

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta

Autoreferát disertační práce

Zkušenost rodičů dětí s problémovým a poruchovým chováním
Michal Voldřich

Katedra psychologie PEDF UK
Školitelka: PhDr. Ida Viktorová, PhD.

Studijní obor: Psychologie, Studijní program: Pedagogická a školní psychologie

2022

Uvedení tématu

Název disertační práce, zkušenost rodičů dětí s problémovým a poruchovým chováním, akcentuje dvě základní linie, jejichž rodičovské uchopení jsme podrobněji zkoumali. Jistým způsobem náš zájem dokumentuje výrok známý z lidové teorie „*no jo, my jsme prostě zlobili, oni mají dneska všichni to ADHD, nějakou poruchu*“. Jinými slovy, opakované porušování norem a pravidel chování má v našem kulturním kontextu obě složky – problém i poruchu. Problém znamená konflikt dítěte se společností, s jejími institucemi, hodnotami, řádem a požadavky na chování. Porucha, jak nás upozorňuje lidový mluvě, do problému zavádí medikalizační hledisko, nejedná se už jen o prosté překročení řádu, ale lze na něj nahlížet jako na zdravotně a psychologicky podmíněný stav. Cílem naší práce bylo prozkoumat, jak rodiče ve své zkušenosti zpracovávají oba aspekty, sociálně konfliktní rozměr chování jejich dítěte i to, že lze tyto projevy medikalizovat. Chceme tím navázat na výzkumy rodičovské zkušenosti, které více akcentovaly složku poruchy, zejména ADHD a prozkoumat i disruptivní dimenzi a její zpracování v perspektivě rodičů.

Nejdříve jsme prozkoumali, jak je problémové a poruchové chování zachyceno v odborné terminologii a diskurzu. Základními zdroji byly zdravotnické klasifikační systémy. Proč, když je oborem naší práce pedagogická psychologie? První vodítko nám poskytne samotný termín porucha, který jednoznačně implikuje oblast zdravotnictví. Jeho použití ale nezůstává v nemocnici, ambulanci lékaře či jiného zdravotnického pracovníka, ale vstupuje i do prostoru socializačních institucí i do běžného života. To naznačuje i druhá část názvu – chování. Zabývali jsme se především tím, co přináší **kategorie poruchy pro chápání projevů problémového chování**. Máme ale ještě jeden podstatný důvod, proč začínat v oblasti zdravotnictví. Jedině v jeho rámci vzniká jednotný pojmový aparát sdílený v širším kulturním a geografickém okruhu. Diagnózy užívané pro účely diagnostiky a léčby jsou zapsané v univerzálně používaných textech přeložených do národních jazyků, v klasifikaci nemocí a poruch. Všichni odborníci mají mít jistotu, že mluví o tom stejném, mají jednotný pojmový aparát nastavující mantinely jejich jazyku a promluvě.

Byli jsme si plně vědomí toho, že zmíněné ADHD, či stále ještě platnou terminologií MKN 10 hyperkinetická porucha, je něco jiného než porucha chování. Nicméně ve folkovém a někdy i expertním použití se můžeme setkat s jejich arbitrárním zaměňováním. Na analýze odborných taxonomiích, zejména z oblasti zdravotnictví MKN 10 (WHO, 2006) a 11 (WHO, 2021, on-line cit.2022-01-10) i DSM-5 (APA, 2015) jsme si všimli, že již na definiční úrovni lze vyzorovat osu, která nabízí jednotící hledisko a most mezi oběma kategoriemi. Tou je otázka sociální závažnosti, která se různou měrou stává kritériem poruchového chování ale i ADHD/hyperkinetických poruch.

Tento jev, promítající se do odborných taxonomiím, jsme označili za **metonymii sociálního rozvratu**. Jak jsme k tomu dospěli? U **poruchy chování**, zejména v evropských klasifikacích, je

disruptivní vztah ke společenské struktuře přímo jádrem kategorie. Základní charakteristikou jsou činy, které mají vůči společnosti výrazně narušující, či konfliktní charakter. I když se jedná o klinickou diagnózu, symptomy identifikované s jedincem jsou derivovány od společenských důsledků jedince chování. Na prvním místě je **společnost, která je akcemi inkriminovaného jedince ohrožována**. V MKN 10 je to, co dělá dítě/dospívající společnosti, tím jediným, co poruchu definuje. MKN 11 pak artikuluje i opačný směr, v důsledku chování je negativně ovlivňován i jedincův osobní a společenský život. Opakovaně jsme se pak dostávali k otázce, co tuto poruchou vlastně dělá medicínskou kategorií, když tím hlavním, co ji vymezuje jsou opakované konflikty se společenskými normami. Tuto nejasnost se pokouší řešit DSM-5, když kapitolu disociálních/agresivních/disruptivních vysvětluje **deficitem v regulaci a ovládní chování, či emocí**. I přes to, tím základním, co odlišuje poruchy chování a disruptivní poruchy od jiných regulačních poruch např. ADHD, je **míra sociální závažnosti projevů**.

I v **ADHD/hyperkinetické poruše je něco disruptivního**. Tato složka je ukrytá za primárními znaky, jimiž jsou **obecně psychologické charakteristiky**: hyperaktivita, porucha pozornosti, obtíže v inhibici. Sociální rozměr problému sice nemizí, ale je upozadován, je vyobrazen až jako náhoda, když se psychologicky vázané symptomy projeví zrovna na poli instituce. Na prvním místě při výkladu přestupku je zdravotní stav dítěte, nikoli ruptura v řádu instituce, ke které došlo. Není to vinou dítěte, nebo dokonce jeho záměrem, ale vše je způsobeno narušením psychických funkcí, v MKN 11 a DSM-5 dokonce neurovývojově podmíněných.

Co tedy dělají klasifikace? Kodifikují sociální transgresi jako zdravotní stav, kdy porucha vždy znamená nějaký způsob narušení. Napříč jednotlivými diagnózami postihujícími chování se mění jeho směr a povaha. U poruch chování dominuje externalizační disruptivní proud, jde od jedince ke společnosti. Co je narušené v jedinci je v různé míře upozaděné, a i když se DSM-5 přihlásí k obtížím v kontrole chování, či emocí, čímž se přibližuje pojetí ADHD/hyperkinetických poruch, tím hlavním, čím poruchy chování/disruptivní poruchy vymezuje, je vyšší míra sociální závažnosti. U ADHD/hyperkinetických poruch je poměr opačný, narušeno je zejména něco uvnitř jedince, v jeho psychice, či vývoji. Také disruptivní vztah ke společnosti není tak závažný jako u poruch chování, dokonce v DSM-5 je to jednou z důležitých podmínek pro odlišení od psychopatologických jednotek. **Jako by platila jistá úměra, čím je pro společnost čin závažnější, tím spíše se v univerzální medicínské kodifikaci akcentuje sociální rizikovost. Naopak při nižší míře sociální disruptivity se do popředí dostávají psychologické, či dokonce neurovývojové, podmínky vysvětlující problémový čin**. Naše analýza nám ukázala, že jednotlivé diagnózy jsou **uspořádané hierarchicky podle míry sociální závažnosti**. Na nejnižším stupni, ale přece jen už na škále, jsou hyperkinetické poruchy/ADHD. I děti s tímto jménem, ač nevinné svým chováním, jsou rizikové, mohou postoupit na vyšší etáž hyperkinetické poruchy chování, či dokonce

disociálního jednání. Podobně i mezi poruchou opozičního vzdoru a poruchami chování je vztah definovaný mírnou závažností. Dle autorů MKN 10 i 11 je porucha opozičního vzdoru méně závažnou variantou, než je porucha chování. V naší analýze jsme pak ukázali, že implicitním kritériem závažnosti je míra sociálního ohrožení.

Ve shodě s Lakoffem (2006) jsme mohli konstatovat, že odborná taxonomie má podobnou strukturu jako ta lidová. Podle Lakoffa jako lidé nedisponujeme objektivním přístupem ke světu okolo sebe, obsahy našeho myšlení jsou podle něj strukturovány podle takzvaných idealizovaných kognitivních modelů (IKM). V modelech jsou uspořádávány vědomosti, které nezrcadlí svět přesně takový, jaký je. Model je idealizovaný. Daná kategorie je definována v rámci struktury daného modelu. (Lakoff, 2006, s.78–86) Jednou z variant IKM je tzv. metonymický model. O metonymii hovoříme v situaci, kdy idealizovaný kognitivní model zahrnuje určitou podmínku, která definuje celou kategorii. (Lakoff, 2006, s.87-88) Tím se nám objasňuje, proč můžeme na problémové chování nahlížet jako na **metonymii sociálního rozvratu**. Viděli jsme, že poruchy chování ale také ADHD/hyperkinetické poruchy v sobě mají také zakomponovanou podmínku, vztah dítěte ke společenským normám a hodnotám. Kategorie poruch chování je dokonce odvozovaná od společenských důsledků: je to ten, jehož čin v našem zřízení zanechává rupturu. Podmínka, sociálního narušování je tím, čím je určované poruchové chování. Metonymie je ale dále rozvíjená i skrze časové hledisko. Zdravotnická taxonomie ukazuje, kam až věci mohou dospět. Od hyperkinetických poruch/ADHD až k disociálnímu chování, od poruch opozičního vzdoru/disruptivity až do poruch chování. Zde je metonymickou podmínkou potenciální hrozba finálového stavu, do kterého se jedinec až může dostat. Zaujalo nás, jak blízko má odborná klasifikace k lidovým teoriím. Příkladem může být všem známý výrok: „*ten roste pro kriminál*“.

Tím se dostáváme i k tomu, proč jsme nepojmenovali náš výzkum jako zkušenost rodičů dětí s ADHD, byť každý z rodičů měl tuto diagnózu k dispozici. Nevystihovalo by to přesně naše výzkumné téma, které cílí jak na problémový, tak poruchový rozměr. ADHD nabízí zajímavou možnost jak upozadit dimenzi problémového v chování, byť v sobě skrývá možnost jejího dalšího rozvoje. Druhým důvodem bylo to, že charakter problémového chování dětí splňoval i kritéria pro udělení poruchy chování, či poruchy opozičního vzdoru.

V další části jsme se pak zabývali výzkumy rodičovské zkušenosti dětí s problémovým chováním nebo přímo s ADHD. Opakovaně jsme viděli, že ADHD není pouhou deskripcí jakési naturální reality, ale akt přidělení diagnózy zavádí do institucionálních a rodinných vztahů prvek, který je nově strukturuje (např. Kolčárková, Lacinová, 2006, Malacrida, 2001, 2006, Bílková, 2013, Vindišová, Buránová, 2019). Tyto výzkumy nabízejí, že ADHD vede k sémantické reinterpretaci projevů vlastního dítěte. Přidělení diagnózy umožňuje spárovat projevy dítěte se zapsanými a odborně garantovanými kategoriemi, s ADHD, které je definované psychologicky. Už to není jen

“zlobení“ mého syna nebo dcery, s jehož následky se každý den musím potýkat, ale je to hyperaktivita, nepozornost, impulzivita a není to namířené přímo proti mně osobně. Zejména ve výzkumu Bílkové (2013) je rozpracované, jak vřazení symptomů do vztahového pole přináší podstatný posun v percepci dítěte, vytrhává subjektivní zkušenost z afektivních významů a dává jim nový rozměr. Chápání dítěte se nově strukturuje podle jména ADHD. Jeho atributy, které jsou svázány s klasifikacemi posouvající každodenní unikátní zkušenost do světa univerzálních, neosobních kategorií světa garantovaného odborníky z medicínské a poradenské sféry. Projevy dítěte už nejsou primárně obsazené silnými a často ambivalentními emocemi, které vybízejí k silným reakcím namířeným vůči sobě, či dítěti.

Důležitý pohled nabídlo srovnání výzkumu Bílkové (2013) s výzkumem Viktorové a Štecha (2001), jejichž informátoři s kategorií poruchy neoperovali. V jejich datech, stejně jako v těch Bílkové (2013), problémové chování vyhocuje vztahy rodiny a školy. Ukázali, že ústředním tématem v komunikaci rodičů a učitelů, je odpovědnost za řešení, která může nabývat až osobních významů. Řešením těchto a dalších ambivalencí bylo přijetí jedněch ze základních atributů školy, autority, řádu a disciplíny, které zajišťují socializaci osobnosti, u níž je riziko rozvoje disociálních znaků. Stejně tak u Bílkové (2013) vztahy rodiny se školou eskalují do vzájemného obviňování a zpochybňování, které má potenciál destruovat veškerou interakci. Již to není disciplinační funkce, co neutralizuje vzájemnou agresi. Tím prvkem se u informátorek Bílkové stává ADHD, a to za předpokladu, že rodiče i učitelé respektují jeho konstitutivní úlohu při vniku problémového chování a budou se řídit tím, jak vyžaduje zacházení s dítětem tohoto jména. Pakliže se zacházení s dítětem a komunikace rodiny a školy řídí pravidly ADHD mírní to afektivní složku vzájemné komunikace. Diagnóza, tento neosobní prvek na straně dítěte, ulevuje vychovatelům od jejich osobní odpovědnosti za vznik problémového chování a buduje novou odpovědnost. Výchovné akce jednotlivých socializačních aktérů jsou pak hodnoceny na základě toho, zda respektují potřeby dítěte s ADHD. Pakliže je tato podmínka splněna dostává se jim potřebného respektu, učitelé jsou uznáni v jejich roli, v jejich profesionalitě. Směrem do rodiny, školní problémy už nejsou chybou a selháním rodiče, může za ně ona biologická instance uvnitř dítěte. ADHD tedy nezbavuje jednotlivé aktéry odpovědnosti za další vývoj dítěte. Spíše ji nově rámuje a zbavuje jejich působení značky primárního etiologického faktoru, což tlumí ničivé síly, které se dávaly do pohybu v důsledku narcistických zranění postihující rodiče i učitele.

Předložené výzkumy ukazují něco, čeho jsme si všimli už na definiční úrovni problémového a poruchového chování. ADHD/hyperkinetická porucha akcentuje psychologické charakteristiky problému a upozadňuje disruptivní dimenzi chování. I přes to, že se výzkumy se zabíraly zejména rodičovským prožíváním ADHD, v této perspektivě se nakonec vždy ukázalo, že transgrese na pozadí stále zůstává a různými formami se nakonec vyjeví. Zde jsme chtěli navázat naším vlastním

výzkumem a zaměřit se na to, jak se formuje zkušenost rodiče, jehož dítě se dostává do konfliktu se společností a jejími institucemi.

Výzkumné otázky a cíle

Hlavním cílem předkládané studie bylo *prozkoumat rodičovskou zkušenost s vývojem, výchovou a školní docházkou svého dítěte s problémovým a poruchovým chováním*. Zajímají nás především rodičovské interpretace a způsoby, jakými zpracovávají situace týkající se jejich vlastního dítěte, ale i chápání výchovy a dalších praktik zacházení s problémovým chováním.

Z toho vyplývaly i základní výzkumné otázky, na které jsme následně odpovídali:

- 1) *Jak rodiče chápou problémové chování svých dětí a jaké významy mu přisuzují?*
- 2) *Jak do zkušenosti vstupují medikalizované kategorie problémového chování jako je ADHD, případně i další?*
- 3) *Jak do zkušenosti vstupuje sociální rozměr problémového chování? Jak rodiče zpracovávají praktiky a zásahy institucí (škola, zdravotnické, poradenské zařízení)?*
- 4) *V návaznosti na otázku č.3 nás zajímá, jak se ve zkušenosti odráží, že je rodič na straně dítěte, které se dostává do konfliktu se společností.*

Metodologie

Data jsem získal prostřednictvím rozhovorů s rodiči dětí, které docházeli do střediska výchovné péče pro problémové chování svých dětí, kde jsem byl zaměstnaný na pozici psychologa. Od původního záměru, využít data od rodin, které byly přímo v mé odborné péči, jsem nakonec upustil. Prvním důvodem byly technické obtíže s vedením podrobných záznamů, které bych následně mohl podrobit analýze. Tím druhým a důležitějším, byla moje poradenská role, která do velké míry ovlivňovala pohled, samotné zaznamenávání dat, které bylo první fází interpretace. Proto jsem se rozhodl o jiný postup, který by mi mohl nabídnout novou perspektivu a tím pádem možnost podívat se na svou každodenní zkušenost jako na něco nového. Proto jsem se rozhodl, že povedu rozhovory s klienty, které docházeli k mému kolegovi. To vygenerovalo 3 rodiny, se kterými jsem opakovaně vedl polostrukturované rozhovory a zaznamenával je na diktafon. Po jejich přepsání jsem je analyzoval pomocí metod zakotvené teorie. (Strauss, Corbin, 1999)

Závěry/výsledky

Naše analýza nám ukázala, že zkušenost rodičů dětí s problémovým a poruchovým chováním je možné vidět jako pohyb mezi **pólem ochrany/péče** a **výchovou/socializace**. Rodiče se v tomto smyslu ocitají v komplikovaných a často až neřešitelných situacích. Chtějí své dítě i sebe ochránit, protože by s nimi společnost mohla zacházet příliš tvrdě, trestat je, vyloučit je z účasti na

společném životě, označit je za neřády. Cesta ochrany se ale může zvrtnout a může rodinu zavést do maléru. Naši informátoři se pak potýkají s otázkou, zda jsou nebo nejsou rodiči dítěte porušujícího normy, nebo jestli oni sami normy porušují. Oba rodičovské cíle tak nemusejí být vždy kongruentní, dokonce někdy jdou proti sobě. Ochrana před reakcemi společnosti a boj o zachování rodičovské pozice se vždy dostane na hranu, kde není jisté, zda bude dítě vychované a socializované. V tomto kritickém bodě se otrásají jistoty, jsou zpochybněné výchovné praktiky vyplývající z rodičovských teorií o vývoji a výchově dítěte a není jisté, zda to všechno dělají správně. Převážení pólu ochrany nebo upadnutí do přílišné péče je riskantní a alespoň přechodně se dítě nebo rodič dostávají do skutečně transgresivní pozice.

Ačkoliv rodiče chtějí, aby bylo dítě slušné, nenásilné, respektovalo určité hodnoty, od okolí, školy, či klinických odborníků přichází zpráva, že je problémové. Dokonce instituce a další druzí upozorňují na nutnost vůči dítěti zakročit a zabránit v dalším rozvoji problému. Buď rodinu vyzývají, aby byla přísnější, trestala dítě, nebo dokonce využívají oficiální praktiky, dávají poznámky, svolávají výchovné komise, dokonce hrozí, že dítě půjde do výchovného zařízení. Tomu se rodiče brání, zpochybňují takové kroky, ukazují je jako neadekvátní a pokoušejí se dítě i sebe **ochránit** před příliš tvrdým zacházením. Vysvětlují, proč jsou navrhované postupy nevhodné, že neodpovídají charakteristikám dítěte, nebo ideologii správné výchovy. Naproti tomu ukazují, že jejich postupy vystavené na rodičovských teoriích jsou ty správné.

Rodiče bojují za své dítě i za sebe a pod vlajkou poruchy nebo ideálu se snaží ukázat, jak by mělo být dítě vedené. Nicméně jejich teorie a praktiky se dostávají na hranu. Jakoby se prostředky, které umožňovaly vidět péči a ochranu dítěte jako nezbytnou, v **určitou chvíli vyčerpaly** a do popředí se dostala **nutnost dítě vychovat, zavést a udržet v jeho životě řád**. Nikdy ale není jisté, zda se to povede.

Jak jsme tedy zodpověděli naše otázky?

- 1) *Jak rodiče chápou problémové chování svých dětí a jaké významy mu přisuzují?*
- 2) *Jak do zkušenosti vstupují medikalizované kategorie problémového chování jako je ADHD, případně i další?*

Teorie vývoje a mechanismů problémového chování

Kolem problémového chování rodiče vytvářejí poměrně komplikované koncepce, které jim umožňují vidět projevy svého dítěte jako logické a vyžadující speciální zacházení. Základním stavebním kamenem pro porozumění **mechanismům problémového chování** je vždy **teorie vývoje**. Ta stojí na dvou nohách. Vždy vychází z deskripce a interpretace vývoje vlastního dítěte a je v různé míře explicitnosti opřena o **názory odborníků**, či jejich **diskurz**. **Příčina** aktuálních problémů v chování je vždy v něčem **vrozeném a naturálně spjatém s dítětem**.

Problémové chování chápané jako výraz syndromu, či vývojové dispozice, ho umožňuje chápat jako nezáměrné a zároveň rodičem-vypravěčem i dítětem nezaviněné. Mezi rodiče a problémový vývoj dítěte, ale i mezi dítě a akci s jejími sociálními důsledky, je vždy vsunutý třetí prvek garantovaný expertem či jeho diskurzem. Tento element je skutečnou příčinou problému. Vždy platí, že rodičovská výchova ani péče nezpůsobily, že se dítě vyvíjelo a chová problémově, determinantou je vnitřní dispozice. Stejně tak aktérem řídícím chování není dítě samotné, ale diagnóza, která má tu skutečnou moc konat. Dochází k celkovému rozpojení mezi jednotlivými aktéry a činy. Chování, které vede k napětí a konfliktním situacím není záměrné ani směřované na druhého. Vládnu zde jiné síly jejichž kredibilitu zajišťují experti. Problémové chování tak může být důsledkem pouhé souhry deficitu dítěte a nepřipraveného okolí, nebo aktuálně operující vnitřní instance ADHD. Takové chování není osobní, rodič za něj není osobně odpovědný a není projevem osobní angažovanosti dítěte.

Avšak ve chvíli, kdy rodič opouští zónu poruchy, dostává se do jiného, výrazně nebezpečnějšího prostoru. Chování dítěte se zde neřídí logikou, na niž dohlíží poradensko-zdravotnický sektor. Lékař ani poradenský pracovník zde nemá explanační moc a akce dítěte jsou skutečně jeho a jsou cílené. Problémové chování se tím posouvá do afektivně-osobní polohy, je výrazem nálady. Rodič v dané situaci nemá garanci třetí strany a je vystavená přímým útokům na svou osobu. Dítě je v tu chvíli vyřazené ze hry. Zde se naše výsledky shodují s výzkumy realizovanými na toto téma (viz výše).

3) Jak do zkušenosti rodičů vstupuje sociální rozměr problémového chování? Jak zpracovávají praktiky a zásahy institucí (škola, zdravotnické, poradenské zařízení)?

Vnější formativní faktory rodičovské zkušenosti

Ukázalo se, že sociální rozměr problémového chování je v rodičovských vyprávěních zastoupen dvěma kategoriemi: **okolím/druhým-druhými** a **školní institucí**. Ty společně s **teoriemi vývoje** a **mechanismů problémového chování** pomáhají **formovat rodičovskou výchovnou pozici: výchovné záměry a sebeobraz**.

Rodičovská znalost a chápání svého dítěte se vždy vztahuje k vnějšímu světu. To, jak rodiče vnímají sami sebe a to, co ve výchově dělají, vzniká vždy v interakci mezi tím, jaké významy přisuzují vývoji svého dítěte a tím, jaké zprávy přicházejí z mimo rodinného prostoru. Je to vždy opoziční vztah. Rodiče se brání a vzdorují tomu, co jim říká nebo co reprezentuje okolí/druhý, nebo zástupci školy. Brání se proti nim a tím získává jejich obraz konkrétní obrysy. Zprávy přicházející z vnějšího světa vždy vyjadřují požadavek na omezování vývoje a chování dítěte, čemuž rodiče vzdorují, protože to neodpovídá jejich teoriím a zkušenostem.

Okolí/druhý je narativní figura, která se ve vyprávěních opakovaně objevovala. Znázorňuje lidskou entitu s jistou mírou neurčitosti. Je něčím, co rodinu obklopuje, hodnotí ji a rodič je nucen

s ní vést dialog, bránit se jí. I když je ve vyprávěních někdy reprezentovaná konkrétními lidmi, kamarádkou, odborníky, učiteli, se kterými se rodič setkal, následně vždy přechází v blíže nespécifikovanou skupinu, vyabstrahovanou o většinu konkrétních charakteristik a zůstává jako hlas nebo obraz. Okolí/druhý vždy vystupuje v linii toho, jak by věci okolo výchovy měly vypadat a říká, že vývoj a projevy dítěte je potřeba nějak svázat a dát jim hranice. Proti tomu se rodiče různými způsoby vymezují. Hlas okolí/druhých často rodičům vyčítá, jak vychovávají své dítě, chce po nich větší míru omezování a disciplinace projevů a vývoje dítěte. Rodiče se proti tomu postaví a oporou jim jsou jejich teorie, různou měrou podepřené o znalosti odborníků. Na pozadí tohoto dialogu se ukáže, že jejich **záměrem je vychovávat dítě tak, aby bylo schopné dodržovat normy společnosti**. Proti více méně neurčitému **okolí/druhému-druhým** se profiluje konkrétní postava rodiče v reálných obrysech. I když se v určitou chvíli objeví někdo ze života, k formulaci vlastního postoje a vymezení toho, co rodič dělá, většinou dochází v interakci s abstrahovaným okolím/druhým. Jistota rodičovského sebeobrazu se ale vždy otrásá a vyžaduje obnovu. Děje se tak zejména při setkávání a komunikaci se školní institucí a jejími konkrétními zástupci.

Obtíže při vstupu do instituce

Rodiče neartikulují nutně vstup do školy/školky jako znehodnocující zážitek. U dvou ze sledovaných rodin se spíše ukázalo, že státní instituce na ně není připravená, což **vyžadovalo zásah a vstup rodiče na území instituce**. Rodiče tak museli zasáhnout přímo ve škole nebo ve školce, aby zvládli chování či jiné projevy dítěte, na které učitelé nebyli připravení. U dvou rodin se nakonec v instituci vynořila učitelka, která dokázala problémy nezralého organismu zvládnout a rodiče jí mohli s klidem odevzdat své dítě.

Nicméně s narůstajícími problémy, kdy škola různými formami informovala o problémech, se rodiče dostávali pod palbu kritiky zpochybňující jejich výchovu a je samotné. Ani za této situace nezůstávají narativně pasivní a brání se. Využívají přitom tzv **techniky delegitimizace školy**.

Techniky delegitimizace

Nebylo zcela jasné, zda rodiče používali techniky delegitimizace v přímé interakci se školou. Podstatné ale je, že se stávaly prostředkem obnovování obrazu vybudovaného na podkladě teorií vývoje a vyvzdorovaného proti okolí.

První, z použitých postupů bylo položení **dotazu, co má rodič dělat**, aby zamezil problémovému chování. Když na něj škola nedokázala odpovědět, ztratila legitimitu kritizovat a vyčítat rodičům výchovu, když sama nedokázala být garantem správné výchovy a dobře poradit.

Další technikou bylo **zpochybnění institucionálních praktik vzhledem koncepci problémového chování jako dítětem neřízeného**. Psychologizace a medikalizace problémového chování měla etické důsledky. Pakliže dítě není mocné své chování zastavit, jak ukázaly rodičovské teorie, nemělo by za něj být ani trestané. To ale nemuselo nutně znamenat zpochybnění, že

k překročení normy doopravdy došlo. Naopak jsme pozorovali, že dochází k **potvrzení deliktní povahy činu**, avšak **při redistribuci odpovědnosti**. Co dítě provedlo, bylo skutečně problémové, tomu se nelze vyhnout. Když ale dítě nebylo schopné svůj akt ovládnout, ale řídila ho zprostředkující vnitřní instance, bylo odpovědností pedagoga, aby dítě zastavil a zabránil tím vzniku transgrese. Teď nejednalo dítě ale to, co je v jeho vnitřku a není pod jeho vládou. Z povahy věci pak nebylo za chování odpovědné dítě ale učitel. To on umožnil, aby byl čin spáchaný. Pokud navíc za své vlastní pochybení trestal dítě, dokonce při použití prostředků instituce, kterými on disponoval jakožto její zástupce, ztrácel tím svou legitimitu, svůj status učitele. Institucionální praktiky nemohli být v danou chvíli platné a byly jen libovůlí učitele.

Poněkud silnější variantou delegitimizace se stávalo **sémantického přerámování** problémového chování, které vyvracelo, že vůbec k problémovému chování došlo. Jedná se o situaci, kdy byl projev zpochybněný jako deliktní. Nemohl jím být, protože cílem nebylo útočit nebo ohrožovat druhé. To, co učitelé popisovali, bylo spíše projevem hyperaktivity, nebo dětské nevinnosti, která nebyla na nikoho namířená. Byla pouze výrazem vnitřního neklidu, či vývojových charakteristik, které se pouze zachytily o přítomné objekty.

Okolí/druzí i školní instituce vždy podávali zprávu o překračování řádu, vývoje či chování, a požadovali nápravu, chtěli něčemu zamezit. Vůči tomu se rodiče vymezovali, cítili a viděli, že to, co od nich ostatní žádali, je nemožné, nelze toho dosáhnout, nebo to odporovalo jejich teoriím vývoje a záměrům. Okolí a instituce chtěly něčemu zamezit, ale rodiče se tomu bránili, protože nechtěli ublížit dítěti, nebo to se po nich žádalo zkrátka nebylo možné zajistit.

4) V návaznosti na otázku č.3 nás zajímá, jak se ve zkušenosti odráží, že je rodič na straně dítěte, které se dostává do konfliktu se společností.

I přes nelichotivé a konkrétní zprávy od školních institucí i přes to, co jim říkalo okolí, rodiče dokázali ubránit své postoje a praktiky jako ty správné. Bojovali za svou rodinu a svůj přístup k dítěti. Vymezovali se proti požadavkům aktérů vnějšího světa na omezování dětských projevů a vývoje a měli k tomu dobré důvody. Bránili své dítě před nespravedlivými praktikami, před hrozbou, že jim instituce nezvládne zajistit, co potřebují, brání ale i sami sebe, své výchovné záměry a svůj sebeobraz.

Řád, neřád a jak dál?

Kam se ale dostali? Často na hranu. Zatím pozici dokázali uhájit za pomoci různých diskurzivních postupů podpořených teoriemi vývoje a odborníků. Vyskytly se ale situace, kdy ani těžce vybudovaná rodičovská pozice a garance expertů nestačila a rodiče byli konfrontováni

s nebezpečím, že spadnou **do maléru a budou společně s dítětem v transgresivní pozici**. V tuto chvíli už nešlo aplikovat psychologické a zdravotnické kategorie ani využít legitimacy zdravotnických a poradenských odborníků. Otevřelo se riziko, že socializace nedopadne dobře. V takové chvíli rodiče **artikulovali nutnost řádu v životě dítěte a vztahu s ním**, takového řádu, který je mimo zdravotnicko-psychologický rámec. Požadavek je ale komplikovaný, a ne vždy bylo jasné, jak ho docílit nebo kdo by ho měl garantovat.

Rodiče se dostali do vnitřního etického sporu, který jsme charakterizovali jako *přísný x mírný přístup*. Ačkoliv sami využívali disciplinačních postupů nebo je hájili jako svou vlastní hodnotu, v důsledku vnitřních dispozic dítěte byli nuceni přijímat praktiky domluvy. Ty byly v určitém ohledu úspěšné, nicméně vznikala nejistota, *jestli pak dítěti všechno neprochází*. Přístup schválený odborníky sice zmírňoval intenzitu problémového projevu, ale při uvědomění si rizika potencionálních důsledků, se rodičova vlastní pozice otřásala v základech. Vznikala nejistota, jestli on sám svými postupy nevychovává dítě, které nepocítí hranice a zda z jejich dítěte nevyroste neřád. Co říkali experti už nestačilo a byl vysloven **požadavek garance nadřazené instance**, která by pomohla ujasnit si, jaká výchova bude v souladu s řádem společnosti a umožní dítě vychovat. Rodič potřeboval jistotu toho, co je správné a jak se k tomu dostat.

Jiným způsobem, jak se s možným malérem vyrovnat je **rodičovská identifikace s požadavkem sociálního řádu a jeho obnova skrze výchovné praktiky zpřítomňující požadavek slušnosti**. I když dítě neřeklo „dobrý den“, nebo řeklo učitelce, že je „čůza“, rodič stále slušné chování vyžadoval. Nelze docílit toho, aby se slušnost stala součástí dítěte, i přesto je dále zpřítomňovaná jako hodnota. I když dítě stále nezdraví, nebo se chová vulgárně, rodič po něm stále chtěl, aby se choval, tak jak se sluší a patří. Svým výchovným snažením pak udržoval slušnost při životě.

Závažnější situací bylo, když se **rodič ocitl ve stejné pozici jako dítě, on sám byl aktérem deliktu a dostával se do transgrese stejného řádu**. V takové chvíli bylo nutné znovu zavést do vztahu pořádek, který byl rodičovským počínáním zničen. K tomu jedna z informátorek využívala **symbolický akt omluvy, který znovu obnovoval řád a pořádek v jejich vztahu**, zejména potom, co byla ohrožená hranice vztahu matky a syna. Ani zde negarantoval řád žádný expert. Výsledkem nebylo nalezení vyšší autority, ale znovuobnovení asymetrického postavení matky a dítěte.

Vše začalo malérem a malérem se také uzavřelo. Starosti rodiče nikdy nekončí, stále musí své dítě vychovávat ale také pečovat a starat se o něj. I když našel něco, co mu pomáhá svou zkušenost integrovat, vždy se znovu ohlásil rozvratný prvek chování a připomněl, co všechno hrozí. Nešlo, než dále pokračovat a své dítě vychovávat, ale také ho chránit.

Když se pokusíme souhrnně odpovědět na otázku, jak je zkušenost rodičů s problémovým a poruchovým chováním, můžeme říci následující: Rodiče ve své zkušenosti zpracovávají obě linie, které jsme zaznamenali ve zdravotnických klasifikacích. Rodičovská zkušenost vykazuje tendenci k úměře, jakou jsme pozorovali u MKN 10, 11 a DSM-5. **Míra medikalizace a psychologizace obtíží v různé míře upozadňuje sociálně konfliktní rozměr a naopak, čím více vystupuje do popředí transgresivní aspekt a s ním výchovně-socializační rovina, tím méně se lze opírat o medikalizované schéma.** Zároveň medikalizační složka věci umožňuje dítě ochraňovat a pečovat o něj. Teorie vývoje, jejíž součástí je interpretace obtíží jako důsledek poruchy, pomáhá rodičům vyrovnávat s problémovými projevy, chápat je jako nikým nezaviněné, a své dítě vidět jako někoho, kdo potřebuje pomoc a speciální péči, ne trest. V tomto momentě se ve zkušenosti začne ohlašovat metonymie sociálního rozvratu. Nejdříve ji rozeznávají okolí/druzí nebo škola, obě instance k rodině promlouvají, upozorňují a požadují, aby zamezili problémovému chování, zastavili ho zákazem, trestem, či ho jinak svázali. Tento hlas ale rozmělní kategorie poruchovosti. Dítě se sice může chovat problémově, překračovat pravidla, ale z povahy poruchovosti za to není zodpovědné. Dohlížet by měli ti, co mají z povahy své profese ochránit dítě před řáděním toho, co je uvnitř dítěte a co je skutečným viníkem transgrese. Když toto učitel nesplní, stane se spolupachatelem a je vinen nepřekážením činu. Další variantou je, že chápání projevu dítěte jako deliktu je vůbec chybnou interpretací. Je totiž hyperaktivitou a není v něm nic agresivního. I když medicína a psychologie pomáhají při obraně a boji za rodinu jako za instituci nedopouštějící se transgrese, i diskurz poruchy se v určitou chvíli vyčerpá a dimenze rozvratu ohlásí takovou silou, že se nelze spolehnout na to, co ji dříve neutralizovalo. V takové chvíli i rodiče opouštějí zónu poruchy a hledají způsoby, jak se přihlásit k sociálnímu řádu, který by garantoval, že nepropadnou oni ani jejich děti transgresi.

Při porovnávání výzkumu Viktorové a Štecha (2001) s výzkumem Bílkové (2012) jsme si všimli, že na úrovni vztahů rodiny a školy došlo k proměně. Shoda panovala v tom, že problémové chování nabíjí vzájemné vztahy negativními emocemi, vede k vzájemnému obviňování atd. U Viktorové a Štecha tuto dynamiku neutralizoval požadavek řádu, autority a disciplíny, skrze který škola poskytovala garanci, že dítě nepropadne zlu, anarchii a chaosu. Také u Bílkové jsou napjaté vztahy rodiny a školy řešené pomocí třetího prvku, tím je diagnóza a její řád. Když podle něj učitelé jednájí, jsou respektováni jako odborníci a rodiče se jimi nechávají vést. Jak je to v našich datech?

Zákony poruchy a diagnózy neutralizují mnoho negativních emocí, to je pravda. Ale to bylo nedostatečné a neřešilo se tím, že dítě ve škole selhávalo. Do hry se znovu dostával požadavek řádu, který nezajistila ani škola, ani expert. Všechny sledované rodiny se neustále potácely nad propastí nezdařené socializace a neměly nikoho, kdo by jim poskytl záruku správné cesty, a tak ji hledaly jinde.

Literatura

American Psychiatric Association, 2015. DSM-5, Diagnostický a statistický manuál duševních poruch. Praha: Hogrefe-Testcentrum, 1032 s., ISBN 978-80-86471-52-5

Bílková, Zuzana. 2012. *Rodinná a školní socializace dětí s ADHD*. Praha, Disertační práce. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Oddělení pro vědeckou činnost. Vedoucí práce Pavelková, Isabella, 152 s.

Buránová, Monika, Vindišová, Jana, 2019. *Skúsenosti matiek s výchovou detí s ADHD – fenomenologická analýza*. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 53, 2019, č. 1, s. 5–24.

KLÍMA, Pavel, KLÍMA, Josef. 1978. *Základy etopedie: Uvedení do etopedie, nárys vývoje a organizace péče*: 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 124 s.

Klíma, Pavel, 1988. *Obtížně vychovatelná mládež*. In: Edelsberger, Ludvík a kol. Speciální pedagogika pro učitele prvního stupně. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, s.28-54

Lakoff, George, 2006. *Ženy, oheň a nebezpečné věci*. Co kategorie vypovídají o naší mysli. Praha: Triáda, 656 s., ISBN 80-86138-78-X

Malacrida, Claudia, 2001. *Motherhood, Resistance and Attention Deficit Disorder: Strategies and Limits*. The Canadian Review of Sociology and Anthropology, 38, ISSN 00084948 s. 141-165.

Malacrida, Claudia, 2006. *Medicalization, Ambivalence and Social Control: Mothers' Descriptions of Educators and ADD/ADHD*. Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine. Vol 8(1): 61–80.

Strauss, Anselm, Corbin, Juliet, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice, Sdružení Podané ruce a Nakladatelství Boskovice. 196 s., ISBN 80-85834-60-X

Štech, Stanislav, Viktorová, Ida, 1992. *Rodičovské pohledy na školu a vztah dětí k ní*. In PSŠE. Co se v mládí naučíš...Praha: PedF UK 1992, str. 144–163. ISBN 80-7290-046-3

World Health Organization, 2006. *Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize, Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha, Psychiatrické centrum Praha, 251 s., ISBN 80-85121-11-5

World Health Organization, 2021. International Classification of Diseases 11th Revision. (online cit.2022-01-10) dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>