

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra pedagogiky a psychologie

Zdeňka Bajgarová

Obtížný temperament v raném dětství

Disertační práce

Vedoucí práce: prof. PaedDr. Iva Stuchlíková, CSc.

Studijní obor: Pedagogická psychologie

ČESKÉ BUDĚJOVICE 2017

Prohlašuji, že svoji disertační práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své disertační práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Praktická část práce byla provedena s podporou GA JU (grant 100/2013/S a 139/2013/S).

Datum:

.....

Podpis

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování prof. Ivě Stuchlíkové za její laskavé a vstřícné vedení. Dále bych chtěla poděkovat MUDr. Milanu Hanzlovi, Ph.D. za to, že mi umožnil uskutečnit kvantitativní část mé studie na neonatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice. Rovněž děkuji respondentům kvalitativní části práce za jejich otevřenost, se kterou mluvili o svých prožitcích. V neposlední řadě děkuji celé mé rodině a zejména těm jejím členům, kteří se na mé disertaci aktivně podíleli. Lví podíl na ní má můj manžel, protože změřil a zpracoval všechna fyziologická a genetická data. Velikou obětavost projevila moje matka, když po mě vše přečetla a opravila stylistické a gramatické chyby. Mé dceři Johance pak děkuji za vytvoření některých schémat v mé práci.

NÁZEV: *Obtížný temperament v raném dětství*
AUTOR: *Mgr. Zdeňka Bajgarová*
KATEDRA: *Katedra pedagogiky a psychologie, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích*
ŠKOLITEL: *prof. PaedDr. Iva Stuchlíková, CSc.*

ABSTRAKT: *Disertační práce se skládá z kvantitativní a kvalitativní části. V kvantitativní části práce byl řešen vztah mezi polymorfismy v genech pro MAO-A, COMT a serotoninový transportér, stresovou reakcí novorozence na odběr krve z patičky (měřenou stanovením salivárního kortizolu ve třech časových bodech) a temperamentem ve třech měsících zjišťovaným pomocí Rothbart Infant Behavior Questionnaire-Revised na vzorku 84 kojenců. Sledované polymorfismy měly souvislost jak s průběhem stresové reakce, tak s tříměsíčním temperamentem. Krátká alela genu pro serotoninový transportér souvisela s vyšší mírou negativního afektu a nižší seberegulací. Homozygoti pro více aktivní alelu MAOA polymorfismu měli nejnižší úroveň negativních emocí oproti oběma zbylým skupinám, oproti heterozygotům HL byli také více extravertní a seberegulovaní a měli větší pokles kortizolu při odeznění stresové reakce. Přítomnost méně aktivní L alely MAOA souvisela s větší mírou negativních emocí a nižší seberegulací; homozygoti LL měli také nejvyšší nárůst kortizolu po odběru krve z patičky. Met alela v COMT Val158Met polymorfismu byla spojena s vyšší extravertzí a seberegulací a větším poklesem kortizolu. Všechny tři sekundární škály IBQ-R u tříměsíčních dětí bylo možno predikovat z jejich stresové reakce po odběru krve z patičky tři dny po porodu. Vyšší nárůst a nižší pokles kortizolu předpovídal úroveň Negativní emocionality, větší pokles kortizolu pak určoval úroveň Extraverze a Pozornosti/regulace. Velikost poklesu kortizolu částečně mediovala vliv COMT Val158Met polymorfismu na sekundární škálu Extraverze.*

Kvalitativní část práce je multikazuistickou studií šesti párů rodičů malých dětí s obtížným temperamentem založenou na polostrukturovaných rozhovorech analyzovaných v souladu s kvalitativními postupy. Jako nejnáročnější se jevil neutišitelný pláč v prvním půlroce dítěte a dále raná nespavost a eskalace spánkových obtíží později ve vývoji. Matky v podstatě nenalezly

efektivní strategii pro redukci pláče, některým se ale podařilo ovlivnit své prožívání tohoto fenoménu. Jako nejpodstatnější se ukázalo, zda byly schopné se nějakým způsobem zbavit pocitu selhávání v rodičovské roli. Největším dilematem ohledně managementu spánku bylo (ne)využití ignorování nočního pláče dítěte. Rodičovství dítěte s obtížným temperamentem bylo pro některé rodiče příležitostí ke změně svého pohledu na rodičovství i sebe sama směrem k širšímu chápání obojího. Péče o dítě s obtížným temperamentem byla výjimečnou zátěží pro partnerský vztah; čtyři páry prožily v této souvislosti partnerskou krizi. Jako nejdůležitější se v souvislosti se spokojeností v manželství jevila angažovanost otce v péči o dítě. Nedostatečná angažovanost otce vyvolávala nespokojenost matky a způsob, kterým matka tuto nespokojenost projevovala, dále ovlivňoval partnerský vztah.

KLÍČOVÁ SLOVA: *raný obtížný temperament, stresová reaktivita, genetické polymorfismy, rodičovství, partnerský vztah*

TITLE: *Difficult temperament in early childhood*

AUTHOR: *Mgr. Zdeňka Bajgarová*

DEPARTMENT: *Department of Pedagogy and Psychology, Faculty of Education,
University of South Bohemia in Ceske Budejovice*

SUPERVISOR: *prof. PaedDr. Iva Stuchlíková, CSc.*

ABSTRACT: *The presented dissertation consists of both a quantitative part and a qualitative part. The quantitative part deals with the relationship between 5-HTTLPR S/L, MAOA H/L, and COMT Val158Met polymorphisms, the stress reaction of new-born infants after a heel stick blood draw (measured by determining salivary cortisol at three time points) and temperament assessed at age three months by Rothbarth's Infant Behavior Questionnaire-Revised in a sample of 84 infants. Observed polymorphisms were related both to the course of the stress reaction and to temperament. The short allele of serotonin transporter polymorphism was connected to higher scores in the secondary scale of Negative Affect and lower scores in the secondary scale of Attention/Regulation. Homozygotes for the more active allele of MAOA polymorphism (HH) had the lowest scores in Negative Affect compared to both of the remaining groups, they also had higher scores in the secondary scale of Extraversion and Attention/Regulation and a greater decrease of cortisol in comparison to HL heterozygotes. The presence of low-active L allele predisposed their carriers to higher scores in Negative Affect and lower scores in Attention/Regulation. LL homozygotes had the highest increase of cortisol after a heel stick blood draw. The Met allele of COMT Val158Met polymorphism was connected to higher Extraversion and Attention/Regulation and a greater cortisol decrease. It was possible to predict all three secondary scales of IBQ-R from the stress reaction after the heel stick blood draw. Negative Affect was predicted by a higher increase and a lower decrease of cortisol. Extraversion and Attention/Regulation were predicted by a greater cortisol decrease. The magnitude of cortisol decrease partially mediated the influence of COMT Val158Met polymorphism on Extraversion.*

The qualitative part of the dissertation is a multi-casuistic study of six couples parenting infants with difficult temperaments. It is based on semi-structured interviews that were analysed in accordance with qualitative procedures. The most difficult infant displays to manage were unsoothable crying in the first six months and early sleeplessness and a later escalation of sleeping problems. Mothers were essentially not able to gain control over the amount of crying, but some of them managed to influence their experience to achieve a greater acceptance of it. To do this, it was necessary for them to eliminate their feelings of failure in the parental role. The parents' biggest dilemma concerning their infants' sleeping problems was whether to use the "cry it out" strategy or not to manage them. For some parents parenting a difficult infant was an opportunity to re-evaluate their approach to parenting and the parental role, significantly broadening the concept of both. Caring for a difficult infant significantly strained the marital relationship; four couples experienced marital crisis during the care of their child. The father's involvement in infant care seemed very important in this respect. Insufficient involvement led to dissatisfaction in the mother, the way the mother communicated her demands further influenced the marital relationship. Particular behaviour that the mother understood as the father's involvement in infant care emerged.

KEYWORDS: *infant difficult temperament, HPA axis reactivity, genetic polymorphisms, parenting, partner relationship*

Obsah

Úvod	11
1 Temperament	13
1.1 Podstatné charakteristiky temperamentu.....	13
1.2 Teorie temperamentu M. K. Rothbartové	14
1.2.1 Geneze Rothbartové teorie	15
1.2.2 Definice temperamentu dle Rothbartové, struktura kojeneckého temperamentu ...	16
1.3 Vývoj projevů temperamentu v raném věku.....	18
1.3.1 Vývoj pozitivní emocionality	18
1.3.2 Vývoj negativní emocionality.....	18
1.3.3 Vývoj seberegulace	20
1.4 Temperament a následná psychopatologie	21
2 Koncept obtížného temperamentu	23
2.1 Thomas a Chessová - vymezení obtížného temperamentu.....	23
2.2 Kritika konceptu obtížného temperamentu	24
2.3 Obhajoba termínu obtížný temperament	26
3 Biologický podklad obtížného temperamentu	27
3.1 Individuální rozdíly ve fyziologické reakci na stres jako podklad temperamentové obtížnosti	27
3.1.1 Rozdíly v činnosti autonomního nervového systému a temperament	27
3.1.2 Rozdíly ve fyziologii hypothalamo-pituitárně-adrenální (HPA) osy a temperament...	30
3.2 Metabolismus serotoninu a dopaminu a jeho souvislost s temperamentem.....	33
3.2.1 Dopamin.....	34
3.2.2 Serotonin.....	37
3.2.3 Genetická predispozice metabolismu serotoninu a dopaminu a s ní související projevy v osobnosti a psychopatologii.....	39
3.2.4 Geneticky daný vliv serotoninu a dopaminu na HPA osu.....	43
4 Kvantitativní studie - MAOA, COMT a 5-HTTLPR polymorfismy, novorozenecká stresová reaktivita a temperament ve třech měsících.....	45
4.1 Cíl kvantitativní studie.....	45
4.2 Vzorek	47
4.3 Sběr a analýza dat	48
4.3.1 Neuroendokrinní reakce na odběr krve z patičky.....	48
4.3.2 Sběr a analýza DNA	50
4.3.3 Temperament ve třech měsících	54
4.3.4 Chybějící data.....	56
4.3.5 Použité statistické metody.....	57
4.4 Kontrola potenciálních intervenujících proměnných	57
4.4.1 Průběh stresové reakce	57
4.4.2 Demografické údaje matek a vyplnění dotazníku IBQ-R	58
4.5 Výsledky	58
4.5.1 Souvislost mezi stresovou reaktivitou novorozence a temperamentem ve třech měsících	58

4.5.2	Genetické předpoklady stresové reaktivity u novorozenců a temperamentu ve třech měsících	61
4.5.3	Testování mediující role kortizolové reaktivity ve vztahu mezi genetickou predispozicí a tříměsíčním temperamentem	64
4.6	Diskuse	69
4.6.1	Vztah stresové reaktivity v novorozeneckém věku a temperamentu ve třech měsících	69
4.6.2	Genetická predispozice stresové reakce a temperamentu	72
4.6.3	Reaktivita HPA osy jako mediující proměnná vlivu genetických polymorfismů na raný temperament	76
4.7	Limity výzkumu	77
4.8	Shrnutí kvantitativní části práce	80
5	Rodičovství malých dětí s obtížným temperamentem	82
5.1	Obtížný temperament dítěte a rodičovské přizpůsobení	82
5.1.1	Temperament dítěte a psychický stav rodiče (rodičovský stres, depresivita, úzkost)	82
5.1.2	Temperament dítěte a vnímaná rodičovská zdatnost (parental self-efficacy - PSE)	84
5.2	Temperament dítěte, kvalita manželského vztahu a coparenting	86
5.3	Obtížný temperament, kvalita rodičovství a vývojové výstupy	89
5.3.1	Vzájemné vztahy mezi temperamentem a rodičovstvím	89
5.3.2	Interakce obtížného temperamentu s rodičovstvím v predikci vývojových výstupů ..	90
5.3.3	Vzájemné vztahy mezi raným obtížným temperamentem a rodičovskou vřelostí	91
5.3.4	Vzájemné vztahy mezi raným obtížným temperamentem a rodičovskou kontrolou ..	94
5.3.5	Interakce obtížného temperamentu a rodičovství v predikci vývojových výstupů	95
5.3.6	Vzájemné vztahy mezi dráždivostí a rodičovstvím	97
5.3.7	Interakce dráždivosti a rodičovství v predikci vývojových výstupů	98
5.3.8	Vzájemné vztahy mezi bázlivostí a rodičovstvím	100
5.3.9	Interakce bázlivosti a nebojácnosti s rodičovstvím v predikci vývojových výstupů ..	101
5.3.10	Jak rozvíjet volní kontrolu malých dětí	103
5.3.11	Interakce mezi nízkou kontrolou chování a rodičovstvím v predikci vývojových výstupů	105
6	Kvalitativní studie - Rodičovské přizpůsobení, partnerský vztah a výchovné strategie v rodinách s malým dítětem s obtížným temperamentem	108
6.1	Cíl výzkumu	108
6.2	Metody	110
6.2.1	Výzkumná metodologie a design výzkumu	110
6.2.2	Výběr vzorku	111
6.2.3	Sběr dat	113
6.2.4	Analýza dat	113
6.2.5	Kontrola kvality dat	115
6.2.6	Etické otázky výzkumu	116
6.3	Výsledky	116
6.3.1	Neutěšitelný pláč	117
6.3.2	Nespavost a strategie uspávání	127
6.3.3	Opora prarodičů	132

6.3.4 Rodičovská očekávání, narušení očekávání a sebepojetí rodiče	134
6.3.5 Příběhy partnerských vztahů v zátěži péče o kojence s obtížným temperamentem	139
6.3.6 „Zisky“ obtížného temperamentu dítěte	158
6.4 Diskuse	161
6.4.1 Neutišitelný pláč	161
6.4.2 Strategie péče	164
6.4.3 Sociální opora z okolí – prarodiče, lékaři	169
6.4.5 Partnerský vztah	170
6.5 Limity studie	172
6.6 Shrnutí výsledků kvalitativní studie a doporučení pro praxi	172
7 Závěr	177
8 Použitá literatura	179
Seznam tabulek	213
Seznam grafů	215
Seznam obrázků	217
Seznam příloh	217
Přílohy	218

Úvod

Problematika obtížného temperamentu zastřešuje mnoho zajímavých a významných témat. Původně byli do této kategorie zařazeni kojenci, péče o něž byla pro jejich rodiče náročná kvůli nepravidelnosti fyziologických funkcí a převažujícímu negativnímu ladění s vysokou intenzitou projevu. U rodičů těchto dětí existuje vyšší pravděpodobnost, že v důsledku zátěže dětských projevů bude jejich péče a výchova suboptimální. Paradoxně právě děti s obtížným temperamentem jsou citlivější vůči rodičovské péči, s vyšší pravděpodobností se u nich setkáváme s větším množstvím vývojových obtíží v reakci na negativní vlivy prostředí. Obtížný temperament také není jednotný fenomén, jak se zpočátku věřilo, nejpozději v batolecím období se rozpadá do náchylnosti ke konkrétním negativním emocím či konkrétním problematickým projevům. A samozřejmě mnohé děti ze své „obtížnosti“ v průběhu vývoje „vyrostou“.

V první a druhé kapitole vymezují stručně problematiku temperamentu a obtížného temperamentu, uvádím i výhrady, které vůči používání tohoto termínu existují. Další část práce vznikla na základě projektu podpořeného Grantovou agenturou Jihočeské univerzity; výzkum propojuje sledování genetických predispozic a fyziologických a behaviorálních projevů kojence. V teoretickém úvodu k této části práce (kapitola 3) se snažím ukázat, jakým způsobem souvisí průběh individuální stresové odpovědi se stabilnějšími temperamentovými rysy. Popis působení serotoninu a dopaminu v lidském organismu byl zase potřebný pro objasnění způsobu, jakým může variabilita v genech, které kódují jejich metabolismus, ovlivňovat temperament. Poté následuje již vlastní kvantitativní studie vzájemných vztahů mezi genetickými polymorfismy (5-HTTLPR L/S, MAOA H/L a COMT Val158Met), průběhem kortizolové odpovědi novorozence na odběr krve z patičky a temperamentem ve třech měsících hodnoceným matkami pomocí dotazníku IBQ-R (kapitola 4). Takové množství biologických dat by mohlo být psychologovi vzdálené, nicméně si uvědomuji, že pro mě přináší poznání naší biologické podmíněnosti pozitivní přínos: větší „hmatatelnost“ psychických projevů, jejich hlubší pochopení a nakonec i lepší akceptaci v sobě samotné i mých blízkých. Koneckonců hledání fyziologického podkladu temperamentu má v psychologii dlouhou a bohatou tradici.

Pátá kapitola je rešerší výzkumů vzájemných vztahů mezi problematickými rysy temperamentu, rodičovstvím a vývojovými výstupy s důrazem na děti do šesti let věku. Je doplněna multikazuistickou studií šesti rodičovských párů, které mají aktuální zkušenost s péčí o malé dítě s obtížným temperamentem (kapitola 6). Z vlastní rodičovské zkušenosti vím, jak podstatné byly pro prožitek z něj rozpory mezi očekáváním a realitou a implicitní teorie, které jsem vytvářela pro vysvětlení těchto rozporů. Proto vnímám zaměření se na prožívání a zvládání rodičů temperamentově náročných dětí za velmi přínosné, vhodně dokreslující existující kvantitativní studie vzájemného vztahu mezi temperamentem dítěte a rodičovstvím.

1 Temperament

„Temperament je Boží zákon vepsaný do srdce každého stvoření Bohem vlastnoručně, každé stvoření jej *musí* být poslušno a také jej bude poslušno, navzdory všem omezením a zákazům, ať pocházejí odkudkoli.“

Mark Twain: Dopisy z planety Země (1987) Satanův dopis VIII svatému Michaelovi a svatému Gabrielovi; s. 45)

Existuje mnoho teorií temperamentu, jak historických (antická, Kretschmerova, Sheldonova, Pavlovova), tak novodobějších (viz Blatný, 2003). V následující kapitole (1.1) shrnuji podstatné charakteristiky temperamentu, na kterých se jeho teoretici shodují.

1.1 Podstatné charakteristiky temperamentu

Temperament má vrozený základ (Goldsmith, Buss, & Lemery, 1997). V behaviorálně genetických studiích se odhady dědičnosti pohybují od 0,2 do 0,6, platí tedy, že genetické rozdíly mezi jedinci zapříčiňují přibližně 20% až 60% variability temperamentu v populaci. Míra dědičnosti samozřejmě závisí také na konkrétní dimenzi temperamentu; uklidnitelnost pečovatelem a rytmicita jsou geneticky málo determinované a jsou do velké míry ovlivněné sdílenými vlivy prostředí (Cyphers, Phillips, Fulker, & Mrazek, 1990; Goldsmith, Lemery, Buss, & Campos, 1999). U většiny ostatních temperamentových dimenzí ale studie na dvojčatech a adopční studie ukazují, že sdílené vlivy prostředí zapříčiňují pouze malou část variance (Cyphers et al., 1990; Saudino & Cherny, 2001; Robinson, Kagan, Reznick, & Corley, 1992). Mezi adoptovanými nepříbuznými sourozenci existují v podstatě nulové korelace mezi jejich temperamenty, kdežto korelace temperamentu spřízněných sourozenců se pohybuje okolo 0,2 (Braungart, Plomin, DeFries, & Fulker, 1992). Jinými slovy, vyrůstání ve stejné rodině nezapříčiní podobnost temperamentů; členové rodiny mají podobný temperament kvůli sdílené DNA. Neplatí intuitivní předpoklad, že v průběhu vývoje slábne vliv genetických faktorů na temperament, mnoho studií ukazuje, že míra dědičnosti se nemění (Saudino & Cherny, 2001a; Saudino & Eaton, 1995; McCartney, Harris, & Bernieri, 1990). V těch studiích, kde se míra

dědičnosti v průběhu vývoje měnila, to bylo ve směru zvýšení genetického vlivu (Cyphers et al., 1990; Stevenson, & Fielding, 1985; Braungart et al., 1992).

Temperament je relativně stálý, stabilita se odhaduje na 0,3 až 0,8 v závislosti na dimenzi a období vývoje. U většiny dimenzí genetické vlivy zprostředkovávají existující kontinuitu. Plachost je výjimkou v tom smyslu, že jak genetické, tak sdílené vlivy prostředí přispívají ke stabilitě (Rothbart, Derryberry, & Hershey, 2000). Změny temperamentu v průběhu vývoje nastávají zejména díky nesdíleným vlivům prostředí (McGue, Bacon, & Lykken, 1993), i když zčásti jsou dány také genetickými vlivy. V longitudinální behaviorálně genetické studii raného temperamentu (narození až čtyři roky) si jednovaječná dvojčata byla podobnější ve vzorcích změn v temperamentových dimenzích než dvojčata dvojvaječná (Saudino, 2005).

Temperament má biologický základ (Eysenck, 1967; Gray, 1987; Rothbart, 1989a; Cloninger, 1994; Zuckerman, 1985). Interindividuální rozdíly v temperamentu lze přičítat anatomickým a funkčním rozdílům centrální nervové soustavy, autonomní nervové soustavy a endokrinní soustavy.

Projevy temperamentu jsou patrné již v raném vývoji, to vedlo mnohé teoretiky (Thomas a Chessová, Kagan, Rothbartová) ke snaze vystopovat jeho počátky v raném dětství. Důležitost raného dětství ve zkoumání temperamentu spočívá i v tom, že v tomto období se objevuje relativně ve své nejčistší formě, neovlivněný prostředím a později vznikajícími volnými procesy. Důraz na rané dětství je dán obecným předpokladem, že v průběhu vývoje se vztah mezi temperamentem a chováním stává více komplexním, pouze v dětství je relativně přímý.

Mezi teoretiky temperamentu panuje shoda v tom, že **temperament disponuje člověka k emocionálním procesům** (Blatný, 2003).

1.2 Teorie temperamentu M. K. Rothbartové

Jsem si vědoma složitosti tématu temperamentu a toho, že ani jedna z teorií není vyčerpávající, přesto cítím potřebu jednotného teoretického rámce mé práce. Tím je pro mě teorie temperamentu M. K. Rothbartové. To má několik důvodů:

1. Byla vytvořena na dětské populaci.

2. Do velké míry zdůrazňuje biologické a fyziologické základy temperamentu. Vzhledem k tomu, že část mé výzkumné práce se věnuje genetickým předpokladům temperamentu a vztahu mezi stresovou reaktivitou dítěte a jeho temperamentem, vysvětlení vztahů mezi psychickou a fyziologickou úrovní temperamentu potřebuji.

3. Nejvíce „sedí“ na má vlastní pozorování a vysvětlování toho, jak se obtížný temperament vyvíjí a jak ovlivňuje rodičovskou výchovu a následný vývoj dítěte.

4. Na rozdíl od jiných se podrobně věnuje temperamentovému faktoru volní kontroly, který je z hlediska následných vývojových výstupů klíčový.

4. V kvantitativní části práce využívám Rothbartové dotazník pro zjišťování temperamentu (The Infant Behavior Questionnaire–Revised – IBQ-R). Tento dotazník je v současné době nejčastěji používaným výzkumným nástrojem posouzení temperamentu rodičem.

1.2.1 Geneze Rothbartové teorie

M.K. Rothbartová byla jednou z těch, kteří navázali na průlomovou **New York Longitudinal Study**. V jejím rámci začali v roce 1955 výzkumníci (Alexander Thomas, Stella Chess, Herbert G. Birch, Margaret Hertzig a Sam Korn) podrobně sledovat 141 dětí a jejich rodin a toto sledování trvalo až do roku 1988. Pomocí nejrůznějších metod byla sbírána data týkající se rodičovské péče a vývoje dítěte. Na základě této studie začal moderní výzkum vztahů mezi vrozenými charakteristikami dětí, kvalitou rodičovské péče a vývojovými výstupy. Studie byla významná nejen svým trváním, ale i rozsahem využívaných metod.

V rámci kvalitativní části studie její autoři ve 22 rozhovorech s rodiči dvou až šestiměsíčních dětí na téma běžné každodenní péče o miminko zjistili, že péče rodičů a jejich prožitek z ní je do velké míry závislý na temperamentových charakteristikách dítěte. Na základě obsahové analýzy těchto rozhovorů s rodiči bylo stanoveno devět temperamentových charakteristik (Thomas, Chess, Birch, Hertzig, & Korn, 1963):

1. úroveň aktivity
2. pravidelnost biologických funkcí (cyklus bdění a spánku apod.)
3. reakce na nové situace - přiblížení/stažení se
4. adaptabilita

5. podnětový práh
6. kvalita převažující nálady (pozitivní nebo negativní)
7. intenzita exprese emocí
8. odklonitelnost pozornosti při trvající činnosti
9. vytrvalost pozornosti a vytrvalost při obtížném úkolu

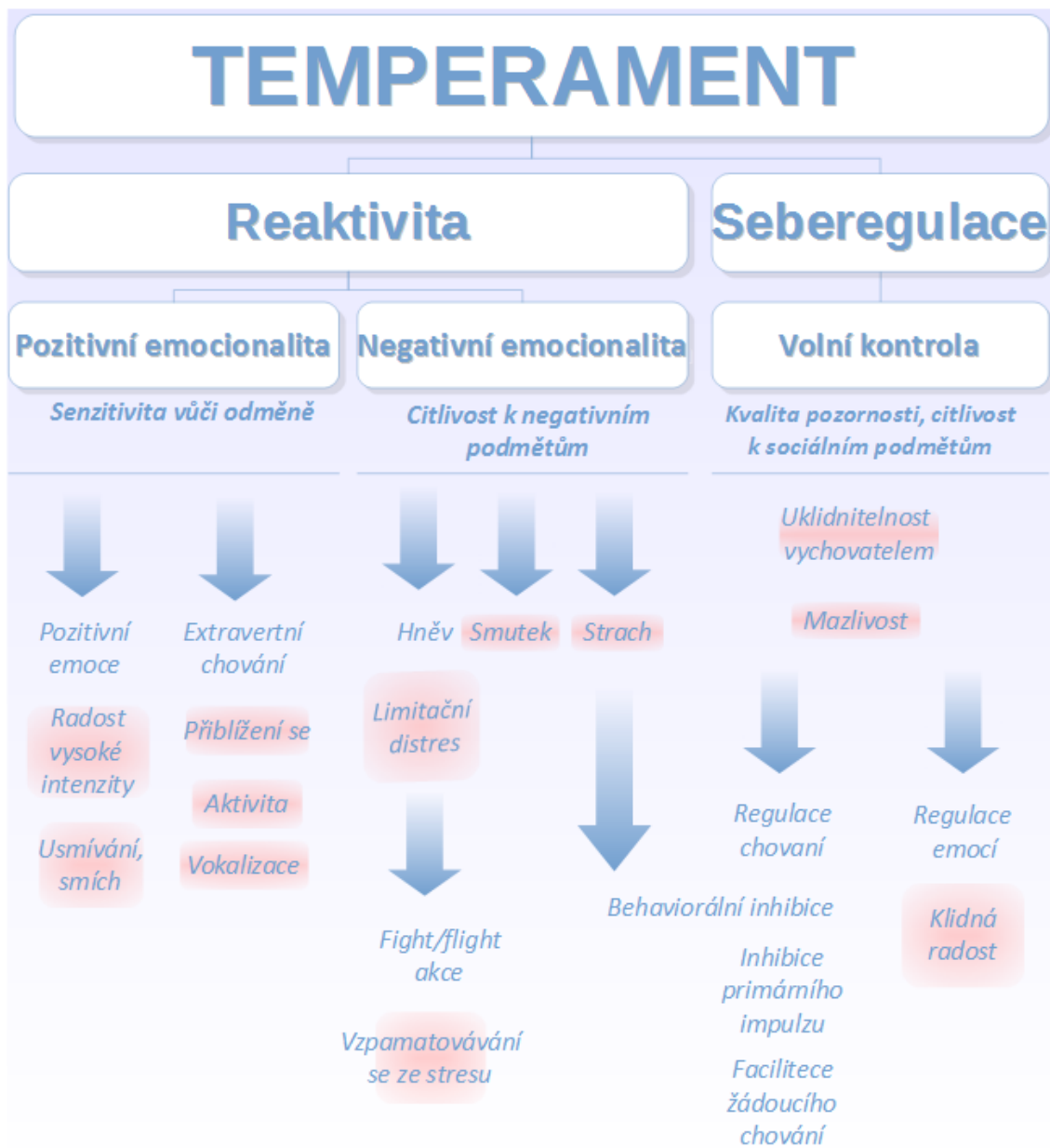
Při vytváření vlastního dotazníku z původních devíti charakteristik z NYLS studie M.K. Rothbartová (1981) s překvapením zjistila, že položky, které měly měřit určitý temperamentový faktor, spolu navzájem nekorelovaly. Například dítě, které mělo vysokou intenzitu radosti a smíchu, nemuselo mít vysokou intenzitu strachu. Tak Rothbartová pochopila nutnost přidat k původním položkám unipolární škály strachu, frustrace a pozitivního afektu.

Položky z dotazníků využívaných v NYLS studii byly Rothbartovou podrobeny faktorové analýze a došla tak ke zmenšení množství temperamentových faktorů oproti původním devíti. Sekundární faktorovou analýzou pak Rothbartová se spolupracovníky došla ke třem širším faktorům surgence, negativní afektivity a volní kontroly. Tyto tři sekundární faktory dětského temperamentu korespondují se třemi faktory Big Five (extraverze, neuroticismus a svědomitost) (Putnam, Sanson, & Rothbart, 2002).

1.2.2 Definice temperamentu dle Rothbartové, struktura kojeneckého temperamentu

M.K. Rothbartová definuje temperament jako **relativně stabilní primárně biologicky dané individuální rozdíly v reaktivitě a seberegulaci**. „Reaktivita se vztahuje k dráždivosti behaviorálních a fyziologických systémů organismu, zatímco seberegulace se vztahuje k nervovým a behaviorálním procesům modulujícím tuto dráždivost.“ (Rothbart, Derryberry 1981, s. 40). **Reaktivitou** je míněna vzrušivost a dráždivost behaviorální, endokrinní, autonomní a centrálně nervové odpovědi, kterou lze sledovat pěti parametry této odpovědi (latence odpovědi, čas nárůstu, maximální intenzita, celková intenzita, opadnutí reakce). Obsahově se reaktivita rozpadá do faktoru strachu, frustrace a pozitivního afektu. **Seberegulací** jsou míněny procesy pozornosti, přiblížení se, vyhnutí se a inhibice, které slouží k modulování (zesílení nebo inhibici) reaktivity (Goldsmith et al., 1987).

Následuje schéma temperamentu dle Rothbartové (obr. 1) se zapracovanými názvy faktorů dotazníku kojeneckého temperamentu.



Obrázek 1. Schéma temperamentu dle Rothbartové. Faktory dotazníku IBQ-R jsou v růžovém poli.

Temperament se dle Rothbartové skládá z části reaktivity a části seberegulace. Reaktivita se rozpadá na pozitivní emocionalitu (surgenci) a negativní emocionalitu. Pozitivní emocionalita souvisí s biologicky danou citlivostí vůči odměnám; reakce na odměnu zahrnují pozitivní emoce a extravertní chování. V Rothbartové dotazníku jsou příznakem pozitivních emocí u kojence radost vysoké intenzity a usmívání a smích. Extravertní chování kojence zahrnuje rychlé přibližování se ke stimulu (angl. approach), aktivitu a hlasové projevy. Negativní emocionalita se obsahově rozpadá na faktory hněvu (v kojeneckém věku limitační distres), smutku a strachu. Faktor negativní emocionality je negativně sycen rychlostí opadávání distresu (vzpamatování se ze stresu). Faktor seberegulace souvisí s biologicky danou kvalitou pozornosti a rovněž s citlivostí k sociálním podnětům. Je dispozicí pro regulaci emocí a chování (inhibici primárního impulzu i facilitaci žádoucí reakce). U kojence spadá do faktoru seberegulace vytrvalost pozornosti, klidná radost, utižitelnost vychovatelem a mazlivost.

1.3 Vývoj projevů temperamentu v raném věku

1.3.1 Vývoj pozitivní emocionality

Pozitivní reaktivita se odráží ve vyjadřovaném a pociťovaném **pozitivním afektu** a behaviorálním a pozornostním **přiblížení se**. V průběhu prvního půlroku života je pozitivní afekt a tendence k přiblížení patrný v úsměvu (cca v šesti týdnech), smíchu (cca ve čtyřech měsících) a natahování ručiček k podnětu (druhý až třetí měsíc nekoordinované pohyby, čtvrtý měsíc koordinované). Fyzické přibližování se dále rozvíjí v závislosti na pohybovém vývoji; okolo šestého měsíce věku je dítě schopno uchopovat větší předměty a také počíná schopnost lokomoce. Individuální rozdíly v pozitivní afektivitě lze pozorovat od druhého až třetího měsíce.

1.3.2 Vývoj negativní emocionality

Negativní emocionalita je přítomna již od narození, u novorozence se odráží ve vyjadřovaném a pociťovaném **distresu** a v behaviorálním a pozornostním **odvracení se**. Na

temperamentové úrovni lze hovořit o **obecné náchylnosti k distresu**. V následném vývoji lze v obecném distresu rozlišit dvě základní emoční negativní reakce – hněv a strach.

Hněv nebo **frustrace** začínají být odlišitelné od obecného distresu v průběhu druhého a třetího měsíce, ve formě tzv. **limitačního distresu**, tj. negativní reakce na omezení toho, co chce dítě dělat (omezení pohybu dítěte v autosedačce, v jídelní židličce, zamezení tomu, aby si dítě hrálo s nějakým předmětem, apod.). Význačný nárůst hněvivosti nastává okolo cca osmnáctého měsíce věku, v tzv. období vzdoru, toto období trvá cca rok. Nejpozději v období vzdoru také začnou být jasně pozorovatelné interindividuální rozdíly v náchylnosti k této emoci.

Strach je jako automatická reakce na ohrožení přítomna již od narození (úlekový reflex), k jeho výraznému nárůstu a odlišení od obecného distresu pak dochází při nástupu **behaviorální inhibice** mezi sedmým až desátým měsícem věku (Rothbart & Bates, 2006). Behaviorální inhibice, tj. inhibice přiblížování k novému či intenzivnímu stimulu, se v této době projevuje tím, že dítě začíná být ostražitě v kontaktu s neznámými lidmi, neznámými předměty a v neznámém prostředí. Od cca osmého měsíce také můžeme rozlišit děti zvýšeně bážlivé, v tomto věku se u nich výrazněji projeví jak strach z cizích lidí, tak separační úzkost. Behaviorální inhibice je součástí jak negativní emocionality (doprovází prožitek strachu), tak volní kontroly (kontrola primárního impulzu). Strach je tedy součástí negativní reaktivity, zároveň ale zahrnuje seberegulační mechanismy (behaviorální inhibice nebo stažení se z ohrožující situace) (Rothbart & Sheese, 2007).

V prvních šesti měsících věku bážlivost a hněvivost souvisí s celkovou náchylností k distresu. Nicméně jakmile se ve vývoji objeví behaviorální inhibice (Rothbart, 1989c; Schaffer, 1974), hněv a strach se začnou od sebe lišit. Behaviorální inhibice brzdí jak přiblížení se, tak behaviorální výraz ostatních emocí (Rothbart, 1989c). Bážlivost v druhé polovině prvního roku inhibuje přiblížení se k podnětům spojeným s předpokládaným potrestáním, takže je menší pravděpodobnost, že se dítě bude samo vystavovat podnětům, které by je frustrovaly. Zároveň strach inhibuje výraz u již vzniklého hněvu. Tak se strach a hněv stávají protikladnými silami. To je doloženo i výzkumně; v laboratorních úlohách u šestiměsíčních dětí hněv a strach korelovaly, kdežto v deseti a třinácti měsících již spolu nesouvisely a v následném vývoji jsou mezi nimi negativní korelace (Rothbart, 1989b). Bážlivost v kojeneckém věku souvisí s pozdější bážlivostí

v dětství a nízkou agresivitou; náchylnost k hněvu se snazším vznikem frustrace a vyšší agresivitou. Strach kontroluje jak rychlost přibližování se, tak agresivitu (Rothbart & Bates, 2006).

Smutek je negativní reakcí na ztrátu, v raném vývoji zejména na ztráty spojené s mateřským organismem (pozornost matky, přítomnost matky apod.) Smutek byl u malých dětí zkoumán ve svých extrémních podobách zejména ve spojitosti s dlouhodobou separací od matky. Ačkoliv je reakce smutku součástí Rothbartové dotazníku IBQ-R a v kojeneckém věku lze rozlišit emoci smutku v obličejovém výrazu kojence (Tronick, 1989), temperamentovým odlišnostem v této emoci není věnována velká pozornost. Dá se předpokládat, že temperamentově bude náchylnost ke smutku souviset s náchylností k bážlivosti (depresivní i úzkostné symptomy spolu těsně souvisejí).

1.3.3 Vývoj seberegulace

Schopnost regulovat jak svoje emoční stavy, tak chování, je založena na dvou odlišných mechanismech. Prvním je výše zmíněný pasivní a reaktivní mechanismus **behaviorální inhibice**, který v přítomnosti detekované hrozby vede k útlumu právě probíhající aktivity. Druhým mechanismem je na pozornosti založený aktivní systém **volní kontroly** (effortful control dle Rothbartové), který umožňuje pružnější inhibici nežádoucího impulzu, facilitaci žádoucího chování, detekci chyb a plánování. Základem volní kontroly je do velké míry vrozená a biologicky daná schopnost **kontroly pozornosti**. Ta je temperamentovou dispozicí pro rozvoj seberegulace a kvalita pozornosti je jako temperamentový rys obsažena v mnohých teoriích temperamentu (Thomas a Chessová, Rothbartová, Cloninger).

Volní kontrola se objevuje mezi šestým a dvanáctým měsícem věku, společně se zráním pozornostních procesů spojených s předním systémem pozornosti¹ (Rothbart, Derryberry, & Posner, 1994) a její vývoj pokračuje až do adolescence. Schopnost volně inhibovat primární impulz se rozvíjí zejména v průběhu předškolního věku (Schaffer, Greenwood, & Parry, 1972).

¹ Přední systém pozornosti anatomicky zahrnuje oblast středního prefrontálního kortexu, přední cingulární gyrus a suplementární motorickou oblast, které se společně zdají být aktivní v celé řadě situací zahrnujících detekci událostí a volní kontrolu chování.

Úroveň volní kontroly se začíná interindividuálně lišit v batolecím a předškolním období a její důležitost v průběhu vývoje vzrůstá. Ve výzkumu Kochanske, Murrayho a Harlana (2000) byla volní kontrola měřena u 106 dětí v průběhu raného dětství (ve 22, 33 a 45 měsících) za použití mnohaúkolových behaviorálních baterií. Ve 45 měsících byla volní kontrola vysoce longitudinálně stabilní a koherentní skrze různé úkoly, takže se zdá, že se jedná o rysovou charakteristiku osobnosti dítěte. U dětí, které měly méně intenzivní projevy hněvu a radosti a u těch, které byly více inhibované vůči cizímu člověku, se vytvářela vyšší úroveň volní kontroly.

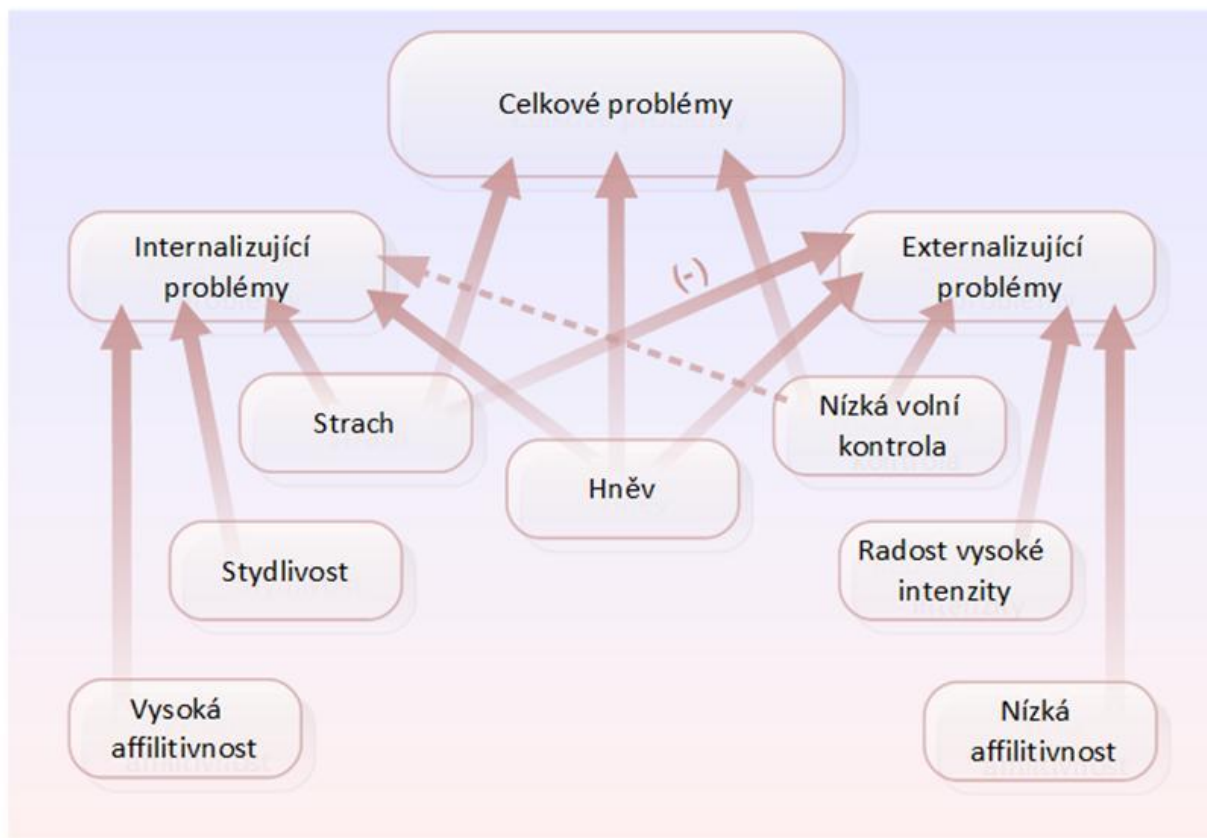
Volní kontrola je základem schopnosti jedince selektivně si vybírat zdroj informací a integrovat informace z různých zdrojů zpracování. Vývojově je obzvláště důležitá, protože je do velké míry ovlivněná procesem socializace (Kochanska et al., 2000) a zaujímá důležitou roli v rozvoji empatie, prosociálního chování, sociálních kompetencí a svědomí (Eisenberg, Hofer, & Vaughan, 2007). Volní kontrola je rovněž prediktorem adaptace dítěte a nízké míry vývojových obtíží (Eisenberg et al., 2009). Konstruktem volní kontroly lze vysvětlovat interindividuální odlišnosti ve výše zmíněných oblastech raného fungování. Volní kontrolu lze také chápat jako dispozici pro rozvoj charakteru.

1.4 Temperament a následná psychopatologie

Temperament je důležitým prediktorem sociálního a emočního vývoje dítěte a poruch přizpůsobení. Obecně se ukazuje, že **negativní emocionalita** a **nízká volní kontrola** predikuje internalizující a externalizující obtíže (Eisenberg et al., 2001; Frick & Morris, 2004; Rothbart & Bates, 2006). Konkrétněji **bázlivost** nebo **inhibice** je považována za rizikový faktor pro vznik úzkostných obtíží (Kagan & Snidman, 1999; Rapee, 2002) a nejspíš i internalizace obecně (Colder & O'Connor, 2004; Eisenberg et al., 2001; Lengua, 2003; Putnam & Stifter, 2005), kdežto **iritabilita** je spojována jak s internalizujícími, tak externalizujícími obtížemi a nižší sociální kompetencí (Eisenberg et al., 2001; Frick, & Morris 2004; Lengua, 2003, 2006). **Impulzivita** je rizikovým faktorem pro vývoj sociálních vztahů a externalizující obtíže (Colder & O'Connor 2004; Eisenberg et al., 2001; Eisenberg et al., 2005a; Eisenberg, Zhou, Spinrad, Valiente, Fabes, & Liew, 2005b; Frick, & Morris 2004; Lengua, 2003).

Množství potenciálních mechanismů může přispívat k souvislostem mezi temperamentem a přizpůsobením. Temperament má přímý vliv na vývoj a vznik symptomů (biologický podklad temperamentu a psychopatologie se překrývá) a nepřímý vliv skrze výběr a strukturování prostředí, ovlivňování vzorců sociálních interakcí a skrze kognitivní bias. Temperament interaguje s vlivy prostředí, zejména sociálního, násobí či tlumí jeho vliv (Rothbart & Bates, 2006).

Obrázek 2 shrnuje vztahy mezi temperamentovými faktory a následnou psychopatií.



Obrázek 2. Vztah temperamentových faktorů a následné psychopatie.

2 Koncept obtížného temperamentu

2.1 Thomas a Chessová - vymezení obtížného temperamentu

„Děti s obtížným temperamentem mají nepravidelné fyziologické funkce, obvykle vykazují intenzivní reakce, mají tendenci stáhnout se, když jsou v kontaktu s novým podnětem, pomalu se adaptují na změny prostředí a obecně mají sklon spíše k negativnímu ladění.“

(Thomas, Chess & Birch, 1970, s. 94).

Jako první použili termín obtížný temperament Thomas a Chessová při vyhodnocení dat z New York Longitudinal Study. Kombinací různých úrovní devíti temperamentových charakteristik (viz předchozí kapitola) stanovili tři kategorie temperamentu, do kterých bylo možno rozdělit přibližně 65% dětí.

Snadný temperament (40% zkoumaného vzorku) zahrnuje pravidelnost biologických funkcí, pozitivní reakce na nové podněty, rychlou adaptaci na změny a uměřenou, převážně pozitivní náladu. Protikladem je **obtížný temperament** (10% zkoumaného vzorku), který zahrnuje nepravidelnost biologických funkcí, negativní reakce na nové situace nebo osoby, pomalou adaptaci na změny a intenzivní, často negativní náladu. Mezi oběma popsány typy stojí tzv. **pomalou se rozehřívající, pomalý temperament** (15% vzorku), který je charakterizován negativními reakcemi střední intenzity na nové podněty s pomalou adaptací po jejich několikerém opakování (Blatný, 2003).

Významné bylo také zjištění, že temperament může predisponovat pro rozvoj následné psychopatologie. Ze 141 dětí sledovaných v rámci NYLS studie 42 vykazovalo obtíže, které vyžadovaly psychiatrickou péči. Skupina dětí s obtížným temperamentem tvořila největší část těchto dětí, pak následovala skupina s pomalým temperamentem a nejméně mezi nimi bylo dětí se snadným temperamentem. U přibližně 70% dětí s obtížným temperamentem se objevily problémy s chováním, kdežto ve skupině se snadným temperamentem to bylo pouze 18% (Thomas, Chess, & Birch, 1968).

Thomas a Chessová byli jedni z prvních psychologů, kteří upozornili na to, že obtíže v interakci mezi vychovatelem a dítětem nemusí být dány pouze nedostatky v péči a výchově

rodičů a že temperament dítěte je důležitým faktorem vstupujícím do složitého systému rodinných vztahů. NYLS studie byla významná nejenom svým rozsahem a délkou, ale také tím, že její významnou složkou byla i kvalitativní analýza konkrétních příběhů dětí a jejich rodičů. Na jejím základě si Thomas a Chessová všimli, že se matky náročných dětí v souladu s tehdy vlivnými psychodynamickými teoriemi dětského vývoje cítily nadměrně zodpovědné za obtíže svých dětí. „V těchto teoriích milující a přijímající matka by měla mít šťastné a spokojené dítě, z čehož vyplývá, že nevědomý mateřský postoj odmítání dítěte může být jediným vysvětlením neutěšitelně plačícího dítěte. Jako výsledek spoléhání se na tyto teorie bylo časté u matek obtížných dětí, že si vytvořily pocity viny, úzkosti a bezmoci; ty se neobjevovaly pouze v případě výjimečné jistoty matky v její roli ženy a matky.“ (Thomas et al., 1968, s. 79). Vzhledem k tomu, jak důležitým faktorem rodičovského přizpůsobení i péče je vnímaná mateřská zdatnost (viz další část práce), je nutné věnovat tomuto dopadu obtíží v péči na matku pozornost.

Thomas a Chessová věřili, že kategorie obtížného temperamentu je vnitřní charakteristikou dítěte, podobně jako inteligence, a kladou důraz na **interakční přístup** k problematice vztahu mezi vrozeným temperamentem dítěte, působením jeho prostředí a vývojovými výstupy. Charakteristiky rodičů a další environmentální faktory mohou modifikovat či zintenzivňovat obtížný temperament dítěte, stejně jako temperament dítěte může ovlivňovat postoje a chování rodičů. To představuje interakční proces mezi rodiči a jejich atributy a dítětem s jeho temperamentem a dalšími vlastnostmi (Thomas, Chess, & Korn, 1982). Tento jejich přístup je integrován do konceptu **Goodness of fit** (Chess & Thomas, 1991).

Vzhledem ke spojení obtížného temperamentu s riziky v následném vývoji byl tomuto fenoménu věnován velký výzkumný prostor, zároveň se našlo i mnoho kritiků tohoto konceptu (viz dále).

2.2 Kritika konceptu obtížného temperamentu

Původní koncept obtížného temperamentu se dočkal kritiky z mnoha stran. Dle **J. E. Batese** je obtížný temperament mnohem spíše výsledkem rodičovské sociální percepce než kvalitou dítěte *per se*. Říká, že „obtížný temperament je termín představující rodičem vnímanou náchylnost dítěte k negativním emočním reakcím, zároveň vyjadřující kvality dítěte, rodiče a

jejich vzájemného vztahu“ (Bates, 1980, s. 308 – 309). Zpochybňuje spolehlivost a platnost dat založených na vyjádření rodičů, jeho argumenty jsou zejména nízká korelace mezi posouzením dítěte oběma rodiči a nízká korelace mezi posouzením rodičů a posouzením vnějšího pozorovatele. To je podle něj dáno subjektivitou vnímání temperamentu dítěte rodičem, toho, že se do tohoto vnímání promítá i osobnost rodiče samotného a další vlivy (Bates, 1980).

Bates přesto sám vytvořil jednodimenzionální dotazník na měření obtížnosti (Bates, Freeland, & Lounsbury, 1979), s hlavním faktorem fussy-difficult (náročný – obtížný), který mu umožnil testovat další hypotézu vzešlou z NYLS studie, tj. že obtížný temperament disponuje k vyšší prevalenci poruch chování (Lee & Bates, 1985).

M. K. Rothbartová (1982) byla dalším kritikem termínu obtížný temperament. Jedním z již zmiňovaných argumentů je nekonzistence faktoru obtížného temperamentu; dle Rothbartové existují spíše jednotlivé konkrétní temperamentové rysy dítěte, které mohou a nemusí ovlivňovat rodičovské přizpůsobení a kvalitu rodičovství a které interagují s rodičovským přizpůsobením a kvalitou péče v predikci vývojových výstupů. Další výtky vůči termínu sdílí s Batesem; posouzení dítěte rodičem je subjektivní, nelze brát obtížný temperament jako vnitřní charakteristiku dítěte bez ohledu na rodiče, který ho jako obtížné vnímá. I spojení „difficult temperament“ Rothbartová považuje za nešťastné kvůli negativním konotacím, které s sebou nese. Dalším rizikem podle ní je i to, co s sebou přináší jakákoliv diagnóza, tj. nebezpečí, že obtížný temperament bude brán jako danost a možná i výmluva z výchovných selhání rodičů. Také dodává, že jednotlivé temperamentové rysy (nízké nebo vysoké přiblížení, nízká či vysoká kontrola pozornosti) mohou být prohlášeny za pozitivní či negativní charakteristiky pouze s přihlédnutím k požadavkům konkrétní situace. Vysoce perzistentní dítě může v období vzdoru vytrvale a nepříjemně prosazovat svůj požadavek a rodič obtížně odvede jeho pozornost k nějaké jiné aktivitě, na druhé straně perzistence v první třídě přispěje k tomu, že dítě bude snáze dokončovat domácí úkoly, bude málo vyrušitelné a bude potřebovat méně dohledu ze strany rodiče. Příkladem relativity výhodnosti či nevýhodnosti obtížného temperamentu je hladomor mezi Masaji po desetiletém katastrofálním suchu a následných záplavách v roce 1974, kdy kojenci s obtížným temperamentem ve větší míře přežili tuto tragédii v porovnání s dětmi se snadným temperamentem (DeVries, 1984). Autoři studie to zdůvodňují tím, že častěji

plačící masajské dítě bylo více přikládáno k prsu a tak mělo větší šanci přežít dlouhodobou malnutrici.

2.3 Obhajoba termínu obtížný temperament

Jsem si vědoma negativ a rizik spojených s termínem „obtížný temperament“ (v češtině snad ještě s horšími konotacemi než v angličtině), zároveň však nemám jiný krátký a výstižný termín, takže využívám tento. Mám pro to následující argumenty:

1. I přes kritiku tohoto termínu je ve vědeckých studiích stále rozšířen (Vitaro, Barker, Boivin, Brendgen, & Tremblay, 2006; Calkins, 2002; Rudasill, Reio, Stipanovic, & Taylor, 2010; Mäntymaa, Puura, Luoma, Salmelin, & Tamminen, 2006; Mesman, Stoel, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, Juffer, Koot, & Alink, 2009).

2. Je vhodný pro popis projevů kojence do šesti měsíců věku, kdy jsou do této kategorie zařazovány děti s obecnou náchylností k distresu (neutišitelným pláčem) a labilitou fyziologických systémů (trávení, spánek) a není ještě patrné, jestli další vývoj dítěte bude problematický, popřípadě o kterou konkrétní problematickou temperamentovou charakteristiku půjde (bázlivost, hněvivost, impulzivita, nízká volní kontrola).

2. Je zastřešujícím termínem pro konkrétní problematické temperamentové charakteristiky.

3. Tento termín v sobě obsahuje ohled na vnímání pečovatelů. Uznání skutečnosti, že s některými dětmi to prostě je těžší a ne všechny obtíže ve vývoji jdou na vrub selhání rodičů, může mít i pozitivní důsledky ve formě zvýšení vnímané rodičovské zdatnosti a zlepšení péče (o tom podrobněji kvalitativní část mé disertační práce).

4. Žádný jiný lepší termín neexistuje.

3 Biologický podklad obtížného temperamentu

Kvalita temperamentu je do velké míry dána jeho biologickým podkladem. S rozvojem metod, které dokáží registrovat anatomické, genetické, hormonální a fyziologické rozdíly mezi lidmi, narůstá pochopení toho, jak tyto rozdíly ovlivňují temperamentové rysy. Výzkumnými studii byly dávány do souvislosti s vyšší náchylností k negativním emocím a horší seberegulací například extrémní asymetrie pravostranné aktivity předního mozku (Buss, Schumacher, Dolski, Kalin, Goldsmith, & Davidson, 2003), dysregulace stresové odpovědi (Kagan, Reznick, & Snidman, 1987) a dysregulace metabolismu mozkových neurotransmiterů (Peirson, Heuchert, Thomala, Berk, Plein, & Cloninger, 1999). Vzhledem k tématu výzkumu se v následující rešerši zaměřuji pouze na oblast dysregulace stresové odpovědi a dysregulace metabolismu serotoninu a dopaminu spolu s jejich genetickou podmíněností. V citacích se zaměřuji zejména na studie týkající se dětí.

3.1 Individuální rozdíly ve fyziologické reakci na stres jako podklad temperamentové obtížnosti

Jedna z teorií, proč jsou někteří jedinci náchylnější k negativním emocím a obtížněji regulují své stavy, vychází z toho, že jejich organismus reaguje větší mírou fyziologické odezvy na stresový podnět, popřípadě mají pomalejší odeznívání této fyziologické reakce. Stresor aktivuje dva diskrétní fyziologické mechanismy, tzv. stresové osy. Jedná se o **osu sympato-adreno-medulární (SAM)** a **osu hypothalamo-pituitárně-adrenální (HPA)**.

3.1.1 Rozdíly v činnosti autonomního nervového systému a temperament

Osa sympato-adreno-medulární je součástí **autonomního nervového systému (ANS)**, jednoho z hlavních řídicích systémů organismu. ANS rychle a velmi efektivně udržuje krevní tlak a průtok krve mozkem, koordinuje funkce vnitřních orgánů v souladu s potřebami organismu (např. střevní motilitu a sekreci žláz), podílí se na termoregulaci a pomáhá udržet homeostázu za ztížených podmínek (zvýšená zátěž, nemoc). Jeho výhodou je neustálý tonus, který umožňuje jemnější regulaci, než je „zapnuto – vypnuto“. Toho je docíleno společným působením

sympatiku a **parasympatiku**, dvou základních částí vegetativního nervového systému. Další výhodou je možnost okamžité reakce a dlouhodobé aktivace, která může být ještě posílena sekrecí hormonů dřeně nadledvin (adrenalin, noradrenalin).

Ukazatele autonomní reaktivity jsou interindividuálně odlišné a individuálně stabilní (von Bargen, 1983; Lacey & Lacey, 1962) a jsou považovány za jeden z biologických podkladů vlastností temperamentu.

Kožní vodivost (daná činností potních žláz) se mění pod vlivem **sympatiku**. Ve studiích je měřena bazální a reaktivní kožní vodivost (SCL; SCL-R). Vyšší bazální a reaktivní kožní vodivost je asociována s inhibicí (Scarpa, Raine, Venables, & Mednick, 1997) i s relativně vyšším množstvím internalizujících problémů (Kagan, Reznick, & Snidman, 1987; El-Sheikh, 2005) a bázlivostí u dětí (Fowles, Kochanska, & Murray, 2000).

Nízká úroveň bazální kožní vodivosti je dávana do souvislosti s externalizujícím chováním dětí (Van Goozen, Matthys, Cohen-Kettenis, Buitelaar, & Van Engeland, 2000) i adolescentů (Van Bokhoven, Matthys, Van Goozen, & Van Engeland, 2005). Spojení reaktivní kožní vodivosti s externalizující psychopatií je méně konzistentní. Jedinci náchylní k reaktivní agresi mají vyšší nárůst kožní vodivosti (Hubbard et al., 2002; Lorber, 2004), kdežto nízká SCL-R predisponuje k agresi proaktivní, spojované s psychopatií a sociopatií (Lorber, 2004), a k rozvoji externalizujících obtíží (Fung, Raine, Loeber, Lynam, Steinhauer, Venables, & Stouthamer-Loeber, 2005; Herpertz, Mueller, Qunaibi, Lichterfeld, Konrad, & Herpertz-Dahlmann, 2005; McBurnett, 1992; Snoek, Van Goozen, Matthys, Buitelaar, & Van Engeland, 2004).

Jsou dvě vysvětlení spojení hypoaktivity sympatiku s externalizujícími obtížemi. Teorie hledání aktivace (arousal seeking theory) tvrdí, že nízký arousal je vnímán jako nepříjemný fyziologický stav. Jedinci s abnormálně nízkým arousalem se jej snaží riskantním a antisociálním chováním zvýšit na normální úroveň (Zuckerman, 1969). Teorie nebojácnosti, alternativní vysvětlení tohoto jevu, navrhuje, že nízký arousal při stresu značí necitlivost k trestu či averzivním důsledkům a vyúsťuje v selhání inhibice antisociálního chování (Raine, 2002).

Srdeční tep souvisí se sympatickou aktivitu organismu, mnohem více je ale v současnosti zkoumána od něj odvozená veličina **variability srdečního tepu** a **napětí vagového nervu**, ve kterých se odráží **parasympatická aktivita**. Variabilita srdečního tepu je míra variability

intervalu mezi srdečními ozvami. V klidu je srdeční tep pod parasymptickou kontrolou skrze vagový nerv, při nějaké výzvě roste tep a klesá srdeční variabilita. Napětí vagového nervu je měřitelné pouze nepřímo skrze veličinu **dýchací sinusové arytmie**. Dýchací sinusová arytmie (respiratory sinus arrhythmia - RSA) je odchylka od normálního srdečního rytmu, při které dochází k pravidelným, cyklickým změnám srdeční frekvence v závislosti na dýchání. Nárůst aktivity vagálního nervu zpomaluje srdeční tep a zvyšuje jeho variabilitu. V průběhu nádechu je dočasně potlačena aktivita bloudivého nervu, což způsobuje okamžitý nárůst tepové frekvence. Při výdechu narůstá aktivita bloudivého nervu a zpomaluje se tep. Srdeční variabilita v průběhu dýchacího cyklu je tedy měřítkem parasymptické aktivity bloudivého nervu. RSA je pozorovatelná u dětí, ale bez dostatečného kardiovaskulárního cvičení postupně mizí při nástupu dospívání. Nicméně u dospělých s excelentním kardiovaskulárním zdravím (vytrvalostní běžci, plavci a cyklisti) je RSA stále zřetelná (Yasuma & Hayano, 2004).

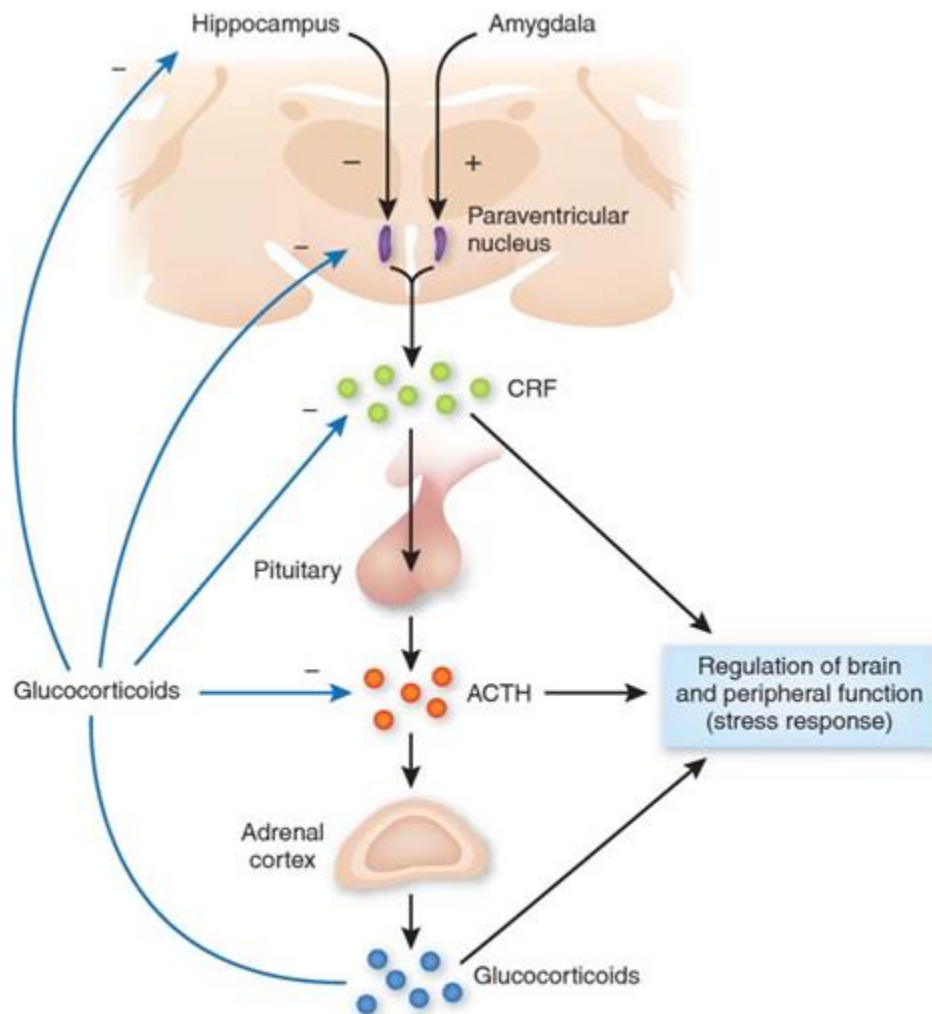
RSA je dáována do souvislosti se schopností regulovat svoje emoce. Výzkumy týkající se **klidové úrovně napětí vagového nervu** jsou rozporuplné; v některých výzkumech je vyšší klidová úroveň napětí vagového nervu spojena s nižší mírou negativních emocí (Huffman, Bryan, Carmen, Pedersen, Doussard-Roosevelt, & Forges, 1998) a vyšší rychlostí přiblížení se (Richards & Cameron, 1989), v jiných zase s vyšší mírou negativních emocí (Stifter & Jain, 1996; DeGangi, DiPietro, Greenspan, & Porges, 1991). Celkem konzistentně ale vyšší míra napětí vagového nervu souvisela s lepší seberegulací (Stifter & Jain, 1996) a lepší kontrolou pozornosti (Suess, Porges, & Plude, 1994; Huffman et al., 1998). Nízký vagální tonus je tak vnímán jako nespecifický index emoční dysregulace dětí (Beauchaine, 2001).

Potlačení/pokles RSA (vagové stažení) v odpovědi na působení určitého podnětu je považováno za fyziologickou strategii, která umožňuje udržení pozornosti a je behaviorálním indikátorem aktivního copingu, který je zprostředkován parasymptikem (Porges, 1991; Wilson & Gottman, 1996). Vagové stažení zrychluje srdeční tep a zvyšuje metabolický výdej, usnadňuje snahu vyrovnat se s požadavky prostředí. Navýšení vagového napětí či parasymptické aktivace v kontextu environmentálního stresu může značit selhání aktivizace fyziologických zdrojů a tím zhoršenou možnost vyrovnat se s nároky prostředí. Zatímco vagový nárůst je spojen s negativními výstupy přizpůsobení, vagové stažení za stresujících okolností může podporovat

adaptivní coping a emoční regulaci a jeví se jako více adaptivní odpověď na výzvy prostředí (Porges, 2007). Potlačení RSA v průběhu náročné situace je spojeno s lepší regulací stavu, větší schopností se utišit a lepší kontrolou pozornosti v kojeneckém věku (Degangi et al., 1991; Huffman et al., 1998), menším množstvím problémového chování a lepší emoční regulací u předškoláků (Calkins, 1997; Calkins & Dedmon, 2000; Porges, Doussard-Roosevelt, Portales, & Greenspan, 1996) a s vytrvalostí pozornosti školních dětí (Suess et al., 1994). Nižší vagální stažení je spojováno s internalizujícími i externalizujícími problémy dětí (Calkins & Dedmon, 2000; El-Sheikh & Whitson, 2006). Zatímco mírné vagové stažení se jeví jako adaptivní, extrémně intenzivní či protrahované může být známkou hyperreaktivity (Beauchaine, 2001).

3.1.2 Rozdíly ve fyziologii hypothalamo-pituitárně-adrenální (HPA) osy a temperament

Osa hypothalamo-pituitárně-adrenální (HPA) je hormonálně řízená, její nástup je pomalejší a působení dlouhodobější oproti sympato-adreno-medulární ose (SAM). Aktivita HPA může být spuštěna skrze hypothalamus excesivní aktivitou SAM. K její aktivaci ale může dojít i nezávisle, v tom případě jsou informace ze sensorických vstupů (sensorických oblastí kůry) přepojovány do hypothalamu, který v nich odhalí stresor. Tímto způsobem může dojít k aktivaci HPA osy jen na základě smyslových drah, bez předcházející aktivace SAM.



Obrázek 3 – Hypothalamo-hypofyzární osa spolu s její zpětnovazebnou regulací. Převzato z <http://modaycenter.com/is-adrenal-fatigue-real/>

Obrázek 3 ukazuje hormonální kaskádu vedoucí k vyplavení kortizolu. Nucleus paraventricularis hypothalami produkuje kortikoliberin, který je uvolňován do hypofýzy. Krevní proud v hypofyzárním portálním oběhu omývá buňky jejího předního laloku, kortikoliberin tak může stimulovat sekreci adrenokortikotropního hormonu (ACTH). Ten je krevním proudem unášen do kůry nadledvin, kde významně zvyšuje vyplavování glukokortikoidů, jež zprostředkují hlavní adaptační efekt: uvolnění zásobních látek potřebných pro zvýšenou zátěž. Samy mimo jiné také energii mobilizují, zpomalují trávení, inhibují rozmnožovací funkce a tlumí imunitní

reakci. Kvůli potencionální škodlivosti (inhibice imunitní reakce) je HPA osa regulována mechanismem **negativní zpětné vazby**. Glukokortikoidy nasedají na své receptory v CNS a inhibují HPA na různých úrovních (viz šipky se znaménkem minus na obrázku 3).

Regulace stresu skrze hypothalamo-hypofyzární systém je jedním z důležitých mechanismů, který by měl být podkladem rozdílů v temperamentu. Množství uvolňovaného **kortizolu** může být neinvazivně sledováno nepřímo v jeho množství ve slinách, **salivární kortizol** je díky relativní nenáročnosti sběru oblíbeným fyziologickým markerem kvality stresové odpovědi.

Není mnoho studií týkajících se vztahu mezi stresovou odpovědí a temperamentem v raném věku a jejich výsledky jsou rozporuplné. Není jasné, jestli vyšší nárůst kortizolu po stresu souvisí s lepším či horším emočním fungováním dítěte. White, Gunnar, Larson, Donzella, a Barr (2000) ukázali, že mezi kojenci s kolikou a bez ní nejsou signifikantní rozdíly v množství kortizolu v průběhu dne. Ve studii 50 fyziologických novorozenců (Gunnar, Porter, Wolf, Rigatuso, & Larson, 1995) vyšší nárůst kortizolu po odběru krve z patičky byl v šesti měsících spojen s nižšími skóry ve škále Distresu při omezení IBQ-R. Autoři z toho vyvozují, že tento nálezn je v souladu s jejich očekáváním, že schopnost silně reagovat na averzivní stimulus odráží lepší neurobehaviorální organizaci novorozence. Ve studii Beijersové a Riksen-Walravenové de Weerthové (2012) nižší skór v sekundární škále Negativní afektivity měřený pomocí IBQ-R ve třech a šesti měsících věku predikoval vyšší kortizolovou reaktivitu v jednom roce. V rozsáhlém výzkumu (Blair et al., 2008) měli sedmiměsíční kojenci, kteří byli cvičenými pozorovateli hodnoceni jako více náchylní k negativním emočním reakcím na stresové podněty, vyšší nárůst i následný pokles kortizolu. Zároveň nebyly nalezeny žádné signifikantní vztahy mezi kortizolovou reaktivitou a temperamentem měřeným pomocí IBQ-R. Výzkum 85 patnáctiměsíčních batolat (Van Bakel, & Riksen-Walraven, 2004) ukázal vyšší kortizolovou reaktivitu u dětí více náchylných k hněvu.

U starších dětí jsou data více v souladu s hypotézou, že vyšší bazální i reaktivní salivární kortizol souvisí s náchylností k negativním emocím, zejména se strachem. Kagan, Reznick a Snidman (1987) sledovali stresovou reakci předškolních dětí v průběhu laboratorních experimentů; inhibované děti měly vyšší úroveň salivárního kortizolu před, v průběhu i po

skončení úlohy v porovnání s dětmi neinhibovanými. Ve studii 162 předškoláků (Talge, Donzella, & Gunnar, 2008) vyšší nárůst kortizolu byl spojen s bázlivým temperamentem. V prospektivní studii (Smider, Essex, Kalin, Buss, Klein, Davidson, & Goldsmith, 2002) autoři zjišťovali vztah mezi průměrným množstvím odpoledního salivárního kortizolu v domácím prostředí u 172 čtyřapůlletých dětí a jejich socioemocionálním přizpůsobením o 18 měsíců později dle hodnocení matek, otců a pedagoga v mateřské škole. Vyšší hladina odpoledního kortizolu souvisela pozitivně s množstvím internalizujícího chování a sociální inhibice dle hodnocení pedagogů MŠ a matek dětí. Opačný vztah byl nalezen u chlapců pro hodnoty odpoledního kortizolu a otci posuzovaným množstvím externalizujícího chování. I další studie ukazují (stejně jako u markeru kožní vodivosti), že nižší stresová reaktivita může být podkladem externalizujících obtíží. Tak například v roce 1985 Tennes a Kreye ukázali, že 45% variance v bazálním kortizolu v průběhu sedmi dní může být vysvětlena pozorovanou hostilitou vůči učiteli. Vyšší pozorovaná hostilita byla spojena s nižší úrovní bazálního kortizolu. Následné studie chlapců s poruchou chování bez současných projevů úzkosti (McBurnett et al., 1991) a chlapců s poruchou opozičního vzdoru (van Goozen, Matthys, Cohen-Kettenis, Gispen-de Wied, Wiegant, & van Engeland, 1998) našly podobné vztahy mezi externalizujícími obtížemi a kortizolem.

Dle Frankenhauserová (1986) a dalších (Dienstbier, 1989; Lewis, Ramsay, & Sullivan, 2006) je aktivita HPA osy a sekrece kortizolu spojena primárně se stresem vyvolávajícím pocity bezmoci, ztráty kontroly a nedostatku aktivního copingu.

3.2 Metabolismus serotoninu a dopaminu a jeho souvislost s temperamentem

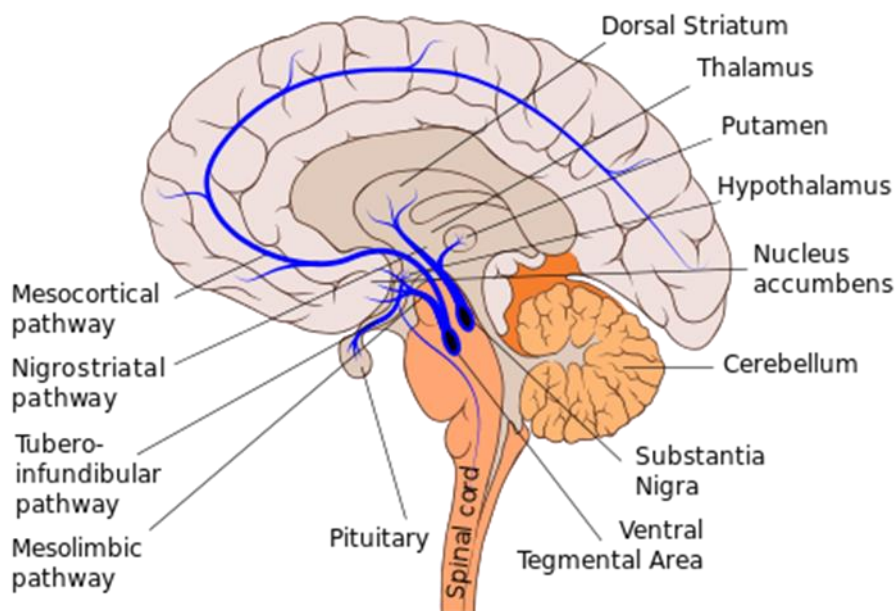
„V současnosti se zdá pravděpodobné, že mnoho temperamentových odlišností bude spočívat v rozdílech v neurochemii a přidružené fyziologii spíše než v anatomii.“

Kagan, 1995, s.51

Současní badatelé nejsou tolik zaměřeni na hledání neuroanatomických korelátů různých psychických projevů, ale zabývají se spíše analýzou jejich neurochemické podmíněnosti. Z hlediska fungování jedince je důležitá „jak individuálně charakteristická úroveň hladiny

příslušné neuroaktivní látky a jejich transportérů, tak hustota a kvalita fungování receptorů, a nakonec i tempo eliminace již nepotřebného neurotransmiteru“ (Vágnerová, 2010, s. 58). Klíčovými látkami v neurofyziologii mozku jsou dopamin a serotonin.

3.2.1 Dopamin



Obrázek 4. Dopaminergní dráhy v mozku. Převzato z https://en.wikipedia.org/wiki/Dopaminergic_pathways

Dopamin² je neuromediátorem systému neurálních okruhů, které Eysenckův žák Jeffrey Gray nazývá systémem behaviorální aktivace (**BAS**). Ten je podkladem extraverze a funkcí, jež s

² Dopamin (zkratka z 3,4-dihydroxyphenethylamine) má vliv skrze navázání a aktivaci receptorů na povrchu buňky. Savci včetně člověka mají pět subtypů dopaminových receptorů, nazvaných D1 až D5 (Broadley, 2010). Dopamin je degradován monoaminoxidázou (MAO), katechol-O-methyl transferázou (COMT) a aldehyd dehydrogenázou, působícími postupně (Seeman, 2010). Obě izoformy MAO, MAO-A a MAO-B, efektivně rozkládají dopamin (Lindemann & Hoener, 2005).

ní souvisí – preference nových a neobvyklých podnětů, aktivace motorických funkcí, vyšší míry radosti, vyššího motivačního účinku odměn. Zároveň dopamin hraje roli v exekutivních funkcích prefrontálního kortexu (pracovní paměť, pozornostní procesy), tedy také s temperamentovým faktorem regulace.

Existuje osm dopaminových drah, v souvislosti s temperamentem jsou podstatné tři: mezolimbická, mezokortikální a nigrostriatální (viz obrázek 4). Dopamin má v mozku následující funkce:

1. V mozku dopamin funguje jako obecný **signál odměny**, kdy počáteční fyzická dopaminová odpověď na odměňující stimulus kóduje informaci o salinci, hodnotě a kontextu odměny (Malenka, Nestler, Hyman, Sydor, & Brown, 2009). Dopaminové neurony ventrálního tegmenta (VTA) a substantia nigra jsou silně aktivovány širokou škálou odměňujících událostí (Chakravarthy, Joseph, & Bapi, 2010). Mezolimbická dopaminová dráha nese informace z VTA do nucleus accumbens (NAcc) v kůře předního mozku. NAcc je považováno za centrum slasti a aktivace dráhy z VTA do NAcc způsobuje vznik příjemných pocitů; buď v reakci na různé události či aktivity, nebo vlivem požití jistých drog (Björklund, Dunnett, 2007). Tato dráha je také nazývána hédonická dálnice. Dopaminové projekce z VTA do NAcc přiřazují motivační salinci odměně a s ní spojeným signálům, mezokortikální projekce z VTA do orbitální části prefrontálního kortexu aktualizují hodnotu připisovanou různým cílům ve světle nových zážitků a projekce z VTA do amygdaly pomáhá konsolidovat s odměnou spojené vzpomínky (Malenka, Nestler, Hyman, Sydor, & Brown, 2009).

2. Jak mezolimbická, tak nigrostriatální dráha se podílí na **facilitaci pohybu**; to je dáno projekcemi z VTA do NAcc a ze substantia nigra do pedunculo-pontine nucleus, dvou základních center kontrolujících lokomoci (Robbins, Cador, Taylor, & Everitt, 1989; Bechara & van der Kooy, 1989). Dopamin určuje práh pro vyvolání akce. Čím vyšší je úroveň dopaminové aktivity, tím nižší podnět je potřeba pro vyvolání daného chování. Důsledkem uvedeného je, že vysoká úroveň dopaminu vede k vysoké úrovni pohybové aktivity a impulzivnímu chování, nízká úroveň dopaminu vede ke strnulosti a apatii (Christine & Aminoff, 2004).

Další důležitý efekt dopaminu spočívá v tom, že je to „učící“ signál. Pokud je jednání následováno nárůstem dopaminergní aktivity, okruh bazálních ganglií je upraven tak, aby byla

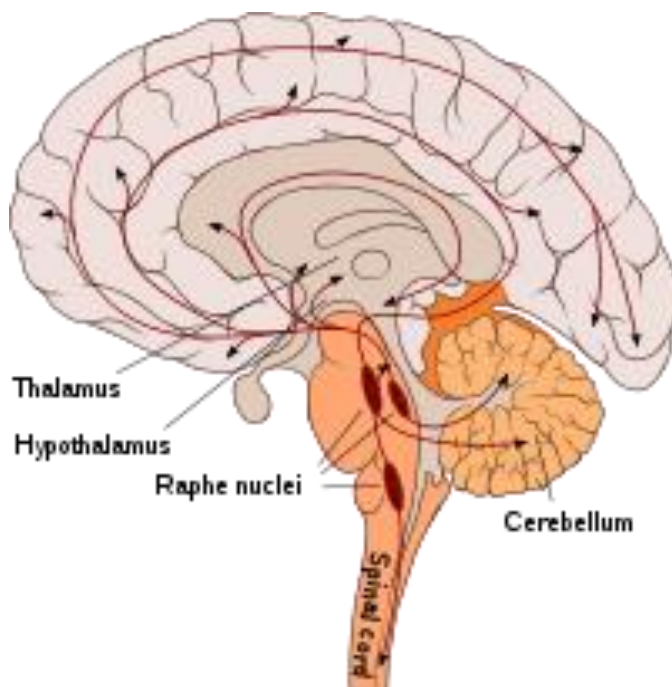
stejná odpověď vyvolána snáze, jestliže se v budoucnu objeví podobná situace (Christine & Aminoff, 2004). Je to vlastně forma operantního podmiňování, ve které dopamin hraje roli odměny (Paulus & Schomburg, 2006).

3. Skrze projekce z VTA do prefrontálního kortexu (mezokortikální dráha) se dopamin podílí jak na **výběru cílů** jednání (skrze potencování těch, které jsou spojeny s anticipací radosti), tak na **exekutivních funkcích**. Vliv dopaminu na exekutivní funkce prefrontálního kortexu byl dokázán experimenty na zvířatech. Jak příliš málo (Sawaguchi & Goldman-Rakic, 1994), tak příliš mnoho (Zahrt, Taylor, Mathew, & Arnsten, 1997) stimulace D1 receptorů v prefrontálním kortexu (PFC) poškozuje jeho funkce v krysách (Granon, Passetti, Thomas, Dalley, Everitt, & Robbins, 2000), opicích (Arnsten & Goldman-Rakic, 1998) i lidech (Kimberg, D'esposito, & Farah, 1997). Nízké dávky agonisty³ D1 receptoru zlepšují pracovní paměť a kontrolu pozornosti (Cai & Arnsten, 1997; Granon et al., 2000), zatímco vysoká úroveň uvolňovaného dopaminu v průběhu stresu narušuje funkce PFC (Murphy, Arnsten, Goldman-Rakic, & Roth, 1996). Tyto výzkumy podporují Yerkes Dodsonův zákon vztahu nabuzení a výkonu. Obrácené U reprezentuje pokles exekutivních funkcí jak při nadměrném arousalu, tak při jeho nedostatečné úrovni (Robbins & Arnsten, 2009).

Dopamin souvisí s kognitivní kontrolou chování, selekcí a monitorováním vlastní činnosti pro dosažení zvolených cílů. Aspekty kognitivní kontroly, v níž dopamin hraje roli, zahrnují pracovní paměť, schopnost podržet informaci „on line“ za účelem řízení akce, potlačení primární odpovědi, která narušuje plánované jednání, kontrolu pozornosti a schopnost překonat distrakci (Malenka et al., 2009). Pokud je jedinec v situaci, kdy je možných několik variant chování, pak aktivita bazálních ganglií určí, která akce bude spuštěna tím, že uvolní inhibici této akce a ostatní chování drží pod inhibicí (Wright & Panksepp, 2012). Pozitivní vliv dopaminergních léků na exekutivní funkce (např. u ADHD) je umožněn právě skrze působení dopaminu na prefrontální kortex.

³ stejně působícího činitele

3.2.2 Serotonin



Obrázek 5. Serotonergní dráhy v mozku. Převzato z https://en.wikipedia.org/wiki/Serotonin_pathway

Serotonin⁴ hraje v mozku velké množství extrémně komplikovaných rolí, jeho úlohu nelze sloučit do jedné teorie, byly navrženy určité obecné aspekty jeho fungování:

1. Serotoninová neurotransmise (obrázek 5) je považována za klíčový faktor **kontroly nálady** (Törk, 1990; Jacobs & Azmitia, 1992; Barnes & Sharp, 1999). Deprese je alespoň zčásti chápána jako důsledek snížené aktivity serotoninového systému (Blier & de Montigny, 1999; Veenstra-VanderWeele, Anderson, & Cook, 2000). Tak například akutní deplece serotoninového prekursoru tryptofanu, která přechodně snižuje 5-HT syntézu, podněcuje relaps v 50% až 80%

⁴ Serotonin (5-hydroxytryptamine - 5-HT) je uvolňován v neuronech Raphových jadérek. Axony neuronů Raphových jadérek tvoří serotoninový systém, který sahá téměř do každé části CNS. Receptory pro serotonin se nacházejí na membráně nervových a jiných buněk, zprostředkovávají vliv serotoninu jako vnitřního ligandu a také vliv širokého množství léků a drog. Vazba na receptory 5-HT_{1A} působí inhibičně, anxiolyticky, vazba na receptory 5-HT_{2A} potom aktivačně, anxiogenně (Charney, 2004). Účinek serotoninu je ukončen díky jeho zpětnému vychytávání serotoninovým transportérem do presynaptického neuronu (Soubrie, 1986).

depresivních pacientů a indukuje snížení nálady u normálních subjektů (Young & Leyton, 2002). U většiny antidepresiv včetně inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) se předpokládá, že alespoň zčásti působí skrze zesílení serotonergní neurotransmise. SSRI se rychle dostává do mozku, blokuje zpětné vychytávání serotoninu a v průběhu minut by mělo dojít ke zvýšení jeho neurotransmise. Nicméně pro klinickou účinnost je potřeba léčba v délce minimálně dva až tři týdny. Uvedené zpoždění účinků antidepresiv je považováno za důsledek negativní zpětnovazebné regulace skrze 5-HT_{1A} receptory. Kromě toho, že je 5-HT_{1A} široce rozšířený postsynaptický receptor, je to také hlavní somatodendritický autoreceptor⁵ na serotonergních raphe neuronech (Sotelo, Cholley, El Mestikawy, Gozlan, & Hamon, 1990). Při léčbě SSRI či jinými antidepresivy opakující se aktivace 5-HT_{1A} autoreceptorů redukuje aktivaci neuronů raphe nucleí a uvolňování 5-HT (Blier & de Montigny, 1999; Hjorth, Bengtsson, Kullberg, Carlzon, Peilot, & Auerbach, 2000), čímž v podstatě kompenzuje jakýkoliv nárůst serotoninu, jenž by mohl být výsledkem léčby. Selektivní desenzitizace 5-HT_{1A} autoreceptorů je považována za klíčovou adaptivní změnu, která umožňuje účinek antidepresiv. Po dvou až třech týdnech SSRI léčby nastává ztráta autoreceptorů, ale postsynaptické receptory zůstávají stejné (Hervás, Vilaró, Romero, Scorza, Mengod, & Artigas, 2001; Riad, Watkins, Doucet, Hamon, & Descarries, 2001).

2. Mezo limbická serotoninová dráha z median raphe nucleí do septa a hipokampu moduluje systém **inhibice aktivního reagování** (behaviorální inhibice) (Soubrié, 1986; Graeff & Silveira Filho, 1978). Septohipokampální systém funguje jako komparátor, porovnává předpovězené a aktuálně probíhající události, přerušuje chování při setkání s nečekanou událostí či potenciálním ohrožením. Při registrování těchto signálů se aktivuje mediální plocha septa, ta vyvolá theta rytmus v hipokampu vedoucí k inhibici retikulární aktivity a právě probíhající činnosti a ke zvýšení arousalu skrze aktivaci amygdaly. Aktivita septohipokampální oblasti může spolu se systémem arousalu tvořit pozitivní zpětnovazebnou smyčku; arousal způsobený theta aktivitou v hipokampu dále pozitivně zvyšuje theta frekvenci a tím produkuje další arousal (Deakin & Graeff, 1991; Gray & McNaughton, 2000).

⁵ Autoreceptor je typem receptoru lokalizovaném na membránách presynaptických nervových buněk. Zčásti slouží jako negativní zpětnovazebná smyčka ve vedení vzruchu. Je citlivý pouze k neurotransmitteru nebo hormonu vylučovaném neuronem, na kterém se nachází.

3. Serotonin je **protikladnou silou k činnosti dopaminu**, rovnováha těchto dvou látek souvisí s rysovou rovnováhou mezi přiblížením se k podnětu a stažením (Deakin & Graeff, 1991). Dorsal raphe nucleus projikuje do oblastí inervovaných dopaminem (amygdala a striatum), v přítomnosti ohrožení serotoninové projekce inhibují dopaminem vyvolané apetitivní chování a zprostředkovávají vyhnutí se (Daw, Kakade, & Dayan, 2002). Celá řada studií (shrnutá např. v review Kapur & Remington, 1996) potvrzuje, že serotonin inhibuje dopamin jak na úrovni VTA a substantia nigra, tak v cílových místech dopaminových neuronů jako NAcc a striatum. Rané studie ukazují nápadnou podobnost mezi účinky deplece serotoninu a administrace amfetaminu (Lucki & Harvey, 1979; Segal, 1976). Objevuje se mnohem méně důkazů inhibičního efektu dopaminu na serotonin než naopak (Daw et al., 2002).

4. Serotonergní projekce do prefrontálního kortexu souvisí s **volní inhibicí primárního impulsu** (Evenden, 1999), které je zapotřebí například pro kontrolu agresivního chování (Olivier, 2004). Optimální úroveň serotoninu se zdá klíčová pro behaviorální inhibici, jeho zvýšená či snížená hladina v PFC vyúsťuje ve zvýšení impulzivity (Dalley, Theobald, Eagle, Passetti, & Robbins, 2002; Winstanley, Theobald, Dalley, Glennon, & Robbins, 2004; Dalley, Theobald, Pereira, Li, & Robbins, 2002; Harrison, Everitt, & Robbins, 1997).

5. Serotonergní projekce do prefrontálního kortexu ovlivňují **kognitivní funkce**. Studie ukázaly, že prefrontální serotonin ovlivňuje kognitivní funkce komplexním a složitým způsobem. Snížené množství serotoninu v PFC je prospěšné pro pozornost (Scholes et al., 2007; Carter, Burr, Pettigrew, Wallis, Hasler, & Vollenweider, 2005), ale negativně ovlivňuje krátkodobou paměť (Williams, Rao, & Goldman-Rakic, 2002; Liy-Salmeron, & Meneses, 2008) a kognitivní flexibilitu (Clarke, Walker, Crofts, Dalley, Robbins, & Roberts, 2005; Clarke, Dalley, Crofts, Robbins, & Roberts, 2004).

3.2.3 Genetická predispozice metabolismu serotoninu a dopaminu a s ní související projevy v osobnosti a psychopatologii

Jednou z relativně nových možností, jak sledovat souvislosti metabolismu serotoninu a dopaminu s rysy temperamentu, jsou studie vlivu polymorfismů v genech, které s tímto

metabolismem souvisí. Od cca devadesátých let 20. století začaly být metody molekulární biologie využívány v psychologických výzkumech, které v podstatě testují hypotézu, že konkrétní funkční varianty genu jsou tím hledaným biologickým podkladem variability temperamentových vlastností. V následující kapitole stručně pojednávám o genech a jejich polymorfismech, které byly předmětem mé kvantitativní studie, o jejich dopadech na neurofyziologii a předpokládaných souvislostech jak s vlastnostmi osobnosti, tak s náchylností k různé psychopatologii.

V populaci běžná varianta **genu pro serotoninový transportér (5-HTTLPR** - inserce/delece v regulatorní sekvenci genu) dává krátkou (S) a dlouhou (L) verzi genu, přičemž krátká verze má přibližně dvakrát menší transkripční aktivitu než verze dlouhá. Krátká alela genu je spojována s nižším vázáním serotoninového transportéru v limbické oblasti, sníženou expresí serotoninového transportéru a sníženým vychytáváním serotoninu do presynaptického neuronu (Greenberg, Tolliver, Huang, Li, Bengel, & Murphy, 1999). V dlouhé verzi genu je v poslední době posuzován ještě další polymorfismus; jednonukleotidová substituce A na G. G alela je spojena se sníženou transkripcí v porovnání s A alelou a fenotypicky je bližší krátké alele genu (Praschak-Rieder et al., 2007). Krátká forma genu je spojována s rysovou úzkostí, zejména pokud byla měřena škálou neuroticismu NEO-PI-R (Sen, Burmeister, & Ghosh, 2004; Schinka, Busch, & Robichaux-Keene, 2004).⁶

Katechol-O-methyltransferáza (COMT) rozkládá dopamin, adrenalin a noradrenalin. Běžný polymorfismus v **genu pro COMT**, který tvoří G na A substituce, vyúsťuje v substituci valinu (val) methioninem (met) na kodónu 158 a způsobuje čtyřnásobný pokles v aktivitě enzymu (Lachman, Papolos, Saito, Yu, Szumlanski, & Weinshilboum, 1996). Homozygotita pro

⁶ Zdá se paradoxní, že efekt, který je produkován antidepresivy (redukována aktivita serotoninového transportéru), je spojován se zvýšenou emocionální reaktivitou a náchylností k depresi. Hariri a kolegové (Hariri, Drabant, Munoz, Kolachana, Mattay, Egan, & Weinberger, 2005) po přezkoumání důkazů navrhuji, že antidepresivní účinky souvisí s down regulací (snižováním citlivosti) 5-HT1A autoreceptorů spíše než se zvýšením množství synaptického serotoninu. Snížená aktivita transportéru (kvůli krátkým alelám) produkuje opačný efekt skrze postsynaptickou down regulaci vyúsťující v necitlivost k serotoninu.

met alelu je spojena s nízkou aktivitou enzymu, homozygotita pro val alelu s vysokou aktivitou, a protože alely jsou kodominantní, heterozygotita je spojena se střední úrovní aktivity. Met varianta genu je spojena se 40% poklesem účinnosti enzymu při rozkládání dopaminu, což vyúsťuje ve větší množství synaptického dopaminu a zvýšení dopaminergní stimulace postsynaptického neuronu. COMT hraje důležitou úlohu při odbourávání dopaminu v prefrontální kůře, proto se předpokládá, že Val158Met polymorfismus by měl skrze modulaci dopaminové signalizace ovlivňovat kognitivní procesy, zejména exekutivní funkce, ve prospěch nositelů met alely (Bruder, Keilp, Xu, Shikhman, Schori, Gorman, & Gilliam, 2005; Barnett, Jones, Robbins, & Müller, 2007). Abnormální fungování prefrontálních korových oblastí je jedním z hlavních znaků schizofrenie, proto byly geny související s prefrontálními funkcemi (tedy i COMT) zkoumány i v souvislosti s ní. Některé studie vyšší náchylnost ke schizofrenii u nositelů val alely potvrzují (Wonodi, Stine, Mitchell, Buchanan, & Thaker, 2003; Egan et al., 2001), relativně nedávná metaanalýza dat z dvanácti studií (Barnett et al., 2007) ale spojitost COMT Val158Met polymorfismu nepotvrdila.

Na druhou stranu je met alela spojována s intenzivnější odezvou na averzivní podnět (Smolka et al., 2007; Jensen, Lonsdorf, Schalling, Kosek, & Ingvar, 2009) a horší regulací této odezvy (Bishop, Cohen, Fossella, Casey, & Farah, 2006). To může být základem pozorovaného spojení met alely a neuroticismu (Stein, Fallin, Schork, & Gelernter, 2005), úzkostnosti (Enoch, Xu, Ferro, Harris, & Goldman, 2003) a úzkostných poruch (Domschke et al., 2004).

Za hlavní roli **MAO-A (monoaminoxydázy A)** je pokládáno odbourávání serotoninu, noradrenalinu a dopaminu. Je kódován **MAOA genem**, v jehož promotorní oblasti se vyskytuje běžný funkční VNTR⁷ polymorfismus, jenž vyúsťuje ve vyšší či nižší aktivitu enzymu (Sabol, Hu, & Hamer, 1998). Dysfunkce MAO-A (příliš málo nebo příliš hodně aktivity MAO-A) je považována za důležitý faktor v celé řadě psychiatrických a neurologických poruch. Vyšší množství MAO-A je dáváno do souvislosti s náchylností k depresi. Hodnoty MAO-A v mozku jsou zvýšené o průměrných 34% u pacientů s endogenní depresí (Meyer et al., 2006) a v genetických studiích více aktivní forma MAOA genu souvisí s depresivitou (např. Younger, Tsai, Hong, Chen, Chen, &

⁷ Variable number of tandem repeat – různý počet opakování krátkých sekvencí genu

Yang, 2005). MAO-A inhibitory se využívají v antidepresivech a v lécích na úzkost. Méně účinná varianta genu je na druhé straně dávána spojována s vyšší mírou agresivity (McDermott, Tingley, Cowden, Frazzetto, & Johnson, 2009), z tohoto důvodu získala přezdívku „válečnický gen“. Ve skupině mužů s historií raného týrání měli jedinci s méně účinnou variantou genu vyšší prevalenci antisociálního chování (Caspi et al., 2002).

3.2.4 Výzkum genetických polymorfismů v raném věku

Pro následující přehled literatury jsem vybírala zejména články, které se týkaly mnou zkoumaného tématu – temperamentu v raném dětství – a používaly podobné metody (Rothbartové Infant Behaviour Questionnaire, popř. měření kortizolu).

Ve výzkumech souvislostí **5-HTTLPR** a raného temperamentu jsou výsledky až na úplné výjimky konzistentní – krátká alela genu je méně příznivá. Kojenci, kteří byli nositeli SS varianty 5-HTTLPR, měli vyšší skóre Limitačního distresu i Negativní emocionality oproti nositelům SL a LL (Auerbach, Geller, Lezer, Shinwell, Belmaker, Levine, & Ebstein, 1999). Pluess a kol. (2011) zjišťovali vztah mezi úzkostností matek v těhotenství a polymorfismy v 5-HTTLPR u jejich dětí. Homozygoti SS měli vyšší skóre Negativní emocionality, ale jenom pokud jejich matky referovaly vyšší úzkostnost v těhotenství. EEG studie (Grossmann, Johnson, Vaish, Hughes, Quinque, Stoneking, & Friederici, 2011) sledovala reakci sedmiměsíčních kojenců na obličejové výrazy štěstí a strachu. SS homozygoti v 5-HTTLPR byli méně citliví k výrazům štěstí. Zároveň nositelé SS 5-HTTLPR měli nižší skóre ve škále Usmívání a smích a Vytrvalost pozornosti v IBQ-R.

Ve výše zmiňované Grossmannově studii (Grossman et al., 2011) byli nositelé met alel v genu **COMT** citlivější vůči výrazu strachu oproti val/val homozygotům. Nositelé met COMT měli vyšší skóre ve Vzpomínání se ze stresu, tedy dle matek lepší emoční regulaci. V jiné studii souvislostí raného temperamentu s COMT Val158Met polymorfismem (Sheese, Voelker, Posner, & Rothbart, 2009) vědci zjistili vyšší míru pozitivních emocí u šestiměsíčních heterozygotů val/met než u homozygotů (val/val nebo met/met). U osmnáctiměsíčních batolat se již tento vztah nepotvrdil.

Hill a kolegové (Hill, Breen, Quinn, Tibu, Sharp, & Pickles, 2013) zkoumali interakci mezi polymorfismy v **MAOA** genu a averzivními podněty v průběhu prenatálního vývoje. Zjistili, že

pětitydenní kojenci s méně aktivní formou genu, jejichž matky zažily v průběhu těhotenství více životních událostí, mají vyšší míru negativní emocionality (měřeno pomocí Brazelton Behavioral Assessment Scale). Další studie testovala vztah mezi MAOA VNTR polymorfismem a seberegulací šestiměsíčních dětí. Více aktivní genotyp byl spojen s vyšší schopností seberegulace u dívek (Zhang et al., 2011).

3.2.4 Geneticky daný vliv serotoninu a dopaminu na HPA osu

Neurotransmise **serotoninu** je zapojena jak do **aktivace**, tak do **zpětnovazebné kontroly HPA osy** (Cassano & D'mello, 2001; Feldman & Weidenfeld, 1998; Lowry 2002; Weidenfeld, Newman, Itzik, Gur, & Feldman, 2002). Serotoninová vlákna aktivují hypothalamické neurony obsahující kortikoliberin, jenž počíná hormonální kaskádu vedoucí k sekreci kortizolu (Liposits, Phelix, & Paull, 1987; Heisler et al., 2007). Studie také ukázaly přímý vliv serotoninu na glukokortikoidové receptory II. typu v hipokampu (Mitchell, Betito, Rowe, Boksa, & Meaney, 1992), které jsou rozhodujícím způsobem zapojeny v rychlém zpětnovazebném ukončení HPA aktivace (Young & Leyton, 2002).

5-HTTLPR polymorfismus byl v souvislosti s HPA osou relativně hodně zkoumán. Metaanalýza těchto studií (Miller, Wankerl, Stalder, Kirschbaum, & Alexander, 2013) na jedenácti relevantních datasetech (celkové N=1686) ukazuje malou ($d=0,27$), ale významnou asociaci mezi 5-HTTLPR genotypem a reaktivitou HPA osy na akutní psychosociální stres; homozygotní nositelé S alely projevují zvýšenou kortizolovou reaktivitu ve srovnání s SL a LL genotypem.

O mnoho méně je známo o vztahu mezi **dopaminem** a HPA osou. Dopaminové projekce z VTA do prefrontálního kortexu jsou silně aktivovány stresem (Abercrombie, Keefe, DiFrischia, & Zigmond, 1989) a zapojují se do procesu **negativní zpětnovazebné smyčky**, jenž chrání HPA před nadměrnou aktivací a usnadňuje návrat k normální úrovni glukokortikoidů po ukončení stresu (Sullivan & Dufresne, 2006). Nicméně polymorfismy v dopaminových genech nebyly v souvislosti s HPA osou zatím podrobně zkoumány. Výjimkou je studie (Bouma, Riese, Doornbos, Ormel, & Oldehinkel, 2012), která našla signifikantní gen-gen-pohlaví interakce mezi COMT val/met polymorfismem a MAOA L/H polymorfismem. Efekt COMTu ve skupině s L- MAOA se

lišil u chlapců a dívek. Nejvyšší úroveň kortizolu a nejvýraznější odpověď na psychologický stres byla pozorována u met/met chlapců a val/val dívek.

4 Kvantitativní studie - MAOA, COMT a 5-HTTLPR polymorfismy, novorozenecká stresová reaktivita a temperament ve třech měsících

4.1 Cíl kvantitativní studie

Cílem mé kvantitativní studie je zkoumat vzájemné vztahy mezi **genetickými polymorfismy 5-HTTLPR ins/del, MAOA H/L a COMT Val158Met, reakcí novorozence na odběr krve z patičky měřenou množstvím salivárního kortizolu a temperamentem ve třech měsících věku hodnoceném matkou v dotazníku IBQ-R.**

Rozdíly v kojeneckém temperamentu jsou zásadní s ohledem na rodičovské přizpůsobení, výchovu a následný vývoj dítěte (viz další část práce). Pro pochopení raných projevů temperamentu je důležité se věnovat i jeho biologické a genetické podmíněnosti; z hlediska psychologických výzkumů se navíc jedná o slibnou oblast. Zaměření studie na raný věk umožňuje sledovat projevy miminka v relativně nejčistší podobě, málo ovlivněné vlivy prostředí a později vzniklými procesy volní kontroly, takže můžeme předpokládat těsnější vztah mezi genetickými, biologickými a temperamentovými proměnnými.

Prvním dílčím cílem mé práce je **ukázat, jestli poporodní stresová reaktivita novorozence nějakým způsobem souvisí s následným kojeneckým temperamentem.** Odběr krve z patičky tři dny po porodu skýtá unikátní možnost sledovat a kvantifikovat reakci na vysoce averzivní podnět velmi záhy po porodu. Ačkoli studie s touto problematikou již byly řešeny, je jich relativně málo a jejich výsledky jsou nejednoznačné.

Druhým dílčím cílem mé práce je **zkoumat genetickou predispozici jak stresové reakce po odběru krve z patičky, tak kojeneckého temperamentu.** Pokud vím, tak existuje pouze jedna studie, která zkoumá genetickou podmíněnost stresové reakce v novorozeneckém věku, a proto budou výsledky mého šetření z tohoto hlediska nové. Studií zkoumajících genetický podklad raného temperamentu je relativně víc, rozhodně však ne tolik, kolik by si toto téma zasloužilo.

V průběhu statistické analýzy dat se ukázalo, že genetické polymorfismy v genech pro MAO-A a COMT statisticky významně souvisejí jak se stresovou reaktivitou, tak s tříměsíčním

temperamentem. To mě vedlo k formulování třetího dílčího cíle kvantitativní studie; **ukázat, zda je genetický vliv na kojenecký temperament alespoň zčásti zprostředkován novorozeneckou stresovou reaktivitou.** Reaktivita hypothalamo-hypofyzární osy je považována a některými studii (shrnutí např. v review Pariante & Lightman, 2008) doložena jako mediující proměnná ve vztahu mezi genetickými polymorfismy a vznikem patologie. Položila jsem si otázku, jestli může být reaktivita HPA osy také mediátorem vlivu genetických polymorfismů na temperament. Pokud je mi známo, moje aktuální studie je jediná, která na vzorku kojenců zkoumá všechny tři proměnné (genetické predispozice, stresovou reaktivitu a temperament) najednou a umožňuje tedy hypotézu mediace testovat.

Na základě cílů výzkumu byly formulovány následující hypotézy týkající se čtyřech oblastí vztahů:

1. Týkající se vztahu kortizolové reakce po odběru krve z patičky u novorozenců a temperamentu tříměsíčních kojenců

- Existuje statisticky významná korelace mezi hodnotami kortizolu (jak absolutními, tak vyjadřujícími změnu) a faktory dotazníku IBQ-R.
- Hodnoty salivárního kortizolu jsou statisticky významným prediktorem hodnot škál dotazníku IBQ-R.

2. Týkající se vztahu genetických polymorfismů a temperamentu tříměsíčních kojenců

- Existuje statisticky významný rozdíl ve faktorech dotazníku IBQ-R u skupin s rozdílnou kombinací alel genu pro serotoninový transportér.
- Existuje statisticky významný rozdíl ve faktorech dotazníku IBQ-R u skupin s rozdílnou kombinací alel genu pro MAOA.
- Existuje statisticky významný rozdíl ve faktorech dotazníku IBQ-R u skupin s rozdílnou kombinací alel genu pro COMT.

3. Týkající se vztahu genetických polymorfismů a kortizolové reakce na odběr krve z patičky u novorozenců

- Existuje statisticky významný rozdíl v hodnotách kortizolu (jak absolutních, tak vyjadřujících změnu) u skupin s rozdílnou kombinací alel genu pro serotoninový transportér.
- Existuje statisticky významný rozdíl v hodnotách kortizolu (jak absolutních, tak vyjadřujících změnu) u skupin s rozdílnou kombinací alel genu pro MAO-A.
- Existuje statisticky významný rozdíl v hodnotách kortizolu (jak absolutních, tak vyjadřujících změnu) u skupin s rozdílnou kombinací alel genu pro COMT.

4. Týkající se vzájemného vztahu genetických polymorfismů, kortizolové reakce na odběr krve z patičky u novorozenců a temperamentu tříměsíčních kojenců

- Velikost poklesu kortizolu zprostředkovává vliv genetického polymorfismu v genu pro MAO-A na sekundární škály IBQ-R u tříměsíčních dětí.
- Velikost poklesu kortizolu zprostředkovává vliv genetického polymorfismu v genu pro COMT na sekundární škály Regulace a Extraverze měřené dotazníkem IBQ-R u tříměsíčních dětí.

4.2 Vzorek

100 matek fyziologických novorozenců bylo pro účast ve výzkumu získáno na novorozeneckém oddělení Nemocnice České Budějovice v průběhu tří měsíců (srpen až listopad 2013). Výzkumný plán byl schválen Etickou komisí Nemocnice České Budějovice.

Výběr vzorku byl založen pouze na ochotě matek se studie zúčastnit. Použitý typ výběru, tj. samovýběr, jsem zvolila i přes jeho nedostatky především z důvodu obtíží při získávání matek pro účast na studii a také kvůli náročnosti sběru dat v prostředí novorozeneckého oddělení. Přítomnost výzkumníka na oddělení byla zdravotnickým personálem vnímána jako zátěž a další komplikace provozu, takže i z toho důvodu bylo nemožné, abych matky a děti do studie vybírala podle dalších kritérií a prodlužovala tak dobu sběru dat.

Všechny matky podepsaly Informovaný souhlas s účastí na studii (příloha 1) a za svou účast obdržely odměnu 200 Kč

Demografické údaje matek shrnuje tabulka číslo 1.

Tabulka 1. Demografické údaje matek

Proměnná	kategorie proměnné	procentuální zastoupení ve vzorku
Rodinný stav	svobodná	29,60
	vdaná	70,40
Počet dětí	1	51,90
	2	36,40
	3	7,80
	4	3,90
Vzdělání matky	ZŠ	13,60
	SŠ	66,70
	VŠ	19,70
Velikost bydliště	1-1000	13,60
	1-1000, v bezprostřední blízkosti ČB	6,20
	1000-5000	28,40
	5000-10000	7,40
	10000-50000	1,20
	50000-100000	40,80
	100000-1000000	1,20
nad 1000000	1,20	

4.3 Sběr a analýza dat

4.3.1 Neuroendokrinní reakce na odběr krve z patičky

Data týkající se stresové reakce byla sbírána na novorozeneckém oddělení Nemocnice České Budějovice v srpnu až listopadu 2013, odběr slin byl navázán na odběr krve z patičky zdravotnickým personálem, který se provádí v průběhu třetího dne života novorozence (v mém vzorku v průměru 69 hodin po porodu), odběry jsou prováděny v ranních hodinách. Sliny byly odebírány ve třech odlišných časových bodech; před odběrem krve z patičky (basal kortizol), 20 minut po odběru (předpokládaný vrchol reakce - peak) a 45 minut po odběru (předpokládaná

doba zotavení z působení negativního stimulu - recovery)⁸. Časy druhého a třetího odběru (peak a recovery) reflektují posun daný dobou, než se změny množství kortizolu v krvi projeví ve slinách, tato doba je stanovena na cca 20 minut (Lewis & Ramsay, 1995). Sliny byly sbírány mnou, popř. studentkou ZSF JU oboru porodní asistentka pomocí Salivary Infant's Swab®; ústa miminka byla touto tyčinkou vytírána po dobu 60s, aby bylo sebráno dostatečné množství slin pro analýzu. Množství kortizolu není ovlivněno intenzitou slinění (Kirschbaum & Hellhammer, 1989). Vzorky byly v průběhu odběrů v pokojové teplotě; lze je takto ponechat až 14 dní, aniž by byly ovlivněny koncentrace kortizolu v nich (Kahn, Rubinow, Davis, Kling, & Post, 1988). Po odběrech byly vzorky převezeny do Laboratoře molekulární integrativní fyziologie drozofily na PŘF JU (vedené doc. Mgr. Tomášem Doležalem, Ph.D.), kde také proběhlo jejich zpracování a analýza (stejně jako u vzorků DNA). Kortizol i DNA byly analyzovány Mgr. Adamem Bajgarem, Ph.D.

Vzorky byly centrifugovány v chlazené stolní centrifuze (1500g, 10min, 4°C) a posléze uskladněny v -80 ° C, dokud nebyly rozmrazeny pro analýzu. K vlastnímu stanovení koncentrace kortizolu ve vzorku byl použit Salivary cortisol enzyme immunoassay kit (Salimetrics). Principem metody je kompetitivní vázání přirozeného kortizolu a kortizolu spojeného s enzymem k matrici 96 jamkové destičky. Do jednotlivých jamek bylo napipetováno 25µl vzorku, standardu, případně kontroly. K tomuto objemu bylo přidáno 200µl kortizolu konjugovaného s enzymem (horseradish peroxidase). Tato směs se nechala vázat na matrici destičky při pokojové teplotě po dobu jedné hodiny. Následně byly jamky čtyřikrát promyty pomocí 300µl promývacího pufru. Po přidání 200 µl pufru se substrátem (tetramethylbenzidine) vzniká působením enzymu modré zbarvení reakce. Reakce se nechá vyvíjet po dobu 25 minut v pokojové teplotě. Následně je reakce ukončena přidáním 50µl kyseliny (stop solution), která zároveň změní její zbarvení z modrého ve žluté. Míra enzymatické reakce je stanovena měřením absorbance vzorku za pomoci Elisa plate spektrofotometru při vlnové délce 450nm. Výsledná koncentrace vzorku byla stanovena za použití standardní křivky (standarty jsou součástí kitu) a odpovídá inverzním hodnotám změřené absorbance. Každý vzorek byl měřen ve třech technických

⁸ Ve výsledcích a grafech používám pro absolutní hodnoty salivárního kortizolu anglické termíny (basal, peak, recovery) pro jejich stručnost a výstižnost.

opakováních a rozptyl měření v rámci jedné 96 jamkové destičky a mezi jednotlivými destičkami nepřekračoval obecně uznávanou míru variability (Intra-Assay Variability – 3,5 %, Inter-Assay Variability – 4,2 %). Efektivita každé eseje byla kontrolována pomocí High a Low density cortisol controls (součást kitu).

Popisná statistika kortizolových hodnot je v tabulce 2 v příloze 2.

4.3.2 Sběr a analýza DNA

Izolace gDNA

Buňky sliznice tváře pro analýzu DNA byly sbírány po třetím odběru slin s pomocí Cambio Catch-All™ Collection Swabs for Remote Testing, poté byly skladovány v -80°C do doby sebrání všech vzorků vstupujících do analýzy. Odstrížené části těchto tyčinek byly inkubovány s lyzačním pufrem k uvolnění genomické deoxyribonukleové kyseliny (gDNA) z buněk. K vlastní purifikaci gDNA a odstranění nežádoucích příměsí, které by mohly bránit následným procedurám, byl použit DNeasy Blood and Tissue kit (Quiagene). Izolace probíhala podle instrukcí uvedených výrobcem tohoto kitu. gDNA byla z enzymaticky narušených buněk bukální sliznice (pomocí proteinázy K; Sigma a RNasy A; Akara) navázána na matici ze silika membrány. V následných krocích byla gDNA zbavena reziduí proteinů a nežádoucích solí. V posledním kroku byla gDNA uvolněna ze silika membrány pomocí mírně zásaditého elučního roztoku. Čistota a množství gDNA v jednotlivých vzorcích byla stanovena pomocí spektroskopické analýzy (NanoDrop UVS99; ACTGene) a gelové elektroforézy malé části vzorku. Vyizolované vzorky byly naředěny deionizovanou vodou dH₂O a uchovány v -80°C k následným analýzám genetických polymorfismů.

Detekce variability vybraných polymorfních lokusů

Vyizolovaná gDNA byla využita k charakterizaci alelické variability konkrétních lokusů spojených v předchozích výzkumech s výrazným efektem na míru exprese daného genu. Jednalo se o polymorfismy genu monoaminoxidáza A (MAOA – varibilní počet opakování 30bps dlouhé sekvence v regulační promotorové sekvenci), genu pro serotoninový transportér (HTTLPR - 43

bps dlouhá inserce/delece spojená s výskytem jedno-bázového polymorfismu v regulatorní promotorové sekvenci genu) a genu katechol-O-methyltransferáza (COMT – jedno-bázový polymorfismus v protein kódující sekvenci). Jednotlivé variabilní úseky byly amplifikovány (zmnoženy) ze vzorku gDNA za použití specifického páru primerů (tabulka 3) a metody polymerázové řetězové reakce (PCR; T3000 cycler; Biometra). Do PCR reakce o objemu 50 μ l bylo použito řádově 50 ng templátu (gDNA), genově specifický Fwd a Rev primer o koncentraci 100nM a mastermix obsahující pufr, polymerázu a nukleotidy (PPP MaterMix; TopBio). Použitý program PCR reakce je uveden v tabulce 4. Výsledná délka získaných fragmentů byla identifikována pomocí 2,5% agarózové gelové elektroforézy (Serva; tabulka 5). K vizualizaci DNA fragmentů byl využit ethidium bromid zaručující dostatečnou přesnost i citlivost. Velikost fragmentů byla odvozena použitím markeru pokrývajícího požadované rozpětí (1 kb plus, New England Biolab). Sekvenční správnost reprezentativních fragmentů byla ověřena izolací fragmentu z gelu následným sekvenováním (zajištěno společností SeqMe).

Polymorfismy charakteristické variabilním počtem opakování insertu (MAOA – podle práce Sabol, Hu, & Hamer, 1998), případně přítomností inserce sekvencí (HTTLPR) byly identifikovány přímo jen pomocí gelové elektroforézy. K identifikaci alel nesoucích jednobázový polymorfismus bylo použito metody RFLP (restriction fragment length polymorphism) umožňující identifikovat jedno-bázovou změnu i v heterozygotní kombinaci alel.

Během této metody se pre-amplifikovaný DNA fragment štěpí pomocí restričního enzymu, který v závislosti na přítomnosti/nepřítomnosti specifické alelické varianty štípe/neštípe řetězec dvouvláknové DNA. HTTLPR varianta obsahující inserci může v této inzerční sekvenci obsahovat specifický polymorfismus, jehož jedna varianta je rozpoznávána restričním enzymem MspI (New England Biolab, podle práce Wendland, Martin, Kruse, Lesch, & Murphy, 2006). V případě polymorfismu v kódující sekvenci genu COMT je polymorfismus sekvenčně specificky rozpoznáván restričním enzymem NlaIII (New England Biolab, podle práce Lajin & Alachkar, 2011). Amplifikovaný DNA fragment byl zbaven příměsí z PCR reakce (QIAquick PCR purification kit – Quiagene) a následně postoupen do restriční reakce. Objem restriční reakce byl v obou případech 50 μ l, byl použitý reakční pufr doporučený poskytovatelem restričního enzymu a reakce byla inkubována v 37°C po dobu 1 hodiny.

Aktivita restrikčního enzymu byla ukončena inkubací reakční směsi v 75°C po dobu 10 minut, způsobující degradaci restrikčního enzymu. Délka vzniklých fragmentů byla analyzována jako v předchozích případech pomocí gelové elektroforézy. Správnost reprezentativních fragmentů byla ověřena pomocí sekvenování (SeqMe).

Tabulka 3. Sekvence primerů

Fwd/Rev	Sekvence primeru 5'→3'
Fwd	CGAGGCTCATCCATCGAGATC
Rev	CTGACAACGGGTCAGGAATGCA
Fwd	CAGCGCCAGGCTGCTCCAGAAAC
Rev	GGTTCGGGACCTGGGCAGTTGTGC
Fwd	GCGGTTGCCGCTCTGAATGC
Rev	GAGGGACTGAGCTGGACAACCCAC

Tabulka 4. Postup PCR reakce

Krok	Čas	Teplota
1 Denaturace	3 min.	94 °C
2 Denaturace	20 sec.	94 °C
3 Nasedání primerů	30 sec.	62 °C
4 Elongace	30 sec.	72 °C
5 Finální elongace	5min.	72 °C
6 Schlazení		16 °C

Krok 2-4 v 35 cyklech

Tabulka 5. Délka fragmentů jednotlivých polymorfismů

Polymorfismus	Alela 1	Alela 2	Délka fragmentů (bps)
COMT Val/Met	Val	Val	114
	Val	Met	96, 114
	Met	Met	96
HTTLPR Inserce (A/G)/ Delece	Insece - A	Inserce -A	326
	Inserce - G	Inserce - G	152
	Insece - A	Inserce - G	326, 152
	Delece	Delece	283
	Delece	Insece - A	283,326
	Delece	Inserce - G	283, 152
MAOA Variabilní opakování	2x	2x	291
	3x	2x	291, 321
	3x	3x	321
	3,5x	2x	291, 336
	3,5x	3x	321, 336
	3,5x	3,5x	336
	4x	2x	291,351
	4x	3x	321, 351
	4x	3,5x	336, 351
	4x	4x	351
	5x	2x	291, 381
	5x	3x	321, 381
	5x	3,5x	336, 381
5x	4x	351, 381	
5x	5x	381	

Výpočet Hardy-Weinbergovy equilibria

Pro výpočet Hardy-Weinbergova equilibria byl použit internetový kalkulátor chi-kvadrátového testu H-W distribuce (Christensen, n.d.). Platí, že pokud je $p > 0,05$, nelze zamítnout nulovou hypotézu, tedy frekvence alelických variant daného polymorfismu se neodchyluje od předpokládaných frekvencí těchto variant dle Hardy-Weinbergova zákona.

MAOA polymorfismus byl klasifikován na více aktivní alelu (H; 4 opakování úseku) a méně aktivní alelu (L; 3 opakování úseku). Genotypové frekvence MAOA a COMT polymorfismu byly v souladu s H-W equilibriem. V rámci regulatorní sekvence genu pro serotoninový transportér byly zkoumány dva polymorfismy – krátká a dlouhá verze genu. V dlouhé verzi genu

byl ještě posuzován další polymorfismus; jednonukleotidová substituce A na G. G alela je spojena se sníženou transkripcí v porovnání s A alelou a fenotypicky je bližší krátké alele genu. Genotypové frekvence 5-HTTLPR polymorfismu založeném na dvoualelickém modelu byly v souladu s Hardy-Weinbergovým equilibriem. Po reklasifikování dvoualelického modelu na trialelický (L_A , L_G , a S), bylo zjištěno, že tento se také nachází v H-W ekvilibriu. Nakonec byl trialelický model reklasifikován na upravený dvoualelický, ve kterém byly méně aktivní alely S a L_G pojmenovány S' a více aktivní alela L_A označena jako L' . Výsledná distribuce reklasifikovaného 5-HTTLPR polymorfismu je v Hardy-Weinbergovu equilibriu. Procentuální zastoupení kombinací alel jednotlivých polymorfismů je v tabulce 6 v příloze 2.

Tabulka 7 shrnuje testovou statistiku a hodnoty p pro chi-kvadrátový test H-W ekvilibrria:

Tabulka 7. Výsledky chikvadrátového testu dobré shody mezi očekávanou a reálnou distribucí alel

Polymorfismus		
5-HTTLPR dvoualelický	χ^2 (1, N=84)	1,403
	p	0,244
5-HTTLPR trialelický	χ^2 (3, N=84)	11,578
	p	0,226
5-HTTLPR dvoualelický reklasifikovaný	χ^2 (1, N=84)	0,390
	p	0,530
MAOA	χ^2 (1, N=84)	1,812
	p	0,238
COMT	χ^2 (1, N=84)	0,430
	p	0,512

4.3.3 Temperament ve třech měsících

V době pobytu na novorozeneckém oddělení dostaly matky účastnící se studie dotazník kojeneckého temperamentu - mnou přeložený Infant Behavior Questionnaire (IBQ-R; Gartstein & Rothbart, 2003) spolu s ofrankovanou obálkou a pokynem, aby ho vyplnily a zaslaly, až budou dítěti tři měsíce. Týden před uplynutím této doby jsem každou maminku upozornila po mailu, aby na vyplnění dotazníku nezapomněla. Návratnost dotazníku byla 84%.

IBQ-R je 191 položkový faktorovou analýzou odvozený nástroj měření kojeneckého temperamentu vzešlý z Rothbartové definice temperamentu (Rothbart & Derryberry, 1981). Respondenti hodnotí chování kojence v různých oblastech v uplynulém týdnu na sedmibodové škále od jedné (nikdy) do sedmi (pořád). Dotazník dává skóry ve čtrnácti škálách, s osmnácti položkami sytícími každou škálu. Škály se shlukují do tří nadřazených sekundárních škál: Pozornost/Regulace, Extraverze a Negativní emocionalita.

Následuje informace o tom, kterými primárními škálami jsou výše zmíněné sekundární škály tvořeny, dále popis jednotlivých primárních škál spolu s příkladem položek sytících danou primární škálu.

EXTRAVERZE

Úroveň aktivity – pohybová aktivita – pohyby rukou a nohou, otáčení se („Když bylo ve vaničce, jak často miminko cákalo nebo kopalo?“)

Usmívání a smích – smích v průběhu běžné péče a hry („Jak často v průběhu minulého týdne se miminko usmálo nebo smálo, když jste mu dala hračku?“)

Radost vysoké intenzity – radost a potěšení spojené s intenzivními podněty („Když jste se miminku schovala a pak na něj jukla, jak často se smálo?“)

Rychlost přiblížení – rychlé přiblížení se k novým věcem, těšení se při očekávání příjemných aktivit („Když dostalo novou hračku, jak často bylo Vaše miminko velmi nadšené?“)

Množství hlasových projevů – množství hlasových projevů miminka při běžných denních aktivitách („Při oblékání/svlékání v průběhu minulého týdne jak často si Vaše miminko broukalo, „povídalo“?“)

Citlivost smyslů – zachycení slabého podnětu z prostředí („Jak často miminko zaznamenalo látku s hrubou strukturou, např. vlnu?“)

NEGATIVNÍ EMOCIONALITA

Distres při omezení – neklid, křik nebo pláč, když je miminko a) připevněno v určité pozici (např. v autosedačce), b) při pečujících aktivitách, c) je mu znemožněna zamýšlená akce („Když bylo miminko položeno na záda, jak často se hněvalo nebo protestovalo?“)

Strach – úlek či rozrušení při působení nečekaného podnětu a při kontaktu s neznámými věcmi, prostředím a lidmi („Jak často v průběhu minulého týdne se miminko zaleklo náhlého hlasitého zvuku?“)

Smutek – snížená aktivita a nálada kvůli fyzické bolesti, ztrátě objektu nebo nemožnosti provést zamýšlenou akci („Zdalo se miminko smutné, když byla pečující osoba pryč po neobvykle dlouhou dobu?“)

Vzpamatování se ze stresu – rychlost opadnutí rozrušení, uklidnění se, snadnost usínání („Když se miminko kvůli něčemu rozrušilo, jak často se uklidnilo v průběhu 5 minut?“); tato položka sytí sekundární škálu Negativní emocionality negativně.

POZORNOST/REGULACE

Vytrvalost pozornosti – pozornost vůči jednomu objektu či interakce s ním po delší časový úsek („Jak často v průběhu minulého týdne věnovalo miminko pozornost kolotoči nad postýlkou 5 minut či déle?“)

Klidná radost – množství radosti a potěšení spojené s klidnými a pro dítě známými činnostmi („Když si miminko klidně hrálo se svojí oblíbenou hračkou, jak často projevovalo potěšení?“)

Uklidnitelnost vychovatelem – ubývání pláče, křiku či neklidu miminka při uklidňování pečovatelem („Když jste miminku hladili určitou část těla, jak často se ihned uklidnilo?“)

Mazlivost – potěšení s fyzického kontaktu s pečovatelem, tulení se („Když bylo miminko v průběhu minulého týdne chováno, jak často se zdálo, že si to užívá?“)

Statistický popis IBQ-R škál je v tabulce 8 přílohy 2. Cronbachovo alpha pro každou z IBQ-R škál v aktuálním souboru bylo v rozmezí od 0,69 do 0,85 (chybějící hodnoty byly nahrazeny průměrem škály, tato metoda popsána např. v Huisman, 2000) a byly obecně obdobné hodnotám, které referovali Gartstein a Rothbartová (2003).

4.3.4 Chybějící data

Ze vzorku byly vyřazeny všechny děti, jejichž matky nevyplnily dotazník IBQ-R. Tyto děti ani jejich matky se statisticky nelišily v žádné ze sledovaných proměnných od zbytku vzorku.

Konečný vzorek se sestával z 84 novorozeňat (56% chlapců, 44% děvčat). U 15 z těchto 84 dětí chybí data týkající se kortizolu z důvodů nedostatečného množství slin potřebných pro provedení analýzy salivárního kortizolu.

4.3.5 Použité statistické metody

Část statistické analýzy (Kruskal-Wallisovy testy rozdílů mezi kombinacemi alel polymorfismů spolu s grafy) vypracoval ing. Michal Huptych, Ph.D. (Český institut informatiky, robotiky a kybernetiky ČVUT) v programu MedCalc (MedCalc Statistical Software version 17.4.4, 2017). Zbýlá statistická analýza byla provedena mnou v softwaru STATISTICA (version 12, 2013).

Kvůli tomu, že některé škály IBQ-R a hodnoty nárůstu a poklesu kortizolu nejsou v normálním rozdělení, bylo využito tam, kde to bylo možné, neparametrických statistických metod. V případě využití regresní analýzy byly testovány její předpoklady, ty jsou k nalezení v příloze 4.

4.4 Kontrola potenciálních intervenujících proměnných

4.4.1 Průběh stresové reakce

Odběr slin byl proveden v průměru 69 hodin po porodu a **stáří dítěte** nekorelovalo s žádnou z kortizolových hodnot (viz tab. 9 v příloze 3). Odběr byl prováděn v ranních hodinách, a protože u novorozenců ještě není ustáleno denní kolísání kortizolu (Santiago, Jorge, & Moreira, 1996), nesledovala jsme **čas odběru** jako relevantní proměnnou. U novorozeňat, na rozdíl od starších kojenců, existuje vysoká stabilita kortizolových hodnot v průběhu dne, což je alespoň zčásti dáno nepřítomností cirkadiánního rytmu po narození (Spangler, 1991). Díky tomu je měření kortizolu u novorozeňat relativně spolehlivé. Před prvním odběrem slin 72,6% dětí spalo a 27,4% dětí bylo vzhůru. Tyto dvě skupiny se signifikantně nelišily v žádné z kortizolových hodnot (viz tab. 10 v příloze 3). 11 dětí (13% vzorku) bylo narozeno pomocí **císařského řezu**; tyto děti se nelišily od skupiny vaginálně narozených dětí v průběhu stresové reakce (viz tab. 10 v příloze 3). **Pohlaví dětí** statisticky nesouviselo s průběhem stresové reakce (viz tab. 10 v příloze 3).

4.4.2 Demografické údaje matek a vyplnění dotazníku IBQ-R

Žádná ze škál IBQ-R statisticky nesouvisela s **pohlavím dítěte** (tabulka 11 v příloze 4), proměnné **vzdělání** a **rodinného stavu** matek statisticky nesouvisely se žádnou ze škál IBQ-R (tabulka 12 a 13 v příloze 3). **Velikost bydliště** nekorelovalo se žádnou ze škál IBQ-R (tabulka 12 v příloze 3). **Věk matek** signifikantně koreloval se škálou **Usmívání a smích** ($\rho=0,2199$, $p=0,05$). **Počet dětí** statisticky souvisel s hodnotami ve škále **Množství hlasových projevů** (výsledky Kruskal-Wallisova testu - ($H[3, N=76]=10,4173$, $p=0,0153$); prvorodičky přisuzovaly svým dětem větší množství hlasových projevů (p po Bonferroniho korekci $p= 0,0212$). Je možné, že naznačený trend je dán prostě tím, že matka prvního dítěte má více času i motivace věnovat svému dítěti pozornost, takže situace vokalizace spíše zaznamená, popřípadě tráví více času v interakci s dítětem a tak ho k tomuto projevu stimuluje.

4.5 Výsledky

4.5.1 Souvislost mezi stresovou reaktivitou novorozence a temperamentem ve třech měsících

Tabulka 14 prezentuje Spearmanovi korelace (ρ) mezi hodnotami kortizolu basal, peak, recovery, nárůst a pokles a skóry ve faktorech dotazníku IBQ-R spolu se statistickou významností tohoto vztahu.

Tabulka 14. Hodnoty Spearmanových korelací mezi škálami IBQ-R a hodnotami kortizolové reakce

škála IBQ-R	basal	peak	recovery	nárůst kortizolu	pokles kortizolu
Pozornost/Regulace	0,068	0,082	-0,205	0,066	0,477 ***
Uklidnitelnost vychovatelem	-0,149	-0,061	-0,183	0,076	0,314 **
Vytrvalost pozornosti	0,086	0,073	-0,168	-0,025	0,306 *
Radost nízké intenzity	0,082	0,119	-0,001	0,091	0,266 *
Mazlivost	0,033	-0,119	-0,076	-0,123	0,046
Extraverze	-0,121	-0,002	-0,200	0,110	0,331 **
Citlivost smyslů	-0,061	0,056	-0,009	0,111	0,066
Rychlost přiblížení	-0,141	-0,046	-0,181	0,010	0,285 *
Množství hlasových projevů	0,037	0,126	-0,080	0,148	0,379 **
Radost vysoké intenzity	-0,028	-0,009	-0,294 *	0,070	0,391 **
Usmívání a smích	0,059	0,007	-0,094	-0,015	0,300 *
Úroveň aktivity	-0,315 **	-0,153	-0,196	0,114	0,010
Negativní emocionalita	-0,057	0,187	0,243 *	0,186	-0,258 *
Smutek	-0,081	0,076	0,181	0,115	-0,285 *
Vzpamatování se ze stresu	-0,077	-0,140	-0,290 *	-0,085	0,365 **
Distres při omezení	-0,014	0,194	0,244 *	0,166	-0,220
Strach	-0,077	0,124	0,061	0,123	-0,002

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Hodnota bazálního kortizolu statisticky významně negativně souvisela se škálou Úrovně aktivity, tj. čím nižší úroveň bazálního kortizolu po porodu, tím vyšší Úroveň aktivity hodnocená matkou. Hodnota nárůstu a peaku nekorelovala s žádnou ze škál IBQ-R, kdežto hodnota recovery negativně korelovala s Radostí vysoké intenzity a Vzpamatování se ze stresu a pozitivně s Negativní emocionalitou a Distresem při omezení. Velikost poklesu kortizolu ve slinách v průběhu 25 minut významně souvisí se všemi třemi sekundárními faktory dotazníku. Platí tedy, že děti, kterým více klesnul kortizol v průběhu uklidnění, jejich matky hodnotily jako méně náchylné k negativním emocím, více extravertované a lépe regulované.

V následné analýze bylo testováno, zda průběh stresové reakce na odběr krve z patičky (konkrétně nárůst a pokles) je prediktorem temperamentu tříměsíčních dětí (pouze sekundárních škál). Použila jsem krokovou dopřednou metodu, abych zjistila, který model lépe odpovídá predikci škál IBQ-R z průběhu stresové reakce po porodu. Grafy předpokladů regresní

analýzy, včetně Shapiro-Wilkova testu normality reziduí, jsou v přílohách práce (grafy 1-9 v příloze 4) a ukazují, že tyto předpoklady byly splněny.

Tabulka 15 ukazuje souvislost mezi průběhem stresové reakce po porodu a sekundární škálou Extraverze IBQ-R u tříměsíčních kojenců. Pokles stresové reakce (z peak do recovery) při současné kontrole nárůstu této reakce je signifikantním prediktorem sekundární škály Extraverze, kdežto nárůst reakce je prediktorem nesignifikantním (model 2). Model, ve kterém je zahrnutý pouze pokles (model 1), vysvětluje větší procento rozptylu sekundární škály Extraverze, konkrétně 10,2%.

Tabulka 15. Predikce EXTRAVERZE pomocí nárůstu a poklesu kortizolu

model	Upravené R ²	F (1,67)	p	prediktory	β	p	VIF
1	0,102	8,745	0,004	pokles	0,34	0,004	1
2	0,092	F (2,66) 4,431	0,016	pokles nárůst	0,38 -0,067	0,01 0,641	1,544

Dále byl testován model predikce sekundární škály Negativních emocí z nárůstu a poklesu kortizolové reakce. Při současném vložení prediktoru nárůstu a poklesu do modelu se oba jeví signifikantně významnými a společně vysvětlují 10,8% rozptylu ze sekundární škály Negativních emocí.

Tabulka 16. Predikce NEGATIVNÍ EMOCIONALITY pomocí nárůstu a poklesu kortizolu

model	Upravené R ²	F (2,66)	p	prediktory	β	p	VIF
1	0,108	5,119	0,009	pokles nárůst	-0,362 0,437	0,013 0,003	1,544

Při současném vložení nárůstu a poklesu kortizolu do predikce sekundárního faktoru Pozornosti/regulace (model 2) vychází pokles jako signifikantní prediktor, nárůst jako nesignifikantní prediktor, oba vysvětlují 14,3% rozptylu sekundárního faktoru Pozornosti/regulace; tento model je přesnější, než ten, ve kterém je prediktorem pouze pokles kortizolu (model 1).

Tabulka 17. Predikce REGULACE pomocí nárůstu a poklesu kortizolu

model	Upravené R ²	F (1,67)	p	prediktory	β	p	VIF
1	0,128	10,977	0,001	pokles	0,375	0,001	1
2	0,143	F (2,66) 6,672	0,002	pokles nárůst	0,497 -0,206	0,001 0,145	1,544

4.5.2 Genetické předpoklady stresové reaktivity u novorozenců a temperamentu ve třech měsících

Pro testování hypotézy souvislostí mezi genetickými polymorfismy, nárůstem a poklesem salivárního kortizolu a škálami dotazníku IBQ-R byl zvolen Kruskal-Wallisův test, dva stupně volnosti. Hodnoty testové statistiky H, hladiny významnosti (p) a velikosti efektu genetických polymorfismů na závislé proměnné (η^2) u signifikantních vztahů jsou shrnuty v následující tabulce. Mnou používaný software STATISTICA η^2 nepočítá, využila jsem proto internetový kalkulátor (Effect sizes calculator for non-parametric tests: Mann-Whitney-U, Wilcoxon-W and Kruskal-Wallis-H, n.d.).

Tabulka 18 ukazuje vliv 5-HTTLPR polymorfismu na temperament dítěte ve třech měsících.

Tabulka 18. Vliv 5-HTTLPR polymorfismu na temperament

	H (2, N=84)	p	η^2
Pozornost/seberegulace	9,104	0,011	0,082
Vytrvalost pozornosti	6,493	0,039	0,052
Negativní emocionalita	14,224	0,001	0,141
Smutek	12,195	0,002	0,117
Vzpamatování se ze stresu	12,188	0,000	0,184
Distres při omezení	18,044	0,000	0,184

Tabulka 19 ukazuje vliv MAOA H/L polymorfismu na stresovou reakci tři dny po porodu a temperament ve třech měsících.

⁹ η^2 – Eta squared pro Kruskal-Wallisův test je adekvátní hodnotám R² pro regresní analýzu, udává tedy, kolik procent rozptylu závislé proměnné je vysvětleno proměnnou nezávislou.

Tabulka 19. Vliv MAOA H/L polymorfismu na stresovou reakci a temperament

	H (2, N=84)	p	η^2
Pozornost/seberegulace	17,095	0,000	0,174
Uklidnitelnost vychovatelem	10,373	0,006	0,096
Vytrvalost pozornosti	9,297	0,010	0,084
Surgence/extraverze	8,738	0,013	0,077
Přiblížení se	7,842	0,020	0,067
Radost vysoké intenzity	8,140	0,017	0,071
Usmívání a smích	7,558	0,023	0,064
Negativní emocionalita	23,347	0,000	0,245
Smutek	16,080	0,000	0,162
Vzpamatování se ze stresu	25,994	0,000	0,166
Distres při omezení	16,416	0,000	0,168
Kortizolová reakce	H (2, N=69)	p	η^2
nárůst SC	7,913	0,019	0,083
pokles SC	17,332	0,000	0,216

Tabulka 20 ukazuje vliv COMT Val158Met polymorfismu na stresovou reakci tři dny po porodu a temperament ve třech měsících.

Tabulka 20. Vliv COMT Val158Met polymorfismu na stresovou reakci a temperament

	H (2, N=84)	p	η^2
Pozornost/seberegulace	8,157	0,017	0,071
Vytrvalost pozornosti	6,656	0,036	0,054
Surgence/extraverze	6,668	0,036	0,054
Přiblížení se	6,294	0,043	0,049
Radost vysoké intenzity	7,435	0,024	0,062
Vzpamatování se ze stresu	9,358	0,032	0,085
Kortizolová reakce	H (2, N=69)	p	η^2
pokles SC	19,317	0,000	0,244

Tabulka 21 shrnuje post-hoc analýzu Kruskal-Wallisova testu, která využila Mann-Whitneyovy testy s Bonferroniho korekcí, uváděny jsou pouze rozdíly mezi skupinami, které přestály Bonferroniho korekci. Směr znamének (>, <) ukazuje porovnání velikostí hodnot závislé

proměnné mezi dvěma uvedenými skupinami, jejich počet udává statistickou významnost (viz legenda tabulky 21).

Tabulka 21. Post-hoc analýza Kruskal-Wallisova testu

	COMT			5'-HTTLPR			MAOA		
	MMxVV	MMxVM	VMxVV	LLxSS	LLxLS	LSxSS	HHxLL	HHxHL	HLxLL
Pozornost/seberegulace	>			>		>	>>>		
Uklidnitelnost vychovatelem							>>		
Vytrvalost pozornosti	>			>			>		
Surgence/extraverze	>						>	>	
Přiblížení se	>								<
Radost vysoké intenzity	>						>		
Usmívání a smích							>		
Negativní emocionalita				<<		<<	<<	<<<	<
Smutek				<<		<<	<<	<	
Vzpamatování se ze stresu	>	>		>>		>>	>	>>>>	
Distres při omezení				<<<	<	<	<<	<	<
Kortizolová reakce									
nárůst							<		
pokles	>>>>		>>					>>>>	

statistická signifikance p po Bonferroniho korekci; > p<0,05; >> p<0,01; >>> p<0,001; >>>> p<0,0001

Kruskal Wallisův test odhalil statisticky významný vliv polymorfismu v **serotoninovém transportéru** na hodnoty ve škále **Distresu při omezení**, **Smutku**, **Vzpamatování se ze stresu** i na **Negativní emocionalitu** celkově. Potvrdil se předpoklad menší výhodnosti přítomnosti krátké alely 5-HTTLPR; ve všech výše zmíněných škálách Negativní emocionality měli homozygoti SS nejvyšší skóre a v opadávání distresu naopak skór nejnižší oproti heterozygotům SL a homozygotům LL (grafy 10-13 v příloze 4). Polymorfismus 5-HTTLPR měl také statisticky signifikantní vliv na primární faktor **Vytrvalosti pozornosti** a jemu příslušný sekundární faktor **Pozornosti/regulace**. Homozygoti SS měli nižší skóre ve faktoru Pozornost/regulace oproti heterozygotům SL i homozygotům LL, oproti homozygotům LL měli take nižší skóre ve škále Vytrvalosti pozornosti (grafy 14-15 v příloze 4).

Kruskal-Wallisův test odhalil statisticky významný vliv **MAOA** polymorfismu na hodnoty ve škálách **Smutku**, **Distresu při omezení**, **Vzpamatování se ze stresu** a sekundární škálu **Negativní emocionality**. Homozygoti pro více aktivní formu genu měli statisticky nejnižší hodnoty ve škále Smutku, Distresu při omezení i v sekundární škále Negativních emocí a

nejvyšší hodnoty ve škále Vzpamatování se ze stresu oproti heterozygotům HL i homozygotům LL (grafy 16-19 v příloze 4). Kruskal-Wallisův test prokázal signifikantní vliv MAOA polymorfismu také na škálu Extraverze a Regulace. Ve škále **Extraverze** měli **heterozygoti HL** nižší skóre než homozygoti HH, stejně jako v primárních škálách **Usmívání a smíchu** a **Radosti vysoké intenzity, v Rychlosti přiblížení** měli nižší skór než homozygoti LL (grafy 20-23 v příloze 4). Podobný výsledek se objevoval ve škále **Pozornost/regulace**; **heterozygoti HL** měli nižší úroveň skórů v této sekundární škále, stejně jako v primárních škálách **Vytrvalosti pozornosti** a **Uklidnitelnosti vychovatelem** (grafy 24-26). Polymorfismus v genu MAOA měl statisticky významný vliv na průběh stresové reakce, **nárůst** salivárního kortizolu i jeho **pokles** (grafy 27-28). Homozygoti LL měli statisticky významně vyšší nárůst kortizolu oproti homozygotům HH. Heterozygoti HL měli statisticky nižší pokles kortizolu oproti homozygotům HH.

Kruskal-Wallisův test prokázal statisticky významný vliv **COMT Val158Met** polymorfismu na primární škálu **Rychlosti přiblížení** a **Radosti vysoké intenzity** a na sekundární škálu **Extraverze** (graf 29-31). Homozygoti met/met měli oproti homozygotům val/val vyšší skóre ve všech třech výše zmíněných škálách. Val158Met polymorfismus v genu pro COMT měl rovněž statistický vliv na sekundární škálu **Pozornosti/regulace** a primární škálu **Vytrvalosti pozornosti**; homozygoti met/met měli vyšší Vytrvalost pozornosti oproti homozygotům val/val a vyšší skór v sekundární škále **Pozornost/regulace** oproti heterozygotům val/met (graf 32-33). Polymorfismus v genu COMT také statisticky souvisel s jednou z primárních škál negativní emocionality a to se **Vzpamatováním se ze stresu**; homozygoti met/met měli statisticky vyšší skór v této škále oproti homozygotům val/val i heterozygotům val/met (graf 34). Val158Met polymorfismus souvisel s velikostí **poklesu** kortizolu v době uklidňování po odběru krve z patičky. Homozygoti val/val měli nejnižší pokles kortizolu oproti ostatním dvěma skupinám (graf 35).

4.5.3 Testování mediující role kortizolové reaktivity ve vztahu mezi genetickou predispozicí a tříměsíčním temperamentem

Vzhledem k tomu, že u polymorfismů v COMT a MAO-A všechny tři sledované proměnné souvisejí navzájem (genetický polymorfismus, stresová reaktivita po porodu a temperament ve

třech měsících), byla testována zprostředkující funkce stresové reaktivity ve vztahu mezi genetickými polymorfismy a temperamentem. Předpokládám, že vliv genetických polymorfismů na temperament dítěte ve třech měsících je mediován jeho vrozenou stresovou reaktivitou. K testování tohoto předpokladu byla využita série regresních analýz, jak to ve své studii doporučují Baron a Kenny (1986). Tento postup odpovídá mým datům a menšímu vzorku lépe než jiné statistické postupy (např. strukturální modelování).

Prediktorem tří sekundárních temperamentových škál je počet konkrétních zvolených alel (0,1,2) ve zkoumaných genetických polymorfismech. Mediátorem je pokles kortizolu. Závislou proměnnou jsou sekundární škály IBQ-R (Extraverze, Negativní emocionalita, Pozornost/regulace). Podle Barona a Kennyho (1986) pro potvrzení mediačního modelu musí platit následující tvrzení:

1. Nezávislá proměnná musí mít významný vliv na mediátor.
2. Nezávislá proměnná musí mít vliv na závislou proměnnou.
3. Mediátor musí mít vliv na závislou proměnnou.
4. Při současném vstupu nezávislé proměnné a mediátora, musí být efekt nezávislé proměnné nižší než v tvrzení číslo 1. Ideální je, když při kontrole mediátora nemá nezávislá proměnná na závislou proměnnou žádný vliv.

Ačkoli má MAOA H/L vliv na pokles kortizolu (viz tab. 7), regresní analýza nepotvrdila počet alel L jako signifikantní prediktor poklesu kortizolu (tab. 22)

Tabulka 22. Predikce poklesu kortizolu z počtu L alel MAOA H/L polymorfismu

Upravené R ²	F (1,67)	p	prediktory	β	p	VIF
0,842		0,362	počet L alel	-0,111	0,362	1

Polymorfismus v MAOA genu tedy do mediačního modelu nevstupuje. Protože mediační model s nezávislou proměnnou COMT Val158Met polymorfismu obsahuje dvě závislé proměnné (sekundární škálu Extraverze a sekundární škálu Pozornosti/regulace), budu testovat regresní vztahy ve dvou sériích A a B pomocí lineární regrese, metoda enter.

Test mediujícího vlivu poklesu kortizolu ve vztahu COMTu a extraverze (model A)

1. COMT má signifikantní vliv na pokles kortizolu (model A1; tabulka 23).

Tabulka 23. Predikce poklesu kortizolu z počtu val alel COMT val/met polymorfismu

model	Upravené R ²	F (1,67)	p	prediktory	β	p	VIF
B1	0,159	13,831	0,000	počet val alel	-0,414	0,000	1

2. COMT má signifikantní vliv na Extraverzi (model A2; tabulka 24).

Tabulka 24. Predikce Extraverze z počtu val alel COMT val/met polymorfismu

model	Upravené R ²	F (1,82)	p	prediktory	β	p	VIF
A2	0,063	6,502	0,013	počet val alel	-0,271	0,013	1

3. Pokles kortizolu má signifikantní vliv na úroveň Extraverze (model A3; tabulka 25).

Tabulka 25. Predikce Extraverze z poklesu kortizolu

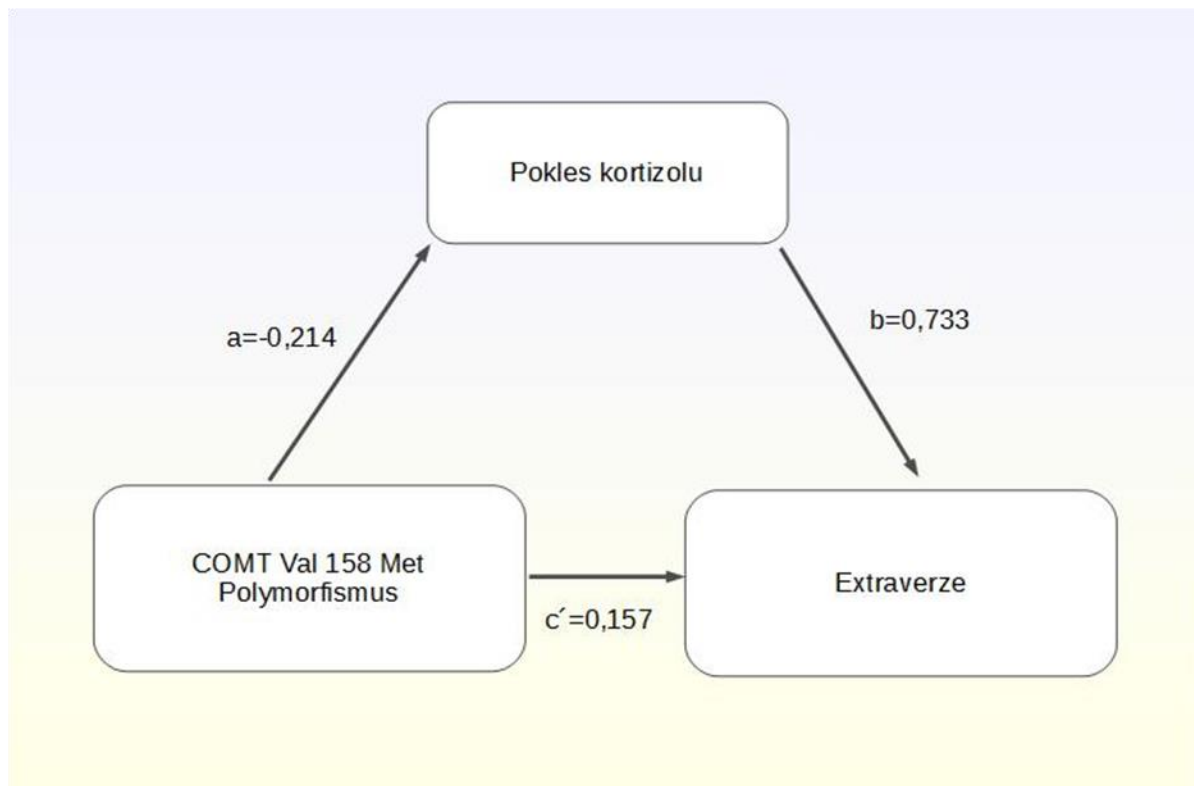
model	Upravené R ²	F (1,67)	p	prediktory	β	p	VIF
A3	0,102	8,745	0,004	pokles	0,34	0,004	1

4. Při současném vstupu COMT polymorfismu a poklesu kortizolu do regrese (model A4), je efekt COMT polymorfismu nižší než v bodě 1 (model A2), tento vliv se stal nesignifikantním (tabulka 26).

Tabulka 26. Predikce Extraverze pomocí val/met COMT polymorfismu a poklesu

model	Upravené R ²	F (1,82)	p	prediktory	β	p	VIF
A2	0,063	6,502	0,013	počet val alel	-0,271	0,013	1
A4	0,092	F (2,66) 5,892	0,004	pokles počet val alel	0,254 -0,209	0,046 0,099	1,206

Předpoklad zmenšení efektu COMT při současné kontrole vlivu poklesu je zachován, obrázek 6 znázorňuje mediální model A.



Obrázek 6. Schéma mediačního modelu A.

a – hrubý (nestandardizovaný) regresní koeficient vlivu mezi nezávislou proměnnou a mediátorem

b – hrubý (nestandardizovaný) regresní koeficient vlivu mezi mediátorem a závislou proměnnou

c' - velikost nepřímého vlivu COMT Val158Met polymorfismu na Extraverzi = $a \cdot b = 0,157$

Při splnění kritérií Barona a Kennyho jsem ještě testovala signifikanci nepřímého vlivu c' tzv. Sobelovým testem (Preacher, Leonardelli, n.d.). Ten testuje nulovou hypotézu, že nepřímý vliv je nulový. Hodnoty testové statistiky Z a velikost p ukazuje obrázek 7, $p < 0,05$, nepřímý vliv COMTVal158Met na Extraverzi je tedy signifikantní.

Input:		Test statistic:	Std. Error:	p-value:
a	-0.214	Sobel test: -2.3223429	0.06754472	0.02021448
b	0.733	Aroian test: -2.27309601	0.06900808	0.02302039
s _a	0.057	Goodman test: -2.37493587	0.06604894	0.017552
s _b	0.248	Reset all	Calculate	

Obrázek 7. Printsreen Sobelova testu mediaci.

a – hrubý (nestandardizovaný) regresní koeficient vztahu mezi nezávislou proměnnou a mediátorem

S_a - standardní chyba a

b - hrubý (nestandardizovaný) regresní koeficient vztahu mezi mediátorem a závislou proměnnou

S_b - standardní chyba b

Test mediujícího vlivu poklesu kortizolu ve vztahu COMTu a Pozornosti/regulace (model B)

1. COMT Val158Met polymorfismus má signifikantní vliv na pokles kortizolu (model B1).

Tabulka 27. Predikce poklesu kortizolu z počtu val alel COMT val/met polymorfismu

model	Upravené R ²	F (1,67)	p	prediktory	β	p	VIF
B1	0,159	13,831	0,000	počet val alel	-0,414	0,000	1

2. COMT Val158Met má signifikantní vliv na Pozornost/regulaci (model B2).

Tabulka 28. Predikce Pozornosti/regulace pomocí val/met COMT polymorfismu

model	Upravené R ²	F (1,82)	p	prediktory	β	p	VIF
B2	0,09	9,16	0,003	počet val alel	-0,317	0,003	1

3. Pokles kortizolu má vliv na Pozornost/regulaci (model B3).

Tabulka 29. Predikce Pozornosti/regulace z poklesu kortizolu

model	Upravené R ²	F (1,67)	p	prediktory	β	p	VIF
B3	0,128	10,977	0,001	pokles	0,375	0,001	1

4. Při současném vstupu COMT Val158Met polymorfismu a poklesu do regrese (model B4) mizí vliv poklesu a zůstává pouze vliv COMT polymorfismu na sekundární škálu Pozornosti/regulace

(tabulka 30). Hypotézu o mediujícím vlivu poklesu kortizolu na faktor Pozornosti/regulace tedy musím zamítnout.

Tabulka 30. Predikce Pozornosti/regulace pomocí val/met COMT polymorfismu a poklesu kortizolu

model	Upravené R ²	F (1,82)	p	prediktory	β	p	VIF
B2	0,09	9,16	0,003	počet val alel	-0,317	0,003	1
B4	0,212	F (2,66) 10,168	0	pokles počet val alel	0,235 -0,338	0,051 0,006	1,206

4.6 Diskuse

Následující oddíl Diskuse porovnává zjištěné výsledky se stanovenými hypotézami a s výsledky relevantních studií.

4.6.1 Vztah stresové reaktivity v novorozeneckém věku a temperamentu ve třech měsících

Srovnání mnou nalezených souvislostí mezi stresovou reaktivitou a temperamentem s existující literaturou ztěžují nejméně tři skutečnosti:

1. Ve studiích jsou využívány různé proměnné kortizolové reakce (absolutní hodnoty peaku či recovery, hodnoty nárůstu či poklesu). V kojeneckém věku není příliš využívána hodnota bazálního kortizolu, za důležitější je považován reaktivní salivární kortizol, kdežto později je za více určující považován bazální kortizol měřený v různých časech dne.
2. Často nebyl administrován celý dotazník IBQ-R, ale pouze některé jeho subškály, takže chybí souvislosti u sekundárních faktorů.
3. Výzkumů souvislostí průběhu stresové reakce a temperamentu v raném věku je obecně málo a jejich výsledky jsou ambivalentní. Výsledků z batolecího a předškolního období je více a jsou jednoznačnější, nejsou ale tak úplně konzistentní s daty z kojeneckého období.

V existující literatuře jsem nenalezla údaje o spojitosti mezi temperamentovým faktorem **Úrovně aktivity** a hladinou **bazálního kortizolu**. V mém vzorku nalezená negativní korelace mezi těmito dvěma proměnnými by nicméně mohla být v souladu s hypotézou, která vysvětluje externalizující obtíže u dětí (tedy i hyperaktivitu) hypoaktivitou HPA osy. Dle této

teorie nízká hladina bazálního kortizolu je projevem podstimulování organismu, takže tito jedinci jsou více aktivní, aby zvýšili množství působících stimulů (Alink, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, Mesman, Juffer, & Koot, 2008). Několik existujících výzkumů potvrdilo tuto souvislost u školních dětí a dospívajících (Kariyawasam, Zaw, & Handley, 2002; Oosterlaan, Geurts, Knol, & Sergeant, 2005; Scerbo, & Kolko, 1994). Nicméně vzhledem k nestabilitě denního kolísání kortizolu v novorozeneckém věku toto zjištění není dle mého názoru příliš podstatné.

Jako klíčová proměnná stresové reakce ve vztahu k následnému temperamentu se ukázal **pokles kortizolu**; pozitivně souvisel s primárními škálami **Vytrvalosti pozornosti, Klidnou radostí, Utěšitelností vychovatelem, Přiblížením se k novému podnětu, Radostí vysoké intenzity, Usmíváním a smíchem, Množstvím hlasových podnětů, Opadáváním distresu**, negativně potom souvisel se škálou **Smutku**. Vyšší pokles kortizolu je prediktorem vyšších skóre ve škále **Extraverze** a **Pozornosti/regulace**. Prediktorem **Negativní emocionality** byl jak **nárůst**, tak **pokles** kortizolu; jedinci s vyššími skóre v sekundární škále Negativní emocionality byli ti s větším nárůstem a menším poklesem kortizolu po odběru krve z patičky. Celkové procento variance sekundárních faktorů, které bylo vysvětleno pomocí nárůstu a poklesu kortizolu je relativně malé, což naznačuje, že jsou tyto faktory dány dalšími nezávislými proměnnými. Použitím regresní analýzy jsem spíše než nalezení vyčerpávajícího modelu temperamentu sledovala možnost registrovat současně vliv nárůstu i poklesu kortizolu. U faktoru Negativního afektu se objevil vliv nárůstu kortizolu na tento faktor, který by v korelační analýze bez použití regresí nebyl patrný.

Ačkoli je vyšší nárůst kortizolu a jeho pomalé opadávání považováno za symptom dysregulace HPA osy a za podklad negativních emocí a horší seberegulace v předškolním a školním věku (Kagan et al., 1987; Talge et al., 2008; Smider et al., 2002; Pérez-Edgar, Schmidt, Henderson, Schulkin, & Fox, 2008; Dettling, Gunnar, & Donzella, 1999; Gunnar, Tout, de Haan, Pierce, & Stanbury, 1997), jednoznačnost mých nálezů na vzorku kojenců je ojedinělá. Existuje v podstatě pouze jedna studie, která dává do souvislosti novorozeneckou odezvu na odběr krve z patičky a následný, relativně raný temperament, a výsledky této studie jsou spíše v rozporu s

mými závěry. Ve studii 50 novorozenců (Gunnar et al., 1995) hodnota peaku negativně korelovala s Distresem při omezení v šesti měsících a autoři z toho vyvozují, že schopnost silně reagovat na averzivní stimulus odráží lepší neurobehaviorální organizaci novorozence. Další studie souvislosti salivárního kortizolu a raného temperamentu již sledují stresovou reakci i temperament o něco později. V souladu s hypotézou lepšího emočního fungování jedinců se silnější stresovou odezvou je studie kojenců (Beijers & Riksen-Walraven de Weerth, 2012), ve které nižší skóre v sekundární škále Negativní emocionality měřený pomocí IBQ-R ve třech a šesti měsících věku predikoval vyšší kortizolovou reaktivitu v jednom roce. Výsledky rozsáhlého výzkumu (Blair et al., 2008) ukázaly, že sedmiměsíční kojenci ze sociálně znevýhodněného prostředí, kteří byli cvičenými pozorovateli hodnoceni jako více náchylní k negativním emočním reakcím na stresové podněty, měli vyšší nárůst i pokles kortizolu po frustrujícím laboratorním experimentu (odebrání hračky, omezení pohybu rukou experimentátorem). Zároveň ale nebyly nalezeny žádné signifikantní vztahy mezi kortizolovou reaktivitou a temperamentem měřeným pomocí IBQ-R (tamtéž). Na stejném vzorku dětí pak v batolecím období autoři nachází souvislost škály Strachu a Vytrvalosti pozornosti s vyšším nárůstem i poklesem reakce a Distresu při omezení s nižším nárůstem i poklesem reakce (tamtéž). Tato zjištění nesouhlasí s výsledky vzešlými z mého výzkumu.

Spojení intenzivnější aktivace HPA osy s negativní emocionalitou ukazuje několik výzkumů se závěrem, že náchylnost k hněvu a strachu může souviset s touto aktivací rozličně. Ani v tom ale výzkumy nejsou jednoznačné; Van Bakel a Riksen-Walraven (2004) ukázali na vzorku 85 patnáctiměsíčních batolat vyšší nárůst kortizolu u dětí více náchylných k hněvu. V jiném výzkumu využívajícím dotazník IBQ-R (Gunnar, Larson, Hertsgaard, Harris, & Brodersen, 1992) Distres při omezení u devítiměsíčních dětí pozitivně souvisel s následnou kortizolovou reakcí na separaci od matky, kdežto Strach ne. Naopak studie kojenců a batolat v kolektivní péči ukázala vyšší nárůst odpoledního kortizolu u plachých dětí (Watamura, Donzella, Alwin, & Gunnar, 2003).

V předškolním a mladším školním věku je pak již vyšší úroveň kortizolu konzistentně dávana do spojitosti spíše s internalizujícími emocemi a obtížemi (bázlivosti a sociální staženosti) (Kagan et al., 1987; Talge et al., 2008; Smider et al., 2002; Pérez-Edgar et al., 2008;

Detting et al., 1999; Gunnar et al., 1997) a s horší úrovní regulace (Detting et al., 1999; Gunnar et al., 1997).

4.6.2 Genetická predispozice stresové reakce a temperamentu

Vliv polymorfismu v genu pro serotoninový transportér na temperament byl v souladu s existující literaturou, ve které S alely genu jsou spojovány s vyšší náchylností k negativním emocím v raném věku (Auerbach et al., 1999; Pluess et al., 2011). Souvislost polymorfismu **5-HTTLPR ins/del** s faktorem seberegulace ukázala studie na kojencích (Grossmann et al., 2011); sedmiměsíční SS homozygoti v 5-HTTLPR měli nižší skóre ve škále Vytrvalost pozornosti v IBQ-R. V jiném výzkumu dvanáctiměsíční homozygoti SS měli kratší trvání pohledu při hraní s kostkami (Auerbach, Faroy, Ebstein, Kahana, & Levine, 2001).

Překvapivé bylo, že jsem nenalezla spojitost mezi polymorfismem v 5-HTTLPR a průběhem stresové reakce; metaanalýza studií na dospělé populaci (Miller et al., 2013) ukazuje malou ($d=0,27$), ale významnou asociaci mezi 5-HTTLPR genotypem a reaktivitou HPA osy na akutní psychosociální stres; homozygotní nositelé S alely projevují zvýšenou kortizolovou reaktivitu ve srovnání s SL a LL genotypem. Rovněž jediný výzkum, který zkoumá genetickou predispozici HPA osy u novorozenců, ukazuje, že SS homozygoti měli po odběru krve z patičky signifikantně vyšší nárůst kortizolu oproti heterozygotům SL a homozygotům LL (Mueller, Brocke, Fries, Lesch, & Kirschbaum, 2010).

U genu pro **MAOA** vycházela jako jednoznačně příznivější pro dětský temperament více aktivní forma genu. Souvisela s nižší mírou negativních emocí a s vyšší mírou extraverze a regulace. Nižší míra negativních emocí a vyšší míra regulace u HH odpovídá výsledkům studií v raném dětství (Hil let al., 2013; Zhang et al., 2011). Pokud vím, tak ale žádná z existujících studií v raném věku neukázala vyšší míru extraverze u HH, která vycházela v mých datech.

L alela je v literatuře spojována s vyšší citlivostí vůči averzivním vlivům prostředí a s náchylností k agresivitě a impulzivité (Caspi et al., 2002; Kim-Cohen, Caspi, Taylor, Williams, Newcombe, Craig, & Moffitt, 2006; Manuck, Flory, Ferrell, Mann, & Muldoon, 2000; Eisenberger, Way, Taylor, Welch, & Lieberman, 2007; Frazzetto et al., 2007). V souladu s těmito

výzkumy je mé zjištění, že LL genotyp měl nejvyšší míru Distresu při omezení (signifikantně oproti HH i HL) i Negativní emocionality celkově (signifikantně oproti oběma zbylým skupinám) a zároveň nejvyšší míru Rychlosti přiblížení (signifikantně oproti HL), rysu, který může být považován za prekursor následné impulzivity.

Existuje velmi málo studií vztahu MAOA polymorfismu s aktivitou HPA osy. Studie dětí (Bouma et al., 2012), dospělých pacientů s chronickým únavovým syndromem (Smith, White, Aslakson, Vollmer-Conna, & Rajeevan, 2006) a studie mužských pečovatелů o chronicky nemocné (Brummett, Boyle, Siegler, Kuhn, Surwit, Garrett, & Williams, 2008) ukázaly vyšší náchylnost L genotypu k dysregulaci stresové osy. To je v souladu s mým nálezem, ve kterém homozygoti LL měli signifikantně vyšší nárůst kortizolu oproti HH. Na druhou stranu ve studii reakce na psychologický a endokrinní stres (Jabbi et al., 2007) autoři zjistili vyšší hladiny kortizolu v plazmě u dospělých nositelů více aktivní varianty genu než u méně aktivní. Zároveň se objevovaly signifikantní interakce mezi polymorfismem a pohlavím v jejich vlivu na úroveň bazálního kortizolu; mužští nositelé více aktivní formy genu měli nižší bazální kortizol a ženské nositelky více aktivní formy genu měly vyšší bazální kortizol.

I mnoho dalších studií ukazuje interakci polymorfismu v MAOA s pohlavím (Zhang et al., 2011; Caspi et al., 2002; Jabbi et al., 2007; Bouma et al., 2012). Přítomnost H alely může být vnímána jako riziková pro vznik internalizující patologie u dospělých žen (Schulze et al., 2000; Younger et al., 2005; Samochowiec, Hajduk, Samochowiec, Horodnicki, Stępień, Grzywacz, & Kucharska-Mazur, 2004) a přítomnost L alely jako riziková pro vznik externalizující patologie u mužů s historií raného zanedbávání či týrání (Caspi et al., 2002; Kim-Cohen et al., 2006; Manuck et al., 2000; Frazzetto et al., 2007). V mé studii jsem ale důkazy o interakci pohlaví a vlivu MAOA polymorfismu nenalezla. Posouzení signifikance interakce pohlaví s MAOA polymorfismem ztěžuje fakt, že gen pro MAOA je lokalizován na pohlavním chromozomu X. U heterozygotních dívek je jeden z chromozomů inaktivován a není zjistitelný, který to je. V některých studiích jsou proto data heterozygotních žen z analýzy eliminovány, ve většině studií ale nikoli a tohoto postupu jsem se držela při vyhodnocování dat i já.

V polymorfismu pro **COMT** vycházela jako jednoznačně příznivější met alela spojená s redukovanou tvorbou tohoto enzymu odbourávajícího dopamin. Nositelé met alely měli vyšší skóry v sekundární škále Extraverze, což souhlasí s logickým předpokladem, že při nižším odbourávání dopaminu ho mají více a tedy i větší míru surgence. Zároveň nositelé met alely skórovali výše i v sekundární škále Pozornosti/regulace, to odpovídá předpokladu, že větší množství prefrontálního dopaminu faciliteje exekutivní funkce. Nositelé met alely měli také vyšší pokles kortizolu při uklidňování po odběru krve z patičky. Je to v souladu se zpětnovazebnou úlohou dopaminu při regulaci HPA osy. Polymorfismus v genu pro COMT měl ze sekundární škály Negativní emocionality souvislost pouze s primární škálou Vzpomínání se ze stresu, tedy se škálou, která hypoteticky souvisí s opadáváním kortizolu skrze zpětnovazebné působení dopaminu.

Kromě hypotetických předpokladů plynoucích z role dopaminu v temperamentu je většina výše shrnutých nálezů v souladu s existujícími výzkumy na dětské populaci. Ve studii sedmiměsíčních kojenců (Grossmann et al., 2011) její autoři našli souvislost mezi met alelou a vyššími skóry ve škále Vzpomínání se ze stresu, tento výsledek koresponduje i s mým nálezem vyšší urovně tohoto skóru u homozygotů met/met oproti oběma zbylým skupinám.

V mém aktuálním souboru měli met/met homozygoti statisticky vyšší úroveň Radosti vysoké intenzity oproti val/val homozygotům. Souvislost COMT polymorfismu s pozitivní emocionalitou ukázal výzkum kojenců (Sheese et al., 2009), nicméně zde měli vyšší míru pozitivních emocí (Radost vysoké intenzity, Usmívání a smích, Množství hlasových projevů) šestiměsíční heterozygoti met/val oproti homozygotům (val/val nebo met/met). U osmnáctiměsíčních batolat se již tento vztah nepotvrdil. U dospělých se objevila souvislost COMT polymorfismu s prožíváním radosti; nositelé met alel zažívali větší radost z denních vzpruh než nositelé val alel (Wichers et al., 2008).

V souladu s existující literaturou je i mé zjištění, že met alela souvisí s primárním faktorem Vytrvalosti pozornosti i se sekundárním faktorem Pozornosti/regulace ve prospěch nositelů met alely. Delší trvání pozornosti a menší vyrušitelnost nositelů met alely ukázala studie devítiměsíčních kojenců (Holmboe, Nemoda, Fearon, Csibra, Sasvari-Szekely, & Johnson, 2010). V jiné studii (Markant, Cicchetti, Hetzel, & Thomas, 2014) měli sedmiměsíční nositelé

met alel vyšší skóry Vytrvalosti pozornosti a behaviorální regulace. Naopak v rozporu s převažujícími nálezy vyšší predispozice nositelů met alely k seberegulaci je studie Voelkera a kol. (Voelker, Sheese, Rothbart, & Posner, 2009), ve které její autoři ukázali, že osmnácti- až dvacetiměsíční nositelé val alely měli v podmínkách pozitivního rodičovství vyšší míru anticipačních pohledů¹⁰. Autoři tuto diskrepanci s nálezy u kojenců vysvětlili vývojovými zvláštnostmi batolecího věku; předpokládají, že v tomto období má dítě mnohem vyšší úroveň dopaminu než později ve vývoji, takže více aktivní forma genu vedoucí k většímu množství enzymu, který dopamin rozkládá, může být z hlediska kontroly pozornosti optimální. To by podle nich odpovídalo i obrácené křivce odpovědi na dopamin, kdy optimální kognitivní výkon nastává, když dopaminu není ani příliš mnoho, ani příliš málo (Granon et al., 2000; Mehta, Owen, Sahakian, Mavaddat, Pickard, & Robbins, 2000).

Můj nálezu pozitivního vztahu mezi met alelami a Rychlostí přiblížení je v rozporu s jedinou studií, ve které vyšly signifikantní vztahy mezi těmito proměnnými v kojeneckém věku. Již citovaná studie (Markant et al., 2014) ukázala, že sedmiměsíční nositelé val alely rychleji sahali po nové hračce a měli vyšší skóre ve škále Rychlosti přiblížení. U dětí, dospívajících a dospělých jsou výsledky spojení COMT polymorfismu a impulzivity nejednoznačné; v menšině studií predisponovaly k rozvoji impulzivity val alely (Eisenberg et al., 1999; Wagner, Baskaya, Anicker, Dahmen, Lieb, & Tadić, 2010), ve většině pak met alely (Kreek, Nielsen, Butelman, & LaForge, 2005; Paloyelis, Asherson, Mehta, Faraone, & Kuntsi, 2010; Bellgrove, Domschke, Hawi, Kirley, Mullins, Robertson, & Gill, 2005). Nejednoznačnost výsledků může být dána zprostředkující rolí pohlaví; někteří autoři (Gizer, Ficks, & Waldman, 2009) navrhují, že met alela zprostředkovává riziko impulzivity u chlapců (Qian, Wang, Zhou, Li, Wang, Glatt, & Faraone, 2003), kdežto val alela u dívek (Wagner et al., 2010). Nenalezla jsem žádné signifikantní vztahy mezi pohlavím a proměnnou COMT polymorfismu a temperamentu. Je také možné, že nejednoznačnost spojení mezi COMT polymorfismem a impulzivitou je dáno působením intervenující proměnné kontroly pozornosti; pokud by, v souladu s mými výsledky, byla met

¹⁰ Dětem jsou prezentovány vizuální stimuly v předpověditelném pořadí, jsou měřeny reaktivní pohledy (po prezentovaném podnětu) a anticipační (před prezentováním podnětu), anticipační pohledy jsou považovány za marker exekutivní pozornosti v raném věku (Clohessy, Posner, & Rothbart, 2001)

alela dispozicí jak pro impulzivitu, tak seberegulaci, vztah mezi met alelou a kontrolou chování nebude přímý, protože kontrola chování je ovlivňována jak impulzivitou, tak schopností regulace.

Data týkající se kortizolové reaktivity a COMT polymorfismu v kojeneckém věku chybí a i u dospělých je jich velmi málo. Nálezů Oswalda, McCaula, Choie, Yanga, a Wanda (2004) ukázaly, že ACTH a kortizolová odpověď na opioidového antagonistu naloxone u 64 zdravých dospělých s met/met genotypem byla vyšší než u jedinců homozygotních, či heterozygotních pro val alelu. To je v rozporu s mými nálezy, je ale možné, že se vliv polymorfismu COMT na odpověď HPA osy liší v kojenecké a dospělé populaci. To by mohlo odpovídat typickým nálezům genetických studií, ve kterých met alela je spojována v raném dětství spíše s pozitivními výstupy, kdežto později jsou výsledky v této oblasti rozporuplnější, popř. se met alela jeví jako méně výhodná.

Bouma a kol. (2012) našli signifikantní gen-gen-pohlaví interakce mezi COMT val/met polymorfismem a MAOA L/H polymorfismem u dospívajících. Efekt COMTu ve skupině s L-MAOA se lišil u chlapců a dívek. Nejvyšší úroveň kortizolu a nejvýraznější odpověď na psychologický stres byla pozorována u met/met chlapců a val/val dívek. Tento výzkum by teoreticky mohl být také v souladu s předpokladem menší výhodnosti met alely u chlapců a val alely u dívek. V mé studii jsem nenalezla žádné signifikantní interakce mezi polymorfismem COMT, polymorfismem MAOA a pohlavím v jejich vlivu na stresovou reaktivitu či temperament.

4.6.3 Reaktivita HPA osy jako mediující proměnná vlivu genetických polymorfismů na raný temperament

V rozsáhlém review je reaktivita HPA osy navržena do role mediátora mezi genetickými vlivy a vlivy prostředí a vznikem obezity a deprese (Bornstein, Schuppenies, Wong, & Licinio, 2006), výzkumně byla prokázána mediující role dysregulace vzniklé extrémní zátěží traumatického zážitku na vznik deprese (Van den Bergh, Van Calster, Smits, Van Huffel, & Lagae, 2008) a PTSD (Yehuda, Flory, Pratchett, Buxbaum, Ising, & Holsboer, 2010), u dětí z chudých rodin hyperaktivita HPA osy zprostředkovává nepříznivý dopad chudoby a negativního rodičovství na úroveň IQ a exekutivních funkcí (Blair, Granger, Willoughby,

Mills-Koonce, Cox, Greenberg, Fortunato, 2011). V jiné studii na dětech (Pagliaccio et al., 2014) bylo ukázáno, že množství kortizolu u tří- až pětiletých dětí mediuje vliv polymorfismů souvisejících s metabolismem kortizolu na velikost amygdaly a hipokampu u sedmi- až dvanáctiletých dětí.

Můj výzkum je zatím svého druhu jediný, který zkoumal mediující funkci HPA osy ve vztahu mezi genetickou predispozicí a následným temperamentem. Testovala jsem možnost, že vliv genetických polymorfismů v MAOA a COMT na kojenecký temperament je alespoň zčásti mediován reaktivitou HPA osy, konkrétně velikostí poklesu kortizolu. V případě vztahu mezi COMT polymorfismem a Extraverzí tento model vyšel signifikantně (testováno Sobelovým testem signifikance nepřímého vlivu); vliv COMT polymorfismu na Extraverzi je mediován velikostí poklesu kortizolu po stresovém podnětu.

Zprostředkující role poklesu kortizolu mezi COMT polymorfismem a extravertí je v souladu s předpoklady vzešlými z výzkumných studií. Nositelé méně účinné varianty genu COMT mají menší množství tohoto enzymu v prefrontální kůře (Chen et al., 2004), což se projeví ve vyšším uvolňování prefrontálního dopaminu a v jeho pomalejším odbourávání (Yavich, Forsberg, Karayiorgou, Gogos, & Männistö, 2007), vyšší množství prefrontálního dopaminu vede k účinnějšímu ukončení stresové reakce (Sullivan & Dufresne, 2006), ta je pokladem extravertních rysů (Blair, Peters, & Granger, 2004; Kontoangelos et al., 2015). I laicky pojato dává zprostředkující role negativní zpětnovazebné regulace HPA osy ve vztahu mezi genetickou dispozicí a temperamentovým rysem extraverte smysl. Jedinci geneticky disponovaní pro účinnější ukončení stresové reakce se jeví jako extravertovaní, protože jejich biologická stresová reakce rychleji odeznívá a oni mohou snáze obnovit pozitivní emoční ladění po prožité zátěži, méně si ze stresorů „dělají hlavu“, působí bezstarostněji.

4.7 Limity výzkumu

Platnost prezentovaných výsledků je limitována typem výběru vzorku, tj. samovýběrem. Probandi byli vybíráni na základě ochoty účastnit se studie a mohou se lišit ve sledovaných kritériích od vzorku normální populace. Zejména u způsobu posouzení dítěte matkou v IBQ-R se

dá očekávat, že může být jiná u matek, které se studie zúčastnily a u těch, které odmítly. Bohužel IBQ-R nemá české normy, abych mohla tento předpoklad ověřit porovnáním s normální českou populací. Alespoň zčásti mohl být tento nedostatek napraven statistickou kontrolou demografických proměnných; jejich vztahy se škálami IBQ-R byly spíše marginálního charakteru (viz kapitola 4.4.2). Důvodem zvolení samovýběru jako strategie výběru vzorku byla relativní obtížnost získat svolení k účasti na studii v citlivé poporodní době. Metodika sběru slin vyžadovala, aby dítě nebylo 20 minut před jejich odběrem kojeno, takže 45 minut po odběru krve z patičky matka nemohla uklidnit své dítě tímto způsobem. To nejspíš spolu s obavami z odběru slin a DNA mohlo přispět k tomu, že bylo relativně obtížné přesvědčit matky k účasti na studii. Jiný typ strategie výběru vzorku by sběr dat neúměrně prodlužoval a vedením neonatologického oddělení Nemocnice České Budějovice by ani nebyl akceptován, protože naše přítomnost na oddělení v běžném provozu byla zdravotnickým personálem vnímána jako výrazná zátěž. Z toho důvodu také byl výsledný vzorek relativně menší, takže neumožňoval pokročilejší statistické procedury, jako třeba strukturální modelování.

Použití dotazníkové metody pro měření temperamentu kojence může být problematické z důvodu subjektivity vnímání dítěte rodičem. Pro určitou míru spolehlivosti výpovědi vychovatele svědčí to, že byly nalezeny pozitivní korelace mezi posouzením matky a otce u 11 ze 14 primárních škál IBQ-R (Parade & Leerkes, 2008). Shoda mezi posouzením rodičů a laboratorně měřeným temperamentem u šestiměsíčních dětí však byla nízká (pozitivní vztah byl nalezen pouze u faktoru Strachu hodnoceném matkou) a míra depresivity rodiče moderovala tuto shodu. Strach posuzovaný otcem pozitivně souvisel s laboratorně pozorovaným strachem pouze u otců s nízkou mírou deprese. Matkou hodnocený Distres při omezení pozitivně souvisel s laboratorně měřeným Distresem při omezení pouze u matek s nízkou či průměrnou depresivitou. Interakce mezi depresivitou rodiče a mírou shody jeho posouzení s laboratorně měřeným temperamentem ukazuje, že alespoň zčásti je dotazníkem měřený kojenecký temperament ovlivněn charakteristikami posuzovatele. Na druhou stranu rodiče mají možnost posoudit chování dítěte v jeho přirozeném prostředí, v průběhu dlouhé doby a v rozličném množství situací oproti laboratorně měřenému temperamentu, takže i spolehlivost laboratorního měření může být zpochybňována. Oproti jiným nástrojům měření kojeneckého

temperamentu je IBQ-R specifický v tom, že nechce od rodiče, aby přímo hodnotil, jaké dítě je, ale ptá se, jak často se projevilo určitým způsobem v konkrétní situaci a z toho vysuzuje jeho temperamentové vlastnosti. Dle mého názoru je toto vhodnější postup operacionalizace oproti například Batesovu dotazníku Infant Characteristics Questionnaire (Bates et al., 1979), který chce po rodiči, aby hodnotil na sedmibodové škále, jak moc obtížná je péče o dítě v různých oblastech jeho fungování.

Dalším limitujícím faktorem spojeným s využitím IBQ-R může být i skutečnost, že dotazník byl administrován ve třech měsících věku, kdy emoční projevy dítěte ještě nejsou tak diferencované (např. projevy hněvu a strachu) a nepřítomnost lokomoce omezuje množství projevů, ze kterých může být temperament vysuzován. Posouzení souvislostí některých primárních škál IBQ-R s biologickými a genetickými faktory tak může být nepřesné. Ve třech měsících věku se například ještě nemusí plně projevit ostražitost před cizím člověkem, to mohlo přispět k tomu, že v aktuálním výzkumu se neobjevily žádné signifikantní souvislosti mezi faktorem Strachu a dalšími proměnnými, i když jinak je to vysoce biologicky a geneticky daný faktor temperamentu s velmi dobře pozorovatelnými a skórovatelnými vnějšími projevy.

Hodnoty kortizolové odpovědi (zejména úroveň bazálního kortizolu) mohly být ovlivněny intervenujícími proměnnými, které jsem nemohla zkonstatnit (doba předchozího spánku/bdění, doba od nakojení), protože by úsilí o jejich zkonstatnění ještě více mohlo narušit provoz oddělení a snížit ochotu matek k účasti na studii. V mém vzorku odhadovaná doba uplynulá od nakojení nekorelovala s výší bazálního kortizolu ($\rho = -0,006$; $p = 0,962$). Děti, které před prvním odběrem slin spaly a ty, které bděly, se nelišily v žádné z kortizolových hodnot (viz tab. 2 v příloze 3). Je však možné, že stresová reakce i přesto byla ovlivněna intervenujícími proměnnými, které se mi nepodařilo adekvátně změřit či statisticky kontrolovat. Další omezení statistických operací prováděných s kortizolovými daty spočívá v tom, že u patnácti dětí chyběla data z alespoň jednoho časového bodu reakce, takže byly ze statistické analýzy vynechány, to dále snížilo velikost n u těchto statistických operací. Nicméně skutečnost, že se u určitého procenta vzorků nepodaří odebrat dostatečné množství slin, je pro výzkum salivárního kortizolu u kojenců typická (Kirschbaum & Hellhammer, 1994).

4.8 Shrnutí kvantitativní části práce

V kvantitativní části práce byly sledovány souvislosti polymorfismů 5-HTTLPR inserce/delece, MAOA H/L a COMT Val158Met se stresovou reakcí po odběru krve u novorozenců měřeným množstvím salivárního kortizolu ve třech časových bodech a temperamentem ve třech měsících hodnoceným matkou pomocí dotazníku IBQ-R. V souladu s literaturou je nalezená souvislost krátké verze genu pro serotoninový transportér s větší mírou negativního afektu a nižší seberegulací. Naopak překvapivé bylo, že 5-HTTLPR nesouviselo s průběhem stresové reakce, jak bylo ukázáno v nedávné metanalýze dat (Miller et al., 2013).

V souladu s většinou existující literatury je také mnou nalezené spojení mezi MAOA H/L polymorfismem a faktory kojeneckého temperamentu; homozygoti HH měli nejnižší úroveň negativních emocí oproti oběma zbylým skupinám, oproti HL byli také více extravertní a seberegulovaní. Naopak přítomnost L alely predisponovala pro vyšší míru negativních emocí a nižší seberegulaci; homozygoti LL měli nejvyšší míru negativních emocí i vysokou Rychlost přiblížení, to by mohlo být teoreticky podkladem v mnoha výzkumech pozorovaného spojení L alely MAOA s externalizující psychopatií. Vzhledem k malému množství studií zkoumajících vztah mezi MAOA polymorfismem a HPA osou a jejich spíše ambivalentním výsledkům jsou mnou nalezené souvislosti těchto dvou proměnných příslibem smysluplnosti zaměření se na tuto oblast. Tak například statisticky nejvyšší nárůst kortizolu u LL homozygotů je zajímavý v kontextu toho, že trauma v dětství (potenciálně vedoucí k dysregulaci HPA osy) má nejhorší dopad (měřený množstvím antisociálního chování) u mužských nositelů L alely (Caspi et al., 2002).

Spojení met alely v polymorfismu COMT Val158Met s pozitivní emocionalitou a kontrolou pozornosti a seberegulací je v souladu s existujícími výzkumy v raném věku. V rozporu s jednou ze studií je můj nález, že i Rychlost přiblížení je vyšší u met/met oproti val/val homozygotům, protože val alela je spíše dávána do souvislosti s vyšší Rychlostí přiblížení a impulzivitou kojenců. Důvod tohoto rozporu lze vysvětlit tím, že u tříměsíčních dětí ještě Rychlost přiblížení nemohla být sledována v jejich lokomoci, takže mohla spíše splynout s dalšími faktory pozitivní emocionality sekundárního faktoru Extraverze. Dalším možným důvodem je to, že výše zmiňované spojení val alely s impulzivitou ještě není jednoznačně prokázané a

podobnost vnějších projevů impulzivity a nízké kontroly, které by však měly být podloženy biologicky odlišně, zkruskuje výsledky. Spojení met alely s vyšším poklesem kortizolu je pak opět relativně novátorský výsledek vzhledem k malému množství studií vztahu COMT polymorfismu a HPA osy. Hypoteticky by se mohlo jednat o biologický podklad výzkumně doložené vyšší seberegulace nositelů met alel (ačkoli to v mém mediačním modelu nebylo potvrzeno).

Všechny tři sekundární škály IBQ-R u tříměsíčních dětí bylo možno predikovat z jejich stresové reakce po odběru krve z patičky tři dny po porodu. Kojenci s vyšší mírou negativních emocí měli vyšší nárůst a nižší pokles kortizolu, více extravertované a lépe regulované děti měly vyšší pokles. Relativní těsnost vztahu mezi danými proměnnými, kterou jsem nenalezla v žádné ze studií vztahu mezi dětským temperamentem a množstvím salivárního kortizolu, může být dána tím, jak záhy byl temperament měřen, popřípadě tím, že byly sledovány všechny škály IBQ-R, navíc za využití dlouhé verze dotazníku. Data dle mého názoru ukazují, jak velkou roli hraje reakce HPA osy na stresor v raném temperamentu.

Na základě signifikantních statistických souvislostí mezi genetickými, stresovými a temperamentovými proměnnými u polymorfismů MAOA H/L a COMT Val158Met jsem se rozhodla ještě testovat hypotézu reakce HPA osy jako zprostředkovatele vztahu mezi genetickým polymorfismem a temperamentovým projevem. Statisticky signifikantně vyšla mediující role poklesu kortizolu ve vztahu mezi COMT Val158Met polymorfismem a sekundární škálou Extraverze. Nositelé met alel mají vyšší pokles kortizolu, to u nich zprostředkovává vyšší pozorovanou extraverzi ve třech měsících. Tento náleží by mohl být slibným podnětem pro další výzkumy tohoto typu.

5 Rodičovství malých dětí s obtížným temperamentem

5.1 Obtížný temperament dítěte a rodičovské přizpůsobení

Přechod k rodičovství je zásadním stresovým faktorem, který přináší zvýšené nároky na oba členy rodičovského páru. Pocit duševní pohody je v tomto období ohrožen i u relativně resilientních jedinců. V longitudinální, 10 let trvající studii 96 párů (Cowan & Cowan, 2000) její autoři dospívají k názoru, že rodičovství je spojeno se zvýšenou mírou rozčarování a nadměrnou zátěží matek, otců i jejich vzájemného vztahu. V souvislosti se zátěží spojenou s přechodem k rodičovství se zkoumá zejména rodičovský stres, depresivita a vnímaná rodičovská zdatnost.

Obtížný temperament dítěte spojený s neutišitelným pláčem a nespavostí dítěte může dále negativně ovlivnit psychický stav rodičů (Solmeyer & Feinberg, 2011; Sirignano & Lachman, 1985; Mulsow, Caldera, Pursley, Reifman, & Huston, 2002; Saisto, Salmela-Aro, Nurmi, & HalmesmÄki, 2008). Následuje rozbor souvislostí kojeneckého temperamentu ve vztahu k jednotlivým složkám rodičovského přizpůsobení.

5.1.1 Temperament dítěte a psychický stav rodiče (rodičovský stres, depresivita, úzkost)

Zcela konzistentně přispívá obtížný temperament kojence ke zvýšené míře **stresu matky** (Östberg & Hagekull, 2000; Gelfand, Teti, & Radin Fox, 1992; Molfese, Rudasill, Beswick, Jacobi-Vessels, Ferguson, & White, 2010), toto spojení bylo potvrzeno rovněž u depresivních matek (Gelfand, Teti, & Radin Fox, 1992), adolescentních matek (Secco & Moffatt, 2003; Chang, Fine, Ispa, Thornburg, Sharp, & Wolfenstein, 2004) a u matek předčasně narozených dětí (Gray, Edwards, O'Callaghan, Cuskelly, & Gibbons, 2013). Vyšší míra rodičovského stresu je patrná i u obou rodičů předškolních dětí s temperamentovou obtížností (McBride, Schoppe, & Rane, 2002).

Incidence **poporodní deprese u matek** je cca 10-15% (Paykel, Emms, Fletcher, & Rassaby, 1980; Paulson, Dauber, & Leiferman, 2006). Kvůli závažnosti diagnózy a dopadů na vývoj dítěte byla otázka vztahu mezi obtížným temperamentem a poporodní depresí matek zevrubně zkoumána (viz review Mayberry & Affonso, 1993). Metanalýza z roku 2001 týkající se prediktorů poporodní deprese uvádí signifikantní vliv kojeneckého temperamentu s mírnou

velikostí vlivu (0,33 až 0,34) (Beck, 2001). V rámci chování dítěte je to zejména jeho nespavost vedoucí ke spánkové deprivaci matky, která má rozhodující vliv na vznik depresivní symptomatologie (Dennis & Ross, 2005; Goyal, Gay, & Lee, 2009; Bayer, Hiscock, Hampton, & Wake, 2007). Neutišitelný pláč dítěte (záznamy častějších a delších epizod pláče) a hodnocení temperamentu kojence jako obtížného jsou další faktory spojované s poporodní depresivní rozladou (Beck, 2001; Cutrona & Troutman, 1986; McGrath, Records, & Rice, 2008; Milgrom, Westley, & McCloud, 1995; Whiffen & Gotlib, 1989; Mayberry & Affonso, 1993; Tronick & Reck, 2009; Reck et al., 2004; Vik et al., 2009; Feldman, Granat, Pariente, Kanety, Kuint, & Gilboa-Schechtman, 2009; Britton, 2011). Tyto vztahy nejsou jednoznačně vysvětleny; není známo, jestli péče o temperamentově obtížné dítě podporuje poporodní depresi, jestli depresivní matky vnímají projevy svého dítěte jako více obtížné, nebo jestli depresivní chování matky zvyšuje distres dítěte. V longitudinálních výzkumech byly nalezeny jednosměrné efekty s určitým vzorcem směru vztahu. Pokud byly analyzovány relativně objektivně měřitelné faktory (spánek a pláč dítěte), pak byly nalezeny vlivy těchto proměnných na depresivitu matky (Goyal et al., 2009; Dennis & Ross, 2005; Vik et al., 2009; Lam, Hiscock, & Wake, 2003). Pokud byla posuzována *vnímaná* obtížnost dítěte, pak převažoval vliv depresivity matky na vnímání temperamentu dítěte (Sugawara, Kitamura, Toda, & Shima, 1999; Hanington, Ramchandani, & Stein, 2010; McGrath, Records, & Rice, 2008), popřípadě na jeho projevy (Gross, Conrad, Fogg, & Worthke, 1994). Oba nálezy jsou podstatné pro poradenskou praxi; nespavost dítěte a jeho neutišitelný pláč přispívá k míře depresivních symptomů matky, takže matky s nespavým a neutišitelným kojencem potřebují větší míru pomoci, aby bylo zamezeno rozvoji závažnější deprese. U depresivních matek zase můžeme očekávat, že mohou své dítě vnímat jako nadměrně náročné i při běžné míře jeho požadavků na péči, což může vést k narušení vzájemného vztahu. Intervence by tedy mohly být zaměřeny jak na zmírnění deprese, tak na posílení citlivosti matky, její schopnosti adekvátně rozumět projevům dítěte a účinně naplňovat jeho potřeby.

Úzkost matky byla rovněž dáována do souvislosti s kojeneckým obtížným temperamentem (Sameroff, Seifer, & Elias, 1982; Miller, Barr, & Eaton, 1993; Mednick, 1996;

McMahon, Barnett, Kowalenko, Tennant, & Don, 2001; Hammarberg, Fisher, & Wynter, 2008; Feldman et al., 2009; Britton, 2011).

Poporodní depresivita u otců je oproti té mateřské méně studovaný jev; nicméně se zdá, že i otcové jsou po porodu zvýšeně ohroženi depresivní rozladou. Studie 5089 amerických rodin s kojenci objevila u 10% zkoumaných otců mírnou až závažnou míru depresivních symptomů (u matek to bylo 14% vzorku) (Paulson, Dauber, & Leiferman, 2006). I u otců existuje pozitivní souvislost mezi obtížností kojeneckého temperamentu a mírou depresivity (McBride, Schoppe, & Rane, 2002; Ventura & Stevenson, 1986; Solmeyer & Feinberg, 2011; Dudley, Roy, Kelk, & Bernard, 2001).

5.1.2 Temperament dítěte a vnímaná rodičovská zdatnost (parental self-efficacy - PSE)

V souvislosti se zkoumáním poporodní depresivity a pod vlivem Bandurovy teorie self-efficacy se objevil pojem **vnímaná rodičovská zdatnost**, který zpřesnil popis procesů souvisejících s přechodem k rodičovství. Vnímaná osobní rodičovská zdatnost je důležitým konstruktem spojeným s fungováním dítěte i celého rodinného systému. Lze ji široce vymezit jako očekávání, které mají pečovatelé ohledně své schopnosti úspěšně se zhostit rodičovské role. Předpokládá se, že PSE je specifickým případem obecnějšího konstrukt celkové self-efficacy (Bandura, 1982). PSE zahrnuje přesvědčení rodičů o jejich schopnosti ovlivňovat dítě a jeho prostředí ve směru podpory úspěšného vývoje (Ardelt & Eccles, 2001).

Obecně platí, že PSE je nižší u rodičů prvních dětí (Froman & Owen, 1990) a kontinuálně se zvyšuje se zkušeností s prvním dítětem (Porter & Hsu, 2003; Reece & Harkless, 1998). U prvorodičů je pozitivně ovlivňována předchozí zkušeností s cizími dětmi (Salonen, Kaunonen, Åstedt-Kurki, Järvenpää, Isoaho, & Tarkka, 2009; Porter, & Hsu, 2003).

Temperament dítěte ovlivňuje míru rodičovské self-efficacy. Je celkem snadno představitelné, že rodiče více uplakaných a hůře utišitelných dětí budou mít ze svého rodičovství horší dojem než rodiče spokojeného a snadno zvládnutelného miminka. Gowen, Johnson-Martin, Goldman a Appelbaum (1989) zjistili, že dráždivost miminka predikuje jak depresi, tak pocit rodičovského selhávání. Stifter a Bono (1998) ukázali horší vnímanou mateřskou zdatnost a vyšší separační úzkost u matek dětí, které v novorozeneckém období

naplňovaly kritérium neutišitelného pláče. Ve výzkumu Leerkesové a Crockenbergové (2002) vyšší Uklidnitelnost vychovatelem měřená dotazníkem IBQ-R byla signifikantním prediktorem vnímané mateřské zdatnosti. Ve výzkumu Spielmana a Taubman-Ben-Ari (2009) byly nalezeny negativní vztahy mezi obtížností temperamentu kojence a PSE jak matky, tak otce. Cutronová a Troutmanová (1986) zjistily nižší úroveň PSE u matek, jejichž děti byly více dráždivé a temperamentově obtížné (hodnoceno rodiči i nezávislymi pozorovateli), stejně jako Porter a Hsu (2003).

V několika výzkumech byla vnímaná rodičovská zdatnost **mediátorem** dopadu obtížného temperamentu na rodiče. Tak například v již zmiňovaném výzkumu Cutronové a Troutmanové (1986) PSE zprostředkovávala vztah mezi obtížným temperamentem dítěte a depresivitou matky. V jejich modelu byl obtížný temperament kojence chápán jako stresor a podpůrné mezilidské vztahy jako protektivní faktor. Výsledky path analysis ukazují, že obtížný temperament silně souvisel s úrovní poporodní deprese matky jak přímo, tak nepřímo skrze mediaci PSE. Sociální podpora uplatnila svou ochrannou funkci před depresí zejména skrze své pozitivní působení na PSE (Cutrona & Troutman, 1986). Dle Teti a Gelfanda (1991), vnímaná mateřská zdatnost mediovala vztah mezi hodnotami na škále „fussy-difficult“ u kojenců a nižší kompetencí jejich matek (senzitivita, vřelost, zaujetí). Tento vztah zůstal zachován i při současné kontrole depresivity a sociální podpory matky.

Důležitost konceptu vnímané rodičovské zdatnosti je v tom, že vyšší vnímaná rodičovská zdatnost je ve většině výzkumů **prediktorem kvalitnějšího rodičovství** (Izzo, Weiss, Shanahan, & Rodriguez-Brown, 2000; Dumka, Stoerzinger, Jackson, & Roosa, 1996; MacPhee, Fritz, & Miller-Heyl, 1996; Hill & Bush, 2001) a **pozitivních vývojových výstupů dítěte** (Coleman & Karraker, 2003; Murry & Brody, 1999; Hill & Bush, 2001).

Mohlo by se zdát, že čím lépe vidíme sami sebe jako rodiče, tím lepší výchovné strategie využíváme. Ukazuje se ale, že tento vztah není tak přímočarý. Ve výzkumu Leerkesové a Crockenbergové (2002) byla PSE zkoumána jako mediující faktor mezi obtížným temperamentem a mateřskou senzitivitou. Vysoký distres dítěte byl spojen s menší mateřskou senzitivitou, když byla mateřská PSE mírně nízká nebo extrémně vysoká, ale byl pozitivně

asociován s mateřskou senzitivitou, pokud PSE byla mírně vysoká (Leerkes & Crockenberg, 2002). V jiném výzkumu kojenců s obtížným temperamentem (Hess, Teti, & Hussey-Gardner, 2004) brali kromě PSE v potaz také oprávněnost tohoto sebepojetí, testovali totiž zároveň znalosti matky o vývoji dítěte. PSE a kvalita rodičovství byly v pozitivním vztahu u matek s vysokou úrovní znalostí vývoje. V případě nízké míry znalostí však byly PSE a rodičovství v inverzním vztahu; matky udávající vysokou PSE se současnou malou znalostí vývoje byly ty nejméně senzitivní ve hře s kojencem, ukazujíc tak naivní spokojenost se svými rodičovskými schopnostmi.

5.2 Temperament dítěte, kvalita manželského vztahu a coparenting

Přechod k rodičovství je zatěžkávací zkouškou manželství. Zpravidla je doprovázen poklesem množství pozitivních interakcí a manželské spokojenosti a nárůstem množství konfliktů (Belsky & Pensky, 1988; Belsky, Spanier, & Rovine, 1983; Shapiro, Gottman, & Carrére, 2000). Náročnost temperamentu kojence může působit jako další stresor. Ačkoli v jedné studii (Wallace & Gotlib, 1990) charakteristiky dítěte nepředpovídaly **kvalitu manželského vztahu** šest měsíců po porodu, většina výzkumů potvrzuje negativní vliv temperamentové náročnosti na partnerský vztah v rodinách biologických (Wright, Henggeler, & Craig, 1986; Mehall, Spinrad, Eisenberg, & Gaertner, 2009; Sheeber & Johnson, 1992) i adoptivních (Leve, Scaramella, & Fagot, 2001).

Vztah **coparentingu** existuje mezi dvěma jedinci, kteří mají společný závazek vůči blahu dítěte. Vzniká obvykle na základě biologické či adoptivní spřízněnosti s dítětem, popř. kohabitací. Většina výzkumu coparentingu se zaměřovala na sezdané páry. U těchto párů vztah coparentingu vyplývá z manželského vztahu, který existoval před narozením dítěte, zároveň ale na sebe bere jedinečné charakteristiky a funkce spojené se schopností párů kooperovat jako rodiče, vyřešit konflikty spojené s dítětem a podporovat se navzájem ve zvládnání stresu spojeného s rodičovstvím (Cohen & Weissman, 1984). U sezdaných párů vztah coparentingu souvisí s kvalitou manželství, zároveň ale má určité jedinečné charakteristiky spojené s tématy rodičovství a výchovy dítěte (Cohen & Weissman, 1984). Ve shodě s těmito předpoklady

měřítka coparentingu a manželské kvality spolu korelují (Abidin & Brunner, 1995; Floyd & Zmich, 1991; Frank, Jacobson, Hole, Justkowski, & Huyck, 1986; McHale, 1995), navíc ale coparenting zaujímá i jinou niku v rodinných vztazích. Výzkumníci ukázali, že ne všichni rodiče, kteří mají narušený společný vztah, musí nutně vykazovat chování spojené s negativním coparentingem a ne všichni rodiče, u kterých se projevuje negativní coparenting, jsou nespokojeni se svým vzájemným vztahem (Cowan & McHale, 1996; Van Egeren, 2004). Tedy coparentingový distres není synonymem distresu vztahového a podpurný coparenting není synonymem párové intimity (Gable, Belsky, & Crnic, 1995; McHale, Kuersten-Hogan, Lauretti, & Rasmussen, 2000).

Do konceptu coparentingu se řadí **míra výchovné shody mezi rodiči, rozdělení práce spojené s péčí o dítě a domácnost, vzájemná podpora/podryvání v roli rodiče, management rodinných vztahů** (konflikty mezi rodiči, vytváření koalic, nerovnováha v triadických interakcích) (Feinberg, 2002). Velké množství studií jak průřezových, tak longitudinálních dokládá **pozitivní vztahy mezi kvalitou coparentingu a kvalitou rodičovství** (Abidin & Brunner, 1995) a **vývojovými výstupy** na straně dítěte (McHale & Rasmussen, 1998). Negativní coparenting měřen různými způsoby v různých studiích byl dán do spojitosti s emočními problémy a problémy s chováním dětí (Belsky, Putnam, & Crnic, 1996; Deal, Halverson, & Wampler, 1989; Jouriles, Murphy, Farris, Smith, Richters, & Waters, 1991; Margolin, Gordis, & John, 2001; McHale, 1995). Vztah coparentingu je silnějším prediktorem rodičovství a vývojových výstupů dítěte než jiné aspekty vzájemného vztahu rodičů.

Co se týče **vztahu temperamentu dítěte a kvality coparentingu** výsledky studií jsou smíšené. Některé studie nenalezly žádný vztah mezi temperamentem dítěte a kvalitou coparentingu (McHale, Kazali, Rotman, Talbot, Carleton, & Lieberman, 2004; Stright & Bales, 2003), jiné ukázaly působení **intervenujících proměnných** v tomto vztahu. Ve výzkumu Burneyho a Leerkesové (2010) měla negativní reaktivita kojence špatný dopad na coparenting pouze v přítomnosti dalších stresorů a tento dopad byl individuální u matek a otců. Horší coparenting uváděly pouze matky, které byly zároveň nespokojené s rozdělením péče o dítě oproti svým původním očekáváním a jejichž dráždivé děti byly zároveň i hůře utižitelné. U otců byl negativní coparenting spojen s více reaktivním dítětem v případě, kdy hodnotil kvalitu

manželského vztahu prenatalně jako nízkou. I v dalších studiích se ukázalo, že dopad temperamentové náročnosti dítěte může být odlišný u obou rodičů; podle některých studií se zdá, že větší dopad má na kvalitu coparentingu otců (Van Egeren, 2004; Gordon & Feldman, 2008; Lindsey, Caldera, & Colwell, 2005).

Zprostředkující proměnnou **kvality manželství před narozením dítěte** zkoumali Schoppe-Sullivan a kol. (2007). Páry s vysokou kvalitou manželství vykazovaly optimálnější coparenting tváří v tvář náročnému dítěti, kdežto páry s nižší kvalitou manželství měly méně optimální coparenting při péči o náročné dítě. Nicméně další studie ukázala, že vysoce kvalitní manželský vztah nemusí nutně zmírnit negativní účinky temperamentové náročnosti dítěte. Rodiče čtyřletých dětí s vyšší úrovní negativního afektu měli obecně větší množství podrývajícího chování a oproti očekávání páry s vyšší kvalitou manželství byly více zranitelné vůči negativnímu vlivu náročnosti dětského temperamentu (Cook, Schoppe-Sullivan, Buckley, & Davis, 2009).

Solmeyerová a Feinberg (2011) testovali hypotézu, že vzájemná podpora partnerů může tlumit negativní vliv obtížného temperamentu. To se potvrdilo v případě podpurného coparentingu; u rodičů s jeho nižší úrovní byl pozitivní vztah mezi obtížným temperamentem a depresivními symptomy u obou rodičů, u těch s vyšší mírou vzájemné podpory se obtížnost temperamentu neprojevila ve zvýšené depresivitě rodičů. Vztah mezi negativním temperamentem a rodičovským podrýváním byl nicméně odlišný. V rodinách s nízkým podrýváním se objevily signifikantní vztahy mezi negativním temperamentem kojence, depresivními symptomy a vnímanou rodičovskou zdatností. V těchto rodinách rodiče s kojenci s obtížným temperamentem vykazovali více depresivních symptomů a nižší rodičovskou vnímanou zdatnost v porovnání s rodiči s méně obtížnými kojenci. V kontextu vysoké míry podrýváním se nebyl zjištěn žádný vztah mezi kojeneckým temperamentem a depresivními symptomy či vnímanou rodičovskou zdatností. V tomto kontextu je obecně depresivita vysoká a vnímaná rodičovská zdatnost nízká bez ohledu na temperament kojence (Solmeyer & Feinberg, 2011).

5.3 Obtížný temperament, kvalita rodičovství a vývojové výstupy

„Výchova je to, na co věří rodiče hodných dětí.“

(anonymní autor v internetové diskusi)

Jak temperament, tak kvalita rodičovství jsou prediktory vývojových výstupů. Tradičně byly zdůrazňovány vlivy rodičovské péče (Sears, Maccoby, & Levin, 1957), velkou měrou k tomu přispívaly i teorie osobnosti vznikající na bázi psychoterapeutických přístupů (Freud, Horneyová, Sullivan). Až v průběhu šedesátých let se objevují první výzkumy, které ukazují, že vztah mezi rodičovstvím a vývojovými výstupy není přímý a temperament dítěte je důležitou intervenující proměnnou vzájemného vztahu (Thomas et al., 1968; Thomas et al., 1963; Bell, 1968).

Obecně platí, že děti s větší mírou a intenzitou negativních emocí jsou více ohroženy vývojovými obtížemi. Tento vztah je dán jak přímo (biologický podklad pro extremity temperamentu i zranitelnost vůči psychopatologii je stejný), tak nepřímo; větší náchylnost k negativním emocím a horší seberegulace dítěte negativně ovlivňuje rodičovské chování a to zpětně nepříznivě působí na dítě. V následujících kapitolách shrnuji výzkumy týkající se jak vzájemného ovlivňování mezi temperamentem a rodičovstvím, tak vývojových výstupů, které z této interakce vzcházejí.

5.3.1 Vzájemné vztahy mezi temperamentem a rodičovstvím

V mnohých výzkumech spolu souvisí obtížný temperament s horší kvalitou rodičovství, nicméně **směr vzájemných vztahů** je nejasný. Velké množství studií je pouze průřezových, takže směr vztahu v nich vůbec nelze posoudit. Zároveň ne ve všech longitudinálních studiích je testována obousměrnost vztahů. Některé longitudinální výzkumy potvrzují reciproční ovlivňování, jiné jednosměrný vztah, ve kterém temperament dítěte ovlivňuje rodičovství, nebo naopak. Ačkoli Belsky (1984) ve svém vlivném modelu tvrdí, že charakteristiky dítěte mají v determinaci rodičovství nižší důležitost než charakteristiky rodiče, převažující většina longitudinálních studií raného, batolecího a předškolního věku dosvědčuje spíše **unidirekcionální vliv temperamentu na rodičovství**. Jeden z longitudinálních výzkumů například ukázal, že rodičovské povzbuzování k nezávislosti dvouletých dětí nemělo vliv na

plachost čtyřletých dětí, ale plachost dvouletých dětí předpovídala nižší povzbuzování k nezávislosti o dva roky později (Rubin, Nelson, Hastings, & Asendorpf, 1999). Důkazy o **vlivu rodičovství na temperament dítěte** pak pocházejí spíše ze školního období a z období dospívání (Eisenberg, Fabes, Shepard, Guthrie, Murphy, & Reiser, 1999; Lengua, 2006; Lengua & Kovacs, 2005).

Pokud dochází k vzájemnému ovlivňování mezi temperamentem a rodičovstvím, mluvíme o **recipročních, bidirekcionálních** či **transakčních modelech**. V procesu vzájemného ovlivňování mohou být projevy obtížného temperamentu **stupňovány** nebo **tlumeny**. Příkladem narůstající míry negativní afektivity v kontextu nevhodného rodičovství je vznik tzv. donucovacích cyklů (Patterson, 1982). Dítě temperamentově dráždivé se naučí prosazovat svou vůli skrze vysokou míru vzdoru a negativních emocí, rodič na jednu stranu dítěti ustupuje a zpevňuje tak nežádoucí projevy, na druhou stranu musí využívat stále větší množství negativních výchovných prostředků (křiku, tělesných trestů) pro prosazení vlastních požadavků. Negativní projevy dítěte a rodiče se tak navzájem stupňují (tamtéž). Projevy negativní afektivity dítěte ale mohou být v recipročních vztazích s rodičovstvím tlumeny. Tak například mohou rodiče podporovat volní kontrolu dítěte (vhodné strategie viz kapitola 5.3.10), její zvýšení pak vede k větší akceptaci rodiči (Morrell & Murray, 2003; Bridgett et al., 2009) a k pozitivním strategiím limitování, které dále podporují adaptivní emoční a behaviorální odpovědi dítěte. Reciproční vztahy mezi temperamentem a rodičovstvím byly nalezeny zejména ve školním věku a dospívání (Eisenberg et al., 1999; Lengua, 2006).

5.3.2 Interakce obtížného temperamentu s rodičovstvím v predikci vývojových výstupů

Vývoj dítěte je dán interakcí vrozených předpokladů a působení prostředí, zejména rodičovské péče. V **interakčních modelech** vztahu temperamentu a prostředí je temperament chápán jako proměnná, která zprostředkovává vliv rodičovství na vývoj dítěte (Rothbart & Bates, 2006).

Příkladem raného interakčního modelu vztahů mezi temperamentem, rodičovstvím a vývojovými výstupy je koncept **goodness-of-fit** mezi jedincem a prostředím (Chess & Thomas, 1991; Lerner & Lerner, 1994). V tomto konceptu je obsažena myšlenka důležitosti shody mezi

charakteristikami dítěte (jeho osobností, potřebami, nároky na péči) a charakteristikami prostředí (osobností rodiče, očekáváním směrem k dítěti, typem jeho péče).

Aktuálnější model - **hypotéza rozdílné citlivosti** (the differential susceptibility hypothesis; Belsky, 1997, 2005; Belsky, Bakermans-Kranenburg, & Van IJzendoorn, 2007; Belsky & Pluess, 2009) - předpokládá, že individuální charakteristiky dítěte, zejména jeho temperamentová reaktivita, zvyšuje citlivost k rodičovství, jak v dobrém, tak ve zlém. Vysoce reaktivní děti vzkvétají v pozitivním rodičovství a strádají v rodičovství negativním. Představou, že ve vhodných podmínkách mohou citliví jedinci dopadnout ještě lépe než jedinci odolní k vlivům prostředí, se tento model odlišuje od **modelu diatéze-stres** (Belsky, 2005; Belsky et al., 2007), ve kterém jsou zranitelní jedinci více ohroženi negativními vlivy prostředí, ale z těch pozitivních netěží.

V následující rešerši budu sledovat vzájemné vztahy mezi problematickými faktory dětského temperamentu (raná náchylnost k negativním emocím, dráždivost, bázlivost, nízká kontrola chování) s dvěma základními faktory rodičovství – vstřícností (vřelostí, podporou) a náročností (kontrolou) (Maccoby & Martin, 1983). Přednostně se zaměřuji na studie dětí do šesti let věku.

5.3.3 Vzájemné vztahy mezi raným obtížným temperamentem a rodičovskou vřelostí

V kojeneckém věku je v rámci kvality rodičovství zkoumána zejména první dimenze rodičovství, **rodičovská podpora** (Maccoby & Martin, 1983; Rollins & Thomas, 1979). Může být popsána jako rodičovské chování, díky němuž se dítě cítí ve vztahu s rodičem bezpečně a které podporuje vnitřní reprezentaci dítěte, že je ve vztahu akceptováno (Rollins & Thomas, 1979). Podpurné rodičovství je spojeno s konstrukty vřelosti, citlivosti, pohotového reagování a přijetí a je považováno za klíčové při tvorbě jistého připoutání a dalších pozitivních vývojových výstupů (Coplan, Hastings, Lagace-Seguin, & Moulton, 2002; Van IJzendoorn, Vereijken, Bakermans-Kranenburg, & Riksen-Walraven, 2004). Vzhledem k ranosti období je zkoumaným konstruktem zejména **senzitivita matky**.

Intuitivním předpokladem je, že přizpůsobivé, snadno utěšitelné a společenské dítě spíše vzbuzuje vřelé a citlivé rodičovství, kdežto dráždivé, náročné nebo odtahované dítě může

vyvolávat podráždění rodiče a stažení se z kontaktu (Putnam et al., 2002). Prvním review, které systematicky zkoumalo spojitost negativní emocionality a rodičovské citlivosti, bylo review Susan Crockenbergové, publikované v roce 1986, které shrnovalo výsledky 16 studií. 9 studií potvrdilo, že kojenci s obtížným temperamentem zažívají méně citlivou péči a méně stimulující kontakt se svými matkami. Několik studií ale ukázalo, že matky obtížně vychovatelných dětí poskytují svým dětem větší míru interakcí. Crockenbergová navrhl, že konfliktní výsledky studií mohou být dány působením intervenujících proměnných osobnosti pečovatele a charakteristik prostředí. Pokud jsou matky schopny (jak svojí osobností, postoji, životními okolnostmi) zažívat negativní emocionalitu miminka jako výzvu, vztah mezi negativní emocionalitou a kvalitou péče může být pozitivní. Pokud matky nemají tyto zdroje, vztah je potom negativní (Crockenberg, 1986).

Nálezy studií zkoumajících vztah mezi negativní emocionalitou dítěte a rodičovstvím, které byly provedeny v době po uveřejnění originálního Crockenbergové review, jsou v podstatě porovnatelné s původními nálezy (Crockenberg & Leerkes, 2003). Většina studií ukazuje negativní vztah mezi negativní emocionalitou a rodičovskou citlivostí (Clark, Hyde, Essex, & Klein, 1997; Katainen, Räikkönen, & Keltikangas-Järvinen, 1997; Kiang, Moreno, & Robinson, 2004; Spangler, 1990), některé studie našly pozitivní vztahy (Washington, Minde, & Goldberg, 1986; Zahr, 1991) a některé studie vztah mezi těmito proměnnými nepotvrdily (Hagekull, Bohlin, & Rydell, 1997; Karraker, Lake, & Parry, 1994). Ačkoli většina výzkumníků testovala pouze hlavní efekty (Crockenberg & Leerkes, 2003), rozporuplné nálezy mohou podporovat Crockenbergové hypotézu o působení intervenujících proměnných. Tomu by nasvědčovala skutečnost, že pozitivní vztah mezi negativní emocionalitou dítěte a citlivým rodičovstvím lze nalézt většinou ve zvláštních populacích, jako jsou například předčasně narození kojenci (Washington et al., 1986; Zahr, 1991). Z toho by bylo možno usoudit, že pokud je negativní afektivita dítěte přisuzována nějakému objektivnímu důvodu, rodiče mohou věnovat větší úsilí k překonání obtíží péče.

Putnam a kol. (Putnam et al., 2002) v relativně nedávném review vzájemných vztahů mezi temperamentem a rodičovstvím navrhuje, že mediujícími proměnnými může být věk a pohlaví dítěte, charakteristiky rodiče, sociální a socioekonomické faktory.

Co se týče **věku dítěte** Crockenbergová (1986) předpokládá, že některé matky zpočátku reagují na své náročné dítě zvýšeným úsilím, ale nedokážou tuto snahu udržet po dlouhou dobu. Ve studiích, které jsou v souladu s touto hypotézou (Peters-Martin, & Wachs, 1984; Maccoby, Snow, & Jacklin, 1984; Bates, Olson, Pettit, & Bayles, 1982), se pozitivní vztah mezi obtížným temperamentem a podpůrným rodičovstvím v průběhu vývoje obrací ve vztah negativní.

Důkazy o roli **pohlaví** ve vztahu mezi negativní emocionalitou a rodičovstvím jsou smíšené. Podle Putnama a kol. (2002), většina studií nachází, že obtížný temperament je hůře akceptovaný u dívek než u chlapců (Sanson, Smart, Prior, & Oberklaid, 1993), tato tendence je výraznější u otců (McBride et al., 2002; Lamb, Frodi, Hwang, Forstromm, & Corry, 1982; Rendina & Dickerscheid, 1976). Existují ale i studie s opačným vzorcem vztahu (Maccoby et al., 1984).

Crockenbergová (1986) ve svém původním review navrhuje, že matky dráždivých dětí s nízkým **socioekonomickým statusem** (SES) mají méně citlivé rodičovství. To potvrzuje relativně nedávná metaanalýza studií vztahu mezi negativní emocionalitou dítěte a rodičovstvím (62 studií, N=7613 dyád matka-dítě) (Paulussen-Hoogeboom, Stams, Hermanns, & Peetsma, 2007); spojení mezi negativní emocionalitou dítěte a méně podporujícím rodičovstvím bylo relativně silné v rodinách s nízkým SES a obrácené v rodinách s vysokým SES.

Většina studií zkoumajících vztah mezi negativní emocionalitou a rodičovstvím nesledovala **mateřské charakteristiky**, což je závažnou slabinou. Dá se očekávat, že osobnostní rysy matky ovlivňují způsob, kterým matka vnímá negativní emocionalitu dítěte a interakce s dítětem. Nicméně jediná studie, která zkoumala interakci mezi osobností matky (rysy Big Five) a charakteristikami dítěte v predikci mateřské vřelosti, neukázala žádné signifikantní interakce mezi těmito proměnnými (Clark, Kochanska, & Ready, 2000).

Pro posouzení směru kauzálního vlivu mezi negativní afektivitou a horší kvalitou rodičovství je k dispozici několik longitudinálních studií. V kojeneckém a batolecím věku převažují důkazy o vlivu temperamentu na rodičovství; dysregulovaný temperament předpovídal méně mateřské náklonnosti v raném věku (Pettit & Bates, 1984; Mills-Koonce, Gariépy, Propper, Sutton, Calkins, Moore, & Cox, 2007; Spangler, 1990). Pouze jedna studie (Scaramella, Sohr-Preston, Mirabile, Robison, & Callahan, 2008) testovala bidirekcionální vztahy.

vztahů mezi negativní emocionalitou dítěte a rodičovskou podporou; negativní emocionalita batolete předpovídala nižší podporu matky, vliv mateřské podpory na negativní emocionalitu dítěte se ale neprokázal.

5.3.4 Vzájemné vztahy mezi raným obtížným temperamentem a rodičovskou kontrolou

Důraz na dimenzi podpory ve studiích zkoumajících vztah mezi negativní emocionalitou a rodičovstvím je pochopitelný, protože většina těchto studií byla zaměřena na kojence. Nicméně od batolecího období dál se **rodičovské strategie kontroly** stávají stále více důležitými. Dimenze kontroly může být popsána jako „chování rodiče směrem k dítěti se záměrem ovlivnit chování dítěte ve směru žádoucím z pohledu rodiče“ (Rollins & Thomas, 1979, s. 321). Vztahuje se k „míře nároků, které rodiče činí na dítě s ohledem na jeho zralost, k míře dohledu, disciplinárního úsilí a ochoty konfrontovat dítě při neposlušnosti“ (Baumrind, 1991, s. 61- 62).

Dimenze kontroly se dostává do popředí v batolecím a předškolním období, kdy rodiče usilují o limitování dítěte, akceptaci pravidel a zvnitřnění norem. **Strategie kontroly** mohou být jak **pozitivní**, tak **negativní**, v závislosti na rodiči a situaci. Jednou z negativních strategií popsaných v literatuře je **restriktivní kontrola**. Tento typ kontroly je charakteristický vysokou mírou využití mocenské převahy rodiče, negativitou, intruzivitou, hostilitou a přílišnou kontrolou. Míra využití restriktivní kontroly je spojována se vznikem externalizujících problémů (Calkins 2002; Campbell, Pierce, Moore, Marakovitz, & Newby, 1996). Je nutno podotknout, že restriktivní kontrola nemusí zahrnovat prvky hrubé výchovy („harsh discipline“)¹¹, jako třeba naplácání na zadek. Pozitivní kontrolní strategií je **induktivní kontrola** (inductive control). Induktivní kontrola zahrnuje informování dítěte o alternativě správného chování a je charakteristická argumentací, připomenutím pravidel a vysvětlením dopadu chování dítěte na druhé (Kerr, Lopez, Olson, & Sameroff, 2004). Předpokládá se, že induktivní kontrolní strategie

¹¹ Hrubá výchova je definována jako použití fyzického či psychologického nátlaku s úmyslem způsobit tělesnou či emoční bolest za účelem korekce či kontroly chování dítěte (Hecker, Hermenau, Salmen, Teicher, & Elbert, 2016).

jsou efektivní v podporování internalizace norem a tedy i morálního vývoje dítěte (Kerr et al., 2004; Maccoby & Martin, 1983).

Průřezové studie přinášejí důkazy o tom, že obtížný temperament dítěte či negativní emocionalita je spojena s více kontrolujícím rodičovstvím (Braungart-Rieker, Garwood, & Stifter, 1997; Kyrios & Prior, 1990; Lee & Bates, 1985; Porter et al., 2005). Výsledky několika longitudinálních studií pak ukazují, že kojenci náchylní k negativním emocím vyvolávají rodičovství s vyšší mírou použití mocenské převahy a více kontrolující (Clark et al., 2000; Pettit, & Bates, 1984). V jiné studii na kojencích (Feldman, Greenbaum, Mayes, & Erlich, 1997) zmírnění obtížnosti temperamentu mezi třetím a devátým měsícem věku předpovídalo pokles intruzivity matky v průběhu sociální hry. Naopak důkaz o jednosměrném vlivu rodičovství na projevy dítěte přinesla jiná studie (Scaramella et al., 2008); hrubé disciplinární strategie matky (intruzivní fyzický kontakt, zákazy, kritika) v jednom roce dítěte předpovídaly nárůst negativní emocionality batolat, ale negativní emocionalita jednoletého kojence neovlivňovala následnou míru hrubého rodičovství matky (tamtéž). Důkazy o bidirekcionálních vlivech navíc ovlivněných pohlavím dítěte přinesla tři roky trvající studie 507 dětí v předškolním věku (Katainen et al., 1997). Chlapci s vysokou mírou negativní emocionality a nízkou sociabilitou vyvolávali v matkách strohý disciplinární styl, kdežto jejich aktivita byla stimulována matčinou nízkou tolerancí vůči dítěti. V kontrastu k tomu u dívek matčin příkrý disciplinární přístup předpovídal negativní emocionalitu a nízkou sociabilitu, kdežto aktivita dívek předpovídala strohý disciplinární styl matky (tamtéž).

5.3.5 Interakce obtížného temperamentu a rodičovství v predikci vývojových výstupů

Děti s vyšší mírou negativních emocí či s obtížným temperamentem mají zvýšené riziko vzniku poruch přizpůsobení, pokud má rodičovství nízkou kvalitu. **Interakce mezi rodičovskou citlivostí a negativní emocionalitou** či obtížností jsou konzistentní. Několik longitudinálních studií ukázalo, že děti s obtížným temperamentem profitují z rodičovství, které je citlivé (Leerkes, Blankson, & O'Brien, 2009) a synchronizované (Feldman, Greenbaum, & Yirmiya, 1999).

Při posuzování globálního faktoru negativního afektu u kojenců a pozdějších vývojových výstupů se hojně objevují studie (narozdíl od pozdějšího věku a konkrétních temperamentových dimenzí), které jsou v souladu s **hypotézou rozdílné citlivosti**. Tak například z intervenčního programu zaměřeného na rodičovství a péči o dítě profitovali nejvíce kojenci s vysokou mírou negativní emocionality (Blair, 2002). Podobně mateřská citlivost měla větší vliv na jistotu attachmentu kojenců s vysokou mírou negativní reaktivity (Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2006). Podobné vzorce se objevily při zkoumání školní zralosti a připravenosti jako vývojového výstupu interakce mezi kojeneckým obtížným temperamentem a emoční podporou matky. Děti s obtížným temperamentem, jejichž matky byly málo emočně podporující, měly následně nejnižší míru školní zralosti/připravenosti, kdežto za podmínek vysoké mateřské podpory prospívaly v tomto kritériu z celého vzorku nejlépe (Stright, Gallagher, & Kelley, 2008). V jiné studii (Schwebel, Brezaussek, Ramey, & Ramey, 2004) rodičovská podpora a pozitivita v kojeneckém věku předpovídala sníženou míru zranění v batolecím věku u kojenců s velkou mírou negativní emocionality, vzorec dat byl opět konzistentní s hypotézou rozdílné citlivosti; děti s velkou mírou negativní emocionality měly více těžkostí v kontextu negativního mateřství, ale profitovaly z rodičovství, které bylo více pozitivní a podporující. I další výzkum (Belsky, Hsieh, & Crnic, 1998) ukazuje, že kojenci s obtížným temperamentem byli citlivější vůči působení jak pozitivního, tak negativního rodičovství při predikci inhibice a extenalizujících problémů ve třech letech.

Ve **vztahu negativní emocionality s faktorem kontroly** se významné interakce objevily při bylo zkoumání použití fyzických trestů (Lahey, Van Hulle, Keenan, Rathouz, D'Onofrio, Rodgers, & Waldman, 2008; Paterson & Sanson, 1999) nebo overprotektivity, intruzivity a přílišné kontroly (Gilliom & Shaw, 2004). Tyto studie ukázaly, že děti s vyšší mírou negativních emocí (nebo s obtížným temperamentem) mají více problémů s přizpůsobením, pokud jejich rodiče využívají více negativních strategií kontroly. Nálezy studií odpovídají modelu **diatéza-stres**.

5.3.6 Vzájemné vztahy mezi dráždivostí a rodičovstvím

Dětská frustrace, dráždivost a hněvivost souvisí s rodičovským negativním chováním, jako je hněv, odmítání, hostilita a intruzivita (Calkins, 2002; Calkins, Hungerford, & Dedmon, 2004; Crockenberg & Smith, 1982; Martini, Root, & Jenkins, 2004; van den Boom & Hoeksma 1994; Zhou, Eisenberg, Wang, & Reiser, 2004; Kochanska, Friesenborg, Lange, & Martel, 2004; Crockenberg & McCluskey, 1986). V longitudinálních studiích bylo možno posoudit směr kauzálního vlivu. Ve výzkumu vývoje kojenců v průběhu prvního roku života (van den Boom & Hoeksma, 1994) měly matky dráždivých dětí méně efektivní stimulaci a fyzický kontakt, méně angažovanosti a citlivosti k pozitivním signálům a více utěšování v porovnání s matkami nedráždivých dětí. Když byly testovány bidirekcionální vztahy, mateřská senzitivita predikovala pokles dráždivosti, dráždivost predikovala pokles sensitivity a intervence zaměřená na zvýšení mateřské citlivosti vedla k poklesu kojenecké dráždivosti (van den Boom & Hoeksma 1994). Jiný výzkum (Calkins, 2002) také ukázal tlumící vliv pozitivních strategií kontroly chování na hněivé projevy dítěte. U dráždivých osmnáctiměsíčních batolat, jejichž matky vykazovaly pozitivní způsoby kontroly chování (vedení, zpevňování žádoucího chování), v průběhu dalších měsíců klesalo množství jejich projevů distresu, vzdoru a ventilování emocí narozdíl od dráždivých batolat, jejichž matky pozitivní způsoby kontroly chování nevyužívaly. Obě výše zmíněné studie dokládají, že adekvátní rodičovské strategie mohou zamezit vzájemné eskalaci dětského a rodičovského hněvu, která je pro tuto temperamentovou charakteristiku typická a může pak vyúsťovat ve vznik donucovacích cyklů, potažmo externalizující patologie (Patterson, 1982; Patterson, Reid, & Dishion, 1992; Scaramella & Leve, 2004). Pokud jsou však vedle iritability v temperamentu přítomné další rizikové rysy (konkrétně disinhibovanost a chladnost-bezcitnost¹²) může mít restriktivní až drsná výchova své opodstatnění. Ve vysoce rizikovém vzorku dětí (pocházejících z chudých poměrů, etnických menšin, narušeného rodinného prostředí) z tzv. Head Start programu¹³, tělesné tresty předpovídaly snížení učitelem

¹² v angličtině callous-unemotional traits

¹³ programy koncipované United States Department of Health and Human Services na pomoc dětem z chudých poměrů při nástupu do prvního ročníku ZŠ

posuzované agresivity předškoláků (Kimonis, Frick, Boris, Smyke, Cornell, Farrell, & Zeanah, 2006).

5.3.7 Interakce dráždivosti a rodičovství v predikci vývojových výstupů

Děti **zvýšeně dráždivé** jsou obzvláště negativně ovlivněné rodičovstvím, které je **příliš protektivní a kontrolující**. Nízký práh pro vznik frustrace spolu s příliš ovládajícím rodičem je rizikovým faktorem pro vznik **agresivního chování a externalizujících symptomů** (Degnan, Calkins, Keane, & Hill-Soderlund, 2008; Morris, Steinberg, Sessa, Silk, & Essex, 2002; Sentse, Veenstra, Lindenberg, Verhulst, & Ormel, 2009). Tyto interakce se vysvětlují tím, že negativní forma kontroly, jako je psychologická kontrola¹⁴, nedůslednost a fyzické tresty mohou být zvýšeně rozrušující pro děti s velkou mírou frustrace, které pak zažívají více distresu a hněvu v reakci na úsilí rodiče je takto kontrolovat a nemusí internalizovat normy prosazované rodiči.

Většina výzkumů dokazujících interakci mezi dráždivostí a příliš kontrolujícím rodičovstvím v predikci externalizujícího chování pochází ze školního věku a dospívání, pouze malé množství se zabývá raným temperamentem a rodičovstvím. Tak například Crockenbergová a kol. (Crockenberg, Leerkes, & Jo, 2008) zkoumala, které rodičovské strategie zaměřené na ovlivnění hněvu kojenců jsou adekvátní. Vysoká úroveň kojenecké hněvivosti spolu s povzbuzováním matky k věnování se frustrující události predikovala větší množství agresivity o dva roky později. Nízká kojenecká hněvinnost predikovala nízké množství problémů s agresivitou bez ohledu na chování matky. Morrell a Murray (2003) ve svém longitudinálním výzkumu (dva měsíce až osm let) ukázali, že kojenecká dráždivost v devíti měsících pozorovaná laboratorně je sama o sobě silným prediktorem projevů poruch chování v osmi letech, je ale zčásti mediována rodičovstvím matky (mateřskou hostilitou u chlapců a mateřskou restriktivní kontrolou u dívek).

¹⁴ Psychologická kontrola označuje rodičovské chování, které narušuje myšlení a emoce dítěte, souvisí s nadměrným využíváním manipulativních rodičovských technik, jako je vyvolávání viny, znevažování emocí, zahanbování či odejmutí lásky (Barber, 1996).

Několik výzkumů ukázalo, že **rodičovská vřelost** tlumí vliv temperamentové dráždivosti na následný vývoj. Ve výzkumu Kochanské a kol. (Kochanska, Aksan, & Carlson, 2005) mateřská citlivost měla pozitivní vliv na dráždivé sedmiměsíční kojence, předpovídala jejich vyšší míru ochoty vyhovět rodiči¹⁵ o osm měsíců později. V již citovaném experimentu (van den Boom & Hoeksma, 1994) matky šestiměsíčních dráždivých kojenců, které prošly tříměsíční intervencí zaměřenou na zvýšení jejich citlivosti vůči dítěti, byly po této intervenci signifikantně více responzivní a stimulující. Děti těchto matek pak byly ve dvanácti měsících ve větší míře jistě připoutané než děti matek z kontrolní skupiny.

Nejvíce důkazů o ochranném vlivu rodičovské vřelosti a naopak negativním vlivu rodičovského odmítání u dráždivých dětí v predikci rozvoje externalizující patologie pochází ze školního věku či dospívání (Sentse et al., 2009; Lengua, 2008; Morris et al., 2002a; Veenstra, Lindenberg, Oldehinkel, De Winter, & Ormel, 2006). Všechny signifikantní nálezy se opíraly o *dítětem posuzovanou* vřelost, hostilitu či odmítání, to naznačuje, že subjektivní vnímání rodičovského vztahu je důležitou proměnnou. Vlivy rodičovské hostility či odmítání na rozvoj externalizující patologie mohou být zvýrazněné u dětí náchylných k hněvu, dopady negativního rodičovství jsou dvakrát až třikrát silnější u dráždivých dětí než u nedráždivých (Kiff, Lengua, & Zalewski, 2011a). U dráždivých dětí může negativní vztah s rodičem vytvářet větší distres a roztrpčení, to pak narušuje internalizaci norem, sociální interakce nebo vyústí v agování.

Je jen malá výzkumná podpora **hypotéze rozdílné citlivosti**, ve které by dráždivé děti vzkvétaly v reakci na pozitivní rodičovství. Spíše je rodičovství a dětská dráždivost samostatným rizikovým faktorem pro problémy přizpůsobení (Kiff, Lengua, & Bush, 2011b; Xu, Farver, & Zhang, 2009), většina výsledků interakce dráždivosti a rodičovství byla v souladu s hypotézou **diatéza-stres**.

¹⁵ Několik anglických termínů, např. *committed compliance* (Kochanska & Aksan, 1995) *receptive compliance* (Maccoby & Martin, 1983) či *receptive cooperation* (Kochanska et al., 2005) vyjadřuje vstřícný, ochotný a kooperující postoj batolete vůči rodiči, ochotu dobrovolně vyhovět jeho požadavkům. Tento postoj je v protikladu batolecího vzdoru, který, ač vývojově normální, při své vysoké míře může být prediktorem následných problémů s chováním či patologie (např. poruchy opozičního vzdoru).

5.3.8 Vzájemné vztahy mezi bázlivostí a rodičovstvím

Zjištění o vztahu **rodičovské citlivosti** s **bázlivostí** jsou často v rozporu s předpokládanou pozitivní rolí, kterou by rodičovská citlivost měla sehrávat ve vývoji dítěte. Některé studie nenalezly žádný vztah (Park, Belsky, Putnam, & Crnic, 1997), kdežto jiné ukázaly pozitivní korelace mezi strachem a citlivostí (Kiel & Buss, 2006). Může to být dáno tím, že bázlivost dětí vyvolává vyšší míru akceptace a utěšování a méně odmítání od rodičů (Lengua & Kovacs, 2005; Lengua, 2006; Nachmias, Gunnar, Mangelsdorf, Parritz, & Buss, 1996). Překvapující zjištění ale je, že v některých longitudinálních studiích malých dětí pozitivní afektivní kvality rodičovství (vřelost, přijetí) neměly žádnou souvislost se změnami bázlivosti (Park et al., 1997) či dokonce přispívaly k jejímu zachování či zvýšení (Arcus, 2001; Kochanska et al., 2004; Belsky et al., 1998).

Rodičovská nadměrná kontrola je spojena s dětskou bázlivou inhibicí (Chen, Hastings, Rubin, Chen, Cen, & Stewart, 1998; Coplan, Reichel, & Rowan, 2009; Kochanska et al., 2004); bázlivost vzbuzuje více ochranné, starostlivé a přizpůsobující se reakce a méně povzbuzování k samostatnosti od rodičů (Belsky, Rha, & Park, 2000; Martini et al., 2004; Rubin et al., 1999). Co se týče vlivu rodičovství na bázlivost, v longitudinálních výzkumech jsou nálezy nekonzistentní a často kontraintuitivní. Konzistentní a přímé stanovení limitů predikovalo pokles strachu v průběhu kojeneckého věku (Arcus, 2001), u batolat dokonce rodiči reportovaná intruzivita predikovala pokles inhibice (Park et al., 1997). Protektivní a příliš starostlivé rodičovství ale zvyšovalo batolecí bázlivou inhibici (Rubin, Burgess, & Hastings, 2002; Rubin, Hastings, Stewart, Henderson, & Chen, 1997).

Můžeme si představit, že pokud je rodič nadměrně starostlivý a ochraňující, posiluje tak v bázlivém dítěti jeho biologicky danou náchylnost vnímat s větší intenzitou potenciální hrozby v prostředí (tzv. negativní pozornostní bias¹⁶). Dále si lze hypoteticky představit, že bázlivé dítě nepotřebuje pouze citlivou akceptaci projevů strachu, ale také vnější limity pro vyjadřování této emoce a možná též relativně direktivní povzbuzování k překonání obav z nového prostředí a ze

¹⁶ Bázliví jedinci věnují větší pozornost potenciální hrozbě v rané, automatické fázi zpracování podnětu, vyhýbají se tomuto podnětu v pozdější fázi korového zpracování (Amir, Foa, & Coles, 1998; Mogg, Bradley, De Bono, & Painter, 1997), popřípadě nemohou odpoutat pozornost od možného zdroje ohrožení (Fox, Russo, Bowles, & Dutton, 2001; Fox, Russo, & Dutton, 2002; Yiend & Mathews, 2001).

sociálních interakcí. Je možné, že adekvátní rodičovská péče o bázlivé dítě se proměňuje v závislosti na vývojovém období. V raném věku nekonzistentní hranice, starostlivost, citlivost a ochrannost může udržovat či zvyšovat bázlivost (Arcus, 2001; Park et al., 1997; Rubin et al., 1997), kdežto odmítání a konzistentní stanovení limitů zvyšuje bázlivost v preadolescenci (Lengua, 2006). Ve hře mohou být rozdílné potřeby bázlivých dětí v různých vývojových stádiích. Menší děti mohou potřebovat od rodičů facilitaci emoční regulace a adaptivních reakcí v sociálních a nových situacích. Nicméně starší děti jsou více autonomní a potřebují cítit akceptaci a podporu vlastní nezávislosti.

5.3.9 Interakce bázlivosti a nebojácnosti s rodičovstvím v predikci vývojových výstupů

Vztahy mezi temperamentovým faktorem strachu, rodičovstvím a vývojovými výstupy jsou komplexní; strach může interagovat odlišně v závislosti na aspektu rodičovství, pohlaví, vývojovém období a úrovni strachu (bázlivost versus nebojácnost). Je pozoruhodné, že jak vysoká, tak nízká úroveň strachu predisponuje k rozvoji vývojových obtíží, bázlivost je konzistentně spojována s úzkostí (Schwartz, Snidman, & Kagan, 1999) a nízká míra strachu je rizikovým faktorem pro rozvoj externalizujících symptomů (Kochanska, Aksan, & Joy, 2007).

Bázlivé děti nejlépe reagují na **mírnou či střední úroveň kontroly** (Nachmias et al., 1996), zdá se, že jim tolik nevádí, pokud je použití kázeňských prostředků nedůsledné (Lengua, 2008). Použití mírných kázeňských prostředků pozitivně souvisí s poslušností bázlivých dětí (Kochanska, 1995, 1997), zatímco vymáhání poslušnosti silovými prostředky mělo u bázlivých dětí nejhorší následky (Fowles & Kochanska, 2000; Kochanska et al., 2007; Leve, Kim, & Pears, 2005). Tato skutečnost je vysvětlována tím, že bázlivé děti zažívají při použití tvrdých kázeňských postupů nebo fyzických trestů příliš velké rozrušení na to, aby si mohly zvnitřnit pravidla, která v tu chvíli rodiče prosazují použitím tohoto prostředku. Tím mohou být zvýšeně ohroženi chlapci (Colder, Lochman, & Wells, 1997; Lengua, 2008), jelikož jejich reakce strachu může být silnější a/nebo méně sociálně akceptovaná.

Studie zkoumající **psychologickou kontrolu** jsou nekonzistentní. Tak například inhibovaná batolata byla sociálně ostražitá pouze v případě, když byly jejich matky intruzivní, kontrolující a pronášely posměšné poznámky na adresu dítěte (Rubin et al., 2002). Ve studii

Podpora Belského **hypotézy rozdílné citlivosti** se objevovala zejména ve studiích, které zkoumaly mateřskou senzitivitu v interakci s nízkým strachem (Karrass & Braungart-Rieker, 2003; Kochanska, 1997; Lahey et al., 2008). Objevovaly se určité důkazy pro podporu Belskyho hypotézy u bázlivých dětí (Colder et al., 1997; Eggum et al., 2009; Hastings et al., 2005), nicméně ve většině studií se neprokázalo, že by bázlivé děti více profitovali z lepšího rodičovství (Gilliom & Shaw, 2004; Kiff et al., 2011b; Oldehinkel et al., 2006; Sentse et al., 2009). Oproti tomu model **diatéza-stres** odpovídá mnoha výzkumným zjištěním (Kochanska et al., 2007; Lengua, 2008; Morris et al., 2002b; Oldehinkel et al., 2006).

5.3.10 Jak rozvíjet volní kontrolu malých dětí

Na rozdíl od reaktivní složky temperamentu je u faktoru volní kontroly mnohem více výzkumů, které dokládají **unidirekcionální vliv rodičovství na její rozvoj**, zejména v raném a předškolním věku. Vzhledem k tomu, že úroveň volní kontroly je důležitým prediktorem vývojových výstupů, jsou výsledky těchto studií opravdu zajímavé, protože mohou napovědět, jaké rodičovství je optimální s ohledem na rozvoj volní kontroly. Je třeba také zmínit, že chápání konstruktů volní kontroly v sobě obsahuje jak to, že je to dědičně daná a interindividuálně odlišná dispozice ovlivňující následné vývojové výstupy, tak je volní kontrola sama o sobě vývojovým výstupem odrážejícím výsledek interakce mezi temperamentem a rodičovstvím. Tato skutečnost někdy ztěžuje interpretaci výsledků.

Pozitivní aspekty rodičovství (citlivost, vřelost) a **rodičovské nerestriktivní strategie kontroly chování** souvisí s vyšší volní kontrolou dítěte hodnocenou rodiči i měřenou laboratorně. Nedávná metaanalýza 41 průřezových studií (N=3799 rodin) vztahu volní kontroly a rodičovství v předškolním věku (Karreman, Van Tuijl, van Aken, & Deković, 2006) ukázala, že s úrovní volní kontroly jsou těsněji spjaté spíše rodičovské strategie limitování (jak pozitivní, tak negativní) než faktor vřelosti. Tak například využití odměňování (Kyrios & Prior, 1990) a strategií kontroly zahrnující jasné a konzistentní hranice a netrestající strategie se pojí s vyšší mírou volní kontroly v batolecím a předškolním věku (Karreman, Van Tuijl, Van Aken, & Deković, 2008a; Lengua, Honorado, & Bush, 2007; Olson, Bates, & Bayles, 1990). Využívání převahy, nátlaku,

odmítání a trestajících strategií souviselo s nižší volní kontrolou v předškolním a mladším školním věku (Colman, Hardy, Albert, Raffaelli, & Crockett, 2006; Karreman et al., 2008a; Kochanska, Aksan, Prisco, & Adams, 2008; Kochanska & Knaack, 2003; Morrell & Murray 2003; Silverman & Ragusa, 1990). Převažující nálezy pozitivních souvislostí mezi méně restriktivním rodičovstvím a vyšší mírou volní kontroly dítěte jsou vysvětlovány tím, že rodiče, kteří jsou nadměrně direktivní, neposkytují svému dítěti prostor, aby se naučilo své emoce a chování regulovat samo. Na druhou stranu rodiče, kteří své děti povzbuzují, aby se pokoušely samostatně řešit problémové situace, a odměňují je za úspěšnou regulaci emocí, posilují jejich seberegulační kapacity (Stifter, Spinrad, & Braungart-Rieker, 1999). Adekvátní míra vedení dítěte je obsažena v anglickém termínu *parental scaffolding*¹⁷, což jako strukturovaná opora dítěte v náročných situacích, ve kterých ještě dítě vlastní seberegulaci (afektu i jednání) nezvládá samostatně. Rodič se v těchto situacích angažuje (není lhostejný), ale nepřebírá za dítě celou iniciativu a rozhodování při řešení situace, poskytuje mu autonomii, povzbuzuje ho ve vyjádření názoru, popř. mu poskytuje informace, aby se mohlo samostatně rozhodnout či vyřešit problém. Rodič může posilovat regulační kompetence dítěte třeba tím, že tiší případné nadměrné fyziologické rozrušení, ukazuje funkční strategie regulace, pomáhá elaborovat názor dítěte na situaci a její řešení, poskytuje informace, které mohou s řešením pomoci apod. Putnam a kol. (Putnam, Spritz, & Stifter, 2002) ukázali prospěšnost toho, když rodiče využívají distrakci v regulaci chování dítěte. Třicetiměsíční batolata, která měla za úkol nedotknout se atraktivní hračky, byla úspěšnější, pokud jim matky pomáhaly odvést pozornost jinam (Putnam et al., 2002).

Raný a předškolní věk je považován za senzitivní periodu, ve které má rodičovství největší vliv na rozvoj volní kontroly; ve školním věku a dospívání ubývá důkazů tohoto vlivu. V longitudinální studii zkoumající rodičovství a volní kontrolu při přechodu ze středního školního věku do dospívání rodičovská vřelost a vyjadřování pozitivních pocitů predikovalo nárůst volní kontroly dříve, ale ne později ve středním školním věku (Eisenberg et al., 2005a, b); tento nálezy je v souladu se závěry studie, ve které rodičovství nesouviselo se změnami ve volní kontrole v prepubertě (Lengua & Kovacs, 2005; Lengua, 2006). Rodičovství tedy může být klíčovou silou

¹⁷ česky lešení

při formování seberegulace dítěte v raném dětství, ale má méně důležitou roli v prepubertě a dospívání.

Většina výzkumníků předpokládá vliv rodičovství na úroveň volní kontroly dítěte (Baumrind, 1991; Crockenberg & Litman, 1990; Holden & West, 1989; Kuczynski, 1984; Patterson, 1982) a některé longitudinální výzkumy jim dávají za pravdu. Tak například mateřská vřelost, citlivost a vedení predikovaly nárůst volní kontroly v raném a předškolním věku (Braungart-Rieker, Garwood, Powers, & Wang, 2001; Clark, Woodward, Horwood, & Moor, 2008; Eiden, Edwards, & Leonard, 2004; Feldman et al., 1999; Karreman, Van Tuijl, Van Aken, & Deković, 2008b; Kochanska et al., 2000; Lengua et al., 2007; Olson et al., 1990; Olson, Bates, Sandy, & Schilling, 2002). Na moci založená kontrola, zahrnující přísnost/strohost a intruzivitu predikovala nižší míru volní kontroly v předškolním věku (Houck & Lecuyer-Maus, 2004; Kochanska et al., 2008).

Samozřejmě je ale možné, že směr vztahů mezi nízkou úrovní volní kontroly a restriktivním či hostilním rodičovstvím může být i opačný; časté využití strategií kontroly založených na mocenské převaze může být důsledkem neposlušnosti dítěte, nikoli její příčinou (Silverman & Ragusa, 1990). Tento předpoklad je ale dokumentován relativně malým množstvím výzkumů. Tak například Campbell a kol. (Campbell, Pierce, March, & Ewing 1991) v longitudinálním výzkumu ukázali, že neposlušnost a hyperaktivita dítěte přispívaly k vyšší míře negativní mateřské kontroly. Ve výzkumu Bridgetta a kol. (2009) pokles regulační kapacity kojenců vysvětloval největší část variability v míře negativního rodičovství v batolecím věku.

5.3.11 Interakce mezi nízkou kontrolou chování a rodičovstvím v predikci vývojových výstupů

Nízká kontrola chování může být dána více faktory s odlišným biologickým podkladem (vysoká rychlost přiblížení se k podnětu – impulzivita, nízká inhibice primárního impulsu, selhání exekutivních funkcí, např. kontroly pozornosti, hyperaktivita, vysoké sensation seeking atd.), nicméně její projevy v chování jsou podobné – automatické reakce dostatečně nereflektované vědomím, selhání inhibice nežádoucího jednání (např. agresivity), rizikové aktivity, tendence

akceptovat malou okamžitou odměnu oproti většímu ale odloženému či nepravděpodobnému uspokojení. Nízká kontrola chování je prediktorem zejména externalizujících obtíží.

V předchozí kapitole jsem shrnula, že pro rozvoj volní kontroly je prospěšné spíše nerestriktivní rodičovství, zároveň se ale objevovaly výsledky, které spojovaly restriktivní rodičovství s lepší úrovní volní kontroly, zejména s vyšší mírou inhibice primárního impulsu (Chen et al., 1998; Putnam et al., 2002; Silverman & Ragusa, 1990). Tato nejednoznačnost může být dána proměnnou temperamentu, tím, že zejména málo regulované, impulzivní, vysoce extravertované děti potřebují vyšší míru pomoci ze strany rodičů v regulaci svého chování. Několik výzkumů opravdu ukázalo, že nerestriktivní strategie kontroly nemusí být prospěšné pro děti s nízkou mírou seberegulace v jejich rozvoji volní kontroly. Dvouletá **nadměrně živá**¹⁸ batolata reagovala odlišně na způsob rodičovské kontroly a emoční tón v predikci volní kontroly o 2,5 roku později. Nadměrně živé děti, jejichž matky užívaly příkazy a zákazy pronášené pozitivním emočním tónem, měly o dva roky později vyšší míru volní kontroly. Pokud matky používaly méně restriktivní strategie (přesměrování jednání dítěte, zdůvodňování pokynů) pronášené neutrálním hlasem, jejich rozjařené děti měly nižší míru volní kontroly ve věku 4,5 let. Autoři svá zjištění zdůvodňují tím, že vysoce extravertovaná batolata potřebují vyšší míru direktivity matky (zejména v nebezpečných situacích, kdy je potřeba dítě rychle zastavit) za současného zachování pozitivního afektu. Prospěšnost vyšší míry direktivity matky byla ukázána také na vzorku batolat s vysokou mírou **odporu ke kontrole**¹⁹; vysoká míra mateřské restriktivity v raném a předškolním věku predikovala u těchto dětí nižší míru externalizujících symptomů ve středním školním věku (Bates, Pettit, Dodge, & Ridge, 1998). I další výzkumy

¹⁸ Anglický termín *exuberance* (česky živost, rozjařenost) je označením pro temperamentový rys typický vysokou mírou extraverze, přiblížení se k novému podnětu, vysokou citlivostí k odměně, silnou anticipací radosti při dosažení odměny, vysokou mírou pozitivních emocí, velkou mírou negativních emocí při zklamání. Při současné nedostatečné volní kontrole je temperamentový rys rozjařenosti rizikovým faktorem rozvoje externalizujících obtíží (Stifter, Putnam, & Jahromi, 2008; Morales, Pérez-Edgar, & Buss, 2015).

¹⁹ Podstatou tohoto rysu je neochota dítěte vyhovět rodiči, který se pokouší zastavit nebo přesměrovat jeho jednání (např. ignorování pokynu rodiče, aby se nedotýkalo křehkého předmětu). Jádrem odporu proti kontrole by měla být silná přitažlivost odměny, nízká míra inhibice a nízké napojení na pocity ostatních.

ukázaly, že impulzivní děti prospívají v rodičovství používajícím více kontroly (Rubin, Hastings, Chen, Stewart, & McNichol, 1998; Stice & Gonzales, 1998; Xu et al., 2009; Van Leeuwen, Mervielde, Braet, & Bosmans, 2004) a důslednosti (Lengua et al., 2000), které ale není tvrdé (Leve et al., 2005; Rubin, Burgess, Dwyer, & Hastings, 2003; Xu et al., 2009).

Ačkoli děti s nízkou úrovní kontroly chování lépe prospívají v podporujícím, konzistentním a strukturujícím rodičovství, výsledky studií jsou v souladu s hypotézou **diatéza-stres**. Děti s nízkou úrovní kontroly chování jsou obecně ve vyšším riziku vzniku poruch přizpůsobení a i v podmínkách dobrého rodičovství neprospívají lépe než děti s alespoň průměrnou regulací chování.

6 Kvalitativní studie - Rodičovské přizpůsobení, partnerský vztah a výchovné strategie v rodinách s malým dítětem s obtížným temperamentem

6.1 Cíl výzkumu

V oblasti kvantitativního výzkumu existuje velké množství studií, které sledují souvislosti mezi temperamentem dítěte a přizpůsobením rodičů (poporodní deprese, únava, úzkost, vnímaná rodičovská zdatnost), spokojeností v partnerském vztahu, kvalitou rodičovství (angažovanost, citlivost, limitování) a vývojovými výstupy (viz teoretický přehled v předchozí kapitole). Některé vztahy jsou zatím nejasné, například se neví, jestli temperamentová obtížnost vyvolává kvalitativně horší rodičovství, nebo si na něm rodiče dávají více záležet. U jiných vztahů je jasný určitý obecný trend (např. péče o dítě s obtížným temperamentem vede k poklesu vnímané rodičovské zdatnosti), není ale zjevný vliv kontextových proměnných. V neposlední řadě je péče o dítě s obtížným temperamentem výjimečnou zátěžovou situací, která si zaslouží pozornost také z hlediska zkoumání prožívání a zvládání rodičů.

Prožitky rodičů s excesivně plačícím kojencem již byly předmětem více než desítky kvalitativních studií zahraniční provenience (viz metaanalýza kvalitativních dat Oldbury & Adams, 2015). Relativně velká výzkumná pozornost může být dána rozdílným typem odborné péče v šestinedělí; v evropských zemích (Dánsko, Finsko, Francie, Německo, Velká Británie, Irsko, Itálie, Nizozemí, Norsko a Švédsko) jsou matky s kojencem navštěvovány v domácnosti zdravotnickým personálem, většinou registrovanými zdravotními sestrami (Kamerman & Kahn, 1993), takže se odborníci více dozívají, co se v rodinách s neutěšitelně plačícími kojenci děje a jak palčivé téma to vlastně je. Výsledky kvalitativních studií věnovaných dopadu péče o dítě s excesivním pláčem na prožívání rodičů jsou uveřejňovány zejména v časopisech s tematikou ošetřovatelství a výsledky těchto analýz jsou pak východiskem navrhovaných změn v systému podpory těchto rodičů pro prevenci poruch vztahu mezi rodičem a dítětem.

Cílem mého aktuálního výzkumu je mapovat prožívání rodičů v kontextu péče o malé dítě s obtížným temperamentem, vliv stresu na rodinné vztahy a dále strategie, které si

rodiče osvojili v průběhu soužití s dítětem jak k ovlivnění obtíží dítěte, tak k ovlivnění vlastního prožívání.

Moje studie zkoumá uvedené téma **v kontextu českého prostředí**. V České republice nebyla prováděna žádná kvalitativní studie tohoto tématu, přitom se dá očekávat, že situace českých rodin s malým dítětem může být do jisté míry odlišná od situace v USA či ve zbytku Evropy (vyšší zapojení prarodičů, více tradiční uspořádání, nižší procento matek pracujících při rodičovské dovolené, nevyužívání chův).

Oproti většině zahraničních studií je do výzkumného vzorku zahrnut **celý pár**. Otcové jsou na rozdíl od matek méně dostupní, takže dat ohledně jejich prožívání a zvládnání péče o dítě s obtížným temperamentem je nedostatek (výjimkou studie Ellett & Swenson, 2005; Ellett, Appleton, & Sloan, 2009). Od zahrnutí celých párů do výzkumného vzorku si slibuji, že se o prožitku otců dozvím více.

Zároveň jsem svou výzkumnou pozornost neomezila pouze na neutišitelný pláč a období do cca půl roku věku dítěte, ale doptávala jsem se i na další projevy obtížného temperamentu **v delším časovém období**. To mi umožnilo zkoumat procesy v širších souvislostech a postihnout i procesualnost a dynamiku daného jevu.

Posledním výrazným rozdílem oproti stávajícím studiím je **zaměření na strategie péče a výchovy**.

Předmětem mého výzkumu byly dvě hlavní výzkumné otázky:

- 1. Jak probíhá proces adaptace rodičů na obtíže spojené s péčí o dítě s obtížným temperamentem?**
- 2. Jaké strategie výchovy a péče rodiče volili pro ovlivnění projevů dítěte?**

Díličí výzkumné otázky:

Ad. 1.

S jakými obtížemi v péči a výchově se rodiče setkávali v průběhu vývoje dítěte?

Jak velkou zátěž pro ně tyto obtíže představovaly?

Jak tuto zátěž prožívali?

Jakou měli sociální oporu v situaci zátěže?

Jaké strategie volili, aby se se zátěží vyrovnali?

Jakým způsobem se snažili ovlivnit své emoční prožívání?

Jak prožitá zátěž ovlivnila partnerský vztah?

Ad. 2.

Jaké volili strategie péče?

Jak se snažili ovlivnit emoční prožívání a projevy dítěte?

6.2 Metody

6.2.1 Výzkumná metodologie a design výzkumu

Vzhledem k cílům výzkumu byl zvolen kvalitativní přístup. Do něj je řazeno množství výzkumných přístupů a strategií, které se zaměřují na to, **jak lidé chápou, prožívají, interpretují a vytvářejí sociální realitu** (Denzin & Lincoln, 2005), protože tato realita není považována za objektivně danou a poznatelnou, nýbrž konstruovanou každým jednotlivcem (Charmaz, 2014). Cílem kvalitativního přístupu není testování hypotéz, ale **vytvoření bohatého a detailního popisu reality** (Geertz, 1973). Výhodou kvalitativního přístupu je rovněž to, že umožňuje zkoumat jevy ve svém **kontextu** a postihuje také jejich **procesuálnost a dynamiku**. **Kvalitativní výzkumník** není považován za objektivního a nezávislého pozorovatele reality, nýbrž se do jisté míry přímo či nepřímo spolupodílí na procesech, které zkoumá, sám je určitým způsobem ovlivňuje a sám je jimi také ovlivňován. Nesnaží se tyto vlivy eliminovat, nýbrž by je měl systematicky **reflektovat**, porozumět a popsat to, jak k tomuto ovlivňování dochází (Wilde, 1992).

Designem výzkumu je **vícečetná případová studie**, volba designu závisela na charakteru výzkumné otázky. Dle Yina (2003) se design vícečetné studie hodí na výzkumné otázky, ve kterých se ptáme, **jak a proč** se dějí určité **současné jevy**, nad kterými má výzkumník **omezenou** nebo **vůbec žádnou kontrolu**. Případem rozumím **adaptaci rodičovského páru na obtíže spojené s péčí o malé dítě s obtížným temperamentem**.

6.2.2 Výběr vzorku

Pro účel svého výzkumu jsem si vybrala nepravděpodobnostní metodu **prostého záměrného výběru**. Jedná se o nejjednodušší způsob, jak získat požadovaný výzkumný soubor při malé dostupnosti a ochotě jedinců. Vybírání jedinci metodou prostého záměrného výběru musí splňovat dvě základní podmínky; mít určité vlastnosti a dobrovolně souhlasit s výzkumem. Reprezentativní vlastností mého souboru je přímá zkušenost s rodičovstvím malého dítěte s obtížným temperamentem.

Výzkumným vzorkem bylo šest rodičovských párů pečujících o male dítě s obtížným temperamentem.

Respondenti výzkumu museli splňovat tři kritéria:

1. Vychovávat dítě **mladší tři let**
2. Toto dítě muselo splňovat **kritérium neutěšitelného pláče** (pláč trvající alespoň tři hodiny denně, alespoň tři dny v týdnu po dobu alespoň třech týdnů) (Wessel, Cobb, Jackson, Harris, & Detwiler, 1954) a **výrazné dlouhotrvající nespavosti v rané fázi svého vývoje**. Tato dvě kritéria byla vybrána, protože souvisí s vysokou mírou distresu rodičů.
3. Protože je známo, že obtížný temperament je také do jisté míry výsledkem vnímání rodičů, třetím kritériem bylo, že **alespoň jeden z rodičů považuje péči o dítě jako výjimečně náročnou**.
4. Výpověď účastníka a obsah interview je **bohatý a obsahově významný** pro cíle výzkumu.

Splnění druhého a třetího kriteria bylo ověřeno v rozhovorech, čtvrté kriterium jsem posuzovala při analýze dat.

Původním záměrem bylo dělat rozhovory pouze s matkami. V průběhu výzkumu ale začínala být patrná klíčová role partnerského vztahu a proto jsem se rozhodla zahrnout do výzkumu i otce.

Rodiče byli pro rozhovory získávání dvěma cestami:

a) Ze vzorku dětí z kvantitativního výzkumu vztahu genetických polymorfismů, novorozenecké stresové reaktivity a temperamentu ve třech měsících (viz předchozí část disertační práce) jsem vybrala ty děti, které měly vysoké skóre negativních emocí (nad 77. percentilem zkoumaného vzorku) v dotazníku kojeneckého temperamentu IBQ-R (Garstein & Rothbart, 2003). Oslovila jsem dvacet matek takto vybraných kojenců, pět souhlasilo s rozhovorem. V jednom rozhovoru

se ukázalo, že přestože má dítě vysoký skóre ve škále negativních emocí, kritéria pro zařazení do výzkumného vzorku nespĺňuje, proto jsem tento rozhovor z analýzy vyřadila. V žádném z těchto případů se nepodařilo získat pro rozhovor i otce dítěte.

b) V okruhu svých známých jsem pokládala otázku: „Znáte někoho, jehož miminko hodně pláče a péče o něj je opravdu těžko zvládnutelná?“ Skutečnost, že respondenti, které jsem získala touto cestou, mě osobně znali, popř. se ke mně dostali na osobní doporučení společného známého, dle mého názoru pozitivně ovlivnila otevřenost rozhovoru. To se odráželo ve větším množství informací o partnerovi, větší míře sdělení sociálně nedesirabilních faktů a osobních bolestných prožitků. Pouze touto cestou jsem získala k rozhovorům i otce dětí.

V průběhu analýzy se partnerský vztah a angažovanost otce v péči o dítě začaly jevit jako klíčové faktory přizpůsobení matky, a proto jsem se nakonec rozhodla vyřadit ty případy, ve kterých vyjádření otce chybělo.

Konečný vzorek se sestává ze šesti párů; všichni rodiče mají vysokoškolské vzdělání a žijí ve středně velkém městě. Tabulka 31 shrnuje charakteristiky vzorku.

Tabulka 31. Charakteristika vzorku

	Věk	Délka manželství v rocích	Děti a jejich stáří v měsících či letech	Délka rozhovoru (v minutách)
Anna Tomáš	31 32	2	Honzík (21m)	71
Jitka Zdeněk	37 35	6	Michaela (5l), Adéla (21m)	63 71
Jana David	37 44	8	Edita (8l), Linda (9m)	83 35
Eva Roman	37 37	2	Tadeáš (21m)	79 49
Zuzana Jan	30 30	10	Markéta (11m)	79 49
Klára Aleš	34 37	5	Filip (16m)	121 72

6.2.3 Sběr dat

Hlavní metodou sběru dat byl **hloubkový polostrukturovaný rozhovor** dle předem připraveného soupisu okruhů otázek (viz příloha 6, přepis jednoho rozhovoru v příloze 7). Soupis okruhů k rozhovoru jsem potřebovala zejména proto, abych na některou oblast nezapomněla, jinak jsem se striktně neřídila jejich pořadím a spíše jsem reagovala na nit rozhovoru, která se odvíjela mezi mnou a respondentem. Respondenti měli možnost akcentovat a rozvíjet témata, která považovali v rámci dané problematiky za nejdůležitější, aniž by při tom byli korigováni či usměrňováni. Témata, která byla přinášena do rozhovoru spontánně, aniž bych se na ně ptala, vyhodnocuji jako obzvláště důležitá.

Ve čtyřech ze šesti párů jsem hovořila s matkou a otcem odděleně, v jednom páru jsem mluvila současně s oběma rodiči, v jednom páru s oběma rodiči 72 minut, posléze otec odešel a se samotnou matkou jsem pokračovala zbývajících 49 minut. Důvodem pro rozdíly v uspořádání rozhovorů byla obecně nízká ochota otců k účasti na rozhovoru. Když jsem byla postavena před rozhodnutí buď akceptovat dané uspořádání, nebo přijít o pohled otce na věc úplně, rozhodla jsme se otcům vyjít vstříc. Upřednostnění komfortu a bezpečí dotazovaného před vlastní potřebou získat „šťavnatá data“ doporučuje i Kathy Charmazová (2014) ve svých doporučeních k vedení rozhovoru (Charmaz, 2014, s. 66). Limity tohoto přístupu jsou diskutovány později.

Polostrukturované rozhovory probíhaly u respondentů doma v přítomnosti jejich dítěte (dětí). Výjimkou byl rozhovor s jedním otcem, který už nežije s rodinou ve společné domácnosti; s ním jsem hovořila v kavárně bez dítěte. Tento otec rovněž odmítl nahrávání na diktafon, po skončení rozhovoru jsem pořídila co nejúplnější přepis mnou získaných informací a tento přepis byl součástí analýzy. Ostatní rozhovory byly zaznamenány na diktafon a doslovně přepsány.

Rozhovory trvaly od 35 do 119 minut; délka konkrétních rozhovorů je uvedena v tabulce 31.

6.2.4 Analýza dat

V souladu s metodologií vícečetné kazuistické studie byla analýza prováděna jak uvnitř jednotlivých případů (within-case analysis), tak mezi případy (cross-case analysis). Nejprve jsem přečetla všechny rozhovory, abych získala **celkový dojem z prožitku péče o dítě s obtížným**

temperamentem. Poté jsem intenzivně pročítala jednotlivé rozhovory. V angličtině se mluví o procesu „overreading“ (Poirier & Ayres, 1997) a myslí se tím čtení, při němž jsou **hledána implicitní témata** v explicitních vyjádřeních participantů. Sledovala jsem určitá slova či fráze, která se vracela v průběhu rozhovorů, opomenutí, při kterém byla důležitá témata vynechána, nesoulad, ve kterém postoje propagované v jedné části rozhovoru byly v protikladu s jinými. Vyhledávala jsem také rozpory v popisu stejné věci oběma rodiči nezávisle (např. popis dítěte, prožitků, výchovných strategií apod.). Z této analýzy vzešla **témata, která byla ústřední pro konkrétní osobu či pár v jejich prožitku péče o dítě s obtížným temperamentem.**

Posléze jsem přiřazovala kódy k jednotlivým částem textu. Kódování je prvním krokem na cestě k analýze mezi případy, protože skrze kódy lze lépe postřehnout podobnosti mezi nimi (Ayres, Kavanaugh, & Knafl, 2003). Tesch (1990) mluví o procesu „dekontextualizace a rekontextualizace“ (s. 115). Data jsou dekontextualizována v průběhu kódování, protože se oddělují od individuálních případů, ze kterých vzešla. Data jsou rekontextualizována, protože jsou začleňována do témat, která kombinují významové jednotky z promluv více účastníků výzkumu. Takto rekontextualizovaná data jsou redukováným příběhem vzešlým ze všech případů.

Pro svou obeznámenost s technikami kódování v procesu zakotvené teorie (Strauss & Corbin, 1999) a softwarem Atlas.ti. (version 5.2.17, 2007) jsem využila techniky **otevřeného a axiálního kódování** (ukázka v příloze 7) za pomoci výše zmiňovaného softwaru. **V průběhu celého procesu kódování jsem si také dělala poznámky s analytickými nápady a předběžnými hypotézami. Tak se pomalu rodila důležitá témata, která byla společná více případům.** Z analýzy mezi případy vznikala **schémata a kódovací tabulky**, jak ve svém přístupu doporučují Miles a Huberman (1994).

Psaní výsledků bylo součástí analýzy dat. V průběhu psaní výsledků jsem se neustále pohybovala mezi oběma rovinami analýzy (uvnitř případů i mezi případy) a snažila se vyvážit popis jedinečnosti jednotlivých případů s popisem obecnějších vzorců vztahů, které se na pozadí jednotlivých případů rýsovaly. Text vzniklý z analýzy mezi případy jsem neustále porovnávala se zkušenostmi jednotlivých participantů; zda mé závěry nejsou s nimi v rozporu, případně čím vysvětlit to, že se některý z nich vymyká.

6.2.5 Kontrola kvality dat

Usilovala jsem o naplnění standardů kvality výzkumu (Lincoln & Guba, 1985). **Důvěryhodnost** byla dosahována tím, že respondenti byli povzbuzováni ke svobodnému a otevřenému sdílení. Věřím, že díky vlastní rozsáhlé zkušenosti s mateřstvím malých dětí jsem byla schopna zachovat vůči respondentům **tolerantní a neodsuzující postoj**, ať už mluvili o jakkoli těžkých a společnostmi méně akceptovaných skutečnostech. Pravidla pro vedení rozhovoru v kvalitativním výzkumu (formulovaná např. Kathy Charmazovou v jejím návodu k vedení „intenzivního rozhovoru“, 2014, s. 66) jsou velmi podobná doporučením pro rozhovor terapeutický (s tím rozdílem, že kvalitativní výzkumník se nepokouší o intervenci). Věřím, že díky absolvování dvou terapeutických výcviků a vlastní aktivní terapeutické praxi jsem v tomto ohledu ve výhodě a podařilo se mi proto získat „výživná data“. Někteří z respondentů uváděli, že jim rozhovor pomohl vyrovnat se s bolestnými vzpomínkami spojenými s prvními měsíci života dítěte.

Většina účastníků výzkumu věděla, že mám pět dětí, a je tedy otázkou, jaká očekávání v nich toto vědomí vzbudilo. Věřím ale, že spíše očekávali moje pochopení, neboť jsem musela projít podobnými pochybnostmi jako oni sami, než aby mě vnímali jako experta, který bude odsuzovat jejich způsoby péče a výchovy. Respondenti výzkumu se někdy ptali i na mé zkušenosti s mateřstvím a v těchto případech jsem se snažila pravdivě odpovídat. Wilde (1992) věří, že sebeodhalení výzkumníka facilituje otevřenost a sdílení participantů. Rovněž **využívám citací z rozhovorů**, abych ukázala, na základě jakých výroků jsem došla k určitému závěru. Při vytváření obecnějších závěrů jsem je ověřovala v jednotlivých případech, jestli s nimi nejsou v rozporu. Sama mám zkušenost s nadměrným pláčem a spánkovými obtížemi u některých z mých dětí, a proto v okamžiku vzniku určité hypotézy kongruentní s mou zkušeností a interpretací reality jsem se o to více snažila ověřovat, zda se předpokládaný vzorec opravdu vyskytuje i v datech, a jestli je opravdu tak podstatný pro respondenty výzkumu, jako byl pro mě. **Aktivně jsem vyhledávala negativní případy**, které neodpovídaly vznikajícím předběžným hypotézám.

Kritérium **hodnověrnosti** bylo alespoň částečně dosaženo **triangulací zdrojů dat**, neboť jsem měla k dispozici vyjádření matky i otce. Uvedené kritérium bylo dále naplňováno

především **vnitřními triangulačními mechanismy**, k nimž patřilo opakované kódování. Po okódování všech rozhovorů jsem se vrátila k těm, které byly kódovány mezi prvními a pokusila jsem se o opětovné kódování a porovnání obou kódovacích systémů.

Kritérium **přenositelnosti** jsem se snažila dosáhnout detailním popisem kontextu výsledků, takže si čtenář může udělat samostatně úsudek o možnosti přenést je do jiného kontextu. V Limitech kvalitativní části práce pak omezují platnost dat právě na určitý kontext.

Potvrditelnost výzkumu byla dosažena plným a přesným přepisem nahrávek a detailním popisem výzkumného postupu.

6.2.6 Etické otázky výzkumu

Všichni účastníci výzkumu byli informováni o účelu výzkumu a podepsali informovaný souhlas s účastí na výzkumu (příloha 5). Striktní mlčenlivost o skutečnostech z výzkumu byla dodržována v průběhu celé studie. Zvláštní nároky na mě kladl požadavek mlčenlivosti v průběhu rozhovoru s druhým členem páru, přičemž jsem si byla vědoma toho, že nesmím použít znalosti z rozhovoru s prvním partnerem, abych nevyzradila něco, co by si třeba partneři vzájemně neřekli. I z toho důvodu jsem jako ukázkou rozhovoru do Příloh vložila ten, ve kterém jsem mluvila s oběma partnery společně. Pro respondenty byly v přepisech rozhovorů i v citacích z nich použity pseudonymy a některé konkrétní informace nepodstatné pro závěry práce s potenciálem snadné identifikace respondenta jsem vynechala či změnila.

6.3 Výsledky

Vzhledem k nebezpečí překročení rozumného rozsahu disertační práce jsem se rozhodla rozvinout pouze nejdůležitější témata, která vzešla z analýzy. Jsou jimi neutěšitelný pláč, nespavost a strategie uspávání, opora prarodičů, rodičovská očekávání a rodičovské sebepojetí, příběh partnerského vztahu a „zisky“ obtížného temperamentu. Příběh partnerského vztahu jsem ponechala z velké části na úrovni individuálních kazuistik, jinak všechna ostatní témata jsou prezentována ve formě vzešlé ze srovnávání mezi případy.

6.3.1 Neutěšitelný pláč

Neutěšitelný pláč se objevuje již **v porodnici** jako první náznak toho, že projevy dítěte budou jiné, než matka čekala. Pláč se však ani po příchodu domů nelepší. *„Řvaly tam všechny děti, ale ten náš úplně nejvíc. Na mě tam běžela ta sestra, protože si myslela, že já se mu tam nevěnuju, že to dítě je tam samo. Já ho myla, převlíkala a on řval jak blázen. Všechno mu hrozně vadilo.“* (Eva)

„Už tam nastaly situace, že plakala a miminko vedle spalo a já jsem byla ve stresu a nevěděla jsem, co mám dělat. No a to se potom vlastně prohlubovalo akorát, jako že těch situací bylo víc a ten pláč byl hroznej.“ (Jitka)

Pláč je v první řadě chápán jako **signál potřeb dítěte**, takže matky jsou samozřejmě vysoce motivovány, aby našly jeho důvod. V případě neutěšitelného pláče ale řešení jeho možných příčin nepomáhá a **matky nad ním nedokážou získat kontrolu**. *„A když začala plakat, tak jsem vždycky prožívala stejný stres. Zkusila jsem, co jsem si tak jako myslela, že by mohlo pomoci a nic vlastně nepomohlo.“* (Jitka)

„Já jsem odstranila všechny příčiny a on plakal, nemohl usnout.“ (Klára)

Často je pláč přisuzován **trávicím obtížím miminka** (nadýmání), v některých případech se matky snaží trávicí obtíže ovlivnit podáváním kapek (Eva, Zuzana), které omezují tvorbu vzduchových bublin v bříšku bez současných nežádoucích účinků, popřípadě držením „kojící diety“ (omezením příjmu potravin, které by mohly zhoršovat nadýmání dítěte) (Eva, Zuzana).

Snaha ovlivnit nadýmání ale nevede k ubývání trávicích obtíží či množství pláče.

Jediná Eva našla předpokládanou příčinu pláče, jejímž ovlivňováním získala alespoň částečnou kontrolu nad jeho množstvím. Synovi Tadeášskovi byl diagnostikován reflux²⁰ a Evě se skrze dodržování režimu krmení a spánku podařilo snížit množství pláče. *„Začala jsem opravdu dodržovat režim tuhej. Přesně časy, kdy má jít spát, věděla jsem, že každý dvě hodiny má*

²⁰ Gastroezofageální reflux je navrácení obsahu žaludku zpět do jícnu nebo do ústní dutiny. Když se miminko narodí, nemá ještě dovyvinutou jícnovou zátku mezi jícnem a žaludkem a často se stává, že po kojení si ublinkne. Pro miminko to bývá nepříjemné, protože spolu s natráveným mateřským mlékem se dostávají do jícnu i do úst nepříjemné žaludeční šťávy. Reflux mívají kojenci různě silný a trpí jím téměř polovina kojenců (Jak na miminka, n.d.).

usnout, takže kočárek, jelo se ve dvou a půl hodinovým intervalu... pak ale řevu byla půlka. Pro mě bylo lepší to vydržet, nikam nechodit, nemít žádnéj normální život.“ (Eva)

Dítě dokáže **nepřetržitě dlouho plakat**. V úhrnu pláče denně mnoho hodin, popřípadě se matkám zdá, že pláč je přerušovaný pouze krátkými úseky spánku či kojení. *„Řvala třeba i přes den tak, že řvala nonstop hrozně dlouhou dobu, třeba i hodinu, což je hrozně dlouhá doba mi přijde, že když už to dítě řve pět minut, že třeba byla úplně i fialová.“ (Jana)*

„Já jsem měla pocit, že řve furt, a když neřve, tak vyčerpáním spí. A spí třeba půl hodiny hodinu, než se vzbudí a začne řvát znova.“ (Zuzana)

Selhává komunikační funkce pláče, dítě je vnímáno jako **nečitelné a nepředvídatelné**. *„To jsem vlastně jakoby očekávala, když jsem šla z té porodnice, že se jako s tou Adélou sehraju, že ji poznám, že budu přesně vědět, co kdy potřebuje, a že na to jsem chtěla mít klid, ležet s ní těch pár dní ještě v posteli a pozorovat ji a tahle chvíle vůbec nenastala a já jsem se s ní vůbec nesehrála. Vůbec jsem nerozuměla, co po mně chce [...] A i přes ten den jsem vlastně vůbec nevěděla, co kdy nastane.“ (Jitka)* Pro Jitku je velkou hodnotou navázání vztahu s dcerou, to, že nedokáže interpretovat její projevy, v ní vyvolává pocit narušení tohoto vztahu. *„Já myslím, že jsem byla na jednu stranu smutná, nebo taková nespokojená, že nemám ten klid na to, abych s ní navázala ten užší vztah, ale zároveň si, myslím, že to ani nebylo možné, že i kdybych ten klid měla, že by se mi to stejně ani nepodařilo, protože já jsem si v duchu říkala, že je pro mě úplně nečitelná, že stejně vůbec nevím, co kdy bude.“ (Jitka)*

Neutišitelný pláč dítěte v rodičích také spouští **obavy** z toho, že je něco v jeho vývoji zásadně špatně, že plačtivost dítěte může být **důsledkem a příznakem patologického vývoje**. Tyto obavy se vyskytovaly u Jana a Zuzany, rodičů, kteří sami sebe označovali jako zvýšeně úzkostné - „*labilové, neurotický*“ (Zuzana). Vliv zátěže obtížného temperamentu vede u těchto rodičů k tomu, co Jan nazval „*řešení*“ – přemílání obav, že plačtivost dítěte je příznakem nějakého nevratného poškození. *„Já si myslím, že mě ovlivnil ten porod. To ve mně zasel takový semínko pochybnosti, jestli to bylo vše OK. A od té doby se ze mě stal chronický řešič a pořád něco hledám.“ (Jan)*

Nemožnost ovlivnit množství pláče vede u matek k pocitu **bezradnosti, bezmoci, smutku a zoufalství**. „Hlavně v takových těch okamžicích, kdy Fíla plakal a plakal, to se prolínalo potom... takový ten soucit s ním, že jsem propadala tomu smutku s ním...a bylo mi smutno, že neumím mu pomoci...já jsem prožívala takový okamžiky, když plakal, že už jsem nevěděla co s tím a Aleš říkal, že to je laktační psychóza. A i bych to dítě nechala a utekla, protože já jsem se s tím nebyla schopná srovnat.“ (Klára)

Neutěšitelný pláč také vede k tomu, že se **otec stáhne z péče o dítě**. Jan svou vysokou poporodní angažovanost nebyl schopen udržet delší dobu, takže z péče o Markétku „utekl“ do pracovní oblasti. Mluví o ničivém vlivu pláče na svou osobu a o tom, že neutěšitelnost Markétky narušila jeho vztah k ní a původní představu, že ji bude samostatně bez matky hlídat. V prvním půlroce nenabyl pozitivní zkušenost s vlastní efektivitou v uklidňování, protože byla neutěšitelná. V druhém půlroce se začala projevovat její separační úzkost, a protože dcera nebyla zvyklá na samostatnou péči otce, tak pláčem projevovovala nesouhlas s ní, což otce dále odrazovalo od společného kontaktu. „No hlavně holka je na ní fixovaná. [...] Já jsem třeba zažil i to, že jsem s ní chtěl být víc, ale ona po určitý době se mnou být nechtěla. Ona chtěla jenom Zuzku a to je ta bezmoc, o který mluvím, že já tam nemůžu fungovat. Protože ona chtěla jenom Zuzku. Já jsem s ní vyrazil na procházku, jel jsem s kočárem, měl jsem psa a vrátil jsem se s tím, že jsem jí nesl čtyři kilometry řvoucí v náručí s kočárem a se psem, který za mnou vlál. To jsem si říkal, tohle fakt nepůjde.“ Jan vlastně popisuje vznik naučené bezmocnosti. I když už teď je Markétka utěšitelná, zkušenost z prvního půl roku vedla k tomu, že si v jejím utěšování nevěří a kdykoli pláče, tak ji předá matce a nechce ji samostatně hlídat

Jan: „Když tohle [pláč dítěte] nastane, tak si moc nevím rady a částečně si myslím, že je to způsobený tím prvním půl rokem, kdy jsem ty situace, který řeší ostatní ‚fotrové‘ v okolí, kdy dokážou to dítě utiřit, to se s ní nedalo a myslím si, že to si v sobě nesu.“

Stažení se otce přes den z péče může mít podobu uchýlení se do pracovní oblasti (Jan, Aleš, David).

David: „Dřív jsem chodil do té práce ne jako nerad, ale doma to bylo takový prima a teď jsem tuhle se posadil a psal jsem tam ty papíry a pak jsem se zakoukal z okna a říkal jsem si, ježíší to je tady vlastně klid, tady je to docela dobrý [smích]. Tak jsem si v klidu pracoval a pak jsem si

řikal, že se člověk nediví některým lidem, že chodí do práce docela rádi. Ono je to potom takový tady...ted' to ještě není úplně extrémní, ale když přijde Editka [první dcera] a oni se pustí tady dohromady, tak je tu hlučno taky dost.“

Stažení se z péče v noci znamená odstěhování se do samostatného pokoje (všichni otcové kromě Zdeňka).

Neutišitelný pláč v noci (Jitka: „*noci s nepřítelem*“) je doprovodem nespavosti dítěte a spolu s matčinou spánkovou deprivací vede k nárůstu **hněvu** a **obrácení tohoto hněvu proti dítěti** spolu s myšlenkou, **že to dítě dělá naschvál**. Pak se soucit s plačícím dítětem mění na osobní distres²¹, rodič je zaměřen ne na pomoc dítěti, ale na to, aby co nejrychleji skončily vlastní negativní pocity, jak to popisuje Jitka: „*Nejhorší byly ty okamžiky v noci, kdy ten čas jakoby se zastaví a já nevím, kdy to skončí a chce se mi spát a prostě jsem unavená a to dítě už vůbec nemám ráda, protože nevím, proč to dělá, a myslím si, že to dělá naschvál. A vůbec už jsem s ní neměla žádné soucit. Kolikrát už jsem si říkala, už rozumím tý situaci, kdy ta matka vezme ten polštář... jako ne že bych to udělala, ale říkala jsem si, to už je opravdu krajní vyčerpání a kdybych neměla tu Zdeňka, tak by lehce mohly převážit nějaký ty živočišný sklony, prostě už mít pokoj.“* (Jitka) I u psychicky zdravých a sociálně dobře situovaných rodičů se objevují **fantazie o ublížení dítěti**, popřípadě **náznak hrubého zacházení** s ním. Zdeněk například říká, že „*když jsem třeba to dítě choval, tak jsem už byl po dvaceti minutách, kdy jenom řve, ona má zrovna ještě dost extenzivní hlasovej projev, tak to už jseš z toho natolik vydeptaná, že se mi jednou stalo, že jsem s ní jednou takhle hodil o postel, ne o postel, ale na postel. Nebo jsem viděl, že venku je nasněženo, tak mě takhle napadlo, že otevřu okno a vyhodím ho z okna. Ne aby se tomu dítěti něco stalo, ale aby utrpělo aspoň nějaký šok, aby vědělo, jako co to přináší mě, jo. Ale jako nedivím se těm lidem, který prostě jsou schopný v nějakých krizových situacích, kdy vidíš, že nějaká matka tomu dítěti něco udělala. Tak asi vím, odkud to*

²¹ Empatie a osobní distres jsou dvě možné reakce na projev negativních emocí druhého jedince. Pokud v nás samých vyvolávají tyto projevy příliš velké fyziologické rozrušení, místo empatické reakce a pomoci druhému se zaměřujeme na svoji vlastní averzivní reakci a snažíme se uniknout vlivu druhého člověka na nás (Eisenberg et al., 1989).

pramení, odkud to taky může bejt.“ (Zdeněk) Tendenci zatřást s dítětem na sobě pocítila Eva a samotnou ji to vyděsilo: „Ale ze začátku, jednou jsem s ním dokonce zatřásla, ještě mu nebylo půl roku a šíleně celou noc řval. Já už jsem nevěděla co, že jsem říkala: ‚tak co jako chceš?! Skákala jsem kolem něj a z toho jsem pak měla hroznej pocit.[...] Ne že bych s ním úplně zatřásla, ale úplně jsem se lekla.“

Jitka si uvědomuje, že má tendenci svou frustraci z nemožnosti utišit dítě odreagovávat na manželovi a starší dceři. V případě starší dcery situaci reflektuje a snaží se na vztahu pracovat, v případě manžela o tomto úsilí nemluví. *„To bylo spíš ve vztahu k Michalce [starší dceři], že jsme byli s kámoškama v těch Beskydech a že ty mi řekly, že je vidět, že se chovám jinak k Adéle a jinak k tý Michalce, jakože k Michalce hodně špatně, že na Adélu se směju... A to jsem věděla, že opravdu mám problém se na Michalku usmát, že jsem se tak vztekala, že mi v tý mý těžký situaci vůbec nepomáhá, že jí musí bejt jasný, že já s tím miminem nemůžu udělat nic. Takže to bylo spíš ve vztahu k Michalce, že jsem si říkala, že musím na tom něco udělat jinak.“* Další cestou k odreagování frustrace je namíření hněvu proti druhým **v představách**. *„Teď jsem si vždycky říkala, že bych chtěla potkat někoho, kdo by mi třeba řekl: ‚A nemá hlad?‘ a já bych mohla na toho člověka začít křičet, ať si to vyzkouší. A to do dneška si tuhle situaci představuju a hrozně se těším, jak tu babku takhle seřvu. Ale bohužel nikoho jsem ještě takhle nepotkala, ale úplně se jakoby těším: ‚Tak si ho na chvilku vemte, zkuste mi poradit!‘ [smích]“ (Jitka)*

Eva: *„Já už byla úplně vyřízena, tak jsem si i našla, nikomu jsem to neřekla, že v jeslích berou od půl roku, tak jsem si řekla, že ho tam dám na dopoledne a já si odpočinu [smích]. Nedala bych ho tam, ale v tu chvíli jsem už opravdu nevěděla.“*

Žádná z matek či otců nemluví o tom, že by odreagovávali nahromaděné napětí v nějaké pravidelné pohybové aktivitě. Matky vnímají možnost být vystřídány v péči o miminko jako relativně nedostupnou, takže ji k tomuto účelu nevyžívají.

Pláč kojence je nejčastěji řešen **chováním v náručí a přiložením k prsu**, někteří rodiče pak využívají i další strategie – **nošení v manduce či šátku, puštění hudby, zpívání, chování v náručí, když je rodič na míči** apod. Pokud má matka pocit, že jsou překročeny hranice toho, co může snést, může si vybrat **„oddechový čas“** – předá miminko otci do náruče a jde třeba na půl

hodiny ven (Zuzana, Eva). Pokud není otec po ruce, dá miminko do postýlky a odchází na nějakou chvíli z doslechu, aby se uklidnila. „*Na chvílku odejdu a říkám, tady si klidně řvi, je mi to jedno. Šoupnu jí do ohrádky, aby se jí nic nestalo, a nechám jí chvílku řvát. Tak si ječ, já už taky nemůžu a neječím na tebe.*“ (Zuzana)

K déletrvajícimu ignorování pláče přes den přistoupili pouze rodiče Honzíka. Snažili se utěšovat (v náručí, v náručí při houpání na míči), pokud však měli pocit, že vyčerpali možnosti utěšování, nechali ho plakat.

Anna: „*No jak jsem říkala, když už jsme nevěděli, tak jsme ho dali do postýlky a šli jsme prostě pryč. [...] Protože by řval stejně, i kdybychom dělali cokoli jiného.*“ (Anna)

já: „*Jak dlouho plakal?*“

Anna: „*2-3 hodiny*“.

Tomáš: „*Ze začátku. A tohle zabralo poměrně rychle.*“

Z odpovědi Tomáše je znát, že vnímá pláč také jako způsob, kterým si dítě něco na rodičích vynucuje, takže jeho ignorování může vést k ubývání pláče a dle Tomášovi zkušenosti tomu i tak bylo.

Neutišitelného pláče přes den ubývá postupně v průběhu prvního půl roku bez ohledu na to, co rodiče dělali. Tabulka 31 shrnuje strategie utěšování a zvládání předpokládaných příčin pláče u jednotlivých případů dětí.

Tabulka 32. Neutešitelný pláč a strategie péče

Jméno dítěte	Honzík	Adélka	Linda	Tadeáš	Markétka	Filípek
věk dítěte v době rozhovoru v měsících	21	21	9	21	11	16
doba odstavení v měsících	3	kojena	7	1,5	11	14
neutešitelný pláč v 1. půlroce	X	X	X	X	X	X
dudlík	X				X	
nošení v náruči	X	X	X	X	X	X
nošení v šátku/manduce		X	X			
houpání na míči	X					X
ignorování pláče přes den	X					
kolika	X	X	X	X	X	X
"kojící dieta"				X	X	
kapky proti nadýmání				X	X	
reflux				X		
režimová opatření				X		

Zelenou barvou (X) jsou označeny strategie, které byly podle rodičů efektivní v redukci pláče

Atribuce dětského pláče, (ne)snadnost jeho akceptace a sebepojetí matky

Způsob, jakým si matka vysvětlila nadměrnou plačtivost dítěte, byl klíčový pro její prožívání a rodičovské sebepojetí. Pokud vnímala pláč jako důsledek svého selhání či nekompetentnosti (nekojení, neobratnost), dochází ke snížení rodičovského sebepojetí (Eva, Jitka, Klára). „Když furt řval, tak jsem měla pocit, že to dělám blbě. Jako první dítě, matka začátečnice, tak jsem neměla bůhvíjaký sebevědomí a teď prostě když ti to dítě pořád řve, tak máš logicky pocit, že to děláš blbě.“ (Eva) **Pocity viny a selhávání** jsou dalším stresorem, který zatěžuje už tak zkoušené prožívání matky.

Po určité době se ale nakonec matky začnou přiklánět k názoru, že **zvýšená plačtivost je zároveň i vnitřní vlastností dítěte**, a že tudíž není celá zaviněna jejich péčí. Anna měla tento přístup již od začátku: „Že to je jeho povaha, já to tak brala. Že je prostě takovej. Že každé dítě je prostě jiné, někdo je klidnější, někdo divočejší a je to dané povahou. Že bychom na to měli vliv my, to mi nikdy nepřišlo.“ (Anna) Jitka k tomu dochází postupně jak srovnáním s klidným temperamentem první dcery, tak tím, že přijímá ujišťování od svého muže. „Ale bylo dobrý, že mě Zdeněk hrozně podporoval a že jsme si říkali, že to není náma. Od určitý doby jsme si už prostě stoprocentně říkali, že to není náma. [...] Ale Zdeněk mě celou dobu ujišťoval v tom, že

my to děláme všechno dobře a že má Adéla všechno, co má mít.“ (Jitka) Eva jako matka prvorozeného syna musela aktivněji přehodnocovat vlastní názor na své mateřské kompetence: *„Měla jsem pocit, že já to nemám na začátku v ruce, tak jsem si myslela, že ho třeba držím špatně, nebo tak, pak přišly maminky, co měly třeba dvě nebo tři děti a řvaly jim úplně stejně, tak jsem si řekla, že to asi zas tak blbě nedělám.*“ (Eva) Tento závěr přispívá k **opětovnému zvýšení vnímané rodičovské zdatnosti** a také k **lepší akceptaci neutěšitelného pláče** matkou.

Podstatné pro akceptaci neutěšitelného pláče je vědomí, že **neutěšitelný pláč může existovat bez toho, že by značil patologický stav dítěte či selhání rodiče**. Pokud je pláč akceptován jako jev, který nastává, neznačí fyzické strádání dítěte a rodič má nad ním pouze omezenou kontrolu, pak jsou matky schopny se s tím snáze vyrovnávat. Pro Janu byl neutěšitelný pláč první tři týdny po porodu ničivý, protože dcera nepřibývala na váze a Jana nemohla rozlišit, jestli pláče hlady, nebo z jiného důvodu. Ve chvíli, kdy dcera začala adekvátně přibývat, tak i když dál nadměrně plakala, matka to snášela již lépe. *„Z počátku, když jsem nevěděla, jestli je to hlady, tak jsem byla zoufalá. Pořád jsem nevěděla, co mám dělat. Pak když jsem zjistila, že to hlady není, tak jsem to snášela už docela dobře.*“ Pro Evu bylo zlomovým momentem v jejím přístupu k pláči přečtení knížky o dráždivých dětech, v níž zjistila, že existuje neutěšitelný pláč, tudíž se nemusí cítit zodpovědná za přetrvávání Tadeáškovy pláče. *„Pak jsem si o tom hodně přečetla a věděla jsem, proč řve a byla jsem klidná. A když tak řval, tak jsem ho vzala do náručí, nebo jsem ho chvíli nechala. A neřešila jsem to tolik, dřív jsem měla pocit, že dělám něco špatně.*“ Nalezla postup, jak akceptovat neutěšitelný pláč bez pocitu rodičovského selhávání z neschopnosti miminko utišit a zároveň bez špatných pocitů plynoucích z toho, že je dítě necháno o samotě. Tuto strategii jsem nazvala **pláč v matčině náruči** – matka se již nesnaží dítě utěšit, ale je mu nablízku a nechává ho plakat ve svém náruči. Zároveň ovlivňuje svoje prožívání tak, aby nevznikal osobní distres. *„Budu dělat, že to neslyším, nenechám ho samotného rvát, já jsem s ním seděla, držela ho v náruči a on řval, Tadeášek řve - bílý šum - to se mi hrozně ulevilo, když jsem na tohle najela, protože do té doby jsem měla pocit, že bych měla něco udělat, ale ono nic udělat nešlo, on řval stejně, tak jsem z toho byla úplně na prášky.*“ (Eva)

Jitce pomohla k akceptaci nočního pláče přetrvávajícího až do batolecího období dětská lékařka. Pláč byl pro ni obtížný, protože narušoval Jitčinu představu, že je na dítě vyladěná. Tuto

skutečnost chápala jako své selhání. Zlom nastal po rozhovoru s dětskou lékařkou, která sdílením vlastní zkušenosti legitimizovala Jitčin pocit, že dítěti nerozumí. „*Ta Štěpničková má asi takovou schopnost tohle vycítit a mluvila o tom, že má taky dceru, s kterou si vůbec nerozumí, že to je normální stav, že si s tím dítětem třeba nebudeš rozumět celý život. A že to vlastně neznamená nic, že to je blbý, ale že ... že si třeba pak začaly rozumět, když tý dceři bylo dvacet. Ale že s jinýma dětma to šlo třeba mnohem snáz*“. To ji pomohlo skutečnost **akceptovat** a dál se tím netrápit, pochopila, že může mít Adélu ráda, i když jí vlastně nerozumí. „*Ten pocit, že Adéle nerozumím, mám vlastně doteďka, akorát že od toho rozhovoru s tou Štěpničkovou už ji mám i přesto ráda, tak mě to jako netrápí.*“

O existenci fenoménu neutišitelného pláče či obtížného temperamentu žádný z rodičů před narozením dítěte nevěděl, dvě maminky se o tom dozvěděly až v reakci na obtíže dítěte, Eva z knížky (viz výše) a Jitka ode mě. **Znalost této informace jim přinesla výraznou úlevu.**

„*Ale taky mi určitě pomohlo to, že jsem o tom mluvila s tebou a že jsi říkala, že jsou nějaký ty obtížný temperamenty.*“ (Jitka) Jan ke konci rozhovoru říká, že by mu znalost fenoménu obtížného temperamentu pomohla „*hlavně ve chvíli, kdy ty lidi a prarodiče v okolí ti to dávají sežrat, že máš dítě, který je na zabití a myslí si, že to je tím, že mu nedáváš najíst, nebo že se mu málo věnuješ, nebo že moc kojíš....*“

Tabulka 32 shrnuje, co vedlo u matek k lepší akceptaci pláče. Souhrnně se ukazuje, že podstatná je **informační sociální opora z okolí**, která vede k uvědomění matky, že **pláč dítěte není pouze její vinou**. Může si tak zachovat pozitivní mateřský sebeobraz i v situaci pokračování pláče. **Zbavení se pocitu selhávání matky nevedlo k tomu, že by utěšování dítěte vzdala.**

Tabulka 33. Faktory akceptace pláče

Matka	Prvotní reakce matky	Faktor změny	Získaná informace	Přehodnocení
Jitka	negativní emoce, pocit selhávání	rozhovor s dětskou lékařkou	sdílení lékařčiny zkušenosti se vztahem k dceři	neporozumění projevům dítěte nemusí znamenat, že jsem špatná matka
		ujišťování manžela	přisouzení pláče dětské povaze	projevy dítěte nejsou jenom známkou selhání matky
		rozhovor s kamarádkou	informace o existenci obtížného temperamentu	projevy dítěte nejsou jenom známkou selhání matky
Jana	strach, že pláče hladu	ustanovení kojení, přibývání na váze	jistota, že se dítě dobře vyvíjí	projevy dítěte nejsou jenom známkou selhání matky
Eva	negativní emoce, pocit selhávání	přečtení knížky o výchově	informace o existenci neutěšitelného pláče	projevy dítěte nejsou jenom známkou selhání matky
		setkání s matkami plačících dětí	i zkušeným matkám děti pláčou	projevy dítěte nejsou jenom známkou selhání matky

Atribuce pláče okolím

Pro prožívání rodičů je podstatné také to, jak se okolí dívá na jejich obtíže. Z vnějšího pohledu je opravdu těžké připustit, že by s dětským pláčem nešlo nic dělat a v rozhovorech byl vyjádřen názor, že **bez vlastní zkušenosti s péčí o dítě s obtížným temperamentem člověk nekontrolovatelnosti pláče neuvěří**. Jitka si to myslí proto, že sama měla dřív při setkání s plačícím miminkem pocit, že rodiče nějakým způsobem selhávají v péči o něj. *„To jsem spíš vždycky vnímala z toho okolí, že si ty lidi musí myslet to, co jsem si myslela já, že to je chyba tý mámy a že jak to, že na to nemůže přijít, když přeci jí musí ta intuice napovědět nebo ta láska jak a co.“*

Rodiče mají často **pocit malého pochopení okolí pro svou situaci**; zdá se jim, že jim ostatní **vážnost situace nevěří**, popřípadě **svými radami nevědomky posilují pocit rodičovského selhávání**. *„Podle mě mi nikdo nevěřil, že to může být v noci tak hrozný. Protože často to rodiče komentovali: ‚No vždyť je to takový andílek a je taková a taková‘ a já jsem si vždycky v duchu říkala: ‚jo, kdybyste věděli, jaká je v noci.‘“* (Jitka)

„Spíš mi přišlo, že si lidi myslí, že to přeháníme.“ (Zuzana)

„Spíš nepodpora byly ty různé rady, jako tak zkus tohle nebo tohle. To bylo pro to sebevědomí špatný, když ti někdo radí a ty máš pocit, že už jsi zkusila úplně všechno.“ (Jitka)

6.3.2 Nespavost a strategie uspávání

Dalším projevem obtížného temperamentu miminka je jeho **výrazná nespavost**. Celková doba spánku se ani zdaleka neblíží typickému spánkovému profilu kojence. Je velmi obtížné miminko uspat, Zdeněk například líčí, že uspává pohupováním a je potřeba udělat „asi 300, když to dobře jde, tak 200 pohupů“ (Zdeněk). Po uspání v náručí se nedaří je přenést do postýlky. „Jako třeba jsem ji nedokázala uhoupat. Editu [první dítě] jsem dokázala uhoupat, ale to jsem u týhletý nedokázala, že vlastně se chovala jenom, že usla a nedala se odložit jako, že usla a nedala se položit, že jsem ji držela celou dobu, co spala.“ (Jana) Délka spánku je krátká, často dítě spí pouze za zvláštních podmínek (např. v kočárku, se kterým se ale nesmí zastavit), je vzbuzeno sebemenším zvukem. „A nesmělo se s ní ale zastavit, takže jsme čtyři hodiny chodili na Hlubokou do Stromovky“ (Zuzana)

„Přes den spal hrozně málo, pořád se budil, každé zvuk.“ (Eva). Podstatné je, že matka musí ke spánku aktivně přispívat, takže má přes den pouze málo času, ve kterém by si od dítěte mohla odpočinout pro další v podstatě nepřetržitou péči o ně, popř. udělat nějakou potřebnou práci. Jitka popisuje, jak rozdílné mohlo být emoční naladění vůči předchozímu dítěti po jeho dlouhém spánku, ve kterém měla šanci uspokojit i svoje potřeby „Michalka [první dítě] mi dala tolik času, že jsem mohla se dlouho procházet a pak jsem přišla a ona spala a já jsem se v klidu najedla i jsem si vypila kafe a pak se teprve probudila a já jsem mohla říct: ‚Jé miminko se na mě směje a teď jsem tady zase pro tebe‘.“

Všechny děti byly nespavé i **v noci**. Často se budily a krátký spánek byl střídán dlouhou dobou pláče. „A v noci ona vlastně zpočátku měla úplně přehozenej režim... ten první tejděn přes den ještě třeba mi usla, ale v noci třeba nonstop byla vzhůru, já nevím, od deseti do tří, do čtyř a nonstop v podstatě řvala.“ (Jana)

„V noci se někdy budil třeba třikrát za noc, někdy třeba každou hodinu, tak jsem mu dala pítí, ale nechtěl, nechtěl nic, já jsem pořád nevěděla, co chtěl, protože nechtěl ani pochovat.“ (Eva)

Noční strategie uspávání byly v podstatě dvojího druhu. V těch prvních rodič uspává aktivně; dítě je uhoupáno v náručí či uspáno u prsu a následně přeneseno do postýlky, popřípadě leží v posteli rodičů a rodič se je snaží uchlácholit svou přítomností (dále souhrnně

aktivní strategie). Druhý typ strategií je ten, který usiluje o podpoření samostatnosti spánku a uspávání dítěte; dítě je důsledně dáváno do vlastní postýlky, je necháváno plakat (dále souhrnně **distální strategie**). Často rodiče lavírují mezi těmito dvěma strategiemi; distální strategie vyžadují více jejich úsilí a důslednosti, jsou spojené alespoň zpočátku s větším narušením spánku rodiče při nočním uspávání, nicméně rodiče předpokládají, že se budou více „vyplácet“ do budoucna, protože časem bude dítě potřebovat méně jejich úsilí. Strategie aktivního uspávání více vyhovují potřebě rodiče nenechat dítě samotné, saturovat je fyzickou blízkostí.

V důsledku výrazných spánkových obtíží dítěte všechny matky alespoň na určitou dobu přešly k distálním strategiím, k ignorování nočního pláče dítěte. Matky se lišily v tom, kdy k distálním strategiím přešly a pod vlivem čeho se takto rozhodly. Honzík a Tadeášek byli učeni usínání v postýlce již **v prvním půlroce života**. Jejich rodiče praktikovali nejspíš jakousi verzi tzv. Estivillovy metody, kdy dítě má usínat samo v postýlce, rodič ho fyzicky neuspává, vrací se po stále delších a delších intervalech (1, 3, 5 minut), nikoliv aby miminko uspal, ale aby ukázal, že ho neopustil, že je přítomen. Je to spojeno s větší či menší mírou toho, že rodiče nechávají miminko plakat. Anna to obtížně snášela, ale **přízpůsobila se v tomto ohledu výchovnému stylu otce**. Na mou otázku Tomášovi a Anně, jaké to pro ně bylo nechat Honzíka 2-3 hodiny plakat, Tomáš odpověděl: *„No pro mámu těžký. Já jsem zastáncem takového důraznějšího, tvrdšího stylu, takže mi to také nedělalo dobře ho někde zavřít, ale vím, že to prostě bylo nutné - být důslední. Že se to vyplatí. Do budoucna, že se tím něco naučí.“* Učení samostatnému spánku vedlo z pohledu rodičů u Honzíka k jeho zlepšení.

Eva se pro ignorování dětského nočního pláče rozhodla sama a popisuje, jak došla k představě, že **nechat dítě plakat mu nijak neuškodí**: *„Tak jsem ho taky jednou nechala vyřvat, asi dvacet minut, protože to jsme jeli z těch kyčlí v Třeboni a on celou cestu řval. Já jsem zjistila, že i když řve dvacet minut, tak se neuřve, že to přežije, že se vlastně nic nestane. Pak krásně usnul, vzbudil se jakoby nic, vychechtanej, milej. Tak jsem ho jednou po šíleným dvouhodinovým uspávacím cirkuse jsem ho už prostě šupla do postýlky, šla jsem si něco dělat do koupelny, umyla jsem koupelnu a pustila jsem si odsavač, abych neslyšela tolik ten řev, no a než jsem*

domyla koupelnu, tak dítě spalo.“ (Eva) Poté začala praktikovat Estivillovu metodu, kdy se po přibližně pěti dnech naučilo dítě spát celou noc.

Jana strategii „nechat vyřvat“ vyzkoušela, ale nebyla v ní schopna pokračovat. *„Několikrát jsem zkusila variantu ‚vyřvání‘. To je ale hrozný. Ona je celkem silná a vydrží dlouho a v podstatě je to k ničemu. Možná by to zafungovala, kdybych to dělala dýl, ale tolerance řevu je u mě tak malá, že já to vydržím třeba dva dny a pak s tím přestanu.“* V současné době jsou Lindiny spánkové obtíže spíše snesitelné, nemá tendenci eskalovat nespavost, pokud jí dá Jana lahvičku s pitím, nebo si ji vezme do postele.

Zbylé matky (Klára, Jitka a Zuzana) byly k distálním strategiím „**dohnány**“ **vyhrocením spánkových obtíží dítěte** (viz dále).

Eskalace spánkových obtíží v noci

U všech dětí kromě devítiměsíční Lindy (i u Honzíka a Tadeáška) se objevuje **tendence ke zhoršování noční nespavosti**; zkracovala se doba spánku, zvyšovalo množství buzení. *„A potom to nějak vystupňoval, v tom lednu mě budil každou hodinu, ale z lahve nic nevypil, pochovat nechtěl, [...] on ze začátku prořval celý ty noci, pak se to okolo třetího, čtvrtého měsíce zlepšovalo, že jsme stávali dvakrát, třikrát za tu noc a už to bylo dobrý, ale zase na ty Vánoce se to začlo zhoršovat.“* (Eva)

U kojených dětí, jejichž rodiče užívali aktivní strategie uspávání, zhoršování nočního spánku vede až k **eskalaci těchto obtíží**, která v matce vyvolává pocit, že dále nemůže takto pokračovat a situace si vyžaduje výraznou změnu přístupu. Matkám se začne zdát, že noční buzení souvisí s kojením či pitím z lahvičky a **odstavení se začne jevit jako jediná cesta k omezení nočního buzení**. *„Protože ona se budila častěji a častěji v noci a jenom k tomu prsu se přicucnout a zase spát. Ale já jsem se vzbudila a zase jsem usla jenom třeba na půl hodinu nebo na hodinu, než se malá zase vzbudila a chtěla k prsu.“* (Zuzana)

„Taky se budil často, že chtěl asi to mléko. Já jsem si říkala, že budu kojit, dokud on bude chtít, že to nějak samo postupně odezní, ale to nešlo a bylo to těžký. Já už jsem byla úplně vyčerpaná a často se stalo, že já jsem ho musela třeba třikrát za noc přebalit. On pořád chtěl to mlíčko a taky jsem slyšela od ostatních maminek, že to mám už ukončit to kojení. A já jsem už

kojila jen v noci, to byla slast pro něj to kojení noční, takový ‚hody‘. On přes den třeba nic nesnědl, ale v noci se vzbudil i každou hodinu.“ (Klára)

Zdá se, že i drobná **nedůslednost v odmítání potravy** (jak mateřského, tak umělého mléka) **v noci vede k pokračování problémů se spánkem.** *„My už jsme odbourali mléko a bylo to bez problémů, bylo to i lepší, že se pak už tolik nebudil. A teď si o něj párkrát v noci řekl, tak jsem ho udělala, protože on ho vypil a hned usnul a zase spal dál. A zase se začalo zhoršovat, že teďka se vzbudí i třikrát za tu noc.“ (Anna)*

„Já jsem se ho snažila odnaučit od toho usínání s prsem a to trvalo asi celý měsíc. Občas, když už jsem byla hodně unavená, jsem mu to prso dala, říkala jsem si, že on si to nebude pamatovat. Ale pamatoval si to.“ (Klára)

Matky přecházejí od představy, že dítě pláčem signalizuje nějakou potřebu a je třeba ji naplnit, k tomu, že je to „vydírání z té strany toho dítěte“ (Jitka), které je uplatňováno zejména vůči matce, protože celkem pochopitelně v její nepřítomnosti při uspávání otcem k vynucování kojení pláčem nedochází.

Matky začnou přecházet od aktivních strategií k strategiím distálním. *„Tak jsem si říkala hajzlík jeden, tak jsem ho dala do toho pokojíčku.“ (Eva)* Zuzana a Klára se uchylují k radikálnímu kroku odstavení dítěte a **strategii „nechat vyřvat“**, i když je to v přímém rozporu s jejich představou dobré matky. *„Já už jsem byla unavená a malá už ani neměla co tahat, tak jsem řekla jeden večer tak dost a už nedostala až do rána a to bylo radikální řešení. Pro nás pro obě. Malá plakala, plakala dost, řekla bych, že to byla věčnost, nedokážu odhadnout, jak dlouho. A během noci se takhle vzbudila třikrát čtyřikrát s tím ukrutným řevem a ta druhá noc už probíhala mnohem klidněji.“ (Zuzana)* Pomocí je, pokud matku při odstavování může po nějakou dobu v noční péči zastoupit otec *„První noc byl s Alešem. To já jsem vůbec nemohla, on mi úplně šel po triku a on byl zvyklý, že takhle usíná, já jsem mu vždycky nabízelo to prso po koupeli. Takže postupně, párkrát usnul s Alešem a po dvou dnech, kdy vůbec nic ode mě nedostal. Plakal čím dál méně.“ (Klára)*

Přechod k distálním strategiím vedl u Tadeáška, Markétky a Filípka ke **zlepšení v průběhu několika dní.** *„Asi kdyby to nezafungovalo tak rychle, tak nenechala bych ho řvát, asi by se to zase vrátilo zpátky.“ (Eva)* Výjimkou je Adélka, u které strategie „nechat vyřvat“ nevedla

k rychlému úspěchu a Jitka přehodnotila svůj přístup pod vlivem dvou zážitků. Když jednou nechávali Adélku plakat na návštěvě u tchýně, na její reakci si uvědomila, **jak bezcitné je nechat dítě bez pomoci plakat.** „A ta Zdeňkova maminka mi dala najevo, že mám vydržet, že mám zvítězit nad tím dítětem. Mě hrozně překvapila ta její bezcitnost, že jsem si říkala, že člověk je vůči pláči svého dítěte víc imunní než vůči pláči jiného dítěte. A že jsem si říkala, jaktože jí ty Adélky není líto. Když člověk řekne o někom blízkým něco nehezkého, tak ti to nepřijde tak nehezký, jako když to řekne někdo cizí. Takže jsem si říkala, možná že to není ta cesta, protože jsem byla na vážkách a pak mi tohle přišlo ještě hodně zlý vůči tomu dítěti, že možná kdyby tehdy ta Hana [tchýně] řekla: ‚nemůže bej sama nebo pláče nebo lepší by bylo jí chovat‘, tak bych možná já spíš vytrvala v tom přesvědčení, že jí nechám.“ Druhým podnětem byla již zmiňovaná návštěva dětské lékařky, která jí pomohla se vztahem k dceři. Uvedením příkladu vlastního vztahu k dceři legitimizovala Jitce její pocit, že dítěti nerozumí a ukázala jí, že to nemusí být překážkou vztahu. Zbavení se pocitu viny plynoucího z pocitu vlastního selhání v navázání vztahu k Adélce jí umožnilo akceptovat doporučení dětské lékařky, „že bych se na tu Adélu měla nějak jinak dívat a my bychom měli změnit přístup k ní, než čekat, že my vytrváme v tom, co děláme a to dítě se změní.[...] Takže tohle mi přišlo dobrý, že jsem se uvolnila v tom smyslu, že ji budu brát takovou, jaká je, že asi moc neovlivním to, jaká bude, jak bude na mě reagovat, ale že si třeba budu víc všímat toho, co je na ní dobrého. A že to zkrátka vydržíme. Ale bylo to docela takový drsný, protože já jsem chtěla od té Štěpničkové slyšet, že máme vytrvat a že když večer brečí, že máme prostě vytrvat a že ona jednou brečet přestane. A ta Štěpničková mi řekla, že **když to dítě brečí, že ho máš prostě chovat...**“ (Jitka) V době našeho rozhovoru s Jitkou ještě trvaly spánkové obtíže dítěte.

Tabulka 34 shrnuje vývoj nespavosti dětí spolu se strategiemi rodičů a jejich vnímanou účinností. Téměř všechny děti měly tendenci k navyšování frekvence nočního buzení, rodiče věřili, že k tomu přispívá noční krmení. U kojených a aktivně uspávaných dětí docházelo k eskalaci spánkových obtíží, u nekojených dětí s časným nácvikem samostatného spánku k ní nedošlo. Odstavení dítěte a ignorování nočního pláče se jevilo z pohledu rodičů jako účinná strategie v řešení spánkových obtíží dítěte.

Tabulka 34. Nespavost a management spánku

Jméno dítěte	Honzík	Adélka	Linda	Tadeáš	Markétka	Filípek
věk dítěte v době rozhovoru v měsících	21	21	9	21	11	16
doba odstavení v měsících	3	kojena	7	1,5	11	14
nespavost						
0-6 měsíců	X	X	X	X	X	X
6-12 měsíců	X	X		X	X	X
12-18 měsíců	X	X				X
18-24 měsíců		X				
zhoršování noční nespavosti	X	X		X	X	X
eskalování noční nespavosti		X			X	X
rané odstavení	X			X		
odstavení kvůli nespavosti					X	X
obtíže s odstavováním					X	X
otec účasten na odstavení dítěte						X
ignorování pláče v noci	X	X	X	X	X	X
spánek ve vlastní postýlce	X		X	X		
noční krmení	X	X	X	X	X	X
odmítání nočního krmení	X				X	X
Barva X označuje faktory, které v očích rodičů zlepšovaly (X) či zhoršovaly (X) noční spánek						

Matky ignorování dětského pláče snášejí obtížně, většina z nich k němu přikročila až při pocitu, že jsou dohnány na samotnou mez nevyspání a některé nebyly schopné v této strategii pokračovat dlouhodobě (Jitka, Jana). Otcové spíše věří, že pokud má dítě naplněné potřeby, tak je možné je nechat plakat a že je to do jisté míry výchovné dítě v těchto případech neutěšovat (Tomáš, Zdeněk). „Už jsem se oprostil od takových těch záchranejších metod, jako jí chovat, protože ne pokaždý to zabere a vzhledem k tomu, že jsem na ní sám a že vím, že mi druhý den nikdo nepomůže [úryvek z textu se týká víkendu, kdy byla matka pryč], tak jsem prostě dělal mrtvého brouka s tím vědomím, že dostala pít, dostala najíst, dostala přebalit, celej den se smála, tak jsem si prostě řekl, nemůže jí nic chybět, tohle je prostě nějaký protest, nějaký atak, kterej si neumím vysvětlit a tak jsem prostě dělal, že spím.“ (Zdeněk)

6.3.3 Opora prarodičů

Velký prostor v rozhovorech dostávali také **prarodiče jako zdroj opory**. Tato opora může nabývat podoby buď konkrétní pomoci (hlídání dítěte), nebo psychické podpory (pochopení,

sdílení). Pokud prarodiče bydlí v místě bydliště rodičů (Linda, Adélka, Tadeášek), pak poskytují v různé míře hlídání kojence. V tomto případě rodiče nezmiňují, že by prarodiče kritizovali projevy dítěte či rodičovskou péči. Zdá se, že možnost pravidelně vídat dítě, sledovat jeho projevy a budovat si k němu vztah, pozitivně souvisí s prarodičovskou podporou. U Evy byly její prarodiče **primárním zdrojem opory** (bez koho by situaci nemohla zvládnout), nejspíš do jisté míry kompenzovali nedostatečnou podporu ze strany Evina manžela.

Od prarodičů je očekávána opora, pokud se jí rodičovskému páru nedostává, rodiče pocítují zklamání a rozčarování. U Kláry byla nemožnost získat jakoukoli pomoc prarodičů spojená s velkou lítostí; její rodiče již nežijí a partnerovi rodiče se zdají být ke svému vnukovi **lhostejní** a odmítají pomoc i v situaci, kdy se mladý pár ocitl v nouzi (zranění otce a nemoc matky). Klára se snaží tchýni přesvědčit o potřebnosti jejího zapojení nejen kvůli rodičům, ale i kvůli vnukovi, zdůrazňuje pozitivní hodnotu vztahu mezi babičkou a vnuky, ale její snaha se nesetká s pozitivní odezvou.

Klára: „*Jako že by chtěla s tím svým vnoučkem být, ukázat mu svět. Aby taky nebyl až tak na mě fixovaný, aby se mu ten svět trochu rozdělil. Já jsem měla dobrý vztah se svojí babičkou. A já vím, jak hodně mi ukázala, jak jsem cítila tu lásku a oporu a vím, jak je to důležité, aby ještě někdo kromě té maminky, která je občas našťvaná a unavená byl ještě někdo navíc. A o tom jsme taky povídali s tchýní, že by mohla jednou někdy tu zahradu vynechat...*“

Já: „*Že jste jí to takhle navrhli..*“

Klára: „*Ano, právě že nám tady chybí, že i Flípkovi. I když jsme jí volali, já jsem měla už teď dvakrát záněty dutin a kašel, k tomu a to vyčerpání, Fíla ještě v noci nespál, tak já už jsem byla ve snu... Takže trochu nerozumím přístupu těch prarodičů, já bych se toho asi chtěla víc účastnit.*

Já: „*A když jste řekli, aby přijeli?*“

Klára: „*Ona má takový přístup, to musíš vydržet. Říká a kdo třeba poseká tu trávu. A když si bere dovolenou, tak jede třeba na Madeiru a taky si chce asi odpočinout a užít si to.*“

Zdá se, že **u většiny prarodičů souvisela fyzická vzdálenost bydliště s jejich blízkostí psychickou** – ochotou pomoci jak konkrétním hlídáním, tak svým pochopením pro obtíže s dítětem. Čím méně příležitostí měli prarodiče dítě poznat, tím více měli tendenci **nerozpoznat potřebnost své pomoci, kritizovat projevy dítěte či výchovné praktiky rodičů.** „*V mém tátovi je*

to, že máte přece strašný dítě. Řekne, teď se na ni podívám a za chvíli začne brečet. Byl tady asi před čtrnácti dny a takhle na to on reaguje. Jak jí vidí míň, tak jí vidí pořád jako uřvanou holku” (Jan) Pouze u jedné matky (Anna) je její matka zdrojem opory i přes větší vzdálenost (s dcerou si denně telefonují a ta to vnímá jako pomoc). Nepodpora prarodičů je rodiči obtížně snášena (Klára, Jan a Zuzana)

Bázlivost dítěte a vyšší separační úzkost, fixace na matku a negativní reakce na interakci s jinými lidmi může ztěžovat hlídání dítěte prarodiči a také vztah k němu. Tuto skutečnost zmiňovali rodiče Adélky, Lindy a Markétky. *„Moje mamka řekla, že spolu ještě žádné kontakt vlastně úplně nenavázaly, že cítí, že je hodně na mě fixovaná, a že když tam jsme, tak že nemá žádnou možnost ji víc chovat nebo něco takovýho.” (Jitka)*

„No moje máma tak byla z počátku z toho smutná nebo rozčarovaná, protože očekávali, že to bude takový to ‚chovací‘ miminko a vlastně nebylo. To mě překvapilo, jak byla malá uřvaná, tak jí vlastně ani nikdo moc nechtěl. Všichni měli pocit, že u nich není spokojená.” (Jana)

„To možná je dost podstatná věc, ona jak byla opravdu uřvaná, tak si od sebe odpálila i prarodiče.” (Jan)

6.3.4 Rodičovská očekávání, narušení očekávání a sebepojetí rodiče

Příběh soužití mnou sledovaných dětí a jejich rodičů začíná již před jejich narozením v očekáváních, které rodiče vůči dítěti a sobě samotným měli. Platí, že **velikost rozporu mezi očekáváními a prožívanou realitou navyšovala dále míru prožívané zátěže a negativně ovlivnila rodičovské sebepojetí**. Všechny matky, se kterými jsem mluvila, připouštěly, že nic tak strašného si nedokázaly představit. Také platilo, že čím zářnější představy soužití s miminkem, tím horší rozčarování a tím větší negativní dopad na vnímané rodičovské sebepojetí. Rodiče měli očekávání jak vůči projevům dítěte (dále **očekávání vůči dítěti**), tak **vůči sobě v rodičovské roli**.

Představa projevů kojence rodičů prvorozených dětí byla často **nerealistická**, není v ní místo pro to, že by mohly být s péčí o dítě nějaké problémy. Aleš říká, že určitý obrázek si mohl udělat z chování synovců, ale s vlastní zkušeností je to nesrovnatelné: *„Tak já jsem trochu věděl,*

že mám ty synovce. Ale člověk má tu představu jinou a je to něco jiného si půjčit synovce na dvě hodiny.” (Aleš)

U rodičů druhorozených dětí byla klíčová zkušenost s předchozím dítětem, projevy miminka byly neustále srovnávány s chováním staršího sourozence v jeho věku. Výjimečně bezproblémový temperament staršího dítěte může vytvořit **nerealistická očekávání vůči dalšímu dítěti** a také **nerealistickou představu vlastní rodičovské účinnosti**, tak jak to bylo v případě Jitky. „*Já jsem trošičku předpokládala, že bude Adéla stejná jako Michalka [první a bezproblémové dítě], čili že se narodí hodné miminko, které bude hodně spát, a já si budu čist a všechno bude takový, jako že to všechno zvládnou.*“ „*Já jsem si fakt myslela s Michalkou, že když to miminko pláče, tak ta máma ho vezme do náruče a ono přestane, takhle to bylo s Michalkou a to jsem si opravdu myslela.*“

Míra motivace k rodičovství souvisela s akceptací rozporu mezi očekávanými a aktuálními projevy dítěte. Všechny sledované děti byly plánované, v případě Lindy to však kvůli problémům s početím bylo dítě „*vymodlené*“ a její matka věří, že to vedlo ke snazší akceptaci problémů s dítětem. „*Editka [první dítě] byla taková jako samozřejmá, povedla se na úplně první pokus, ale tohle jsem vnímala úplně jako zázrak, že i jak hodně zlobila [Linda], když byla malá, tak jsem sice nadávala, ale myslím si, že jsem to snášela o hodně líp.*“

Rozdílná míra touhy po dítěti v páru může souviset s tím, kdo v páru bude mít větší „*právo*“ si stěžovat na problémy s dítětem. U Kláry a Aleše netypicky více toužil po miminku otec a říká, že kvůli tomu možná péči o dítě s obtížným temperamentem mohla Klára snášet hůře: „*Tak Klárka byla možná překvapená. A já jak jsem starší, tak jsem možná to dítě chtěl víc a mě ty biologický hodiny šly možná víc, než Klárce, takže Klárka do toho spadla. A to taky nebylo jednoduchý.*“ (Aleš) David zase připomínal Janě, že, „*když jsi to chtěla, tak to máme*“ (a nemůžeš si tedy stěžovat).

Co se týče očekávání, které měl rodič vůči vlastní schopnosti naplňovat rodičovskou roli, platilo, že **pokud byla taková představa vytvořena** (tuto skutečnost odvozují z toho, že tuto představu rodiče spontánně zmiňovali v rozhovorech), **vedlo soužití s dítětem k narušení této představy a poklesu rodičovského sebepojetí.** Do **představy ideální matky** je zahrnuto, že své dítě kojí: „*Jak jsme hrozně hrotili, abychom byli ideální rodiče, tak že musíme kojit.*“ (Jan) Do

ustavení či udržení kojení je investováno veliké úsilí. Pokud se kojení nepodaří ustavit u matky, která má vytvořenou představu mateřské role, pak se s tím obtížně vyrovnává „*Pořád jsem jenom přemýšlela, co můžu a šrotovalo mi hlavou, jak jsem špatná matka, že nekojím, že on bude nemocnej.*“ (Eva)

Dále představa ideální matky zahrnuje tradiční vlastnosti spojované s mateřstvím – citlivost, obětavost, ovládání negativních emocí a schopnost utěšit dítě. „*Mámou jsem nejdíc chtěla být empatickou a citlivou.*“ (Klára) Eva také měla představu, která byla v souladu s jejím progresivnějším vymezením matky: „*Že budu matka hrozně free, budu s tím dítětem všude jezdit, žádněj režim, kojit kdekoliv, chodit do kavárny.*“ Dále je do představy matky zahrnuto i to, že kromě péče o dítě zvládne zároveň i péči o domácnost: „*Já jsem vždycky měla ten pocit nedostatečnosti, že to bych přeci měla zvládnout [péči o domácnost].*“ (Jitka)

Svou **představu ideálního otce** verbalizoval pouze Jan, zdá se ale, že v jeho případě je to velké téma. Říká, že si představoval, „*že budeme ideální rodiče. Chytrý, jsme vysokoškoláci, máme za sebou mnoho let studia psychologie, tak to musí všechno klapnout. Budeme lepší...dítě nám nebude plakat téměř vůbec.*“ (Jan) Cítí „*současnej tlak na to, že otec má být v podstatě Superman. Chodí do práce, angažuje se do rodiny, je manželem nebo partnerem.*“ Sám svoje očekávání vnímá tak, že „*si na sebe takhle upletl bič a až tě to někde dostihne, zjistíš, že všechno děláš špatně ve své podstatě. Blbě děláš práci, přijdeš domů, vesměs jsi už unavená a otrávená, máš tam dítě, který ječí, a ještě tě už trošku frustruje to, že v těchle kritických chvílích bys měla být oporou, ale už na to nemáš.*“ (Jan)

Vysoká očekávání vůči sobě v roli rodiče vedou při péči o dítě s obtížným temperamentem k pocitu selhávání a k prožitkům pocitů viny (Eva, Jitka, Klára, Jan). **Vzdělání pedagogického či psychologického směru** může v rodiči vyvolávat pocit, že by měl být na správnou péči a výchovu expertem, vnímá tedy pocity selhání intenzivněji (viz Janova citace výše) a Klára k tomu dále říká: „*Možná jsem měla ještě představy, že budu ideální máma, ještě když jsem psycholog a říkala jsem si Kláro, ty jsi teoretička, tolik jsi toho přečetla a to dítě řve a ty neděláš nic.*“ V tomto ohledu také předpokládám, že vzdělání tohoto směru rodiče informuje o důsledcích rodičovského selhání pro dítě, takže i z tohoto důvodu mohou být pocity viny palčivější.

Dopad na rodičovské sebezpejtie také souvisel s tím, jak velká jeho část byla sycena rodičovskou rolí. V tomto ohledu může sehrát ochrannou roli, pokud si matka ponechá některé zájmy, které nesouvisí s mateřstvím. Anna a Jana pracují na částečný úvazek při RD, udržely si některé své koníčky při přechodu k rodičovství a zároveň nehovoří o pocitech viny a selhávání ohledně své výchovy.

Obrázek 9 shrnuje faktory hrající roli v tom, jak moc bude mít rodič pocit selhávání v závislosti na kontextu.



Dvě pojetí mateřské role

V rozhovorech s matkami bylo možno vystopovat dvě základní zaměření, která souvisela s mírou investic do péče a dopady na matku. První přístup je typický **důrazem na potřeby dítěte, omezení jejich uspokojování je matkami spojováno s předpokládanými negativními dopady na jeho vývoj**. Své potřeby matka registruje až ve chvíli totálního vyčerpání, prožívá pocity viny při naplňování svých potřeb „na úkor“ dítěte. Výroky a chování, které jsem zařadila k tomu, že se pod nimi skrývá uvedený postoj, jsou následující: ochota obětovat se pro blaho dítěte (Klára: „*Chtěla jsem sloužit tomu dítěti.*“), obavy z toho, že mateřské selhání povede

k negativním dopadům na dítě (například Evino nekojení k nižší imunitě Tadeáška), pocity viny při uvědomění si vlastní potřeby, která by nějak mohla omezit uspokojování potřeb dítěte (Klára: *„Já jsem měla hrozný pocit, proč mu to беру [kojení při odstavení]. Na druhé straně, já jsem si už hrozně chtěla dát třeba víno. Ale občas jsem si připadala jako egoistka.“*), zanedbávání vlastních potřeb ve prospěch naplňování role matky (při spánku dítěte matka nedospává svůj spánkový dluh, ale uklízí), až úplné vyčerpání opravňuje k omezení naplňování potřeb dítěte (nasazení strategie „nechat vyřvat“ až při eskalaci spánkových obtíží), důraz na přizpůsobení se dítěti, oproti snaze ovlivnit jeho chování (Jitka: *„My bychom měli změnit přístup k ní, než čekat, že my vytrváme v tom, co děláme a to dítě se změní.“*). Tento přístup spíše souvisí s vytvořenou představou mateřské role, v kontextu péče o náročné dítě vede k pocitům selhávání a k vyčerpanosti v důsledku intenzivní péče a zanedbávání vlastních potřeb.

Druhý přístup je typický **naplňováním potřeb dítěte za současného brání v potaz potřeb rodičů**. Naplňování potřeb dítěte má určitou hranici, stanovení této hranice je považováno za prospěšné nejen pro rodiče ale i pro dítě samotné. Výroky a chování, pod nimiž se skrývá tento postoj, jsou následující: matky jsou ochotné naplňovat potřeby dítěte po určitou hranici (po určité době neúspěšného utěšování ho zanechají - Anna), při spánku dítěte se dospávají (Anna), nasazují strategie zaměřené na ovlivnění chování dítěte (Estivillova spánková metoda – Anna, Eva), v některých případech limitují naplňování potřeb dítěte, pokud to napomůže naplňování potřeb vlastních (Jana dceru odstavila v sedmi měsících také proto, že to usnadnilo mimomateřskou péči o ni, když nastoupila na částečný úvazek), neprožívají pocity viny při omezeném naplňování potřeb dítěte (rané odstavení u Anny, odstavení Lindy), nezmiňují obavy z dopadů omezení potřeb dítěte na jeho vývoj.

Jana: *„Vlastně se mi to [odstavení] i hodilo, protože jsem se bála, jak to potom budu dělat s prací, když bych plně kojila a nastoupila bych do práce. Fakt je, že pokud bych nešla do práce, tak bych se snažila udržet to kojení ještě o něco dýl. Ale nevnímala jsem to tak, že jí ubližuju.“*

Matky s tímto přístupem realizují i činnosti nespojené s mateřstvím (práce při RD – Jana, Anna, koničky - Jana), dítěti se dostává více mimomateřské péče (Anna s manželem byli už na týden pryč, Honzík hlídali prarodiče). Zdá se, že otcové jsou přirozeně blíže tomuto přístupu, takže při své angažovanosti v péči přinášejí uvedené prvky do výchovy (Aleš, Zdeněk, Tomáš).

Matky se nedají jasně rozřadit do těchto dvou kategorií, blíže typu zaměřenému na potřeby dítěte je Jitka a Klára, blíže typu beroucímu v úvahu i své potřeby je Anna a Jana, nicméně ve výpovědích všech matek lze nalézt prvky obou přístupů. **Zaměření na potřeby dítěte v kontextu péče o dítě s vysokými nároky může být rizikové z hlediska dopadu této extenzivní péče na matku** (Jitka i Klára mluví o svém vyčerpání, pocitech viny a selhávání).

6.3.5 Příběhy partnerských vztahů v zátěži péče o kojence s obtížným temperamentem

Mnou prováděné rozhovory se zaměřovaly zejména na strategie péče o dítě s obtížným temperamentem, partnerský vztah byl pouze jedním z dílčích témat rozhovoru, přesto jsem se nakonec o této kategorii dozvěděla velmi mnoho. V rozhovorech nebylo mnoho otázek týkajících se partnerského vztahu, často byly informace o roli druhého partnera poskytovány spontánně, věřím tedy, že byly v prožitcích rodičů důležité.

Narození dítěte s náročným temperamentem je výjimečnou zátěžovou situací, často tím nejtěžším, s čím se matky ve svém dosavadním životě setkaly. Asi nejdůležitějším momentem rozhovorů s matkami bylo, jestli touto zátěží prošly společně s partnerem, nebo se matka cítila zanechána v zátěži osamocena, v tom případě se v rozhovorech s nimi naléhavě vracelo **téma neangažovanosti otce v péči o dítě** spolu s matčíným pocitem rozčarování či roztrpčenosti.

Na následujících stránkách ukazují příběhy rodičovství a partnerského vztahu jednotlivých párů, spolu s tématy, která jsem v analýze považovala za důležitá - **jakým způsobem si mezi sebou rozdělili péči o dítě, jak byli s tímto dělením spokojeni, jak se jevila kvalita jejich vzájemného vztahu a jak na ně dopadala zátěž péče o dítě s obtížným temperamentem**. Až potom následuje analýza mezi případy.

Kvalitu vzájemného vztahu jsem posuzovala podle následujících kritérií:

1. použití plurálu nebo singuláru sloves; vyšší prevalence použití zájmena „my“ a plurálu sloves se pojí s vyšší kohezí v páru (Seider, Hirschberger, Nelson, Levenson, 2009), sledovala jsem také, při popisu kterých oblastí rodinného života je zájmeno „my“ používáno, tj. ve kterých oblastech partneri zdůrazňují svou párovou příslušnost.
2. způsob, kterým respondent popisuje svého partnera/partnerku (to se samozřejmě objevovalo méně v případě rozhovoru s oběma partnery najednou)

3. jestli je vyjadřována potřeba trávit čas společně a bez dítěte, nebo je společný čas vnímán jako ztráta času

4. některé další indikátory založené na Gottmanově popisu šťastných a nešťastných párů (Gottman & Silver, 1999): ocenění toho, co pro dotyčného jedince dělá partner, připuštění vlivu partnera na vlastní rozhodování (indikátory pozitivního vztahu) versus výčitky, drsné začátky rozhovoru, negativita, kritika a opovržení (indikátory negativního vztahu)

Pět párů mělo mezi sebou tradiční uspořádání rodičovských rolí, jeden pár (Anna a Tomáš) pak progresivní. **Tradičním dělením rolí** rozumím to, že matka je zodpovědná za domácnost a péči o dítě, otec za pracovní oblast. Po příchodu z práce se pak otec v různé míře (ne)zapojuje do pomoci matce v těchto dvou oblastech. V **progresivním rozdělení rolí** si rodiče dělí zodpovědnost za péči o dítě i vydělávání peněz, samozřejmě ne nutně stejným dílem.

Anna a Tomáš

Anna a Tomáš se rozhodli pro relativně **rovnostářské rozdělení rolí** – oba se podílejí na péči o dítě i vydělávání peněz, i když ne stejnou měrou: „*tak třeba 35:65*” (Tomáš). Toto rozhodnutí bylo učiněno již před narozením dítěte a relativně vysoké zapojení otce nebylo důsledkem náročnosti temperamentu Honzíka a nutnosti pomoci matce. „*Tak to nebylo kvůli tomu. To bylo odjakživa domluvené, že se budeme o péči dělit, ať by měl povahu jakoukoli.*” (Anna). **Princip rovnoprávnosti ve vztahu** se projevuje například tím, že pokud jde ráno do práce matka, chodí si lehnout jinam, aby se mohla vyspat.

Anna začala relativně brzy v malé míře pracovat, postupně si pracovní zátěž navyšuje, i když stále na relativně nízkou úroveň. Vyjadřuje, že kromě péče o dítě chce mít i nějakou vlastní seberealizaci „*chci mít i něco jiného než dítě*” a netrpí nadměrnou separační úzkostí, která by jí v této seberealizaci bránila. „*Já zase nejsem taková matka, která potřebuje být stále s ním.*” Tomáš má možnost si zmenšit úvazek (a v jednom roce dítěte to také udělal), jako jediný z otců nemluví o přetížení z práce.

V rozhovoru **není přítomno téma malé angažovanosti otce**. Otec se o dítě stará i v přítomnosti matky, hlídá, když je matka v zaměstnání, umožňuje matce trávit určitý čas bez dítěte, střídá ji v noční péči, je aktivní v tvorbě výchovného tlaku. Míra angažovanosti otce se

odráží ve formální rovině řeči; v rozhovoru je ve velké míře používáno „my“ při popisu prožívání, pečování a výchovy. Tomáš se dokonce ztotožňuje s činnostmi, které ve skutečnosti nemohl vykonávat: „*Pak jsme přestali docela brzo kojit, takže jsme už na tom nebyli závislí.*“ Psychická podpora Tomáše se projevuje v tom, že matku nekritizuje za její nedostatky v péči (křik na Honzíka), ale naopak se jí snaží pomoci tím, že ve vyhrocených situacích s dítětem zasahuje a dále se snaží s Annou rozebírat její hněv a napomoci jí v hledání způsobu, jak jej zvládnout.

Krize v páru není zmiňována, je ale možné, že to je dáno tím, že jsem mluvila s oběma dohromady.

já: „*Nebo že jste podrážděný z nevyspání, že by to ovlivnilo vztah mezi vámi?*“

Tomáš: „*Tak určitě někdy byly dny těžký, ale obecně myslím, že ne.*“

Anna: „*Ale ten vztah se samozřejmě změní. V tom, že řešíme jiné problémy a jiné věci. Ale stejné je to v té obecné rovině, že stále držíme při sobě.*“

Anna ani Tomáš **nemluví spontánně o pocitu vyčerpání**. Ačkoli oba rodiče přiznávají, že jejich představy o rodičovství byly nerealistické a soužitím s dítětem byly korigovány, zdá se, že tento střet s realitou **nevedl k poklesu rodičovského sebepojetí** ani na straně matky. „*Vše jsme dělali vždy tak, jak jsme nejlépe dovedli. Pokud to bylo špatně, tak vedlo k tomu, abychom se něco nového naučili ... svědomí máme čisté, vždy jsme se snažili dělat to, jak jsme byli schopní.*“ (Anna) Anna byla jedinou matkou, která vyjadřovala, že akceptace mateřství pro ni byla těžká i proto, že tím byl **narušen způsob života, na který byla zvyklá**: „*Já myslím, že nás to docela zaskočilo. Nedovedli jsme si to představit... Přeci jen do toho způsobu života, co jsme předtím vedli, to byl vlastně velký zásah...Naše večerní posedávání tady po hospodách rázem skončilo. Bylo to náročné přijmout.*“ (Anna) To může souviset s tím, že v progresivním pojetí mateřství je kladen větší důraz na uspokojování potřeb matky oproti tradiční představě, omezená možnost vlastní seberealizace je tedy spojena s její větší nespokojeností.

Jitka a Zdeněk

Oba partneři se shodují na **tradičním dělení rolí**, Zdeněk například říká: „*Tu pohodu, ten krb tý rodiny vlastně dělá ta matka. Když je matka v pohodě, tak jsou i ty děti v pohodě. Ale je*

tam zároveň zpětná vazba. Když děti jsou v nepohodě a ta matka s tím nic neudělá, tak ta nepohoda se prostě šíří celkově napříč celou rodinou.” Jitka by ráda roli opatrovatelky rodinného krbu naplňovala: *„Jsem tady prostě na mateřský, budu ráda, když Zdeněk přijde domů a všechno bude tak, jak má být.“* Cítí se ve své roli nedostatečná, protože péči o domácnost dle svých měřítek nezvládá a Zdeněk s ní vypomáhá. Zdeněk se zapojuje do péče o dítě, protože svou účast na výchově vnímá jako hodnotu samu o sobě (byl angažovaný v péči o jejich první dítě, které mělo naopak výjimečně snadný temperament) a zároveň vnímá nepohodu matky a usiluje jí pomoci i kvůli ní samotné.

V rozhovoru **není přítomno téma malé angažovanosti otce**, naopak Zdeněk je hlavním faktorem opory - *„nebyť Zdeňka, nevím, jak bych to zvládla“*. Otec dítě hlídá sám, i když ne příliš často, ale je *„naladěnej, že to zvládne“* (Jitka). Otec se o dítě stará i v přítomnosti matky. *„V sobotu dělal Zdeněk snídani a já jsem mohla dlouho spát a on vstával a přebalil ji a dvě hodiny si s ní někde hrál a já jsem mohla dýl ležet nebo si v posteli číst noviny“* (Jitka). Zdeněk se významně podílí na psychickém sdílení starostí s péčí o Adélku a pro Jitku je tento faktor velmi důležitý.

V době rozhovoru v páru akutně probíhala **partnerská krize** (zmiňovaná oběma partnery nezávisle na sobě) související kromě stresu s dítětem i s dalším konfliktem ohledně rozhodování o zakoupení nemovitosti. Jitka vykresluje Zdeňkův obraz jednoznačně pozitivně, zároveň naznačuje, že svou nahromaděnou frustraci má tendenci odreagovat na něm: *„Ráno, když se pak ptal, jaká byla ta noc, tak pokud jsem začala štěkat, jaká asi tak mohla být ta noc“*. Zdeněk to vnímá velmi negativně a obraz Jitky jako partnerky je mnohem rozporuplnější. Na jednu stranu ji oceňuje v její mateřské roli, má na mysli její potřeby, na druhou stranu ji vidí jako partnerku, která mu říká nepříjemné věci: *„A pak se dozvím, že jsem slaboch, co nechce dělat žádný velký rozhodnutí.“* Zdeněk několikrát zmiňuje nespokojenost s tím, že obtížně prosazuje svoje požadavky v debatách s Jitkou: *„Já vím, že strašně těžko se mi s ní teď baví, protože ona je taková dost impulzivní a ty její reakce jako já je nemám moc rád. Proto jako v celej řadě věci ustupuju, než abych se účastnil těch jejích výstupů, takže radši v celej řadě věci jí ustupuju.“*

Oba partneři jsou vyčerpaní péčí o Adélku (21 měsíců), proces jejího vývoje jakoby neustále zklamával jejich naděje, že už se vše obrátí k lepšímu *„Nejdřív byla výmluva šestinedělí.*

Po šestinedělí jsme se začali vymlouvat prostě na to, že jí bolí břicho, špatně tráví mlíko. Jo a vždycky na každý to období jsme měli nějakou výmluvu. A poslední výmluva byla na to, že jí rostou zuby. A vzhledem k tomu, že už je jí rok a půl a všechny zuby má už venku a v podstatě furt neustále to přetrvává - ten její neklid." (Zdeněk) Zdeněk se cítí zahlcen mírou povinností a zátěže. „Já už vlastně sám nemám svoje zájmy, já znám jenom práci a potom povinnosti doma a já jsem tak nastartovanej, že už nedělám nic jiného, než jen tadyto. Já už si ani nečtu. Já si koupím noviny, přečtu si palcový titulky a sám si domyslím obsah, protože ten čas tím zabít nemůžu, to raději budu věnovat spánku, jo.“ Zátěž spolu s konstitučně úzkostnou povahou Zdeňka vede u něj ke **zhoršení psychického stavu**, objevují se u něj existenční obavy a obavy z propuknutí závažného onemocnění, po návštěvě psychiatra začal užívat antidepresiva.

Jitka mluví o svém **vyčerpání, frustraci potřeby odpočinku a smutku z nenaplnění představy mateřské role**. „Že jsem vždycky viděla ty maminky, jak vezou ten kočárek a teď to miminko spinká a oni se prochází a můžou se pyšnit tím, jak to je, a že já jenom jdu, jsem ztrhaná, zpocená, naštvaná a dítě v tom kočárku řve.[...] A že ani nejsem odpočatá, ani jsem nemohla mít čas pro sebe, že se to všechno tak rozmělní, taková jako nedostatečnost, že selhávám.“

Jana a David

Rozdělení rodičovských rolí Jany a Davida je **tradiční**, přestože Jana pracuje na malý úvazek od sedmi měsíců věku Lindy. David vyjadřuje určitou nespokojenost ohledně tohoto rozhodnutí. Samotná Jana o svých postojích k rozdělení rolí spontánně nemluví. David zaujímá **tradiční postoje**. „Těsně po tom porodu je to dítě pro ty maminky. [...] V té první fázi toho moc nabídnout co nemáš.“ Sám ale vnímá, že mohou být v rozporu se současným společenským trendem, takže je omlouvá: „Možná jsou některý chlapi, který se o ně staraj víc, ale já si myslím, že to dítě potřebuje fakt jako tu mámu v tom prvním období.“ O Davidově **neangažovanosti** v raném věku Lindy Jana říká: „On tvrdí, že to je ženská práce. Z počátku to všechno ignoroval

hodně a já bych mu jí ani nepučila.“ Je otázkou, jestli je tato věta **mateřským strážním**²², nebo je až reakcí na Davidovu neangažovanost.

V souladu se svými tradičními postoji se David neangažuje v péči v raném období. *„Takže mi přijde, že ten to snášel hrozně blbě [neutišitelný pláč], vlastně mě v tom ani nepodporoval, neříkal, že to nic není, spíš říkal, že to je uřvanec. Ani nevyhledával extra naši společnost v tom období.“* Působí dojmem otce, který je od rodinného dění odtržen, o mnoha obtížích dítěte neví. *„Já jsem vlastně o Lindě ani první rok nevěděl, že jsou s ní nějaký problémy, to se na mě vůbec nepřenášelo.“* (David) Do rané péče se neangažoval ani u prvního dítěte (v souladu se svým tradičním postojem), to vedlo k poklesu partnerské spokojenosti *„Když byla Edita, tak striktně spal jinde, asi celý rok a to vůbec neprojevil snahu k nám jít, tak to bylo o hodně horší. I když Edita v noci tolik neplakala, jenom večery, tak on vůbec nejevil snahu mi pomoc... A to mi přišlo, že to hodně ovlivňovalo celý partnerský vztah“.* (Jana) Po Janině negativní zkušenosti s Davidovou neangažovaností u prvního dítěte od něj angažovanost v současné době již nepožaduje a David to přijímá s úlevou: *„Ona je celkem úžasná v tom, je taková, bych řek', obdivuhodná, že to zvládá dobře. S Editkou to bylo na ní vidět víc, že si víc stěžovala. S Lindou už byla taková matka zajatá, že to zvládala fakt jako docela dobře. To ji musím pochválit, že neměla nejmenší problém.“*

David je Janou viděn jako někdo, kdo **neposkytuje oporu a je nepříjemný při hovorech o dítěti**, protože ho kritizuje (viz citace v předchozím odstavci) a distancuje se od rozhodnutí je počít. *„Říkal, že jsme jí neměli mít.“* (Jana) David Janu v rozhovoru chválí a oceňuje, její obraz je tedy pozitivní, nicméně se zdá, že ji není schopen ocenit v přímém kontaktu, popř. jeho opora není přijímána, když není doprovázena jeho angažovaností v péči o dítě. Přestože David v rozhovoru se mnou Janu v mateřské roli velmi vyzdvihuje, v bezprostředním kontaktu s ní ji ale nejspíš často podrývá: *„A když jedeme na závody, tak si jí tady nechá i celý den a má dobrý pocit z toho, že se o ni postará a volá, co všechno udělal, že uvařil a byl venku a nechápe, co je na tom tak těžkýho a kde je ten problém [smích].“* (Jana)

²² Mateřské strážení je chování matky, které zabraňuje větší angažovanosti otce v domácnosti (Fagan & Barnett, 2003), jehož podkladem jsou postoje zahrnující tradiční názory matky na rozdělení rolí, vysoké standardy péče o dítě a domácnost a vysokou důležitost naplňování tradiční ženské role pro definování sebepojetí (Allen & Hawkins, 1999).

Davidova pomoc Janě (nakupování, péče o staršího sourozence, hlídání Lindy) Janou **není rozpoznávána a oceněna**. Nedostatek psychické angažovanosti v rodinném životě a znevažování a podrývání matky nejspíš zabraňuje tomu, aby Jana mohla rozpoznat a ocenit konkrétní pomoc.

O krizi ve vztahu ani jeden z partnerů nemluví, nejspíš proto, že se odehrála již u předchozího dítěte, nicméně z různých indicií lze usuzovat na malou spokojenost matky a nízkou kvalitu partnerského vztahu obecně – negativní obraz otce v matčiných očích, podrývání matky otcem, neoceňování toho, co otec dělá pro rodinu, negativita v komunikaci, znevažování partnerského času. *„Je faktem, že my jsme ani nechodili, když byla možnost s Edit, třeba do kina to bych šla, ale skoro možná, než když jdu s Davidem, tak jsem radši, když jdu s váma. Pro mě je větší svátek, když si s někým popovídám a dám si víno, přece jenom když jdeme někam s Davidem spolu, tak to sklouzne k řešení těch běžných věcí. Zatím mi to nechybí, ale my jsme nikdy moc nikam nechodili.“* (Jana)

Eva a Roman

Eva a Roman mají **tradičně rozdělené role v rodině**. Eviny představy o otcovské roli byly jasně formulované již před porodem a byly poněkud ambivalentní vzhledem k tradičnímu či progresivnímu dělení rolí (zároveň nadstandardní finální zabezpečení a zároveň angažovanost otce v péči vyšší než tradiční – např. vzít si dva týdny po porodu dovolenou). Tradiční uspořádání, ve kterém má matka dítě na starost i po otcově návratu z práce a jeho podíl na péči je dobrovolný, Eva zpochybňovala a **chtěla jej posunout víc směrem k progresivnímu dělení** – v pracovní době otec pracuje a matka se stará o dítě, po návratu z práce si péči o dítě dělí v určitém poměru. *„Jsem asi nějaká hrozná feministka, když ta spravedlnost, že já se starám o dítě, když je v práci a ve zbytku času bysme to měli mít napůl. Já jsem byla připravená z 80% to dělat, ale to bylo úplně nesmyslný, to já se mám starat furt. Tak jsem tady dělala ten full service a fakt to jako nešlo.“* Důraz na rovnost partnerů je znát i v jejím požadavku, aby se v době dovolené otce v noční péči střídali. *„Tak už jsme se tady hádali jak koně, protože on měl dovolenou, tak jsem chtěla, on s náma nespál vůbec, aby se vyspal do práce, tak jsem říkala, teď máš dovolenou, tak jednu noc já, jednu noc ty.“*

Roman měl nejspíš **tradiční postoje k rodičovství**. Ač nerad, tak vyhověl požadavku vyššího finančního zabezpečení rodiny a našel si ještě jedno zaměstnání k již fungujícímu podnikání. Nadstandardní finanční zabezpečení Roman chápal jako dostatečný příspěvek k plnění rodinných povinností, takže Eviny požadavky na zapojení do péče o dítě vnímal jako nepřiměřené. Eva své požadavky prosazovala razantně a nejspíš kvůli tomu jim vyhověl. *„Já jsem ho dokopala k tomu, aby udělal, co bylo potřeba.“* Například v prvním půlroce po porodu Eva nechtěla zůstat doma sama s neutišitelně plačícím Tadeáškem, požadovala tedy, aby Roman omezil své koníčky a on jí do velké míry vyhověl. *„Ten první půl rok nešel nikam, protože já jsem byla našťvaná, ať šel kamkoliv.“* (Eva) Vynucená pomoc nepřispívala k Evině spokojenosti a vedla k Romanově nespokojenosti.

Konflikt ohledně rozdílného pohledu na to, jak moc se má otec podílet na rodičovství, se objevil již v průběhu těhotenství, kdy Roman s Evou nechtěl probírat těhotenské obtíže a obavy z porodu. Evinu prosazování požadavků na Romanovu angažovanost vedlo k nárůstu negativity ve vztahu (nespokojenost partnera, hádky, kritika, averzivita). Propuknutím vážné nemoci otce se prohloubila i **krize mezi partnery**, Roman se odstěhoval, protože měl pocit, že prostředí plné hádek nepřispívá k rekonvalescenci (dle Eviných slov). Znovu se pokusili vztah obnovit po jeho uzdravení (vyhledali pomoc v manželské poradně), to se ale nepodařilo, Roman se znovu odstěhoval a podle způsobu, jakým o celé záležitosti partneri mluví, se zdá, že je **rozchod** definitivní.

Oba partneri kritizují toho druhého jak v partnerské, tak rodičovské roli. Eva je zklamána tím, jak se Roman zhostil své partnerské role, dle ní se ukázalo, že v době zvýšené zátěže nedokázal obětovat své pohodlí a víc se angažovat v pomoci partnerce. *„Myslím si, že bychom třeba byli v relativně spokojeném manželství, ale při zátěžové situaci by to do tohohle došlo. Ukázalo se teď prostě reálný nastavení lidí. Že to přestaly být ty kecy a ukázalo se, jak to je. Někdy by se to prostě projevilo, za dva roky, za dvacet let, že někdy by k tej zátěžové situaci došlo, že by se to projevilo, to si teď tak myslím. Když nastane ta krize a musí se něco obětovat, já to takhle vydržím a neobviňovat toho druhýho.“* Romanovo selhání přičítá jeho nezralosti a nepřipravenosti na rodičovství. *„Já si nemyslím, že Roman je zlej člověk, ale je hrozně nedospělej a nezodpovědný a on si to nikdy nepřizná. Vždycky si tu realitu upraví jinak. On nikdy neměl mít*

děti, o sobě říkal, že je rodinný typ a chtěl tři děti. Ted' už teda dítě nechce.“ Roman Evu kritizoval jak v partnerské, tak rodičovské roli, bylo narušeno jeho očekávání ohledně Eviny schopnosti naplnit adekvátně mateřskou roli. „Eva byla před těhotenstvím velmi samostatná a emancipovaná a Roman očekával, že nebude potřebovat tolik pomoci. Myslí si, že na sebe kladla příliš perfekcionistické nároky, proto to nezvládala a potřebovala tolik pomoc, nikdo ale nebyl schopen nebo ochoten tu její potřebu naplnit [můj zápis ze společného rozhovoru].“ Byl kritický také k Evině výchově (křik na Tadeáška, kupování kojenecké stravy). Zmínil v podstatě pouze dvě pozitivní věci ohledně Eviny mateřské role – brzy naučila Tadeáška spát ve svém pokojíčku a poté, co ji kritizoval kvůli křiku na miminko, se to již neopakovalo. Partnerský konflikt se přenáší i na úroveň prarodičů, kteří nejspíš přestávají stát na straně partnerského vztahu a staví se za své potomky. „Tak většinou přišla moje máma, a když ho viděla, že jde někam s raketou, tak mi dala dobrou radu: ‚laskavě si udělej pořádek doma a nedělej tady ze mě blbce, já ti ráda přidu pomoci, ale koho si si vybrala, s tím si ží.‘ To mi řekla asi dvakrát, třikrát.“ (Eva)

Eva popisuje první půlrok jako nejhorší období plné **vyčerpání, zoufalství a pochybností o sobě**, cestě k znovunabytí ztraceného sebevědomí věnuje velký prostor. I její styl života byl narušen víc oproti očekávání, dokázala to ale akceptovat.

Roman obtížně nesl **narušení obvyklého životního stylu péčí o dítě** (omezení koníčků, návštěv, výletů), viní však z těchto změn spíše Evu než dítě samotné. Roman Tadeáška nevnímal jako výjimečně obtížného pro péči, do jisté míry nesdílel Evin pohled na závažnost jeho problémů, to, že Eva zavedla jako preventivní opatření při refluxu relativně striktní režim péče, podle něj vůbec nebylo v takovém rozsahu nutné.

Klára a Aleš

Klára a Aleš mají **tradiční uspořádání rolí**, Klára zdůrazňuje úlohu Aleše jako **živitele rodiny**, ve které by ho ona nemohla zastoupit. Aleš o svých názorech na rozdělení rolí nemluví.

Krátce po porodu Filípka Aleš pomáhal v péči dostatečně. „A hlavně ty začátky. Opravdu mi pomáhal a i vařil. Já jsem to dokonce i fotila. I vstával v noci, chodil na procházky.“ Pak si Aleš zranil nohu a v podstatě veškerá péče o domácnost a dítě zůstala na Kláře. Péče o všechny a všechno bez jakékoli opory ze strany rodiny zanechává v Kláře pocit naprosté osamocení

tváří v tvář nárokům mateřství. „*Já jsem opravdu trpěla z té fyzické stránky [v šestinedělí] a bylo pro mě těžké být ještě mámou. Já jsem trpěla ještě bez podpory, já jsem domů volala těm tetám a sestra ještě dítě taky nemá a Aleš si zlomil tu nohu na podzim.*“

Aleš: „*A najednou měla Klárka psa, dítě i mě.*“

Po svém zotavení se Aleš už ale nevrací k původní míře angažovanosti kvůli tlakům v zaměstnání „*Řekl Kláro, promiň, ale opravdu musím pracovat. On ráno jde do knihovny a vrátí se v šest sedm večer, když je to koupání, že ho koupe.*“ Klára tedy dál pociťovala nedostatečnou pomoc v péči, to vedlo k její nespokojenosti a požadavkům na Aleše a následným konfliktům. „*Je pravda, že možná je to kvůli tomu, že jsme takhle sami a občas jsem teda chtěla ještě víc [pomoci] a občas docházelo i ke konfliktům.*“ (Klára)

Aleš a Klára zažili **manželskou krizi** v průběhu čtrnáctého měsíce věku jejich syna, kdy eskalovaly jeho spánkové problémy. Klára popisuje jejich **odcizení** následujícími slovy: „*Měli jsme pro sebe menší pochopení. Já jsem byla naštvaná, proč mám pořád tolik práce a nemám čas pro sebe na relax a na nic. A Aleš je v tý knihovně a vyčítala jsem mu to ... No bylo takové napětí a Aleš musel napsat nějaký článek a uzavíral se do toho a vůbec jsme se nesetkávali, takže jsme si dali třeba večeri mlčky a každý jsme šli k sobě a pak to vyústilo tím, že párkrát jsme si řekli něco nepříjemného*“

Na Klářině straně je viditelné **úsilí zaměřené na zlepšení partnerského vztahu a přehodnocení postoje k Alešově nízké angažovanosti**. Rozřešení krize přišlo za několik týdnů. Snaží se spolu více sdílet a snaží se sdílet také věci nesouvisející s rodinným životem, Klára zdůrazňuje důležitost společně stráveného času. „*Víc se posloucháme. Před tím si každý říkal to svoje.[...] Snažíme se bavit, když si Aleš něco přečte zajímavého, tak chci, aby mi to pověděl. Aby mi řekl co se děje ve světě, já často nestíhám to číst a já když přečtu nějakou knížku nebo časopis, tak mu to sdělím. [...] Při večeri se snažím, aby to byl čas pro nás.*“ Aleš zvýšil svou angažovanost, uznává potřebu matky mít nějaký čas jenom pro sebe. „*Aleš chtěl, abych dodělala tu práci a on vezme Filípka ven a pomůže mi. [...] pak mi řekne, Klárko ty jsi úplně jiná, že je vidět, že jsem si odpočinula.*“ Nakonec také najmulí chůvu, aby ulevili Kláře od soustavné péče o dítě.

Klára přehodnocuje postoj k Alešově nižší angažovanosti, aby s ní nebyla tolik nespokojená - vidí Alešovu neangažovanost jako opravdu vynucenou vnějšími vlivy, nikoli danou tradičními postoji. „*Ale já to chápu. Opravdu pomáhal, neštítel se přebalování i s krmením měl trpělivost. Nemůžu říct, že měl přístup, že tohle je moje a tohle tvoje činnost.*“ Také zdůrazňuje živitelskou úlohu Aleše. „*Ale já to teď chápu, protože je to i pro nás takový zdroj, Alešovi záleží na té práci, on má grant a chce v tom pokračovat. A on má takovou jistotu, já nevím, jak to se mnou bude.*“

Klářin obraz Aleše je pozitivní, vidí ho jako někoho, kdo v případě dostatku času adekvátně pomáhal, má dobré otcovské předpoklady, je schopný jak v oblasti utěšování dítěte, tak adekvátního výchovného vedení. „*Co vždycky zabralo, bylo, že Aleš má velké ruce a tím ho zklidnil. A Aleš ho s klidem vzal a často ho asi právě tím zklidnil. Teď se to trochu změnilo, teď chce opravdu jako mě při tom usínání. Ale když jsem pryč někde, tak Alešovi usne krásně.*“ Aleš vidí Kláru jako někoho, kdo selhává ve vymáhání poslušnosti vůči dítěti.

Aleš: „*Ještě u Klárky je problém, že když mu něco zakazuje, tak je v tom takový ten humor.*“

Klára: „*Já mám s autoritou problém. Ale já se snažím.*“

Aleš: „*On tam cítí tu ironii, on to vycítí, a má to jako, jo to je škádlení a budeme v tom pokračovat, to je dobrá hra.*“

Klára: „*Já to ale Aleši neumím říct, já jsem vždycky s tím měla problém.*“

Péče o Filipa je pro Kláru spojena s **pocity fyzického a psychického vyčerpání** a se **sníženou vnímanou rodičovskou zdatností**. Aleš pocity vyčerpanosti či snížené rodičovské zdatnosti nezmiňuje.

Zuzana a Jan

Rozdělení rodičovských rolí u Jana a Zuzany je **tradiční**. Zuzana nechce pracovat v průběhu rodičovské dovolené, nemá pracovní místo, kam by se vrátila, ani touhu pracovat. Jan byl před porodem odhodlán, že bude v rámci tradičního modelu velmi angažovaný otec a bezprostředně po porodu velmi angažovaný byl: „*To byl naprosto tragický Silvestr, my oslavu roku jsme s ní strávili v náruči. Ona měla novorozenecký koliky, plakala téměř 24 hodin denně, chvílema spala, ale hrozně málo. Nedala se utišit a střídali jsme se na míči. Vždycky s ní jeden*

půl hodiny vydržel, než měl nafouklou hlavu z ní a šli jsme se zase střídat.“ „Markéta vůbec nespala, tak jsme hodně vozili, takže spíš jsem tak přemýšlel, kdy s ní vyrazit, aby Zuzka mohla být chvíli sama. Takže jsme vozili a v tom jsme se střídali.“ Neutišitelnost a nespavost dítěte v Janovi vyvolává bezmoc posílenou o pocit, že jako otec je ochuzen o možnost utěšit dítě nakojením: *„Jinak ve své podstatě ta moje ideální představa, jak se do toho bude angažovat, tak ta naprosto ztroskotala. Protože ona chtěla jenom to prso, ani v tom kočáru se ode mě nenechala pomalu uklidnit, takže to bylo to moje vystřízlivění, že opravdu víc udělat nemůžu.“*

Vysoké nároky na sebe spolu s vysokou angažovaností vedly u Jana k **rychlému vyhoření a stažení se do pracovní oblasti**: *„Já jsem se cítil tak bezmocně, já jsem vůbec nevěděl co s tím. Já jsem se snažil z počátku se v tom hrozně angažovat, než jsem zjistil, že na to vůbec nemám tolik energie. Takže já jsem ani v tu dobu moc neangažoval a to ještě krásně vidíš, jak tý ženský to neulehčuješ. To ona mi měla trochu za zlý, ale velmi bravurně to zvládla s tím, že mě nechala pracovat.“* Zuzana chtěla od Jana větší zapojení, on jí nedokázal v dostatečné míře vyjít vstříc. *„Ona byla kolikrát hrozně unavená a řekla, já bych potřebovala, abys šel s tím dítětem aspoň na chvíličku. Já teda na chvíličku jsem šel, ale vím, že to bylo málo. Že jsem nefungoval úplně na sto procent.“*

Jan zmiňuje, jak se zátěž péče o Markétku spolu s dalšími stresory **negativně podepsalo na jejich vztahu**: *„Když máš takhle brutální dítě, tak to vás může rozdělit.“* Zpětně prožívá pocity viny spojené s tím, že měl Zuzaně víc pomoci

Jan: *„Ale vím, že já pořád mám v sobě pocit deficitu, že jsem toho mohl udělat víc a hlavně pro Zuzku. Tak že si to mám za zlý... Já vím, že jsem měl Zuzku víc podpořit, ale jak jsem z toho byl hotovej a jak jsem to měl složitý...“*

já: *„A myslíš, že to vás nějak rozdělilo?“*

Jan: *„Ne, rozdělilo ne. Myslím si, že nějakým způsobem jsme to dali. Ale když se vrátím do té doby, tak měl jsem víc zabrat. V tom jsem nechal Zuzku se trochu koupat.“*

Jan zpětně prožívá **výčitky viny ze své nedostatečné angažovanosti**. *„Spíš jsem měl pocit, že jsem Zuzce velmi rozuměl, ale nebyl jsem schopnej se do toho dostat.“* Nedokázal v sobě najít sílu pro větší praktickou pomoc Zuzaně, naopak jí ale poskytoval podporu psychickou, která nejspíš tlumila její případnou nespokojenost.

Zuzana zmiňuje **partnerské napětí** v nejnáročnějších prvních čtyřech měsících, ale „*ted' se to zase vrátilo do dřívějšíka.*“ Jana vidí jako někoho, kdo je vůči pláči málo odolný a je ho proto potřeba šetřit: „*Tak to se mi párkrát stalo, že jsem to řvoucí dítě dala manželovi a šla jsem pryč. Šla jsem na procházku a bylo mi jedno, že tam řve. Ale on to dlouho nevydrží, protože je vůči tomu ještě míň rezistentní, tak jsme se museli častěji střídat. Na čtvrt hodinky vypadnout třeba a pak se zase rychle vrátit ke řvoucímu dítěti.*“ Na otázku, jestli měla pocit, že jí byl manžel oporou, odpověděla poněkud nejednoznačně: „*To určitě, ale zase na druhou stranu, já vím, že pro něj je to mnohem hůř stravitelnější, že on to snáší mnohem hůř. Je to pro něj větší nálož.*“ V rozhovoru s ní pak byly spíše zmiňovány situace, kdy Jan z nějakého důvodu nepomáhal dostatečně. Určitou nespokojenost cítím v ostnu ironie, se kterou komentuje Janovu neochotu ji v péči ve větší míře zastoupit: „*Tatínek má strach, že by se musel starat, tak já asi do práce nepůjdu.*“ Zdá se ovšem, že Janovu otcovskou roli nevnímá tak negativně jako samotný Jan.

Oba partneři se v době rozhovoru shodují, že otec by se měl angažovat více a v současné době už tomu nebrání dokončování disertace. Jakoby pár stanul na prahu změny k vyšší angažovanosti otce a nyní se čekalo na to, až se k tomu Jan doopravdy „rozhoupe“. „*Já myslím, že nás tohle bude čekat. Zuzka má očekávání, že s nima budu víc, že se víc zapojím do výchovy. A na mně je, abych se ted' konečně začal víc snažit.*“ (Jan)

Cross-case analýza partnerských vztahů

Důležitým tématem rozhovorů s matkami byla **angažovanost otce v péči o dítě (jak konkrétní pomoc, tak psychické sdílení)**. Matky odvozovaly pocit, že je otec v péči angažován, z jeho chování ve čtyřech oblastech. První důležitou situací je, co se děje od příchodu otce domů do doby, než jde dítě spát. **Angažovaný otec sám od sebe reaguje na potřeby dítěte a jeho signály distresu**, nenechává management potřeb dítěte pouze na matce, je ochoten přerušit svou činnost a zasáhnout.

Já: „*A jakpak reagujete, když vidíte, že vaše žena toho má dost a začíná křičet?*“

Tomáš: „*No tak záleží na situaci, když Honza něco provede, tak se postavím za ni, když je to něco, že otravuje a zrovna jsem u toho, tak se ho snažím něčím zabavit. Záleží na situaci. Když jsme tady ale takhle spolu, tak se to nestává, že bys vyšilovala. To se stane, když jste tady sami.*“

Anna: „*Asi jo. Ty totiž, když jsi tady, tak ho nějak zabavíš*”

Důležitá je **dobrovolnost** a **iniciativnost pomoci**.

Pokud se v přítomnosti matky otec spontánně nezapojuje do interakce s dítětem v dostatečné míře, matka si to může vykládat jako lhostejnost vůči dítěti, vůči sobě, popřípadě příznak konzervativního otcovství, ve kterém otec vydělává a matka je zcela zodpovědná za dítě a domácnost. „*A já třeba dělám ještě úkoly s Edit a je to tady pak večer ,bojí a nikdo nechce spát. Je to tu takový, že David leží u televize po práci a je to takový to, ty jsi tam nebyla a měla jsi pohodu celý den.*” (Jana) Už to, že o pomoc musí matka žádat, je problematické, často pak otec stejně nereaguje navýšením své péče (Jan), popřípadě reaguje s averzí. Eva říká o Davidově chování po příchodu z práce následující: „*Pochoval, ale přišel utahanej z práce a chtěl odpočívat. Neříkam, že si tady s nim nehrál, ale bylo to vždycky ta jeho pomoc hodně z donucení. Byl za to pak na mě pak docela nasranej, že se nemůže v klidu najíst, nemůže si odpočinout, takže on to udělal, co bylo třeba. Díky tomu se to mezi náma hodně rozvařilo...*” V případě Jana a Zuzany bylo plačící či rozmrzelé dítě vždy předáno matce k uklidnění. „*Já jsem úplně alergickéj na to, když brečí, to je pro mě hrozně frustrující. To mám vyhýbavý reakce, ji šoupnout mamince a já nevím co s ní, ona brečí [smích].*” (Jan)

Druhá oblast otcovské angažovanosti se týká toho, zda je **ochoten se postarat o dítě sám**. Angažovaný otec vnímá potřeby matky, dává jí možnost mít nějaký volný čas a vyjadřuje přesvědčení, že si ho matka zaslouží. „*Jitka byla vždycky zvyklá, že měla čas sama pro sebe a to v podstatě teďka nemá.[...] A to jsou věci, který si myslím, že k tý její vnitřní seberealizaci chybí. A od toho se prostě odvíjí všechno.*” (Zdeněk)

„*Nebo nějaký takovýhle dvoudenní akce, jako já jsem šťastnej, že tam Jitka jela.*” (Zdeněk)

Otcovo samostatné hlídání předpokládá, že je ochoten relativně dlouhou dobu tolerovat pláč miminka, nevolá matce, aby přišla domů utišit dítě. „*Nejlépe to nese se Zdeňkem a to myslím, že díky tomu, že Zdeněk byl od začátku naladěnej, že to spolu nějak zvládnou. Asi jednou mi tehdy volal do tý hospody, že mám přijet, že to bylo asi k nevydržení, takže dneska to zvládnou dobře.*” (Jitka) U dětí s obtížným temperamentem nejspíš platí, že otcové musí vydržet relativně dlouhou dobu usilovat o kontakt s miminkem, než jim to dítě začne „vracet“ v podobě radosti ze společného kontaktu.

Neangažovaný otec nebere v potaz matčinu potřebu odpočinku. „*Já jsem chtěla jít jednou týdně cvičit a on by ho dal spát, to by nemohl absolvovat.*” (Eva), popřípadě se vyhýbá samostatnému kontaktu s dítětem, protože nedokáže snést pláč. „*Já jsem v to určitý období nemohl s holkou být úplně sám. Ona mě vůbec nebrala, nedokázal jsem ji utišit.*” (Jan)

Další důležitou oblastí podpory je **otcova přítomnost v noci ve společném pokoji**. Noc je pro matku neutišitelně plačícího miminka nejtěžší dobou, a i když otec nevstává k miminku v noci v průběhu pracovního týdne, již jeho pouhá přítomnost je významná. „*A když nebylo zbytlí, tak jsem vzdychala tak hlasitě, aby se Zdeněk třeba probudil a jako minimálně to se mnou spoluprožíval to hrozný zoufalství. Ráno, když se pak ptal, jaká byla ta noc, tak pokud jsem začala štěkat, jaká asi tak mohla bejt ta noc, nebo jsem byla ráda, že jsem mu mohla popsat hodinu od hodiny, kolikrát byla vzhůru, vzbudit aspoň jistou lítost nebo údiv, jak jsi to vlastně vydržela, jak teda vlastně můžeš spát.*” (Jitka)

Pokud se otec odstěhuje do jiné místnosti automaticky bez ohledu na temperament dítěte (David, Roman), je to považováno za velmi silný znak jeho neangažovanosti vedoucí k nespokojenosti a manželskému odcizení. „*Když byla Edita [první dítě], tak striktně spal jinde, asi celý rok a to vůbec neprojevil snahu k nám jít, tak to bylo o hodně horší. I když Edit v noci tolik neplakala, jenom večery, tak on vůbec nejevil snahu mi pomoc... A to mi přišlo, že to hodně ovlivňovalo celý partnerský vztah.*” (Jana) Často se otcové odstěhují do jiné místnosti až v reakci na noční neutišitelný pláč (Aleš, Jan, Tomáš), ale i to vyvolává u matek lítost: „*To bylo hrozný, nás to partnersky odcizilo, já abych mohl chodit do práce, tak jsem spal vedle v místnosti a to žena velmi špatně nesla. Toho jsem si byl vědomej, takže to nás de facto hrozně rozdělovalo. Ona vůbec nespala, takže já jsem s nima nemohl vůbec spát už někdy od toho prvního měsíce.*” (Jan)

Další oblastí angažovanosti je **psychologická angažovanost v péči**. **Angažovaný otec** sdílí s matkou její starosti s péčí o dítě a dítětem se zabývá. „*Neznali jsme, ani já ani Zdeněk jsme nevěděli, proč pláče a nedokázali jsme ji utišit.*” (Jitka) Otec dává možnost matce mluvit o svých pocitech a pochybách týkajících se péče o dítě. Jitka, na plánované cestě k jejich přátelům, řekla v autě Zdeňkovi, „*že to vůbec nemůžu zvládnout, že nemůžu zvládnout tu cestu, že nemůžu zvládnout, že tam tři dny budeme u někoho cizího a že už vůbec nemůžu zvládnout to, jak se na*

mě ty lidi dívaj, jakto že mi to nejde". Otec je podporující a snaží se ujistit matku. *„Zdeněk mě celou dobu ujišťoval v tom, že my to děláme všechno dobře a že má Adéla všechno, co má mít.*" (Jitka) Myšlenky matky se setkávají s pochopením a nikoli kritikou či negativitou. *„Ale že neřekl nic takovýho: ‚já jsem si říkal, proč už to neděláš jinak dřív.‘"* (Jitka) Psychologická podpora se zdá jistým způsobem důležitější než skutečný počet hodin, které otec stráví s dítětem, v případě malé míry konkrétní pomoci ji může do jisté míry kompenzovat (v případě Zuzany a Jana).

Chybějící psychologická podpora se může projevat různým způsobem. Neangažovaný otec o obtížích dítěte neví (David, Roman), popřípadě je matce nevěří (Roman). Tuto skutečnost si vysvětlují tím, že pokud chce matka probírat své starosti a obavy, otci to není příjemné a svou reakcí dá najevo, že v rozhovoru nechce pokračovat. *„Říkal, že je to uřvanec ...a že jsme ji neměli mít."* (Jana). Neangažovaný otec podrývá matku; kritizuje její rodičovství a zlehčuje náročnost péče o dítě. *„Roman ten to [režimová opatření] úplně nenáviděl a vzpomíná na to, jaká já jsem byla hráblá matka. Říkal, jak fungují ty ostatní rodiny a že jedou s dětma támhle..."* (Eva) Zdá se, že tam, kdy chybí psychologická podpora, se konkrétní pomoc otce „nepočítá“.

Reakce matky na nízkou angažovanost otce

Matkou vnímaná nedostatečná angažovanost otce vždy vedla k její nespokojenosti. Způsob, jakým matka dávala najevo svou nespokojenost, dále ovlivnil prožívání a chování otce. Z tohoto hlediska se vyskytly tři typy matek s ohledem na jejich reakce na otcovu neangažovanost.

1. Vysoce náročná matka s drsným způsobem prosazování požadavků (Eva)

Očekávání matky byla sdělována ještě před porodem, před možným zážitkem otcovy neangažovanosti. Požadavky byly velmi konkrétní a náročné (aby si otec vzal dva týdny dovolené po porodu) a poněkud ambivalentní z hlediska tradičního a progresivního dělení rodičovských rolí (výjimečné finanční zabezpečení a zároveň vysoká míra otcovy angažovanosti). Matka používala nepříjemného způsobu k prosazení svých požadavků – výčitek, kritiky, zevšeobecňování a nadávek.

„Eva mi to zakázala...výčitekama...sám od sebe bych se toho nevzdal [můj zápis společného rozhovoru].“ (Roman)

„Až jednou mu řekla, že nic nedělám, tak jsem jí řekl, ať si to teda dělá sama [můj zápis společného rozhovoru].“ (Roman)

„Tak jsem řekla, ať se odstěhuje a jde do prdele“ (Eva)

Matka měla silný vliv na rozhodnutí otce (akceptoval další práci, aby vydělal více peněz, i přes vlastní nechuť se účastnil porodu, na určitou dobu se vzdal svých zájmů, aby mohl být každý večer doma a nenechával Evu samotnou s plačícím miminkem.) Otec se cítí sekýrován a vysoká míra oboustranné příkrosti v komunikaci spolu s výjimečnou zátěží otcovy nemoci vedla k rozpadu vztahu.

2. Mírně náročná matka (emancipující se) (Zuzana, Klára)

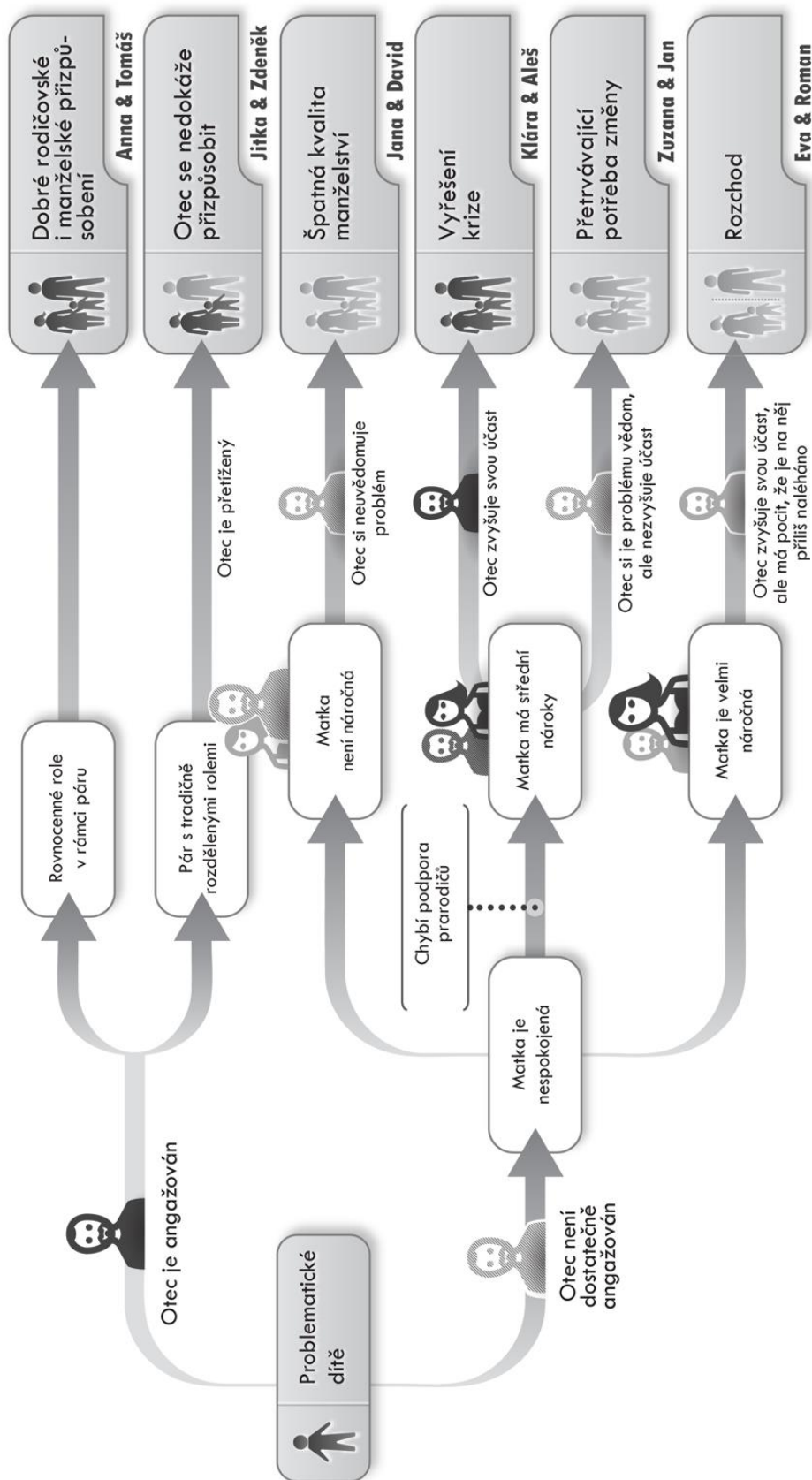
Očekávání matky nebyly sdělovány předem, ale byly vyšší než aktuální míra angažovanosti otce. Když matka začne vnímat neuspokojivou situaci, začne žádat víc, ale laskavějším způsobem. *„Markétka se taťky lekla a on na ni dost prudce zařval, že začla plakat a on, abych ji uklidnila. Já jsem to odmítla, aby si ji uklidnil sám, když ji rozplakal, přeci se ho pak nebude bát. Tak mu to sice dýl trvalo, ale uklidnil si ji. On se do téhle situace dostal poprví, já když si ji rozeřvu, tak si ji taky musím uklidnit.“* (Zuzana) Nejspíše tyto matky také snížily svá očekávání angažovanosti otce a snaží se jeho nižší angažovanost si nějakým způsobem vysvětlit (Klára otcovou pracovní vyčerpáním a významem jeho práce, Zuzana tím, že Jan nesnese pláč). Navýšení otcovy angažovanosti vede k větší spokojenosti matky (Klára).

3. Nenáročná matka (Jana)

Jana nejspíše snížila svá očekávání již během přechodu k rodičovství s prvním dítětem, stále ale vnímá svého muže jako extrémně nepodporujícího. Nemluví o tom, že by se nějak snažila zvýšit angažovanost svého muže a zdá se, že on to přijímá s ulehčením. V případě Jany a Davida se objevuje několik indikátorů nízké kvality manželství, zejména v rozhovoru s Janou.

Obrázek 10 shrnuje do schématu příběhy partnerských vztahů v zátěži péče o dítě. Alespoň jeden z partnerů mluvil o prodělání **partnerské krize** ve čtyřech párech, tato krize byla katalyzována dalším závažným stresem (eskalace spánkových problémů, nemoc, dokončování disertace). Ve třech případech se krize odvíjela od **nespokojenosti matky s nedostatečnou**

angažovaností otce a od následných matčinych požadavků. Chybějící podpora prarodičů (Zuzana a Jan, Klára a Aleš) dále navyšovala matčinu potřebu angažovanosti otce.



Obrázek 10. Manželské trajektorie

6.3.6 „Zisky“ obtížného temperamentu dítěte

Ačkoli jsem nepokládala otázku, jestli rodičům přinesla zkušenost s péčí o dítě s obtížným temperamentem něco pozitivního (a teď toho zpětně lituji), v jejich vyprávěních se spontánně objevovaly příběhy, ve kterých **rodiče dokázali prožitou a zvládnutou zátěž vnímat jako něco, co jim pomohlo k větší zralosti.**

Zážitek péče o dítě s obtížným temperamentem vedl některé rodiče k **přehodnocení pohledu na rodičovství i sebe v roli rodiče.** Tomáš a Anna nahlédli, že jejich původní představa rodičovství jako bezvýhradně pozitivního aspektu vlastního života je lichá a podařilo se jim tuto představu posunout směrem k **realističtějšímu chápání rodičovství.** Pro Tomáše to znamenalo si přiznat, že rodičovství přináší i mnoho negativních emocí, říká, *„že to jsou takový jako klíšé, jak to dítě je úplně to nejlepší na světě a v podstatě jako je to ten smysl toho života a já myslím, že to je stereotyp do značné míry, že to přináší i tyhle ty nepříjemný a vošklivý situace a nějak se musí člověk naučit to zvládat a přiznat to, že to k tomu patří a nehrát si na to, že dítě je jako super, pak když člověk tohleto zažívá, tak má dojem, že to je špatně, jako když všichni to prožívají tak krásně, tak jak to, že mě to tolik zlobí. Já myslím, že to je normální, že to prostě zažívá hodně lidí, ale třeba to ani nepřiznají jako... nemyslet si, že to je něco špatného, nějak to zpracovat prostě.“* Annina představa rodičovství se utvářela při pozorování maminky při péči o mladší sestru: *„Hodně si pamatuji, když byla mimino. Hodně se mi to líbilo, moc jsem mamce pomáhala. Celý život jsem se těšila, až budu mít vlastní děti a uvědomila jsem si, že jsem tam viděla jen to pěkné, že jsem nevnímala, že to může být tak těžké. Myslím si, že jsem to měla celé zidealizované a o to více mě ta realita zaskočila.“* Po zkušenosti s Honzíkem pak o očekávání vůči druhému dítěti (v době rozhovoru byla v šestém měsíci těhotenství) říká: *„Ale jak se na první dítě člověk těší, pln očekávání, teď už je to jiné. Kdybych to měla říci upřímně, tak na pokročilé těhotenství se netěším, na porod se netěším, na první měsíce se netěším, protože už vím, co to bude obnášet.“* Anna i Tomáš byli zaskočeni, s jak velkým množstvím negativních emocí se u sebe v zážitku rodičovství setkali, zážitek péče o neutišitelně plačící a později i velmi vzdorovité dítě jim pomohl **rozšířit představu sebe sama jako rodiče i člověka.**

Anna: *„Tudle nás oba dva překvapilo prostě, kolik člověk v sobě může mít zlosti a hněvu... to jsme nikdy dřív nepociťovali. I pro nás je to velká škola života, že se i my sami musíme učit*

hlavně pracovat s trpělivostí a s negativními emocemi. To je takové to nejtěžší na tom celém rodičovství. Pro nás pro oba ne?“

Tomáš: *„No myslel jsem si, že jsem ještě více klidnější. Kolikrát mě překvapilo, kolik negativní energie člověk v sobě má.“*

Anna vidí své rodičovství Honzíka jako **cestu k větší zralosti zejména v oblasti zvládnání negativních emocí**. Každodenní křik na Honzíka v jeho období vzdoru vnímá velmi negativně a snaží se se svými emocemi pracovat. Jednou z cest je přehodnocení: *„Takže jsem nad tím hodně přemýšlela a došlo mi, že je dobré se nad každou situací zpětně zamyslet a uvědomit si, co to způsobilo, a zjistila jsem, že to nebylo nic hrozného, kvůli čemu bych musela tak vyšilovat. V tu chvíli jsem se sama nad sebou zastyděla a byla to příprava pro další podobnou situaci. To mi přišlo, že mi pomáhalo, že jsem s tím dokázala pracovat. Že jsem si prostě uvědomila, že to prostě nechci, aby se ode mě učil, jak na něho řvu.“* (Anna) Anna vidí mateřství dítěte s obtížným temperamentem jako příležitost k učení se zvládnání vlastních negativních emocí.

Jitce pomohl zážitek s Adélkou také k **realističtějšímu obrazu rodičovství** a k **větší osobní pokoře**. *„Já jsem si fakt myslela s Michalkou, že když to miminko pláče, tak ta máma ho vezme do náruče a ono přestane, takhle to bylo s Michalkou a to jsem si opravdu myslela. A když lidi okolo mě měli plačící miminka, tak jsem jim úplně vlastně nedůvěřovala, že to nedokážou změnit. Takže jsem byla pyšná a Adéla je lék na moji pýchu [smích].“*

Evu zase obtíže při péči o Tadeáška vedly k **větší důvěře ve vlastní mateřskou intuici** **oproti spoléhání se na lékařské autority**. Tadeáškoví byla pro podporu pohybového vývoje předepsána Vojtova metoda s frekvencí cvičení čtyřikrát denně, na základě toho jí bylo doporučeno, aby dítě nenosila v šátku či jiném nosítku, aby se nerušil efekt cvičení. Zpětně tohoto rozhodnutí lituje, protože nošení dítěte jí z jejího pohledu mohlo pomoci zvládnout Tadeáškův neutišitelný pláč, přičemž mnoho lékařských doporučení nebylo prospěšných a vedlo k velkým komplikacím v péči. *„Ale myslím si, že ta vojtovka byla úplně zbytečná, že jenom mu něco trvalo dýl. I mám sestřenici ve Švýcarsku a ta říká, že tady jsou doktoři úplně na hlavu, že dávají vojtovku úplně na všechno. Jenomže já jsem je brala za hroznou autoritu.“* Několikrát v průběhu rozhovoru pak zmiňuje, že spolehnout se na vlastní mateřskou intuici vedlo k pozitivním dopadům na vývoj Tadeáška. *„My jsme začali přikrmovat někdy ve třech měsících*

okolo Vánoc a já jsem si říkala, že se vykašlu na různý doporučení a tabulky vývojový. A začala jsem se chovat podle svých instinktů, jak to celý den pozoruju, tak jsem se vyprdla na pevnou stravu, i když už zase doktoři říkali, že už musíme. A začala jsem o měsíc později a najednou začal dobře a s chutí jedl jogurty a ty skleničky pro děti.“ Svůj rodičovský vývoj pak shrnuje takto: „Dneska už jednám jenom podle sebe. Ale já jsem jako matka neměla to sebevědomí a dodržovala jsem to, co mi řekli. Dneska bych hodně věci dělala jinak podle svého rozumu a nakonec bych si hodně věcí ušetřila.“

Klára zase přehodnocuje své rodičovství směrem k **pevnějšímu vytýčení hranic** vůči Filipovi, **nižšímu sebeobětování** a **neprožívání pocitů viny při uvědomění si nějaké vlastní potřeby**. *„I s tím spaním. Ono by bylo lepší, kdyby spal sám v postýlce, ale já si myslím, že by sem to nezvládla jinak. A nevím, do kdy se mnou bude spát [smích]. A s tím kojením, bych byla víc důsledná. Aby v tom měl jasno, nesnažila bych se ho tak zklidnit v noci.[...] Líp s tím umět zacházet, že někdo kojí šest měsíců a je to v pořádku. Že bych se neměla takhle totálně obětovat. Možná bych s tím kojením skončila dřív.“*

Posun směrem k méně náročné představě matky, která myslí nejen na dítě, ale i na sebe, lze zaznamenat kromě Kláry ještě u Evy a Zuzany. Klára, Eva a Zuzana říkají, že zpětně litují svého lpění na kojení (Klára by skončila dřív, Zuzana by klidně přikrmovala Sunarem, aby se malá vyspala, Eva už by si nekojení tolik nevyčítala). Eva i Zuzana zpochybňují dodržování striktní kojící diety kvůli ovlivnění trávicích obtíží miminka; stejně nepomohla a ony si tím jenom odpíraly kvalitní jídlo. *„Asi bych se právě nebála, že přijdu o mlíko, když dám jednou za den večer flašku. Už bych to tak udělala. Na ty koliky, to co měla, tak možná už bych si tolik ten jídelníček nekrouhala, protože jsem přišla zase o spoustu látek, který jsem vynechávala.“* Eva říká, že v době spánku Tadeáška se měla sama vyspat a neuklízet domácnost.

U otců kromě Tomáše jsem nezaznamenala, že by v jejich vyprávění byl naznačen nějaký zisk plynoucí z obtížného temperamentu či nějaký vlastní vývoj, přehodnocení atp. Ačkoli Jan zpětně hodnotil své nároky na sebe v roli otce jako nepřiměřeně tvrdé, vedoucí k pocitům selhání, zdá se, že v jeho případě převládají pocity viny, že se nezapojil do péče tak, jak měl, a nevytvořil žádnou realističtější představu toho, jak by vlastně jeho rodičovství mělo vypadat, aby s ním byl spokojený.

6.4 Diskuse

6.4.1 Neutešitelný pláč

Diskuse mých výsledků je založena na jejich srovnání se závěry 13 kvalitativních studií, které se zaměřovaly na prožívání a zvládání rodičů neutešitelně plačících kojenců. Některá témata diskutuji i vzhledem k výsledkům kvantitativních studií.

Ve shodě s kvalitativními studii se **neutešitelný pláč** jevil jako **výjimečný stresor** (Landgren & Hallström, 2011; Landgren, Lundqvist, & Hallström, 2012). Mnoho studií (Long & Johnson, 2001; Megel, Wilson, Bravo, McMahon, & Towne, 2011; Cox & Roos, 2008; Poskey & Hersch, 2012; Viedma-Dodd, 2006) popisovalo stejně jako já **proces hledání příčin pláče**, při kterém se matky snažily najít možný důvod a ten vyřešit, ale nedařilo se jim nikterak získat nad pláčem kontrolu. Long a Johnson například mluví o „opakujících se cyklech naděje a zklamání při hledání nápravy“ (Long & Johnson, 2001, s. 155), podobný vzorec se objevil i v mých datech, kdy Zdeněk a Jitka propadli zoufalství ve chvíli, kdy jim „došly“ možné důvody, které by pláč mohly způsobovat.

V souladu s provedenými zahraničními studii nemožnost utěšit dítě vyvolává v matkách celou řadu **negativních emocí** (Poskey & Hersch, 2012; Cox & Roos, 2008; Ellett & Swenson, 2005), mezi nimi je nejrizikovější **hněv**, protože existuje nezanedbatelné riziko, že může přejít do **fyzické agrese vůči dítěti**. Neutešitelný pláč kojence je považován za prvotní příčinu vedoucí k jeho týrání (Frodi, 1985), jehož důsledky jsou u takto malých dětí fatální (Showers, Apolo, Thomas, & Beavers, 1985). V nizozemské studii 3259 kojenců do šesti měsíců věku (Reijneveld, van der Wal, Brugman, Sing, & Verloove-Vanhorick, 2004) její autoři zjistili, že 5,6% rodičů se v reakci na zátěž pláče uchýlilo k nebezpečným praktikám, jako je třesení dítětem, zakrývání/přidušení pokrývkou/polštářem, facky. Na výpovědích rodičů v kvalitativních výzkumech lze vidět, jak vysokou mírou zátěže rodiče procházejí při kombinaci neutešitelného pláče se spánkovou deprivací. Výjimečnost jejich zátěže se odráží ve frekvenci, s kterou se téma fantazií o ublížení dítěti dostává do spontánních výpovědí sebraných v rámci kvalitativních studií (Cox & Roos, 2008; Ellett & Swenson, 2005; Landgren & Hallström, 2011; Megel et al., 2011; Levitzky & Cooper, 2000). Tak například v kvalitativním výzkumu Levitzky a Coopera (2000) 16 z 23 matek kojenců s kolikou přiznává fantazie o ublížení či dokonce zabití dítěte. V mém

výzkumu tři rodiče zmiňovali pochopení pro situaci, kdy frustrace rodiče přeroste v ublížení dítěti, dva z nich tuto tendenci pocítili ve svém vlastním zacházení s dítětem.

Proces hledání příčin pláče je důležitý i z toho pohledu, komu bude přičtena „vina“ za vzniklou situaci. Pokud matka cítí, že by měla být schopna pláč utiшит, dostávají se **pocity selhávání**, o kterých hovoří mnoho studií (Long & Johnson, 2001; Cox & Roos, 2008; Megel et al., 2011; Nash et al., 2008). Ty se v mé studii ukázaly jako **klíčový faktor akceptace pláče**; pokud matka dojde k závěru, že pláč dítěte není pouze známkou jejího selhávání, dokáže pláč lépe akceptovat. **Informační opora z okolí**, která vedla ke zmenšení pocitu selhávání matky, byla vnímána jako velmi podstatná. V mém vzorku **zbavení se viny za nemožnost dítě utěšit nevedlo k tomu, že by matka péči o dítě vzdala, ale naopak k lepší akceptaci pláče a pozitivnějšímu přístupu, protože mohla pečovat bez pocitu selhávání**. I v jiných studiích se zdůrazňuje důležitost ujištění rodičů o zdravém vývoji dítěte z důvodu časté frekvence obav z patologického vývoje (Poskey & Hersch, 2012) a zdůraznění, že přetrvávání pláče není jejich vinou (Long & Johnson, 2001). V kvalitativním výzkumu prožitků matek neutěšitelně plačících kojenců vypracovaném s ohledem na riziko vzniku týrání (Nash et al., 2008) je právě **pocit selhávání** považován za klíčový v tom, zda se frustrace rodiče „přehoupne“ ve fyzickou agresi vůči dítěti. Jedním doporučením vzešlým z této studie je, že „rodiče trpící pocity nedostatečnosti s ohledem na své rodičovské schopnosti nebo ti, kteří zažívají pláč svého miminka jako ohrožení, se mohou uchýlit k třesení svého miminka. Zcela zřejmě by si profesionálové pracující s novopečenými rodiči toho měli být vědomi a vyslat jednoznačné sdělení rodičům, jak dlouho mohou děti plakat, že se často zdá, že pláče bez zjevného důvodu, a že to není vina ani rodiče ani dítěte.“ (Nash et al., 2008, s. 194). Podstatou krátkodobé intervence centra pro podporu rodin s plačícím kojencem (Infant Behavior, Cry and Sleep Clinic - IBCSC)²³ je právě také zvýšení rodičovského sebepojetí ukázaním postupů, pomocí kterých rodič může ovlivnit množství pláče, a poukázáním na to, co rodič dělá v péči dobře (Twomey, High, & Lester, 2012).

²³ Oddělení v rámci Women & Infants Hospital of Rhode Island, USA specializované na péči o kojence s ranými obtížemi

V souvislosti se zvládním rodičovského hněvu a frustrace je podstatné hledání **vhodných strategií odreagování**. Jediná z kvalitativních studií, která se také zaměřila na strategie péče a zvládnání svých emocí (Poskey & Hersch, 2012), přinesla popis podobných rodičovských postupů jako můj výzkum. Pokud měly matky pocit, že došly až na samotnou mez únosnosti, mohly si vybrat oddechový čas tím, že po příchodu manžela domů mu předaly dítě a odešly na krátký čas ven. V obou výzkumech byl rovněž využíván postup doporučovaný literaturou pro prevenci ublížení neutišitelně plačícímu kojenci – ponechat dítě v bezpečí postýlky a na krátký čas odejít z dosahu pláče a uklidnit se. Další úspěšnou strategií bylo držet dítě v náručí a už je dále neutěšovat. Jako pozitivní vidím i odreagování hněvu ve fantazii. Negativní strategií je odreagování si hněvu na svých blízkých, i když to je nejspíš docela časté; Stifter a Bono (1998) i Long a Johnson (2001) referují o tom, že matky neutišitelně plačících kojenců si svou frustraci často „vybíjejí“ na manželích.

Důležitým tématem byla také **reakce okolí na neutěšitelný pláč dítěte**. V souladu s dalšími výzkumy (Megel et al., 2011) byly rady okolí vnímány jako něco, co přispívá k pocitu rodičů, že jim není rozuměno. Dva výzkumy (Cox & Roos, 2008; Ellet & Swenson, 2005) dokonce mluví o tom, že se rodiče ocitají v sociální izolaci, protože se chtějí vyhnout negativní reakci okolí na pláč kojence. Tato izolace má i tu podobu, že rodiče nejsou schopni požádat o tolik potřebné vystřídání v péči, protože nechtějí vystavit nikoho dalšího neutěšitelnému pláči. O určité míře izolace hovořili i respondenti mého výzkumu; Jan a Zuzana těžce nesli reakce okolí na neutěšitelný pláč Markétky a omezili kvůli tomu návštěvy prarodičů, Jitka předjímal, že ji okolí bude vnímat jako selhávající a omezovala kvůli tomu množství informací, které sdělovala druhým o projevech Adélky. I s odstupem čtyř let se nepochopení okolí jevilo jako nejhorší stresor ve výzkumu Landgrena a kol. (2012). Viedma-Dodd (2006) zdůrazňuje, že rodiče se musí cítit okolím pochopeni, aby mohla být vnímána jakákoliv pomoc ostatních jako prospěšná. I ve studii Longa a Johnsona (2001) se objevil názor, že **bez vlastní zkušenosti s neutěšitelně plačícím dítětem tohoto pochopení není možné dosáhnout**.

S ohledem na množství negativních emocí vzniklých v důsledku neutěšitelného pláče byla podstatná také **očekávání rodičů vůči dítěti a vůči sobě v rodičovské roli**. O rozporu mezi očekáváním a realitou a o tom, že velikost tohoto rozporu zhoršuje prožitek rodičů, mluví Cox a

Roos (2008) a Megel a kol. (2011). Zejména matky v mém souboru byly nuceny v konfrontaci s realitou přehodnocovat svou rodičovskou identitu, Cox a Roos (2008) obdobně mluví o matčině „znovuvyjednávání své identity jako ženy a matky“ (s. 11). Kalmuss, Davidson a Cushman (1992) navrhli pro rozpor mezi očekávaným a reálným zážitkem rodičovství termín „violated expectations framework“. V jejich kvantitativním výzkumu se ukázalo, že velikost rozporu mezi očekáváním a realitou pozitivně souvisela s obtížemi v přizpůsobování se mateřství.

Při přehodnocování svých očekávání vůči rodičovství a požadavcích na sebe v roli rodiče docházelo u většiny matek k **posunu směrem k realističtějšímu vnímání rodičovství a snížení nároků na sebe v roli rodiče**. Zmiňována byla rovněž role společnosti ve vytváření nerealistických a nadměrných nároků. Lee a kol. (Lee, Schoppe-Sullivan, & Camp Dush, 2012) vidí v nárůstu nároků na rodičovskou péči nový kulturní fenomén vyspělých zemí. Vysvětlují ho tím, že v současné době mají lidé (zvláště ti s vyšším socioekonomickým statutem) méně dětí. Rodí se jim později, s čímž souvisí hodně času a zdrojů, které věnují očekávání a přípravě na rodičovství, a to může přispívat k nerealistickým představám a idealizaci rodičovské role. Snell, Overbey a Brewer (2005) zavedli pro nepřiměřeně vysoké standardy rodičovství termín **rodičovský perfekcionismus**. Bohužel zatím žádná kvantitativní studie netestovala prenatalně měřený rodičovský perfekcionismus v interakci s obtížným temperamentem kojence v predikci rodičovské vnímané zdatnosti.

6.4.2 Strategie péče

V mém výzkumu se ukázalo důležité dilema rodičů, **jestli dítě utěšovat nebo nechat plakat**. Většina rodičů přes den děti při pláči spíše utěšovala, pouze jeden rodičovský pár nechával miminko plakat. Dilema utěšovat – nechat plakat se ale velmi silně projevilo v noční péči.

Tyto rozpory v samotných rodičích dle mého názoru zrcadlí i **zásadní rozpory** v odborné literatuře zaměřené na ranou péči o dítě. Na jedné straně je **zdůrazňována důležitost citlivosti matky a pohotového naplňování potřeb dítěte pro vytvoření pocitu důvěry a jistého připoutání** (Ainsworthová, Bowlby, Tronick), na straně druhé stojí názor odborníků pracujících

s rodiči plačících dětí. V rámci krátkodobých intervencí zaměřených na pomoc těmto rodičům je právě **redukování množství utěšování cestou ke zvládnutí neutěšitelného pláče** (Brazelton, 1994). Toto doporučení se opírá o několik argumentů. Prvním argumentem je, že pláč není vždy jen signálem potřeb dítěte, na který má matka reagovat, ale i „způsob sebevyjádření a pokud si je matka jistá, že dítě nic nepotřebuje, nechat ho plakat po dobu 30 minut je akceptovatelné“ (Wade, Black, & Ward-Smith, 2005, s. 353). Další argument pochází z behaviorální teorie operantního podmiňování, podle které utěšování při pláči může tento projev zpevňovat a neustálé utěšování pláče dítěte může narušovat vznikající seberegulační kompetence dítěte. Posledním argumentem je účinnost redukce utěšování; ze zkušenosti odborníků provádějících krátkodobé intervence se zdá, že redukce utěšování dítěte vede jak ke zmenšení množství pláče dítěte, tak ke zlepšení psychického stavu rodiče. Tak například článek Twomeyho a kol. (2012) referuje tři kazuistiky žen s neutěšitelně plačícím kojencem, které prošly intervencí zaměřenou na redukcí pláče. V USA vytvořené centrum pro rodiny nadměrně plačících kojenců „Infant Behavior, Cry and Sleep Clinic“ (IBCSC) vytvořilo za dvacet let svého fungování program krátkodobé intervence v rodinách nadměrně plačících dětí, který je v podstatě zaměřen na redukcí množství utěšování dítěte, zejména v průběhu noci. U všech dětí došlo po intervenci k redukcí množství pláče a navýšení množství spánku, souběžně s tím se zvyšoval i pocit kontroly matky nad chováním dítěte a s tím i mateřské sebepojetí.

Výzkumné studie na téma **dopadů utěšování či ignorování pláče přes den** jsou kontroverzní, nicméně v poslední době spíše nepotvrzují důležitost matčiny pohotové reakce na pláč v utváření jistého připoutání. Vědeckou diskusi na toto téma zahájily před více než 40 lety Bellová a Ainsworthová. Ve výzkumu 26 matek s kojencem ukázaly, že množství pláče v jednom roce života bylo funkcí mateřského utěšování. Blízký tělesný kontakt a zejména pohotovost odpovědi v průběhu prvního roku života vedla k menšímu množství pláče v jednom roce (Bell & Ainsworth, 1972). To je ale jedna z mála studií, která ukazuje, že způsob utěšování má vliv na aktuální či trvalejší množství pláče, ve většině dalších studií souvislosti nalezeny nebyly, popřípadě je směr nalezených souvislostí opačný, tj. více utěšování vede k nárůstu pláče. Vzhledem k závažnosti nálezů této tzv. baltimorské studie byly její závěry přezkoumávány a

revidovány dalšími výzkumníky. Gewirtz a Boyd (1977) prošli původní data a došli k názoru, že na jejich základě nelze dojít k závěrům propagovaným původní studií. V roce 1987 byla baltimorská studie zopakována na jiném vzorku se závěrem, že výsledky původní studie jsou založené na „nepravých korelacích, kontrola intervenujících proměnných dětského pláče vede spíše k závěrům vyvracejícím původní nálezy“ (Hubbard & van Ijzendoorn, 1987; abstrakt). Aktuálnější studie na vzorku 50 matek s kojenci (Van Ijzendoorn & Hubbard, 2000) ukázala, že čím častěji matky ignorovaly dětský pláč v průběhu prvních devíti týdnů, tím méně dítě plakalo v průběhu dalších devíti týdnů, to platilo i při současné kontrole intervenujících proměnných jako je počáteční úroveň pláče či vzájemná synchronizovanost matky a kojence v interakci. Výzkumníci došli k názoru, že „neškodné zanedbávání“ („benign neglect“) rozrušení kojence může stimulovat jeho vznikající schopnost vyrovnat se s mírným stresem. Co se týče následného attachmentu v jednom roce života, matky vyhýbavých kojenců odpovídaly nejrychleji na pláč dítěte, takže se nepotvrdil přepokládaný vztah mezi pohotovostí v utěšování a následnou jistotou připoutání. Zajímavá je studie, která porovnávala změny v množství pláče u kojenců v různých typech péče, tyto rozdíly byly dány jak kulturou (britská relativně sktrukturovaná péče versus dánská více zaměřená na potřeby dítěte) či rozhodnutím rodičů (preference tzv. kontaktní rodičovství²⁴). Neutišitelně plačící kojenci se ve svých projevech nelišili v žádném typu výchovy. Za podmínek kontaktního rodičovství dvanáctitýdenní děti (všechny, nikoli jen ty temperamentově obtížné) více plakaly a v noci se více budily (St James-Roberts, Alvarez, Csipke, Abramsky, Goodwin, & Sorgenfrei, 2006).

Co se týče **účinnosti konkrétních strategií**, v experimentálních studiích se ukazuje, že existuje opravdu pouze malé množství postupů, které by vedly k redukci pláče, jak v aktuálním, tak dlouhodobějším horizontu. V podstatě to souhlasí se zkušeností většiny matek v mém výzkumu. Jako neefektivní se v kontrolovaných experimentálních studiích ukázalo: nošení dítěte v šátku (James-Roberts, Hurry, Bowyer, & Barr, 1995; Walker & Menahem, 1994; Barr et al.,

²⁴ Kontaktní rodičovství je českým překladem z anglického Attachment parenting. Tento přístup vytvořil americký pediatr William Sears v osmdesátých letech dvacátého století. Jeho cílem je upevnění vztahu matky a dítěte, a to jak prostřednictvím maximální mateřské empatie a schopností rodiče reagovat na potřeby dítěte, tak prostřednictvím tělesné blízkosti a doteku.

1991), podávání probiotik (Sung et al., 2014) a podávání kapek proti nadýmání (Lucassen, Assendelft, Gubbels, van Eijk, Van Geldrop, & Neven, 1998). Jednou z mála taktik s experimentálně prokázanou účinností je zavinování kojence (Ohgi, Akiyama, Arisawa, & Shigemori, 2004).

Dalším tématem je **utěšování či ignorování pláče v noci**. Strategie systematického ignorování pláče se využívá v behaviorální terapii problémů se spánkem malých dětí, což dle studií v podstatě vždy vede ke zlepšení nočního spánku dítěte (viz review Mindell, Kuhn, Lewin, Meltzer, & Sadeh, 2006), tj. rodič z toho získává. Zatím však neexistuje žádná systematická studie, která by ověřovala dopad na fyziologický a psychický stav dítěte a attachment k pečovateli (Murray & Ramchandani, 2007).

Všechny mnou sledované děti byly alespoň z počátku nespavé, téměř všechny měly tendenci ke zhoršování noční nespavosti. Kojení, spánek v posteli rodičů a aktivní strategie uspávání spíše souvisely s přetrváváním spánkových problémů do batolecího věku, kdežto odstavení, spánek ve vlastní postýlce, učení samostatnému spánku a účast otce na uspávání spíše souvisela se zlepšením spánku. Tyto závěry souhlasí se závěry převažující části kvantitativních studií, ve kterých aktivní uspávání rodičů (chování, kojení, společné spaní) vede k problémům se spánkem malých dětí (Adair et al., 1991; Morrell & Cortina-Borja, 2002; Crowell et al., 1987; Lozoff et al., 1984, 1985; Richman, 1981; Van-Tassel, 1985; Zuckerman et al., 1987). Morrell a Steele (2003) také zkoumali **vztah mezi temperamentem dítěte, rodičovskými strategiemi uspávání a přetrvávání potíží se spánkem v druhém roce života**. Ukázalo se, že u dětí s obtížným temperamentem mají rodiče větší tendenci je fyzicky uspávat (krmení, chování, kolébání) a to přispívalo k přetrvávání problémů se spánkem v druhém roce života.

Existuje malé množství studií, které ukazují, že noční nepřítomnost rodiče může mít negativní následky v socioemočním vývoji dítěte, popřípadě že společné spaní vede k pozitivním vývojovým výstupům. Kvaziexperiment sledující vliv různého uspořádání noční péče v izraelských kibucech (spánek s rodiči versus společný spánek více dětí hlídaných pečovatelkou, která se střídá po týdnu) ukázal, že tento rozdíl souvisel s jistotou připoutání. Tyto dvě skupiny

se nelišily ohledně temperamentu, množství raných stresorů ani kvality interakce matka-dítě v průběhu dne. Mezi batolaty s domácí noční péčí bylo 80% z nich jistě připoutáno oproti 48% v komunitní formě noční péče. Autoři uzavírají, že noc je situací separace a ohrožení (tma, osamocení), která aktivuje attachmentový systém dítěte. Pokud v této situaci dítě není ujištěno o bezpečném zázemí matky, je tím tvorba jisté vazby narušena (Sagi, IJzendoorn, Aviezer, Donnell, & Mayselless, 1994).

Více studií ukázalo pozitivní dopady zpětně referovaného společného spaní miminka s rodiči. Waynforth (2007) ukázal, že zpětně reportovaná historie společného spaní souvisí s nižším bazálním kortizolem a vyšším množstvím secernovaného imunoglobulinu A (SIgA) u dětí mezi 3-7 roky. Keller a Goldberg (2004) ukázali, že děti, které jako kojenci spaly v posteli se svými matkami, byly v předškolním věku nejvíce samostatné v oblékání a navazování vztahů s vrstevníky. Také se ukazuje, že kulturní rozdíly mohou mít vliv na to, k čemu vede společné spaní u dítěte. Ve studii Latze a kol. (Latz, Wolf, & Lozoff, 1999) porovnávali vliv společného spaní na poruchy spánku dětí a distres rodičů v USA a Japonsku. U amerických dětí byl společný spánek spojen s větším množstvím „postelových bojů“, nočního buzení a problémů se spánkem než u dětí japonských, u kterých k těmto negativním fenoménům v důsledku společného spaní nedocházelo. To ukazuje, že sociokulturně vytvářený postoj rodičů ke společnému spánku s dítětem může ovlivnit jeho dopady a v kulturách, kde je společný spánek brán jako norma, nemusí docházet k jeho negativním dopadům v podobě zvýšeného množství spánkových obtíží dětí a distresu rodičů.

Pokud odhlédnu od konkrétních strategií péče a zaměřím se na obecnější principy, v mých datech se objevoval **konflikt** týkající se na nejobecnější rovině toho, **jak moc vycházet vstříc potřebám dítěte a jak moc brát ohledy i na rodičovské potřeby a nastavovat potřebám dítěte určité limity**. Konflikt mezi naplňováním potřeb dítěte a jejich limitováním byl veden jak uvnitř páru (matky byly oproti otcům více zaměřené na naplňování potřeb dítěte), tak i uvnitř matek samotných. Při procházení kvalitativní literatury na téma dětského pláče jsem narazila na zajímavý pojem, který korespondoval s pozorovanými rozdíly mezi matkami v mé studii. Ve fenomenologické studii prožívání matek na novorozeneckém oddělení (Kurth, Spichiger, Stutz,

Biedermann, Hösli, & Kennedy, 2010) bylo možno rozlišit dva různé přístupy, korespondující s mým rozlišením dvou různých mateřských postojů. Jedny matky vyjadřovaly názor, že nechtějí přiběhnout na každé zavolání dítěte a rozmazlit ho a chtějí mít také nějaký svůj prostor, ty v situaci vlastní únavy a nevyspání předaly miminko k noční péči sestřám. Druhá skupina matek vyjadřovala zaměření na potřeby dítěte, jeho pocit bezpečí, ty v situaci nevyspání neakceptovaly nabídku sester na noční péči o novorozence. Autorka studie mluví o tom, že matky neutěšitelně plačících dětí, které mají na potřeby dítěte zaměřené postoje, jsou v riziku deplece vlastních zdrojů. Až naprosté vyčerpání a nevyspalost je nakonec dohnaly k tomu, aby přenechaly dítě sestřám na několik hodin v noci. Autorka studie interpretuje dilemata matek týkající se rovnováhy mezi zaměřením na dítě a zaměřením i na vlastní potřeby jako odrážející probíhající debatu v odborných kruzích na téma nejprospěšnějších výchovných praktik v průběhu posledních dekad. Nedávat potřeby kojence na první místo bylo běžným postojem dřívějších generací, kdežto na dítě zaměřená péče se rozšířila s popularizací teorie bondingu, která zdůrazňuje potřebu novorozence vybudovat si základní důvěru. Kurthová zmiňuje rizika v současné době převládající teorie bondingu jako něčeho, co může poškozovat samotné matky, protože na ně klade nerealistické nároky v oblasti mateřství a tak přispívá k jejich stálému pocitu selhávání. Autorka uzavírá, že „zjevné zanedbávání potřeb matek v jejich výpovědích v této studii je určitým důkazem pro tyto obavy.“ (tamtéž, s.7)

6.4.3 Sociální opora z okolí – prarodiče, lékaři

Můj výzkum se oproti zahraničním kvalitativním studiím dopadu neutěšitelného pláče na rodiče lišil v tom, **odkud byla očekávána další sociální opora**. V zahraničí byl velký díl očekávání nasměřován k odborníkům a respondenti studií konzistentně vyjadřovali zklamání, že odborníci nemají žádný spolehlivý postup pro zmenšení pláče a také se jimi cítili nepochopeni, nepodpořeni (Cox and Roos, 2008; Megel et al., 2011; Ellet, 2009; Long & Johnson, 2001). V našem prostředí rodiče takové očekávání vůči lékařům neměli. Naopak ve větší míře bylo vyjádřeno očekávání pomoci ze strany prarodičů; pokud nebyla poskytnuta, v rodičích to zanechávalo rozčarování. To může odrážet ještě z dob komunismu přetrvávající vyšší zapojení prarodičů do péče v našem kulturním okruhu, kdy je tato angažovanost do jisté míry

považovaná za mandatorní (tzv. normativní solidarita) a teprve v poslední době se tento přístup mění (Marhánková & Štípková, 2014). Souvislost míry prarodičovské opory (i psychické) se vzdáleností místa bydliště odpovídá nálezům z výše citované studie prarodičovství v českém kontextu (tamtéž).

6.4.5 Partnerský vztah

V souladu s dalšími kvalitativními studiemi se ukazovalo, že neutěšitelný pláč vede ke **stažení se otce z péče o dítě** (Ellet, 2005,2009; Nash et al., 2008) a k **zátěži partnerského vztahu** (Long & Johnson, 2001; Cox & Roos, 2008; Ellet et al., 2009; Levitzky & Cooper, 2000). Tak například v kvalitativním výzkumu 23 matek s neutěšitelně plačícím dítětem (Levitzky & Cooper, 2000) u 21 párů došlo k obtížím v partnerském vztahu. Míra zátěže vztahu se ukázala v mém výzkumu, neboť čtyři páry ze šesti prošly v době péče o dítě s obtížným temperamentem partnerskou krizí, v jednom případě vedoucí k rozpadu páru. Negativní vliv obtížného temperamentu na partnerský vztah potvrzují i kvantitativní studie (Wright, Henggeler, & Craig, 1986; Mehall, Spinrad, Eisenberg, & Gaertner, 2009; Sheeber, & Johnson, 1992; Leve, Scaramella, & Fagot, 2001).

V mém výzkumu se dále ukázalo, že právě **nepřítomnost otce v péči o dítě, ať už byla dána jeho tradičními názory či právě neunesením neutěšitelného pláče, vedla k nespokojenosti matky a potažmo k nestabilitě vztahu**. Vliv angažovanosti otce na spokojenost matky a tím i na spokojenost ve vztahu byl ukázán v několika kvantitativních výzkumech. Jeden z nejvýznamnějších vědců v oblasti partnerských vztahů s bohatou praxí párového poradenství John Gottman ve své knize (Gottman & Silver, 2015) referuje výsledky jedné ze svých studií (Shapiro, Gottman, & Carrere, 2000), ve které spokojenost v manželství klesla v průběhu přechodu k rodičovství u 67% prvomatek. Podle autora jediným společným faktorem zbývajících 33% matek bylo to, že „dokázaly vtáhnout své partnery do dobrodružství rodičovství a ti nezůstali pozadu.“ (Gottman & Silver, 2015, s. 250).

Kalmijn (1999) testovala různé hypotézy týkající se vztahu otcovských investic a stability manželství. Manželčina spokojenost hrála důležitou zprostředkující roli mezi otcovskými investicemi a stabilitou manželství. Své závěry shrnuje tak, že otcové intenzivně zapojení do

péče o své děti mají stabilnější manželství proto, že jejich ženy jsou ve vztahu s více angažovanými partnery spokojenější.

V dalším výzkumu matčina spokojenost s pomocí otce v rodinách s dítětem s postižením byla silnější prediktorem rodinné pohody než aktuální míra otcovy pomoci (Simmerman & Blacher, 2001).

Velkou roli v dalším osudu mnou zkoumaných párů bylo, **jakým způsobem se matka snažila zvýšit otcovu angažovanost, jakým způsobem požadavky uplatňovala**. Evina příkrost a hrubost, se kterou žádala vyšší zapojení otce, se podobá Gottmanovu termínu „harsh startup“, čili započítí vlastního požadavku kritikou, obviňováním či opovržením. Týká se zejména žen a je spolehlivým prediktorem rozpadu páru v horizontu dalších sedmi let (Gottman & Silver, 2015). Ženiny žádosti o navýšení pomoci v péči byly často nevyslyšeny, popřípadě otec reagoval hněvem. To souhlasí se závěry jak kvalitativních, tak kvantitativních studií, které ukazují, že ženy v manželství mohou mít problém prosadit své požadavky (Gottman & Silver, 2015; Ball, Cowan, Cowan, & 1995). Musí opatrně vybírat správný čas a správnou formu pro formulaci svých požadavků, aby nerozzlobily své manžele (Ball et al., 1995) a jejich manželé mohou vzdorovat jejich vlivu tím, že eskalují negativitu (Gottman & Silver, 2015). To může být jedním z důvodů, proč ženy nemohou přimět své muže, aby se víc starali o společné děti. A tak, ačkoli si ženy přejí, aby se otcové víc zapojili, nemají dost moci na to, aby ovlivnily jejich chování.

Spojitosť postojů k rozdělení rolí s následnou angažovaností otce může být dokladem tvrzeného. Ve výzkumu rodičovských očekávání a aktuální míry zapojení otce (Cook, Jones, Dick, & Singh, 2005), rovnostářští otcové byli více angažovaní než otcové s tradičními postoji, ale matčina genderová ideologie neměla vliv na otcovu angažovanost, matky s rovnostářskými postoji nedokázaly úspěšně vyjednat vyšší zapojení otce. Longitudinální studie Amata, Loomise a Boothy (1995) ukázala, že pokud ženy zaujmuly méně tradiční postoje k rozdělení rolí, jejich vnímaná kvalita manželství klesala. Pokud zaujmuli méně tradiční postoje manželé, jejich vnímaná kvalita manželství vzrostla. Jak pár s otcem s progresivními názory (Anna a Tomáš), tak pár s rovnostářskou manželkou a s manželem s tradičními postoji (Eva a Roman) jsou v souladu s touto myšlenkou. Ženiny progresivní názory na dělení rolí tak mohou být ohrožující pro partnerský vztah, pokud se neseťkají s partnerem, který má na dělení rolí podobný názor.

6.5 Limity studie

Kvalitativní studie má několik limitů. Prvním je charakteristika výzkumného vzorku; vzorek rodičů s vysokoškolským vzděláním, relativně dobře sociálně a finančně situovaných, bez výraznější patologie, s dostupnou sociální oporou a s relativně vysokou motivací ke kvalitnímu rodičovství, poskytl možnost zjistit, jak lidé s těmito charakteristikami zvládají zátěž obtížného temperamentu. Nic jsem se ovšem nedozvěděla o tom, jak by se vedlo lidem, kteří by byli více znevýhodněni v určité oblasti (chudoba, matka samoživitelka, matka s poporodní depresí, velmi mladí rodiče apod.), popřípadě těm, kteří nemají tak silnou motivaci k dobrému rodičovství.

Dalším limitem bylo rozdílné uspořádání rozhovorů, jež mohlo zásadně ovlivnit množství informací, které jsem dostala o druhém partnerovi i společném vztahu. Z tohoto pohledu ten nejvíce optimistický obraz páru s progresivním dělením rolí může být dán tím, že jsem nemluvila ani s jedním z partnerů samostatně, a tak nebyla příležitost se o možné nespokojenosti ve vztahu zmínit.

Rozdílné nastavení rozhovorů spolu s dalšími důvody vedlo k redukci množství informací získaných od otců. Se dvěma otci jsem mluvila pouze v přítomnosti jejich žen, jeden otec si nepřál být nahráván, takže se některé informace z jeho rozhovoru mohly v mém zápisu ztratit. Ačkoli jsem si od zahrnutí otců do studie slibovala, že více pochopím jejich prožívání, nakonec mám pocit, že k tomu úplně nedošlo. Například skutečnost, že o výrazné zátěži obtížného temperamentu mluvili pouze dva otcové, nemusí být dána tím, že na ty ostatní stres nedopadl, ale také tím, že mi to prostě neřekli. O manželských procesech a krizích jsem se rovněž dozvíдалa spíše od žen, což mohlo výsledky také zkruslit. Je možné, že kdyby byl tazatelem muž se zkušeností rodiče, dokázal by se dozvědět o světě otců více.

6.6 Shrnutí výsledků kvalitativní studie a doporučení pro praxi

Nejzávažnějšími projevy dítěte byl neutěšitelný pláč v prvních šesti měsících a výrazná nespavost v raném věku společně s její eskalací v druhé polovině kojeneckého období a v období batolecím. Neutišitelný pláč kojence vyvolával v rodičích řadu negativních emocí včetně hněvu, objevovaly se i fantazie popřípadě náznaky ubližujícího chování. Neutišitelnost pláče vedla u některých rodičů k pocitu selhávání, který zhoršoval aktuální zátěž. Matky vesměs

nedokázaly nalézt žádnou strategii vedoucí ke zmenšení množství pláče, pro praxi jsou ale podstatné faktory, díky kterým se zlepšila jeho akceptace. Jedním z těchto faktorů je nabytá jistota, že pláč dítěte není zapříčiněn jeho fyzickým strádáním. Druhým důležitým faktorem byla informační sociální opora z okolí ve formě sdělení, že neutěšitelný pláč dítěte nemusí být důsledkem selhávání matky. Pro svou neznalost fenoménu neutěšitelného pláče okolí často rodičům uděluje rady, tím posiluje jejich pocit selhávání, rodiče se tak cítí nepochopeni a obtížně situaci snášejí. Pro praxi z toho plyne ponaučení, že by pomohla **větší všeobecná znalost fenoménu neutěšitelného pláče a obtížného temperamentu mezi odborníky i laickou veřejností**. Informace o neutěšitelném pláči by mohla mít například podobu v zahraničí vytvořeného akronymu **PURPLE** k přiblížení charakteristik normálního pláče rodičům (Howard & Tellerman, n.d.). Zkratka PURPLE je tvořena prvními písmeny jeho charakteristických znaků:

P (Peak of crying) – vrchol pláče – Množství pláče může přibývat, vrcholí v druhém měsíci a ubývá mezi třetím a pátým měsícem.

U (Unexpected) – nečekanost – Pláč může přicházet a odcházet bez zjevné příčiny.

R (Resist soothing) – odolává utěšování – Děti někdy nepřestanou plakat bez ohledu na to, co rodiče dělají.

P (Pain like face) – bolestný výraz v obličeji – Miminko někdy vypadá, že pociťuje bolest, i když tomu tak není.

L (Long lasting) – dlouhotrvající – Pláč může trvat i pět hodin denně a více.

E (Evening) – večer – Miminka pláče více v pozdním odpoledni a večeru.

Informace o neutěšitelném pláči i obtížném temperamentu kojence spolu s odkazem, kde hledat pomoc, by měla být součástí předporodních kurzů, vědomost by měl mít i personál novorozeneckých oddělení, protože už tam mohou podpořit matky, jejichž děti nápadně více pláčí.

Výrazná nespavost miminka byla rodiči řešena dvěma typy strategií. Aktivní strategie uspávání (noční krmení, kolébání dítěte, společný spánek v posteli s rodičem) zjevně souvisely s častějším nočním buzením, distální strategie (spánek ve vlastní postýlce, samostatné usínání, ignorování nočního pláče) většinou vedly ke zlepšení kvality spánku. Pro matky bylo ignorování nočního pláče problematické, v této souvislosti musely řešit celou řadu dilemat. **Dilema**

utěšovat či nechat plakat není vyřešené ani v odborné literatuře. Na jedné straně vah leží nesporný pozitivní dopad redukce utěšování dítěte na množství pláče a nočního buzení, na druhé straně jsou obavy z aktuálních i dlouhodobých dopadů ignorace pláče na dítě. Neexistuje jednoznačné doporučení ohledně uspávacích strategií a rozhodnout se tak musí samotní rodiče, nicméně větší informovanost o konkrétních strategiích a jejich dopadech by mohla přispět k vědomějšímu rozhodování.

Dopad projevů dítěte na prožívání rodiče souvisel s **rodičovskými očekáváními** jak vůči dítěti, tak vůči sobě samotnému v roli rodiče. Čím větší byl rozpor mezi očekáváním a realitou, tím došlo k většímu poklesu spokojenosti a rodičovského sebepojetí. V průběhu konfrontace rodičovských představ s realitou péče o dítě s obtížným temperamentem docházelo zejména u matek k přehodnocení nazírání na rodičovství ve směru **realističtějšího pohledu a snížení nároků na sebe jako rodiče**.

Zátěž obou rodičů se negativně promítla do jejich vzájemného vztahu. Ve čtyřech párech proběhla větší či menší partnerská krize, která byla katalyzována eskalací nespavosti dítěte a někdy i dalším závažným stresorem. Jedním z nejdůležitějších témat rozhovorů s matkami bylo **téma angažovanosti otce v péči o dítě**. Pokud matka vnímala otcovu angažovanost jako nedostatečnou, vedlo to k její nespokojenosti. Způsob, kterým ji dávala najevo, ovlivňoval reakci otce a vyústění manželského příběhu. Analýzou rozhovorů se ukázalo konkrétní chování otce, které matky chápaly jako angažovanost. Mezi toto chování patřila iniciativní interakce s dítětem i v přítomnosti matky, samostatné hlídání dítěte, přítomnost v noci ve společném pokoji a psychické podílení se na nesení zátěže. Pohled matek na angažovanost otce je obzvláště důležitý, protože mnoho studií označuje spokojenost matky za zprostředkující proměnnou mezi angažovaností otce a kvalitou manželství (Gottman & Silver, 1999; Harris & Morgan, 1991; Kalmijn, 1999). Závěry týkající se partnerského vztahu a angažovanosti otce by mohly být inspirující pro lektory, kteří připravují prenatální kurzy pro nastávající rodiče, a také pro manželské poradce, mající v péči nespokojené páry s malými dětmi.

Dalšími osobami, od nichž oba rodiče očekávali pomoc, byli prarodiče dítěte. Pokud se nedostávalo opory v té podobě, kterou rodiče potřebovali (být k dispozici, nekritizovat ani péči

rodičů ani dítě samotné, neradit), dostavil se pocit zklamání. Blízkost bydliště prarodičů pozitivně souvisela s mírou jejich konkrétní pomoci i psychické podpory rodičovskému páru.

Rodiče příliš neočekávali pomoc od odborníků, nicméně právě ti by se mohli v budoucnosti stát zdrojem relevantních informací a pochopení. Zejména pediatři si mohou všimnout nápadností v projevech dítěte, popřípadě vyčerpání matky a iniciativně nabídnout svou podporu. Informace o neutěšitelném pláči a obtížném kojeneckém temperamentu by měla být součástí studia na lékařských fakultách. Matky s neutěšitelně plačícím kojencem by měly být nasměrovány do ordinací dětských psychologů, kteří by postupně začali získávat odbornost v poradenství a nápravě raných poruch interakce mezi matkou a dítětem. V průběhu času by se tak lékaři a psychologové stali důvěryhodným zdrojem podpory pro rodiče a mohly být snáze zachyceny případy, u nichž by zátěž neutěšitelného pláče mohla vést k závažnějším obtížím (deprese, riziko ublížení dítěti apod.).

Pro pediatrii je vytvořena zkratka **REST** (Howard & Tellerman, n.d.), která shrnuje doporučení pro rodiče neutěšitelně plačících dětí:

Reassurance (ujištění) – Lékař by měl ujistit rodiče, že se dítěti po zdravotní stránce dobře daří, a ocenit je za obrovské úsilí, které do péče vkládají, třeba následujícími slovy: „Vím, že jste velmi zneklidněni, ale zdá se, že se dítěti daří dobře a vy svou péčí odvádíte skvělou práci.“

Empatie (empathy) – Lékař by měl dát prostor rodičům pro vyjádření negativních emocí a pochyb, které mohou být s péčí spojeny, a reagovat na ně s pochopením.

Support (podpora) - Lékař by měl povzbudit rodiče, aby čerpali podporu z přátel a rodiny a neostýchali se je požádat o pomoc.

Time away (čas odechu) - Lékař by měl zdůraznit důležitost alespoň minimálního odpočinku obou rodičů, „nárok“ na tento odpočinek a pozitivní dopady jak na rodiče, tak na jeho bezprostřední okolí. Konkrétní doporučení zní, že by každý z partnerů měl dostat jednou týdně příležitost k odpočinku bez dítěte. Lékař by měl také povzbudit rodiče, aby využili přátele a členy rodiny pro pohlídání dítěte, aby mohli strávit alespoň krátký čas společně.

Doporučení vzešlá ze závěrů mé kvalitativní studie jsou velmi podobná výše popsaným návrhům. Rodiče potřebují znát informaci o existenci neutěšitelného pláče a obtížného temperamentu a pomůže jim ujištění o normálním vývoji dítěte. Dalším doporučením pro praxi

je nezbytnost další opory pro pár s neutěšitelně plačícím dítětem, ať už to bude v podobě konkrétní pomoci prarodičů či placené chůvy. Z důvodu vysoké zátěže neutišitelného pláče a rizika vzniku týrání dítěte by se ale mělo jednat o prověřené chůvy s dostatkem zkušeností a referencí. Matka by neměla mít chronický pocit, že je v situaci sama, bez pomoci. Pokud z důvodu vysokého pracovního nasazení otce se matce dostává z jeho strany jen mála konkrétní pomoci, měla by o to víc mít možnost získat konkrétní podporu odjinud, a stejně tak i prací hodně vytížený muž by se měl spolupodílet na psychických starostech matky s dítětem. Každý z rodičů by měl mít určitý pravidelný čas pro relaxaci bez dítěte, zejména matky zaměřené na naplňování potřeb dítěte potřebují zdůraznit informaci o prospěšnosti tohoto odpočinku. Kvůli nesmírné zátěži partnerského života je nutnou prevencí pravidelný společný čas trávený bez dítěte.

7 Závěr

*„Jste luky, z nichž jsou vaše děti vystřelovány jako živé šípy.
Lučištník vidí na stezce nekonečna terč a napíná vás svou silou,
aby jeho šípy letěly rychle a daleko.
Ať napínání rukou Lučištníka je pro vás radostí.
Neboť jak miluje šíp, který je rychlý, tak miluje luk, který je pevný.“*

(Chalíl Džibrán: Prorok. O dětech, 2002, s. 21-22)

Z básně Chalíla Džibrána bychom mohli usoudit, že čím víc je rodič „napínán“ péčí o dítě, tím dále pak dítě samotné „dolétné“. Je tato myšlenka platná, může být náchylnost dítěte k negativním emocím a horší seberegulaci k něčemu dobrá? Autoři hypotézy rozdílné citlivosti věří, že děti s obtížným temperamentem za podmínek dobré rodičovské péče dopadnou ještě lépe než jejich resilientní vrstevníci; v kvantitativních výzkumech se pro tento předpoklad nenachází tolik argumentů, kolik by si jeho propagátoři přáli. Odpovídá ale tato myšlenka individuální zkušenosti jednotlivých rodičů? Někteří z rodičů, se kterými jsem mluvila, docházeli k závěru, že soužití s dítětem, které potřebovalo jejich vyšší investice do péče, je přivedlo k větší práci na sobě samotných. Podobnou „výhodou“ může být náchylnost k negativním emocím a horší seberegulaci u dospívajících a dospělých - člověka motivuje k práci na sobě. Hypotéza rozdílné citlivosti tedy může v individuálních případech platit; nicméně je jisté, že větší seberozvoj bude muset být „odpracován“; buď rodičem dítěte s obtížným temperamentem, nebo následně samotným jedincem v jeho dospívání a dospělosti a nejspíše oběma stranami. U osobností, které daleko „doletěly“, se dozvídáme o jejich zápasech s negativními emocemi (za mnohé například Freud, Jung, Rogers, Maslow, za Čechy pak třeba Havel) a můžeme se domnívat, že bez vlastní obtížné zkušenosti by jejich přínos světu nebyl tak podstatný. Obtížně se dá zpětně posoudit, kolik z jejich těžkostí lze přičíst vrozenému temperamentu, protože v souladu s tendencí chápat vývojové obtíže jako výsledek rodičovské výchovy nacházíme v jejich životopisech hodně údajů o ní, ale málo zmínek o vrozeném temperamentu daných jedinců.

Velká část práce byla věnována genetickému a fyziologickému podkladu náchylnosti k negativním emocím a horší seberegulaci. Přesnější pochopení biologické podstaty těchto projevů by mohlo pomoci alespoň částečně s nalezením toho, co rodiče v zážitku péče tak moc postrádají – příčinu tak zjevné nepohody jejich miminka a taky atribuci, která by jim mohla pomoci ve vztahu k němu – pláč dítěte má nějakou objektivní příčinu (v tomto případě dysregulaci HPA-osy) a dítě ani rodič za ni „nemůže“.

Je otázkou, jestli zjišťování konkrétních genetických polymorfismů, které za „obtížnými“ temperamentovými rysy stojí, bude mít někdy nějakou aplikovanou rovinu v podobě genetického testování jednotlivců pro předpověď jejich zranitelnosti či náchylnosti k psychopatologii. Jednotlivý polymorfismus určuje pouze malé procento variance sledovaného rysu, výsledky vědeckých studií jsou nejednoznačné, ve hře je velké množství polymorfismů, které mohou mít mezi sebou různé interakce, a mnoho polymorfismů ještě není odhaleno. I pokud se jejich poznání zpřesní, je nejisté, jestli by rodiče či psychologové mohli těžit z informace, že dítě je nositelem některých z variant genů spojovaných s vyšší zranitelností. Zkoumání souvislostí mezi genetickými polymorfismy a temperamentovými projevy tak prozatím zůstává jen další cestou, jak poznávat roli serotoninu a dopaminu v lidské psychice.

8 Použitá literatura

- Abercrombie, E. D., Keefe, K. A., DiFrischia, D. S., & Zigmond, M. J. (1989). Differential effect of stress on in vivo dopamine release in striatum, nucleus accumbens, and medial frontal cortex. *Journal of neurochemistry*, 52(5), 1655-1658.
- Abidin, R. R., & Brunner, J. F. (1995). Development of a parenting alliance inventory. *Journal of clinical child psychology*, 24(1), 31-40.
- Alink, L. R., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Mesman, J., Juffer, F., & Koot, H. M. (2008). Cortisol and externalizing behavior in children and adolescents: Mixed meta-analytic evidence for the inverse relation of basal cortisol and cortisol reactivity with externalizing behavior. *Developmental psychobiology*, 50(5), 427-450.
- Allen, S. M., & Hawkins, A. J. (1999). Maternal gatekeeping: Mothers' beliefs and behaviors that inhibit greater father involvement in family work. *Journal of Marriage and the Family*, 199-212.
- Amato, P. R., Loomis, L. S., & Booth, A. (1995). Parental divorce, marital conflict, and offspring well-being during early adulthood. *Social Forces*, 73(3), 895-915.
- Amir, N., Foa, E. B., & Coles, M. E. (1998). Automatic activation and strategic avoidance of threat-relevant information in social phobia. *Journal of abnormal psychology*, 107(2), 285.
- Arcus, D. (2001). Inhibited and uninhibited children: Biology in the social context.
- Ardelt, M., & Eccles, J. S. (2001). Effects of mothers' parental efficacy beliefs and promotive parenting strategies on inner-city youth. *Journal of Family issues*, 22(8), 944-972.
- Arnsten, A. F., & Goldman-Rakic, P. S. (1998). Noise stress impairs prefrontal cortical cognitive function in monkeys: evidence for a hyperdopaminergic mechanism. *Archives of general psychiatry*, 55(4), 362-368.
- ATLAS.ti. Version 5.2.17 [Computer software] (2007) Berlin, Scientific Software Development GmbH.
- Auerbach, J., Geller, V., Lezer, S., Shinwell, E., Belmaker, R. H., Levine, J., & Ebstein, R. P. (1999). Dopamine D4 receptor (D4DR) and serotonin transporter promoter (5-HTTLPR) polymorphisms in the determination of temperament in 2-month-old infants. *Molecular Psychiatry*, 4(4).
- Auerbach, J. G., Faroy, M., Ebstein, R., Kahana, M., & Levine, J. (2001). The Association of the Dopamine D4 Receptor Gene (DRD4) and the Serotonin Transporter Promoter Gene (5-HTTLPR) with Temperament in 12-month-old Infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(6), 777-783.)
- Ayres, L., Kavanaugh, K., & Knafl, K. A. (2003). Within-case and across-case approaches to qualitative data analysis. *Qualitative health research*, 13(6), 871-883.
- Ball, F. J., Cowan, P., & Cowan, C. P. (1995). Who's got the power? Gender differences in partners' perceptions of influence during marital problem-solving discussions. *Family Process*, 34(3), 303-321.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37(2), 122.
- Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child development*, 67(6), 3296-3319.

- Barnes, N. M., & Sharp, T. (1999). A review of central 5-HT receptors and their function. *Neuropharmacology*, *38*(8), 1083-1152.
- Barnett, J. H., Jones, P. B., Robbins, T. W., & Müller, U. (2007). Effects of the catechol-O-methyltransferase Val158Met polymorphism on executive function: a meta-analysis of the Wisconsin Card Sort Test in schizophrenia and healthy controls. *Molecular psychiatry*, *12*(5), 502-509.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, *51*(6), 1173.
- Barr, R. G., McMullan, S. J., Spiess, H., Leduc, D. G., Yaremko, J., Barfield, R., Francoeur, T.E. & Hunziker, U. A. (1991). Carrying as colic" therapy": a randomized controlled trial. *Pediatrics*, *87*(5), 623-630.
- Bates, J. E. (1980). The concept of difficult temperament. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, *26*(4), 299-319.
- Bates, J. E., Freeland, A.B., & Lounsbury, M.L. (1979). Measurement of infant difficultness. *Child development*, *50*, 794 – 803.
- Bates, J. E., Olson, S. L., Pettit, G. S., & Bayles, K. (1982). Dimensions of individuality in the mother-infant relationship at six months of age. *Child Development*, 446-461.
- Bates, J. E., Pettit, G. S., Dodge, K. A., & Ridge, B. (1998). Interaction of temperamental resistance to control and restrictive parenting in the development of externalizing behavior. *Developmental psychology*, *34*(5), 982.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The Journal of Early Adolescence*, *11*(1), 56-95.
- Bayer, J. K., Hiscock, H., Hampton, A., & Wake, M. (2007). Sleep problems in young infants and maternal mental and physical health. *Journal of paediatrics and child health*, *43*(1-2), 66-73.
- Beauchaine, T. (2001). Vagal tone, development, and Gray's motivational theory: Toward an integrated model of autonomic nervous system functioning in psychopathology. *Development and psychopathology*, *13*(02), 183-214.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing research*, *50*(5), 275-285.
- Bechara, A., & van der Kooy, D. (1989). The tegmental pedunculo-pontine nucleus: a brain-stem output of the limbic system critical for the conditioned place preferences produced by morphine and amphetamine. *Journal of Neuroscience*, *9*(10), 3400-3409.
- Beijers, R., Riksen-Walraven, M., & de Weerth, C. (2012). Cortisol regulation in 12-month-olds: associations with the infants' early history of breastfeeding and co-sleeping. *The early maternal and caregiving environment: Longitudinal links with infant regulation and health*, 75.
- Bell, R. Q. (1968). A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization. *Psychological Review*, *75*, 81–95.
- Bell, S. M., & Ainsworth, M. D. S. (1972). Infant crying and maternal responsiveness. *Child development*, 1171-1190.

- Bellgrove, M. A., Domschke, K., Hawi, Z., Kirley, A., Mullins, C., Robertson, I. H., & Gill, M. (2005). The methionine allele of the COMT polymorphism impairs prefrontal cognition in children and adolescents with ADHD. *Experimental Brain Research*, *163*(3), 352-360.
- Belsky, J. (2005). Differential susceptibility to rearing influence. *Origins of the social mind: Evolutionary psychology and child development*, 139-163.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child development*, 83-96.
- Belsky, J. (1997). Theory testing, effect-size evaluation, and differential susceptibility to rearing influence: The case of mothering and attachment. *Child development*, *68*(4), 598-600.
- Belsky, J., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2007). For better and for worse: Differential susceptibility to environmental influences. *Current directions in psychological science*, *16*(6), 300-304.
- Belsky, J., Hsieh, K. H., & Crnic, K. (1998). Mothering, fathering, and infant negativity as antecedents of boys' externalizing problems and inhibition at age 3 years: Differential susceptibility to rearing experience?. *Development and psychopathology*, *10*(02), 301-319.
- Belsky, J., & Pensky, E. (1988). Marital change across the transition to parenthood. *Marriage & Family Review*, *12*(3-4), 133-156.
- Belsky, J., & Pluess, M. (2009). Beyond diathesis stress: differential susceptibility to environmental influences. *Psychological bulletin*, *135*(6), 885.
- Belsky, J., Putnam, S., & Crnic, K. (1996). Coparenting, parenting, and early emotional development. *New Directions for Child and Adolescent Development*, *196*(74), 45-55.
- Belsky, J., Rha, J. H., & Park, S. Y. (2000). Exploring reciprocal parent and child effects in the case of child inhibition in US and Korean samples. *International Journal of Behavioral Development*, *24*(3), 338-347.
- Belsky, J., Spanier, G. B., & Rovine, M. (1983). Stability and change in marriage across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 567-577.
- Bishop, S. J., Cohen, J. D., Fossella, J., Casey, B. J., & Farah, M. J. (2006). COMT genotype influences prefrontal response to emotional distraction. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, *6*(1), 62-70.
- Björklund, A., & Dunnett, S. B. (2007). Dopamine neuron systems in the brain: an update. *Trends in neurosciences*, *30*(5), 194-202.
- Blair, C. (2002). Early intervention for low birth weight, preterm infants: The role of negative emotionality in the specification of effects. *Development and psychopathology*, *14*(02), 311-332.
- Blair, C., Granger, D. A., Kivlighan, K. T., Mills-Koonce, R., Willoughby, M., Greenberg, M. T., Hibel, L.C., Leah, C., & Fortunato, C. K. (2008). Maternal and child contributions to cortisol response to emotional arousal in young children from low-income, rural communities. *Developmental Psychology*, *44*(4), 1095.
- Blair, C., Peters, R., & Granger, D. (2004). Physiological and neuropsychological correlates of approach/withdrawal tendencies in preschool: further examination of the behavioral inhibition system/behavioral activation system scales for young children. *Developmental psychobiology*, *45*(3), 113-124.

- Blatný, M. (2003). Moderní teorie temperamentu. *Blatný, M., & Plháková, A., Temperament, inteligence, sebepojetí: nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu. Psychologický ústav Akademie věd ČR Brno a Sdružení SCAN Tišnov.*
- Blier, P., & de Montigny, C. (1999). Serotonin and drug-induced therapeutic responses in major depression, obsessive-compulsive and panic disorders. *Neuropsychopharmacology, 21*, 915-985.
- Bornstein, S. R., Schuppenies, A., Wong, M. L., & Licinio, J. (2006). Approaching the shared biology of obesity and depression: the stress axis as the locus of gene-environment interactions.
- Bouma, E. M. C., Riese, H., Doornbos, B., Ormel, J., & Oldehinkel, A. J. (2012). Genetically based reduced MAOA and COMT functioning is associated with the cortisol stress response: a replication study. *Molecular psychiatry, 17*(2), 119-121
- Braungart-Rieker, J., Garwood, M. M., & Stifter, C. A. (1997). Compliance and noncompliance: The roles of maternal control and child temperament. *Journal of Applied Developmental Psychology, 18*, 411-428.
- Braungart-Rieker, J. M., Garwood, M. M., Powers, B. P., & Wang, X. (2001). Parental sensitivity, infant affect, and affect regulation: Predictors of later attachment. *Child development, 72*(1), 252-270.
- Braungart, J. M., Plomin, R., DeFries, J. C., & Fulker, D. W. (1992). Genetic influence on tester-rated infant temperament as assessed by Bayley's Infant Behavior Record: Nonadoptive and adoptive siblings and twins. *Developmental Psychology, 28*(1), 40-47.
- Brazelton, T. B. (1994). Touchpoints: opportunities for preventing problems in the parent-child relationship. *Acta Paediatrica, 83*(s394), 35-39.
- Bridgett, D. J., Gartstein, M. A., Putnam, S. P., McKay, T., Iddins, E., Robertson, C., Ramsay, K., & Rittmueller, A. (2009). Maternal and contextual influences and the effect of temperament development during infancy on parenting in toddlerhood. *Infant Behavior and Development, 32*(1), 103-116.
- Britton, J. R. (2011). Infant temperament and maternal anxiety and depressed mood in the early postpartum period. *Women & Health, 51*(1), 55-71.
- Broadley, K. J. (2010). The vascular effects of trace amines and amphetamines. *Pharmacology & therapeutics, 125*(3), 363-375.
- Bruder, G. E., Keilp, J. G., Xu, H., Shikhman, M., Schori, E., Gorman, J. M., & Gilliam, T. C. (2005). Catechol-O-methyltransferase (COMT) genotypes and working memory: associations with differing cognitive operations. *Biological psychiatry, 58*(11), 901-907.
- Brummett, B. H., Boyle, S. H., Siegler, I. C., Kuhn, C. M., Surwit, R. S., Garrett, M. E., Collins, A., Ashley-Koch, A., & Williams, R. B. (2008). HPA axis function in male caregivers: effect of the monoamine oxidase-A gene promoter (MAOA-uVNTR). *Biological psychology, 79*(2), 250-255.
- Burney, R. V., & Leerkes, E. M. (2010). Links between mothers' and fathers' perceptions of infant temperament and coparenting. *Infant Behavior and Development, 33*(2), 125-135.
- Buss, K. A., Schumacher, J. R. M., Doliski, I., Kalin, N. H., Goldsmith, H. H., & Davidson, R. J. (2003). Right frontal brain activity, cortisol, and withdrawal behavior in 6-month-old infants. *Behavioral neuroscience, 117*(1), 11

- Cai, J. X., & Arnsten, A. F. T. (1997). Dose-dependent effects of the dopamine D1 receptor agonists A77636 or SKF81297 on spatial working memory in aged monkeys. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 283(1), 183-189.
- Calkins, S. D. (1997). Cardiac vagal tone indices of temperamental reactivity and behavioral regulation in young children. *Developmental psychobiology*, 31(2), 125-135.
- Calkins, S. D. (2002). Does aversive behavior during toddlerhood matter? The effects of difficult temperament on maternal perceptions and behavior. *Infant mental health journal*, 23(4), 381-402.
- Calkins, S. D., & Dedmon, S. E. (2000). Physiological and behavioral regulation in two-year-old children with aggressive/destructive behavior problems. *Journal of abnormal child psychology*, 28(2), 103-118.
- Calkins, S. D., Hungerford, A., & Dedmon, S. E. (2004). Mothers' interactions with temperamentally frustrated infants. *Infant Mental Health Journal*, 25(3), 219-239.
- Campbell, S. B., Pierce, E. W., March, C. L., & Ewing, L. J. (1991). Noncompliant behavior, overactivity, and family stress as predictors of negative maternal control with preschool children. *Development and Psychopathology*, 3(02), 175-190.
- Campbell, S. B., Pierce, E. W., Moore, G., Marakovitz, S., & Newby, K. (1996). Boys' externalizing problems at elementary school age: Pathways from early behavior problems, maternal control, and family stress. *Development and psychopathology*, 8(04), 701-719.
- Carter, O. L., Burr, D. C., Pettigrew J. D., Wallis, G. M., Hasler, F., & Vollenweider, F. X. (2005). Using psilocybin to investigate the relationship between attention, working memory, and the serotonin 1A and 2A receptors. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 17 (10), 1497-1508.
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W., Taylor, A., & Poulton, R. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297(5582), 851-854.
- Cassano Jr, W. J., & D'mello, A. P. (2001). Acute stress-induced facilitation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis: evidence for the roles of stressor duration and serotonin. *Neuroendocrinology*, 74(3), 167-177.
- Clark, C. A., Woodward, L. J., Horwood, L. J., & Moor, S. (2008). Development of emotional and behavioral regulation in children born extremely preterm and very preterm: Biological and social influences. *Child development*, 79(5), 1444-1462.
- Clark, L. A., Kochanska, G., & Ready, R. (2000). Mothers' personality and its interaction with child temperament as predictors of parenting behavior. *Journal of personality and social psychology*, 79(2), 274.
- Clark, R., Hyde, J. S., Essex, M. J., & Klein, M. H. (1997). Length of maternity leave and quality of mother-infant interactions. *Child development*, 364-383.
- Clarke, H. F., Dalley, J. W., Crofts, H. S., Robbins, T. W., & Roberts, A. C. (2004). Cognitive inflexibility after prefrontal serotonin depletion. *Science*, 304(5672), 878-880.
- Clarke, H. F., Walker, S. C., Crofts, H. S., Dalley, J. W., Robbins, T. W., & Roberts, A. C. (2005). Prefrontal serotonin depletion affects reversal learning but not attentional set shifting. *Journal of Neuroscience*, 25(2), 532-538.
- Clohessy, A. B., Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (2001). Development of the functional visual field. *Acta Psychologica*, 106(1), 51-68.

- Cloninger, C. R. (1994). Temperament and personality. *Current opinion in neurobiology*, 4(2), 266-273.
- Cohen, R. S., & Weissman, S. H. (1984). The parenting alliance. *Parenthood: A psychodynamic perspective*, 33-49.
- Colder, C. R., Lochman, J. E., & Wells, K. C. (1997). The moderating effects of children's fear and activity level on relations between parenting practices and childhood symptomatology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25(3), 251-263.
- Colder, C. R., & O'Connor, R. M. (2004). Gray's reinforcement sensitivity model and child psychopathology: Laboratory and questionnaire assessment of the BAS and BIS. *Journal of abnormal child psychology*, 32(4), 435-451.
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (2003). Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting, and toddlers' behavior and developmental status. *Infant Mental Health Journal*, 24(2), 126-148.
- Colman, R. A., Hardy, S. A., Albert, M., Raffaelli, M., & Crockett, L. (2006). Early predictors of self-regulation in middle childhood. *Infant and Child Development*, 15(4), 421-437.
- Cook, J. L., Jones, R. M., Dick, A. J., & Singh, A. (2005). Revisiting men's role in father involvement: The importance of personal expectations. *Fathering*, 3(2), 165.
- Cook, J. C., Schoppe-Sullivan, S. J., Buckley, C. K., & Davis, E. F. (2009). Are some children harder to coparent than others? Children's negative emotionality and coparenting relationship quality. *Journal of Family Psychology*, 23(4), 606.
- Coplan, R. J., Hastings, P. D., Lagacé-Séguin, D. G., & Moulton, C. E. (2002). Authoritative and authoritarian mothers' parenting goals, attributions, and emotions across different childrearing contexts. *Parenting*, 2(1), 1-26.
- Coplan, R. J., Reichel, M., & Rowan, K. (2009). Exploring the associations between maternal personality, child temperament, and parenting: A focus on emotions. *Personality and individual differences*, 46(2), 241-246.
- Cornell, A. H., & Frick, P. J. (2007). The moderating effects of parenting styles in the association between behavioral inhibition and parent-reported guilt and empathy in preschool children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(3), 305-318.
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2000). *When partners become parents: The big life change for couples*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Cowan, P. A., & McHale, J. P. (1996). Coparenting in a family context: Emerging achievements, current dilemmas, and future directions. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 1996(74), 93-106.
- Cox, L., & Roos, V. (2008). The experiences of first-time mothers with colic infants who seek help from medical professionals: research. *Health SA Gesondheid*, 13(1), 4-13.
- Crockenberg, S., & Litman, C. (1990). Autonomy as competence in 2-year-olds: Maternal correlates of child defiance, compliance, and self-assertion. *Developmental Psychology*, 26(6), 961.
- Crockenberg, S., & McCluskey, K. (1986). Change in maternal behavior during the baby's first year of life. *Child Development*, 746-753.
- Crockenberg, S. B. (1986). Are temperamental differences in babies associated with predictable differences in care giving?. *New directions for child and adolescent development*, 1986(31), 53-73.

- Crockenberg, S. B., & Smith, P. (1982). Antecedents of mother-infant interaction and infant irritability in the first three months of life. *Infant Behavior and Development*, 5(2-4), 105-119.
- Crockenberg, S. C., & Leerkes, E. M. (2003). Parental acceptance, postpartum depression, and maternal sensitivity: Mediating and moderating processes. *Journal of Family Psychology*, 17(1), 80.
- Crockenberg, S. C., Leerkes, E. M., & Jo, P. S. B. (2008). Predicting aggressive behavior in the third year from infant reactivity and regulation as moderated by maternal behavior. *Development and psychopathology*, 20(01), 37-54.
- Cutrona, C. E., & Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child development*, 1507-1518.
- Cyphers, L. H., Phillips, K., Fulker, D. W., & Mrazek, D. A. (1990). Twin temperament during the transition from infancy to early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(3), 392-397.
- Dalley, J., Theobald, D., Pereira, E., Li, P. M. M. C., & Robbins, T. (2002). Specific abnormalities in serotonin release in the prefrontal cortex of isolation-reared rats measured during behavioural performance of a task assessing visuospatial attention and impulsivity. *Psychopharmacology*, 164(3), 329-340.
- Dalley, J. W., Theobald, D. E., Eagle, D. M., Passetti, F., & Robbins, T. W. (2002). Deficits in impulse control associated with tonically-elevated serotonergic function in rat prefrontal cortex.
- Daw, N. D., Kakade, S., & Dayan, P. (2002). Opponent interactions between serotonin and dopamine. *Neural Networks*, 15(4), 603-616.
- Deal, J. E., Halverson Jr, C. F., & Wampler, K. S. (1989). Parental agreement on child-rearing orientations: Relations to parental, marital, family, and child characteristics. *Child Development*, 1025-1034.
- Deakin, J. W., & Graeff, F. G. (1991). 5-HT and mechanisms of defence. *Journal of psychopharmacology*, 5(4), 305-315.
- Degangi, G. A., Dipietro, J. A., Greenspan, S. I., & Porges, S. W. (1991). Psychophysiological characteristics of the regulatory disordered infant. *Infant Behavior and Development*, 14(1), 37-50.
- Degnan, K. A., Calkins, S. D., Keane, S. P., & Hill-Soderlund, A. L. (2008). Profiles of disruptive behavior across early childhood: Contributions of frustration reactivity, physiological regulation, and maternal behavior. *Child Development*, 79(5), 1357-1376.
- Degnan, K. A., Henderson, H. A., Fox, N. A., & Rubin, K. H. (2008). Predicting social wariness in middle childhood: The moderating roles of childcare history, maternal personality and maternal behavior. *Social development*, 17(3), 471-487.
- Dennis, C. L., & Ross, L. (2005). Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology. *Birth*, 32(3), 187-193.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2005). 2005. *Handbook of qualitative research*, 3.
- Dettling, A. C., Gunnar, M. R., & Donzella, B. (1999). Cortisol levels of young children in full-day childcare centers: Relations with age and temperament. *Psychoneuroendocrinology*, 24(5), 519-536.

- DeVries, M. W. (1984). Temperament and infant mortality among the Masai of East Africa. *The American journal of psychiatry*.
- Dienstbier, R. A. (1989). Arousal and physiological toughness: implications for mental and physical health. *Psychological review*, *96*(1), 84.
- Domschke, K., Freitag, C. M., Kuhlenbäumer, G., Schirmacher, A., Sand, P., Nyhuis, P., Jacob, C., Fritze, J., Franke, P., Rietschel, M., Fimmers, R., Nothen, M. M., Lesch, K., Stogbauer, F., Garritsen, H. S., & Deckert, R. (2004). Association of the functional V158M catechol-O-methyl-transferase polymorphism with panic disorder in women. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, *7*(02), 183-188.
- Dudley, M., Roy, K., Kelk, N., & Bernard, D. (2001). Psychological correlates of depression in fathers and mothers in the first postnatal year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *19*(3), 187-202.
- Dumka, L. E., Stoerzinger, H. D., Jackson, K. M., & Roosa, M. W. (1996). Examination of the cross-cultural and cross-language equivalence of the parenting self-agency measure. *Family Relations*, 216-222.
- Džibrán, Ch. (2002). *Prorok*. Praha: Academia.
- Effect sizes calculator for non-parametric tests: Mann-Whitney-U, Wilcoxon-W and Kruskal-Wallis-H. [software]. Dostupné z: <https://www.psychometrica.de/effectsize.html#nonparametric>.
- Egan, M. F., Goldberg, T. E., Kolachana, B. S., Callicott, J. H., Mazzanti, C. M., Straub, R. E., Goldman, D., & Weinberger, D. R. (2001). Effect of COMT Val108/158 Met genotype on frontal lobe function and risk for schizophrenia. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *98*(12), 6917-6922.
- Eggum, N. D., Eisenberg, N., Spinrad, T. L., Reiser, M., Gaertner, B. M., Sallquist, J., & Smith, C. L. (2009). Development of shyness: Relations with children's fearfulness, sex, and maternal behavior. *Infancy*, *14*(3), 325-345.
- Eiden, R. D., Edwards, E. P., & Leonard, K. E. (2004). Predictors of effortful control among children of alcoholic and nonalcoholic fathers. *Journal of Studies on Alcohol*, *65*(3), 309-319.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M., Murphy, B. C., Losoya, S. H., & Guthrie, I. K. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child development*, *72*(4), 1112-1134.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Guthrie, I. K., Murphy, B. C., & Reiser, M. (1999). Parental reactions to children's negative emotions: Longitudinal relations to quality of children's social functioning. *Child development*, *70*(2), 513-534.
- Eisenberg, N., Hofer, C., & Vaughan, J. (2007). Effortful control and its socioemotional consequences. *Handbook of emotion regulation*, *2*, 287-288.
- Eisenberg, J., Mei-Tal, G., Steinberg, A., Tartakovsky, E., Zohar, A., Gritsenko, I., Nemanov, L., & Ebstein, R. P. (1999). Haplotype relative risk study of catechol-O-methyltransferase (COMT) and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Association of the high-enzyme activity val allele with adhd impulsive-hyperactive phenotype. *American journal of medical genetics*, *88*(5), 497-502.

- Eisenberg, N., Sadovsky, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Losoya, S. H., Valiente, C., Reiser, M., Cumberland, A., & Shepard, S. A. (2005a). The relations of problem behavior status to children's negative emotionality, effortful control, and impulsivity: concurrent relations and prediction of change. *Developmental psychology, 41*(1), 193.
- Eisenberg, N., Valiente, C., Spinrad, T. L., Cumberland, A., Liew, J., Reiser, M, Zhou, Q., & Losoya, S. H. (2009). Longitudinal relations of children's effortful control, impulsivity, and negative emotionality to their externalizing, internalizing, and co-occurring behavior problems. *Developmental psychology, 45*(4), 988.
- Eisenberger, N. I., Way, B. M., Taylor, S. E., Welch, W. T., & Lieberman, M. D. (2007). Understanding genetic risk for aggression: clues from the brain's response to social exclusion. *Biological psychiatry, 61*(9), 1100-1108.
- Eisenberg, N., Zhou, Q., Spinrad, T. L., Valiente, C., Fabes, R. A., & Liew, J. (2005b). Relations among positive parenting, children's effortful control, and externalizing problems: A three-wave longitudinal study. *Child development, 76*(5), 1055-1071.
- Ellett, M. L. C., Appleton, M. M., & Sloan, R. S. (2009). Out of the abyss of colic: a view through the fathers' eyes. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 34*(3), 164-171.
- Ellett, M. L. C., & Swenson, M. (2005). Living with a colicky infant. *Gastroenterology Nursing, 28*(1), 19-25.
- El-Sheikh, M. (2005). The role of emotional responses and physiological reactivity in the marital conflict-child functioning link. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*(11), 1191-1199.
- El-Sheikh, M., & Whitson, S. A. (2006). Longitudinal relations between marital conflict and child adjustment: Vagal regulation as a protective factor. *Journal of Family Psychology, 20*(1), 30.
- Enoch, M. A., Xu, K., Ferro, E., Harris, C. R., & Goldman, D. (2003). Genetic origins of anxiety in women: a role for a functional catechol-O-methyltransferase polymorphism. *Psychiatric genetics, 13*(1), 33-41.
- Evenden, J. L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology, 146*(4), 348-361.
- Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality* (Vol. 689). Transaction publishers.
- Fagan, J., & Barnett, M. (2003). The relationship between maternal gatekeeping, paternal competence, mothers' attitudes about the father role, and father involvement. *Journal of Family Issues, 24*(8), 1020-1043.
- Feinberg, M. E. (2002). Coparenting and the transition to parenthood: A framework for prevention. *Clinical Child and Family Psychology Review, 5*(3), 173-195.
- Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 48*(9), 919-927.
- Feldman, R., Greenbaum, C. W., Mayes, L. C., & Erlich, S. H. (1997). Change in mother-infant interactive behavior: Relations to change in the mother, the infant, and the social context. *Infant Behavior and Development, 20*(2), 151-163.
- Feldman, R., Greenbaum, C. W., & Yirmiya, N. (1999). Mother-infant affect synchrony as an antecedent of the emergence of self-control. *Developmental psychology, 35*(1), 223.

- Feldman, S., & Weidenfeld, J. (1998). The excitatory effects of the amygdala on hypothalamo-pituitary-adrenocortical responses are mediated by hypothalamic norepinephrine, serotonin, and CRF-41. *Brain research bulletin*, 45(4), 389-393.
- Floyd, F. J., & Zmich, D. E. (1991). Marriage and the parenting partnership: Perceptions and interactions of parents with mentally retarded and typically developing children. *Child Development*, 1434-1448.
- Fowles, D. C., & Kochanska, G. (2000). Temperament as a moderator of pathways to conscience in children: The contribution of electrodermal activity. *Psychophysiology*, 37(6), 788-795.
- Fowles, D. C., Kochanska, G., & Murray, K. (2000). Electrodermal activity and temperament in preschool children. *Psychophysiology*, 37(06), 777-787.
- Fox, E., Russo, R., Bowles, R., & Dutton, K. (2001). Do threatening stimuli draw or hold visual attention in subclinical anxiety?. *Journal of Experimental Psychology: General*, 130(4), 681.
- Fox, E., Russo, R., & Dutton, K. (2002). Attentional bias for threat: Evidence for delayed disengagement from emotional faces. *Cognition & Emotion*, 16(3), 355-379.
- Frank, S., Hole, C. B., Jacobson, S., Justkowski, R., & Huyck, M. (1986). Psychological predictors of parents' sense of confidence and control and self-versus child-focused gratifications. *Developmental psychology*, 22(3), 348.
- Frankenhaeuser, M. (1986). A psychobiological framework for research on human stress and coping. In *Dynamics of stress* (pp. 101-116). Springer US.
- Frazzetto, G., Di Lorenzo, G., Carola, V., Proietti, L., Sokolowska, E., Siracusano, A., Gross, C., & Troisi, A. (2007). Early trauma and increased risk for physical aggression during adulthood: the moderating role of MAOA genotype. *PLoS one*, 2(5), e486.
- Frick, P. J., & Morris, A. S. (2004). Temperament and developmental pathways to conduct problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 54-68.
- Frodi, A. (1985). When empathy fails. In *Infant crying* (pp. 263-277). Springer US.
- Froman, R. D., & Owen, S. V. (1990). Mothers' and nurses' perceptions of infant care skills. *Research in Nursing & Health*, 13(4), 247-253.
- Fung, M. T., Raine, A., Loeber, R., Lynam, D. R., Steinhauer, S. R., Venables, P. H., & Stouthamer-Loeber, M. (2005). Reduced electrodermal activity in psychopathy-prone adolescents. *Journal of abnormal psychology*, 114(2), 187.
- Gable, S., Belsky, J., & Crnic, K. (1995). Coparenting during the child's 2nd year: A descriptive account. *Journal of Marriage and the Family*, 609-616.
- Gartstein M. A., Rothbart M.K. (2003). Studying infant temperament via the Revised Infant Behavior Questionnaire. *Infant Behavior and Development*. 26, 64–86.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures: Selected essays* (Vol. 5019). Basic books.
- Gelfand, D. M., Teti, D. M., & Radin Fox, C. E. (1992). Sources of parenting stress for depressed and nondepressed mothers of infants. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 21(3), 262-272
- Gewirtz, J. L., & Boyd, E. F. (1977). Does maternal responding imply reduced infant crying? A critique of the 1972 Bell and Ainsworth report. *Child Development*, 1200-1207.
- Gilliom, M., & Shaw, D. S. (2004). Codevelopment of externalizing and internalizing problems in early childhood. *Development and psychopathology*, 16(02), 313-333.

- Goldsmith, H. H., Buss, K. A., & Lemery, K. S. (1997). Toddler and childhood temperament: Expanded content, stronger genetic evidence, new evidence for the importance of environment. *Developmental psychology, 33*(6), 891.
- Goldsmith, H. H., Buss, A. H., Plomin, R., Rothbart, M. K., Thomas, A., Chess, S., Hinde, R.A., & McCall, R. B. (1987). Roundtable: What is temperament? Four approaches. *Child development, 58*, 505-529.
- Goldsmith, H. H., Lemery, K. S., Buss, K. A., & Campos, J. J. (1999). Genetic analyses of focal aspects of infant temperament. *Developmental psychology, 35*(4), 972.
- Gordon, I., & Feldman, R. (2008). Synchrony in the Triad: A Microlevel Process Model of Coparenting and Parent-Child Interactions. *Family Process, 47*(4), 465-479.
- Gottman, J.M, Silver, N. (2015). Sedm principů spokojeného manželství. Praha: Jan Melvil publishing.
- Gowen, J. W., Johnson-Martin, N., Goldman, B. D., & Appelbaum, M. (1989). Feelings of depression and parenting competence of mothers of handicapped and nonhandicapped infants: A longitudinal study. *American Journal on Mental Retardation.*
- Goyal, D., Gay, C., & Lee, K. (2009). Fragmented maternal sleep is more strongly correlated with depressive symptoms than infant temperament at three months postpartum. *Archives of women's mental health, 12*(4), 229-237.
- Graeff, F. G., & Silveira Filho, N. G. (1978). Behavioral inhibition induced by electrical stimulation of the median raphe nucleus of the rat. *Physiology & Behavior, 21*(4), 477-484.
- Granon, S., Passetti, F., Thomas, K. L., Dalley, J. W., Everitt, B. J., & Robbins, T. W. (2000). Enhanced and impaired attentional performance after infusion of D1 dopaminergic receptor agents into rat prefrontal cortex. *Journal of neuroscience, 20*(3), 1208-1215.
- Gray, J. A. (1987). Perspectives on anxiety and impulsivity: A commentary. *Journal of research in personality, 21*(4), 493-509.
- Gray, J. A., & Mcnaughton, N. (2000). The psychology of Anxiety and Enquiry in to the functions of the septo hippocampus system.
- Gray, P. H., Edwards, D. M., O'Callaghan, M. J., Cuskelly, M., & Gibbons, K. (2013). Parenting stress in mothers of very preterm infants—influence of development, temperament and maternal depression. *Early Human Development, 89*(9), 625-629.
- Greenberg, B. D., Tolliver, T. J., Huang, S. J., Li, Q., Bengel, D., & Murphy, D. L. (1999). Genetic variation in the serotonin transporter promoter region affects serotonin uptake in human blood platelets. *American journal of medical genetics, 88*(1), 83-87.
- Gross, D., Conrad, B., Fogg, L., & Worthke, W. (1994) A longitudinal model of maternal self-efficacy, depression, and difficult temperament during toddlerhood. *Research in Nursing & Health, 17*, 207–215.
- Grossmann, T., Johnson, M. H., Vaish, A., Hughes, D. A., Quinque, D., Stoneking, M., & Friederici, A. D. (2011). Genetic and neural dissociation of individual responses to emotional expressions in human infants. *Developmental Cognitive Neuroscience, 1*(1), 57-66.
- Grüner, K., Muris, P., & Merckelbach, H. (1999). The relationship between anxious rearing behaviours and anxiety disorders symptomatology in normal children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 30*(1), 27-35.

- Gunnar, M. R., Larson, M. C., Hertsgaard, L., Harris, M. L., & Brodersen, L. (1992). The Stressfulness of Separation among Nine-Month-Old Infants: Effects of Social Context Variables and Infant Temperament. *Child development, 63*(2), 290-303.
- Gunnar, M. R., Porter, F. L., Wolf, C. M., Rigatuso, J., & Larson, M. C. (1995). Neonatal stress reactivity: Predictions to later emotional temperament. *Child development, 66*(1), 1-13.
- Gunnar, M. R., Tout, K., de Haan, M., Pierce, S., & Stanbury, K. (1997). Temperament, social competence, and adrenocortical activity in preschoolers. *Developmental psychobiology, 31*(1), 65-85.
- Hagekull, B., Bohlin, G., & Rydell, A. M. (1997). Maternal sensitivity, infant temperament, and the development of early feeding problems. *Infant Mental Health Journal, 18*(1), 92-106.
- Hammarberg, K., Fisher, J. R. W., & Wynter, K. H. (2008). Psychological and social aspects of pregnancy, childbirth and early parenting after assisted conception: a systematic review. *Human Reproduction Update, 14*(5), 395-414.
- Hanington, L., Ramchandani, P., & Stein, A. (2010). Parental depression and child temperament: Assessing child to parent effects in a longitudinal population study. *Infant Behavior and Development, 33*(1), 88-95.
- Hariri, A. R., Drabant, E. M., Munoz, K. E., Kolachana, B. S., Mattay, V. S., Egan, M. F., & Weinberger, D. R. (2005). A susceptibility gene for affective disorders and the response of the human amygdala. *Archives of general psychiatry, 62*(2), 146-152.
- Harris, K. M., & Morgan, S. P. (1991). Fathers, sons, and daughters: Differential paternal involvement in parenting. *Journal of Marriage and the Family, 53*1-544.
- Harrison, A. A., Everitt, B. J., & Robbins, T. W. (1997). Central 5-HT depletion enhances impulsive responding without affecting the accuracy of attentional performance: interactions with dopaminergic mechanisms. *Psychopharmacology, 133*(4), 329-342.
- Hastings, P. D., Rubin, K. H., & DeRose, L. (2005). Links among gender, inhibition, and parental socialization in the development of prosocial behavior. *Merrill-Palmer Quarterly, 51*(4), 467-493.
- Hecker, T., Hermenau, K., Salmen, C., Teicher, M., & Elbert, T. (2016). Harsh discipline relates to internalizing problems and cognitive functioning: findings from a cross-sectional study with school children in Tanzania. *BMC psychiatry, 16*(1), 118.
- Heisler, L. K., Pronchuk, N., Nonogaki, K., Zhou, L., Raber, J., Tung, L., Yeo, G. S. H., O'Rahilly, S., Colmers, W. F., Elmquist, M. K, & Tecott, L. H. (2007). Serotonin activates the hypothalamic–pituitary–adrenal axis via serotonin 2C receptor stimulation. *Journal of Neuroscience, 27*(26), 6956-6964.
- Herpertz, S. C., Mueller, B., Qunaibi, M., Lichterfeld, C., Konrad, K., & Herpertz-Dahlmann, B. (2005). Response to emotional stimuli in boys with conduct disorder. *American Journal of Psychiatry, 162*(6), 1100-1107.
- Hervás, I., Vilaró, M. T., Romero, L., Scorza, M., Mengod, G., & Artigas, F. (2001). Desensitization of 5-HT_{1A} autoreceptors by a low chronic fluoxetine dose effect of the concurrent administration of WAY-100635. *Neuropsychopharmacology, 24*(1), 11-20.
- Hess, C. R., Teti, D. M., & Hussey-Gardner, B. (2004). Self-efficacy and parenting of high-risk infants: The moderating role of parent knowledge of infant development. *Journal of Applied Developmental Psychology, 25*(4), 423-437.

- Hill, J., Breen, G., Quinn, J., Tibu, F., Sharp, H., & Pickles, A. (2013). Evidence for interplay between genes and maternal stress in utero: monoamine oxidase A polymorphism moderates effects of life events during pregnancy on infant negative emotionality at 5 weeks. *Genes, Brain and Behavior*, *12*(4), 388-396.
- Hill, N. E., & Bush, K. R. (2001). Relationships between parenting environment and children's mental health among African American and European American mothers and children. *Journal of Marriage and Family*, *63*(4), 954-966.
- Hjorth, S., Bengtsson, H. J., Kullberg, A., Carlzon, D., Peilot, H., & Auerbach, S. B. (2000). Serotonin autoreceptor function and antidepressant drug action. *Journal of Psychopharmacology*, *14*(2), 177-185.
- Holden, G. W., & West, M. J. (1989). Proximate regulation by mothers: A demonstration of how differing styles affect young children's behavior. *Child Development*, 64-69.
- Holmboe, K., Nemoda, Z., Fearon, R. M., Csibra, G., Sasvari-Szekely, M., & Johnson, M. H. (2010). Polymorphisms in dopamine system genes are associated with individual differences in attention in infancy. *Developmental psychology*, *46*(2), 404.
- Houck, G. M., & Lecuyer-Maus, E. A. (2004). Maternal limit setting during toddlerhood, delay of gratification, and behavior problems at age five. *Infant Mental Health Journal*, *25*(1), 28-46.
- Howard, B., & Tellerman, K. (n.d.). Brief interventions: the crying infant BI-PED project. Získáno z http://www.mdaap.org/BiPeds_THE_CRYING_INFANT.pdf
- Hubbard, F. O., & van Ijzendoorn, M. H. (1987). Maternal unresponsiveness and infant crying. A critical replication of the Bell & Ainsworth study. *Advances in Psychology*, *44*, 339-375.
- Hubbard, J. A., Smithmyer, C. M., Ramsden, S. R., Parker, E. H., Flanagan, K. D., Dearing, K. F., Relyea, N., & Simons, R. F. (2002). Observational, physiological, and self-report measures of children's anger: Relations to reactive versus proactive aggression. *Child development*, *73*(4), 1101-1118.
- Huffman, L. C., Bryan, Y. E., Carmen, R., Pedersen, F. A., Doussard-Roosevelt, J. A., & Forges, S. W. (1998). Infant temperament and cardiac vagal tone: Assessments at twelve weeks of age. *Child development*, *69*(3), 624-635.)
- Chakravarthy, V. S., Joseph, D., & Bapi, R. S. (2010). What do the basal ganglia do? A modeling perspective. *Biological cybernetics*, *103*(3), 237-253.
- Chang, Y., Fine, M. A., Ispa, J., Thornburg, K. R., Sharp, E., & Wolfenstein, M. (2004). Understanding parenting stress among young, low-income, African-American, first-time mothers. *Early Education and Development*, *15*(3), 265-282.
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory*. Sage.
- Charney, D. S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 195-216.
- Chen, J., Lipska, B. K., Halim, N., Ma, Q. D., Matsumoto, M., Melhem, S., Kolachana, B. S., Hyde, T. M., Herman, M. M., Apud, J., & Egan, M. F. (2004). Functional analysis of genetic variation in catechol-O-methyltransferase (COMT): effects on mRNA, protein, and enzyme activity in postmortem human brain. *The American Journal of Human Genetics*, *75*(5), 807-821.

- Chen, X., Hastings, P. D., Rubin, K. H., Chen, H., Cen, G., & Stewart, S. L. (1998). Child-rearing attitudes and behavioral inhibition in Chinese and Canadian toddlers: a cross-cultural study. *Developmental psychology, 34*(4), 677.
- Chess, S., & Thomas, A. (1991). Temperament and the concept of goodness of fit. In *Explorations in temperament* (pp. 15-28). Springer US.
- Christensen, K. (nedatováno). Calculation of Chi-square test for deviation from Hardy-Weinberg equilibrium. Dostupné z: <http://www.husdyr.kvl.dk/htm/kc/popgen/genetik/applets/kitest.htm>.
- Christine, C. W., & Aminoff, M. J. (2004). Clinical differentiation of parkinsonian syndromes: prognostic and therapeutic relevance. *The American journal of medicine, 117*(6), 412-419.
- Izzo, C., Weiss, L., Shanahan, T., & Rodriguez-Brown, F. (2000). Parental self-efficacy and social support as predictors of parenting practices and children's socioemotional adjustment in Mexican immigrant families. *Journal of Prevention & Intervention in the Community, 20*(1-2), 197-213.
- Jabbi, M., Korf, J., Kema, I. P., Hartman, C., Van der Pompe, G., Minderaa, R. B., Ormel, J., & Den Boer, J. A. (2007). Convergent genetic modulation of the endocrine stress response involves polymorphic variations of 5-HTT, COMT and MAOA. *Molecular psychiatry, 12*(5), 483-490.
- Jacobs, B. L., & Azmitia, E. C. (1992). Structure and function of the brain serotonin system. *Physiol Rev, 72*(1), 165-229.
- Jak na miminka (n.d.). *Reflux u kojenců, zvracení u miminek* [web log message]. Získáno z <http://www.jaknamiminka.cz/reflux-u-kojencu-zvraceni-miminek-a35.html>.
- James-Roberts, I. S., Hurry, J., Bowyer, J., & Barr, R. G. (1995). Supplementary carrying compared with advice to increase responsive parenting as interventions to prevent persistent infant crying. *Pediatrics, 95*(3), 381-388.
- Jensen, K. B., Lonsdorf, T. B., Schalling, M., Kosek, E., & Ingvar, M. (2009). Increased sensitivity to thermal pain following a single opiate dose is influenced by the COMT val 158 met polymorphism. *PLoS one, 4*(6), e6016.
- Jouriles, E. N., Murphy, C. M., Farris, A. M., Smith, D. A., Richters, J. E., & Waters, E. (1991). Marital adjustment, parental disagreements about child rearing, and behavior problems in boys: Increasing the specificity of the marital assessment. *Child development, 1424-1433*.
- Kagan, J. (1995). Galen's prophecy: Temperament in human nature. New York: Basic Books.
- Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child development, 1459-1473*.
- Kagan, J., & Snidman, N. (1999). Early childhood predictors of adult anxiety disorders. *Biological psychiatry, 46*(11), 1536-1541.
- Kahn, J. P., Rubinow, D. R., Davis, C. L., Kling, M., & Post, R. M. (1988). Salivary cortisol: a practical method for evaluation of adrenal function. *Biological psychiatry, 23*(4), 335-349.
- Kalmijn, M. (1999). Father involvement in childrearing and the perceived stability of marriage. *Journal of Marriage and the Family, 409-421*.

- Kalmuss, D., Davidson, A., & Cushman, L. (1992). Parenting Expectations, Experiences, and Adjustment to Parenthood: A Test of the Violated Expectations Framework. *Journal of Marriage and Family*, 54, 516-526.
- Kamerman, S. B., & Kahn, A. J. (1993). Home health visiting in Europe. *The Future of Children*, 39-52.
- Kapur, S., & Remington, G. (1996). Serotonin-dopamine interaction and its relevance to schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153(4), 466-476.
- Kariyawasam, S. H., Zaw, F., & Handley, S. L. (2002). Reduced salivary cortisol in children with comorbid attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder. *Neuroendocrinology Letters*, 23(1), 45-48.
- Karraker, K. H., Lake, M. A., & Parry, T. B. (1994). Infant coping with everyday stressful events. *Merrill-Palmer Quarterly (1982-)*, 171-189.
- Karrass, J., & Braungart-Rieker, J. M. (2003). Parenting and temperament as interacting agents in early language development. *Parenting: Science and Practice*, 3(3), 235-259.
- Karreman, A., van Tuijl, C., van Aken, M. A., & Deković, M. (2006). Parenting and self-regulation in preschoolers: a meta-analysis. *Infant and Child Development*, 15(6), 561-579.
- Karreman, A., van Tuijl, C., van Aken, M. A., & Deković, M. (2008a). Parenting, coparenting, and effortful control in preschoolers. *Journal of Family Psychology*, 22(1), 30.
- Karreman, A., van Tuijl, C., van Aken, M. A., & Deković, M. (2008b). The relation between parental personality and observed parenting: The moderating role of preschoolers' effortful control. *Personality and Individual Differences*, 44(3), 723-734.
- Katainen, S., Raikkönen, K., & Keltikangas-Järvinen, L. (1997). Childhood temperament and mother's child-rearing attitudes: stability and interaction in a three-year follow-up study. *European Journal of Personality*, 11(4), 249-265.
- Keller, M. A., & Goldberg, W. A. (2004). Co-sleeping: Help or hindrance for young children's independence?. *Infant and Child Development*, 13(5), 369-388.
- Kerr, D. C., Lopez, N. L., Olson, S. L., & Sameroff, A. J. (2004). Parental discipline and externalizing behavior problems in early childhood: The roles of moral regulation and child gender. *Journal of abnormal child psychology*, 32(4), 369-383.
- Kiang, L., Moreno, A. J., & Robinson, J. L. (2004). Maternal preconceptions about parenting predict child temperament, maternal sensitivity, and children's empathy. *Developmental Psychology*, 40(6), 1081.
- Kiel, E. J., & Buss, K. A. (2006). Maternal accuracy in predicting toddlers' behaviors and associations with toddlers' fearful temperament. *Child Development*, 77(2), 355-370.
- Kiff, C. J., Lengua, L. J., & Bush, N. R. (2011b). Temperament variation in sensitivity to parenting: Predicting changes in depression and anxiety. *Journal of abnormal child psychology*, 39(8), 1199.
- Kiff, C. J., Lengua, L. J., & Zalewski, M. (2011a). Nature and nurturing: Parenting in the context of child temperament. *Clinical child and family psychology review*, 14(3), 251-301.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Taylor, A., Williams, B., Newcombe, R., Craig, I. W., & Moffitt, T. E. (2006). MAOA, maltreatment, and gene-environment interaction predicting children's mental health: new evidence and a meta-analysis. *Molecular psychiatry*, 11(10), 903-913.

- Kimberg, D. Y., D'esposito, M., & Farah, M. J. (1997). Effects of bromocriptine on human subjects depend on working memory capacity. *Neuroreport*, *8*(16), 3581-3585.
- Kimonis, E. R., Frick, P. J., Boris, N. W., Smyke, A. T., Cornell, A. H., Farrell, J. M., & Zeanah, C. H. (2006). Callous-unemotional features, behavioral inhibition, and parenting: independent predictors of aggression in a high-risk preschool sample. *Journal of Child and Family Studies*, *15*(6), 741-752.
- Kirschbaum, C., & Hellhammer, D. H. (1994). Salivary cortisol in psychoneuroendocrine research: recent developments and applications. *Psychoneuroendocrinology*, *19*(4), 313-333.
- Kochanska, G. (1995). Children's temperament, mothers' discipline, and security of attachment: Multiple pathways to emerging internalization. *Child development*, *66*(3), 597-615.
- Kochanska, G. (1997). Multiple pathways to conscience for children with different temperaments: from toddlerhood to age 5. *Developmental psychology*, *33*(2), 228.
- Kochanska, G., & Aksan, N. (1995). Mother-child mutually positive affect, the quality of child compliance to requests and prohibitions, and maternal control as correlates of early internalization. *Child Development*, *66*(1), 236-254.
- Kochanska, G., Aksan, N., & Carlson, J. J. (2005). Temperament, relationships, and young children's receptive cooperation with their parents. *Developmental Psychology*, *41*(4), 648.
- Kochanska, G., Aksan, N., & Joy, M. E. (2007). Children's fearfulness as a moderator of parenting in early socialization: Two longitudinal studies. *Developmental psychology*, *43*(1), 222.
- Kochanska, G., Aksan, N., Prisco, T. R., & Adams, E. E. (2008). Mother-child and father-child mutually responsive orientation in the first 2 years and children's outcomes at preschool age: Mechanisms of influence. *Child Development*, *79*(1), 30-44.
- Kochanska, G., Friesenborg, A. E., Lange, L. A., & Martel, M. M. (2004). Parents' personality and infants' temperament as contributors to their emerging relationship. *Journal of personality and social psychology*, *86*(5), 744.
- Kochanska, G., & Knaack, A. (2003). Effortful control as a personality characteristic of young children: Antecedents, correlates, and consequences. *Journal of personality*, *71*(6), 1087-1112.
- Kochanska, G., Murray, K. T., & Harlan, E. T. (2000). Effortful control in early childhood: continuity and change, antecedents, and implications for social development. *Developmental psychology*, *36*(2), 220.
- Kontoangelos, K., Papageorgiou, C. C., Raptis, A. E., Tsiotra, P., Lambadiari, V., Papadimitriou, G. N., Rabavilas, A. D., Dimitriadis, G., & Raptis, S. A. (2015). Homocysteine, cortisol, diabetes mellitus, and psychopathology. *Journal of diabetes research*, 2015.
- Kreek, M. J., Nielsen, D. A., Butelman, E. R., & LaForge, K. S. (2005). Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. *Nature neuroscience*, *8*(11), 1450-1457
- Kuczynski, L. (1984). Socialization goals and mother-child interaction: Strategies for long-term and short-term compliance. *Developmental Psychology*, *20*(6), 1061.
- Kurth, E., Spichiger, E., Stutz, E. Z., Biedermann, J., Hösli, I., & Kennedy, H. P. (2010). Crying babies, tired mothers-challenges of the postnatal hospital stay: an interpretive phenomenological study. *BMC pregnancy and childbirth*, *10*(1), 21.

- Kyrios, M., & Prior, M. (1990). Temperament, stress and family factors in behavioural adjustment of 3-5-year-old children. *International journal of behavioral development*, 13(1), 67-93.
- Lacey, J. I., & Lacey, B. C. (1962). The law of initial values in the longitudinal study of autonomic constitution: Reproducibility of autonomic response patterns over a four year interval. *Annals of the New York Academy of Science*, 98, 1257-1290, 1322-1326.
- Lahey, B. B., Van Hulle, C. A., Keenan, K., Rathouz, P. J., D'Onofrio, B. M., Rodgers, J. L., & Waldman, I. D. (2008). Temperament and parenting during the first year of life predict future child conduct problems. *Journal of abnormal child psychology*, 36(8), 1139.
- Lachman, H. M., Papolos, D. F., Saito, T., Yu, Y. M., Szumlanski, C. L., & Weinshilboum, R. M. (1996). Human catechol-O-methyltransferase pharmacogenetics: description of a functional polymorphism and its potential application to neuropsychiatric disorders. *Pharmacogenetics and Genomics*, 6(3), 243-250.
- Lajin, B., & Alachkar, A. (2011). Detection of catechol-O-methyltransferase (COMT) Val158Met Polymorphism by a New Optimized PCR-RFLP Method. *Am. J. Biomed. Sci*, 3(3), 170-175.
- Lam, P., Hiscock, H., & Wake, M. (2003). Outcomes of infant sleep problems: a longitudinal study of sleep, behavior, and maternal well-being. *Pediatrics*, 111(3), e203-e207.
- Lamb, M. E., Frodi, M., Hwang, C., Forstromm, B., & Corry, T. (1982). Stability and change in parental attitudes following an infant's birth into traditional and nontraditional Swedish families. *Scandinavian Journal of Psychology*, 23, 53-62.
- Landgren, K., & Hallström, I. (2011). Parents' experience of living with a baby with infantile colic—a phenomenological hermeneutic study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(2), 317-324.
- Landgren, K., Lundqvist, A., & Hallström, I. (2012). Remembering the chaos-but life went on and the wound healed. a four year follow up with parents having had a baby with infantile colic. *The open nursing journal*, 6(1).
- Latz, S., Wolf, A. W., & Lozoff, B. (1999). Cosleeping in context: sleep practices and problems in young children in Japan and the United States. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153(4), 339-346.
- Lee, C. L., & Bates, J. E. (1985). Mother-child interaction at age two years and perceived difficult temperament. *Child development*, 1314-1325
- Lee, M. A., Schoppe-Sullivan, S. J., & Camp Dush, C. M. (2012). Parenting perfectionism and parental adjustment. *Personality and Individual Differences*, 52, 454–457.
- Leerkes, E. M., Blankson, A. N., & O'Brien, M. (2009). Differential effects of maternal sensitivity to infant distress and nondistress on social-emotional functioning. *Child development*, 80(3), 762-775.
- Leerkes, E. M., & Crockenberg, S. C. (2002). The development of maternal self-efficacy and its impact on maternal behavior. *Infancy*, 3(2), 227-247.
- Lengua, L. J. (2008). Anxiousness, Frustration, and Effortful Control as Moderators of the Relation between Parenting and Adjustment in Middle-childhood. *Social Development*, 17(3), 554-577.

- Lengua, L. J. (2003). Associations among emotionality, self-regulation, adjustment problems, and positive adjustment in middle childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology, 24*(5), 595-618.
- Lengua, L. J. (2006). Growth in temperament and parenting as predictors of adjustment during children's transition to adolescence. *Developmental psychology, 42*(5), 819.
- Lengua, L. J., Honorado, E., & Bush, N. R. (2007). Contextual risk and parenting as predictors of effortful control and social competence in preschool children. *Journal of applied developmental psychology, 28*(1), 40-55.
- Lengua, L. J., & Kovacs, E. A. (2005). Bidirectional associations between temperament and parenting and the prediction of adjustment problems in middle childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology, 26*(1), 21-38.
- Leve, L. D., Kim, H. K., & Pears, K. C. (2005). Childhood temperament and family environment as predictors of internalizing and externalizing trajectories from ages 5 to 17. *Journal of abnormal child psychology, 33*(5), 505-520.
- Leve, L. D., Scaramella, L. V., & Fagot, B. I. (2001). Infant temperament, pleasure in parenting, and marital happiness in adoptive families. *Infant Mental Health Journal, 22*(5), 545-558.
- Lerner, J. V., & Lerner, R. M. (1994). Explorations of the goodness-of-fit model in early adolescence. *Prevention and early intervention, 161-169*.
- Levitzky, S., & Cooper, R. (2000). Infant Colic Syndrome - Maternal Fantasies of Aggression and Infanticide. *Clinical Pediatrics, 39*(7), 395.
- Lewis, M., & Ramsay, D. S. (1995). Developmental change in infants' responses to stress. *Child development, 66*(3), 657-670.
- Lewis, M., Ramsay, D. S., & Sullivan, M. W. (2006). The relation of ANS and HPA activation to infant anger and sadness response to goal blockage. *Developmental psychobiology, 48*(5), 397-405.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry* (Vol. 75). Sage.
- Lindemann, L., & Hoener, M. C. (2005). A renaissance in trace amines inspired by a novel GPCR family. *Trends in pharmacological sciences, 26*(5), 274-281.
- Lindsey, E. W., Caldera, Y., & Colwell, M. (2005). Correlates of coparenting during infancy. *Family Relations, 54*(3), 346-359.
- Liposits, Z. S., Phelix, C., & Paull, W. K. (1987). Synaptic interaction of serotonergic axons and corticotropin releasing factor (CRF) synthesizing neurons in the hypothalamic paraventricular nucleus of the rat. *Histochemistry, 86*(6), 541-549.
- Liy-Salmeron, G., & Meneses, A. (2008). Effects of 5-HT drugs in prefrontal cortex during memory formation and the ketamine amnesia-model. *Hippocampus, 18*(9), 965-974.
- Long, T., & Johnson, M. (2001). Living and coping with excessive infantile crying. *Journal of advanced nursing, 34*(2), 155-162.
- Lorber, M. F. (2004). Psychophysiology of aggression, psychopathy, and conduct problems: a meta-analysis. *Psychological bulletin, 130*(4), 531.
- Lowry, C. A. (2002). Functional subsets of serotonergic neurones: implications for control of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Journal of neuroendocrinology, 14*(11), 911-923.
- Lucassen, P. L. B. J., Assendelft, W. J. J., Gubbels, J. W., van Eijk, J., Van Geldrop, W. J., & Neven, A. K. (1998). Effectiveness of treatments for infantile colic: systematic review. *Bmj, 316*(7144), 1563-1568.

- Lucki, I., & Harvey, J. A. (1979). Increased sensitivity to d- and l-amphetamine action after midbrain raphe lesions as measured by locomotor activity. *Neuropharmacology*, *18*(3), 243-249.
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. *Handbook of child psychology: formerly Carmichael's Manual of child psychology/Paul H. Mussen, editor*.
- Maccoby, E. E., Snow, M. E., & Jacklin, C. N. (1984). Children's dispositions and mother-child interaction at 12 and 18 months: A short-term longitudinal study. *Developmental Psychology*, *20*, 459-472.
- MacPhee, D., Fritz, J., & Miller-Heyl, J. (1996). Ethnic variations in personal social networks and parenting. *Child Development*, *67*(6), 3278-3295.
- Malenka, R. C., Nestler, E. J., Hyman, S. E., Sydor, A., & Brown, R. Y. (2009). Molecular Neuropharmacology: A Foundation for Clinical Neuroscience. *New York: McGrawHill Medical. Book*.
- Manuck, S. B., Flory, J. D., Ferrell, R. E., Mann, J. J., & Muldoon, M. F. (2000). A regulatory polymorphism of the monoamine oxidase-A gene may be associated with variability in aggression, impulsivity, and central nervous system serotonergic responsivity. *Psychiatry research*, *95*(1), 9-23.
- Margolin, G., Gordis, E. B., & John, R. S. (2001). Coparenting: a link between marital conflict and parenting in two-parent families. *Journal of Family Psychology*, *15*(1), 3.
- Marhánková, J. H., & Štípková, M. (2014). Typologie prarodičovství v české společnosti—faktory ovlivňující zapojení prarodičů do péče o vnoučata. *Naše společnost (Our Society)*, *1*(12), 15-26.
- Markant, J., Cicchetti, D., Hetzel, S., & Thomas, K. M. (2014). Contributions of COMT Val158Met to cognitive stability and flexibility in infancy. *Developmental Science*, *17*(3), 396-411.
- Martini, T. S., Root, C. A., & Jenkins, J. M. (2004). Low and middle income mothers' regulation of negative emotion: Effects of children's temperament and situational emotional responses. *Social Development*, *13*(4), 515-530.
- Mayberry, L. J., & Affonso, D. D. (1993). Infant temperament and postpartum depression: a review. *Health care for women international*, *14*(2), 201-211.
- Mäntymaa, M., Puura, K., Luoma, I., Salmelin, R. K., & Tamminen, T. (2006). Mother's early perception of her infant's difficult temperament, parenting stress and early mother-infant interaction. *Nordic journal of psychiatry*, *60*(5), 379-386.
- McBride, B. A., Schoppe, S. J., & Rane, T. R. (2002). Child characteristics, parenting stress, and parental involvement: Fathers versus mothers. *Journal of Marriage and Family*, *64*(4), 998-1011.
- McBurnett, K. (1992). Psychobiological approaches to personality and their applications to child psychopathology. In *Advances in clinical child psychology* (pp. 107-164). Springer US.
- McBurnett, K., Lahey, B. B., Frick, P. J., Risch, C., Loeber, R., Hart, E. L., Christ, M.A.G., & Hanson, K. S. (1991). Anxiety, inhibition, and conduct disorder in children: II. Relation to salivary cortisol. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *30*(2), 192-196.
- McCartney, K., Harris, M. J., & Bernieri, F. (1990). Growing up and growing apart: a developmental meta-analysis of twin studies. *Psychological bulletin*, *107*(2), 226-237.

- McDermott, R., Tingley, D., Cowden, J., Frazzetto, G., & Johnson, D. D. (2009). Monoamine oxidase A gene (MAOA) predicts behavioral aggression following provocation. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 106*(7), 2118-2123.
- McGrath, J. M., Records, K., & Rice, M. (2008). Maternal depression and infant temperament characteristics. *Infant Behavior and Development, 31*(1), 71-80.
- McGue, M., Bacon, S., & Lykken, D. T. (1993). Personality stability and change in early adulthood: A behavioral genetic analysis. *Developmental psychology, 29*(1), 96-109.
- McHale, J. P. (1995). Coparenting and triadic interactions during infancy: The roles of marital distress and child gender. *Developmental psychology, 31*(6), 985.
- McHale, J. P., Kazali, C., Rotman, T., Talbot, J., Carleton, M., & Lieberson, R. (2004). The transition to coparenthood: Parents' prebirth expectations and early coparental adjustment at 3 months postpartum. *Development and psychopathology, 16*(03), 711-733.
- McHale, J. P., Kuersten-Hogan, R., Lauretti, A., & Rasmussen, J. L. (2000). Parental reports of coparenting and observed coparenting behavior during the toddler period. *Journal of Family Psychology, 14*(2), 220.
- McHale, J. P., & Rasmussen, J. L. (1998). Coparental and family group-level dynamics during infancy: Early family precursors of child and family functioning during preschool. *Development and psychopathology, 10*(01), 39-59.
- McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., Tennant, C., & Don, N. (2001). Postnatal depression, anxiety and unsettled infant behaviour. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 35*(5), 581-588.
- MedCalcSoftware bvba[software]. (2017). Ostend, Belgium. Dostupné z: <http://www.medcalc.org>; 2017.
- Mednick, B. R. (1996). Personality and demographic characteristics of mothers and their ratings of child difficultness. *International Journal of Behavioral Development, 19*(1), 121-140.
- Megel, M. E., Wilson, M. E., Bravo, K., McMahon, N., & Towne, A. (2011). Baby lost and found: mothers' experiences of infants who cry persistently. *Journal of Pediatric Health Care, 25*(3), 144-152.
- Mehall, K. G., Spinrad, T. L., Eisenberg, N., & Gaertner, B. M. (2009). Examining the relations of infant temperament and couples' marital satisfaction to mother and father involvement: A longitudinal study. *Fathering, 7*(1), 23.
- Mehta, M. A., Owen, A. M., Sahakian, B. J., Mavaddat, N., Pickard, J. D., & Robbins, T. W. (2000). Methylphenidate enhances working memory by modulating discrete frontal and parietal lobe regions in the human brain. *J Neurosci, 20*(6), RC65.
- Mesman, J., Stoel, R., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Juffer, F., Koot, H. M., & Alink, L. R. (2009). Predicting growth curves of early childhood externalizing problems: Differential susceptibility of children with difficult temperament. *Journal of Abnormal Child Psychology, 37*(5), 625.
- Meyer, J. H., Ginovart, N., Boovariwala, A., Segrati, S., Hussey, D., Garcia, A., Young, T., Praschak-Rieder, N., Wilson, A. A., & Houle, S. (2006). Elevated monoamine oxidase a levels in the brain: an explanation for the monoamine imbalance of major depression. *Archives of general psychiatry, 63*(11), 1209-1216.

- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Sage.
- Milgrom, J., Westley, D. T., & McCloud, P. I. (1995). Do infants of depressed mothers cry more than other infants?. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 31(3), 218-221.
- Miller, A. R., Barr, R. G., & Eaton, W. O. (1993). Crying and motor behavior of six-week-old infants and postpartum maternal mood. *Pediatrics*, 92(4), 551-558.
- Miller, R., Wankerl, M., Stalder, T., Kirschbaum, C., & Alexander, N. (2013). The serotonin transporter gene-linked polymorphic region (5-HTTLPR) and cortisol stress reactivity: a meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 18(9), 1018-1024.
- Mills-Koonce, W. R., Gariépy, J. L., Propper, C., Sutton, K., Calkins, S., Moore, G., & Cox, M. (2007). Infant and parent factors associated with early maternal sensitivity: A caregiver-attachment systems approach. *Infant Behavior and Development*, 30(1), 114-126.
- Mindell, J. A., Kuhn, B., Lewin, D. S., Meltzer, L. J., & Sadeh, A. (2006). Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*, 29(10), 1263-1276.
- Mitchell, J. B., Betito, K., Rowe, W., Boksa, P., & Meaney, M. J. (1992). Serotonergic regulation of type II corticosteroid receptor binding in hippocampal cell cultures: evidence for the importance of serotonin-induced changes in cAMP levels. *Neuroscience*, 48(3), 631-639.
- Mogg, K., Bradley, B. P., De Bono, J., & Painter, M. (1997). Time course of attentional bias for threat information in non-clinical anxiety. *Behaviour research and therapy*, 35(4), 297-303.
- Morales, S., Pérez-Edgar, K. E., & Buss, K. A. (2015). Attention biases towards and away from threat mark the relation between early dysregulated fear and the later emergence of social withdrawal. *Journal of abnormal child psychology*, 43(6), 1067-1078.
- Morrell, J., & Cortina-Borja, M. (2002). The developmental change in strategies parents employ to settle young children to sleep, and their relationship to infant sleeping problems, as assessed by a new questionnaire: the Parental Interactive Bedtime Behaviour Scale. *Infant & Child Development*, 11(1), 17-41.
- Morrell, J., & Murray, L. (2003). Parenting and the development of conduct disorder and hyperactive symptoms in childhood: A prospective longitudinal study from 2 months to 8 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(4), 489-508.
- Morrell, J., & Steele, H. (2003) The role of attachment security, temperament, maternal perception, and care-giving behavior in persistent infant sleeping problems. *Infant Mental Health Journal*, 24, 447– 468.
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Sessa, F. M., Avenevoli, S., & Essex, M. J. (2002a). Temperamental vulnerability and negative parenting as interacting predictors of child adjustment. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 461-471.
- Morris, A. S., Steinberg, L., Sessa, F. M., Avenevoli, S., Silk, J. S., & Essex, M. J. (2002b). Measuring children's perceptions of psychological control: Developmental and conceptual considerations.
- Mueller, A., Brocke, B., Fries, E., Lesch, K. P., & Kirschbaum, C. (2010). The role of the serotonin transporter polymorphism for the endocrine stress response in newborns. *Psychoneuroendocrinology*, 35(2), 289-296.

- Mulsow, M., Caldera, Y. M., Pursley, M., Reifman, A., & Huston, A. C. (2002). Multilevel factors influencing maternal stress during the first three years. *Journal of Marriage and Family, 64*(4), 944-956.
- Murphy, B. L., Arnsten, A. F., Goldman-Rakic, P. S., & Roth, R. H. (1996). Increased dopamine turnover in the prefrontal cortex impairs spatial working memory performance in rats and monkeys. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 93*(3), 1325-1329.
- Murray, L., & Ramchandani, P. (2007). Might prevention be better than cure? *Archives of Disease in Childhood, 92*(11), 943-945.
- Murry, V. M., & Brody, G. H. (1999). Self-regulation and self-worth of Black children reared in economically stressed, rural, single mother-headed families: The contribution of risk and protective factors. *Journal of Family Issues, 20*(4), 458-484.
- Nachmias, M., Gunnar, M., Mangelsdorf, S., Parritz, R. H., & Buss, K. (1996). Behavioral inhibition and stress reactivity: The moderating role of attachment security. *Child development, 508-522*.
- Nash, C., Morris, J., & Goodman, B. (2008). A study describing mothers' opinions of the crying behaviour of infants under one year of age. *Child Abuse Review, 17*(3), 191-200.
- Ohgi, S., Akiyama, T., Arisawa, K., & Shigemori, K. (2004). Randomised controlled trial of swaddling versus massage in the management of excessive crying in infants with cerebral injuries. *Archives of disease in childhood, 89*(3), 212-216.
- Oldbury, S., & Adams, K. (2015). The impact of infant crying on the parent-infant relationship. *Community Practitioner, 88*(3), 29.
- Oldehinkel, A. J., Veenstra, R., Ormel, J., De Winter, A. F., & Verhulst, F. C. (2006). Temperament, parenting, and depressive symptoms in a population sample of preadolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(7), 684-695.
- Olivier, B. (2004). Serotonin and aggression. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1036*(1), 382-392.
- Olson, S. L., Bates, J. E., & Bayles, K. (1990). Early antecedents of childhood impulsivity: The role of parent-child interaction, cognitive competence, and temperament. *Journal of Abnormal Child Psychology, 18*(3), 317-334.
- Olson, S. L., Bates, J. E., Sandy, J. M., & Schilling, E. M. (2002). Early developmental precursors of impulsive and inattentive behavior: From infancy to middle childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*(4), 435-447.
- Oosterlaan, J., Geurts, H. M., Knol, D. L., & Sergeant, J. A. (2005). Low basal salivary cortisol is associated with teacher-reported symptoms of conduct disorder. *Psychiatry research, 134*(1), 1-10.
- Oswald, L. M., McCaul, M., Choi, L., Yang, X., & Wand, G. S. (2004). Catechol-O-methyltransferase polymorphism alters hypothalamic-pituitary-adrenal axis responses to naloxone: a preliminary report. *Biological psychiatry, 55*(1), 102-105.
- Östberg, M., & Hagekull, B. (2000). A structural modeling approach to the understanding of parenting stress. *Journal of clinical child psychology, 29*(4), 615-625.
- Pagliaccio, D., Luby, J. L., Bogdan, R., Agrawal, A., Gaffrey, M. S., Belden, A. C., Botteron, K., Harms, M., & Barch, D. M. (2014). Stress-system genes and life stress predict cortisol levels and amygdala and hippocampal volumes in children. *Neuropsychopharmacology, 39*(5), 1245-1253

- Paloyelis, Y., Asherson, P., Mehta, M. A., Faraone, S. V., & Kuntsi, J. (2010). DAT1 and COMT effects on delay discounting and trait impulsivity in male adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder and healthy controls. *Neuropsychopharmacology*, *35*(12), 2414-2426
- Parade, S. H., & Leerkes, E. M. (2008). The reliability and validity of the Infant Behavior Questionnaire-Revised. *Infant Behavior and Development*, *31*(4), 637-646.
- Pariante, C. M., & Lightman, S. L. (2008). The HPA axis in major depression: classical theories and new developments. *Trends in neurosciences*, *31*(9), 464-468.
- Park, S. Y., Belsky, J., Putnam, S., & Crnic, K. (1997). Infant emotionality, parenting, and 3-year inhibition: Exploring stability and lawful discontinuity in a male sample. *Developmental Psychology*, *33*(2), 218.
- Paterson, G., & Sanson, A. (1999). The association of behavioural adjustment to temperament, parenting and family characteristics among 5-year-old children. *Social Development*, *8*(3), 293-309.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process* (Vol. 3). Castalia Publishing Company.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys* (Vol. 4). Castalia Pub Co.
- Paulson, J. F., Dauber, S., & Leiferman, J. A. (2006). Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics*, *118*(2), 659-668.
- Paulus, W., & Schomburg, E. D. (2006). Dopamine and the spinal cord in restless legs syndrome: does spinal cord physiology reveal a basis for augmentation?. *Sleep medicine reviews*, *10*(3), 185-196.
- Paulussen-Hoogeboom, M. C., Stams, G. J. J., Hermanns, J., & Peetsma, T. T. (2007). Child negative emotionality and parenting from infancy to preschool: A meta-analytic review. *Developmental Psychology*, *43*(2), 438.
- Paykel, E. S., Emms, E. M., Fletcher, J., & Rassaby, E. (1980). Life events and social support in puerperal depression. *The British Journal of Psychiatry*, *136*(4), 339-346.
- Peirson, A. R., Heuchert, J. W., Thomala, L., Berk, M., Plein, H., & Cloninger, C. R. (1999). Relationship between serotonin and the temperament and character inventory. *Psychiatry research*, *89*(1), 29-37.
- Pérez-Edgar, K., Schmidt, L. A., Henderson, H. A., Schulkin, J., & Fox, N. A. (2008). Salivary cortisol levels and infant temperament shape developmental trajectories in boys at risk for behavioral maladjustment. *Psychoneuroendocrinology*, *33*(7), 916-925.
- Peters-Martin, P., & Wachs, T. (1984). A longitudinal study of temperament and its correlates in the first 12 months. *Infant Behavior and Development*, *7*, 285-298.
- Pettit, G. S., & Bates, J. E. (1984). Continuity of individual differences in the mother-infant relationship from six to thirteen months. *Child Development*, *729*-739.
- Pluess, M., Velders, F. P., Belsky, J., van IJendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Jaddoe, V. W., Hofman, A., Arp, P. P., Verhulst, F. C., & Tiemeier, H. (2011). Serotonin transporter polymorphism moderates effects of prenatal maternal anxiety on infant negative emotionality. *Biological psychiatry*, *69*(6), 520-525.
- Poirier, S., & Ayres, L. (1997). Endings, secrets, and silences: Overreading in narrative inquiry. *Research in nursing & health*, *20*(6), 551-557.
- Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological psychology*, *74*(2), 116-143.

- Porges, S. W. (1991). Vagal tone: An autonomic mediator of affect.
- Porges, S. W., Doussard-Roosevelt, J. A., Portales, A. L., & Greenspan, S. I. (1996). Infant regulation of the vagal “brake” predicts child behavior problems: A psychobiological model of social behavior. *Developmental psychobiology*, 29(8), 697-712.
- Porter, C. L., Hart, C. H., Yang, C., Robinson, C. C., Olsen, S. F., Zeng, Q., Olsen, J. A. & Jin, S. (2005). A comparative study of child temperament and parenting in Beijing, China and the western United States. *International Journal of Behavioral Development*, 29(6), 541-551.
- Porter, C. L., & Hsu, H. (2003) First-time mothers’ perceptions of efficacy during the transition to motherhood: links to infant temperament. *Journal of Family Psychology*, 17, 54 – 64.
- Poskey, G. A., & Hersch, G. (2012). Listening to their voices: Parents' perspectives on infant crying. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 5(2), 114-125.
- Praschak-Rieder, N., Kennedy, J., Wilson, A. A., Hussey, D., Boovariwala, A., Willeit, M., Ginovart, N., Tharmalingam, S., Masellis, M., Houle, S., & Meyer, J. H. (2007). Novel 5-HTTLPR allele associates with higher serotonin transporter binding in putamen: a [11 C] DASB positron emission tomography study. *Biological psychiatry*, 62(4), 327-331.
- Preacher, K. J., & Leonardelli, G. J. (n.d.). Calculation for the Sobel test: An interactive calculation tool for mediation tests. (software). Dostupné z: <http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm>.
- Putnam, S. P., Sanson, A. V., & Rothbart, M. K. (2002). Child temperament and parenting. In Handbook of parenting, vol. 1, *Children and parenting*, Bornstein, M. H. (ed.)
- Putnam, S. P., Spritz, B. L., & Stifter, C. A. (2002). Mother-Child Coregulation During Delay of Gratification at 30 Months. *Infancy*, 3(2), 209-225.
- Putnam, S. P., & Stifter, C. A. (2005). Behavioral approach–inhibition in toddlers: Prediction from infancy, positive and negative affective components, and relations with behavior problems. *Child Development*, 76(1), 212-226.
- Qian, Q., Wang, Y., Zhou, R., Li, J., Wang, B., Glatt, S., & Faraone, S. V. (2003). Family-based and case-control association studies of catechol-O-methyltransferase in attention deficit hyperactivity disorder suggest genetic sexual dimorphism. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 118(1), 103-109
- Raine, A. (2002). Annotation: The role of prefrontal deficits, low autonomic arousal, and early health factors in the development of antisocial and aggressive behavior in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(4), 417-434.
- Rapee, R. M. (2002). The development and modification of temperamental risk for anxiety disorders: Prevention of a lifetime of anxiety?. *Biological psychiatry*, 52(10), 947-957.
- Reck, C., Hunt, A., Fuchs, T., Weiss, R., Noon, A., Moehler, E., Downing, G., Tronick, E. Z., & Mundt, C. (2004). Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: an overview. *Psychopathology*, 37(6), 272-280.
- Reece, S. M., & Harkless, G. (1998). Self-efficacy, stress, and parental adaptation: Applications to the care of childbearing families. *Journal of Family Nursing*, 4(2), 198-215.
- Reijneveld, S. A., van der Wal, M. F., Brugman, E., Sing, R. A. H., & Verloove-Vanhorick, S. P. (2004). Infant crying and abuse. *The Lancet*, 364(9442), 1340-1342.
- Rendina, I., & Dickerscheid, J. D. (1976). Father involvement with first-born infants. *Family Coordinator*, 373-378.

- Riad, M., Watkins, K. C., Doucet, E., Hamon, M., & Descarries, L. (2001). Agonist-induced internalization of serotonin-1a receptors in the dorsal raphe nucleus (autoreceptors) but not hippocampus (heteroreceptors). *Journal of Neuroscience*, *21*(21), 8378-8386.
- Richards, J. E., & Cameron, D. (1989). Infant heart-rate variability and behavioral developmental status. *Infant Behavior and Development*, *12*(1), 45-58.
- Robbins, T. W., & Arnsten, A. F. (2009). The neuropsychopharmacology of fronto-executive function: monoaminergic modulation. *Annual review of neuroscience*, *32*, 267-287.
- Robbins, T. W., Cador, M., Taylor, J. R., & Everitt, B. J. (1989). Limbic-striatal interactions in reward-related processes. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *13*(2), 155-162.
- Robinson, J. L., Kagan, J., Reznick, J. S., & Corley, R. (1992). The heritability of inhibited and uninhibited behavior: A twin study. *Developmental Psychology*, *28*(6), 1030-1037.
- Rollins, B. C., & Thomas, D. L. (1979). Parental support, power, and control techniques in the socialization of children. *Contemporary theories about the family: research-based theories/edited by Wesley R. Burr...[et al.]*.
- Rothbart, M. K. (1981). Measurement of temperament in infancy. *Child development*, 569-578.
- Rothbart, M. K. (1989a). Biological processes in temperament. *Temperament in childhood*, 77-110.
- Rothbart, M. K. (1989b). Temperament and development. In G. Kohnstamm, J. Bates & M. K. Rothbart (Eds.), *Temperament in Childhood* (pp. 187-248). Chichester, England: Wiley.
- Rothbart, M. K. (1989c). Behavioral approach and inhibition. S. Reznick (Ed.), *Perspectives on behavioral inhibition* (pp. 139-157). Chicago: University of Chicago Press.
- Rothbart, M. K. (1982). The concept of a difficult temperament: a critical analyses of Thomass, Chess, and Korn. *Merrill-Palmer Quarterly*, *28*, 35 – 40.
- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (2006). Temperament (In W. Damon, R. Lerner, & N. Eisenberg(Eds.). *Handbook of child psychology. Social, emotional, and personality development* (Vol. 3, pp. 99–166).
- Rothbart, M. K., & Derryberry, D. (1981). Development of individual differences in temperament. *Advances in developmental psychology*.
- Rothbart, M. K., Derryberry, D., & Hershey, K. (2000). Stability of temperament in childhood: Laboratory infant assessment to parent report at seven years. *Temperament and personality development across the life span*, 85-119.
- Rothbart, M. K., Derryberry, D., & Posner, M. I. (1994). A psychobiological approach to the development of temperament. *Temperament: Individual differences at the interface of biology and behavior*, 83-116.
- Rothbart, M. K., & Sheese, B. E. (2007). Temperament and Emotion Regulation. In J.J. Gross (Ed), *Handbook of emotion regulation* (pp. 331-350). New York, NY, US: Guilford Press.
- Rubin, K. H., Burgess, K. B., Dwyer, K. M., & Hastings, P. D. (2003). Predicting preschoolers' externalizing behaviors from toddler temperament, conflict, and maternal negativity. *Developmental psychology*, *39*(1), 164.
- Rubin, K. H., Burgess, K. B., & Hastings, P. D. (2002). Stability and social-behavioral consequences of toddlers' inhibited temperament and parenting behaviors. *Child development*, *73*(2), 483-495.

- Rubin, K. H., Hastings, P. D., Stewart, S. L., Henderson, H. A., & Chen, X. (1997). The consistency and concomitants of inhibition: Some of the children, all of the time. *Child development*, 68(3), 467-483.
- Rubin, K. H., Nelson, L. J., Hastings, P., & Asendorpf, J. (1999). The transaction between parents' perceptions of their children's shyness and their parenting styles. *International Journal of Behavioral Development*, 23(4), 937-957.
- Rudasill, K. M., Reio, T. G., Stipanovic, N., & Taylor, J. E. (2010). A longitudinal study of student-teacher relationship quality, difficult temperament, and risky behavior from childhood to early adolescence. *Journal of school psychology*, 48(5), 389-412.
- Sabol, S. Z., Hu, S., & Hamer, D. (1998). A functional polymorphism in the monoamine oxidase A gene promoter. *Human genetics*, 103(3), 273-279.
- Sagi, A., IJzendoorn, M. H., Aviezer, O., Donnell, F., & Mayseless, O. (1994). Sleeping Out of Home in a Kibbutz Communal Arrangement: It Makes a Difference for Infant-Mother Attachment. *Child development*, 65(4), 992-1004.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., & HalmesmÄäki, E. (2008). Longitudinal study on the predictors of parental stress in mothers and fathers of toddlers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(3), 219-228.
- Salonen, A. H., Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P., Järvenpää, A. L., Isoaho, H., & Tarkka, M. T. (2009). Parenting self-efficacy after childbirth. *Journal of advanced nursing*, 65(11), 2324-2336.
- Sameroff, A. J., Seifer, R., & Elias, P. K. (1982). Sociocultural variability in infant temperament ratings. *Child Development*, 164-173.
- Samochowiec, J., Hajduk, A., Samochowiec, A., Horodnicki, J., Stępień, G., Grzywacz, A., & Kucharska-Mazur, J. (2004). Association studies of MAO-A, COMT, and 5-HTT genes polymorphisms in patients with anxiety disorders of the phobic spectrum. *Psychiatry research*, 128(1), 21-26.
- Sanson, A., Smart, D., Prior, M., & Oberklaid, F. (1993). Precursors of hyperactivity and aggression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(6), 1207-1216.
- Santiago, L. B., Jorge, S. M., & Moreira, A. C. (1996). Longitudinal evaluation of the development of salivary cortisol circadian rhythm in infancy. *Clinical endocrinology*, 44(2), 157-161.
- Saudino, K. J. (2005). Behavioral genetics and child temperament. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 26(3), 214.
- Saudino, K. J., & Cherny, S. S. (2001). Parent ratings of temperament in twins. In R. N. Emde & J. K. Hewitt (Eds.) *The transition from infancy to early childhood: Genetic and environmental influences in the MacArthur Longitudinal Twin Study* (pp.73-88). New York: Oxford University Press.
- Saudino, K. J., & Cherny, S. S. (2001a). Sources of continuity and change in observed temperament. *Infancy to early childhood: Genetic and environmental influences on developmental change*, 89-110.
- Saudino, K. J., & Eaton, W. O. (1995). Continuity and change in objectively assessed temperament: A longitudinal twin study of activity level. *British Journal of Developmental Psychology*, 13(1), 81-95.

- Sawaguchi, T., & Goldman-Rakic, P. S. (1994). The role of D1-dopamine receptor in working memory: local injections of dopamine antagonists into the prefrontal cortex of rhesus monkeys performing an oculomotor delayed-response task. *Journal of Neurophysiology*, *71*(2), 515-528.
- Scaramella, L. V., & Leve, L. D. (2004). Clarifying parent-child reciprocities during early childhood: The early childhood coercion model. *Clinical child and family psychology review*, *7*(2), 89-107.
- Scaramella, L. V., Sohr-Preston, S. L., Mirabile, S. P., Robison, S. D., & Callahan, K. L. (2008). Parenting and children's distress reactivity during toddlerhood: An examination of direction of effects. *Social Development*, *17*(3), 578-595.
- Scarpa, A., Raine, A., Venables, P. H., & Mednick, S. A. (1997). Heart rate and skin conductance in behaviorally inhibited Mauritian children. *Journal of Abnormal Psychology*, *106*(2), 182.
- Scerbo, A. S., & Kolko, D. J. (1994). Salivary testosterone and cortisol in disruptive children: relationship to aggressive, hyperactive, and internalizing behaviors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *33*(8), 1174-1184.
- Sears, R. R., Maccoby, E. E., & Levin, H. (1957). Patterns of child rearing Row. *Peterson, Evanston, IL*.
- Secco, M. L., & Moffatt, M. E. (2003). Situational, maternal, and infant influences on parenting stress among adolescent mothers. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, *26*(2), 103-122.
- Seeman, P. (2010). Historical overview: introduction to the dopamine receptors. In *The Dopamine Receptors* (pp. 1-21). Humana Press.
- Segal, D. S. (1976). Differential effects of para-chlorophenylalanine on amphetamine-induced locomotion and stereotypy. *Brain research*, *116*(2), 267-276.
- Sen, S., Burmeister, M., & Ghosh, D. (2004). Meta-analysis of the association between a serotonin transporter promoter polymorphism (5-HTTLPR) and anxiety-related personality traits. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, *127*(1), 85-89.
- Sentse, M., Veenstra, R., Lindenberg, S., Verhulst, F. C., & Ormel, J. (2009). Buffers and risks in temperament and family for early adolescent psychopathology: generic, conditional, or domain-specific effects? The trails study. *Developmental psychology*, *45*(2), 419.
- Shapiro, A. F., Gottman, J. M., & Carrere, S. (2000). The baby and the marriage: identifying factors that buffer against decline in marital satisfaction after the first baby arrives. *Journal of Family Psychology*, *14*(1), 59.
- Sheeber, L. B., & Johnson, J. H. (1992). Child temperament, maternal adjustment, and changes in family life style. *American Journal of Orthopsychiatry*, *62*(2), 178.
- Sheese, B. E., Voelker, P., Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (2009). Genetic variation influences on the early development of reactive emotions and their regulation by attention. *Cognitive Neuropsychiatry*, *14*(4-5), 332-355.
- Showers, J., Apolo, J., Thomas, J., & Beavers, S. (1985). Fatal child abuse: a two-decade review. *Pediatric emergency care*, *1*(2), 66-70.
- Schaffer, H. R. (1974). Cognitive components of the infant's response to strangeness. In M. Lewis & L. A. Rosenblum (Eds.), *The origins of fear* (pp. 11-24). New York: Wiley.

- Schinka, J. A., Busch, R. M., & Robichaux-Keene, N. (2004). A meta-analysis of the association between the serotonin transporter gene polymorphism (5-HTTLPR) and trait anxiety. *Molecular psychiatry*, *9*(2), 197-202.
- Scholes, K. E., Harrison, B. J., O'Neill, B. V., Leung, S., Croft, R. J., Pipingas, A., Phan, K. L., & Nathan, P. J. (2007). Acute serotonin and dopamine depletion improves attentional control: findings from the stroop task. *Neuropsychopharmacology*, *32*(7), 1600-1610.
- Schoppe-Sullivan, S. J., Mangelsdorf, S. C., Brown, G. L., & Sokolowski, M. S. (2007). Goodness-of-fit in family context: Infant temperament, marital quality, and early coparenting behavior. *Infant Behavior and Development*, *30*(1), 82-96.
- Schulze, T. G., Müller, D. J., Krauss, H., Scherk, H., Ohlraun, S., Sygailo, Y. V., Windemuth, C., Neidt, H., Grassle, M., Papassotiropoulos, A., Heun, R., Nothen, M. M., Maier, W., Lesch, K., & Rietschel, M. (2000). Association between a functional polymorphism in the monoamine oxidase A gene promoter and major depressive disorder. *American journal of medical genetics*, *96*(6), 801-803.
- Schwartz, C. E., Snidman, N., & Kagan, J. (1999). Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *38*(8), 1008-1015.
- Schwebel, D. C., Brezaussek, C. M., Ramey, S. L., & Ramey, C. T. (2004). Interactions between child behavior patterns and parenting: Implications for children's unintentional injury risk. *Journal of pediatric psychology*, *29*(2), 93-104.
- Silverman, I. W., & Ragusa, D. M. (1990). Child and maternal correlates of impulse control in 24-month-old children. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*.
- Sirignano, S. W., & Lachman, M. E. (1985). Personality change during the transition to parenthood: The role of perceived infant temperament. *Developmental Psychology*, *21*(3), 558.
- Smider, N. A., Essex, M. J., Kalin, N. H., Buss, K. A., Klein, M. H., Davidson, R. J., & Goldsmith, H. H. (2002). Salivary cortisol as a predictor of socioemotional adjustment during kindergarten: A prospective study. *Child development*, *73*(1), 75-92.
- Smith, A. K., White, P. D., Aslakson, E., Vollmer-Conna, U., & Rajeevan, M. S. (2006). Polymorphisms in genes regulating the HPA axis associated with empirically delineated classes of unexplained chronic fatigue.
- Smolka, M. N., Bühler, M., Schumann, G., Klein, S., Hu, X. Z., Moayer, M., Zimmer, A., Wrase, J., Flor, H., Mann, K., Braus, D. F., Goldman, D., & Heinz, A. (2007). Gene-gene effects on central processing of aversive stimuli. *Molecular psychiatry*, *12*(3), 307-317.
- Snell, W.E. Jr., Overbey, G.A., & Brewer, A.L. (2005). Parenting perfectionism and the parenting role. *Personality and Individual Differences*, *39*, 613-624.
- Snoek, H., Van Goozen, S. H., Matthys, W., Buitelaar, J. K., & Van Engeland, H. (2004). Stress responsivity in children with externalizing behavior disorders. *Development and psychopathology*, *16*(02), 389-406.
- Solmeyer, A. R., & Feinberg, M. E. (2011). Mother and father adjustment during early parenthood: The roles of infant temperament and coparenting relationship quality. *Infant Behavior and Development*, *34*(4), 504-514.
- Soubrie, P. (1986). Reconciling the role of central serotonin neurons in human and animal behavior. *Behavioral and Brain Sciences*, *9*(02), 319-335.

- Spangler, G. (1990). Mother, child, and situational correlates of toddlers' social competence. *Infant Behavior and Development, 13*(4), 405-419.
- Spangler, G. (1991). The emergence of adrenocortical circadian function in newborns and infants and its relationship to sleep, feeding and maternal adrenocortical activity. *Early human development, 25*(3), 197-208.
- St James-Roberts, I., Alvarez, M., Csipke, E., Abramsky, T., Goodwin, J., & Sorgenfrei, E. (2006). Infant crying and sleeping in London, Copenhagen and when parents adopt a “proximal” form of care. *Pediatrics, 117*(6), e1146-e1155.
- StatSoft, Inc. (2013). STATISTICA (data analysis software system), version 12. Dostupné z: www.statsoft.com.
- Stein, M. B., Fallin, M. D., Schork, N. J., & Gelernter, J. (2005). COMT polymorphisms and anxiety-related personality traits. *Neuropsychopharmacology, 30*(11), 2092-2102.
- Stevenson, J., & Fielding, J. (1985). Ratings of temperament in families of young twins. *British Journal of Developmental Psychology, 3*(2), 143-152.
- Stice, E., & Gonzales, N. (1998). Adolescent temperament moderates the relation of parenting to antisocial behavior and substance use. *Journal of Adolescent Research, 13*(1), 5-31.
- Stifter, C. A., & Bono, M. A. (1998). The effect of infant colic on maternal self-perceptions and mother--infant attachment. *Child: care, health and development, 24*(5), 339-351.
- Stifter, C. A., & Jain, A. (1996). Psychophysiological correlates of infant temperament: Stability of behavior and autonomic patterning from five to eighteen months. *Developmental Psychobiology, 29*, 379-391.
- Stifter, C. A., Putnam, S., & Jahromi, L. (2008). Exuberant and inhibited toddlers: Stability of temperament and risk for problem behavior. *Development and psychopathology, 20*(02), 401-421.
- Stifter, C. A., Spinrad, T., & Braungart-Rieker, J. (1999). Toward a developmental model of child compliance: The role of emotion regulation in infancy. *Child Development, 70*(1), 21-32.
- Strauss, A. L., Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu : postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice : Albert
- Stright, A. D., & Bales, S. S. (2003). Coparenting quality: Contributions of child and parent characteristics. *Family Relations, 52*(3), 232-240.
- Stright, A. D., Gallagher, K. C., & Kelley, K. (2008). Infant temperament moderates relations between maternal parenting in early childhood and children's adjustment in first grade. *Child Development, 79*(1), 186-200.
- Suess, P. E., Porges, S. W., & Plude, D. J. (1994). Cardiac vagal tone and sustained attention in school-age children. *Psychophysiology, 31*(1), 17-22.
- Sugawara, M., Kitamura, T., Toda, M. A., & Shima, S. (1999). Longitudinal relationship between maternal depression and infant temperament in a Japanese population. *Journal of Clinical Psychology, 55*(7), 869-880.
- Sullivan, R. M., & Dufresne, M. M. (2006). Mesocortical dopamine and HPA axis regulation: role of laterality and early environment. *Brain research, 1076*(1), 49-59.
- Sung, V., Hiscock, H., Tang, M. L., Mensah, F. K., Nation, M. L., Satzke, C., Heine, R.G., Stock, A., Barr, R.G. & Wake, M. (2014). Treating infant colic with the probiotic *Lactobacillus reuteri*: double blind, placebo controlled randomised trial. *Bmj, 348*, g2107.

- Talge, N. M., Donzella, B., & Gunnar, M. R. (2008). Fearful temperament and stress reactivity among preschool-aged children. *Infant and Child Development*, 17(4), 427-445.
- Tennes, K., & Kreye, M. (1985). Children's adrenocortical responses to classroom activities and tests in elementary school. *Psychosomatic Medicine*, 47(5), 451-460.
- Tesch, R. (1990). *Qualitative research*. New York: Falmer.
- Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. *Child development*, 62(5), 918-929.
- Thomas, A., Chess S., Birch, H. G. (1968). *Temperament and behavior disorders in children*. New York: New York University Press.
- Thomas, A., Chess, S., & Birch, H. G. (1970). The origin of personality. *Scientific American*.
- Thomas, A., Chess, S., Birch, H. G., Hertzog, M. E., & Korn, S. (1963). *Behavior individuality in early childhood*. New York: New York University Press.
- Thomas, A., Chess, S., & Korn, S. J., (1982). The Reality of Difficult Temperament. *Merrill-palmer Quarterly*, 28(1), 1-20.
- Törk, I. (1990). Anatomy of the serotonergic system. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 600(1), 9-34.
- Tronick, E., & Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harvard review of psychiatry*, 17(2), 147-156.
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American psychologist*, 44(2), 112.
- Twain, M. (1987). *Dopisy z planety Země*. Praha: Mír.
- Twomey, J. E., High, P., & Lester, B. M. (2012). Colic: What's maternal mental health got to do with it?. *Infant Mental Health Journal*, 33(5), 543-552.
- Schaffer, H. R., Greenwood, A., & Parry, M. H. (1972). The onset of wariness. *Child Development*, 165-175.
- Sotelo, C., Cholley, B., El Mestikawy, S., Gozlan, H., & Hamon, M. (1990). Direct immunohistochemical evidence of the existence of 5-HT_{1A} autoreceptors on serotonergic neurons in the midbrain raphe nuclei. *European Journal of Neuroscience*, 2(12), 1144-1154.
- Spielman, V., & Taubman-Ben-Ari, O. (2009). Parental self-efficacy and stress-related growth in the transition to parenthood: A comparison between parents of pre-and full-term babies. *Health & Social Work*, 34(3), 201-212.
- Stright, A. D., Gallagher, K. C., & Kelley, K. (2008). Infant temperament moderates relations between maternal parenting in early childhood and children's adjustment in first grade. *Child Development*, 79(1), 186-200.
- Vágnerová, M. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum.
- Van Bakel, H. J., & Riksen-Walraven, J. M. (2004). Stress reactivity in 15-month-old infants: Links with infant temperament, cognitive competence, and attachment security. *Developmental psychobiology*, 44(3), 157-167.
- Van Bokhoven, I., Matthys, W., Van Goozen, S. H., & Van Engeland, H. (2005). Prediction of adolescent outcome in children with disruptive behaviour disorders. *European child & adolescent psychiatry*, 14(3), 153-163.

- Van den Bergh, B. R., Van Calster, B., Smits, T., Van Huffel, S., & Lagae, L. (2008). Antenatal maternal anxiety is related to HPA-axis dysregulation and self-reported depressive symptoms in adolescence: a prospective study on the fetal origins of depressed mood. *Neuropsychopharmacology*, *33*(3), 536-545.
- van den Boom, D. C., & Hoeksma, J. B. (1994). The effect of infant irritability on mother–infant interaction: A growth-curve analysis. *Developmental Psychology*, *30*, 581–590.
- Van Egeren, L. A. (2004). The development of the coparenting relationship over the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal*, *25*(5), 453-477.)
- van Goozen, S. H., Matthys, W., Cohen-Kettenis, P. T., Buitelaar, J. K., & Van Engeland, H. (2000). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis and autonomic nervous system activity in disruptive children and matched controls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *39*(11), 1438-1445.
- van Goozen, S. H., Matthys, W., Cohen-Kettenis, P. T., Gispen-de Wied, C., Wiegant, V. M., & van Engeland, H. (1998). Salivary cortisol and cardiovascular activity during stress in oppositional-defiant disorder boys and normal controls. *Biological psychiatry*, *43*(7), 531-539.
- Van Ijzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2006). DRD4 7-repeat polymorphism moderates the association between maternal unresolved loss or trauma and infant disorganization. *Attachment & human development*, *8*(4), 291-307.
- Van Ijzendoorn, M. H., & Hubbard, F. O. (2000). Are infant crying and maternal responsiveness during the first year related to infant-mother attachment at 15 months?. *Attachment & Human Development*, *2*(3), 371-391.
- Van Ijzendoorn, M. H., Vereijken, C. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Riksen-Walraven, M. J. (2004). Assessing attachment security with the attachment Q sort: Meta-analytic evidence for the validity of the observer AQS. *Child development*, *75*(4), 1188-1213.
- Van Leeuwen, K. G., Mervielde, I., Braet, C., & Bosmans, G. (2004). Child personality and parental behavior as moderators of problem behavior: variable-and person-centered approaches. *Developmental Psychology*, *40*(6), 1028.
- Veenstra, R., Lindenberg, S., Oldehinkel, A. J., De Winter, A. F., & Ormel, J. (2006). Temperament, environment, and antisocial behavior in a population sample of preadolescent boys and girls. *International Journal of Behavioral Development*, *30*(5), 422-432.
- Veenstra-VanderWeele, J., Anderson, G. M., & Cook, E. H. (2000). Pharmacogenetics and the serotonin system: initial studies and future directions. *European journal of pharmacology*, *410*(2), 165-181.
- Ventura, J. N., & Stevenson, M. B. (1986). Relations of mothers' and fathers' reports of infant temperament, parents' psychological functioning, and family characteristics. *Merrill-Palmer Quarterly (1982-)*, 275-289
- Viedma-Dodd, A. (2006). *Fussy, unsettled and irritable infants-the mother's voice: how can you support me if you don't understand me?*. (master's theses). Získáno z <http://130.217.226.8/bitstream/handle/10652/1245/fulltext.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Vitaro, F., Barker, E. D., Boivin, M., Brendgen, M., & Tremblay, R. E. (2006). Do early difficult temperament and harsh parenting differentially predict reactive and proactive aggression?. *Journal of abnormal child psychology*, *34*(5), 681-691.
- Voelker, P., Sheese, B. E., Rothbart, M. K., & Posner, M. I. (2009). Variations in catechol-O-methyltransferase gene interact with parenting to influence attention in early development. *Neuroscience*, *164*(1), 121-130.
- von Bargen, D. M. (1983). Infant heart rate: A review of research and methodology. *Merrill-Palmer Quarterly*, *29*, 115-149.
- Wade, K., Black, A., & Ward-Smith, P. (2005). How mothers respond to their crying infant. *Journal of Pediatric Health Care*, *19*(6), 347-353.
- Wagner, S., Baskaya, Ö., Anicker, N. J., Dahmen, N., Lieb, K., & Tadić, A. (2010). The catechol o-methyltransferase (COMT) val158met polymorphism modulates the association of serious life events (SLE) and impulsive aggression in female patients with borderline personality disorder (BPD). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *122*(2), 110-117
- Walker, A. M., & Menahem, S. (1994). Intervention of supplementary carrying on normal baby crying patterns: a randomized study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *15*(3), 174-178.
- Wallace, P. M., & Gotlib, I. H. (1990). Marital adjustment during the transition to parenthood: Stability and predictors of change. *Journal of Marriage and the Family*, 21-29.
- Washington, J., Minde, K., & Goldberg, S. (1986). Temperament in preterm infants: Style and stability. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, *25*(4), 493-502.
- Watamura, S. E., Donzella, B., Alwin, J., & Gunnar, M. R. (2003). Morning-to-afternoon increases in cortisol concentrations for infants and toddlers at child care: Age differences and behavioral correlates. *Child development*, *74*(4), 1006-1020.
- Waynforth, D. (2007). The influence of parent–infant cosleeping, nursing, and childcare on cortisol and SIgA immunity in a sample of British children. *Developmental psychobiology*, *49*(6), 640-648.
- Weidenfeld, J., Newman, M. E., Itzik, A., Gur, E., & Feldman, S. (2002). The amygdala regulates the pituitary-adrenocortical response and release of hypothalamic serotonin following electrical stimulation of the dorsal raphe nucleus in the rat. *Neuroendocrinology*, *76*(2), 63-69.
- Wendland, J. R., Martin, B. J., Kruse, M. R., Lesch, K. P., & Murphy, D. L. (2006). Simultaneous genotyping of four functional loci of human SLC6A4, with a reappraisal of 5-HTTLPR and rs25531. *Molecular psychiatry*, *11*(3), 224-224.
- Wessel, M. A., Cobb, J. C., Jackson, E. B., Harris, G. S., & Detwiler, A. C. (1954). Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called" colic". *Pediatrics*, *14*(5), 421-435.
- Whiffen, V. E., & Gotlib, I. H. (1989). Infants of postpartum depressed mothers: temperament and cognitive status. *Journal of abnormal psychology*, *98*(3), 274.
- White, B. P., Gunnar, M. R., Larson, M. C., Donzella, B., & Barr, R. G. (2000). Behavioral and physiological responsivity, sleep, and patterns of daily cortisol production in infants with and without colic. *Child Development*, *71*(4), 862-877.
- Wichers, M., Aguilera, M., Kenis, G., Krabbendam, L., Myin-Germeys, I., Jacobs, N., Peeters, F., Derom, C., Vlietinck, R., Mengelers, R., Delespaul, P., & van Os, J. (2008). The catechol-O-

- methyl transferase Val158Met polymorphism and experience of reward in the flow of daily life. *Neuropsychopharmacology*, 33(13), 3030-3036.
- Wilde, V. (1992). Controversial hypotheses on the relationship between researcher and informant in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 17(2), 234-242.
- Williams, G. V., Rao, S. G., & Goldman-Rakic, P. S. (2002). The physiological role of 5-HT_{2A} receptors in working memory. *Journal of Neuroscience*, 22(7), 2843-2854.
- Wilson, B. J., & Gottman, J. M. (1996). Attention—the shuttle between emotion and cognition: Risk, resiliency, and physiological bases.
- Winstanley, C. A., Theobald, D. E., Dalley, J. W., Glennon, J. C., & Robbins, T. W. (2004). 5-HT_{2A} and 5-HT_{2C} receptor antagonists have opposing effects on a measure of impulsivity: interactions with global 5-HT depletion. *Psychopharmacology*, 176(3-4), 376-385.
- Wonodi, I., Stine, O. C., Mitchell, B. D., Buchanan, R. W., & Thaker, G. K. (2003). Association between Val108/158 Met polymorphism of the COMT gene and schizophrenia. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 120(1), 47-50.
- Wright, J. S., & Panksepp, J. (2012). An evolutionary framework to understand foraging, wanting, and desire: the neuropsychology of the SEEKING system. *Neuropsychoanalysis*, 14(1), 5-39.
- Wright, P. J., Henggeler, S. W., & Craig, L. (1986). Problems in paradise?: A longitudinal examination of the transition to parenthood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 7(3), 277-291.
- Xu, Y., Farver, J. A. M., & Zhang, Z. (2009). Temperament, harsh and indulgent parenting, and Chinese children's proactive and reactive aggression. *Child Development*, 80(1), 244-258.
- Yasuma, F., & Hayano, J. I. (2004). Respiratory sinus arrhythmia: why does the heartbeat synchronize with respiratory rhythm?. *Chest Journal*, 125(2), 683-690.
- Yavich, L., Forsberg, M. M., Karayiorgou, M., Gogos, J. A., & Männistö, P. T. (2007). Site-specific role of catechol-O-methyltransferase in dopamine overflow within prefrontal cortex and dorsal striatum. *Journal of Neuroscience*, 27(38), 10196-10209.
- Yehuda, R., Flory, J. D., Pratchett, L. C., Buxbaum, J., Ising, M., & Holsboer, F. (2010). Putative biological mechanisms for the association between early life adversity and the subsequent development of PTSD. *Psychopharmacology*, 212(3), 405-417.
- Yiend, J., & Mathews, A. (2001). Anxiety and attention to threatening pictures. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology: Section A*, 54(3), 665-681.
- Yin, R. K. (2003). Case study research (Vol. 5). *Thousand Oaks, California*.
- Young, S. N., & Leyton, M. (2002). The role of serotonin in human mood and social interaction: insight from altered tryptophan levels. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 71(4), 857-865.
- Younger, W. Y., Tsai, S. J., Hong, C. J., Chen, T. J., Chen, M. C., & Yang, C. W. (2005). Association study of a monoamine oxidase a gene promoter polymorphism with major depressive disorder and antidepressant response. *Neuropsychopharmacology*, 30(9), 1719-1723.
- Zahr, L. K. (1991). The relationship between maternal confidence and mother–infant behaviors in premature infants. *Research in Nursing & Health*, 14(4), 279-286.
- Zahrt, J., Taylor, J. R., Mathew, R. G., & Arnsten, A. F. (1997). Supranormal stimulation of D1 dopamine receptors in the rodent prefrontal cortex impairs spatial working memory performance. *Journal of neuroscience*, 17(21), 8528-8535.

- Zhang, M., Chen, X., Way, N., Yoshikawa, H., Deng, H., Ke, X., Yu, W., Chen, P., He, C., Chi, X., & Lu, Z. (2011). The association between infants' self-regulatory behavior and MAOA gene polymorphism. *Developmental science, 14*(5), 1059-1065.
- Zhou, Q., Eisenberg, N., Wang, Y., & Reiser, M. (2004). Chinese children's effortful control and dispositional anger/frustration: relations to parenting styles and children's social functioning. *Developmental psychology, 40*(3), 352.
- Zuckerman, B., Stevenson, J., & Bailey, V. (1987). Sleep problems in early childhood: continuities, predictive factors, and behavioral correlates. *Pediatrics, 80*(5), 664-671.
- Zuckerman, M. (1985). Biological foundations of the sensation-seeking temperament. *The biological bases of personality and behavior, 1*.
- Zuckerman, M. (1969). Theoretical formulations: I. In J. P. Zubek (Ed.). *Sensory deprivation: Fifteen years of research* (pp. 407-432). New York: Appleton-Century-Crofts.

Seznam tabulek

TABULKA 1	DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE MATEK	48
TABULKA 2	POPISNÁ STATISTIKA HODNOT KORTIZOLU.....	PŘÍLOHA 2
TABULKA 3	SEKVENCE PRIMERŮ	52
TABULKA 4	POSTUP PCR REAKCE	52
TABULKA 5	DÉLKA FRAGMENTŮ JEDNOTLIVÝCH POLYMORFISMŮ	53
TABULKA 6	PROCENTUÁLNÍ ZASTOUPENÍ KOMBINACÍ ALEL POLYMORFISMŮ	PŘÍLOHA 2
TABULKA 7	VÝSLEDKY CHÍ KVADRÁTOVÉHO TESTU DOBRÉ SHODY MEZI OČEKÁVANOU A REÁLNOU DISTRIBUCÍ ALEL	54
TABULKA 8	POPISNÁ STATISTIKA ŠKÁL IBQ-R	PŘÍLOHA 2
TABULKA 9	SPEARMANOVY KORELACE KORTIZOLOVÝCH HODNOT A PROMĚNNÝCH ODBĚRU KRVE	PŘÍLOHA 3
TABULKA 10	HODNOTY TESTOVÉ STATISTIKY MANN-WHITNEOVA U TESTU ROZDÍLU KORTIZOLOVÝCH HODNOT MEZI SKUPINAMI	PŘÍLOHA 3
TABULKA 11	HODNOTY TESTOVÉ STATISTIKY MANN-WHITNEOVA U TESTU ROZDÍLU HODNOT ŠKÁL IBQ-R MEZI SKUPINAMI	PŘÍLOHA 3
TABULKA 12	SPEARMANOVY KORELACE MEZI ŠKÁLAMI DOTAZNÍKU IBQ-R A INTERVENUJÍCÍMI PROMĚNNÝMI	PŘÍLOHA 3
TABULKA 13	HODNOTY KRUSKAL-WALLISOVA TESTU	PŘÍLOHA 3
TABULKA 14	HODNOTY SPEARMANOVÝCH KORELACÍ MEZI ŠKÁLAMI IBQ-R A HODNOTAMI KORTIZOLOVÉ REAKCE	59
TABULKA 15	PREDIKCE EXTRAVERZE POMOCÍ NÁRŮSTU A POKLESU KORTIZOLU.....	60
TABULKA 16	PREDIKCE NEGATIVNÍ EMOCIONALITY POMOCÍ NÁRŮSTU A POKLESU KORTIZOLU	60
TABULKA 17	PREDIKCE REGULACE POMOCÍ NÁRŮSTU A POKLESU KORTIZOLU	61
TABULKA 18	VLIV 5-HTTLPR POLYMORFISMU NA TEMPERAMENT	61
TABULKA 19	VLIV MAOA H/L POLYMORFISMU NA STRESOVOU REAKCI A TEMPERAMENT ...	62
TABULKA 20	VLIV COMT VAL158MET POLYMORFISMU NA STRESOVOU REAKCI A TEMPERAMENT	62
TABULKA 21	POST-HOC ANALÝZA KRUSKAL-WALLISOVA TESTU	63
TABULKA 22	PREDIKCE POKLESU KORTIZOLU Z POČTU L ALEL MAOA H/L POLYMORFISMU ...	65
TABULKA 23	PREDIKCE POKLESU KORTIZOLU Z POČTU VAL ALEL COMT VAL158MET POLYMORFISMU	66
TABULKA 24	PREDIKACE EXT Z POČTU VAL ALEL COMT VAL158MET POLYMORFISMU	66
TABULKA 25	PREDIKCE EXT Z POKLESU KORTIZOLU	66
TABULKA 26	PREDIKCE EXT Z POČTU VAL ALEL COMT VAL158MET POLYMORFISMU A Z POKLESU KORTIZOLU	66
TABULKA 27	PREDIKCE POKLESU KORTIZOLU Z POČTU VAL ALEL COMT VAL158MET POLYMORFISMU	68
TABULKA 28	PREDIKCE REG POMOCÍ VAL158MET POLYMORFISMU	68
TABULKA 29	PREDIKCE REG Z POKLESU KORTIZOLU	68
TABULKA 30	PREDIKCE REG POMOCÍ VAL158MET COMT POLYMORFISMU A POKLESU KORTIZOLU	69

TABULKA 31	CHARAKTERISTIKA VZORKU	112
TABULKA 32	NEUTĚŠITELNÝ PLÁČ A STRATEGIE PÉČE	123
TABULKA 33	FAKTORY AKCEPTACE PLÁČE	126
TABULKA 34	NESPAVOST A MANAGEMENT DĚTSKÉHO SPÁNKU	132

Seznam grafů

GRAF 1	NORMÁLNÍ P-GRAF REZIDUÍ REGRESE EXT Z NÁRŮSTU KORTIZOLU	PŘÍLOHA 4
GRAF 2	ANALÝZA HOMOSKEDASTICITY REGRESE EXT Z NÁRŮSTU KORTIZOLU ..	PŘÍLOHA 4
GRAF 3	HISTOGRAM REZIDUÍ A SHAPIRO-WILKŮV TEST NORMALITY ROZLOŽENÍ REZIDUÍ REGRESE EXT Z NÁRŮSTU KORTIZOLU	PŘÍLOHA 4
GRAF 4	NORMÁLNÍ P-GRAF REZIDUÍ REGRESE NEG Z NÁRŮSTU A POKLESU KORTIZOLU	PŘÍLOHA 4
GRAF 5	ANALÝZA HOMOSKEDASTICITY REGRESE NEG Z NÁRŮSTU A POKLESU KORTIZOLU	PŘÍLOHA 4
GRAF 6	HISTOGRAM REZIDUÍ A SHAPIRO-WILKŮV TEST NORMALITY ROZLOŽENÍ REZIDUÍ REGRESE NEG Z NÁRŮSTU A POKLESU KORTIZOLU	PŘÍLOHA 4
GRAF 7	NORMÁLNÍ P-GRAF REZIDUÍ REGRESE REG Z NÁRŮSTU A POKLESU KORTIZOLU	PŘÍLOHA 4
GRAF 8	ANALÝZA HOMOSKEDASTICITY REGRESE REG Z NÁRŮSTU A POKLESU KORTIZOLU	PŘÍLOHA 4
GRAF 9	HISTOGRAM REZIDUÍ A SHAPIRO-WILKŮV TEST NORMALITY ROZLOŽENÍ REZIDUÍ REGRESE REG Z NÁRŮSTU A POKLESU KORTIZOLU	PŘÍLOHA 4
GRAF 10	STATISTICKY SIGNIFIKANTNÍ ROZDÍLY VE ŠKÁLE DISTRESU PŘI OMEZENÍ MEZI LL, LS A SS KOMBINACEMI ALEL V 5-HTTLPR	PŘÍLOHA 4
GRAF 11	STATISTICKY SIGNIFIKANTNÍ ROZDÍLY VE ŠKÁLE OPADÁVÁNÍ DISTRESU MEZI LL, LS A SS KOMBINACEMI ALEL V 5-HTTLPR	PŘÍLOHA 4
GRAF 12	STATISTICKY SIGNIFIKANTNÍ ROZDÍLY VE ŠKÁLE SMUTEK MEZI LL, LS A SS KOMBINACEMI ALEL V 5-HTTLPR	PŘÍLOHA 4
GRAF 13	STATISTICKY SIGNIFIKANTNÍ ROZDÍLY VE ŠKÁLE NEG MEZI LL, LS A SS KOMBINACEMI ALEL V 5-HTTLPR	PŘÍLOHA 4
GRAF 14	STATISTICKY SIGNIFIKANTNÍ ROZDÍLY VE ŠKÁLE VYTRVALOST POZORNOSTI MEZI LL, LS A SS KOMBINACEMI ALEL V 5-HTTLPR	PŘÍLOHA 4
GRAF 15	STATISTICKY SIGNIFIKANTNÍ ROZDÍLY VE ŠKÁLE REG MEZI LL, LS A SS KOMBINACEMI ALEL V 5-HTTLPR	PŘÍLOHA 4
GRAF 16	STATISTICKY SIGNIFIKANTNÍ ROZDÍLY VE ŠKÁLE DISTRES PŘI OMEZENÍ MEZI HH, HL A LL KOMBINACEMI GENU MAOA	PŘÍLOHA 4
GRAF 17	STATISTICKY SIGNIFIKANTNÍ ROZDÍLY VE ŠKÁLE VZPAMATOVÁNÍ SE ZE STRESU MEZI HH, HL A LL KOMBINACEMI GENU MAOA	PŘÍLOHA 4
GRAF 18	STATISTICKY SIGNIFIKANTNÍ ROZDÍLY VE ŠKÁLE SMUTKU MEZI HH, HL A LL KOMBINACEMI GENU MAOA	PŘÍLOHA 4
GRAF 19	STATISTICKY SIGNIFIKANTNÍ ROZDÍLY VE ŠKÁLE NEG MEZI HH, HL A LL KOMBINACEMI GENU MAOA	PŘÍLOHA 4
GRAF 20	STATISTICKY SIGNIFIKANTNÍ ROZDÍLY VE ŠKÁLE RYCHLOST PŘIBLIŽENÍ MEZI HH, HL A LL KOMBINACEMI GENU MAOA	PŘÍLOHA 4
GRAF 21	STATISTICKY SIGNIFIKANTNÍ ROZDÍLY VE ŠKÁLE USMÍVÁNÍ SE A HLASITÝ SMÍCH MEZI HH, HL A LL KOMBINACEMI GENU MAOA	PŘÍLOHA 4
GRAF 22	STATISTICKY SIGNIFIKANTNÍ ROZDÍLY VE ŠKÁLE RADOST VYSOKÉ INTENZITY MEZI HH, HL A LL KOMBINACEMI GENU MAOA	PŘÍLOHA 4

GRAF 23	STATISTICKY SIGNIFIKANTNÍ ROZDÍLY VE ŠKÁLE EXT MEZI HH, HL A LL KOMBINACEMI GENU MAOAPŘÍLOHA 4
GRAF 24	STATISTICKY SIGNIFIKANTNÍ ROZDÍLY VE ŠKÁLE VYTRVALOST POZORNOSTI MEZI HH, HL A LL KOMBINACEMI GENU MAOAPŘÍLOHA 4
GRAF 25	STATISTICKY SIGNIFIKANTNÍ ROZDÍLY VE ŠKÁLE UKLIDNITELNOST VYCHOVATELEM MEZI HH, HL A LL KOMBINACEMI GENU MAOAPŘÍLOHA 4
GRAF 26	STATISTICKY SIGNIFIKANTNÍ ROZDÍLY VE ŠKÁLE REG MEZI HH, HL A LL KOMBINACEMI GENU MAOAPŘÍLOHA 4
GRAF 27	STATISTICKY SIGNIFIKANTNÍ ROZDÍLY VE ŠKÁLE NÁRŮST KORTIZOLU MEZI HH, HL A LL KOMBINACEMI GENU MAOAPŘÍLOHA 4
GRAF 28	STATISTICKY SIGNIFIKANTNÍ ROZDÍLY VE ŠKÁLE POKLES KORTIZOLU MEZI HH, HL A LL KOMBINACEMI GENU MAOAPŘÍLOHA 4
GRAF 29	STATISTICKY SIGNIFIKANTNÍ ROZDÍLY VE ŠKÁLE RADOST VYSOKÉ INTENZITY MEZI MM, VM A VV KOMBINACEMI ALEL GENU PRO COMTPŘÍLOHA 4
GRAF 30	STATISTICKY SIGNIFIKANTNÍ ROZDÍLY VE ŠKÁLE RYCHLOST PŘIBLIŽENÍ MEZI MM, VM A VV KOMBINACEMI ALEL GENU PRO COMTPŘÍLOHA 4
GRAF 31	STATISTICKY SIGNIFIKANTNÍ ROZDÍLY VE ŠKÁLE EXT MEZI MM, VM A VV KOMBINACEMI ALEL GENU PRO COMTPŘÍLOHA 4
GRAF 32	STATISTICKY SIGNIFIKANTNÍ ROZDÍLY VE ŠKÁLE VYTRVALOST POZORNOSTI MEZI MM, VM A VV KOMBINACEMI ALEL GENU PRO COMTPŘÍLOHA 4
GRAF 33	STATISTICKY SIGNIFIKANTNÍ ROZDÍLY VE ŠKÁLE REG MEZI MM, VM A VV KOMBINACEMI ALEL GENU PRO COMTPŘÍLOHA 4
GRAF 34	STATISTICKY SIGNIFIKANTNÍ ROZDÍLY VE ŠKÁLE VZPAMATOVÁNÍ SE ZE STRESU MEZI MM, VM A VV KOMBINACEMI ALEL GENU PRO COMTPŘÍLOHA 4
GRAF 35	STATISTICKY SIGNIFIKANTNÍ ROZDÍLY VE ŠKÁLE POKLES KORTIZOLU MEZI MM, VM A VV KOMBINACEMI ALEL GENU PRO COMTPŘÍLOHA 4

Seznam obrázků

OBRÁZEK 1	SCHÉMA TEMPERAMENTU DLE ROTHBARTOVÉ	17
OBRÁZEK 2	VZTAH TEMPERAMENTOVÝCH FAKTORŮ A NÁSLEDNÉ PSYCHOPATOLOGIE.....	22
OBRÁZEK 3	HYPOTHALAMO-HYPOFYZÁRNÍ OSA SPOLU S JEJÍ ZPĚTNOVAZEBNOU REGULACÍ	31
OBRÁZEK 4	DOPAMINERGNÍ DRÁHY V MOZKU	34
OBRÁZEK 5	SEROTONERGNÍ DRÁHY V MOZKU	37
OBRÁZEK 6	SCHÉMA MEDIAČNÍHO MODELU A	67
OBRÁZEK 7	PRINTSCREEN SOBELOVA TESTU MEDIACE	68
OBRÁZEK 8	UKÁZKA AXIÁLNÍHO KÓDOVÁNÍ V PROGRAMU ATLAS.TI	PŘÍLOHA 8
OBRÁZEK 9	SCHÉMA DETERMINANT VNÍMANÉ RODIČOVSKÉ ZDATNOSTI	137
OBRÁZEK 10	MANŽELSKÉ TRAJEKTORIE	157

Seznam příloh

PŘÍLOHA 1	INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ NA KVANTITATIVNÍ STUDII
PŘÍLOHA 2	POPISNÁ STATISTIKA
PŘÍLOHA 3	KONTROLA INTERVENUJÍCÍCH PROMĚNNÝCH
PŘÍLOHA 4	VÝSLEDKY KVANTITATIVNÍ STUDIE
PŘÍLOHA 5	INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ NA KVALITATIVNÍ STUDII
PŘÍLOHA 6	SCHÉMA ROZHOVORU
PŘÍLOHA 7	PŘEPIS ROZHOVORU
PŘÍLOHA 8	UKÁZKA KÓDOVÁNÍ

Přílohy

PŘÍLOHA 1 - Informovaný souhlas s účastí na kvantitativní studii

Vážená paní,

srdečně Vám blahopřeji k narození Vašeho miminka. Jmenuji se Zdeňka Bajgarová, vystudovala jsem psychologii na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy a v současné době studuji doktorské studium na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity. Obracím se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je zjištění souvislosti vrozených temperamentových charakteristik (např. dráždivosti, schopnosti se uklidnit, schopnosti přizpůsobit se změnám prostředí, intenzitě prožívání a projevování emocí atd.) a variant genů kódujících nejdůležitější neurotransmitery (dopamin, serotonin, noradrenalin). Cílem výzkumu je zjištění, které konkrétní varianty genu předurčují miminko ke konkrétním projevům. Zaměřuji se zejména na děti obzvláště dráždivé a obtížně uklidnitelné a výsledky mé studie by mohly přispět k nalezení optimální pomoci rodičům těchto dětí.

Důležitou vrozenou charakteristikou Vašeho miminka je jeho reaktivita na nepříjemné podněty a jeho schopnost se uklidnit nebo se nechat uklidnit někým jiným. Tyto proměnné bych chtěla sledovat v reakci miminka na odběr krve z patičky (lékařský výkon, který nemá žádnou souvislost s mým výzkumem a je proveden každému miminku, než je propuštěno z nemocnice domů). Sledovala bych a zaznamenávala reakci dítěte na tento podnět, současně s tím, jak by se uklidnilo, popř. nechalo uklidnit. Pro přesnější určení míry fyziologické reakce dítěte na stres bych stanovovala množství stresového hormonu kortizolu ve slinách. Sběr slin by byl proveden třikrát: před odběrem krve, 20 minut po odběru a 45 minut po odběru. Sběr slin je proveden metodou, která nezatěžuje miminko – do úst se mu vsune tyčinka na dobu cca 30 s. Jediným omezením této metody je, že dítě by nemělo být 20 minut před odběrem slin kojeno nebo krmeno umělým mlékem, aby mléko neovlivnilo vzorek slin. Krmení tedy nemůže být použito pro uklidnění miminka po dobu 45 minut od odběru krve. Sběr slin bude proveden studentkami oboru Porodní asistentka ze Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Po třech měsících byste vyplnila dotazník zaměřený na chování miminka v běžných každodenních situacích (dostanete jej v porodnici spolu s ofrankovanou obálkou a adresou pracoviště, kde působím), jeho vyplnění trvá přibližně půl hodinu. Za Vaši ochotu a věnovaný čas byste obdržela odměnu 200 Kč.

Všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a Vaše anonymita bude zaručena. Kontakt na Vaši osobu (e-mail, telefonní číslo) je nutný pro možnost připomenutí vyplnění dotazníku ve třech měsících věku dítěte.

Nejsem si vědoma žádných negativ či rizik, které by Vám či Vašemu miminku mohl výzkum přinést. Máte možnost kdykoliv ze spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

V případě Vašeho zájmu byste mohla obdržet vyhodnocení údajů týkajících se Vašeho dítěte (výsledky dotazníku, průběh stresové reakce, varianty zkoumaných genů – co a do jaké míry mohou ovlivňovat v psychice Vašeho dítěte, výchovná doporučení).

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí mého dítěte na výše uvedeném projektu. Řešitelka projektu mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne a mé dítě z účasti na projektu vyplývají.

Souhlasím s využitím slin pro genetický rozbor DNA s tím, že po analýze budou tyto vzorky zlikvidovány v Nemocnici České Budějovice, a.s.

Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Souhlasím s poskytnutím kontaktu (e-mail, telefon) na mou osobu.

Měla jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měla jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považovala za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostala jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informována, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba a druhý řešitel projektu.

Jméno, příjmení a podpis řešitele projektu:

Mgr. Zdeňka Bajgarová

V Českých Budějovicích dne: _____

Podpis: _____

Jméno, příjmení a podpis zákonného zástupce účastníka v projektu:

V Českých Budějovicích dne: _____

Podpis: _____

PŘÍLOHA 2 – Popisná statistika

Tabulka 2. Popisná statistika hodnot kortizolu

	průměr	min	max	SD	šikmost	špičatost
basal	0,823	0,244	1,692	0,379	0,298	-0,799
peak	1,412	0,445	2,573	0,423	-0,377	0,432
recovery	1,124	0,160	2,074	0,441	-0,149	-0,397
nárůst	0,588	0,029	2,120	0,384	1,438	3,257
pokles	0,288	-0,208	1,611	0,339	1,260	2,335

Tabulka 6. Procentuální zastoupení kombinací alel polymorfismů

	5-HTTLPR S/L	5-HTTLPR A/G	5-HTTLPR S'/L'	MAOA H/L	COMT val/met				
SS	3,53	AA	30,59	L'L'	30,59	HH	61,18	VV	24,71
SL	41,18	GG	2,35	S'L'	45,88	HL	30,59	VM	52,94
LL	55,29	SS	3,53	S'S'	23,53	LL	8,24	MM	22,35
		AG	22,35						
		SA	23,53						
		SG	17,65						

Tabulka 8. Popisná statistika škál IBQ-R

škála	průměr	SD	min	max	šikmost	špičatost
úroveň aktivity	3,730	0,830	2,080	5,070	0,502	0,364
distres při omezení	3,340	0,880	1,930	5,500	0,145	-0,296
strach	2,300	0,880	1,250	4,000	1,160	0,805
vytrvalost pozornosti	3,940	1,130	2,400	6,200	0,041	-0,699
usmívání a smích	4,130	1,010	2,500	5,560	-0,041	-1,201
radost vysoké intenzity	4,980	1,120	2,500	7,000	-0,493	-0,366
radost nízké intenzity	4,830	0,930	2,860	7,000	-0,178	-0,197
utěšitelnost	5,020	0,630	3,280	6,330	-0,330	0,406
rychlost vzpamatování se z distresu	5,050	0,840	2,920	6,230	-0,647	-0,474
mazlivost	5,890	0,580	4,500	6,750	-0,970	1,686
citlivost smyslů	3,200	1,330	1,250	5,600	0,212	-0,709
smutek	3,570	0,940	1,920	5,180	-0,187	-0,575
bezprostřednost přibližování se	3,800	1,200	1,880	6,000	-0,490	-0,054
množství hlasových projevů	3,170	0,980	1,500	5,290	0,319	-0,206
surgence/extraverze	3,830	0,700	2,580	5,250	-0,079	-0,441
negativní afekt	3,100	0,850	1,990	4,620	0,086	-0,625
pozornost/regulace	4,950	0,540	3,930	5,780	0,208	0,585

PŘÍLOHA 3 – Kontrola intervenujících proměnných

Tabulka 9. Spearmanovy korelace kortizolových hodnot a proměnných odběru krve (N=69)

hodnota kortizolu	stáří dítěte	
	ρ	p
basal	0,107	0,474
peak	0,079	0,598
recovery	0,127	0,397
nárůst	-0,022	0,881
pokles	-0,177	0,228

Tabulka 10. Hodnoty testové statistiky Mann-Whitneova U testu (N=69) rozdílů kortizolových hodnot mezi skupinami

hodnota kortizolu	spánek/bdění		způsob porodu		pohlaví	
	Z	p	Z	p	Z	p
basal	1,544	0,122	0,3	0,765	1,503	0,133
peak	0,724	0,469	0,045	0,964	0,371	0,711
recovery	0,225	0,822	0,9	0,37	1,327	0,185
nárůst	-0,901	0,368	0,624	0,533	-0,308	0,758
pokles	1,335	0,182	-0,552	0,581	-1,318	0,188

Tabulka 11. Hodnoty testové statistiky Mann-Whitneyova U testu (N=84)
porovnání hodnot škál IBQ-R mezi skupinami

škála IBQ-R	pohlaví		rodinný stav matek	
	Z	p	Z	P
úroveň aktivity	-0,843	0,399	-0,526	0,599
limitační distres	0,385	0,700	0,266	0,790
bázlivost	0,243	0,808	-0,510	0,610
vytrvalost pozornosti	-1,640	0,101	-0,654	0,513
usmívání a smích	-1,668	0,095	-0,165	0,869
radost vysoké intenzity	-1,026	0,305	1,770	0,077
klidná radost	0,124	0,902	1,409	0,159
uklidnitelnost vychovatelem	-1,627	0,104	-0,431	0,667
opadávání distresu	-1,356	0,175	-0,899	0,369
mazlivost	0,128	0,898	-1,356	0,175
citlivost smyslů	-0,793	0,428	0,181	0,857
skleslost	-1,031	0,303	1,446	0,148
rychlost přiblížení se	-1,691	0,091	-0,867	0,386
množství hlasových projevů	-1,017	0,309	-2,265	0,024
surgence/extraverze	-1,713	0,087	-0,271	0,786
negativní emocionalita	0,298	0,766	1,079	0,281
pozornost/seberegulace	-1,567	0,117	-0,165	0,869

Tabulka 12. Spearmanovy korelace (N=84) mezi škálami dotazníku IBQ-R a intervenujícími proměnnými

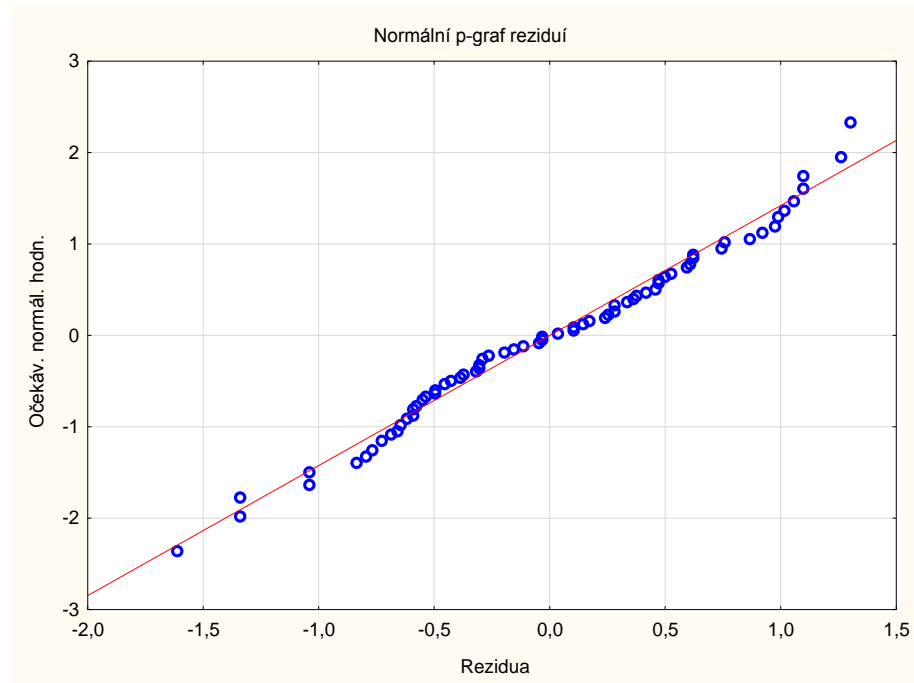
škála IBQ-R	velikost bydliště		věk matky	
	ρ	p	ρ	p
úroveň aktivity	0,065	0,564	0,068	0,550
limitační distres	0,121	0,287	0,106	0,348
bázlivost	0,114	0,314	0,019	0,864
vytrvalost pozornosti	0,097	0,393	-0,084	0,459
usmívání a smích	-0,063	0,581	0,220	0,050
radost vysoké intenzity	-0,029	0,796	0,211	0,060
klidná radost	-0,148	0,191	0,082	0,467
uklidnitelnost vychovatelem	-0,072	0,525	0,040	0,723
opadávání distresu	0,001	0,994	-0,002	0,987
mazlivost	-0,167	0,139	-0,023	0,838
citlivost smyslů	-0,130	0,250	-0,022	0,846
skleslost	0,066	0,561	0,059	0,602
rychlost přiblížení se	0,003	0,976	0,017	0,884
množství hlasových projevů	-0,035	0,755	0,058	0,611
surgence/extraverze	-0,051	0,652	0,099	0,382
negativní emocionalita	0,092	0,419	0,071	0,529
pozornost/seberegulace	-0,054	0,637	0,051	0,655

Tabulka 13. Hodnoty Kruskal-Wallisova testu

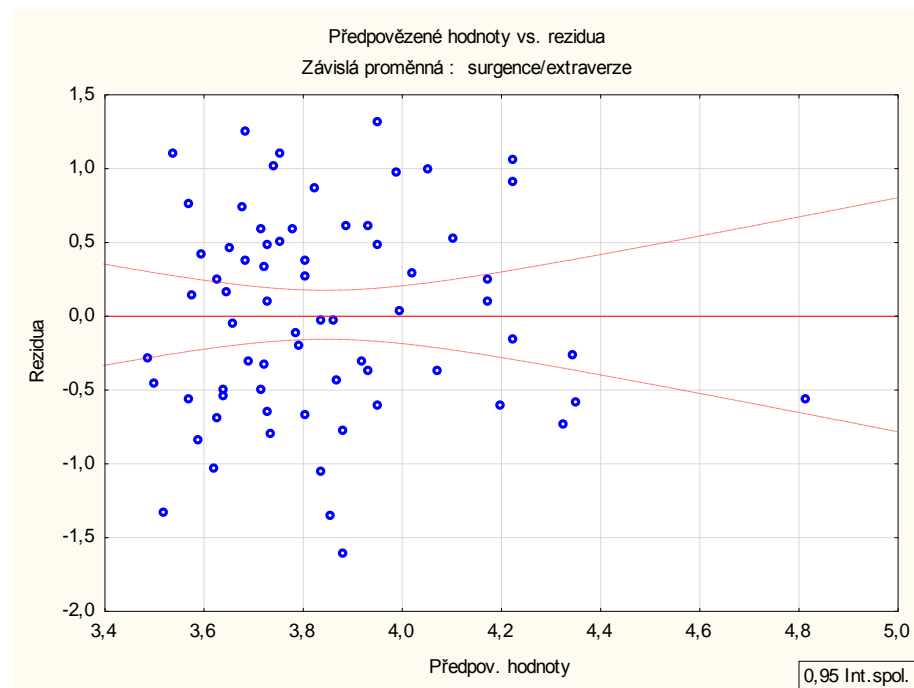
škála IBQ-R	vzdělání		počet dětí	
	H(2, N=80)	p	H(3, N=76)	p
úroveň aktivity	1,714	0,425	1,589	0,662
limitační distres	1,701	0,427	2,801	0,423
bázlivost	5,344	0,069	1,309	0,727
vytrvalost pozornosti	0,587	0,746	5,944	0,114
usmívání a smích	1,647	0,439	1,726	0,631
radost vysoké intenzity	2,491	0,288	3,03	0,387
klidná radost	0,643	0,725	1,245	0,742
uklidnitelnost vychovatelem	0,204	0,903	0,318	0,957
opadávání distresu	2,034	0,362	5,706	0,127
mazlivost	5,224	0,073	2,452	0,484
citlivost smyslů	3,087	0,214	0,711	0,871
skleslost	0,576	0,75	5,293	0,152
rychlost přiblížení se	0,631	0,73	5,935	0,114
množství hlasových projevů	4,157	0,125	10,417	0,015
surgence/extraverze	3,837	0,147	5,361	0,147
negativní emocionalita	1,161	0,56	3,911	0,271
pozornost/seberegulace	1,762	0,414	2,713	0,438

PŘÍLOHA 4 – Výsledky kvantitativní studie

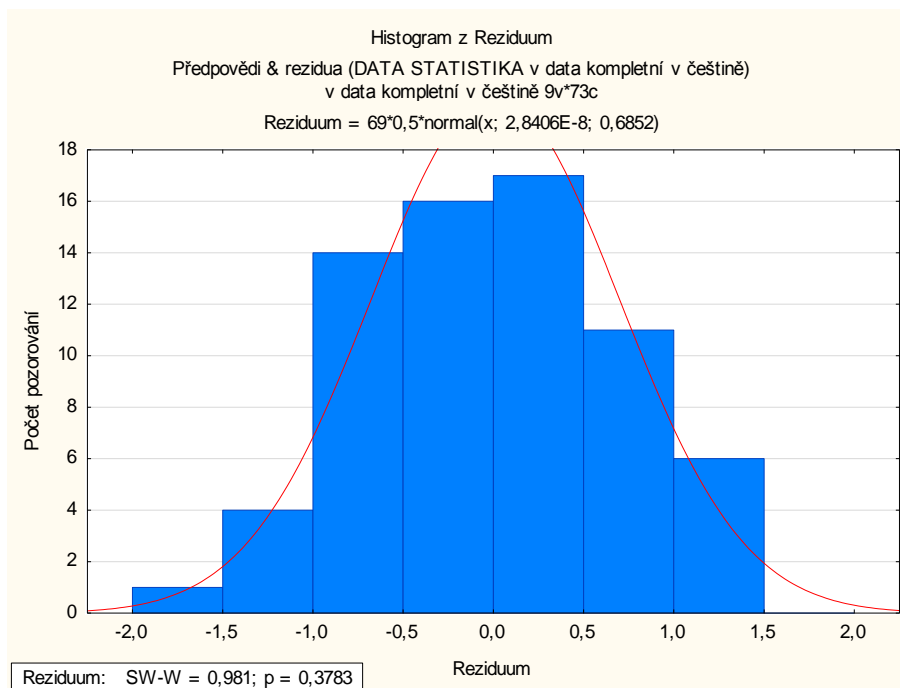
Testování předpokladů pro regresní analýzu



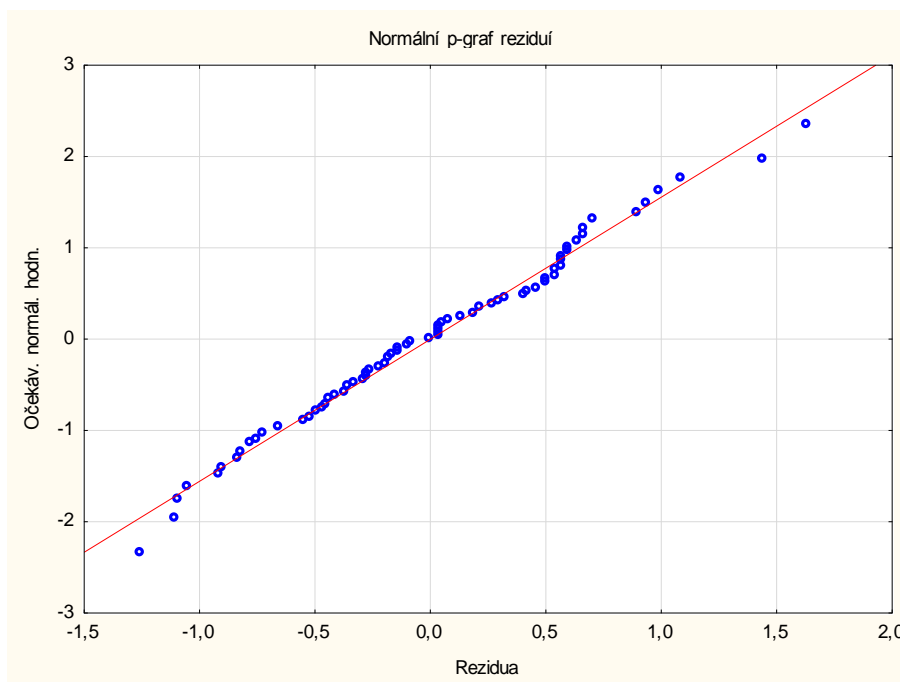
Graf 1. Normální p-graf reziduí regrese EXT z nárůstu kortizolu



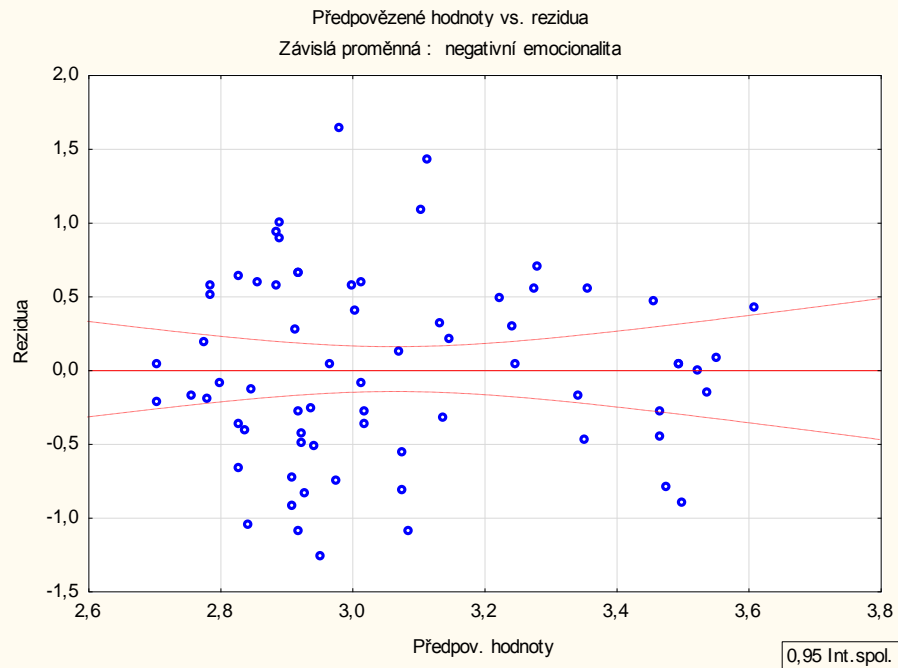
Graf 2. Analýza homoskedasticity regrese EXT z nárůstu kortizolu



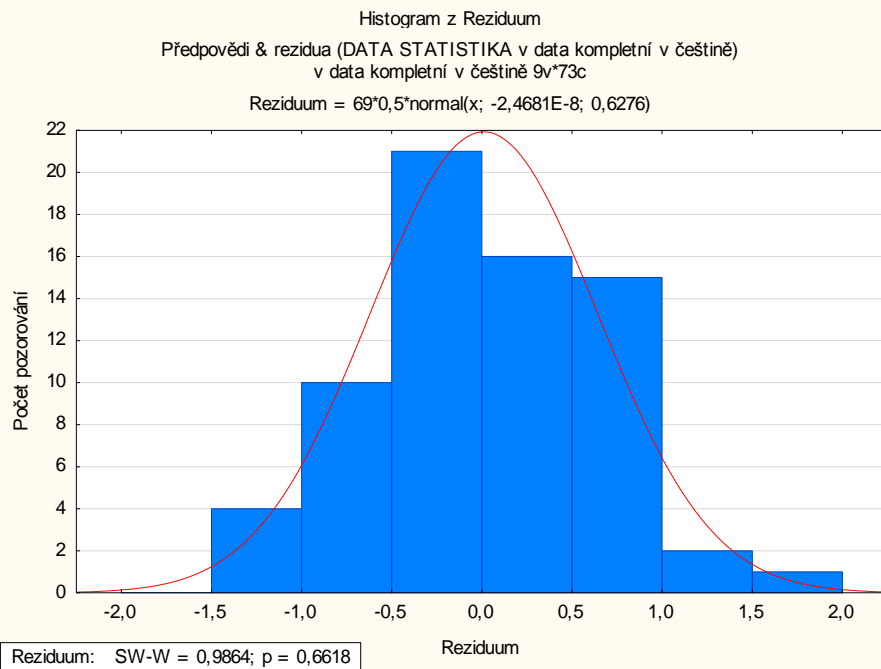
Graf 3. Histogram reziduí a Shapiro-Wilkův test normality rozložení reziduí regrese EXT z nárůstu kortizolu



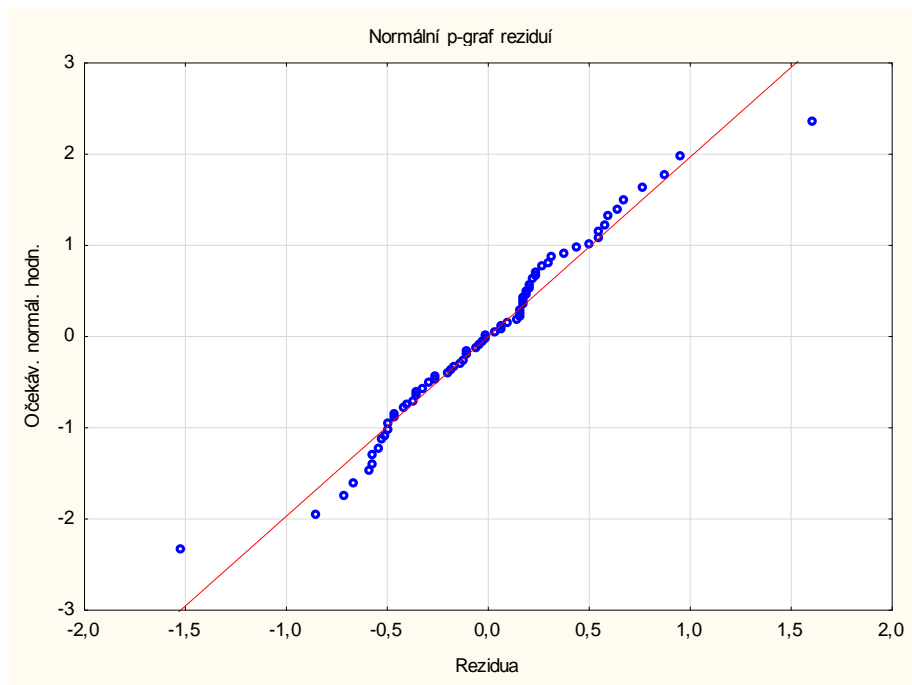
Graf 4. Normální p-graf reziduí regrese NEG z nárůstu a poklesu kortizolu



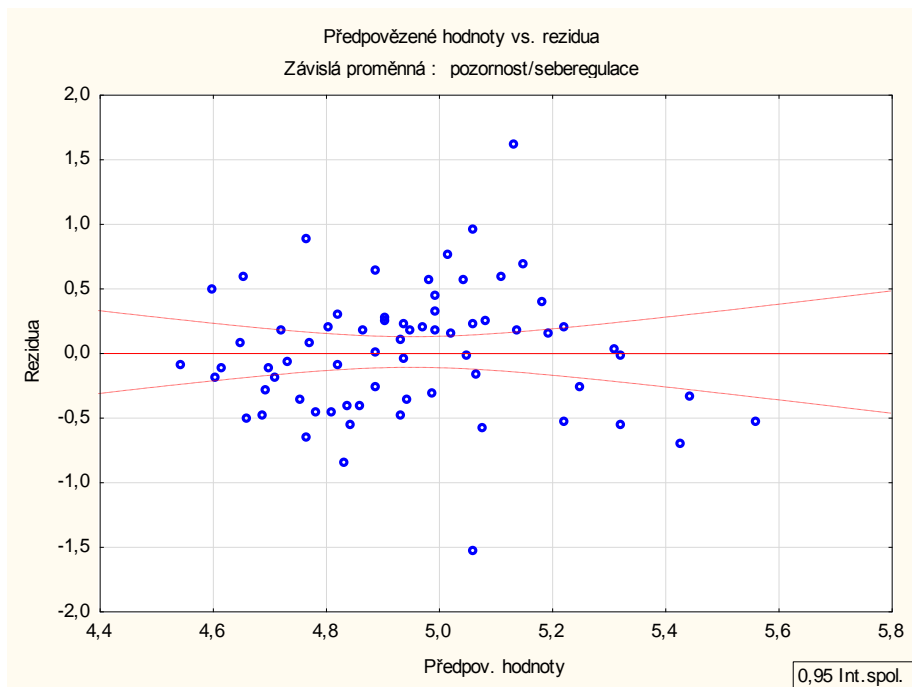
Graf 5. Analýza homoskedasticity regrese NEG z nárůstu a poklesu kortizolu



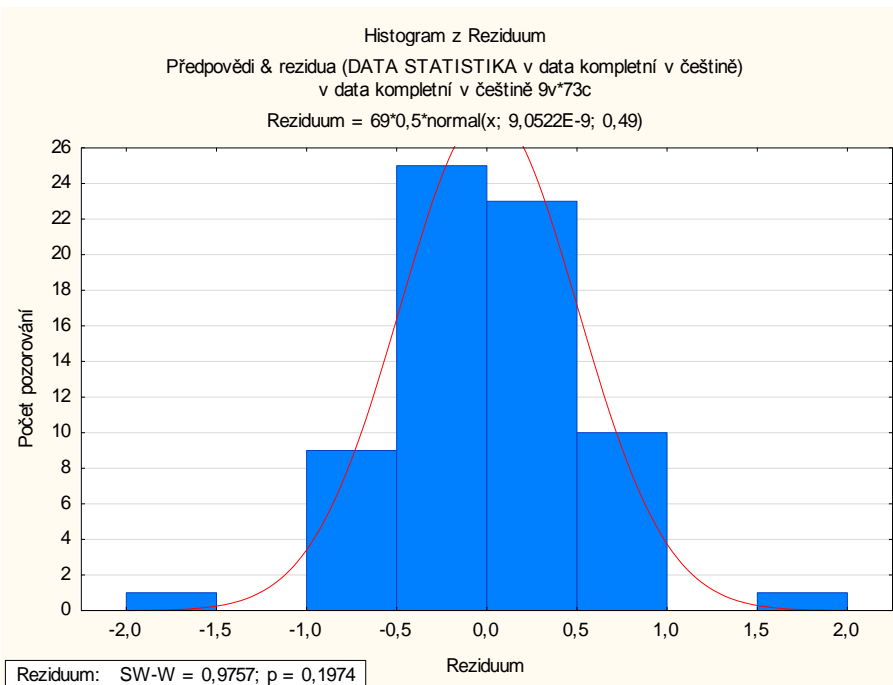
Graf 6. Histogram reziduí a Shapiro-Wilkův test normality rozložení reziduí regrese NEG z nárůstu a poklesu kortizolu



Graf 7. Normální p-graf reziduí regrese REG z nárůstu a poklesu kortizolu

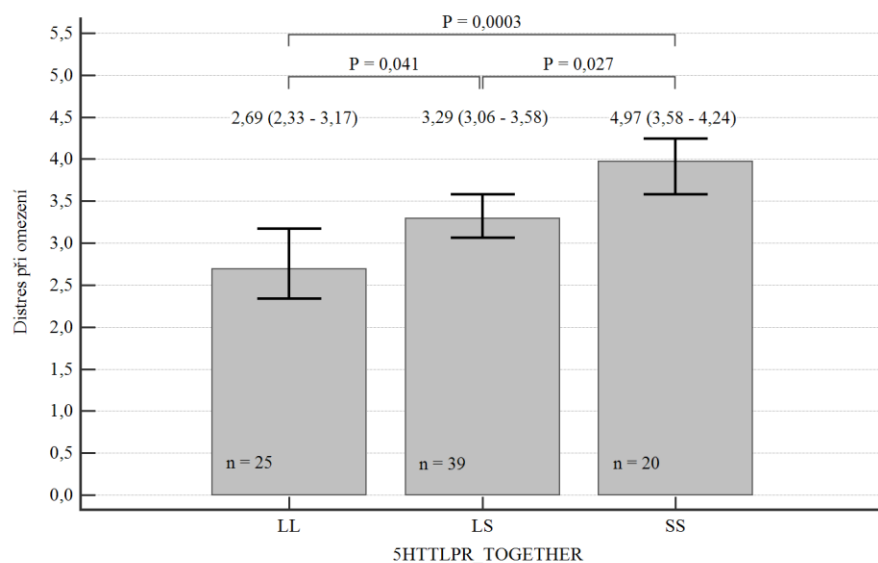


Graf 8. Analýza homoskedasticity regrese REG z nárůstu a poklesu kortizolu

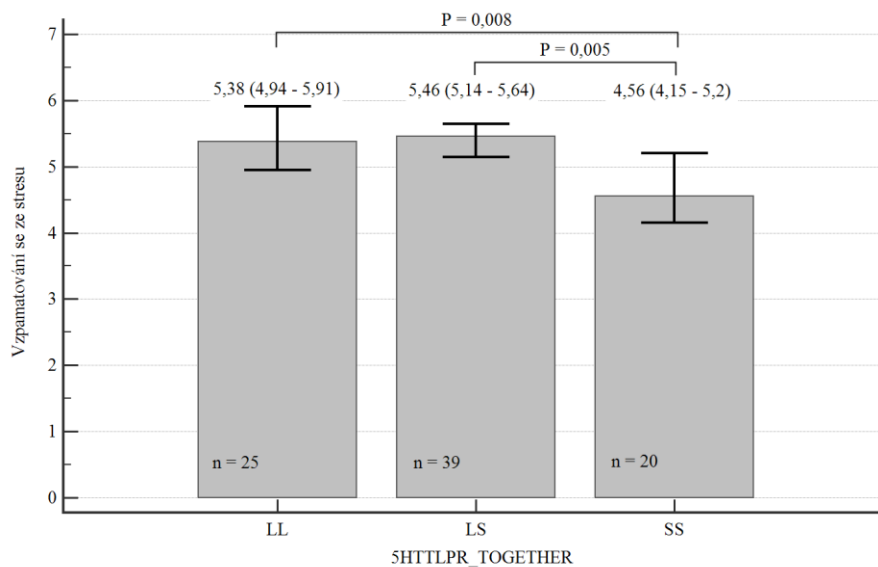


Graf 9. Histogram reziduí a Shapiro-Wilkův test normality rozložení reziduí regrese REG z nárůstu a poklesu kortizolu

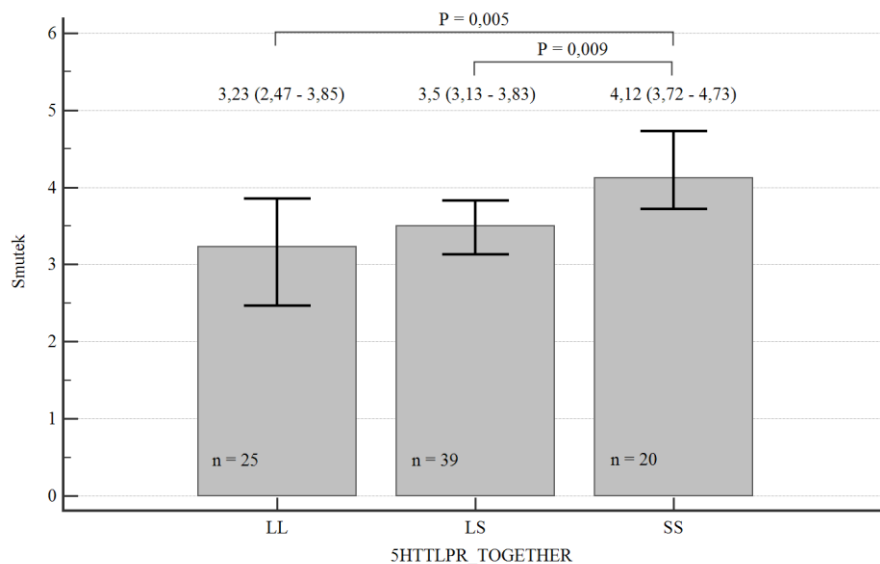
Grafy signifikantních rozdílů hodnot škál IBQ-R mezi skupinami jedinců s různými kombinacemi alel polymorfismů 5-HTTLPR, COMT Val158Met a a MAOA.



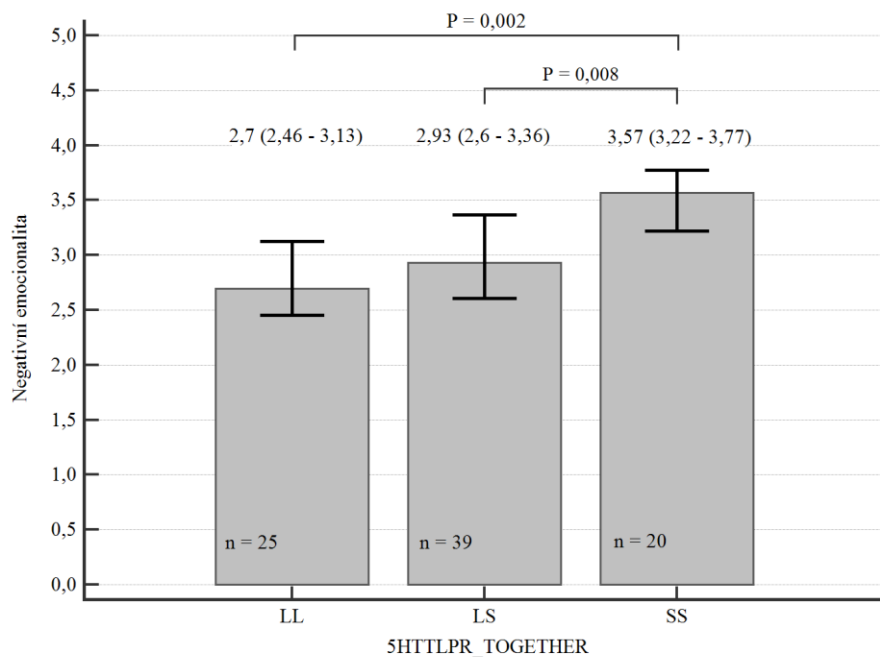
Graf 10. Statisticky signifikantní rozdíly ve škále distresu při omezení mezi LL, LS a SS kombinacemi alel v 5-HTTLPR



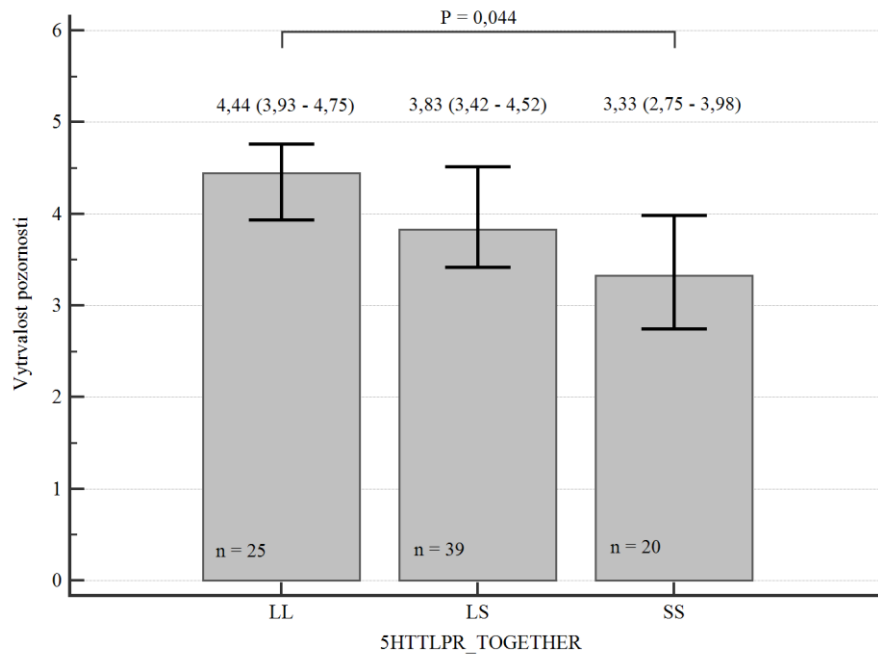
Graf 11. Statisticky signifikantní rozdíly ve škále Vzpaťování se ze stresu mezi LL, LS a SS kombinacemi alel v 5-HTTLPR



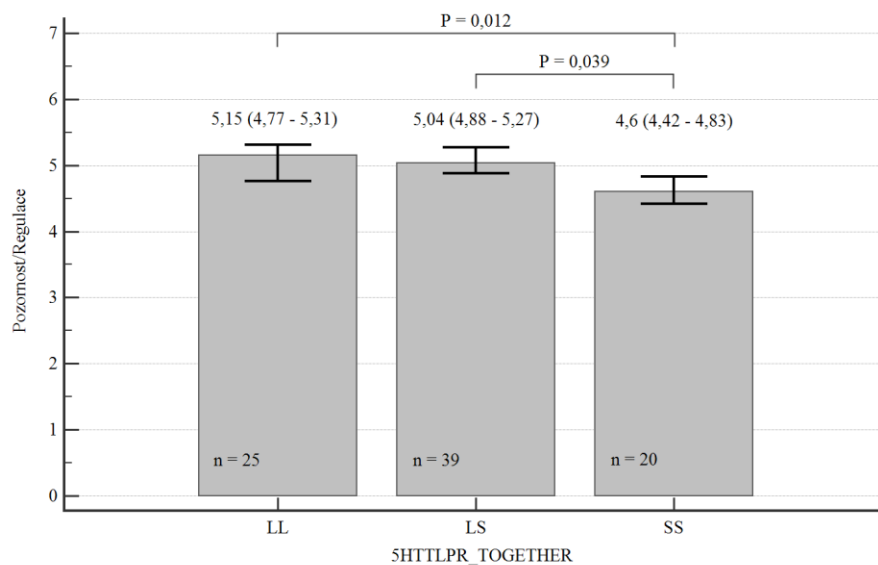
Graf 12. Statisticky signifikantní rozdíly ve škále smutek mezi LL, LS a SS kombinacemi alel v 5-HTTLPR



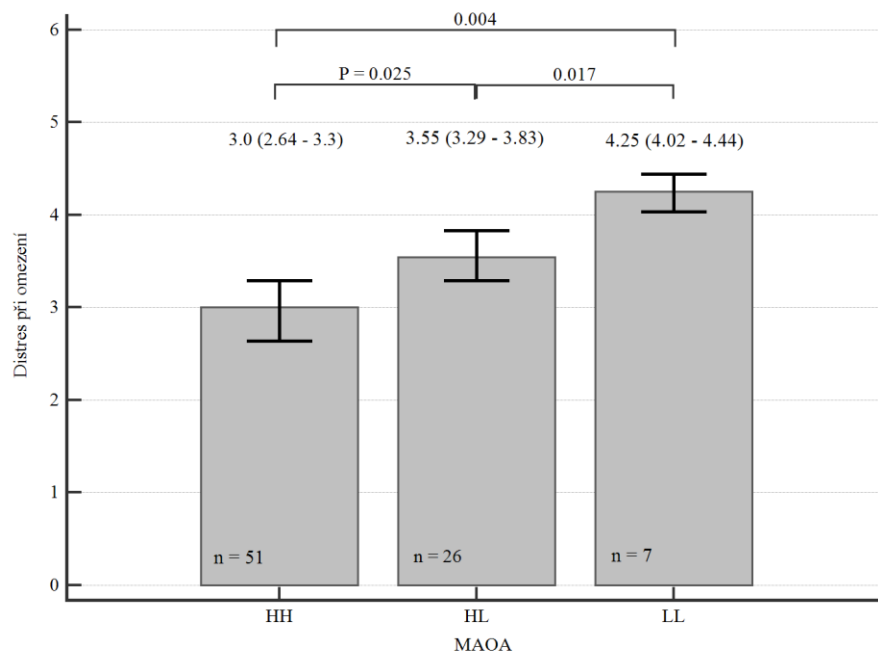
Graf 13. Statisticky signifikantní rozdíly ve škále Negativní emočnosti mezi LL, LS a SS kombinacemi alel v 5-HTTLPR



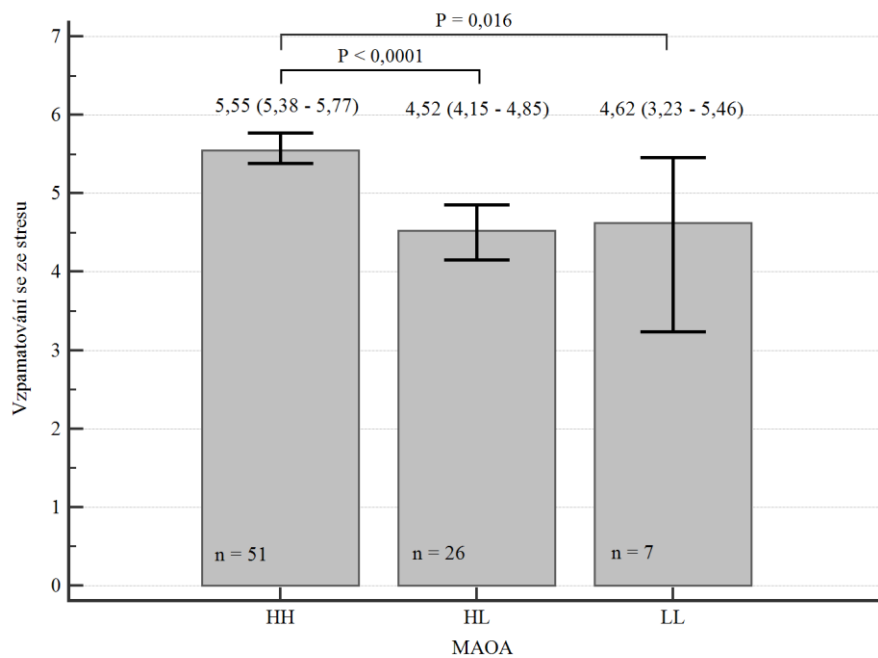
Graf 14. Statisticky signifikantní rozdíly ve škále Vytrvalost pozornosti mezi LL, LS a SS kombinacemi alel v 5-HTTLPR



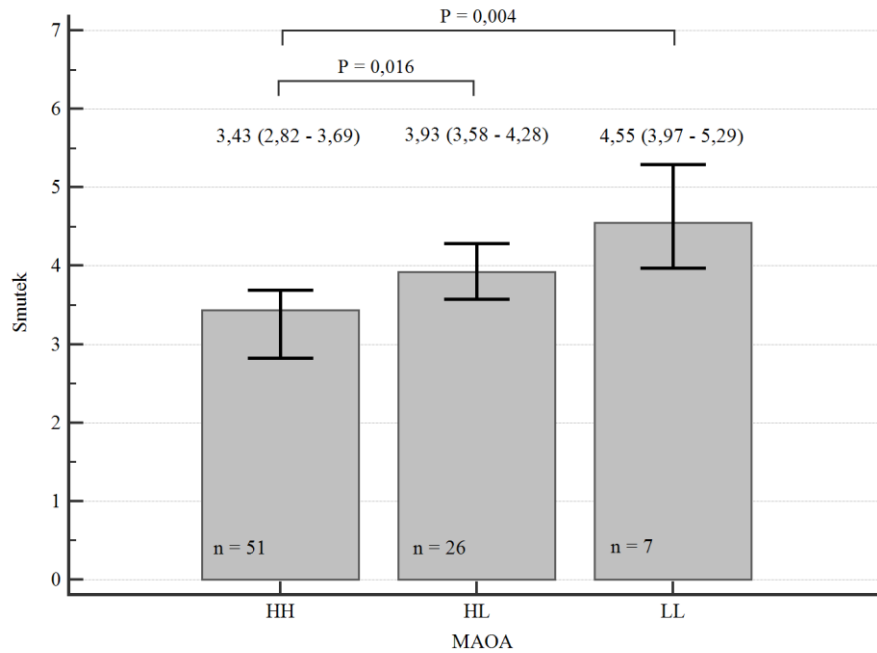
Graf 15. Statisticky signifikantní rozdíly ve škále Pozornost/Regulace mezi LL, LS a SS kombinacemi alel v 5-HTTLPR



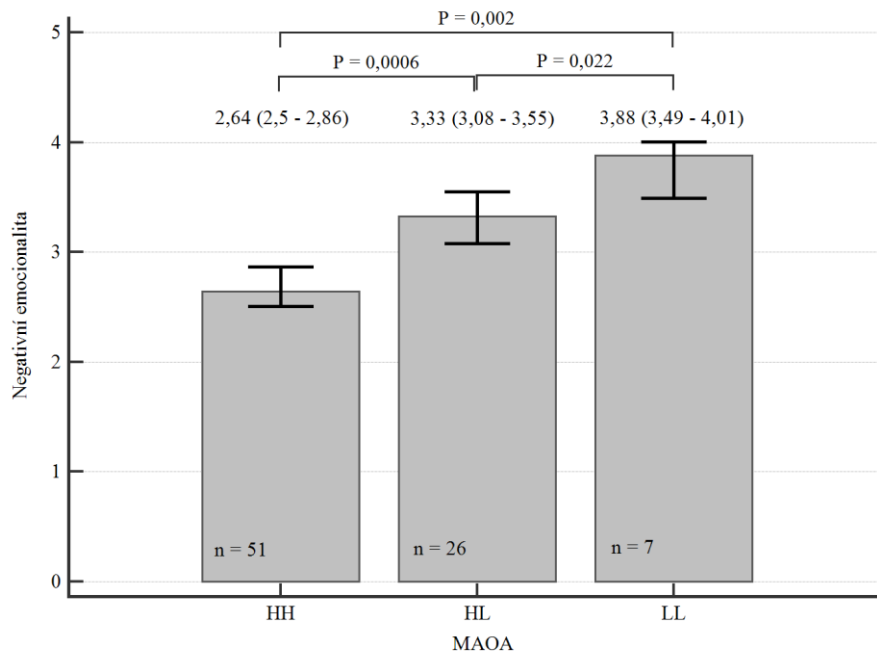
Graf 16. Statisticky signifikantní rozdíly ve škále Distres při omezení mezi HH, HL a LL kombinacemi alel v MAOA genu



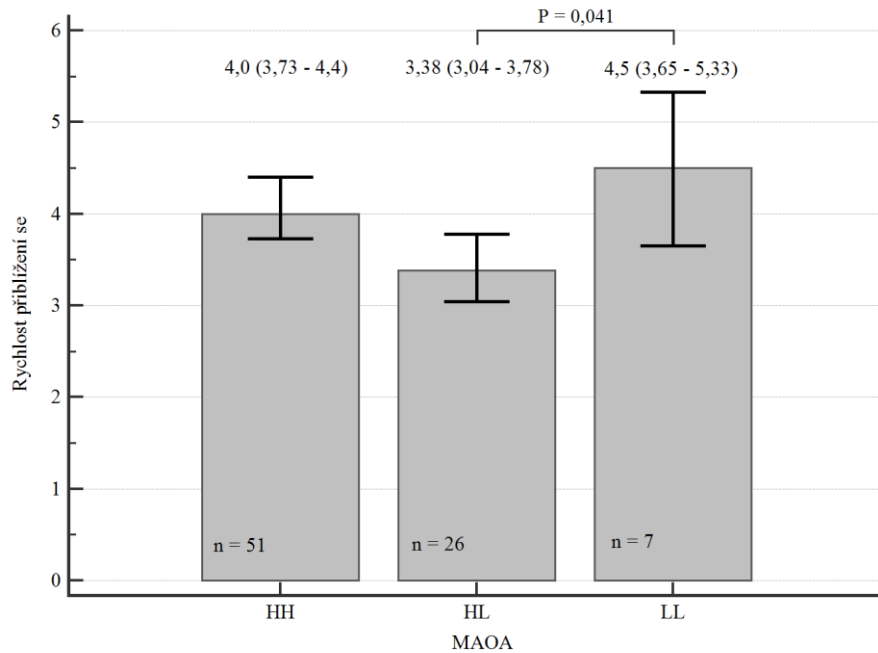
Graf 17. Statisticky signifikantní rozdíly ve škále Vzpamatování se ze stresu mezi HH, HL a LL kombinacemi alel v MAOA genu



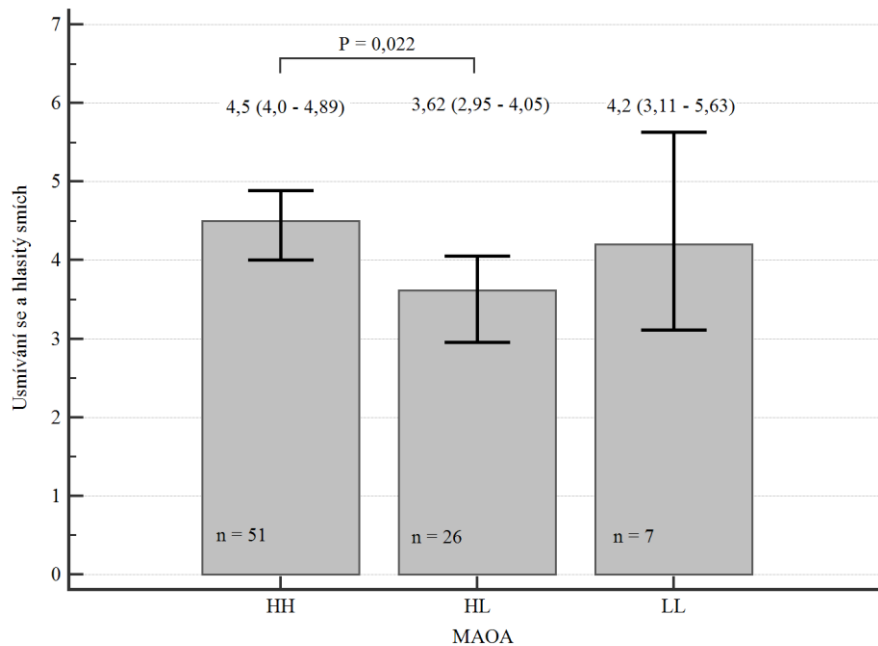
Graf 18. Statisticky signifikantní rozdíly ve škále Smutku mezi HH, HL a LL kombinacemi alel v MAOA genu



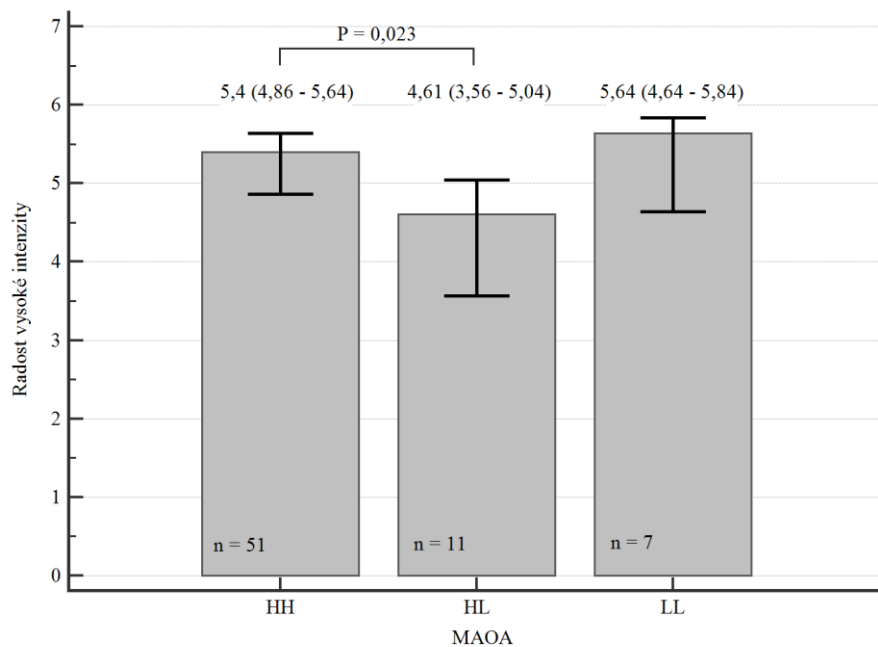
Graf 19. Statisticky signifikantní rozdíly ve škále Negativní emocionality mezi HH, HL a LL kombinacemi alel v MAOA genu



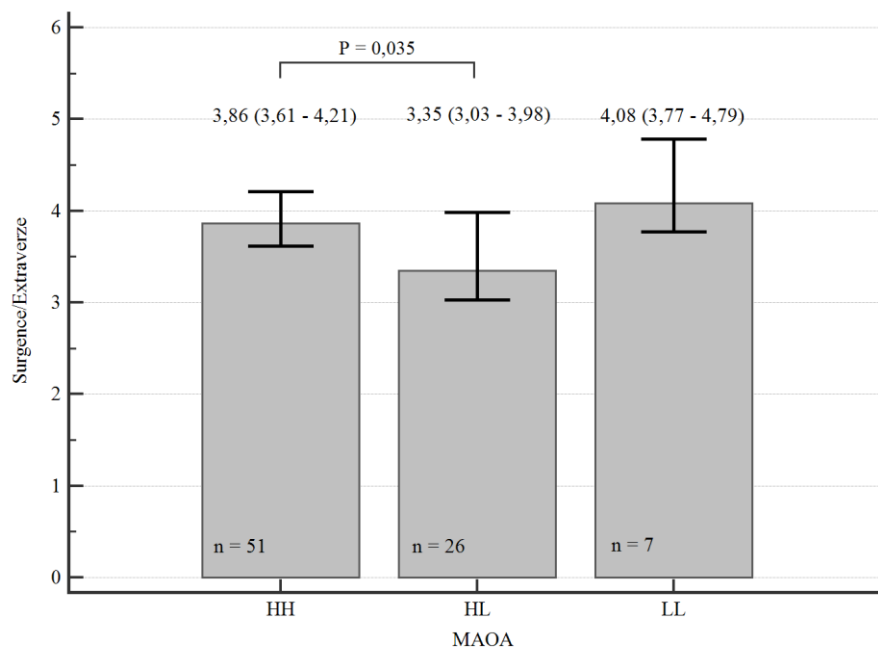
Graf 20. Statisticky signifikantní rozdíly ve škále Rychlost přiblížení se mezi HH, HL a LL kombinacemi alel v MAOA genu



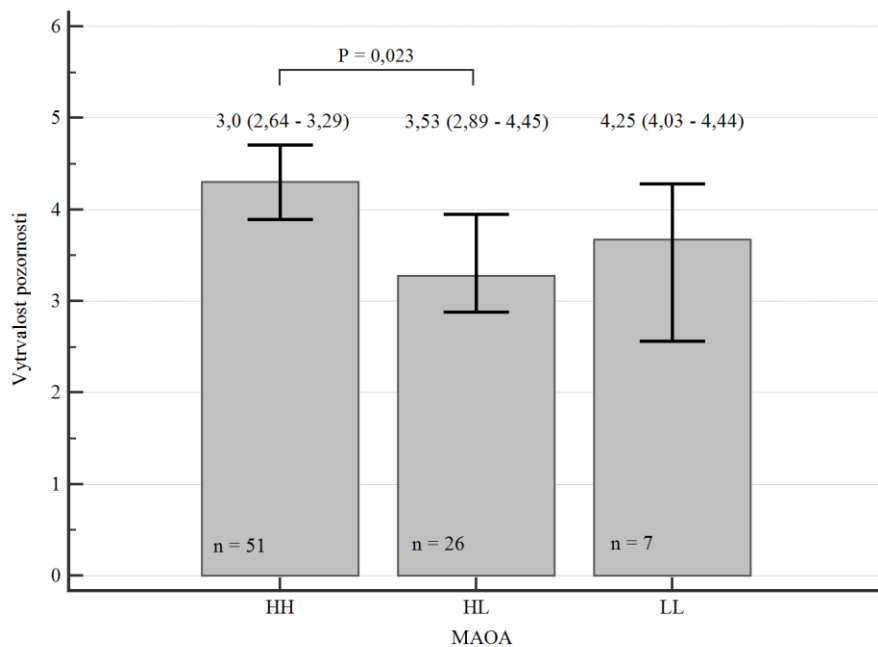
Graf 21. Statisticky signifikantní rozdíly ve škále Usmívání se a hlasitý smích mezi HH, HL a LL kombinacemi alel v MAOA genu



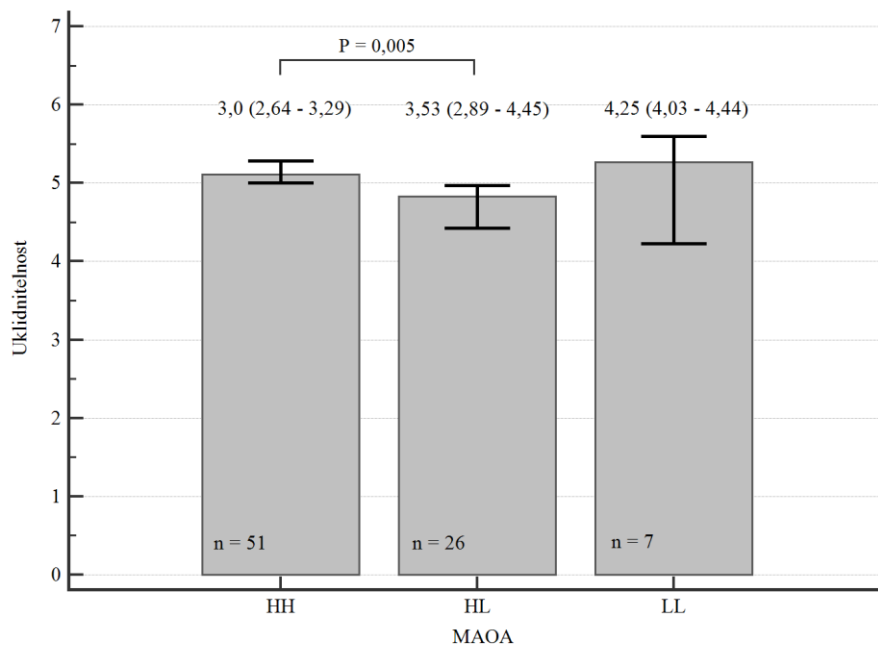
Graf 22. Statisticky signifikantní rozdíly ve škále Radost vysoké intenzity mezi HH, HL a LL kombinacemi alel v MAOA genu



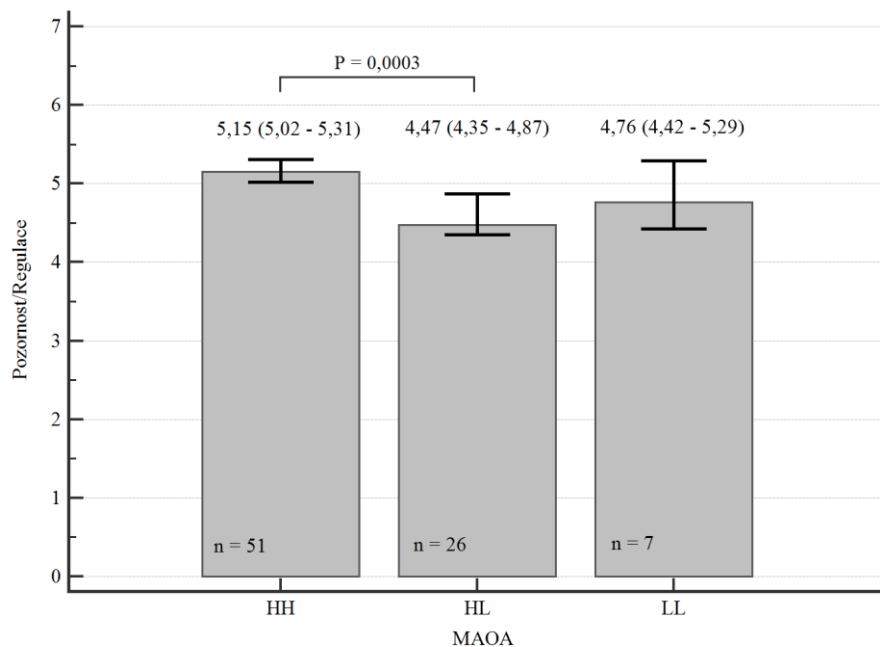
Graf 23. Statisticky signifikantní rozdíly ve škále Surgence/extraverze mezi HH, HL a LL kombinacemi alel v MAOA genu



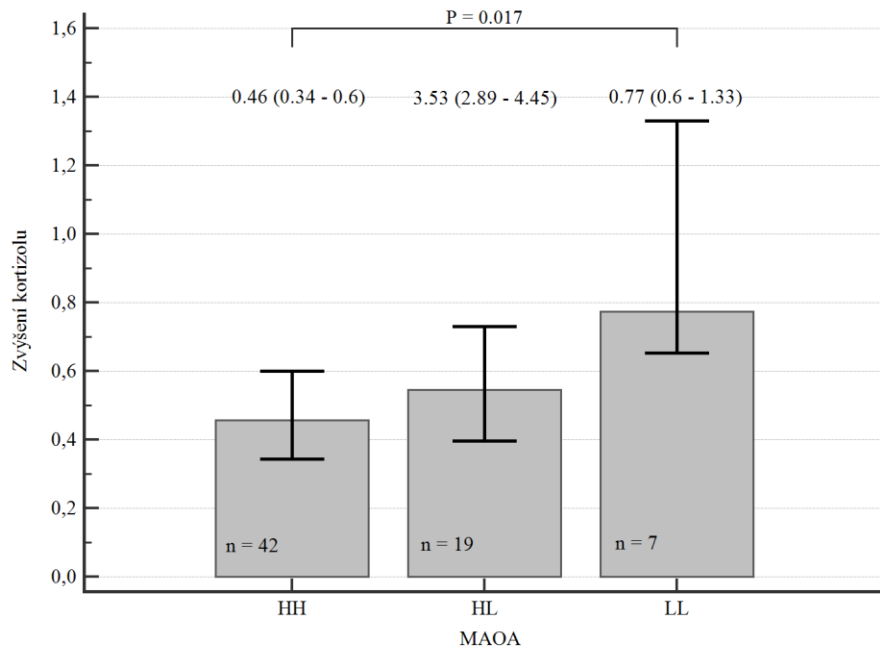
Graf 24. Statisticky signifikantní rozdíly ve škále Vytrvalost pozornosti mezi HH, HL a LL kombinacemi alel v MAOA genu



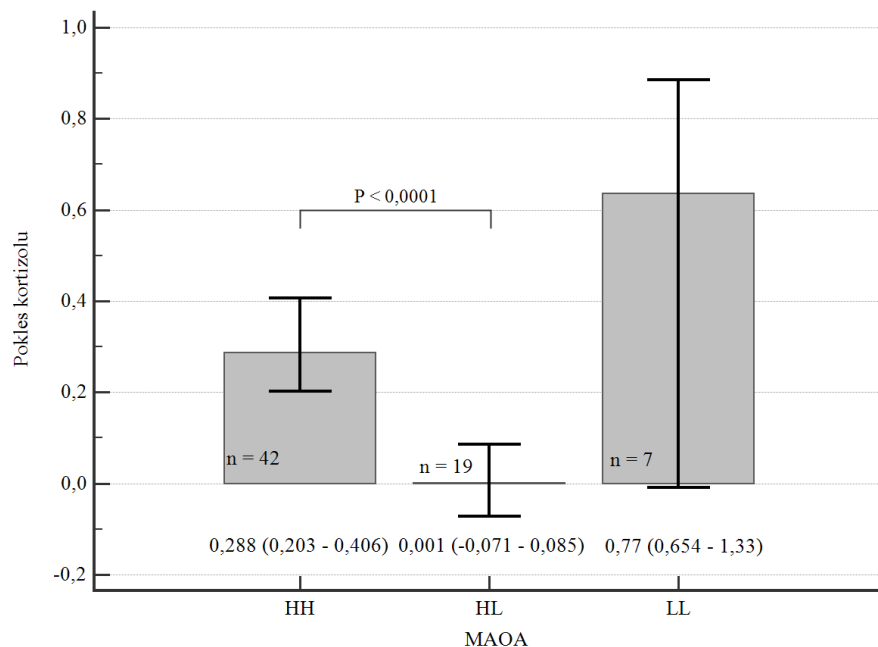
Graf 25. Statisticky signifikantní rozdíly ve škále Uklidnitelnost vychovatelem mezi HH, HL a LL kombinacemi alel v MAOA genu



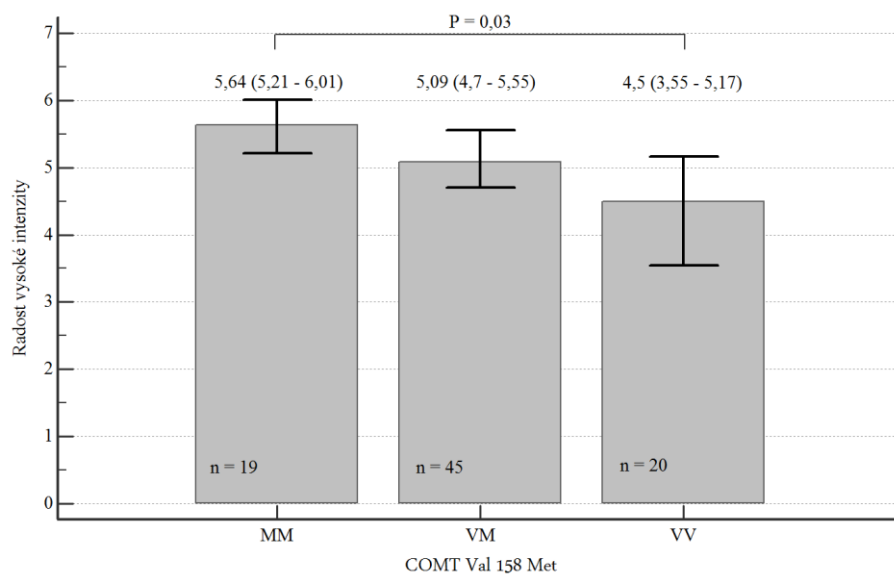
Graf 26. Statisticky signifikantní rozdíly ve škále Pozornost/seberegulace mezi HH, HL a LL kombinacemi alel v MAOA genu



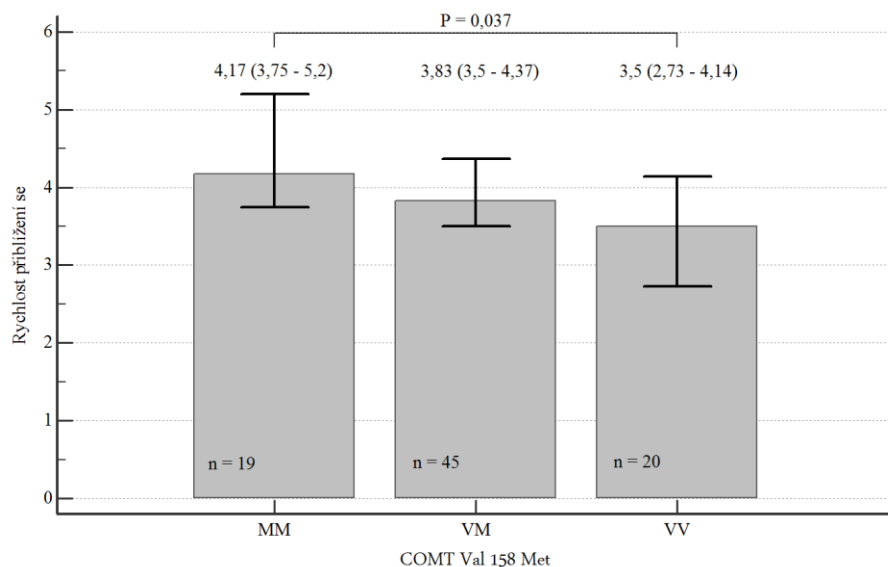
Graf 27. Statisticky signifikantní rozdíly ve škále Nárůst kortizolu mezi HH, HL a LL kombinacemi alel v MAOA genu



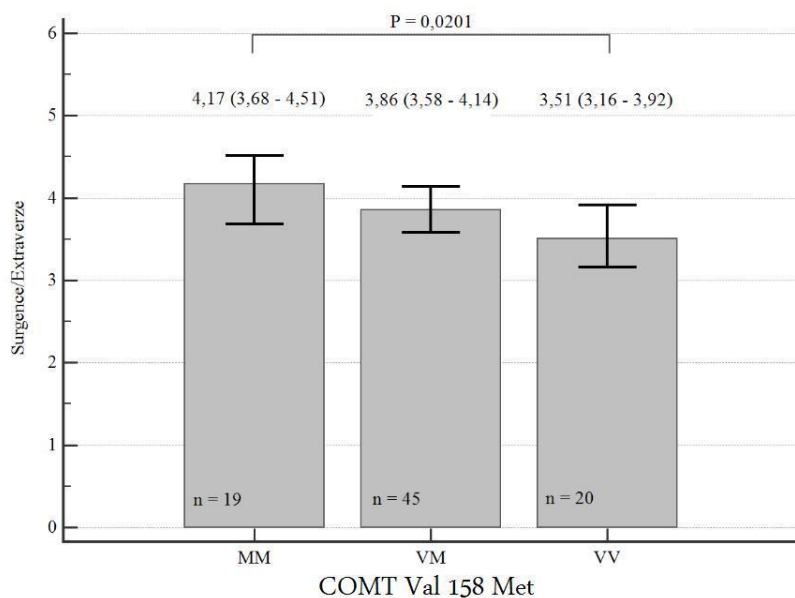
Graf 28. Statisticky signifikantní rozdíly ve škále Pokles kortizolu mezi HH, HL a LL kombinacemi alel v MAOA genu



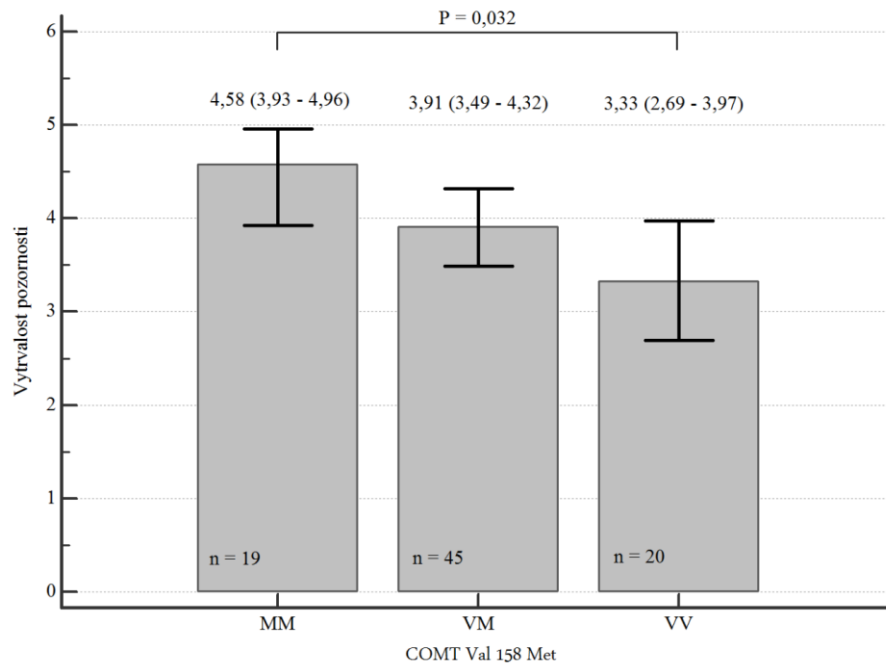
Graf 29. Statisticky signifikantní rozdíly ve škále Radost vysoké intenzity mezi MM, VM a VV kombinacemi alel v genu pro COMT



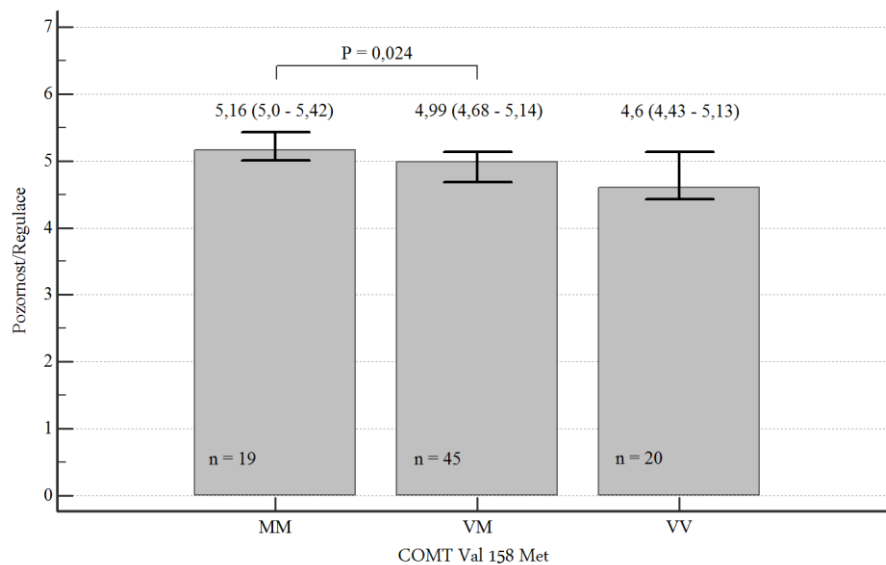
Graf 30. Statisticky signifikantní rozdíly ve škále Rychlost přiblížení mezi MM, VM a VV kombinacemi alel v genu pro COMT



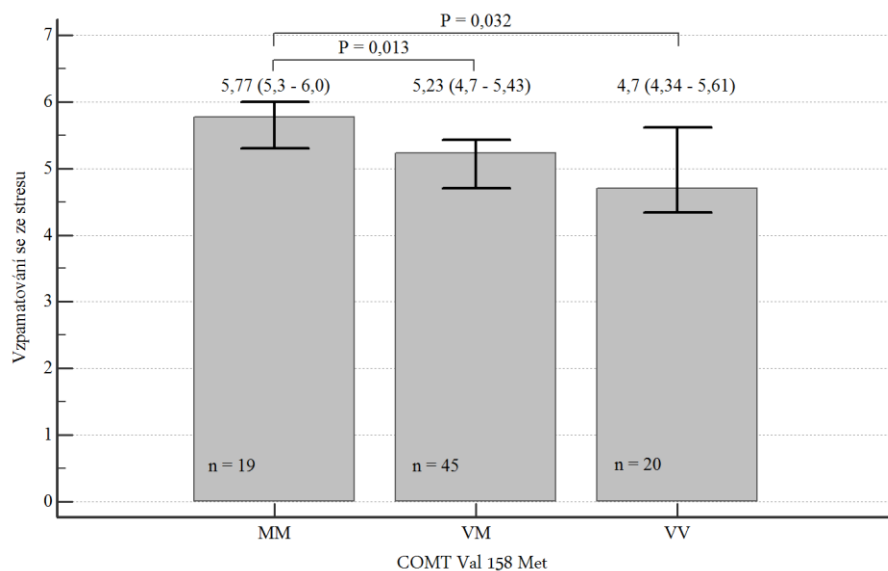
Graf 31. Statisticky signifikantní rozdíly ve škále Extraverze mezi MM, VM a VV kombinacemi alel v genu pro COMT



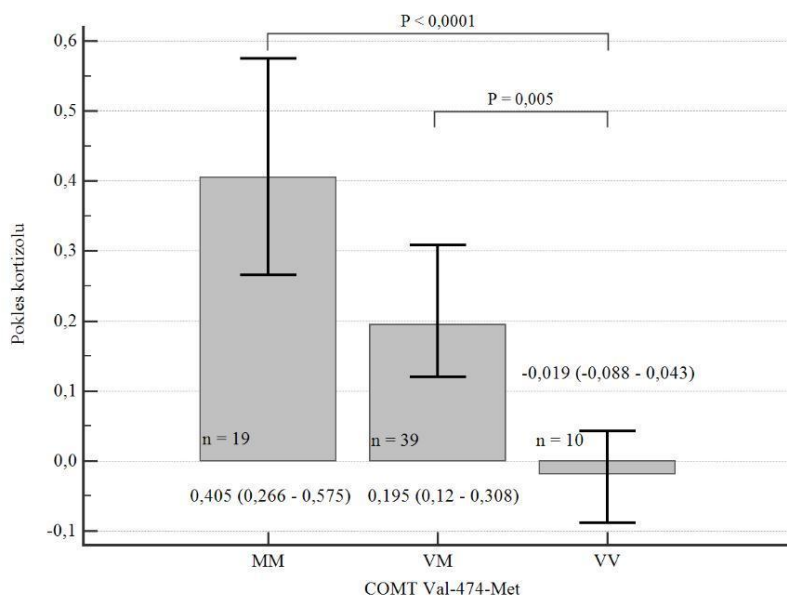
Graf 32. Statisticky signifikantní rozdíly ve škále Výtrvalost pozornosti mezi MM, VM a VV kombinacemi alel v genu pro COMT



Graf 33. Statisticky signifikantní rozdíly ve škále Pozornost/regulace mezi MM, VM a VV kombinacemi alel v genu pro COMT



Graf 34. Statisticky signifikantní rozdíly ve škále Vzpamatování se ze stresu mezi MM, VM a VV kombinacemi alel v genu pro COMT



Graf 35. Statisticky signifikantní rozdíly ve škále Pokles kortizolu mezi MM, VM a VV kombinacemi alel v genu pro COMT

PŘÍLOHA 5 – Informovaný souhlas s účastí na kvalitativní studii

Vážená paní, vážený pane

jmenuji se Zdeňka Bajgarová a působím jako vědecký asistent na Katedře pedagogiky a psychologie na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity. Obracím se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je zjištění vztahu mezi temperamentem dítěte a výchovnými strategiemi jeho rodičů.

V případě Vaší účasti na projektu byste jako respondent výzkumu absolvovala rozhovor zacílený na projevy Vašeho dítěte, Vaše obtíže při péči a výchově, výchovné strategie, které využíváte pro ovlivnění emocí a chování dítěte (cca 45 – 60 minut).

Rozhovor bude natáčen na diktafon a v případě Vašeho souhlasu i na videokameru.

Všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a Vaše anonymita bude zaručena.

Nejsem si vědoma žádných negativ či rizik, které by Vám či Vašemu dítěti mohl výzkum přinést. Máte možnost kdykoliv ze spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s mou účastí na výše uvedeném projektu. Řešitelka projektu mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mě z účasti na projektu vyplývají.

Souhlasím s provedením rozhovoru a s jeho zaznamenáním na diktafon.

Souhlasím se zaznamenáním rozhovoru na videokameru. ANO NE (nehodící se škrtněte)

Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měla jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečném čase zvážit, měla jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považovala za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostala jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informována, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba a druhý řešitel projektu.

Řešitel projektu:

Mgr. Zdeňka Bajgarová

V _____ dne _____

Podpis: _____

Účastník výzkumu:

Jméno a příjmení: _____

V _____ dne _____

Podpis: _____

PŘÍLOHA 6 – schéma rozhovoru s matkou a otcem

Schéma rozhovoru s matkou

Okruhy otázek:

1. První nebo další dítě? Popř. jaké bylo to předchozí, jestli zkušenost s ním nějak ovlivnila představy o dalším dítěti
2. Těhotenství – bylo plánované? Nějaké stresy (prenatální screeniny apod.) Jaké bylo očekávání, jaké bude miminko, jak bude vše probíhat po porodu; projevy miminka v břiše
3. Porod, projevy při porodu, po porodu, v porodnici, první přisání k prsu
4. 6nedělí, 3měsíční kolika, reakce na bolest. Jak snášela pláč, jak ho snášel otec, jak dítě uklidňovali, uspávali; množství pozitivních emocí
5. Uspávání miminka, spánek v noci, spí už teď celou noc? Spí otec jinde?
6. Zavádění příkrmů
7. Reakce na frustraci
8. Reakce na omezení
9. Reakce na separaci od matky
10. Jak vytváří chvíle oboustranně emočně příjemné?
11. Atribuce – co je příčinou projevů dítěte
12. Reakce na neznámé lidi
13. Reakce na jiné blízké (otec, sourozenci, prarodiče)
14. Jak se k tomu staví otec, jeho atribuce, jak moc se o dítě stará, je jeho zapojení jiné, podpora matce ze strany otce, ovlivnění jejich vztahu dítětem; ovlivnění celkové rodinné situace. Co nejvíc pomáhá ze strany otce? Existuje nějaká oblast, kde by matka potřebovala podporu ze strany otce? Komunikovala matka nějak tento požadavek?
15. Coping mechanismy matky
16. Průběh období vzoru; jak reagují na jeho hněv, strach, smutek; jak ovlivňují dítě, aby něco dělalo/aby něco nedělalo; učení na nočník
17. Scény? Co dělají rodiče, co si o nich myslí, co dělají, když se to stane před jinými lidmi
18. Jaká je reakce blízkého okolí na dítě, co pomáhá/nepomáhá
19. Cítí se jako matka méně kompetentně, když prožívají tyto obtíže?
20. Vývoj situace, změny k lepšímu/horšímu, vývoj vztahu s dítětem. Chová se k tomu dítěti jinak než k sourozencům?
21. Dělali by něco s odstupem času jinak, co by vzkázaly lidem v podobné situaci

Schéma rozhovoru s otcem

Okruhy otázek:

1. První nebo další dítě? Popř. jaké bylo to předchozí, jestli zkušenost s ním nějak ovlivnila představy o dalším dítěti
2. Těhotenství – bylo plánované? Nějaké stresy (prenatální screeniny apod.) Jaké bylo očekávání, jaké bude miminko, jak bude vše probíhat po porodu;
3. Porod, projevy při porodu, po porodu, v porodnici, první přisání k prsu
4. 6nedělí, 3měsíční kolika, reakce na bolest. Jak snášel pláč, jak matce v tuto dobu pomáhal, jak dítě uklidňoval, uspával ho?; množství pozitivních emocí dítěte

5. Uspávání miminka, spánek v noci, spí už teď celou noc? Sdílejí jednu místnost, nebo spí jinde?
6. Zavádění příkrmů
7. Reakce na frustraci
8. Reakce na omezení
9. Reakce na separaci od matky
10. Jak vytváří chvíle oboustranně emočně příjemné?
11. Atribuce – co je příčinou projevů dítěte
12. Reakce na neznámé lidi
13. Reakce na jiné blízké (otec, sourozenci, prarodiče)
14. Jak myslíte, že má být otec zapojený do péče o dítě v raném věku? Je jeho zapojení jiné kvůli temperamentu dítěte? Je jeho vztah k dítěti jiný? Čím se snaží pomoci matce? Je nějaká oblast, kde by matka chtěla více podpory a on ji nemůže/nechce poskytnout?
15. Jsou Vaše výchovné praktiky v něčem jiné než výchovné praktiky matky?
16. Coping mechanismy otce
17. Průběh období vzoru; jak reagují na jeho hněv, strach, smutek; jak ovlivňují dítě aby něco dělalo/aby něco nedělalo; učení na nočník
18. Scény? Co dělají rodiče, co si o nich myslí, co dělají, když se to stane před jinými lidmi
19. Jaká je reakce blízkého okolí na dítě, co pomáhá/nepomáhá
20. Cítí se jako rodič méně kompetentně, když prožívají tyto obtíže?
21. Vývoj situace, změny k lepšímu/horšímu, vývoj vztahu s dítětem. Chová se k tomu dítěti jinak než k sourozencům?
22. Dělali by něco s odstupem času jinak, co by vzkázaly lidem v podobné situaci

PŘÍLOHA 7 – Přepis rozhovoru

T (tazatel): Máte pocit, že hlídáte napůl?

O (otec): No napůl asi ne, ale tak třeba 35:65

M (matka): No to je možné, tak nějak.

O: Máma je s ním víc, ale ne úplně pořád

T: Takto je to od začátku?

M: Ano, hodně brzo.

M: Já jsem začala první kurz učit, když mu byly dva měsíce. Takže to bylo, že jsem chodívala na dvě hodiny pryč a pak jsem postupně přidávala. Pak jsem přidala další kurz v dalším semestru.

O: Pak jsme přestali docela brzo kojit, takže jsme už na tom nebyli závislí.

M: No tak tys s ním býval, koupání to byla od mala tvá parketa.

T: Na koho je víc upnutej? K mamince?

O: Jo to určitě, to stopro

M: Jo.

T: A jak to snáší, když chodíte pryč?

M: Je na to zvyklej, nebo co Tome myslíš?

O: Jo, bez problémů.

M: Tak my jsme nikdy nedělali, že bych tajně zdrhala, vždy jsem se s ním loučila, aby věděl, vždy jsem mu říkala, že zase přijdu, takže on to zná

O: Za standardních podmínek si myslím, že jsem adekvátní náhrada. Ale když je třeba nemocný nebo ve vypjatých chvílích je to horší.

T: A jak byste Honzíka popsali? Jakou má povahu?

M: No, já bych řekla, že je společenský, má rád lidi kolem sebe a to asi i díky tomu, že je na to hodně zvyklý, že ho od malička bereme mezi lidi všude s sebou. No, tak něco řekni, musím se zamyslet.

O: Je takovej živej.

M: Trochu divoch takovej, ale na druhou stranu se umí i soustředit. To vždycky obdivovala moje mamka, která učí na střední škole a má na učilišti učně a má tam takové hodně špatné učně a říkala, že ti se nedokážou nikdy soustředit jako on.

O: Ono se to blbě porovnává, máme ho jako prvního. Ta změna oproti tomu než jsme ho měli je velká, takže nám připadá, jako že furt rušil a nenechal nás vyspat. Možná je to úplně normální. Prostě nám to jen tak přišlo.

T: Jasně nemáte srovnání. A jak to vypadalo, když se narodil?

M: My jsme od začátku měli dost problémy se spaním, on spal špatně v noci i přes den a byl problém s uspáváním. Vždycky byl hrozně unavený, většinou brečel a nespál. My jsme nechápali, proč nespí, když je tak unavenej a jen brečí. Moc brečel.

T: A jak jste to dělali? Jak se to nakonec vyřešilo?

M: Nejdřív jsme se vyptávali, co a jak a pak jsme zkoušeli různé uspávání, houpali jsme na míči - to nejvíc pomáhalo. Často to bylo tak, že řval a řval, tak už jsme nevěděli co, tak jsme ho dali do postýlky, nechali jsme ho řvát a šli jsme pryč. Protože by řval stejně, i kdybychom dělali cokoliv jiného.

T: Jak dlouho plakal?

M: 2-3 hodiny.

O: Ze začátku. A tohle zabralo poměrně rychle.

M: My jsme pak dělali strategii, že jsme ho dali do postýlky, nechali ho řvát, chodili tam za ním a učili jsme ho usínat v té postýlce.

O: Aby neměl dojem, že jsme ho tam nechali, tak jsme za ním chodili, postupně jsme ty intervaly zdelšovali a to se pak docela naučil.

O: A myslím, že toto zabralo. Ta první noc byla krutá, to křičel opravdu dlouho. I pro nás to bylo těžký, ale druhý den to bylo již lepší, za týden to bylo už v pohodě.

T: Kdy jste tuto strategii začali praktikovat?

O: Když mu byli tři měsíce.

T: Do té doby tedy usínal, když jste se s ním pohybovali na míči?

M: Ano ty tři měsíce usínal dost špatně, hodně jsme s tím bojovali. A i se v noci dost budil, což trvá v podstatě do dneška.

T: Takže kolikrát se za noc ještě vzbudí?

M: Teď už v roce a půl se to zlepšilo, občas i přespí, ale spíš ne. Teď se budil tak jednou, dvakrát, někdy třikrát, někdy i víckrát.

O: To byly vždy takové fáze. Vždy bylo nějaké období, že třeba špatně usínal, když jsme ho dávali spát. Pak jsme ho toto naučili a pak se třeba zase budil. Nebo se vždy vyskytlo něco jiného. Např. vyžadoval, abychom tam byli s ním. Např. při usínání.

M: Třeba už byl i naučenější, že usínal sám, pak se zase něco změnilo, chtěl zase usínat s námi.

O: Takové různé peripetie to mělo.

M: Takže to jsme rychle pochopili, že když něco se jako změní, tak to není natrvalo.

O: Teď aktuální stadium je, že se budí jednou nebo dvakrát za noc a chce mléko. A už byl naučenější, že mléko pije večer a ráno.

M: My už jsme odbourali mléko a bylo to bez problémů, bylo to i lepší, že se pak už tolik nebudil. A teď si o něj párkrát v noci řekl, tak jsem ho udělala, protože on ho vypil a hned usnul a zase spal dál. A zase se začalo zhoršovat, že teďka se vzbudí i třikrát za tu noc. Tak Tomáš se našel a řekl, že to mléko musíme zase odbourat. Teď pracujeme na tom, abychom to mléko odbourali. Takže když v noci chce mléko a řve, tak my mu řekneme, že ne, že až ráno bude mléko.

T: Pak tedy nakonec usne?

M: Ano. Třeba po hodině.

O: No tak on si vymýšlí.

M: Ale tedy zlepšuje se to, myslím si.

T: Když byl v bříše, byla byste schopna říct, že byl živější?

M: Nevím, nedokáži to srovnat.

T: A co v porodnici, už se tam jevil, že...

M: V porodnici to bylo celkově strašný. Ne kvůli nemocnici. Ale nedokáži posoudit, do jaké míry za to mohl on. No ale asi ano, protože já jsem tam už ty tři noci vlastně nespala vůbec. Protože když on se narodil, tak tu noc jsem nespala. První noc s ním jsem také vůbec nespala, protože jsme tam měli tři děti na pokoji a každý řvalo v jednom rohu a ještě on blinkal, takže jsem to tam řešila. A třetí noc celou prořval taky, protože měl hlad a ještě jsme neuměli kojit.

T: A jak se přisával nebo jak jsi zahajovala to kojení?

M: On pil vždy špatně. Jako nevím, zda to byla má vina, nebo jeho, ale vždy jsem měla pocit, že on neumí sát. Takže s tím jsme také dost bojovali. Jako z kojení jsem neměla nikdy dobrý pocit. Nikdy mi nepřišlo, že dobře pije. Začali jsme vlastně přikrmovat, když mu byli tři měsíce, protože

špatně přibýval na váze, takže paní doktorka už doporučila přikrmování. Pak jsme ještě cca. 1,5 měsíce kojili i přikrmovali a pak jsem ho odstavila, protože vůbec pít nechtěl.

T: A změnilo se to k lepšímu, když jste začali přikrmovat?

M: Ano, to bylo v těch třech či čtyřech měsících, kdy potom spal trochu. Trochu se to zlepšilo.

T: A co šestinedělí? Třeba prdíky a tak, jak to probíhalo?

M: To taky bylo všechno takový standardní, nic neobvyklého.

T: Někdy děti hodně pláčou, protože je bolí to břicho, tak jestli to byl ten případ?

O: Nemyslím si, že to měl nějak abnormálně.

M: Já si také myslím, že to bylo standardní.

T: A plakal hodně i mimo usínání v tu dobu?

O: Někdy si vzpomínám, že ano, vyloženě jsme si mysleli, že je to kvůli tomu, párkrát.

M: Já si vzpomínám, že jsem si zkoušela spočítat, kolik hodin za den probrečí. To myslím, že jsem to zkoušela mezi druhým, třetím měsícem. A došla jsem k číslu cca. 6 hodin denně. Když byli takové ty horší dny.

O: On by takovej kreativní a kňučivej. Nekřičel třeba takovým tím miminovským řevem, ale byl hrozně ukňouranej. Mrzutej. A to má dotedka. A to je hrozný.

M: To nám drásá nervy.

O: Ten řev aspoň dlouho nevydrží, ale to kňourání...

M: To si pamatuji také, když vlastně ještě neuměl lízt, ležel na zemi, chtěl dosáhnout na nějakou hračku a hrozně se vztekal, že tam nemůže dosáhnout. U toho prostě kňoural, kňučel pořád. Třeba jak začal pak lízt, tak se to zlepšilo...

T: Co děláte, když takhle kňučí? Jak na to reagujete?

M: Tak mu dáme dudlík, celkem pomáhá.

O: To se teď ale snažíme taky odbourat, protože jsme byli u zubaře a paní zubařce se to nelíbilo,

M: protože má již křivé zuby. Tak odbouráváme také postupně.

O: A tys ho nosila vždycky. Brát prostě do náručí, to pomáhá.

T: Nosila jste ho někdy v šátku?

M: Zkoušeli jsme, ale on si na to nikdy moc nezvykl.

O: No a další věcí je, že on neumí poslouchat. Moje máma tvrdí, že je to normální v tomto věku.

M: Takže plácáme přes ruce. A teď poslední dobou už zabírá i to, že řekneme: „chceš plácnout“? Tak už to nechá. Někdy.

T: Jak jste to prožívali, ty začátky?

M: Já myslím, že nás to docela zaskočilo. Nedovedli jsme si to představit.

T: Čekali jste něco jiného?

O: Těžko si to člověk nějak předem představuje.

M: Přeci jen do toho způsobu života, co jsme předtím vedli, to byl vlastně velký zásah.

T: Máte pocit, že předtím bylo hodně svobody a že se to tím dítětem přerušilo?

M: No jasně. Naše večerní posedávání tady po hospodách rázem skončilo. Bylo to náročné přijmout.

O: A on vlastně ještě nebyl nejhodnější, jak mohl být - co takhle slyším od kamarádů.

M: Já také vlastně žasnu, když se zeptám, jak děti spí a oni odpoví: „on je tak hodnej...“ To my bychom v životě neřekli.

O: Ne že by zlobil jako úplně pořád, ale neprospí určitě tolik hodin, kolik říkají známí o svých dětech.

M: To jsem si vlastně také počítala, kolik hodin prospí denně a vycházelo mi výrazně méně, než bylo v tabulkách, kolik mají děti spát. Takže byla to velká změna po narození.

O: Ale jak jsme si zvykali, tak se to postupně zlepšovalo. Pak se i on zlepšil.

M: Někdy jsem měla pocit, že to i zvládneme. To jako ano.

O: Co nám vlastně zbývalo.

T: A jak ten pláč jste vnímali?

M: No jak jsem říkala, když už jsme nevěděli, tak jsme ho dali do postýlky a šli jsme prostě pryč.

T: Ale jaký to pro Vás bylo?

O: No pro mámu těžký. Já jsem zastáncem takového důraznějšího, tvrdšího stylu, takže mi to také nedělalo dobře ho někde zavřít, ale vím, že to prostě bylo nutné - být důslední. Že se to vyplatí. Do budoucna, že se tím něco naučí.

M: Ano tys byl zastáncem vždy takových přísnějších a tvrdších řešení.

O: Tak jako když už nic nefunguje, tak to bylo nutné.

M: No ale, když třeba v noci řval, tak jsem si ho vzala k nám do postele a chvíli jsem ho tam chtěla nechat a Tomáš ho tam nikdy nechtěl.

T: Takže jste trvali na tom, aby normálně spal v postýlce?

M: Ano to jsme se snažili vždy od malička, aby byl ve svojí postýlce, což bylo dlouho, že spal jen tam, ale to byla první separační úzkost - kolem těch 7-8 měsíců. To pak chtěl hodně k nám. Anebo jsme zjistili, že se tam u nás rychleji uklidní. Ale ono vždy chvíli něco funguje a pak se to změní. Pak se třeba dvě hodiny vrtěl v posteli s námi a stejně nespál - nemělo to tedy význam. Takže jsme ho pak učili zase spát zpět v postýlce.

T: A když říkáte, že takhle hodně kňourá, co ten opak? Jakej je, když je radostnej, jak moc se směje, kdy se začal smát? Jaký máte pocit z tohoto?

O: Já myslím, že tak normálně veselej je.

M: Radovat se umí také. Řehtat se umí pořádně.

O: Smál se asi brzo, já nevím.

M: Asi tak normálně. V těch asi pěti tejdnech.

O: Radost asi umí mít, já si myslím.

M: Ano někdy je takovej střeštěnej, tady pobíhá a směje se.

T: Čím jste si to vysvětlovali, že jste měli pocit, že je zlobivější, než jiné děti?

M: Že to je jeho povaha, já to tak brala. Že je prostě takovej. Že každé dítě je prostě jiné, někdo je klidnější, někdo divočejší a je to dané povahou. Že bychom na to měli vliv my, to mi nikdy nepřišlo. Nebo jo, Tome?

O: No nevím, říkali, že to kojení je takové uklidňující, když ty mámy kojí dlouho, že to ty děti nějak harmonizuje.

M: Tak to nám nikdy moc nešlo. Nevím, zda na to nemělo vliv těhotenství. Že jsem třeba během těhotenství chodila i na koncerty, ale nevím, zda to může mít nějaký vliv. Ale myslím, že to má vliv na to, že má rád hudbu.

T: Jak v kočárku býval? Byl tam v pohodě?

M: Tam spal nejlépe. Když byl miminko. Akorát vzhledem k tomu, že jsme ve třetím patře paneláku bez výtahu, tak pro nás nepřipadal v úvahu varianta ho jít někam uspat a pak ho někde nechat, takže proto jsme se ho snažili naučit na tu postýlku hodně brzo. Ale v těch prvních měsících to byla jediná jistota. Tam spal dobře.

O: A doteďka v tom kočárku usne bez problémů.

M: A ještě jsme vyzozorovali zajímavou věc jak je to městský dítě, jak je zvyklé na ty ruchy, že mu to naprosto vyhovuje, že jak jde na procházku do lesa a je tam ticho, tak se mu tam spí špatně.

T: Sdíleli jste vaše obtíže s rodičema či kamarádama?

M: Ano, určitě.

O: S rodičema jsme byli hodně ve styku.

M: Hlavně já s mamkou to hodně řeším, v podstatě každý den.

O: Ony si telefonují každý den.

M: My jsme tři sestry, takže mamka to hodně porovnává, s tím, jak to bylo s námi, když jsme byli malé.

T: A jakých rad se vám dostává?

O: No většinou, že je to normální. Že to prostě tak děti někdy mají.

M: Bylo období, kdy mu bylo kolem roku, tak jsme chtěli začít ho třeba i plácnout, když dělal něco špatně, tak trochu fyzicky to řešit, tak vím, že naši byli dost proti tomu. Ale teď už to schvalují, když vidí, že mu to pomáhá si to uvědomit.

O: Moje máma učí vlastně celý život ve školce na ta to schválila, takže ho občas pláceme přes ruku.

M: Ale s tou to zase tak nekonzultujeme, to spíš s našima.

T: A pomáhalo to, že jste to takhle probírala?

M: No jasně, to určitě. Taky máme hodně kamarádů, kteří mají děti, tak s nimi jsem to probírala taky, ale nevzpomínám si, že by někdo z nich měl takové problémy jako my.

O: Ale zase mají jiné problémy.

M: Ale ty děti měly hodnější.

T: Co jídlo? Jaký to bylo, když jste začali zavádět přesnídávky apod.?

M: Já myslím, že to nebylo nic nenormálního. Jedl docela dobře. On má takové fáze, kdy jí dobře a kdy hůř. A vyzozorovala jsem, že to dost souvisí s jeho rozpoložením. Vždy měl velké problémy, když mu rostly zuby. Míval dost velké horečky a průjmy a celkově byl hodně mrzutý.

O: To byl také hlavní zdroj toho kňourání.

M: Na ty zuby on trpěl fakt hodně moc. A to vlastně říkala i Tomášova mamka, že když byl on malý, tak že na to také hodně trpěl. Takže vlastně, když on špatně jedl, tak to hodně souviselo se zuby. Že jsem pak i poznala, když nechce jíst, že to něco znamená. Že přijde nějaký průjem, nebo něco takového a vlastně vždy to tak bylo. A samozřejmě mě to dost rozčilovalo, když mi prskal jídlo, které mu člověk nachystá. Ale pak jsem pochopila, že to vlastně nedělal naschvál. Takže když je v pohodě, tak jí dobře.

O: V porovnání s dětma od kamarádů není ani moc vybíravý, jí fakt dobře.

T: A co jste dělali, když ho bolely ty zuby?

M: Já jsem měla takové olejíčky s hřebíčkem, to docela pomáhalo.

O: Pak takové ty kousátka apod.

M: Ale to on moc nechtěl.

T: A když jste viděli, že ho to hodně bolí, tak jste ho nosili, nebo jste se ho snažili nějak zabavit.

M: No asi jo, já už moc nevím.

O: Tak jo, vždy se člověk snaží ho nějak utiřit, pochovat. Odvést pozornost jinam.

T: Jak reaguje na omezení pohybu, když ho např. přivážete do autosedačky, nebo přebalujete?

M: Ano, to byl také problém. Např. při přebalování dost zlobil.

O: Ale v sedačce to mu moc nevadí. On rád jezdí autem.

M: Ale to teďka, my vlastní auto nemáme,

O: takže pro něho je to zážitek, protože je to vzácné. On jezdí jen s babou a dědou.

M: Teď se mu to hodně líbí. Ale dřív se mu to taky moc nelíbilo. I při tom přebalování, aby byl v klidu, to byly velké boje. To i dodneška je problém. To býval problém vždycky. To jsme ho občas také plácli po zadku, když už to nešlo.

T: A zabere to?

M: Ano zabere. On začne řvát a už nebojuje. A řve. Takže to na leccos zabere.

T: Říkala jste první separační reakce - takže jste pozorovali okolo toho sedmého, osmého měsíce, že se na Vás nějak víc věší?

M: Ano, určitě. To bylo znát.

T: Jak se to projevovalo?

M: Např. že chtěl víc mě. Že nikdo jinej nezabral než já.

O: No že nikdy se nebál cizích lidí, od mala byl zvyklý a nebyl problém, když ho choval někdo jiný, ale právě v těchto pasážích to hodně odmítal. Na to jsme nebyli zvyklí. To bylo vidět, že něco je jinak, že nechtěl k cizím lidem.

M: A když pak byla druhá separační úzkost, tak si pamatuji, že bylo takové období, že jsem jen odcházela z místnosti a on hned začal řvát. Už si ale přesně nepamatuji, kdy to bylo.

T: Ale když jste jako pak byla v práci, tak ho to přešlo?

M: Ano to bylo vždy jen chvíli.

T: Měla jste pocit, že tu matku musíte nějak podpořit? Že to třeba ona má nějak těžší?

O: No tak snažil jsem se v podstatě od začátku v rámci možností.

T: Jak jste třeba sdíleli to noční vstávání takhle spolu?

M: No tak dlouho to byla moje parketa.

O: No bylo to hodně na mámě.

M: Protože Tom chodil na sedmou do práce, tak bylo hlavní, aby se on vyspal. Já se mohla dospat přes den. Takže dlouho to bylo, že jsem vstávala jen já.

O: Ale od začátku jsme se snažili spát s ním oba. Pak později jsem se šel vyspat vedle. Ale standardně jsme tam spali všichni.

M: Tak to bylo jako hodně s ohledem na tu tvou práci, že jsi vstával brzy. Až vlastně potom, kdy sis snížil úvazek, abych já také mohla více pracovat, abychom se tak víc podělili, tak jsem i občas mohla jít spát nahoru já.

T: Kdy byla tahle změna s úvazkem asi tak?

M: Přibližně, když mu byl rok.

M: A teď má vlastně úplně jinou práci, kde si to může přizpůsobit úplně, jak chce, takže teď jsem chodívala nahoru spát i já, abych se vyspala. A celkově je ta noční péče teď rozdělená.

O: Kolikrát je to i lepší, že je to rozdělené, že na mě není např. tak protivnej. Myslím, že na tu mámu toho zkouší více. Jakoby hrál na city a se mnou bývá poměrně v pohodě, když jsme třeba sami dva.

T: Čím si vysvětlujete tento jev?

M: Nám říkají, že je to celkem běžné, že ty děti více zlobí s tou maminkou. Např. když byl u našich, tak říkali, že také s nimi nedělal vůbec to, co dělá, když je se mnou. Že si toho tolik nedovolí. Ale, že je to normální.

T: A na jak dlouho tak jezdí k prarodičům?

M: Od malička byl zvyklý, že chodím na několik hodin pryč, takže jsme to zkoušeli docela brzo, ho takhle nechat přes noc. Já zase nejsem taková matka, která potřebuje být stále s ním. Takže mu byl asi rok. To byl na dva dny pryč. Tzn. byl jednu noc bez nás a bylo to úplně v pohodě. Proběhlo to dobře, takže jsme to pak vyzkoušeli ještě někdy - u druhých prarodičů - taky na dva dny a to probíhalo také bez problémů. Ještě ho chválili, že byl hodný a to on ty prarodiče vídá třeba jednou za měsíc, takže to není tak, že by na ně byl zvyklý. A pak jsme si řekli, že to zkusíme na delší dobu a odjeli jsme na týden, když mu bylo rok a půl a to taky proběhlo hrozně dobře. To bylo horší pro mě, než pro něj. Mě to hrozně zaskočilo, že jsem na něj furt musela myslet. Moc jsem to nečekala, že mi tak bude chybět. Ale oni to doma zvládli velice dobře. Že o nás nemluvili a on se ani sám neptal.

T: A vrátil se Vám pocit svobody, že jste byli takhle týden pryč?

O: No právě, že ne.

M: No právě, že ne. Už to bylo jiné.

O: Máma furt myslela, co se děje v Třeboni.

M: Už to bylo hodně jiné, už jsem si to neuměl tak užít. No ale vím, že jsem si pak říkala, že už nechci jet bez něj, že musíme mít vše domluvené tak, aby to bylo přizpůsobené těm dětem, že mi to pak bylo líto, že nebyl s námi. Už se mi takhle bez něho na delší dobu nikam nechce.

T: A máte někdy i během týdne, že byste šli spolu jen třeba do hospody?

O: Ne my se musíme střídat. To jako ne.

O: Ale my jsme v tomhle jako činní, my rádi chodím na kulturní akce.

M: Když jsme šli takhle jen někam večer, tak jsem to nikdy neměla, že by se mi po něm stýskalo. Víím, že některé holky mají problém, že když jdou takhle večer ven, že stále myslí na to, co se doma děje, tak tohleto jsem já neměla. To nikdy. Ale přeci - ten týden být pryč, to mě hodně zaskočilo. Naopak, chodit večer někam pryč - to mi hodně chybělo. Např. už když mu byly dva týdny, tak jsem chtěla někam jít. Jsem si připadala, že jsem pořád někde zavřená. Když jsem už takhle brzo někam šla, tak jsem si to dokázala užít. To bylo samozřejmě třeba jen na dvě hodiny - mezi kojením.

T: A jak snášíte to nevyspání?

M: No blbě. Samozřejmě. To jsme jako brzo pochopili, že od toho se odvíjí to, jak potom probíhá celý den. Že když se člověk nevyspí, tak je podrážděnej a ještě hůř reaguje na všechno a je to špatný.

O: Ale taky už si člověk nějak zvykne. Teď to mám takové hodně přerušované, člověk se třeba i nějak vyspí, ale spánek je hodně přerušovaněj. Takže spánek není tak kvalitní, jako kdyby člověk spal v celku.

M: Já jsem se také snažila to dospávat přes den, když on spal, ale i přesto byl člověk podrážděnější a reagoval nepřiměřeně. S tím jsem problém měla vždy, že jsem začala vyšilovat, hystericky reagovat.

T: Co si pod tím mám tak představit?

M: No tak, že začnu na něj křičet...

O: zlobit se dřívě, než by bylo záhodno. Nedělá nic tak hrozného a člověk reaguje už podrážděně.

M: No, že mě fakt snadno rozčílí a začnu na něj křičet a neumím se toho zbavit. Musím to ventilovat.

T: Máte pocit, že vy jste klidnější, než manželka?

O: Myslím, že tak o trochu jo. Ale zase já s ním až tolik nejsem. Přeci jen ta máma přes den s ním tráví o něco více času. Takže já možná i díky tomu vydržím o trochu déle být klidný.

T: A jakpak reagujete, když vidíte, že Vaše žena toho má dost a začíná křičet?

O: No tak záleží na situaci, když Honza něco provede, tak se postavím za ní, když je to něco, že otravuje a zrovna jsem u toho, tak se ho snažím něčím zabavit. Záleží na situaci. Když jsme tady ale takhle spolu, tak se to nestává, že bys vyšilovala. To se stane, když jste tady sami.

M: Asi jo. Ty totiž, když jsi tady, tak ho nějak zabavíš. Když je více lidí, tak on se nějak zabaví. Když jsem tady sama, situace je napjatá, tak vybuchnu dřív.

T: A co období vzdoru? Kdy jste zaznamenali, že začíná být Honzík nějak hodně hněvivý?

M: No to v podstatě vždycky.

T: Takže nějaký zlom tam nebyl.

M: Zas tak nějak moc mi to nepřišlo.

T: Dělá někdy takové ty scény, že by se válel po zemi? Např. v obchodě?

M: Ano, taky.

O: Ale já myslím, že ne tolik, ale taky to umí. Jak jsme teď mluvili o tom období vzdoru, tak zase myslím, že měl teď poslední dobou - nějaká další fáze toho uvědomování „já“. Právě, že se naučil i takové to: „chci x nechci“... Že teď jako hodně nechtěl.

M: Ale i to vztekání na té veřejnosti, to teď ubývá. Na to nejlépe funguje ho připoutat na kočárek a nechat ho řvát. On se za chvíli vyvzteká. Snažím se nedělat ostudu, neboť si myslím, že je ještě horší, když matka do toho začne řvát.

T: A když tohle třeba udělá doma, tak ho necháte?

M: Když se vzteká doma, tak se začnu rozčilovat, to mě vytočí. Občas ho zavřeme vedle a řekneme mu, ať přijde, až přestane řvát. Nebo se snažíme odvádět pozornost jinam, to občas zabere. Anebo ho necháme.

O: Já to až tak neřeším. Když je to doma a nijak to neobtěžuje. A taky funguje, když ztratí to publikum. Takže poměrně rychle toho nechá.

T: Co děláte, když po něm něco chcete? Např. aby si uklidil hračky, ale on nechce.

M: Mě přijde, že špatně poslouchá zákazy, ale rozkazy, tam je to lepší. Když chceme, aby něco udělal, tak hodně pomáhá osobní příklad. Když řeknu, že to jdeme udělat spolu, tak to on jde, ale často i sám. Na to naučenější je. A snažíme se mu ty věci vysvětlovat. On je takovej docela chápavej. I Zdenkova mamka říkala, že on takový byl ve dvou letech. Tak to já myslím, že on taky takový bude - že si nechá ty věci vysvětlit.

O: On jak vlastně začíná docela brzo s tím mluvením, tak se ním dá tak už komunikovat.

T: Učíte ho už na nočník?

M: Učíme.

T: Jak na to reaguje?

M: My to začali zkoušet brzo, když začal sedět. On vlastně začal sedět později, než chodit, on z toho nočníku zdrhal, nikdy na něm nevydržel sedět. Takže jsme to různě zkoušeli, ale nemělo to smysl. Teď se nám to daří už lépe. Ještě před nedávnem to vypadalo beznadějně, ale teď zase máme úspěchy. Už si i sám občas řekne.

T: Takže v tom nejste nijak direktivní?

M: Ne. Já si myslím, že teď v létě by se to mohl naučit, protože bude teplo a bude běhat nahatej. A už vidím, že si to začíná uvědomovat.

T: Myslíte si, že nějak ta jeho povaha ovlivňuje váš vztah k němu?

M: Tak asi jo, ale nedokáží to nijak posoudit. Nevím, jak odpovědět.

T: Myslíte si, že kdyby to bylo jednodušší, že byste si nemusel např. snižovat úvazek?

M: Tak to nebylo kvůli tomu. To bylo odjakživa domluvené, že se budeme o péči dělit, ať by měl povahu jakoukoli. Tzn., to s tímto nijak nesouviselo.

O: Jo, to jo, to určitě.

T: Myslíte, že Vám pomáhá, že chodíte do práce?

M: Určitě, já jsem vždy chtěla dělat. Vždy mi to přišlo správné, aby se rodiče o péči dělili, kor, když to mají tak, že jim to práce umožňuje, že si mohou oba přizpůsobit úvazky. Tak to určitě člověku pomáhá, že vymění myšlenky, přepne hlavu do jiného režimu. Což je hodně znát v těch prvních měsících. Často ty matky tam nemají nic jiného, než to dítě. Přišla mi to dobrá osobní hygiena. Takže to určitě bylo dobře.

T: Myslíte si, že se nějak změnil Váš vztah mezi sebou?

M: Jsou situace, kdy máme každý jiný pohled na to, jak to řešit,

O: ale zase tak často to není.

O: A to je spíš tak normální. Spíš diskuzní, než že by to byl nějaký konflikt.

M: Spíš se jako shodneme.

T: Nebo že jste podrážděný z nevyspaní, že by to ovlivnilo vztah mezi vámi?

O: Tak určitě někdy byly dny těžký, ale obecně myslím, že ne.

M: Ale ten vztah se samozřejmě změní. V tom, že řešíme jiné problémy a jiné věci. Ale stejné je to v té obecné rovině, že stále držíme při sobě.

T: Máte pocit, že jste měli někdy dělat něco jinak?

M: Ne, já v životě takový přístup k ničemu nemám, že bych třeba něčeho litovala, nebo bych to chtěla měnit. To vůbec ne. Vše jsme dělali vždy tak, jak jsme nejlépe dovedli. Pokud to bylo špatně, tak vedlo k tomu, abychom se něco nového naučili.

O: To těžko porovnat, ještě si myslím, že je brzy.

M: Ale tak svědomí máme čisté, vždy jsme se snažili děla to, jak jsme byli schopní.

O: Myslím si, že mu dáváme dost naší energie.

M: Myslím si, že i pro nás je to velká škola života, že se i my sami musíme učit hlavně pracovat s trpělivostí a s negativníma emocema. To je takové to nejtěžší na tom celým rodičovství. Pro nás pro oba ne?

O: No myslel jsem si, že jsem ještě více klidnější. Kolikrát mě překvapilo, kolik negativní energie člověk v sobě má.

M: A ještě mám dvě mladší sestry a nejmladší je o sedm let a hodně si pamatuji, když byla mimino. Hodně se mi to líbilo, moc jsem mamce pomáhala. Celý život jsem se těšila, až budu mít vlastní děti a uvědomila jsem si, že jsem tam viděla jen to pěkné, že jsem nevnímala, že to může být tak těžké. Myslím si, že jsem to měla celé zidealizované a o to více mě ta realita zaskočila.

T: Jaké máte očekávání na to další miminko?

O: Že bude hodnější.

M: Věříme, že bude hodnější, jinak bychom do toho nešli.

O: Doufáme, že bychom mohli být příjemně překvapeni, že bychom mohli mít takové miminko, které hodně leží.

M: Ne to si nemyslím. Jako doufám, že nebude zlobivější.

O: Ale hlavně už máme zkušenosti.

M: Ale jak se na první dítě člověk těší, pln očekávání, teď už je to jiné. Kdybych to měl říci upřímně, tak na pokročilé těhotenství se netěším, na porod se netěším, na první měsíce se netěším, protože už vím, co to bude obnášet. Ale teď, jak jsem ho viděla na ultrazvuku, tak jsem se začala více těšit, ale ze začátku mě to nebralo. Na co jsem zvědavá, tak jaké bude on brácha. To si myslím, že bude dobrej. Myslím si, že mi bude pomáhat, že bude starostlivej, pečovatelskej.

T: Když jste říkali, že je to těžké s těmi negativními emocemi, které člověk v sobě má, tak co s nimi děláte?

M: Vzpomínám si na období, kdy jsem měla krizi, že jsem neměla den, kdy bych neměla záchvat vzteku a že mě to samotnou mrzelo, že to neumím nijak ovládnout, takže jsem nad tím hodně přemýšlela a došlo mi, že je dobré se nad každou situací zpětně zamyslet a uvědomit si, co to způsobilo a zjistila jsem, že to nebylo nic hrozného, kvůli čemu bych musela tak vyšilovat. V tu chvíli jsem se sama nad sebou zastyděla a byla to příprava pro další podobnou situaci. To mi přišlo, že mi pomáhalo, že jsem s tím dokázala pracovat. Že jsem si prostě uvědomila, že to prostě nechci, aby se ode mě učil, jak na něho řvu. Ale samozřejmě to muselo země nějak ven. Zase potlačovat ten vztek, to by za chvíli bylo na to, mě někam odvízt. Bylo potřeba to nějak ventilovat.

M: Takže to zase...

H: Ahoj!

J: Ahoj!

M: Bylo potřeba nějak ventilovat. Teď dokonce se mě mamka zastala před tatškou. Naši tady, jak se se mnou loučili, tak taťka mi říkal, ať nejsem hysterická a mamka řekla: Ale nech ji, ona má svou povahu taky a musí to taky nějak ventilovat... Ale myslím, že jsem se zlepšila trochu, co říkáš?

T: Snad jo, no... určitě jo.

J: A máte třeba vy něco podobnýho, co byste dělal?

T: No, já se to snažím prostě ovládat, no, jakoby, už když to cítím, že to nějak přichází taková zloba, tak to nějak spolknout, nenechat to rozjet.

M: Ale todle nás oba dva překvapilo prostě kolik člověk v sobě může mít zlosti a hněvu... to jsme nikdy dřív nepociťovali.

J: A když byste potkali nějaký lidi v podobný situaci, co byste jim řekli třeba jako, jaký byste dali rady nebo?

T: No,

J: Kdybyste třeba potkali nějakou kamarádku a ona by říkala: hele to dítě mi vůbec nespí, strašně pláče...

M: No, já jednu takovou kamarádku mám, kteří to mají dost podobný jako my s tím spaním a se vším a tam dost pomáhá už jenom to, že si o tom povídáme, nebo že víme, že je někdo, kdo to má taky, že nejsou jenom samý ty hodný děti, co jenom spí, takže mě připadá, že tam pomáhá už jenom to sdělení jako jo.

T: Taky jako přiznání si toho, že to jsou takový jako kliše, jak to dítě je úplně to nejlepší na světě a v podstatě jako je to ten smysl toho života a já myslím, že to je stereotyp do značné míry, že to přináší i tyhle ty nepříjemný a vošklivý situace a nějak se musí člověk naučit to zvládat a přiznat to, že to k tomu patří a nehrát si na to, že dítě je jako super a právě pak když člověk tohleto zažívá, tak má dojem, že to je špatně, jako když všichni to prožívaj tak krásně tak jak to,

že mě to tolik zlobí. Já myslím, že to je normální, že to prostě zažívá hodně lidí, ale třeba to ani nepřiznaj jako... nemyslet si, že to je něco špatného, nějak to zpracovat prostě

PŘÍLOHA 8 – Ukázka kódování

Codes: [obtíže při ustavování kojení]

nám nešlo kojení, ona nechtěla pít a hrozně zvracela, asi se napolykalatý plodový vody jak byla veliká

Codes: [obtíže při ustavování kojení]

to kojení nám teda nešlo od začátku.

Codes: [očekávání pozitivního temperamentu dítěte]

že bych čekala od takovýho dítěte, který je tlustý a donošený, že bude pohodový

Codes: [citlivost dítěte]

když si jí třeba fotil, tak se hrozně lekala toho blesku, což bylo pro mě takový, že jsem si říkala, že to to dítě vůbec vnímá.

Codes: [nespavost]

pak hrozně už v tý porodnici nespala

Codes: [obtíže při ustavování kojení]

ted' nám nešlo furt to kojení a já jsem se hrozně bála po zkušenosti s Editkou, že mi rozkouše úplně ty prsa a tak jsem jí to furt nenechávala cumlat, tak jsem jí to trhala.

Codes: [strategie kojení]

tak jsem jí to furt nenechávala cumlat, tak jsem jí to trhala

Codes: [citlivost dítěte]

No memos

je hrozně lekavá, že na to, jak je velká a tak, tak mi přišla, že je hrozně lekavá

Codes: [mírný stres]

to mě trochu stresovalo

Codes: [pomoc personálu]

asi po dni, kdy nepila, přišla sestřička a vzala ji a nějak ji houpala asi hodinu a ona se vykrkala a vyzvracela tu plodovou vodu

Codes: [obtíže při ustavování kojení]

ona se vždycky přisála a hrozně krátce sála, že to bylo jako kdyby se přisávala každou hodinu, tak to bylo hrozně náročný, jako špatně se soustředila na to pití. Takže jsme se na to tak trochu vyprdly a když jsme přišly domu, tak jsem asi měla málo mlíka, že tím, jak jsme to nepřikládaly

Codes: [malý příbytek váhy]

Pak vlastně strašně zhubla, když jsme přišly domu, zhubla asi skoro o kilo dvacet,

Codes: [velký stres]

tak to bylo takový hrozně stresující

Codes: [neutišitelný pláč]

furt řvala

Codes: [rodič nezná důvod pláče]

my jsme jako nevěděli, jestli řve hlady, nebo neřve hlady

Codes: [obavy o zdraví dítěte]

teď jsme neměli váhu a doktorka nám ji vlastně nepučila, takže jsme si ještě objednali váhu po internetu, kde jak už to tak bývá na skladě nebyla, takže přišla asi za 14 dní a já jsem furt okolo ní tady chodila a nevěděla jsem, jestli je to tím, že jako... přišlo mi furt, že mlíko mít musím, že mám prsa velký, ale ona nebyla schopná nějak to z toho asi dostat a ty první dva nebo tři tejdny byly hodně náročný pro mě

Codes: [důležitost kojení]

vždycky, když jsem slyšela, že je těžký dát těm dětem umělou výživu, tak jsem to moc nechápala, ale hrozně jsem se snažila, hrozně jsem chtěla, aby pila

Codes: [zlom]

pak se to nějak zlomilo

Codes: [zlepšení]

už to bylo dobrý.

Codes: [rady]

on nám vlastně nikdo ani neporadil, oni nám řekli, že když se bude jevit, že má hlad, tak jí to dejte

Codes: [nečitelnost dítěte]

ono to dítě jsem nevěděla, co to je, jestli má hlad

Codes: [neutišitelný pláč]

ona vlastně furt řvala

Codes: [umělá výživa]

pak večer jsme to opakovaně zkusili

Codes: [hlad]

ted' zpětně, když to tak vezmu, tak to asi bylo celý hlady

Codes: [příkrmování umělým mlékem]

já už jsem to pak třeba tři dny už vydržela to řvaní a pak třeba ten třetí den jsem si říkala, no tak to teda musí bejt už ten hlad, tak jsem to jako namíchala a úplně zoufale jsem jí to dala a ona třeba vypila 10 ml. Což nebylo úplně moc, tak jsem si zase říkala, že to hlad není. Tak jsme měli takovouhle zkušenost, že když už jsem k tomu přistoupila, tak nakonec ona stejně skoro nic nevpila.

Codes: [hlad]

díky tomu, že tak hodně zhubla, tak si stejně myslím, že to hlady bylo, že možná nechtěla ani ten dudlík

Codes: [důvody pro potíže s kojením]

jak jsem možná míň přikládala, jak jsem se bála, že mi rozkouše ty prsa, než ona chtěla

Codes: [předsevzetí]

já jsem totiž šla do porodnice s tím, že si je nenechám rozkousat a že jí nedovolím sát, jako Edit sála každou tu hodinu, že jí to nedovolím, že opravdu budu dodržovat ty intervaly dvou hodin

Codes: [srovnávání obou dětí]

No memos

jako Edit sála každou tu hodinu

Codes: [co mělo být jinak]

Asi to nebylo z počátku ideální, měla jsem jí dát, kdykoliv chtěla

Codes: [časový údaj]

po těch dvou třech tejdnech

Codes: [strategie kojení]

už jsem jí začala dávat, kdykoliv chce

Codes: [zlepšení]

že se upravila ta sekrece toho mlíka, už to bylo lepší, začala přibírat a mě hodně uklidnilo, že začíná přibírat. I když řvala, tak to bylo jiný, protože jsme viděli, že přibírá, tak jsem si říkala, že brečí kvůli něčemu jinému.

Obrázek 8. Ukázka axiálního kódování v programu Atlas.ti

