any) based on the gender of siblings of autistic children and siblings of children with mental retardation. Children's Personality Questionnaire (CPQ) will be used for the research.

Keywords

siblings, autism, mental retardation, development

Obsah

ÚVOD	7
I. LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST	8
1. RODINA S POSTIŽENÝM DÍTĚTEM	8
1.1. DÍTĚ S POSTIŽENÍM	8
1.1.1. <i>Charakteristika dětí s mentální retardací.....</i>	<i>8</i>
1.1.2. <i>Charakteristika dětí s poruchou autistického spektra</i>	<i>9</i>
1.2. RODIČE DÍTĚTE S POSTIŽENÍM	10
1.2.1. <i>Reakce rodičů na diagnózu postižení</i>	<i>10</i>
1.2.2. <i>Typy rodičů dítěte s postižením</i>	<i>14</i>
1.2.3. <i>Výchovné postoje rodičů dítěte s postižením</i>	<i>15</i>
1.3. KVALITA RODINNÉHO ŽIVOTA S POSTIŽENÝM DÍTĚTEM	16
2. ZDRAVÍ SOUROZENCI	18
2.1. REAKCE ZDRAVÝCH SOUROZENCŮ NA DIAGNÓZU POSTIŽENÍ JEJICH SOUROZENCE.....	19
2.2. SOUROZENECKÉ VZTAHY	21
2.3. OSOBNOSTNÍ CHARAKTERISTIKY ZDRAVÝCH SOUROZENCŮ.....	24
2.4. PSYCHOSOCIÁLNÍ, EMOCIONÁLNÍ A KOGNITIVNÍ VÝVOJ ZDRAVÝCH SOUROZENCŮ	26
2.5. MOŽNOSTI INTERVENCE PRO ZDRAVÉ SOUROZENCE	29
II. NÁVRH VÝZKUMNÉHO PROJEKTU	31
1. PŘEDCHOZÍ VÝZKUMY.....	31
2. METODY	32
3. NÁVRH ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ.....	39
4. DISKUZE	40
ZÁVĚR	44
LITERATURA.....	45
PŘÍLOHA.....	1

Úvod

Téma vývoje dětí s postižením v rodině je velmi časté a v literatuře ho můžeme najít poměrně snadno. Ovšem téma vývoje sourozenců dětí s postižením bylo velmi dlouhou dobu opomíjeno. Od 90. let 20. století toto téma však začíná být stále více a více aktuální. Většina autorů se shoduje, že pokud se něco děje s jedním členem rodiny, jsou zasaženi i ostatní členové rodiny. To je klíčová informace k porozumění vývoje jedince, který má sourozence s postižením. V české odborné literatuře se setkáváme stále s nedostatkem informací na téma zdravých sourozenců. V zahraniční literatuře toho můžeme najít více a v současné době se objevuje stále více výzkumů.

Původním záměrem bylo věnovat se pouze sourozencům dětí s mentálním postižením. Ovšem při studiu odborných pramenů nás zaujala i kategorie sourozenců dětí s autismem. Jelikož se v některých studiích tyto kategorie porovnávají a prolínají, rozhodly jsme se zabývat oběma. V některých studiích, o kterých se budeme zmiňovat, se porovnávají i další postižení a nazývají se pak obecně skupina dětí s postižením. Budeme vycházet z poznatků vývojové a sociální psychologie a speciální pedagogiky a zaměříme se na současné zahraniční výzkumy.

V úvodu literárně přehledové části práce bychom chtěly stručně definovat mentální retardaci a autismus, což považujeme za důležité pro pochopení celého kontextu ve vývoji zdravých sourozenců. Dále bychom chtěly specifikovat typy rodičů a výchovné postoje rodičů postižených dětí, které jsou odlišné od klasických. Následně se zaměříme na kvalitu rodinného života i kvalitu života sourozenců, sourozenecké konstelace a na reakci rodičů i dětí na zjištěnou diagnózu postiženého dítěte, která je velmi specifická. Stěžejním tématem pak budou zdraví sourozenci a jejich psychosociální, emocionální a kognitivní vývoj, osobnostní charakteristiky, sourozenecké vztahy a možnosti intervence. Zde se zaměříme na nejnovější zahraniční výzkumy, které především porovnávají sourozence postižených dětí s kontrolní skupinou sourozenců zdravých dětí nebo rodiny postižených dětí s rodinami zdravých dětí.

V empirické části je nastíněn návrh kvantitativního výzkumu porovnávajícího osobnostní charakteristiky u třech skupin sourozenců – sourozenci autistických dětí, sourozenci mentálně postižených dětí a kontrolní skupina sourozenců zdravých dětí ve věku osm až dvanáct let. Dále je výzkum zaměřen na porovnání rozdílu mezi chlapci a děvčaty autistických a mentálně postižených dětí v jednotlivých osobnostních charakteristikách.

I. Literárně přehledová část

1. Rodina s postiženým dítětem

Rodina jako primární sociální skupina a nositel kultury poskytuje dítěti základní normy a hodnoty dané společností (Výrost & Slaměník, 2008). Má své vlastní, jedinečné, přirozené a nezbytné úkoly ve výchově a péči, které ji odlišují od všech ostatních společenských institucí (Shea & Bernard, 2013). V rodině se vytvářejí předobrazy budoucích vztahů a rolí. Osvojují se vzorce chování, které bude mít dítě připravené v případě potřeby, připravuje se na budoucí věci a okolnosti a dostává základní citovou výbavu. V rámci rodiny mají veliký vliv i sourozenci. Bratr nebo sestra může nahrazovat sourozencům to, co jim neposkytli sami rodiče (Novák, 2007). Rodina s postiženým dítětem má jinou sociální identitu a je určitým způsobem výjimečná. Tato negativní odlišnost se stává součástí sebepojetí všech členů rodiny, čili jak rodičů, tak zdravých sourozenců (Valenta, Michalík & Lečbych, 2012). V první kapitole budeme stručně mluvit o dítěti s postižením a podrobněji o rodičích dítěte s postižením, kde se zaměříme na typy rodičů, výchovné postoje a reakce rodičů na diagnózu postižení.

1.1. Dítě s postižením

1.1.1. Charakteristika dětí s mentální retardací

U dětí s mentální retardací můžeme identifikovat určité společné znaky, které jsou charakteristické pro všechny stupně mentální retardace. Ty závisí nejen na hloubce mentální retardace, ale také na tom, jak jsou postiženy zbylé psychické funkce. Švarcová (2000) ve své knize uvádí, že *„mentální retardace se klinicky projevuje zejména zpomalenou chápavostí, jednoduchostí a konkrétností úsudků, sníženou schopností až neschopností komparace a vyvozování logických vztahů, sníženou mechanickou a zejména logickou pamětí, tékavostí pozornosti, nedostatečnou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování, poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace, impulzivností, hyperaktivitou nebo celkovou zpomaleností chování, citovou vzrušivostí, sugestibilitou a rigiditou chování, nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“, opožděným psychosexuálním vývojem, nerovnováhou aspirací a výkonů, zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí, poruchami v interpersonálních skupinových vztazích a v komunikaci a sníženou přizpůsobivostí k sociálním požadavkům“* (s.33).

Děti s mentální retardací mají emoce silně nevypělé, které neodpovídají jejich chronologickému věku, ale i přesto jsou velmi emocionální. Při kontaktu s neznámými lidmi či prostředím se mohou chovat úzkostlivě a pociťovat strach. Je tedy důležité při navazování kontaktu s dítětem odhadnout správnou dobu a situaci. Pokud se k nim lidé v jejich okolí chovají přívětivě, oplatí jim to. Svoje blízké dokážou mít rádi. Jsou citlivé a intenzivněji vnímají lidskou bolest, rády pomáhají každému, kdo jejich pomoc potřebuje (Švarcová, 2000).

1.1.2. Charakteristika dětí s poruchou autistického spektra

Porucha autistického spektra je heterogenní postižení, takže každé dítě s autismem vypadá a chová se úplně jinak než ostatní děti s tímto postižením. Vykazují deficit především ve dvou oblastech: v interakci a verbální a neverbální komunikaci. To znamená, že mohou mít limitované vlastní sociální dovednosti a stejně tak mohou obtížně chápat sociální narážky druhých (Veague, 2010). Tyto děti málo napodobují druhé, neužívají gesta a nerozumí mimice. Téměř polovina z nich se nikdy nenaučí mluvit. V řeči se vyskytuje řada nápadností. Typická je echolalie, záměny zájmen a sklony k doslovnému chápání všech výroků (Říčan & Krejčířová, 2006). Velmi často projevují nezáměr o kontakt s druhými, včetně nejbližší rodiny. Projevuje se slabá nebo žádná odpověď na emoce jiných lidí (Hort, 2008). Může se objevit i narušené utváření emočního pouta k rodičům. Ti mohou mít pocit, že je dítě ignoruje či odmítá. Jiné děti si však mohou vytvořit pozitivní a specifický vztah, který projevují svým vlastním způsobem (Říčan & Krejčířová, 2006). Od ostatních dětí se liší deficitem v oblasti hry a schopnosti hrát si. Mají velmi zúžené a specifické zájmy zcela odlišné od zájmů svých vrstevníků (Hort, 2008). Velkým problémem lidí s autismem jsou problematičké verbální provokace, které svým nepřijatelným obsahem budí dojem schválnosti a nevychovanosti. To znamená, že tito lidé mají přímé a doslovné vyjadřování bez taktu a bez ohledu na sociální kontext. Nedokáží vnímat metafory, ironii, přirovnání či sarkasmus, takže vnímají vše doslova (Orel, 2016). Kielar, Johnson a Handen (2011) také zmiňují tři běžně související problémy dětí s poruchou autistického spektra: problémy se spánkem, problémy s toaletou a problémy s jídlem.

Orel (2016) rozlišuje tři základní typy – osamělý typ, pasivní typ a zvláště aktivní typ. Osamělý typ neprojevuje zájem o ostatní, má tendence k izolaci a preferuje samotu. Pasivní typ toleruje skupinu kolem sebe, ale nezapojuje se. Poslední typ má často neadekvátní a těžko přijatelné projevy chování. Chce se zapojit do kolektivu, ale neví jak na to. Zároveň užívá nevhodné a pro okolí nesrozumitelné způsoby komunikace.

1.2. Rodiče dítěte s postižením

Rodiče jsou nejlepším zdrojem znalostí pro své děti, ať již zdravé, či postižené. Modelují schopnosti a dovednosti, které chtějí vštípit svým dětem a děti se zase učí z toho, co vidí. Rodina je zároveň zdrojem stability. Děti získávají pocit jistoty od milujících rodičů. Rodičovství je proces péče a výchovy a zároveň poskytuje a obstarává základní fyzické, psychické a citové potřeby. Cílem rodičovství je připravit děti, aby byly schopny si zajistit vlastní živobytí, což u postižených dětí bývá často problematické (Purohit, 2005).

1.2.1. Reakce rodičů na diagnózu postižení

Během těhotenství matky rodiče spekulují a fantazírují o jejich nenarozeném dítěti, o jeho pohlaví, temperamentu a zkušenostech, které později přijdou. Většina očekává, že se jim narodí zdravé dítě (Waitman & Conboy-Hill, 1992). Narození postiženého dítěte pak přináší celou řadu ztrát a představuje obrovskou rodinnou zátěž. Je to velmi náročná životní situace, která klade na rodinu vysoké bezprostřední nároky, kdy je potřeba mnoho věcí zorganizovat a vyřídit (Špatenková, 2011). Rodina se musí vypořádat nejen s praktickou stránkou postižení, ale i se svými emocemi a reakcemi a také s pocity příbuzných a kamarádů. Je také důležité brát ohled na reakce a emoce zdravých sourozenců (Knight, 2007). Později se mohou objevit i nároky, které mohou změnit strukturu a fungování celého rodinného systému. Celý kolotoč pocitů a představ spojený s mnohonásobnou ztrátou následně komplikuje všechny dimenze rodinného života. Jeden z nejhorších prožitků je pro rodiče ztráta pocitu kontroly nad situací, která vede buď k hyperaktivnímu chování nebo k neschopnosti cokoliv dělat. Je to velký zásah do sebepojetí rodičů a ti pak ztrácí sebedůvěru a sebejistotu. K tomu se může přidat ztráta důvěry v partnera či ostatní lidi, a tím dochází k devastaci sebevědomí a ke krizi jak osobní, tak rodičovské identity. Stát se rodiči dítěte s postižením znamená se lišit, což rodiče vnímají jako sociální stigma (Špatenková, 2011).

Přirozeným zdrojem odolnosti vůči zátěži je právě rodina a lidé v jejím okolí. Jako primární sociální skupina a první a nejdůležitější prostředí poskytuje pocit jistoty a bezpečí, které pozitivně působí na zátěžovou odolnost (Paulík, 2010). Vstup dítěte s postižením vyvolá specifický stres, kdy rodiče zažívají i po překonání vstupní krize značnou úzkost a depresi. Negativně tento stres dopadá na manželské vztahy a v řadě případů se manželství rozpadají. Nemalé důsledky má příchod dítěte s postižením i na sourozence. Rodiny pociťují i psychosociální zátěž. Může nastat vyšší finanční zátěž a narušování běžných rodinných rutin a trávení volného času. Neuspokojivá rodinná interakce má špatný vliv na psychické zdraví

jednotlivých členů rodiny (Pešová & Šamalík, 2006). Dítě je zároveň ohroženo extrémními výchovnými styly. Rodina musí přebudovat soustavu hodnot, která doposud platila, upravit denní rozvrh a začít jinak plánovat budoucnost. To všechno dohromady se projeví jako mimořádná zátěž, s níž se musí nejen rodina co nejdříve vyrovnat (Matějček, 2001).

Někteří rodiče jsou informováni o postižení již před narozením nebo těsně po porodu. Ostatní se mohou dozvědět diagnózu měsíce až roky po narození dítěte. V závislosti na čase a způsobu zjištění daného postižení se pocity a reakce rodičů liší svou povahou a intenzitou (Knight, 2007). Emoční reakce jsou tedy velmi individuální a závisí na náboženských, kulturních, finančních a jiných důležitých proměnných. V některých rodinách je dítě s postižením automaticky považováno za člena rodiny. V jiných případech však takové dítě vyvolá široké spektrum emocionálních negativních reakcí (Gargiulo & Metcalf, 2009). Rodiče truchlí nad ztrátou dítěte velmi podobně jako při ztrátě jakékoli jiné blízké osoby (Waitman & Conboy-Hill, 1992). Reakce je podobná reakci na závažnou nemoc či úmrtí člena rodiny. Je však důležité upozornit, že jednotliví rodinní příslušníci reakci prožívají odlišně a v každé fázi se mohou nacházet různě dlouhou dobu (Špatenková, 2011).

Fáze šoku

Způsob, jakým jsou rodiče seznámeni s diagnózou dítěte, má veliký vliv na emoce při vyrovnávání se s touto novinou. Většina rodičů preferuje dozvědět se tuto informaci co nejdříve a být na to přítomni oba dva (Knight, 2007). V první fázi dochází po sdělení diagnózy k hlubokému otřesu. Nastupuje naprostá citová dezorganizace, zmatenost, ochromené jednání, neschopnost uvěřit sdělenému a iracionalita. Tento stav může trvat různě dlouho dobu, od několika minut až po několik dnů. Vyskytuje se nedůvěra, kdy rodiče hledají všechny možnosti nasvědčující tomu, že informace je mylná (Pešová & Šamalík, 2006).

Fáze reaktivní

Druhou fází Pešová a Šamalík (2006) charakterizují projevy jako je žal, bolest, úzkost, zklamání, agresivita, odmítání, vina, selhání, smutek a strach z budoucnosti. Převládá prožitek ztráty – životní hodnoty, kterou představuje zdravé dítě. Ztráta životních perspektiv skrytých v dítěti je doprovázená smutkem a strachem z budoucnosti. Rodičům umírá naděje, že se prostřednictvím svého dítěte zařadí do širšího životního celku. Jsou nemilosrdně zdeptáni, když vidí a cítí, jak ovlivněná je jejich budoucnost. Mnoho rodičů proto popírá stav svého dítěte. Matky prožívají pocity viny, že daly život postiženému dítěti a tyto pocity mohou vést k hyperprotektivě, úzkosti nebo hněvu. Největší bolest v této fázi je způsobená nejistou

budoucností. Rodina se lépe vyrovnává s aktuálním stavem, pokud vidí v budoucnosti nějaké východisko, což se v tomto případě často neděje. Významnou součástí je oblast vzdělání, z které plynou další obavy rodičů. Představa budoucnosti se totiž pojí se školou, prací a příležitostmi k seberealizaci.

Fáze adaptace

Ve třetí fázi nastupuje realistické hodnocení situace. Rodiče zjišťují, co se dá dělat a shromažďují více informací. Je důležité podat objektivní informace o léčebných a výchovných postupech, aby se s tím mohla rodina lépe vyrovnat a případně plánovat budoucnost. Rodiče tedy shánějí mnoho informací a objíždí spoustu lékařů, aby se toho dozvěděli co nejvíce. Hledá se životní orientace (Pešová & Šamalík, 2006).

Podle Thorové (2016) existují postoje, které ztěžují adaptaci. Mezi ně patří *hypeprotektivita* - přílišná soustředěnost a fixace na dítě. Potřeby dítěte jsou upřednostňovány před potřebami rodiny. Sourozenci či druzí partneři se mohou cítit zanedbávaní. Na postižené dítě nejsou kladeny přiměřené nároky a vše je omlouváno jeho handicapem. Při takové výchově může z dítěte vyrůst rozmazlené dítě, které má zbytečně zpomalený vývoj, menší sebevědomí a je méně samostatné. Nebo naopak může dojít k *odmítání dítěte*, kdy obvykle jeden z rodičů nedokáže přijmout odlišnost dítěte. Rodiče také mohou prožívat *přetrvávající vztek*. Stále pokračuje hledání viníka. Veškeré pokusy jsou provázány poráženeckými řečmi. Dále může docházet ke *zpochybňování diagnózy a tíže problémů*, s čímž se pojí nepochopení a nepřijetí diagnózy. *Nutková péče o děti vede k vyčerpání*, rodiče vše zaměřují na dítě a odmítají je svěřit do péče kohokoli jiného. Objevuje se únava, podrážděnost a další psychosomatické příznaky (bolesti v zádech, vředy, nevolnosti, bolesti hlavy, střevní potíže, vysoký krevní tlak). Může se přidat deprese, zlost a sebeodsuzování. Další oblastí mohou být *problematické individuální charakteristiky členů rodiny, kvalita vztahů a klima v rodině*, které se projevují sníženou odolností vůči zátěži, sníženým sebevědomím a sebehodnocením. Vztahy v rodině nejsou dobré, chybí vzájemná podpora a soudržnost. Jednotliví členové rodiny mohou být nekomunikativní, neústupní či příliš dominantní. Poslední dvě oblasti jsou špatná *sociálně-ekonomická situace v rodině* a jednotlivá *krizová období*, kdy je kladena vyšší zátěž na rodinu.

Fáze reorientace

Ve čtvrté fázi rodiče začínají jednat, vyhledávají pomoc, shánějí další informace a plánují budoucnost. Mnoho rodin se v tomto období rozpadá. Jiné rodiny se však dokáží

semknout. Pro všechny je velmi přínosné, pokud se rodiče účastní terapeutického procesu. Role rodič-spolupracovník vyžaduje mnoho psychických sil, ale pokud ji zvládne, učiní významný krok k obnovení své duševní rovnováhy a získání pocitu smysluplnosti. Význam pro rodiče mohou mít i setkávání s lidmi s podobným osudem. Mnozí z nich zjišťují, že v tom nejsou sami a navazují nové přátelské kontakty a vyměňují si cenné zkušenosti. Reorientace je dlouhodobý proces, který pravděpodobně nikdy zcela neskončí (Pešová & Šamalík, 2006).

Fáze překonání krize

V páté fázi se rodiny dělí na dva typy. První je rodina, která našla nový způsob rodinné organizace. To znamená, že se rodina zaměří buď na kariéru rodičů nebo matka či oba rodiče absolutně podřídí svůj život dětem včetně dítěte s postižením. Druhý typ je rodina, která i po překonání vstupní krize prožívá neustálý stres. Oba rodiče zakouší úzkost a deprese, a tím je negativně ovlivněn jejich manželský vztah (Pešová & Šamalík, 2006).

Mnoho uvedených emocí a pocitů je velmi negativních. Je však důležité říct, že drtivá většina rodičů se s tím časem a s podporou vyrovná. Navíc získají radost ze svého postiženého dítěte. Důležité je otevřeně mluvit o všech pocitech s rodinou, kamarády, dalšími rodiči či s odborníky (Knight, 2007).

Heiman (2002) se ve své studii zabýval rodinnou odolností. U 32 rodičů zjišťoval reakce na diagnózu. Z výsledků vyplynuly čtyři hlavní kategorie reakcí rodičů na diagnózu dítěte. Nejčastější reakcí byly negativní emoční reakce (84,4%), což zahrnuje pocity deprese, hněv, šok, popření, strach, sebeobviňování, pocity viny, smutek, zmatenost, zoufalství, hostilita a emoční zhroucení. Druhou nejčastější kategorií byly fyziologické reakce (31,3%). Rodiče je popisovali jako pláč, nechut' k jídlu, studený pot, třes, strach a fyzická bolest (bolesti hlavy, bolesti břicha) nebo dokonce fyzické zhroucení. Třetí kategorie zahrnovala pozitivní emoční reakce (12,5%) a do poslední kategorie (9,4%) autor zařadil rodiče, kteří si nevzpomněli, co cítili a dělali a nebo měli nespecifickou reakci. Většina rodičů (75%) došla k závěru, že jejich počáteční negativní reakce a pocity se proměnily v pozitivní a optimistické pocity lásky, radosti a přijetí stejně jako spokojenost a síla, kterou doprovázel úspěch ve výchově. Nicméně 28% rodičů přiznalo, že stále cítí hněv, smutek, frustraci, pocity viny a bolest. Zejména při porovnání jejich dítěte s ostatními.

1.2.2. Typy rodičů dítěte s postižením

Jakmile se rodiče vyrovnají s počátečním šokem, vytvoří si postupy, jak svou situaci zvládat. Samozřejmě tyto postupy mohou být naprosto různé. Lawniczak (n.d.) zmiňuje čtyři specifické skupiny rodičů. *Akční rodič* dělá v rámci společnosti změny. Může založit skupinu rodičů s podobnými zkušenostmi či přímo celou organizaci, aby pomohl sobě i jiným. Díky tomu mají větší pocit kontroly nad situací. Další je *aktivní rodič*, který shání informace a rád je sdílí s ostatními. Zároveň rád pomáhá druhým reálnými skutky či laskavým slovem. Třetí specifickou skupinou jsou *pasivní rodiče*, kteří nehledají ani nedávají žádnou podporu. Mohou se zúčastnit skupin rodičů s podobnými zkušenostmi, ale většinu času mlčí a nevyjadřují se. Mohou klást otázky, ale sami na ostatní nereagují. Často zdůrazňují, že nemají čas, což je pravda, která ovšem může působit sobecky. Být s ostatními pro ně nepředstavuje takovou pomoc, a proto jsou raději sami. Poslední skupinou jsou *rodiče rozhořčení*, kterých sice není mnoho, ale přesto se vyskytují. Tito rodiče mohou patřit do některé z výše zmíněných skupin, a to především do skupiny pasivních rodičů. Vyjadřují se velmi kriticky, hledají maličkosti, které mohou zveličít v negativním světle. Rádi vyvolávají problémy a nikdy nechválí, neděkují a jsou nevděční. Typické je pro ně „kopat kolem sebe“, protože mají dojem, že jiní jsou na tom lépe, či nejsou dostatečně kompetentní k tomu, aby vedli nějakou organizaci. Sami však nikdy nic neudělají. Snaží se znechutit život ostatním, protože sami se pravděpodobně se situací nesmířili a nenaučili se ji adekvátně zvládat. Není však podstatné, jak rodiče vycházejí s ostatními, ale je důležité, jak vycházejí se svými dětmi. Negativismus by neměl ovlivňovat výchovu, spíše naopak rodiče by měli usilovat o pozitivní ladění.

Heiman (2002) rozdělil rodiče do čtyř skupin podle obav a problémů z výchovy dětí s postižením. První skupina je *orientovaná na rodiče* čili sama na sebe. Hovoří o různých potížích, s kterými se museli vyrovnat. Většina rodičů zmiňovala nekončící psychickou i fyzickou únavu, sociální izolaci a pocity nesvobody. Více jak $\frac{3}{4}$ zmiňovali finanční problémy. Také je trápilo, že jim chybí přesné informace o vzdělávacích zařízeních a sociální a psychologické pomoci. Druhou skupinou jsou rodiče *zaměřeni na postižené dítě*. Tito rodiče prožívali více stresu, pokud jejich postižené dítě bylo nemocné nebo muselo na lékařskou prohlídku. Byli znepokojeni ohledně sociálního přizpůsobení dítěte, protože cítili, že jejich dítě je izolované a odmítané. Zároveň pocítovali nedostatek mimoškolních volnočasových aktivit či služeb pro děti s postižením. Ve třetí skupině byli rodiče *orientovaní na zdravého sourozence*. Téměř polovina rodičů se obávala vlivu postiženého dítěte na zdravé sourozence. Rodiče se také obávali o společenský život zdravých sourozenců, o jejich interakci s vrstevníky a jejich sociální přizpůsobení. Poslední skupina rodičů *neměla žádné obavy*.

1.2.3. Výchovné postoje rodičů dítěte s postižením

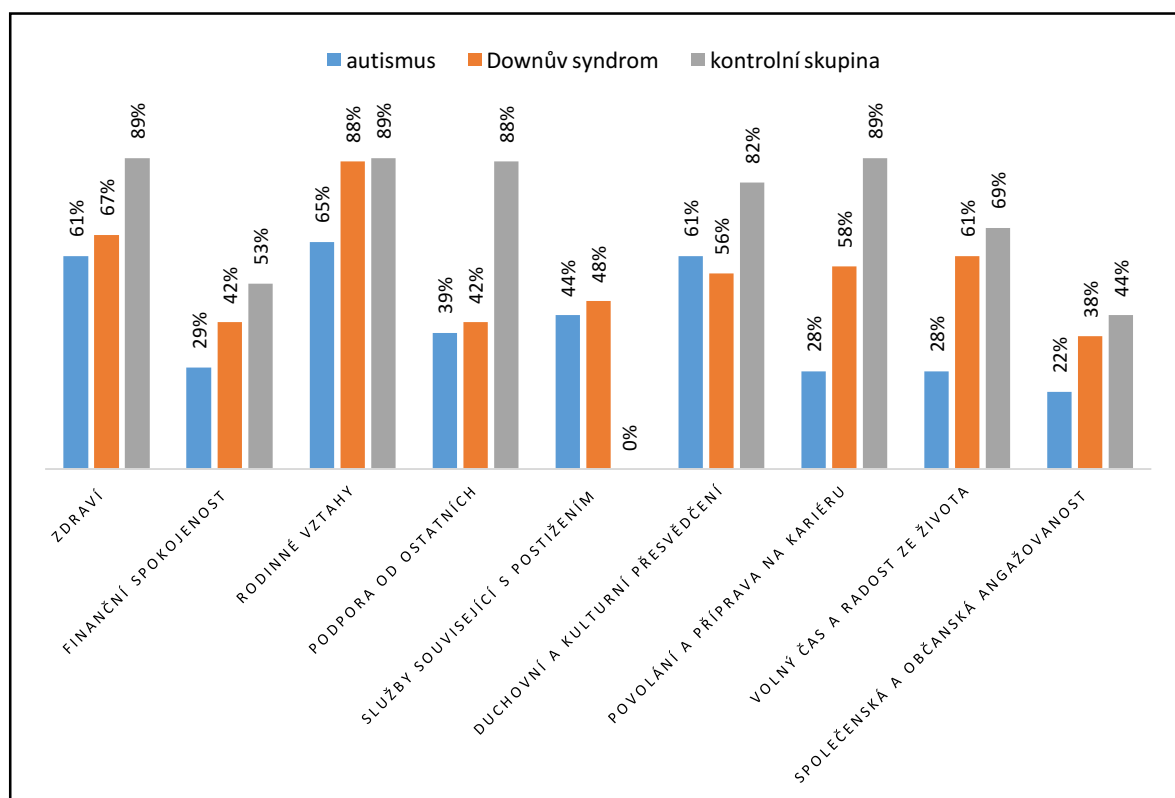
Matějček (2001) ve své knize upozorňuje, že „*postoje k dítěti nevznikají na straně rodičů nijak náhle. Jsou obvykle výsledkem celého předchozího života. Obrážejí se v nich zkušenosti a prožitky z vlastního jejich dětství, vztah k jejich rodičům, zkušenosti z pozdějšího věku, z doby zamilování i z manželského života, včetně vztahu k druhému členu manželské dvojice, atd. Proto jsou tak mnohotvaré a individuální – a proto také každé dítě přicházející na svět má od počátku zcela osobité, individuální životní a vývojové podmínky*“ (str. 25).

Rodiče dětí s postižením mají větší obtíže, aby zachovali vyrovnaný a důsledný přístup k výchově. Častěji se uchylují k nevhodným výchovným postojům, které dítěti spíše překážejí. Pešová a Šamalík (2006) rozlišují tři výchovné postoje rodičů dětí s postižením – *nadměrné ochraňování, emoční odmítání a ambivalentní postoje*. *Nadměrné ochraňování* označuje Slowík (2016) jako *protekcionistickou výchovu*. Ta ohrožuje vývoj dítěte, který by za správných okolností měl směřovat k autonomii. Přílišné omezování vede k úzkosti a zvyšuje pocit dítěte, že je „jiné“ (Pešová & Šamalík, 2006). Dítě je protěžováno, nedostává přiměřené kompetence a rodina dodává nadměrnou péči. Rodina dělá za dítě i to, co by zvládlo samo (Slowík, 2016). Další krajností je *emoční odmítání*, kdy rodiče pocítují, že dítě přináší plno obtíží. Matka velmi často zůstává doma, rodina je na tom finančně špatně, a také vzniká frustrace z nenaplnění životních cílů. Odmítání dítěte si rodiče neuvědomují, ale projevují ho svojí nedůtklivostí a podrážděností (Pešová & Šamalík, 2006). Matějček (2001) ho označuje jako *zavrhující výchovu*. Třetí nevhodná forma výchovy je prolínání dvou předchozích - *ambivalentní postoje*. Negativní pocity jako je hostilita či podrážděnost jsou střídány snahou je odčinit. Někdy může nastat ambivalence rodičů. Matka ochraňuje dítě a otec se chová lhostejně (Pešová & Šamalík, 2006). Slowík (2016) a Matějček (2001) dále rozlišují *perfekcionistickou výchovu*. Rodina klade na dítě nepřiměřené nároky a snaží se je nadměrně stimulovat k překonávání postižení (Slowík, 2016). Snaží se, aby dítě bylo ve všem nejlepší a mělo úspěch. Neustálým přetěžováním je dítě neurotizováno (Matějček, 2001). V *realistické výchově* je dítě motivováno k dosahování maximálních hranic svého rozvoje. Jsou respektována omezení vyplývající z jeho postižení (Slowík, 2016). Matějček (2001) také popisuje *výchovu příliš úzkostnou*, kdy rodiče na dítěti velmi až nezdravě lpí ze strachu, aby si neublížilo. Dítě omezují, ochraňují a brání mu v činnostech, které se jim zdají nebezpečné. *Výchova rozmazlující* je podobná úzkostné. Rodiče na dítěti lpí, zbožňují ho a oceňují za každý malý pokrok. Plní mu všechna jeho přání a podřizují se jeho náladám, což znemožňuje jeho společenské osamostatňování a zvyšování jistoty a sebedůvěry. Je-li *výchova protekční*, rodiče dítěti ve všem pomáhají a pracují za něj. Snaží se, aby dítě dosáhlo všech významných hodnot

bez ohledu na způsob, jakým jich dosáhlo. Rodiče mu připravují cesty, aby se vyhnulo nepříjemnostem. Vyžadují nepřiměřené úlevy a jeho potřeby zveličují. Nedovolují dítěti povahově vyspět, osamostatnit se a vzbuzují v okolí spíše odpor k dítěti.

1.3. Kvalita rodinného života s postiženým dítětem

Brown, MacAdam–Crisp, Wang a Iarocci (2006) zkoumali kvalitu rodinného života u třech typů rodin: rodiny, které mají dítě s Downovým syndromem, rodiny, které mají dítě s autismem, a kontrolní skupina rodin, které nemají postižené dítě. Graf č. 1 znázorňuje procenta spokojenosti respondentů s kvalitou rodinného života v jednotlivých kategoriích.



Graf č. 1 - Spokojenost s kvalitou rodinného života (Brown et al., 2006)

U rodin s Downovým syndromem byly čtyři kategorie pod hranicí 50% a u skupiny rodin s autismem dokonce šest kategorií pod touto hranicí. Celkem 44% respondentů z autistické skupiny a 48% rodin s Downovým syndromem bylo spokojeno se službami souvisejícími s jejich typem postižení. V obou skupinách se vyskytovala malá spokojenost v kategoriích podpora od ostatních, finanční spokojenost a společenská a občanská

angažovanost. U autistické skupiny hluboko klesla také spokojenost v kategorii volný čas a radost ze života a povolání a příprava na kariéru (Brown et al., 2006).

Marciano a Scheuer (2005) ve své studii porovnávali kvalitu života sourozenců autistických dětí a kontrolní skupinu sourozenců dětí s poruchou řeči ve věku sedm až jedenáct let docházející do školy. Použili dotazník, který vyplnily obě skupiny sourozenců. Skór sourozenců autistických dětí byl významně nižší než u kontrolní skupiny. Autoři tedy potvrdili hypotézu, že kvalita života zdravých sourozenců ve věku sedm až jedenáct let je ohrožena díky přítomnosti sourozence s poruchou autistického spektra více než u kontrolní skupiny.

Dauz Williams, Piamjariyakul, Carolyn Graff, Stanton, Guthrie, Hafeman a Williams (2010) se zabývali vlivem dítěte s vývojovým postižením na zdravé sourozence. Z 363 odpovědí rodičů vyplývá, že 61,1% odpovědí odráží negativní projevy u sourozenců, 37,2% odráží pozitivní projevy a 1,7% rodičů nepocíťovalo žádný vliv. Přibližně dvě třetiny rodičů popisují negativní projevy sourozenců, mezi které řadí tyto jednotlivé skupiny: a) zklamání, hněv a odpor, b) špatné chování, c) osamělost, smutek a deprese, d) žárlivost a závist, e) rozpaky a f) obava, strach a úzkost. Jako pozitivní výstupy rodiče označili: větší rodinná blízkost, větší citlivost sourozence vůči postiženému dítěti a zvýšená péče o něj a větší osobní růst a zrání zdravého sourozence.

2. Zdraví sourozenci

Sourozenecké vztahy a pořadí narození ovlivňují i vývoj dítěte, které má postiženého sourozence. Každé zdravé dítě z rodiny s dítětem s postižením vyrůstá v jiné situaci, v odlišných podmínkách a jiné atmosféře. Dalším faktorem při posuzování výchovy je i pohlaví, kdy se hledí na dívky a chlapce odlišně (Novák, 2007). Podle Nováka (2007) hendikepované děti zaujímají pozici mladšího dítěte, která může zbylé sourozence buď odrazovat nebo obohacovat. Stejně zmiňuje i Richman (2015), že mladší sourozenci se mohou dostat do role staršího sourozence. Macks a Reeve (2007) upozorňují, že přítomnost dítěte s autismem obohacuje zdravého sourozence, pokud je mladší než dítě s autismem a jako rizikový faktor, pokud je starší než dítě s autismem. Naopak Barnett a Hunter (2012) zkoumali přizpůsobení sourozenců mentálně postižených dětí a zjistili, že se nevyskytoval významný rozdíl z hlediska narození.

Prvorození se nejprve objeví v pozici jedináčka, kterou následně ztrácí. Dostalo se jim moci, která je jim později vzata. Z toho důvodu bývají často konzervativní a sami obdivují mocné lidi (Adler, 1999). Rodiče s prvorozenými prožívají všechno jako velikou událost a povzbuzují je k úspěchu (Leman, 2012). Na druhé straně se někdy mohou nechat vyvést z míry ve věcech, které by později při větších zkušenostech řešili klidně a velkoryse (Novák, 2007). Leman (2012) rozlišuje dva typy prvorozených: „*vstřícní*“ a „*agresivní*“. „*Vstřícní*“ se snaží druhým vyhovět a dělat jim radost. Bývají spolehliví, svědomití a potřebují být chváleni, což by podle výzkumu Barak-Levy, Goldstein a Weinstock (2010) odpovídalo zdravým sourozencům. „*Agresivní*“ naopak tvrdě prosazují svoji vůli a projevují se u nich charakteristiky jako tvrdohlavost, bystrost a puntičkářství. Obecně můžeme říct, že typické je pro prvorozené velká schopnost soustředit se, tolerance, trpělivost, systematickosti, svědomitost a perfekcionismus. Novák (2007) přidává zodpovědnost a vyšší sklon kontrolovat. Prvorození se uchylují k náročnějším pracím, kde jsou na ně kladeny vyšší nároky. S tím souvisí i nároky v rodině při péči o sourozence. Hastings (2003) zmiňuje, že obecně starší sourozenci postižených dětí mají lepší přizpůsobení.

Druhorozené dítě má specifické a osobité postavení v rodině. Má před sebou někoho, kdo udává tempo, někoho, koho se snaží dohnat a vyrovnat se mu (Adler, 1999). Mohou se cítit sevření seshora i zezdola neboli od starších sourozenců i mladších sourozenců. Starší sourozenec se buď stává vzorem, kterému se chce mladší vyrovnat, nebo se vydává opačným směrem. Druhorození se vyznačují rozporuplností, bývají buď společenští nebo samotářští, soupeřiví či nesoupeřiví, usmiřovatelé či rebelové, nekonfliktní či agresivní a snadno překonávají překážky nebo naopak snadno propadají depresím. Často se upínají k partě svých

kamarádů a jsou přátelštější k druhým lidem (Leman, 2012). Bývají soutěživí, loajální a velcí kamarádi (Leman, 2009).

Nejmladší dítě má také pozoruhodnou pozici v rodině. Stejně jako u druhorozených i v jejich případě starší sourozenci udávají tempo (Adler, 1999). Na rozdíl však od nich není sesazeno z trůnu a bývá silně hýčkáno a rozmazlováno (Schneider, 1993). Leman (2012) popisuje benjamínky jako extroverty s velkou energií, kteří se snaží překonat zbylé sourozence. Většinou se však vydají opačným směrem, než celá rodina. Stávají se baviči a rodinnými šašky. Starší sourozenci si z nich dělají rádi legraci a nejmladší mohou mít pocit, že je nikdo nebere vážně. Zvyšuje se pak snaha o pozornost s představou „já vám jednou ukážu“. Mezi jejich charakteristiky patří srdečnost, bezstarostnost, veselost, společenskost, ale také vzpurnost, kritičnost, temperamentnost, rozmazlenost, netrpělivost a prudkost. Mají zájem o práci s lidmi. Jak zmiňuje Novák (2007) hendikepované dítě zaujímá pozici mladšího dítěte, což znamená, že nejmladší zdravý sourozenec je z této pozice uměle vystrčen.

2.1. Reakce zdravých sourozenců na diagnózu postižení jejich sourozence

Knight (2007) udává, že je důležité informovat zdravé sourozence o postižení co nejdříve. V opačném případě budou tušit, že se něco děje a mohou začít odposlouchávat rozhovory rodičů a strachovat se, že něco není v pořádku. Mnoho dětí pak začne fantazírovat o dané situaci a mohou mít pocit, že něco udělali špatně a mohou za to cítit vinu. Kolik toho dětem můžeme říct, záleží na jejich věku. Děti ve věku do tří let jsou příliš malé na to, aby rozuměly detailům o postižení a stavu sourozence, ale mohou být srozměny s pocity smutku rodičů a s potřebou zvýšené pozornosti a péče o postiženého sourozence. V tomto věku jejich reakce může být složitější. Mohou se vztekat a lpět na rodičích (Knight, 2007). V předškolním věku obvykle děti zachytí, že jejich sourozenec nemluví a mohou se začít ptát proč. Rodiče zde většinou váhají, zda zdravému sourozenci říct, co se děje. Bojí se, že postižené dítě stigmatizují v očích jeho sourozenců. Doporučuje se tedy něco málo vysvětlit, ale nikoliv používat termíny jako postižení, mentální retardace, hendikep nebo autismus. Děti v tomto věku jsou také velmi egocentrické a myslí si, že vše se stalo pro ně nebo díky nim. Proto si mohou myslet, že postižení jejich sourozenců způsobily ony samy. Nebo si také mohou myslet, že dané postižení mohou „chytit“ podobně jako chřipku a strachovat se (Siegel & Silverstein, 1994). Starším dětem můžeme říct více informací pomocí zjednodušených pojmů. Neměli bychom postižení vysvětlovat jako nemoc. Adolescenti a teenageři budou pravděpodobně reagovat stejným způsobem jako dospělí a mohou zažívat

některé pocity jako jejich rodiče (Knight, 2007). Omezená komunikace o ději v rodině vede k problémům všech členů rodiny včetně zdravého sourozence. Vztahy pak mohou být narušené uvnitř i vně rodiny. Následně se mohou rozvinout určitá tajemství a nedorozumění. Otevřená komunikace zvyšuje kvalitu vztahů v rodině (Abrams, 2009).

Gargiulo (1985) upozorňuje, že sourozenci prožívají nesčetné množství pocitů. Sám popisuje některé negativní reakce sourozenců vůči dítěti s postižením. Pravděpodobně nejčastější reakcí je odpor. Odpor se může objevit, protože dítě s postižením vyžaduje nepřiměřené množství pozornosti rodičů. Díky tomu zdraví sourozenci mohou přijít o různé zážitky nebo výlety. Odpor se jednoduše může rozvinout v žárlivost. Postižený sourozenec se pro zdravého může stát rivalem o pozornost a náklonost rodičů. S tím se pak mohou pojít školní problémy nebo problémy s chováním, lhaní nebo zlomyslnost. Od žárlivosti se může přejít až k hostilitě, která je cílená na sourozence a může se projevat fyzickou agresí, verbálním obtěžováním až posměšky. Někdy může být cílená i na rodiče. Sourozenci mohou také prožívat vinu pramenící z negativních pocitů, které k sourozenci cítí, nebo v důsledku toho, že s ním špatně zacházeli. Kromě toho mohou cítit vinu za své vlastní štěstí, že nejsou postižení. Objevuje se i smutek, který navazuje na zármutek rodičů a strach z toho, že jejich vlastní děti mohou být také postižené, nebo z toho, že se jednoho dne budou muset o své sourozence postarat. Zároveň se mohou stydět za to, že mají sourozence s postižením a mohou se cítit trapně, pokud jsou s ním viděni na veřejnosti. Někteří děti také mohou absolutně odmítnout postiženého sourozence.

Říčan a Krejčířová (2006) zmiňují nejdůležitější potřeby sourozenců. Mezi ně řadí potřebu informovanosti o postižení a jeho léčbě a potřebu otevřené komunikace o problému. Dále by rodiče měli uznávat silné stránky a potřeby zdravých sourozenců a kvalitně s nimi trávit čas v individuální interakci. Důležitý je také kontakt a opora od ostatních sourozenců či rodin a nalezení způsobu, jak se vyrovnávat se stresujícími událostmi, s kterými se běžně setkávají. Rodiče si většinou tyto specifické potřeby uvědomují a často žádají odborníky o pomoc s jejich uspokojením. Procházka, Šmahaj, Kolařík a Lečbych (2014) upozorňují, že sourozenci si mohou také stěžovat, že nemají dostatek času na své aktivity, musejí doma hodně pomáhat a dříve se stávají partnery svých rodičů. Důležité je, jak se o těchto problémech doma komunikuje. Pokud jsou sourozenci vnímání jako důležití, dokáží se lépe identifikovat s empatickou a pečující rolí.

Hockenberry a Wilson (2011) dodávají, že sourozenci si musí uvědomit, že jejich obavy, myšlenky a otázky jsou důležité a přijatelné. To zahrnuje i žárlivost vůči postiženému sourozenci a zlobu vůči rodičům. Zároveň potřebují být ujištěni, že budou zahrnuti do léčby

postíženého sourozence. Léčba někdy vyžaduje častou rodičovskou nepřítomnost nebo hospitalizaci dítěte s postižením, a tak musí rodiče s dětmi komunikovat přes telefon. Díky tomu jsou někdy zdraví sourozenci utlačováni do pozadí k příbuzným či kamarádům. Rodiče by měli také sourozence naučit komunikovat s postiženým dítětem a respektovat, zda sourozence zahrne nebo odmítne přijmout do svých aktivit. Měli by také zabránit tomu, aby si navzájem ubližovali. Důležité je rozdělit čas mezi všechny děti, aby i zdraví sourozenci mohli trávit čas se svými rodiči (Knight, 2007). Thorová (2016) upozorňuje, že přítomnost zdravých sourozenců v rodinách je pro zdravé fungování velmi prospěšné. Sourozenci mohou mít mnoho hezkých interakcí, které jim vzájemně prospívají. Autoři Schopler a Mesibov (1984) zdůrazňují, že přítomnost dítěte s postižením ovlivňuje zdravé sourozence, ale častěji má vliv celá rodina. Způsoby, jakým má dítě s postižením vliv na jeho bratry či sestry, se liší a závisí na charakteristikách jednotlivých členů rodiny, stejně jako na rodině jako celku. Věk a pohlaví zdravých sourozenců jsou velmi důležité, stejně jako socioekonomický status, velikost rodiny a náboženství.

Štěpánová a Blatný (2009) se ve své studii snažili zjistit co nejvíce o situaci šesti dospělých jedinců (tři muži a tři ženy), kteří mají sourozence s mentálním postižením. Autoři se zaměřili na proces přizpůsobení v průběhu života a na pozitivní dopady a zkušenosti ze života se sourozencem s postižením. Z výsledků vyplynuly kritické momenty v rámci rodiny a výchovy – úzkostná výchova, nespravedlivý přístup k dětem, příliš častá povinnost starat se o sourozence, utrápení rodiče a nedostatek informací o sourozencově postižení. Jako hlavní zdroje vyrovnávání se s obtížnou situací respondenti uváděli sociální oporu v kontextu rodiny a v kontextu společnosti. V rodině pomáhala otevřená komunikace, spravedlivá výchova a další sourozenci. Více zdravých sourozenců může společně sdílet situaci v rodině. V kontextu společnosti udávali především postoje okolí, svépomocné skupiny a partnerské vztahy. Autoři dále uvádějí, že zvládnutí situace je ovlivněno osobními charakteristikami zdravého sourozence a jeho přístupem k životu. Důležitým činitelem je optimistický postoj a vědomí, že i zdravý sourozenec má právo na svůj život. Dalšími faktory pro lepší zvládnutí situace jsou odeznění emočního náboje, postupná adaptace na situaci a praktické faktory jako jsou informace o postižení a ekonomické zabezpečení.

2.2. Sourozenecké vztahy

Tsamparli, Tsibidaki a Roussos (2011) se ve své studii zabývali sourozenci dětí s postižením a jejich postiženým sourozencem a ukázali významný rozdíl v sourozenecké rivalitě. Děti s postiženým sourozencem zažívali sourozenecké soupeření v 55,5%, kdežto

skupina sourozenců zdravých dětí v 90%, což odpovídá studii Kaminsky a Dewey (2001), kteří také potvrdili méně konfliktů u sourozenců dětí s autismem a sourozenců dětí s Downovým syndrom než v kontrolní skupině sourozenců normálně se vyvíjejících dětí. Z výsledků studie Tsamparli et al. (2011) také vyplynuly tři dimenze interakcí mezi dítětem a sourozencem s postižením. První je *vzdálená* interakce, to znamená, že sourozenci se nepodílejí na péči o postižené dítě. Jejich interakce jsou limitované. Udávají vymezující hranice vůči dítěti s postižením a rodiče cítí, že dítě s postižením je vyloučeno. Druhá interakce je *rodičovská* ve smyslu, že sourozencům je přiřazena rodičovská role a starají se o své sourozence jako náhradní matka nebo otec. Poslední interakce je *infantilní*, kdy sourozenci projevují regresní a závislé chování. Toto chování velmi souvisí s tím, že se dítě cítí být vyloučené z rodičovské lásky.

Studie autorů Kaminsky a Dewey (2001) porovnává sourozenecké vztahy sourozenců dětí s autismem, dětí s Downovým syndromem a normálně se vyvíjejících dětí ve věkovém rozmezí osm až osmnáct let. Nebyly nalezeny významné rozdíly v pořadí narození mezi skupinami. Sourozenci dětí s Downovým syndromem vykazovali významně vyšší hladinu blízkosti a důvěrnosti vůči postiženému sourozenci než dvě zbylé skupiny a sourozenci dětí s autismem vykazovali nižší prosociální chování a nižší důvěrnost vůči jejich sourozenci ve srovnání se dvěma zbylými skupinami.

Ross a Cuskelly (2006) zaměřili svůj výzkum na 25 dětí a adolescentů s poruchou autistického spektra a jejich sourozence. Výzkum vychází z předpokladu, že zdraví sourozenci postižených dětí vykazují větší problémové chování a zažívají větší obtíže v sourozeneckém vztahu než v rodinách, kde se děti vyvíjejí obvyklým způsobem. Autoři také zjišťovali, jaké problémy sourozenci zažívají s postiženým bratrem nebo sestrou a jaké vyrovnávací (copingové) strategie v těchto situacích používají. Výsledky ukázaly, že nejčastěji uváděným problémem v interakci sourozenců bylo agresivní chování, což potvrdilo 84% zúčastněných sourozenců. Z toho polovina zúčastněných agresivní chování označilo na prvním místě. Nejsilnější emocionální reakcí na agresivní chování byl hněv. Mezi nejčastější vyrovnávací strategie používané v reakci na agresi byly emoční regulace (91%) a plané naděje (91%), následovalo sociální stažení (86%), jiné rozptýlení (81%), řešení problému (71%), sociální podpora (62%) a rezignace (57%). Nejméně používanou vyrovnávací strategií bylo obviňování ostatních (24%) a sebekritika (10%). Studie dále ukázala, že sourozenci dětí s PAS jsou vystaveni zvýšenému riziku problémového chování.

Connors a Stalker (2003) se zaměřili na 24 sourozenců postižených dětí ze čtrnácti rodin, patnáct dívek a devět chlapců ve věkovém rozmezí šest až devatenáct let. První oblastí,

kteřou se zabývali, byly role a vztahy. Většina dětí popsala své vztahy s jejich postiženým sourozencem převážně pozitivně. Mnoho o nich mluvilo s láskou. Některé děti, které hodnotily své vztahy převážně pozitivně, také cítily ambivalentní pocity vůči sourozenci. Jedna devatenáctiletá sestra dokonce uvedla, že v některých případech na ni postižený bratr útočil a způsoboval ji viditelné modřiny a škrábance. Reakce ostatních lidí na bratra vedla k mnoha nepříjemným zážitkům – šikana, ztráta partnera a omezení společenského života z důvodu péče o bratra. Nenáviděla a milovala svého bratra zároveň. Sama popisovala, že postižené děti mohou mít vliv na psycho-emocionální osobní pohodu (well-being) zdravých sourozenců. Další kategorií byly vztahy s přáteli. Několik dětí uvedlo, že postižený sourozenec neměl žádný vliv na jejich přátelství s ostatními. Většina také dodala, že jejich kamarádi znají jejich postiženého sourozence a v mnoha případech spolu dobře vycházejí. Někteří popisovali, že pokud je navštívil kamarád, často to skončilo tím, že trávil více času s jejich postižením bratrem nebo sestrou. Pět dětí uvedlo, že se setkalo se šikanou ve škole kvůli jejich postiženému sourozcovi. Autoři se také ptali zdravých dětí, zda mají nějaké obavy o jejich postižené sourozence. Největší obavou bylo zdraví a psychická pohoda sourozence a dále případná šikana dítěte nebo zneužívání. Celkově lze říci, že až na několik výjimek sourozenci nevnímali významný vliv postiženého sourozence na jejich vlastní život.

Dyson, Edgar a Crnic (1989) se ve své kontrolované studii zaměřili na 55 zdravých sourozenců ve věku mezi osmi a patnácti lety, kteří měli postižené sourozence mladšího sedmi let. Studie ukázala, že se objevovalo méně problémů s chováním v rodinách, kde se sourozenci vzájemně podporovali. Zároveň se vyskytovalo méně interpersonálních konfliktů, docházelo ke svobodnému vyjadřování pocitů a byl kladen důraz na osobní růst jednotlivých členů rodiny. V dobře fungující a harmonické rodině se sourozenci dokázali optimálně přizpůsobit přítomnosti postiženého člena rodiny.

Cuskelly a Gunn (2003) se soustředili na 54 sourozenců dětí s Downovým syndromem a jejich rodiče, kteří jim poskytli údaje o kvalitě sourozeneckého vztahu. Rodiče a děti se příliš nelišili ve vnímání sourozeneckých vztahů a spíše se shodli na pozitivních aspektech vztahu. Sourozenci dětí s Downovým syndromem skórovali méně v položce „nepřátelskost“ než kontrolní skupina a otcové zaznamenali více nepřátelskosti u chlapců než u děvčat. Zároveň také skórovali více v oblasti „empatie“ pokud se jednalo o sourozence stejného pohlaví než kontrolní skupina a poskytovali obecně více péče o sourozence. Skupina starších sourozenců vykazovala vyšší skór v péči než skupina mladších dětí. Obecně se sourozenci dětí s Downovým syndromem výrazně nelišili od ostatních dětí, pokud jde o mnoho aspektů sourozeneckého vztahu.

2.3. Osobnostní charakteristiky zdravých sourozenců

Tsamparli et al. (2011) se ve své studii zabývali sourozenci dětí s postižením v řeckých rodinách s cílem zjistit základní složky osobnosti zdravých sourozenců (sebepojetí, sebevědomí, pocity osamělosti, hlavní potřeby, povaha úzkosti a postoje) a sourozenecké vztahy. Vzorek se skládal z dvaceti rodin s dětmi s postižením a dvaceti rodin dětí bez postižení. Autoři testovali samotné děti a prováděli rozhovory i s rodiči. V kategoriích sebepojetí, sebevědomí a pocity osamělosti nebyly prokázány rozdíly mezi skupinami sourozenců. Ve věkovém rozmezí 10 - 22 let se zdraví sourozenci dětí bez postižení popisovali jako nezávislí v 7,1% a s postižením ve 25%. Ve věku tři až deset let jsou pak zdraví sourozenci dětí bez postižení popisováni jako nešťastní v 15% a s postižením ve 33,3%. Největší rozdíl v potřebách dětí sourozenců s postižením (SP) a bez postižení (BP) ve věkovém rozmezí 3-10 let jsou základní potřeby - jídlo a oblečení (SP - 11,1% a BP - 55%), Ve věkovém rozmezí 10 - 22 let se největší rozdíl objevil v potřebě závislosti a ochrany (SP - 25% a BP - 42,3%). Co se týče obsahu úzkosti, tak v první věkové skupině se objevil největší rozdíl ve ztrátách hmotných zisků (SP - 11,1% a BP - 60%). Ve věkové hranici 10 - 22 let je úzkost spojená především se selháním (SP - 50% a BP- 28,6%) a ztrátou lásky (SP - 25% a BP - 50%). V první věkové skupině jsou postoje dětí bez postiženého sourozence více pasivní (80%) oproti dětem s postiženým sourozencem (55,5%) a stejně tak i ve druhé věkové skupině (50% pro SP a 71,5% pro BP). Výsledky jsou shrnuty v tabulce č. 1.

potřeby a úzkosti	3 - 10 let		10 - 22 let	
	SP	BP	SP	BP
potřeba závislosti a ochrany	33,3%	25%	25%	42,3%
základní potřeby (jídlo a oblečení)	11,1%	55%	-	-
vyhýbání se strachu	33,3%	20%	12,5%	14%
přijetí a hra	11,1%	-	-	-
autonomie a nezávislost	-	-	12,5%	14%
přijetí	-	-	12,5%	14%
ztráta hmotných zisků	11,1%	60%	12,5%	14%
ztráta lásky	11,1%	20%	25%	50%
možný útok	44,5%	20%	-	-
nemoc / úmrtí	22%	-	12,5%	-
selhání	-	-	50%	28,6%

Tabulka č. 1 - Hlavní potřeby a úzkosti (Tsamparli et al., 2011)

Barak-Levy et al. (2010) také srovnávali sourozence autistických dětí a sourozence bez postižených dětí. Rodičovské hodnocení ukázalo, že sourozenci dětí s autismem mají výrazně nižší účast na společenských aktivitách jako jsou dětské skupiny a koníčky. Zároveň více než polovina dětí měla školní problémy. Rodiče z kontrolní skupiny označili své děti jako chytré a pilné v 51,9% oproti výzkumné skupině, která je tak označila pouze v 18,5%. Naopak rodiče sourozenců autistických dětí hodnotili jako nejdůležitější pozitivní vlastnost svých dětí zodpovědnost a nápomocnost v téměř 60% oproti kontrolní skupině, která ji označila v 14,8%. Sourozenci autistických dětí také nejčastěji označovali, že nejdůležitější věcí je pomáhat ostatním. Sami se také označují za zodpovědné a spolehlivé. Z výsledků vyplývá, že sourozenci a rodiče posuzují různé vlastnosti odlišně. Zatímco rodiče hodnotí určité vlastnosti jejich zdravého dítěte pozitivně, pro sourozence mohou být stejné vlastnosti zdrojem úzkosti, např. prohlášení: „Nejdůležitější je pro mě pomáhat ostatním“ vykazovalo větší míru stresu u sourozenců postižených dětí než u kontrolní skupiny. Cuzzocrea, Larcana a Costa (2014) poukazují na to, že sourozenci postižených dětí vykazují větší obtíže ve vztazích se svými vrstevníky i učiteli než sourozenci bez postižených dětí. Učitelé také zmiňují větší obtíže v sociálních dovednostech. Problémy vykazují nejen ve škole, ale i v rodině. Sourozenci vykazují neochotu ve vztahu k ostatním a v některých případech se u nich projevuje deprese a úzkost.

Macks a Reeve (2007) uvádí, že sourozenci dětí s postižením hodnotí kladněji svoje sebepojetí a celkově pohled na svoje chování, inteligenci, školní výkon, úzkost a jednotlivé osobnostní charakteristiky než sourozenci bez postižených dětí. Stejně uvádí i Van Riper (2000) ve své studii, že sourozenci měli nadprůměrně sebepojetí. Verte, Roeyers a Buysse (2003) v sebepojetí nenalezli žádné významné rozdíly mezi sourozenci dětí s autismem a sourozenci zdravých dětí a zaměřili se tedy na věk. Zde zjistili, že skupina starších sester autistických dětí hodnotila pozitivněji své sebepojetí než starší sestry kontrolní skupiny. Zároveň také měly vyšší skóre v poctivosti, důvěryhodnosti a verbálních školních dovednostech. Procházka et al. (2014) upozorňují, že v dobře fungujících rodinách se u sourozenců postižených dětí vyvíjí řada pozitivních povahových rysů. Tyto děti bývají zralější, nezávislejší, zodpovědnější, tolerantnější a jsou ochotné pomáhat druhým.

Barnett a Hunter (2012) zkoumali přízpůsobení sourozenců mentálně postižených dětí. Celkem 75 sourozenců vyplnilo dotazníky na sebepojetí, kvalitu života a fungování rodiny. Jejich rodiče pak vyplnili dotazníky o chování sourozenců, rodinné demografii a fungování rodiny. Rodiče označili jako nejčastější problémy úzkost a deprese (19%), agresivní chování (16%) a problémy s pozorností a chováním porušující pravidla (12%). Nevyskytoval se

významný rozdíl z hlediska narození a nebyly zjištěny žádné rozdíly mezi věkem sourozenců a jejich sebepojetím v oblasti školních kompetencí, sociálního přijetí, sportovní způsobilosti a chováním. Ale byl zjištěn vztah mezi věkem a tělesným vzhledem. Tělesné sebepojetí klesá se zvyšujícím se věkem. Z výsledků dále vyplynulo, že sourozenci mají chudší kvalitu života než děti bez postižených sourozenců. Byl zde rozdíl i v pohlaví, ženy prožívaly kvalitnější život než muži. Věk nehrál žádnou roli. Studie také odhalila, že sourozenci měli významně vyšší výskyt psychopatologie a žili více v dysfunkčních rodinách než děti bez postiženého sourozence. Tato studie zdůrazňuje, že sourozenci dětí s mentálním postižením jsou skupina náchylná k potížím s přizpůsobením. Celkově lze říci, že fungování rodiny mělo větší vliv na sourozence než jiné faktory.

Hogan (2012) zmiňuje, že sourozenci postižených dětí mají o malinko větší pravděpodobnost, že se zapojí do delikventních aktivit. Mladí lidé s postiženým sourozencem pravděpodobně užívají alkohol, cigarety nebo marihuanu se stejnou četností jako mladí lidé bez postižení. Zároveň však mají větší četnost útěků z domova od osmnácti let (25%) oproti kontrolní skupině (17%). Dále autor zjistil, že ve věkovém rozmezí dvanáct až osmnáct let bylo šikanováno 12% sourozenců postižených dětí a 9% sourozenců zdravých dětí. 44% děvčat s postiženým sourozencem mělo první pohlavní styk ve věku šestnácti let či mladším. 13% dívek mělo pohlavní styk s partnerem, který byl o šest nebo více let starší oproti 8% dívek zdravých sourozenců.

Štěpánová a Blatný (2009) ve své studii také uvádějí pozitiva a přínosy být sourozencem dítěte s mentálním postižením. Respondenti uvedli dvě hlavní oblasti - interpersonální vztahy a sebeaktualizaci. Interpersonální vztahy se týkají především změn v sociálních hodnotách. Jejich životní zkušenost je dovedla k nesobeckosti, toleranci, sociální citlivosti, respektu k hodnotě druhých lidí a k uvědomění si významu rodinných vazeb. Pod oblast sebeaktualizace zahrnuli nekonformní způsob života, netradiční prožitky, nadhled, motivace ke zvládnání životních situací, osobnostní růst, emoční obohacení, schopnost přijmout rozdílnost a zodpovědný přístup k povinnostem.

2.4. Psychosociální, emocionální a kognitivní vývoj zdravých sourozenců

Macks a Reeve (2007) ve své studii porovnávali psychosociální a emocionální přizpůsobení 51 sourozenců dětí s autismem a 35 sourozenců bez postiženého dítěte ve věkovém rozmezí sedm až sedmnáct let. Výsledky ukázaly, že přítomnost dítěte s autismem obohacuje psychosociální a emocionální vývoj zdravého sourozence, pokud se vyskytnou určité demografické faktory. Mezi tyto faktory zahrnuli: ženské pohlaví, sourozenec

mladší než dítě s autismem, rodina s vysokým socio-ekonomickým statusem a více zdravých sourozenců. Nicméně přítomnost dítěte s autismem má stále nepříznivý dopad na zdravého sourozence, pokud se vyskytnou rizikové demografické faktory. Do rizikových faktorů autoři zařadili: mužské pohlaví, sourozenec starší než dítě s autismem, rodina s nízkým socio-ekonomickým statusem, pouze jeden sourozenec. Tyto faktory pak zvyšují riziko sociálních, emocionálních i akademických obtíží.

Účelem studie Bischoff a Tingstrom (1991) bylo vyhodnotit chování a psychologické charakteristiky sourozenců dětí s postižením. Výzkumu se zúčastnilo 32 dětí ve věku šest až třináct let. Výsledky ukázaly, že nebyly nalezeny žádné rozdíly mezi skupinami v sociální nebo školní oblasti, v sociálních kompetencích a problémech s chováním. Z toho vyplývá, že rodiče sourozenců dětí s postižením nevnímají větší sociální obtíže a obtíže s chováním než rodiče sourozenců zdravých dětí. Významný rozdíl se objevil pouze v oblasti mateřské náklonnosti. Sourozenci postižených dětí vnímali, že matky věnovaly větší pozornost a více zvyhodňovaly postižené děti. U otců se tento rozdíl nevyskytoval.

Van Riper (2000) zkoumal sourozence ve 41 rodinách s dětmi s Downovým syndromem. Matky uvedly, že jejich děti byly sociálně kompetentní a dále, že měly nízký výskyt problémového chování, což je přesný opak než ukazují výzkumy sourozenců autistických dětí, kde je vyšší výskyt problémového chování. Obecně lze říct, že osobní pohoda (well-being) byla vyšší u rodin s nízkými rodinnými nároky, vyššími rodinnými zdroji, většími vyrovnávacími (copingovými) strategiemi a větší otevřeností při komunikaci.

Oproti tomu studie autorů Inam a Kausar (2016) a Hastings (2003) se shodují, že psychologické přizpůsobení sourozenců dětí s autismem bylo chudší než sourozenců bez postiženého dítěte a objevovaly se také vrstevnické problémy a horší prosociální chování. Inam a Kausar (2016) dále dodávají, že sourozenci autistických dětí prokázali výrazně vyšší výskyt emočních problémů, problémů s chováním a hyperaktivitu než sourozenci zdravých dětí. Z výsledků tedy vyplynulo, že přítomnost dítěte s autismem je významný prediktor psychologické nepřizpůsobivosti, emočních symptomů, problémů s chováním a vrstevnických problémů. Na závěr dodávají, že rozdíl mezi psychickým zdravím sourozence zdravých dětí a sourozence postižených dětí lze přičíst přítomnosti autistického dítěte. Hastings (2003) se zaměřil na sourozence autistických dětí, které byly hodnoceny z pohledu matek a upozorňuje, že výrazný vliv mělo také pohlaví a věk. Bratři měli horší přizpůsobení než jejich sestry a obecně starší sourozenci měli lepší přizpůsobení, což odporuje studii autorů Macks a Reeve (2007) a jejich demografickým faktorům. Výsledky studie ukazují, že sourozenci dětí s autismem byli hodnoceni jako hůře přizpůsobivé v celé řadě oblastí než normativní vzorek.

To naznačuje, že tyto děti jsou vystaveny vyššímu riziku horšího psychického přizpůsobení v porovnání s ostatními dětmi (Hastings, 2003).

Verte et al. (2003) pro svůj výzkum zvolili dvě skupiny - sourozence dětí s autismem a kontrolní skupinu sourozenců zdravých dětí. Obě skupiny byly porovnávány v těchto oblastech – problémy s chováním, sociální kompetence a sebepojetí. Zároveň také porovnávali kategorie pohlaví (sestra x bratr) a věk (6 - 11 let a 12 - 16 let). V kategorii problémy s chováním rodiče sourozenců s autismem zaznamenali více problémů než kontrolní skupina stejně jako ve výzkumu Inam a Kausar (2016). Verte et al. (2003) dále zjistili, že skupina sourozenců ve věkovém rozmezí šest až jedenáct let měla více problémů v chování než skupina starších dětí. V oblasti sociálních kompetencí sourozenci dětí s autismem vykazovali vyšší skóre než kontrolní skupina. Byl zde také rozdíl mezi pohlavím, sestry autistických dětí měly vyšší skóre v sociálních oblastech.

Toth, Dawson, Meltzoff, Greenson a Fein (2007) zkoumali kognitivní, adaptivní a sociální schopnosti, imitaci, hru a jazyk u 42 zdravých sourozenců autistických dětí a dvaceti batolat bez anamnézy autismu ve věkovém rozmezí 18 - 27 měsíců. Výsledky ukázaly, že tyto dvě skupiny získaly srovnatelný celkový skóre u IQ, vizuálního vnímání a hrubé a jemné motoriky. Nicméně 29% sourozenců mělo podprůměrný inteligenční kvocient (pod 85), kdežto v kontrolní skupině žádné dítě nemělo výsledek pod 85. V průměru sourozenci získali nižší skóre v běžných denních dovednostech, socializaci, motorických dovednostech a celkově v adaptivitě. Sourozenci také měli nižší výsledek v receptivní složce řeči, ale nelišili se v expresivní složce řeči. Podprůměrný skóre v receptivní složce řeči mělo 33% a v expresivní složce 19%. Byli také horší v používání slov, v rozmanitosti a frekvenci symbolické hry a jazykovém porozumění. Také odhalili, že sourozenci reagují méně na sociální úsměvy. Získali nižší skóre v oblasti mezilidských vztahů a obecně v socio-emocionálním fungování ve srovnání s kontrolní skupinou batolat. Skupiny se nelišily ve hře, volném čase a imitaci. Obecně sourozenci vykazovali větší sociální obtíže, které byly zjevné u dětí ve věku třinácti až patnácti měsíců. Toth et al. (2007) a Goldberg, Jarvis, Osann, Laulhere, Straub, Thomas a et al. (2005) se shodují, že sourozenci méně a hůře používají gesta.

Gamliel, Yirmiya a Sigman (2007) porovnávali kognitivní a jazykové dovednosti u 39 sourozenců autistických dětí a 39 sourozenců zdravých dětí v průběhu věkového rozmezí 4, 14, 24, 36 a 54 měsíců. Dvanáct ze 39 sourozenců autistických dětí vykazovalo jazykové a kognitivní obtíže v porovnání se dvěma ze skupiny sourozenců zdravých dětí. Vývojová trajektorie ukázala, že kognitivní rozdíly vymizely v 54. měsíci, ale některé obtíže

v jazykových schopnostech přetrvávaly. Většina sourozenců autistických dětí tedy vykazovala normální vývoj, ale u některých odhalili kognitivní a jazykové obtíže v předškolním věku.

Goldberg et al. (2005) zkoumali časný sociální a komunikační vývoj sourozenců dětí s poruchou autistického spektra. Porovnávali tři skupiny: malé děti s autismem, sourozence autistických dětí a děti normálně se vyvíjející. V sociální interakci normálně se vyvíjející děti vykazovaly významně častěji oční kontakt než sourozenci dětí s autismem. Celkově lze říci, že sociální a komunikační chování sourozenců dětí s autismem se více podobá dětem s autismem než kontrolní skupině normálně se vyvíjejících dětí. Výsledky ukazují, že vývoj velmi malých dětí v rodinách se starším dítětem s autismem může být ohrožen.

2.5. Možnosti intervence pro zdravé sourozence

Přítomnost dítěte s postižením má vliv na celou rodinu včetně sourozenců. Ten může být pozitivní nebo negativní. Na jedné straně může být sourozenec, kterého baví starat se o postiženého sourozence a má prospěch z toho, že žije v takové rodině, kde se naučí otevřeně a upřímně mluvit o problémech. Na druhé straně může být sourozenec, který se za svého bratra nebo sestru stydí a nechce s ním být viděn na veřejnosti. Také může vnímat, že je ochuzen o rodičovskou pozornost a může trpět dopadem manželské krize rodičů plynoucí ze stresu z výchovy postiženého dítěte. Důležitým faktorem je také věkový rozdíl mezi sourozenci, který buď zmírňuje nebo zhoršuje důsledky. To znamená, že šestnáctiletá sestra, které se narodí bratr s postižením, bude zasažena odlišným způsobem než dvouletá sestra. Pořadí narození také může být důležitou proměnnou (Waitman & Conboy-Hill, 1992).

Waitman a Conboy-Hill (1992) ve své knize popisují, že je mnoho terapeutických možností pro sourozence postižených dětí. Individuální terapie může mít mnoho podob, od málo komplikovaných a krátkodobých až po analytickou psychoterapii trvající několik let. Kromě jiných faktorů záleží na složitosti problému, věku sourozence, kognitivních schopnostech a dostupnosti odborné pomoci. Nejběžnější přístup je podpůrná psychoterapie a pro starší děti pak analytická psychoterapie. Některé přístupy mohou pokrývat celý rozsah od behaviorální přes poradenskou a kognitivní terapii až po intenzivní a dlouhotrvající dynamickou psychoterapii. Rodinná a individuální terapie se vzájemně nevylučují, spíše naopak mohou být kombinací s velmi prospěšnými účinky. Skupinová terapie je také efektivní možností, protože mnoho emocí je skrývaných a nejsou sdílené ani s dalšími členy rodiny. Síla skupinové terapie spočívá ve sdílení společných zážitků, zkušeností jako je vina, závist a strach, což před tím mohli prožívat jako jedinečné a specifické pro ně samotné. Skupiny,

kteře jsou tvořeny odborníky či rodiči, mohou uspokojit potřeby dětí a dospívajících a pracovat stejně kvalitně jako terapeutické skupiny. Je důležité zdůraznit, že rodinná terapie, individuální terapie a skupinová terapie se vzájemně nevyklučují (Waitman & Conboy-Hill, 1992).

Sourozenci mohou navštěvovat diskusní skupiny sourozenců organizované při dětských centrech poskytujících prostor pro výměnu faktických informací o postižení, o jejich příčinách a způsobech léčby. Slouží také pro vzájemnou emoční oporu a sdílení zkušeností. Cenný je i pocit, že v takové situaci nejsou sami a mnoho informací se pro ně stává srozumitelnějšími. Klasické diskusní skupiny jsou zaměřeny na děti školního věku (Říčan & Krejčířová, 2006).

V České republice je veliký nedostatek podpory a pomoci pro sourozence postižených dětí. Centrum terapie autismu (C)T)A) zajišťuje sourozenecké skupiny pro věkově podobné sourozence autistických dětí. Setkání se skládá z terapeutické a prožitkové části. Prožitková část obsahuje zážitkový program složený z různých her, společných zážitků a zábavy. V terapeutické části sdílejí svou nelehkou úlohu sourozence dítěte s autismem (Centrum terapie autismu, n.d.). Sdružení I MY, o.p.s. pořádá v Jihočeském kraji víkendové pobyty pro sourozence postižených dětí. Pobyty slouží ke sdílení svého trápení s ostatními dětmi a psychologem, k podpoře, k načerpání nových zkušeností a sil i k odpočinku (I MY, o.p.s., n.d.). V zahraničí existuje i mnoho speciálních webových stránek pro sourozence postižených dětí, které poskytují podporu a informace a zároveň zajišťují možnosti seznámení s dalšími sourozenci, např. Sibs (<https://www.sibs.org.uk>) či Sibshops (<https://www.siblingsupport.org>). V České republice je Web pro sourozence handicapovaných dětí (<https://www.zvlastnisourozenci.wz.cz>), který založila sestra autistického chlapce. Bohužel většina textu byla napsaná v roce 2004 - 2005, ale i tak je zde mnoho užitečných informací.

II. Návrh výzkumného projektu

1. Předchozí výzkumy

Existuje několik kvantitativních zahraničních výzkumů, které se zaměřují na procesy přizpůsobení, psychosociální, emocionální a kognitivní vývoj zdravých sourozenců, na sourozenecké vztahy a sourozeneckou rivalitu, o kterých je zmiňováno v literárně přehledové části (Inam & Kausar, 2016; Macks & Reeve, 2007; Ross & Cuskelly, 2006; Toth et al., 2007). Velmi málo se jich však zabývá osobnostními charakteristikami, spíše se věnují složkám osobnosti jako je sebevědomí a sebepojetí (Tsamparli et al., 2011). Dosavadní výzkumy upozorňují, že existuje rozdíl v mnoha oblastech mezi sourozenci postižených dětí, především sourozenci autistických dětí a sourozenci zdravých dětí (Barak-Levy et al., 2010; Goldberg et al., 2005; Toth et al., 2007). Z toho důvodu se předpokládá, že by se mohl objevit rozdíl i v osobnostních charakteristikách a je považováno za důležité se tím zabývat. S osobnostními charakteristikami se dá v dětství pracovat. Pokud však rodič neví, že existují nějaké rozdíly, nemůže se na rozvoj některých charakteristik soustředit. S tím souvisí i rozdíly mezi chlapci a děvčaty postižených dětí. Výzkumy zmiňují, že sestry skórovaly v oblastech přizpůsobení a sociální oblasti lépe než chlapci (Hastings, 2003; Verte et al., 2003).

Cíle výzkumu

Navrhovaný výzkum si klade za cíl porovnat osobnostní charakteristiky sourozenců autistických dětí, sourozenců dětí s mentálním postižením s kontrolní skupinou sourozenců zdravých dětí ve věku osm až dvanáct let. Cílem je tedy zjistit, zda jsou některé osobnostní charakteristiky (faktory) v jednotlivých skupinách statisticky významně více nebo méně zastoupené než v jiných skupinách. Primárním cílem je porovnat jednotlivé skupiny a sekundárním cílem porovnat rozdíly vzhledem k pohlaví ve skupinách sourozenců autistických dětí a sourozenců mentálně postižených dětí. Na základě těchto cílů byly stanoveny následující výzkumné hypotézy.

Výzkumné hypotézy

H₀: Mezi jednotlivými skupinami (sourozenci dětí s autismem, sourozenci mentálně postižených dětí a sourozenci zdravých dětí) neexistuje statisticky významný rozdíl v míře zastoupení jednotlivých osobnostních faktorů.

H_A: Mezi jednotlivými skupinami (sourozenci dětí s autismem, sourozenci mentálně postižených dětí a sourozenci zdravých dětí) existuje statisticky významný rozdíl v míře zastoupení jednotlivých osobnostních faktorů.

H₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi chlapci a dívkami v míře zastoupení jednotlivých osobnostních faktorů u sourozenců autistických dětí.

H_A: Existuje statisticky významný rozdíl mezi chlapci a dívkami v míře zastoupení jednotlivých osobnostních faktorů u sourozenců autistických dětí.

H₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi chlapci a dívkami v míře zastoupení jednotlivých osobnostních faktorů u sourozenců mentálně postižených dětí.

H_A: Existuje statisticky významný rozdíl mezi chlapci a dívkami v míře zastoupení jednotlivých osobnostních faktorů u sourozenců mentálně postižených dětí.

2. Metody

Pro účel tohoto výzkumu bude zvolena metoda dotazování. Bude použit standardizovaný dotazník, Osobnostní dotazník pro děti CPQ navržený autory Porter a Cattell (1998), který je zaměřený na poskytnutí co nejvíce informací týkajících se co největšího počtu dimenzí osobnosti v co nejkratším čase. Dotazník je členěný do čtrnácti faktorově nezávislých osobnostních dimenzí a je určen pro děti od osmi do dvanácti let. Tyto dimenze jsou označeny písmeny A-Q4 (viz tabulka č. 2). Test obsahuje 140 položek v každé ze čtyř forem (A, B, C a D). Ve výzkumu bude využita forma A. Jelikož by 140 položek bylo pro děti příliš mnoho, je rozdělen do dvou forem. Forma A je pak rozdělena na A1 a A2, z nichž každá sestává ze 70 položek, což odpovídá pěti na každý faktor. Jednotlivé faktory Porter a Cattell (1998) popisují takto:

Charakteristické projevy faktoru A

Osoba skórující vysoko v tomto faktoru preferuje povolání, v němž je třeba jednat s lidmi, těší se ze společenského uznání a je více tolerantní k problémovým lidem. Má obecnou snahu s každým a se vším vycházet. Osoba skórující nízko je více nekompromisní a vážná, před lidmi dává přednost slovům nebo věcem a ráda pracuje o samotě. V partnerství upřednostňuje hodnotu myšlení a je introspektivní (Porter & Cattell, 1998).

Charakteristické projevy faktoru B

Dimenze schopnosti obecná mentální kapacita (Spearmanův g-faktor) je vždy velmi důležitá, a proto jí zde byla přidělena patřičná úloha. Škála B je zahrnuta do testu, aby se stal více komplexním a dostačujícím nástrojem sám o sobě. U této škály je jedinci ponecháno tolik času, kolik potřebuje na rozdíl od jiných inteligenčních testů, a proto je pravděpodobné, že nebude korelovat s průměrným inteligenčním testem, který je obvykle zadáván na čas. Měřítka B faktoru je tedy měřítkem síly, nikoli rychlosti. Můžeme říct, že měří spíše „krystalickou“ než „fluidní“ obecnou schopnost (Porter & Cattell, 1998).

Charakteristické projevy faktoru C

Faktor C je jádrem toho, co bývá označováno jako kapacita frustrační tolerance. Jedinec s nízkým faktorem má tendenci nechat se snadno rozrušit ostatními lidmi nebo věcmi a častěji je nespokojen s rodinou a školou. Má emocionální potíže udržet se v klidu a krotit se v projevech. Zároveň je odrazován svou neschopností vyhovět standardům dobrého chování. Vykazuje vyšší počet generalizovaných neurotických reakcí formou manifestace obranných mechanismů, především formou poruch spánku a zažívání, formou iracionálního strachu, obsesivního chování nebo neurčitých zdravotních problémů. Jedinec s výraznou slabostí ega zároveň selhává v adaptaci (Porter & Cattell, 1998).

Charakteristické projevy faktoru D

Faktor D se od faktoru C liší okamžitou „temperamentovou“ kvalitou vzrušitelnosti, rozptýleností mysli, kvalitou nejistoty a nepotlačitelným pozitivním asertivním důrazem na svou emocionalitu. Jedinec s vysokým faktorem D nemá klidné spání, snadno se dá od práce vyrušit a cítí se dotčen, pokud mu není přidělena významná pozice nebo pokud je trestán či omezován. U dospělých se tento faktor neobjevuje, pouze u dětí, kde je podstatnou dimenzí (Porter & Cattell, 1998).

Charakteristické projevy faktoru E

U obou pohlaví může vést vysoká dominance k neposlušnosti, tvrdohlavosti, nezávislosti a myšlenkové tvořivosti a někdy k antisociálnímu chování. Přímé projevy dominance jsou velmi často pod kontrolou v sublimační podobě a rys tedy není vždy považován za nežádoucí. Projevuje se ve sportu, nezávislost a tvořivost v umění. Obě extrémní pozice v tomto faktoru mohou být problematické z hlediska adaptace (Porter & Cattell, 1998).

Charakteristické projevy faktoru F

Jedna z nejvýznamnějších složek extraverte. Při nízkém skóru představuje relativně pevný rys charakterizovaný vážností, umírněností a opatrností a při vysokém skóru odkazuje na veselost, nerozvážnost a lehkomyšlnost (Porter & Cattell, 1998).

Charakteristické projevy faktoru G

Tento faktor odráží zohlednění morálních hodnot, tendenci blokovat id a podporovat ego. Osoba vysoko skórující sama sebe hodnotí jako korektního člověka, strážce vlastních způsobů a morálky, jako osobu vytrvalou, schopnou koncentrace a plánovitou. Osobu, která zvažuje, co říká a dává přednost společnosti výkonných lidí. Tento faktor nejvíce podléhá motivačnímu zkreslení. Svědomitá osoba si nebude tolik důvěřovat a delikvent se bude nadhodnocovat. Volnomyšlenkářští jedinci mohou skórovat velmi nízkou i přesto, že jsou při vlastní práci schopni vytrvalosti i plánovitosti (Porter & Cattell, 1998).

Charakteristické projevy faktoru H

Nízký faktor představuje základní, vrozený, leptosomní, schizothymní temperament. Tito jedinci vykazují syndrom stydlivosti, otažitosti, pečlivosti a slušného chování. Sami sebe charakterizují jako pomalé a nejisté v projevu. Nemají rádi zaměstnaní vyžadující kontakt s lidmi, vyhýbají se rušným večírkům nebo otevřenému soupeření a dávají přednost malému počtu blízkých přátel před zástupy známých. Jsou nedůvěřiví, trpí situačně podmíněným strachem, ale zároveň jsou velmi ohleduplní k citům okolí. Oproti tomu osoba s vysokým skórem se cítí uvolněná, spolupracuje, ale její slovní projev je necitlivý (Porter & Cattell, 1998).

Charakteristické projevy faktoru I

Dítě, které skóruje vysoko, by mělo být povzbuzováno k rozvíjení zodpovědnosti, k menší závislosti na učitelích a rodičích a k vyšší aktivitě. Vysoko zde skórují umělci, kteří upřednostňují estetické zaměření, lásku k dramatu a určitou nepraktičnost v běžných věcech (Porter & Cattell, 1998).

Charakteristické projevy faktoru J

Jedinci s vysokým skórem dávají přednost tomu dělat věci sami, jsou fyzicky i intelektuálně nároční a přemýšlejí o svých chybách. Mají sklon neodpouštět, pokud se k nim

někdo zachová nespravedlivě, ale zároveň se drží zpátky a vyhýbají se hádkám. Studenti s vysokým skórem bývají mezi ostatními neoblíbení (Porter & Cattell, 1998).

Charakteristické projevy faktoru N

Osoba s vysokým skórem je neupřímná s proměnlivými názory, ostražitá vůči způsobu chování, vůči společenským závazkům a vůči sociálním interakcím druhých. Nízký skór obsahuje vlastnosti jako naivní emocionální upřímnost, naprostá přímota a spontánní otevřenost (Porter & Cattell, 1998).

Charakteristické projevy faktoru O

Osoba skórující vysoko se cítí velmi vyčerpaná vzrušujícími situacemi, trpí pocitem méněcennosti a nepatřičnosti při zvládnání každodenních situací. Špatně spí, snadno propadá beznaději a pocitům viny a lítosti. Je snadno rozrušitelná nátlakem ze strany autority a dává přednost knihám a tichým zájmům před lidmi a hlukem. Takoví žáci se mohou jevit jako přecitlivělí na problémy a potřebují povzbudit (Porter & Cattell, 1998).

Charakteristické projevy faktoru Q3

Dítě vysoce skórující je disciplinované, snažící se přijmout uznávané etické normy s ambicemi chovat se správně, zaměřené na společenskou prezentaci se zřetelem na ostatní, s dispozicemi k redukci a kontrole emocionálních projevů, předvídavé, svědomité a někdy samolibé. Negativní pól je necvičená, nereflektivní emocionalita a narcistické odmítání kulturních požadavků (Porter & Cattell, 1998).

Charakteristické projevy faktoru Q4

Děti a dospělí s vysokým faktorem sebe sami popisují jako napjaté, dráždivé, neracionálně starostlivé a zmatené. Cítí se být frustrovaní a citlivě reagují na jakoukoliv kritiku ze strany rodičů (Porter & Cattell, 1998).

popis nízkého faktoru	faktor	popis vysokého faktoru
REZERVOVANÝ, izolovaný, kritický, chladný, odtažitý	A	VŘELÝ, vstřícný, otevřený, účastný
HLOUPÝ (měří sílu inteligence, krystalickou inteligenci) (nízká inteligence)	B	CHYTRÝ (měří sílu inteligence, krystalickou inteligenci) (vysoká inteligence)
OVLIVNITELNÝ POCITY, emocionálně labilní, snadno rozrušitelný (nižší síla ega)	C	EMOCIONÁLNĚ STABILNÍ, realistický, klidný, zralý (vyšší síla ega)
FLEGMATICKÝ, neprojevující se, rozvážný, neaktivní, těžkopádný (flegmatický temperament)	D	VZRUŠITELNÝ, netrpělivý, dožadující se, hyperaktivní, neukázněný, (aktivita)
POSLUŠNÝ, mírný, přizpůsobivý, snadno se nechá vést (submisivita)	E	DOMINANTNÍ, asertivní, soutěživý, agresivní, vzdorovitý (dominance)
STRÍZLIVÝ, obezřetný, vážný, zamlklý (nedostatek vzrušivosti)	F	NADŠENÝ, nerozvážný, nedbalý (vzrušivost)
VYNALÉZAVÝ, nerespektuje pravidla (slabší síla superega)	G	UVĚDOMĚLÝ, vytrvalý, rozvážný, respektující pravidla (vyšší síla superega)
STYDLIVÝ, citlivý, bojácný, ostýchavý	H	ODVÁŽNÝ, sociálně smělý, hazardující
HOUŽEVNATÝ, spoléhá na sebe, realistický, nepodléhá iluzím	I	ÚTLOCITNÝ, jemný, ochraňovaný
NADŠENÝ, má rád skupinové aktivity, prudký	J	OBEZŘETNÝ, reflektivní, s vnitřními zábrany
PŘÍMÝ, přirozený, bezelstný, sentimentální (bezelstnost)	N	LSTIVÝ, vypočítavý, vychytralý (lstivost)
SEBEJISTÝ, sebevědomý, spokojený (bezproblémová adekvátnost)	O	NÁCHYLNÝ K POCITŮM VINY, bojácný, starostlivý, ustaraný, nejistý (náchylnost k pocitům viny)
NEDISCIPLINOVANÝ, konfliktní, sleduje vlastní potřeby, nedbalý sociálních pravidel (nízká integrace sebecitu)	Q3	DISCIPLINOVANÝ, sociálně dbalý, dbá o vlastní image, nutkavý (vysoká kontrolní sebezpojetí)
UVOLNĚNÝ, klidný, stabilní, soustředěný, vyrovnaný (nízká energická tenze)	Q4	NAPJATÝ, frustrovaný, popudlivý, rozmrzelý (vysoká energická tenze)

Tabulka č. 2 - Primární pramenné rysy měřené Osobnostním dotazníkem pro děti (Porter & Cattell, 1998)

Škály CPQ vykazují vysokou reliabilitu po poměrně dlouho časovou periodou zjištěnou pomocí test - retest. Vnitřní konzistence testu byla vypočtena použitím Kuder-Richardsonova vzorce 21, a jako taková má tendenci podhodnocovat reliabilitu testu. Koeficienty nejsou tak vysoké jako u výkonových testů, avšak měřené rysy CPQ jsou mnohem širší a méně homogenní než vlastnosti měřené výkonovými testy. Spearman-Brownův vzorec dokládá, že nejvyšší přesnost testu lze dosáhnout při použití více než jedné formy testu (Porter & Cattell, 1998).

V testu byla také měřena konceptová (konstruktová) validita. Důležitý je vztah mezi tím, co test měří a hypotetickým konstruktem týkajícím se struktury osobnosti. Mnoho testů je konstruováno na empirických základech bez teoretického základu, a proto je jejich využití omezené, neboť jsou aplikovatelné pouze ve vztahu k jednomu zvolenému kritériu. CPQ má teoretická východiska a jeho škály jsou vztaženy k hypotetické struktuře osobnosti a validita je mírou platnosti hypotézy i mírou adekvátnosti měření každého hypotetického konstruktu, což je konceptová validita. Každý koeficient můžeme chápat jako korelaci konkrétní skupiny položek s faktorem, který mají společně měřit (Porter & Cattell, 1998).

Normativní tabulky vychází z předpokladu, že byly zadány obě formy testu, čili A1 a A2. Pro jednotlivé formy jsou tabulky odlišné pro pohlaví (chlapci / dívky), nikoliv pro věk. Jediný faktor B je odlišný pro věkovou skupinu 8 až 10,5 let a 10,5 až 13 let. Z tabulek je také patrné, že dívky jsou vřelejší, emocionálně citlivější, mají vyšší sílu superega a vyšší rozvoj sebectví. Chlapci jsou naopak výrazně více dominantní, vzrušitelní, bystří, tenzní a aktivní (Porter & Cattell, 1998).

Výzkumný soubor

Pro stanovení velikosti vzorku byla zvažována hladina významnosti, síla testování a velikost efektu. Výzkumný soubor by proto mělo tvořit 20 zdravých sourozenců autistických dětí, 20 zdravých sourozenců dětí s mentální retardací a kontrolní skupina 20 zdravých sourozenců zdravých dětí. Věk respondentů by se vzhledem k vybrané metodě CPQ měl pohybovat v rozmezí 8 - 12 let. Ideálně by každou skupinu mělo tvořit 10 chlapců a 10 dívek. Z hlediska realizovatelnosti by měli sourozenci pocházet z Prahy a Středočeského kraje. Záměrně jsou vybrány tyto dvě oblasti, protože se předpokládá nejvyšší zastoupení a snazší dostupnost dvou ze tří sledovaných kategorií, a to sourozenci autistických dětí a sourozenci mentálně postižených dětí. Výzkum je ale především cílen na město. Ovšem díky mnoha kontaktům na rodiny s postiženým dítětem žijících ve Středočeském kraji, kteří dojíždí do Prahy za účelem různých terapeutických center, je zvolena i tato oblast. Zároveň byly

zváženy možnosti ohledně místa sběru dat. Výzkumu se tedy může zúčastnit každé dítě ve věku 8 až 12 let z Prahy nebo Středočeského kraje spadající do jedné ze tří kategorií.

Respondenti budou vybíráni metodou kriteriálního výběru, kde kritériem bude věk dítěte (8 - 12 let), místo bydliště (Praha a Středočeský kraj) a být sourozencem jedné ze tří testovaných skupin.

Sběr dat

Samotnému sběru dat bude předcházet přípravná fáze, kdy budou zkontaktovány konkrétní základní školy a budou požádány o pomoc se sběrem dat skupiny sourozenců zdravých dětí. Zároveň učitelé odpovídajících tříd (2. - 6. třídy, aby se dodržela věková hranice 8 - 12 let) budou požádáni o rozeslání informačního dopisu o výzkumu a případně informovaný souhlas rodičů s účastí. Dále budou zkontakтовaná různá specializovaná centra a zařízení pro děti s PAS nebo děti s mentálním postižením a požádána o pomoc (př. NAUTIS, Komunitní centrum Motýlek, AUT – Centrum, atd.). Prostřednictvím letáku s informacemi nebo přímo osobním doptáním bude zjištěno, zda někdo z těchto rodin nemá zdravé sourozence ve věku 8 - 12 let a následně by byl požádán o spolupráci. Přípravná fáze by měla trvat dva týdny.

Třetí až sedmý týden by se již provádělo samotné sbírání dat. Sběr dat sourozenců zdravých dětí by probíhal po domluvě v konkrétní základní škole, kde budou domluveny přesné termíny. Sběr dat sourozenců autistických dětí a sourozenců mentálně postižených dětí by probíhal také po domluvě v určitém zařízení či centru. Jednotlivé termíny by závisely na možnostech rodičů. Test je administrován bez časového limitu a je složen ze dvou částí. Celková doba testování by neměla trvat déle než padesát minut. Testování bude probíhat u všech skupin individuálně, aby byly zajištěné stejné podmínky pro všechny. Administrátor se dítěti představí a stručně ho seznámí se zadáním: „*Přečtu ti různé otázky a ty mi označíš odpověď, která ti nejvíce vyhovuje*“. Administrátor bude číst celý dotazník nahlas a zaznamenávat odpovědi dítěte. Stručný přehled časového plánu výzkumu je uveden v tabulce č. 3.

1. týden	2. týden	3. - 7. týden	8. - 10. týden	11. - 15. týden	12. - 20. týden
výběr škol a center a jejich zkontaktování	sehnání informovaných souhlasů	sběr dat	zpracování dat	poskytnutí zpětné vazby rodičům i školám	sepsání výzkumu do písemné podoby

Tabulka č. 3 - Časový plán výzkumu

Etika výzkumu

Všichni rodiče, kteří budou souhlasit s účastí jejich dítěte na výzkumu, podepíší informovaný souhlas. Zároveň jim bude přesně řečeno, čeho se výzkum týká a jak bude probíhat. Testování bude probíhat anonymně. To znamená, že každé dítě bude testováno pod určitým kódem. Kód dítěte bude rodičům sdělen a v případě zájmu se mohou přihlásit o jeho výsledky. Dětem bude řečeno, že se jich administrátoři budou ptát na různé otázky o nich. Budou ujištěni, že žádná odpověď není správná ani špatná. Výsledky celého výzkumu i individuální výsledky mohou být rodičům poskytnuty. Jestliže se při testování objeví něco, co si zaslouží větší pozornost, budou mít výzkumné osoby připravené kontakty na odborníky, kteří diagnosticky a terapeuticky pracují v této oblasti a v případě zájmu rodičů je mohou poskytnout.

3. Návrh zpracování výsledků

Zpracování získaných dat proběhne v několika fázích během osmého až desátého týdne. Test CPQ umožňuje pohodlné ruční skórování záznamových archů pomocí skórovacích šablon. Nejprve se zkontrolují odpovědi v jednotlivých záznamových archích, zda je na každou otázku pouze jedna odpověď a je označena zřetelně. Kompletní instrukce pro získání hrubého skóru z archu jsou uvedeny na skórovacích šablonách. Hrubý skór se může převést na standardní skóry nebo percentily. Na základě těch se pak porovná postavení jedince oproti ostatním jednotlivcům nebo skupinám pomocí normativních tabulek (Porter & Cattell, 1998). Získaná data (percentily) budou rozdělena do tabulek podle jednotlivých faktorů a skupin. To znamená, že bude vytvořeno čtrnáct tabulek speciálně pro každý faktor a každá tabulka bude ideálně obsahovat šedesát výsledků, dvacet pro každou skupinu. Zároveň s tím bude vytvořeno čtrnáct tabulek pro sourozence mentálně postižených dětí a čtrnáct tabulek

pro sourozence autistických skupin, které rozdělíme podle pohlaví. Ve třetím kroku se zkontroluje, zda nechybí určitá data a všechny tabulky obsahují potřebné hodnoty. Jde o zkontrolování dat před statistickým zpracováním. Pro statistické zpracování dat bude zvolena metoda ANOVA pro porovnání jednotlivých skupin a t-test pro dva nezávislé výběry pro porovnání rozdílů vzhledem k pohlaví ve skupinách sourozenců autistických dětí a sourozenců mentálně postižených dětí. Metoda ANOVA bude zvolena, protože jsou tři skupiny a t-test pro dva nezávislé výběry, protože se porovnávají dvě skupiny (chlapci a dívky). K výpočtům bude využit program SPSS. Výsledky budou zpracovány do grafů. Jednotlivé grafy poskytnou informaci, zda se skupiny v jednotlivých faktorech hodně nebo málo liší a budou doplněné *p*-hodnotou. Následně bude dopočítána velikost efektu. Výsledky budou i verbálně popsány.

4. Diskuze

Existuje několik limitů tohoto výzkumu. Zvolený počet respondentů je poměrně malý a s vyšším číslem by mohl ukázat případně větší rozdíly nebo naopak potvrdit, že rozdíly nejsou. Zároveň by se specifikace místa bydliště respondentů mohla rozšířit i na ostatní města a vesnice a porovnat tak rozdíly sourozenců žijících na vesnici a ve městě. Vesnice by mohly ukázat odlišné výsledky než město z několika důvodů. Na vesnicích je ztížená dostupnost jakékoliv pomoci či podpory pro postižené i zdravé sourozence, za vším musí vždy dojíždět do větších měst. Z toho plyne vyšší časová i finanční náročnost. Zároveň na vesnicích nebude tak vysoký výskyt postižených dětí jako ve městě, a tak přístup k nim a jeho rodinám může být odlišný než ve městech. Předpokládá se také jiný přístup k rodině s postiženým dítětem na vesnici, kde se všichni znají a ve městě, kde je vyšší anonymita. Zvolený výběr v tomto výzkumu byl brán s ohledem na možnosti sběru dat a dostupnosti jednotlivých rodin. Vzhledem k tomu, že dotazník je zadáván individuálně, zabralo by mnohonásobně více času cestovat po České republice a testovat jednotlivé děti. Také by bylo náročnější domlouvání prostorů ke sběru dat v jednotlivých vesnicích či městech. Je předpokládáno, že rodiny z Moravy či jiného konce České republiky by nebyly ochotny přicestovat do Prahy kvůli výzkumu. Zároveň také není jisté, zda by se sehnal dostatečný počet respondentů z vesnic.

Otázkou je také získávání respondentů. Ve školách je informovaný souhlas poslán rodičům prostřednictvím třídního učitele a očekává se vysoká návratnost. Je však také možnost poslat informovaný dopis, který předpokládá automatickou účast, kde by byla možnost vyjádřit případný nesouhlas s výzkumem. V případě souhlasu s účastí by tak rodiče nemuseli

již nic dělat a v případě nesouhlasu s účastí by poslali vyjádřený nesouhlas zpátky. Rodiče by tak ušetřili čas a mohla by se ještě zvýšit účast respondentů. Ovšem zde by se muselo zajistit, že se informovaný dopis k rodičům opravdu dostane, což by bylo komplikované ošetřit.

Výzkum umožňuje poskytnutí individuálních i celkových výsledků a možnost zpětné vazby, která může přilákat vyšší počet respondentů. Jelikož výzkum sám o sobě není pro rodiče a respondenty příliš zábavný, zveřejnění výsledků jim alespoň částečně může kompenzovat strávený čas a poskytnout nové informace.

Dalším limitem může být zkreslení na straně výzkumníka. Test je koncipován individuálně a administrátor zadává otázky, takže může dojít k tomu, že si ať vědomě nebo nevědomě ptá způsobem, jakým chce, aby dítě odpovídalo. Zde vyvstává i otázka, zda by nemělo lepší efekt, pokud by dotazník četli dětem sami rodiče. Rodiče však mohou podobně jako administrátor číst otázky tak, jak chtějí, aby děti odpovídaly nebo jim záměrně upravovat odpovědi, aby vyvstaly v lepším světle či podle toho jak to vidí oni sami a nikoliv jak to cítí samotné dítě.

U osmiletých a starších dětí je předpokládáno, že dokáží být hodinu v přítomnosti administrátora samostatně bez rodičů. Pokud ne, může opět dojít ke zkreslení výsledků díky přítomnosti rodičů. Děti se mohou před rodiči stydět odpovídat nebo rodiče mohou zasahovat do testování. Problémem se může ukázat i odpovídání dětí, které nemusejí něčemu rozumět nebo mohou mít problém se zvolením odpovědi.

Výzkum by se mohl rozšířit na porovnání věkového rozdílu a pořadí narození zdravého a postiženého sourozence. Z některých výzkumů vyplývá, že čím je věkový rozdíl menší, tím větší dopady na dítě má. Zde by byl zapotřebí rozsáhlý výzkum s vysokým počtem respondentů. Je důležité výzkumy rozšiřovat a zaměřit se na další složky vývoje, především pokud jsou si sourozenci věkově blízcí. Zajímavé by také bylo zkoumat účinnost sourozeneckých skupin pro sourozence postižených dětí. Je potřeba zdůraznit, že tento výzkum je pilotní a v budoucnu by se mohl důkladněji soustředit na vybrané osobnostní charakteristiky. Mohla by být využita i longitudinální studie, ve které by se dítě sledovalo a jednotlivé charakteristiky by se testovaly od dětství až do dospělosti. Výzkumů je velmi málo a sourozenců začíná být velmi mnoho.

Literárně přehledová část je zaměřena na zpracování především zahraničních výzkumů, které se zaměřují na vývoj, osobnostní charakteristiky a sourozenecké vztahy sourozenců postižených dětí. Autoři porovnávají především sourozence dětí s mentálním postižením, poruchou autistického spektra a sourozence zdravých dětí. Někdy se také

ve výzkumech objevují skupiny dětí s postižením, které buď nejsou dále specifikované a nebo se skládají z mnoha druhů postižení jako jsou poruchy řeči, vývojová dysfázie, dětská obrna, kombinovaná postižení, emoční poruchy, poruchy chování a různé další syndromy (např. Klinefelterův) a jsou pak hromadně označeni jako děti s postižením. Je lepší, pokud jsou skupiny rozdělené podle jednotných postižení, protože jsou pak vidět případné přesnější rozdíly a výzkumy se dají lépe zpracovávat, zobecňovat i replikovat.

Zajímavým poznatkem jsou zmínky o sourozeneckých konstelacích. Autoři se příliš neshodují v tom, zda je výhodnější být starší či mladší zdravý sourozenec a zda pořadí narození má vůbec nějaký vliv. Macks a Reeve (2007) jsou pro mladšího sourozence, Hastings (2003) je pro staršího sourozence a Barnett a Hunter (2012) tvrdí, že se nevyskytují rozdíly z hlediska narození. Všichni se zabývají mladšími nebo staršími sourozenci, ale nikdo ve svých výzkumech nezmiňuje druhorozené neboli prostřední. Určitě by bylo zajímavé i přínosné se podívat na sourozence postižených dětí z hlediska pořadí narození a zjistit, která teorie je vlastně pravdivá a jak moc se sourozenecká konstelace s postižením dítětem v rodině shoduje s klasickou sourozeneckou konstelací.

Sourozenci dětí s autismem jsou ve výzkumech shrnuty pod jednu velkou skupinu. V České republice však rozlišujeme různé typy pervazivně vývojových poruch a každý z nich má trochu jiné projevy. Z toho důvodu by také bylo zajímavé sledovat jednotlivé typy a zaměřit se například na porovnání sourozenců dětí s dětským autismem a sourozence dětí s Aspergerovým syndromem. To samé se týká i mentální retardace. Ve výzkumech je zmiňován především Downův syndrom, který má nejčastěji lehčí nebo střední formu mentální retardace. Opět by stálo za úvahu zaměřit se na jednotlivé formy mentální retardace a poměřit kvalitu života rodiny i vliv postiženého sourozence na zdravého sourozence. Zajímavostí je, že si mnoho autorů vybírá k porovnání právě sourozence autistických dětí a sourozence dětí s Downovým syndromem. Obecně sourozenci autistických dětí ve většině výzkumů vycházejí hůře než sourozenci s Downovým syndromem. To může být spojené i s tím, že děti s Downovým syndromem jsou si více podobné, lépe čitelné a spolupracující, kdežto děti s autismem jsou velmi různorodé a je těžké odhadnout, jaké to dítě zrovna bude, jaké bude mít projevy a jak bude reagovat. Tudíž je to pro rodinu mnohem náročnější.

V literatuře, v zahraniční i tuzemské, jsou hezky popsány kapitoly o možnostech podpory, pomoci, terapii a intervenci pro sourozence postižených dětí. V České republice to však má velmi daleko k praxi. Existují pouze organizace a zařízení pro postižené sourozence, které zároveň poskytují služby pro zdravé sourozence, jako jsou pobyty nebo skupiny. I těchto center, které tyto služby nabízejí, je velmi málo, natož aby byly specializovaná centra pouze pro

zdravé sourozence. Je zapotřebí aby se na zdravé sourozence myslelo a bylo více míst, kde mohou o své situaci mluvit, kde mohou sdílet své pocity a emoce, kde mohou potkat někoho, kdo je v podobné situaci, kde mohou zjišťovat další informace a především, kde si mohou odpočinout a nabrat síly. V zahraničí existují weby, které poskytují mnoho informací a především spojují sourozence dětí s postižením a zprostředkovávají jim možnost jak internetové komunikace prostřednictvím chatu, tak reálného kontaktu. Bylo by zajímavé se něčím podobným v České republice inspirovat, protože sourozenců dětí s postižením přibývá a i oni chtějí o své situaci mluvit s někým, kdo jim bude rozumět a kdo je na tom podobně.

Závěr

Bakalářská práce se zabývá mnoha aspekty vývoje zdravých sourozenců postižených dětí a zároveň se zaměřuje na osobnostní charakteristiky. V práci je shrnutá problematika z pohledu rodiny i z pohledu zdravého sourozence. Zmíněné výzkumy zabývající se zdravými sourozenci se věnují problematice sourozeneckých vztahů, sourozenecké rivalitě, sebepojetí, sebevědomí, přizpůsobení a potřebám zdravých sourozenců. Dále se soustředí na chování, školní výkon, sociální kompetence, kognitivní, adaptivní a sociální schopnosti, imitaci, hru, složky řeči a obecně na psychosociální a emocionální vývoj.

Z řady výzkumů vyplývá, že sourozenci postižených dětí jsou hůře přizpůsobiví než kontrolní skupina sourozenců zdravých dětí a přítomnost postiženého dítěte zvyšuje pravděpodobnost rizikového vývoje a problémů s chováním. I přesto někteří autoři upozorňují, že za určitých předpokladů může dítě s postižením obohacovat život zdravého sourozence. Mnoho dětí popisuje své vztahy s jejich postiženým sourozencem převážně pozitivně a dochází u nich k menší rivalitě než u kontrolní skupiny sourozenců zdravých dětí. Rodiče sourozence označují jako více zodpovědné a pilné než rodiče sourozenců zdravých dětí. Co se týče kvality života, v rodinách s dítětem s Downovým syndromem a s dítětem s autismem se vyskytovala malá spokojenost v kategoriích podpora od ostatních, finanční spokojenost a společenská a občanská angažovanost. U autistické skupiny hluboko klesla také spokojenost v kategorii volný čas a radost ze života a povolání a příprava na kariéru. Zároveň se potvrdila hypotéza, že kvalita života zdravých sourozenců ve věku sedm až jedenáct let je ohrožena díky přítomnosti sourozence s poruchou autistického spektra více než u kontrolní skupiny.

V České republice existuje minimum podpory pro sourozence postižených dětí, mezi ně můžeme zařadit sourozenecké skupiny a víkendové pobyty, ale jejich počet považujeme za velmi nedostatečný.

Návrh výzkumu se soustředí na porovnání osobnostních charakteristik sourozenců autistických dětí, sourozenců dětí s mentálním postižením s kontrolní skupinou sourozenců zdravých dětí ve věku osm až dvanáct let s využitím Osobnostního dotazníku pro děti CPQ. Cílem je zjistit, zda jsou některé osobnostní charakteristiky v jednotlivých skupinách statisticky významně více nebo méně zastoupené než v jiných skupinách. Dále se výzkum zabývá porovnáním rozdílů vzhledem k pohlaví ve skupinách sourozenců autistických dětí a sourozenců mentálně postižených dětí.

Literatura

Abrams, M. S. (2009). The well sibling: Challenges and possibilities. *American Journal of Psychotherapy*, 63(4), 305–317.

Adler, A. (1999). *Porozumění životu: úvod do individuální psychologie*. Praha: Aurora.

Barak-Levy, Y., Goldstein, E., & Weinstock, M. (2010). Adjustment characteristics of healthy siblings of children with autism. *Journal of Family Studies*, 16(2), 155-164.

Barnett, R. A., & Hunter, M. (2012). Adjustment of Siblings of Children with Mental Health Problems: Behaviour, Self-Concept, Quality of Life and Family Functioning. *Journal Of Child And Family Studies*, 21(2), 262-272.

Bischoff, L. G., & Tingstrom, D. H. (1991). Siblings of Children with disabilities: Psychological and behavioural characteristics. *Counselling Psychology Quarterly*, 4(4), 311-321.

Brown, R. I., MacAdam–Crisp, J., Wang, M., & Iarocci, G. (2006). Family Quality of Life When There Is a Child With a Developmental Disability. *Journal Of Policy And Practice In Intellectual Disabilities*, 3(4), 238-245.

Centrum terapie autismu (n.d.). Dostupné z <http://www.cta.cz/>

Connors, C., & Stalker, K. (2003). *The Views and Experiences of Disabled Children and Their Siblings : A Positive Outlook*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Cuskelly, M., & Gunn, P. (2003). Sibling Relationships of Children With Down Syndrome: Perspectives of Mothers, Fathers, and Siblings. *American Journal on Mental Retardation*, 108(4), 234-244.

Cuzzocrea, F., Larcán, R., & Costa, S. (2014). Parent's competence and social skills in siblings of disabled children. *Social Behavior and Personality*, 42(1), 45-58.

Dauz Williams, P., Piamjariyakul, U., Carolyn Graff, J., Stanton, A., Guthrie, A. C., Hafeman, C., & Williams, A. R. (2010). Developmental Disabilities: Effects on Well Siblings. *Issues In Comprehensive Pediatric Nursing*, 33(1), 39-55.

Dyson, L., Edgar, E., & Crnic, K. (1989). Psychological predictors of adjustment by siblings of developmentally disabled children. *American Journal on Mental Retardation*, 94(3), 292-302.

Gamliel, I., Yirmiya, N., & Sigman, M. (2007). The Development of Young Siblings of Children with Autism from 4 to 54 Months. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 37(1), 171-183.

Gargiulo, R. M. (1985). *Working with parents of exceptional children: a guide for professionals*. Boston: Houghton Mifflin Co.

Gargiulo, R. M., & Metcalf, D. J. (2009). *Teaching in today's inclusive classrooms: a universal design for learning approach*. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.

Goldberg, W. A., Jarvis, K. L., Osann, K., Laulhere, T. M., Straub, C., Thomas, E., et al. (2005). Brief Report: Early Social Communication Behaviors in the Younger Siblings of Children with Autism. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 35(5), 657-664.

Hastings, R. P. (2003). Brief Report: Behavioral Adjustment of Siblings of Children with Autism. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 33(1), 99-104.

Heiman, T. (2002). Parents of children with disabilities: Resilience, coping, and future expectations. *Journal Of Developmental And Physical Disabilities*, 14(2), 159-171.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2011). *Wong's nursing care of infants and children*. St. Louis, Mo.: Mosby/Elsevier.

Hogan, D. (2012). *Family consequences of children's disabilities*. New York: Russell Sage Foundation.

- Hort, V. (2008). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.
- IMY, o.p.s.* (n.d). Dostupné z <http://www.imy-sdruzeni.cz>
- Inam, A., & Kausar, R. (2016). Psychological adjustment of typical siblings of children with autism in the context of family environment. *Isra Medical Journal*, 8(3), 182-189.
- Kaminsky, L., & Dewey, D. (2001). Siblings Relationships of Children with Autism. *Journal Of Autism & Developmental Disorders*, 31(4), 399.
- Kielar, K., Johnson, C. R., & Handen, B. L. (2011). Feeding, Sleep, and Toileting Interventions. In M.J. Lubetsky, B. L. Handen, & J. J. McGonigle. *Autism spectrum disorder* (193-214). New York: Oxford University Press.
- Knight, A. (2007). *Caring for a disabled child: the comprehensive guide to child disability*. Brighton: Straightforward.
- Lawniczak, S. (n.d.) Jak to zvládat... In *Dobromysl.cz*. Dostupné z WWW: <http://www.dobromysl.cz/scripts/deatil.php?id=759>
- Leman, K. (2009). *The birth order book: why you are the way you are*. Grand Rapids, Mich.: Revell.
- Leman, K. (2012). *Sourozenecké konstelace*. Praha: Portál.
- Macks, R. J., & Reeve, R. E. (2007). The Adjustment of Non-Disabled Siblings of Children with Autism. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 37(6), 1060-1067.
- Marciano, A. R. F., & Scheuer, C. I. (2005). Quality of life in siblings of autistic patients. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 27(1), 67-69.
- Matějček, Z. (2001). *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: H & H.
- Novák, T. (2007). *Sourozenecké vztahy*. Praha: Grada.

- Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Praha: Grada.
- Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
- Pešová, I., & Šamalík, M. (2006). *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada.
- Porter, R. B., & Cattell, R. B. (1998). *Osobnostní dotazník pro děti CPQ*. Bratislava: Psychodiagnostika.
- Procházka, R., Šmahaj, J., Kolařík, M., & Lečbych, M. (2014). *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada.
- Purohit, S. (2005). *Effective parenting*. Hyderabad: ICFAI University Press.
- Richman, S. (2015). *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. Praha: Portál.
- Ross, P., & Cuskelly, M. (2006). Adjustment, sibling problems and coping strategies of brothers and sisters of children with autistic spectrum disorder. *Journal Of Intellectual And Developmental Disability*, 31(2), 77-86.
- Říčan, P., & Krejčířová, D. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
- Shea, J., & Bernard, C. (2013). *Family: Heart of Humanity*. Newcastle upon Tyne, UK: Cambridge Scholars Publishing.
- Schneider, B. H. (1993). *Children's social competence in context: the contributions of family, school and culture*. New York: Pergamon Press.
- Schopler, E., & Mesibov, G. B. (1984). *The Effects of autism on the family*. New York: Plenum press.
- Sibs* (n.d.). Dostupné z <https://www.sibs.org.uk>

Siegel, B., & Silverstein, S. (1994). *What About Me?: Growing Up with a Developmentally Disabled Sibling*. Cambridge, Massachusetts: Perseus Publishing.

Slowik, J. (2016). *Speciální pedagogika*. Praha: Grada.

Špatenková, N. (2011). *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada.

Štěpánová, M., & Blatný, M. (2009). Život se sourozencem s mentálním postižením: kritické momenty, zdroje zvládnání a osobní růst. *Československá psychologie*, 53(3), 241-260.

Švarcová, I. (2000). *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál.

The Sibling Support Project (n.d.). Dostupné z <https://www.siblingsupport.org>

Thorová, K. (2016). *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Praha: Portál.

Toth, K., Dawson, G., Meltzoff, A. N., Greenson, J., & Fein, D. (2007). Early Social, Imitation, Play, and Language Abilities of Young Non-Autistic Siblings of Children with Autism. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 37(1), 145-157.

Tsamparli, A., Tsibidaki, A., & Roussos, P. (2011). Siblings in Greek families: raising a child with disabilities. *Scandinavian Journal Of Disability Research*, 13(1), 1-19.

Valenta, M., Michalík, J., & Lečbych, M. (2012). *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada.

Van Riper, M. (2000). Family Variables Associated With Well-Being in Siblings of Children With Down Syndrome. *Journal Of Family Nursing*, 6(3), 267-286.

Veague, H. B. (2010). *Autism*. New York: Chelsea House.

Verte, S., Roeyers, H., & Buysse, A. (2003). Behavioural problems, social competence and self-concept in siblings of children with autism. *Child: Care, Health And Development*, 29(3), 193-205.

Výrost, J., & Slaměnik, I. (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada.

Waitman, A., & Conboy-Hill, S. (1992). *Psychotherapy and mental handicap*. Newbury Park: Sage Publications.

Web pro sourozence handicapovaných dětí (n.d.). Dostupné z <http://www.zvlastnisourozenci.wz.cz>

Příloha

CPQ, Forma A (vydání z roku 1975)

Část A1

Co děláš a co si myslíš

Napiš tiskacím písmem: Jméno _____ Příjmení _____

Věk: _____ Datum narození: _____ Chlapec Dívka

Třída: _____

Přečti si každou otázku a pak zakřížkuj takto ten čtvereček vedle otázky, který se nejlépe hodí. Jestliže máš záznamový arch, dělej značky jenom do něj. Pokud nemáš záznamový arch, dělej značky do sešitu.

Zde jsou dva příklady:

1. Četl by sis raději knihu NEBO hrál hru

Jestliže bys raději četl knihu, vyplníš čtvereček vlevo vedle této odpovědi. Kdybys raději hrál hru, vyplníš ten druhý čtvereček. Není žádná správná nebo špatná odpověď, protože každý člověk dělá rád něco jiného.

Je tu pár otázek, na které existuje správná odpověď, a ty mají tři odpovědi, ze kterých si vybereš jako v příkladu 2. Správná odpověď je 8, takže čtvereček vedle čísla 8 je vyplněn.

2. Následující číslo v řadě 2, 4, 6, __, je 2 NEBO 8 NEBO 12

Neztrácej u žádné otázky zbytečně mnoho času, i když se zdá, že je těžké ji zodpovědět. Prostě ji vyplň, jak nejlépe to dokážeš. Ujisti se, že jsi vyplnil každou otázku. Když během práce narazíš na slovo, které neznáš, zvedni ruku a učitel za tebou přijde. Můžeš začít pracovat.

1. Po škole se scházíš s kamarády a hrajete si NEBO si raději děláš něco sám
2. Když ti spolužák řekne, že věříš něčemu, co není pravda, budeš tomu přesto věřit NEBO se zeptáš jiných lidí, jestli to je pravda
3. Jsou tvé nápady lepší než nápady druhých dětí NEBO nejsou obvykle tak dobré
4. Děláš hodně chyb NEBO jenom pár
5. Přeješ si, abys měl více času být o samotě NEBO rád trávíš čas se svými kamarády
6. Říká ti maminka, že jsi moc pomalý NEBO děláš věci rychle a dobře
7. Cítíš se nešťastný na večírku, který už dlouho trvá a pokračuje NEBO si přeješ, aby ten večírek trval ještě hodně dlouho
8. Stává se často, že tvé plány nevyjdou NEBO vycházejí dobře
9. Když ti maminka řekne, aby sis umyl ruce, umyješ si je NEBO si je umyješ jen tehdy, když si myslíš, že tě zkontroluje
10. Jsi si obvykle jistý sám sebou NEBO se často necítíš moc jistý sám sebou

**JDI ROVNOU NA DALŠÍ STRÁNKU,
u každé otázky označ jen jeden čtvereček**

Nepiš sem.

A _____

C _____

11. Suchý je protikladem ke slovu *mokrý* NEBO *chladný* NEBO *lepkavý*
12. Je to těžké nasmát se lidem, když udělají chybu NEBO nemáš chuť se jim smát
13. Kdybys viděl v lese nějaká malá divoká zvířata, raději bys je jen pozoroval NEBO bys je chytal a lovil s lukem a šípy
14. Když ti rodiče nadávají, jsi vzteklý NEBO se ti chce plakat
15. Práce se má ke hře jako noc k *tma* NEBO *světlo* NEBO *den*
16. Musí ti učitel často připomínat, aby ses soustředil na svou práci NEBO se skoro nikdy nestane, že bys nedával pozor
17. Chodíš navštěvovat své kamarády, aniž o tom řekneš někomu z rodičů NEBO vždycky napřed řekneš někomu z nich, kam jdeš
18. Dokážeš zapomenout na nepříjemné věci, jako by se nikdy nestaly NEBO je pro tebe těžké zapomenout nepříjemné věci
19. Následným číslem v řadě 2, 5, 8, __, je 7 NEBO 11 NEBO 9
20. Řídíš se vždycky podle pravidel NEBO jenom, když musíš
21. Chtěl bys být raději učitelem NEBO vědcem
22. Myslíš, že by ses snadno naučil řídit letadlo NEBO by to bylo moc těžké
23. Které z těchto slov nepatří k ostatním *provázek, laso, zástrčka, drát* *laso* NEBO *drát* NEBO *zástrčka*
24. Myslí si tvůj učitel, že vydržíš dlouho klidně sedět NEBO že moc běháš po místnosti
25. Míváš hodně úrazů NEBO se držíš dál od věcí, které jsou nebezpečné
26. Stává se často, že se někdo dotkne tvých citů NEBO se to nestává skoro nikdy
27. Katčín strýček je mým otcem, v jakém vztahu je Katčina sestra ke mně *sestřenice* NEBO *neteř* NEBO *teta*
28. Spolužáci na tebe volají škaredou přezdívku, křičíš na ně taky NEBO se udržíš a povznesíš se nad tím
29. Nosíš obvykle svůj kabát pořádně zapnutý na zip nebo na knoflíky NEBO si ho na sebe jen hodíš
30. Byl bys raději kapitánem na klidné zaoceánské lodi NEBO kapitánem na válečné ponorce

**JDI ROVNOU NA DALŠÍ STRÁNKU,
u každé otázky označ jen jeden čtvereček**

Nepiš sem.			
B _____	D _____	E _____	F _____

31. Když se lidé baví o místě, které dobře znáš, NEBO jsi potichu, dokud nedomluví začneš jim o něm taky vyprávět
32. Jsi po většinu dní naprosto bdělý NEBO jsou dny, kdy se ti moc nedaří
33. Hrál bys raději nějakou drsnou hru, jako třeba ragby NEBO bys raději pouštěl draka
34. Čte většina dětí ve vaší třídě lépe než ty NEBO umíš číst dobře
35. Děláš věci, které bys dělat měl NEBO jen věci, které dělat chceš
36. Máš strach z velkých psů na ulici NEBO k nim rád chodíš a hladíš je
37. Představuješ si raději, že bys byl skřítkem NEBO že bys šel na lov tygrů
38. Přál by sis lépe vypadat NEBO si myslíš, že vypadáš dost dobře
39. Kdybys byl učitelem, nechal bys děti, aby dělaly hluk NEBO bys je přiměl, aby byly zticha
40. Když si jdeš před spaním lehnout, přemýšlíš o spoustě věcí NEBO obvykle rovnou usneš
41. Čteš si rád o válkách a bitvách NEBO tě války děsí
42. Zapomínáš na věci, o kterých jsi řekl, že je uděláš NEBO si většinou pamatuješ, co jsi řekl, že uděláš
43. Když jsou na tebe rodiče naštvaní, je to většinou jejich chyba NEBO obvykle cítíš, žeš udělal něco špatně
44. Když lidi něco nedělají tak, jak by se to dělat mělo, řekneš jim to NEBO máš pocit, že bys neměl nic říkat
45. Kdyby sis měl vybrat, byl bys raději učitelem ve škole NEBO velkým lovcem či atletem
46. Věnují ti lidé dost pozornosti NEBO musíš dělat takové věci, aby si tě všimli
47. Posloucháš rád, když mluví učitel NEBO bys chtěl raději mluvit sám
48. Je pro tebe snadné pohlídat si všechno, co ti patří *ano* NEBO *ne*
49. Kdyby sis mohl vybrat, šel bys raději na automobilové závody NEBO na výstavu psů
50. Máš úspěch ve většině věcí, o které se snažíš NEBO se ti věci často nedaří

**JDI ROVNOU NA DALŠÍ STRÁNKU,
u každé otázky označ jen jeden čtvereček**

Nepiš sem.			
G _____	H _____	I _____	J _____

51. Mluví s tebou dospělí doma tak, jako by na tvých pocitech nezáleželo NEBO tě uznávají a snaží se nezraňovat tvé city
52. Je pro tebe snadné porozumět druhým lidem NEBO je ti líto, že se neumiš s lidmi snadno blíže poznat
53. Když skupina lidí zpívá, raději by ses nepřidával NEBO bys rád zpíval s nimi
54. Když si z tebe lidi dělají legraci, vše to v tobě NEBO se usmíváš a je ti to celkem jedno
55. Říkají o tobě lidé, že jsi vždycky prvním, kdo vyzkouší novou vzrušující věc NEBO říkají, že jsi hodně opatrný
56. Cítíš se obvykle šťastný a spokojený NEBO často cítíš, že tě rozpláče jakákoliv maličkost
57. Seděl bys raději ve vyučovací hodině ve škole NEBO by ses díval na sportovní zápas
58. Rozčiluje tě, že se musíš zastavit a převléknout, než si jdeš hrát ven NEBO by ses převlékal tak jako tak
59. Jsi rád, že jsi žákem ve škole NEBO bys se školou skončil, kdyby to šlo
60. Jen málokdy se cítíš osamělý NEBO se cítíš osamělý docela často
61. Když si z tebe někdo vystřelí, velice se rozčílíš NEBO to v klidu přejdeš
62. Děláš často věci tak rychle, že toho později lituješ NEBO jsi pěkně v klidu a dáváš pozor na všechno, co děláš
63. Raději by ses učil něco nového ve škole NEBO se díval na televizi
64. Zdá se ti, že se ti vždycky nedaří hodně věcí, že jsi většinou našťvaný NEBO moc často našťvaný nejsi
65. Děláš si domácí úkoly, aniž ti to někdo musí připomínat NEBO ti to musí několikrát připomenout, než začneš
66. Když váš učitel nahlas čte, posloucháš každé slovo NEBO začneš myslet na něco jiného
67. Byl bys raději, kdybys nemusel být k lidem zdvořilý NEBO jsi rád zdvořilý
68. Když musíš jít k doktorovi, je těžké být odvážný NEBO tě to vůbec neobtěžuje
69. Když ti přesně řeknou, jak máš udělat nějakou práci, uděláš ji přesto tak, jak se to zdá nejjednodušší NEBO to uděláš přesně tak, jak ti řekli
70. Pamatuješ si většinu toho, co se naučíš NEBO snadno věci zapomináš

**OZNAČIL JSI JEDEN ČTVEREČEK U KAŽDÉHO TVRZENÍ?
ZNOVU SE PODÍVEJ A ZKONTROLUJ TO.**

Nepiš sem.			
N _____	O _____	Q3 _____	Q4 _____

Co děláš a co si myslíš

Napiš tiskacím písmem: Jméno _____ Příjmení _____

Věk: _____ Datum narození: _____ Chlapec Dívka

Třída: _____

Přečti si každou otázku a pak zakřížkuj takto ten čtvereček vedle otázky, který se nejlépe hodí. Jestliže máš záznamový arch, dělej značky jenom do něj. Pokud nemáš záznamový arch, dělej značky do sešitu.

Zde jsou dva příklady:

1. Četl by sis raději knihu NEBO hrál hru

Jestliže bys raději četl knihu, vyplníš čtvereček vlevo vedle této odpovědi. Kdybys raději hrál hru, vyplníš ten druhý čtvereček. Není žádná správná nebo špatná odpověď, protože každý člověk dělá rád něco jiného.

Je tu pár otázek, na které existuje správná odpověď, a ty mají tři odpovědi, ze kterých si vybereš jako v příkladu 2. Správná odpověď je 8, takže čtvereček vedle čísla 8 je vyplněn.

2. Následující číslo v řadě 2, 4, 6, _ je 2 NEBO 8 NEBO 12

Neztrácej u žádné otázky zbytečně mnoho času, i když se zdá, že je těžké ji zodpovědět. Prostě ji vyplň, jak nejlépe to dokážeš. Ujisti se, že jsi vyplnil každou otázku. Když během práce narazíš na slovo, které neznáš, zvedni ruku a učitel za tebou přijde. Můžeš začít pracovat.

1. Myslíš si, že většina dospělých je fajn NEBO se jim rád posmíváš, když u toho nejsou
2. Zdá se ti, že tě druhé děti využívají NEBO jsou k tobě milé
3. Myslíš si, že tě mají lidi tak rádi, jako ostatní ano NEBO ne
4. Myslí si lidé, že neděláš věci moc dobře NEBO si myslí, že většinu věcí děláš dobře
5. Jsi většinu času sám NEBO jsi skoro vždycky aspoň s jedním kamarádem
6. Myslí si dospělí, že se nechováš moc dobře NEBO si myslí, že se chováš, jak se patří
7. Máš rád jen několik dětí NEBO máš rád skoro všechny děti
8. Když se na hřišti hraje hra, stojíš obvykle bokem a díváš se NEBO jsi většinou jedním z hráčů
9. Když většinu lidí požádáš o pomoc, pomohou ti většinou rádi NEBO si skutečně přeji, abys je byl nepožádal
10. Jsi většinou v pohodě NEBO se zdá, že máš hodně problémů

**JDI ROVNOU NA DALŠÍ STRÁNKU,
u každé otázky označ jen jeden čtvereček**

Nepiš sem.

A _____

C _____

11. *Setrvat* je opakem *jit* NEBO *zůstat* NEBO *stát se*
12. Honi tě někdy ve snu zvířata NEBO máš pěkné sny
13. Říká se o tobě, že děláš to, co po tobě chtějí druzí NEBO se říká, že jsi neústupný a děláš si věci po svém
14. Když je tma, klidně jdeš po ulici, kde bydlíš, a nemáš strach NEBO si dáváš velký pozor na to, jestli tě někdo nesleduje a často se ohlížíš
15. Úl se má ke včely jako *hnízdo* k *domov* NEBO *vejce* NEBO *ptáci*
16. Když jsi zklamaný, máš chuť se prát NEBO se cítíš unaven
17. Šel bys raději na fotbalový zápas NEBO se procházel po lese
18. Když slyšíš nějaký smutný příběh, brzy se mu směješ a vtipkuješ o tom NEBO jsi pak velmi vážný
19. Následným číslem v řadě 12, 9, 6, __, je 4 NEBO 3 NEBO 5
20. Přemýšlíš častěji o vyučování a o tom, co se naučíš ve škole NEBO o vzrušujících věcech, které bys chtěl dělat
21. Chtěl bys být raději filmovou hvězdou NEBO podniknout výlet na Měsíc
22. Byl bys raději členem posádky vesmírné lodi NEBO bys raději pracoval s knihami v knihkupectví
23. Které z těchto slov nepatří k ostatním: *první, sčítání, devátý, druhý, devátý* NEBO *druhý* NEBO *sčítání*
24. Jsi ve vaší rodině tím klidným NEBO tím, kdo se dostává do problémů
25. Když si u tebe doma někdo něco zapomene, někdy se neobtěžuješ mu to vrátit NEBO si dáš práci s tím, abys mu to vrátil
26. Když uděláš něco špatně, trápíš se tím dlouho NEBO na to brzo zapomeneš
27. Jestliže je Janina teta mou matkou, v jakém vztahu je ke mně Janin bratr *bratranec* NEBO *synovec* NEBO *strýc*
28. Přeješ si, aby škola nebyla tak otravná NEBO je škola dobrá taková, jaká je
29. Když dostaneš na písemku špatnou známku, přeješ si, aby ses byl více učil NEBO na tom moc nezáleží
30. Kdybys uviděl divoká zvířata nebo hady, bál by ses NEBO by ti to připadalo jako zábava

**JDI ROVNOU NA DALŠÍ STRÁNKU,
u každé otázky označ jen jeden čtvereček**

Nepiš sem.			
B _____	D _____	E _____	F _____

31. Byl bys raději ve třídě, kde děti trochu zlobí NEBO ve třídě, kde jsou skoro všichni hodní
32. Když začneš něco vyrábět nebo kreslit obrázek, máš většinou čas to dokončit NEBO máš často pocit, že spěcháš od jedné věci ke druhé
33. Kdybyste si hráli, chtěl bys raději být zkušebním pilotem rychlých letadel NEBO slavným spisovatelem
34. Vylekají tě hlasité zvuky NEBO se tomu jen směješ
35. Udělal bys nějakou věc raději tak, jak říká učitel, že je to nejlepší NEBO ji raději uděláš tak, jak chceš ty
36. Když jsi s dospělými, mluví tolik, že máš pocit, že se nesmíš vměšovat NEBO jsou vždycky ochotní naslouchat ti
37. Pozoroval bys raději krásnou krajinu NEBO buldozer bourající dům
38. Vytýkají ti učitelé, že nedáváš pozor NEBO si myslíš, že dáváš pozor dostatečně
39. Šel bys raději na výlet s ostatními dětmi NEBO se svými rodiči a příbuznými
40. Máš někdy pocit, že nikdy nic neudělal dobře NEBO většinou děláš všechno dobře
41. Mohl by ses dotknout velkého brouka NEBO nesnášíš sahat na brouky
42. Díval by ses raději na zvířata v ZOO NEBO lezl na horu
43. Necháváš své hry a své věci, aby je někdo uklidil, když sis už přestal hrát NEBO je vždycky uklidíš sám
44. Stávají se skvělé věci každý den NEBO se většina dní zdá pořád stejná
45. Kdybys stál hodně vysoko na velké skále, měl bys strach NEBO by se ti líbilo dívat se dolů a mávat na lidi
46. Mají tě skoro všichni rádi NEBO tě mají rádi jen někteří lidé
47. Děláš svou úlohu pečlivě, protože je to správné takhle dělat věci NEBO je ti jedno, jak je udělaná, hlavně že to učitel vezme
48. Děláš rád to, co chtějí dělat tvoji přátelé NEBO nejsi šťastný, dokud nedělají to, co chceš ty
49. Hraješ rád rychlé a drsné hry NEBO raději pomalejší a méně hrubé hry
50. Jsou tvoji rodiče vždycky připraveni tě vyslechnout NEBO mají většinou moc práce

**JDI ROVNOU NA DALŠÍ STRÁNKU,
u každé otázky označ jen jeden čtvereček**

Nepiš sem.			
G _____	H _____	I _____	J _____

51. Má váš učitel jiné děti raději než tebe *ano* NEBO *ne*
52. Když se řekne "Pojďme to udělat společně," většinou souhlasíš NEBO řekneš "Mně se nechce."
53. Nechal bys raději někoho jiného, aby uklidil tvůj pokoj NEBO bys to raději udělal sám, aby to bylo přesně tak, jak ty chceš
54. Máš často smůlu ve škole a věci se ti nedaří NEBO máš občas smůlu, jako každý druhý
55. Většinu dní jsi poněkud přepadlý NEBO jsi většinou šťastný, plný elánu a energie
56. Když jedeš kolem autonehody s obrovským ohněm, díváš se, co se stalo NEBO se raději nebudeš dívat a později si poslechněš, co to bylo
57. Když jdeš do kina, bavíš se po celou dobu filmu NEBO tě to unaví a v půlce ztratíš zájem
58. Dokáží tě maličkosti rozčílit tak, že máš chuť do něčeho kopnout NEBO tě maličkosti nerozhodí
59. Dělal bys raději věci, které jsou bezpečné a správné NEBO nebezpečné a vzrušující věci
60. Snažíš se být zdvořilý ke starým lidem NEBO se od starých lidí držíš stranou
61. Když hraješ hru, stěžuješ si trochu, pokud nevyhraješ NEBO věříš, že správný sportovec si nestěžuje
62. Když se rozčílíš, odmlouváš nebo dokonce křičíš NEBO udržíš vždycky svůj hlas klidný, i když jsi rozčilený
63. Když si myslíš, že toto pravidlo pro tebe neplatí, přesto ho dbáš NEBO na něj nedbáš
64. Myslíš si, že lidé jsou někdy zlí jen proto, že chtějí být zlí NEBO si myslíš, že jsou spíš hodní
65. Kdo myslíš, že je šťastnější: člověk, který má dobrou práci NEBO člověk, který si dělá, co chce
66. Myslíš, že jsi vždycky zdvořilý NEBO jsi možná trochu hlučný
67. Když se mluví o hře, která je trochu nebezpečná, řekneš "Pojďme to zkusit" NEBO si myslíš, že je lepší vyhýbat se hram, kde se člověk může zranit
68. Máš rád večírky, kde se můžeš rozhodnout, jaká hra se bude hrát NEBO máš raději večírky s naplánovanými hrami
69. Říká se o tobě, že se moc nestaráš o svoje věci NEBO máš své věci vždycky v pořádku
70. Kdybys byl rozčilený, šel bys v klidu do svého pokoje NEBO bys za sebou práskl dveřmi

**OZNAČIL JSI JEDEN ČTVEREČEK U KAŽDÉHO TVRZENÍ?
ZNOVU SE PODÍVEJ A ZKONTROLUJ TO.**

Nepiš sem.			
N _____	O _____	Q3 _____	Q4 _____