

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Markéta Láchová

**Možnosti terapeutické a poradenské práce s dítětem
– obětí domácího násilí**

**The Possibilities of Therapeutic and Counseling
Services for a Child as a Victim of Domestic Violence**

Praha, 2019

Vedoucí práce: PhDr. David Čáp, Ph.D.

Poděkování

V první řadě bych ráda poděkovala PhDr. Davidu Čápovi, PhD. za jeho vlídné vedení a rady v průběhu psaní této práce. Druhý velký dík patří mému dobrému příteli Filipu Šinknerovi za pomoc s návrhem výzkumu.

Prohlášení

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

V Praze dne 7. 5. 2019

.....

Markéta Láchová

Abstrakt

Cílem bakalářské práce je seznámení s problematikou domácího násilí páchaného na dětech a se specifickými formami terapie, jejichž účinnost z hlediska sebehodnocení dítěte je srovnávána v návrhu výzkumu.

Literárně-přehledová část je rozdělena na dvě části, z nichž první se zabývá vymezením domácího násilí. Přes dětské trauma a syndrom CAN se dostává až k formám a dopadům domácího násilí na dítě. Druhá část pojednává o specifických formách dětské terapie a věnuje se mimo jiné i obecným zásadám a problematice důvěrnosti v práci s dítětem. Dále jsou zde zmíněny i některé specifické přístupy, které se využívají v zahraničí.

V návrhu výzkumu je použit design opakovaných měření, to znamená pre-test a post-test. Dítě je testováno škálou sebehodnocení dítěte PAQ, která je součástí Rohnerovy baterie rodinné diagnostiky. Poté mu je poskytnuta intervence ve formě jednoho ze tří vybraných typů terapie, a to terapie hrou, terapie vyprávěním příběhů nebo terapie pískem. Po absolvování terapie je dítě opětovně měřeno škálou PAQ. Míry rozdílu v sebehodnocení před a po terapii jsou jednak srovnávány v rámci jednotlivých forem terapie a jednak s populačním průměrem u dětí, které nejsou oběťmi domácího násilí. Výsledky mohou posloužit k zefektivnění péče o takto traumatizované děti.

Klíčová slova

Domácí násilí, syndrom CAN, sebehodnocení, dětská terapie

Abstract

The aim of this bachelor thesis is to introduce the issue of domestic violence against children and specific forms of therapy, whose effectiveness in terms of self-evaluation of the child is compared in the research proposal.

The literary-review section is divided into two parts, the first of which deals with the definition of domestic violence. Through child trauma and CAN syndrome, it reaches to the forms and effects of domestic violence on the child. The second part deals with specific forms of child therapy and also deals with general principles and issues of confidentiality in working with children. There are also some specific approaches that are used abroad.

The research design uses a repeat measurement design, ie pre-test and post-test. The child is tested by the PAQ self-esteem scale, which is part of Rohner's family diagnostics battery. He is then given an intervention in the form of one of three selected types of therapy, namely play therapy, storytelling therapy, or sand therapy. After the therapy, the child is again measured by the PAQ scale. The differences in self-esteem before and after therapy are compared within the individual forms of therapy and secondly with the population average in children who are not victims of domestic violence. The results can be used to streamline the care for such traumatized children.

Keywords

Domestic violence, CAN Syndrome, self-evaluation, child therapy

Obsah

Úvod	7
Literárně přehledová část	9
1. Dětské trauma.....	9
1.1 Definice	9
1.2 Vznik	9
1.3 Diagnostika.....	10
1.4 Obranné a vyrovnávací strategie	11
1.5 Důsledky dětského traumatu	11
1.6 Dítě jako svědek domácího násilí.....	12
2. Syndrom CAN.....	13
2.1 Definice	13
2.2 Příčiny.....	13
2.3 Zjišťování	14
2.4 Formy.....	14
2.4.1 Tělesné týrání	14
2.4.2 Sexuální zneužívání.....	15
2.4.3 Psychické týrání	16
2.4.4 Zanedbávání	16
2.4.5 Systémové týrání	17
2.5 Důsledky.....	18
2.5.1 Týrané děti.....	18
2.5.2 Sexuálně zneužívané děti	19
2.5.3 Zanedbávané děti.....	19
3. Poradenství a terapie	20
3.1 Zanedbávané a deprivované děti	20

3.2	Týrané a zneužívané děti	21
3.3	Obecné principy a techniky terapie	23
3.4	Problematika důvěrnosti	24
3.5	Specifické formy terapie.....	26
3.5.1	Terapie hrou	26
3.5.2	Terapie vyprávěním příběhů	27
3.5.3	Terapie pískem	27
4.	Srovnání České republiky a zahraničí	29
4.1	Trauma Focused Cognitive Behavioural Therapy (TF-CBT)	29
4.2	Program s pachateli	30
4.3	Skupinová práce s rodiči (Parents Anonymous).....	31
	Návrh výzkumného projektu.....	33
1.	Úvod.....	33
2.	Metody	33
2.1	Výzkumný design	33
2.2	Výzkumné hypotézy	36
2.3	Vzorek	37
3.	Výsledky.....	38
4.	Diskuze.....	38
	Závěr.....	41
	Seznam použité literatury	42
	Seznam zkratk	49

Úvod

Navzdory poměrně velké osvětě v nejrůznějších odborných i populárních publikacích, dokumentech nebo filmech představuje domácí násilí stále aktuální problém. Je tím palčivější, čím je oběť zranitelnější a bezbrannější. Proto asi největší emoce vzbuzuje v naší společnosti domácí násilí páchané na dítěti. V této bakalářské práci chápu pojem domácího násilí obecněji, než tomu bývá v klasických definicích, například dle Čírtkové (2008). Domnívám se, že by bylo poměrně omezené věnovat se v práci pouze násilí v pravém slova smyslu, neboť dítě většinou není ohroženo jen násilím jako takovým. Celá problematika je sjednocena pod pojem syndromu CAN (Child Abuse and Neglect). Syndrom CAN v sobě mimo násilí (fyzické i psychické) zahrnuje též zanedbávání a psychickou deprivaci. Všechny tyto způsoby špatného zacházení mohou na dítěti napáchat škody, kterých se možná nebude moct zbavit do konce života.

V první kapitole je definováno dětské trauma, je popsán jeho vznik a diagnostika. Dále jsou zmíněny některé obranné strategie dítěte a důsledky dětského traumatu. Nakonec jsou popsána specifika dítěte, které je pouhým svědkem domácího násilí, nikoli jeho přímým účastníkem.

V další kapitole je potom velká pozornost věnována syndromu CAN, jeho příčinám a zjišťování. Dále jsou popsány jeho základní formy. Konec kapitoly je věnován důsledkům syndromu CAN, z nichž je pro náš návrh výzkumu stěžejní snížené sebehodnocení dítěte.

Další část práce pojednává jednak o obecných zásadách poradenství a terapie dětí, které jsou obětí domácího násilí, a dále o třech specifických formách terapie, jež jsme zvolili i pro výzkumnou část práce. Jde o terapii hrou, terapii vyprávěním příběhů a terapii pískem. Zmíněna je i problematika důvěrnosti v práci s tímto druhem klientů. Nakonec jsou ještě popsány některé formy terapie ať už dětí, nebo třeba pachatelů, jež se v České republice příliš nepoužívají.

Pro návrh výzkumu jsme se rozhodli využít škálu sebehodnocení dítěte PAQ, která je součástí Rohnerovy baterie rodinné diagnostiky. Dítě otestujeme poprvé před nástupem do terapie a podruhé po jednom roce jejího trvání. Zkoumány budou rozdíly v účinnosti jednotlivých forem terapie. Dále nás bude zajímat rozdíl v sebehodnocení dětí po absolvování terapie s mírou sebehodnocení dětí, jež nikdy nebyly obětí domácího násilí.

V průběhu psaní práce jsme se snažili využít maximum jak českých, tak zahraničních zdrojů, a to ve formě monografií, sborníků, článků v elektronických časopisech či příspěvků na internetových serverech. V práci je citováno podle normy APA (2010).

Literárně přehledová část

1. Dětské trauma

1.1 Definice

Hartl a Hartlová (2000) definují psychické trauma jako „duševní úraz, který má za následek funkční poruchy, někdy i organické změny; buď a) jednorázové – smrt blízké osoby, znásilnění, nebo b) drobnější, ale opakující se – rodinné hádky, arogantní šéf, vedoucí k traumatizaci“ (str. 626).

U dětí lze hovořit o tak zvané interpersonální traumatizaci. Finkelhor (2008) dokonce používá výraz interpersonální viktimizace, což znázorňuje jistou jednosměrnost takového jednání. Pod tímto pojmem vidí špatné chování většinou dospělých lidí vůči dítěti, které na dítěti zanechává nemalé škody.

1.2 Vznik

Vzhledem k nedokonalosti, s jakou se děti rodí, jsou vystaveny daleko většímu riziku traumatizace než dospělí jedinci. V dnešní době hraje roli i menší stabilita rodinného systému. Život je delší, než býval, člověk je ve velké míře zajištěn státem, partnera nám nemusí schvalovat žádná autorita a mužské a ženské role procházejí velkými změnami. Rodina je menší, než bývala, a velké množství manželství končí rozvodem. I když dítě v našich společenských podmínkách není vystaveno válce, hladomoru, či epidemii nějaké choroby, je v daleko větší míře traumatizováno právě těmito problémy v rodině. Velmi traumatická může být ztráta pečující osoby, ale obzvlášť velké traumatogenní riziko představuje týrání, zneužívání či zanedbávání (Matoušek, 2017a).

Matoušek (2017a) dále uvádí, že v prvním roce života u dítěte vzniká vazba na pečující osobu. V mozku dítěte se v závislosti na tom, zda kontakt s dospělou osobou přinese uspokojení, či frustraci, aktivují různé spoje. Tyto spoje se při dalším kontaktu s onou osobou aktivují znovu a znovu a tím se buď vazba mezi ní a dítětem posiluje, nebo se u dítěte spouští obranné chování. Takové chování se pak často spouští i preventivně, byť dítě není v bezprostředním nebezpečí (stačí pouhá přítomnost dospělé osoby).

V případě dětí, které jsou traumatizovány pečující osobou, hovoříme o vazbě nejisté. Buď jde o vazbu vyhýbavou (rodič zaujímá odmítající postoj, dítě proto nedává najevo negativní

emoce, aby si rodiče získalo), úzkostně ambivalentní (rodičovské chování je nepředvídatelné, negativní emoce jsou daleko intenzivněji projevovány s cílem získat rodičovskou pozornost), nebo dezorganizovanou (rodič se k dítěti chová jak pozitivně, tak negativně, dítě je zmatené a chová se nepředvídatelně). Poslední typ vazby je typický právě pro týrané, zneužívané a zanedbávané děti (Bowlby, 2010).

Trauma samozřejmě nemusí pramenit jen z důsledku nefunkčního rodinného systému. Na vině mohou být často i vrstevníci. Šikana ve škole zůstává stále aktuálním tématem (Pöthe, 1999).

1.3 Diagnostika

Němcová (2017) píše, že v rámci diagnostiky musíme kombinovat dva základní postupy – klinický a testový. Zatímco klinický obsahuje anamnézu, pozorování či rozhovor a zaměřuje se tudíž na fakta o konkrétním traumatickém zážitku, testový využívá psychodiagnostické metody.

Vágnerová (2014) uvádí klasifikaci dětských traumat: raná a vývojová traumata (například komplikace v těhotenství a během porodu, vážná nemoc matky či dítěte nebo brzký nástup matky zpět do zaměstnání), traumata týkající se úmrtí někoho blízkého, úrazy, nepříjemné lékařské zákroky, rozpad rodiny (rozvod rodičů, častá změna prostředí), násilí v rodině, nevhodné sexuální chování (vzhledem ke stáří dítěte), další vážné problémy v rodině (například alkohol či jiné návykové látky), přírodní katastrofy, terorismus nebo válka.

Dále je třeba zmapovat symptomy traumatizace vzhledem k věku dítěte, délce trvání a intenzitě. Prokázat musíme také návaznost symptomů na prožitou událost. To nám následně umožňuje diferenciální diagnózu, která by vyloučila záměnu symptomů traumatizace se symptomy jiné psychické poruchy či tělesného postižení (Němcová, 2017). Dle Vágnerové (2014) jsou s traumatizací nejčastěji zaměnitelné neurotické poruchy, psychotické poruchy, somatoformní poruchy, neurologické poruchy, disharmonický vývoj osobnosti, poruchy chování, ADHD a mentální retardace.

Pro diferenciální diagnostiku jsou velmi důležité již zmíněné psychodiagnostické metody. Je třeba zjistit kognitivní úroveň. To lze provést za pomoci například WISC III a dále různých testů pozornosti a paměti. Používají se také projektivní techniky, jako jsou například kresba postavy, tří stromů, rodiny nebo ROR. Lze užít i škály a dotazníky, například škálu úzkosti, deprese nebo Dotazník disociace v dětství (Říčan & Krejčířová, 2005). Zejména u kreseb je ale

nesmírně nutné přistupovat k nim otevřeně, nezaujatě a nedělat ukvapené názory z jediného obrázku (Whitney-Peterson & Hardin, 2002).

V diagnostice traumatizace blízkou pečující osobou nám také mohou pomoci testy na zjišťování kvality vazby mezi dítětem a pečujícím dospělým. Jsou jimi například Test neznámé situace, Attachment Q-Set, Test separační úzkosti, Interview o citové vazbě pro děti, Metoda BISK a jiné (Šalátová, 2017).

1.4 Obranné a vyrovnávací strategie

Aby se dítě vyrovnalo s následky traumatické události, používá k tomu různé strategie. Některé z nich jsou prospěšnější, jiné méně. Dle Matouška (2017b) záleží také na tom, jak dlouho jedinec danou strategií využívá, protože i ze strategie, která v dané chvíli funguje, se může častým užíváním stát neproduktivní způsob zvládnání většiny těžkostí v životě. Děti starší nebo ty, které byly traumatizovány jen jednou, využívají spíše aktivní strategie (mezi ty nevhodné patří například sebepoškození, sebevražedné pokusy, útěky z domova, protiútok, či vybití agrese na jiné osobě, vhodnější strategií je potom vyprávění o traumatickém zážitku v bezpečném vztahu – třeba v terapii). Děti mladší nebo častěji traumatizované využívají spíše pasivní strategie (méně vhodnými strategiemi jsou například zamrznutí, popírání, disociace, regrese, únik do fantazie, či poslušnost vůči dospělému, vhodnou strategií bývá v tomto případě spontánní vyprávění o traumatickém zážitku – třeba při hře).

V dospělosti se obranné strategie, které člověk využívá, mohou transformovat do generalizovaných stylů chování. Takto traumatizovaný člověk se může pokoušet ovládat jiné lidi, může mít snahu mstít se nebo na druhou stranu může zaujmout postoj smolaře či závislé osobnosti. V ideálním případě si uvědomí, jaké nebezpečí představuje nepřekonané trauma, a za pomoci odborníka se ho pokusí překonat (Matoušek, 2017b).

1.5 Důsledky dětského traumatu

Traumatizace v dětství narušuje vývoj dítěte po všech směrech, tedy na psychické, kognitivní, sociální i biologické úrovni (Cook et al., 2005). Ford (2005) uvádí, že tyto vývojové změny mohou vést též ke zvýšení rizika výskytu psychiatrických poruch. V neposlední řadě se u dětí vystavených traumatu v dětství zvyšuje pravděpodobnost, že budou traumatizovány i v dospělém věku (Widom, Czaja, Dutton, 2008).

Větší pozornost je v této práci věnována především důsledkům týrání, zneužívání a zanedbávání, které jsou popsány níže.

1.6 Dítě jako svědek domácího násilí

Lieberman a Knorr (2007) upozorňují na fakt, že i nemluvnata dokáží poznat emoce vyskytující se v jejich okolí. Z tohoto důvodu jsou velmi senzitivní na jakékoli negativní prožitky kolem sebe. Dle Kitzmannové, Gaylordové, Holtové a Kennyové (2003) se u nich vyskytují dokonce obdobné následky jako u dětí přímo ohrožovaných.

Vágnerová (2012) popisuje mimo jiné změnu vztahu dítěte k násilnému rodiči. Vztah k němu může být pozitivní, ale zároveň negativní kvůli tomu, že ubližuje druhému rodiči. Dítě ovšem může pociťovat negativní emoce i k tomu rodiči, který se nedokáže bránit. Pokud je potom agresorem ohroženo i dítě, může být negativní vztah k druhému rodiči ještě umocněn tím, že tento rodič nedokáže bránit ani sebe, ani to dítě.

U dětí jakožto svědků domácího násilí je také odlišná vnímavost vůči pozdějšímu násilí v jejich životě. Overlienová (2010) říká, že může být dvojího druhu. Buď jsou k němu daleko citlivější než děti vyrůstající v nenásilném prostředí, nebo jejich citlivost k němu výrazně klesá. Tento fakt může mít velký vliv na jejich pozdější partnerský a rodičovský život.

2. Syndrom CAN

2.1 Definice

Syndrom CAN (Child Abuse and Neglect), v češtině překládaný jako syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte, do sebe zahrnuje vědomé i nevědomé činnosti vykonávané dospělým jedincem (může jít o rodiče, vychovatele, ale i jiného člověka), jejichž důsledkem je poškození zdraví a následného vývoje dítěte (Provazníková, 1995).

Dle Dunovského (1995a) jde ale o daleko komplikovanější proces, který obsahuje nejen jednání pachatele, ale také kulturní podmínky. Těmi jsou například postavení významu rodičovství v dané společnosti a dále hodnota, kterou zaujímá ve společnosti dítě. V neposlední řadě zde hraje roli také osobnost pachatele i dítěte, od které se odvíjí průběh a závažnost tohoto činu.

2.2 Příčiny

Matějček (1995) mluví o třech skupinách zvláště ohrožených dětí. Jsou to děti, které dospělé jakýmkoli způsobem zatěžují, dále děti, jejichž projevům dospělí nerozumí, a děti, které nedostatečně plní očekávání dospělých.

Dytrych (1995a, 1995b) vytyčuje již konkrétní rizikové situace. Jednou z nich je duševní nemoc dospělého, která má za následek jednak samotný akt týrání, zanedbávání či zneužívání, ale i převzetí špatných vzorců chování, postojů a hodnot dítětem od nemocného dospělého. Dalšími ohroženými dětmi jsou pak děti nechtěné, jakýmkoli způsobem poškozené, mimomanželské nebo nevlastní. Významným rizikovým faktorem je také rozvod rodičů, jehož následkem může být zanedbávání, týrání i zneužívání ve snaze nějak se partnerovi pomstít. Dalším hlediskem může být i nesnadná životní situace, ve které se rodina nachází (zejména co se týče chudoby a nezaměstnanosti), vyčerpávající vychovatele natolik, že už nejsou schopni adekvátně se postarat o své dítě.

Lowellová a Renková (2017) ve své studii ukazují, že potenciálním rizikovým faktorem může být též samotná osobnost rodiče (v této studii konkrétně matky), zejména nedostatečná regulace emocí, stres a copingové strategie.

Dále se může vysvětlení takového chování skrývat v minulosti pachatele. K dítěti se bude chovat tak, jak se v dětství rodiče nebo jiní vychovatelé chovali k němu samému (Hadj-Moussová, 1995).

2.3 Zjišťování

Chování takovýchto dětí nemusí nijak zvlášť vybočovat. Často u nich ale pozorujeme úzkostnost. Dítě není příliš aktivní, chybí mu motivace, soustředění, a to se pak odráží zejména na jeho výsledcích ve škole. Nápadný může být jeho vnější vzhled, který je zanedbaný, ušpiněný a unavený, neplatí to však stoprocentně. Zejména děti, které jsou deprivované citově, mohou na první pohled vypadat velmi upraveně, až přepychově, protože jejich rodičům více záleží na materiálních než na citových projevech vůči dětem. U dětí fyzicky týraných jsou potom vidět nejrůznější zranění v podobě modřin, oděrek nebo spálenin (Hadj-Mousová, 1995).

Pokud s dítětem vedeme rozhovor, většinou minimalizuje nebo úplně popírá, že by s ním bylo špatně zacházeno. Buď má strach, nebo se naopak snaží rodiče chránit, protože k nim přes všechna příkoří stále chová hluboké city. V případě starších dětí někdy také slýcháme, že týrání vnímají jako oprávněné potrestání za něco, co provedly. Je důležité zeptat se na trauma přímo, byť dítě přichází s jiným problémem (například s poruchami chování). Kromě rozhovoru lze použít hru nebo jiné projektivní techniky, ve kterých jsou traumatické zážitky více patrné (Krejčířová, 2001).

V případě rozhovoru s rodiči pravda také nemusí být na první pohled vidět. Pokud je dítě zraněné, rodiče si často vymyslí jiný způsob, kterým zranění vzniklo, a dítě s nimi neméně často souhlasí. Na druhou stranu ale popisují událost neurčitě, až rozporuplně. Během rozhovoru mohou působit lhostejně, nebo naopak velmi úzkostně a nejistě (Krejčířová, 2001).

Krejčířová (2001) dále popisuje důležitost diferenciální diagnostiky, obzvlášť u psychicky deprivovaných dětí, u kterých nejsou viditelné stopy po špatném zacházení. Nezbytná je podrobná anamnéza včetně prozkoumání vztahů v rodině. Tak můžeme od psychické deprivace odlišit například mentální retardaci (ačkoli děti mentálně retardované jsou někdy vystaveny deprivaci až v důsledku své diagnózy).

2.4 Formy

2.4.1 Tělesné týrání

Pokud mluvíme o tělesném násilí vůči dítěti, nejčastěji jde o nepřiměřené tělesné trestání. Tělesný trest může mít nejrůznější formu od pohlavku přes kopanec, vytrhávání vlasů nebo klečení až po škrcení a jiné brutální zacházení (Vaničková, 1995).

Aby tělesný trest splnil podstatu fyzického týrání, musí naplnit alespoň jedno z následujících kritérií: k trestání je použit předmět, údery míří na citlivé oblasti, jako je například hlava nebo břicho, nebo po nich na těle zůstávají otisky (Vaníčková, 2004).

Vaníčková (2004) dále uvádí, že tělesné tresty s rostoucím věkem dítěte ztrácejí smysl, protože odměnu i trest na tělesné úrovni dokáží vnímat nanejvýš děti v batolecím věku. Jedná se o primitivní druh potrestání, tedy i dítě je tlačeno k primitivní reakci a je tak zabrzděn jeho vývoj. Dítě vnímá tělesný trest jako ponížení, zažívá naučenou bezmoc, poslušnost a podřízenost. Učí se tak používat agresi k řešení svých vlastních problémů a mimo jiné se u něj také zvyšuje riziko sebepoškozování.

Někdy není fyzické násilí použito pouze jako prostředek k potrestání dítěte, ale jde o jakési obvyklé zacházení rodičů s dítětem. Může jít například o určitý způsob vybití hněvu (Hadj-Mousová, 1995).

Jako zajímavou formu tělesného násilí uvádí Dunovský (1995b) Münchhausenův syndrom v zastoupení, kdy si rodiče vymýšlejí různé symptomy a nemoci, v nejhorším případě je i sami vytváří tak, aby bylo dítě následně léčeno. Dle Langmeiera, Balcara a Špitze (2000) chtějí být často oceněni za to, že se starají o takto postižené dítě.

2.4.2 Sexuální zneužívání

Specifickým druhem tělesného týrání je sexuální zneužívání. Dá se rozdělit na dotykové a bezdotykové. Mezi bezdotykové formy sexuálního zneužívání patří například nucení dítěte k obnažování, fotografování obnažených dětí, nucení k prohlížení různých pornografických časopisů nebo ke sledování videí, obnažování se před dítětem a tak dále. Pod dotykovým sexuálním zneužitím se rozumí vaginální, anální, orální pohlavní styk či styk intrafemurální, dále pak nejrůznější dotýkání se dítěte na erotogenních oblastech a zasouvání prstů nebo jakýchkoli jiných předmětů do pochvy či řitního otvoru (Halfarová, 1995).

Dále je třeba podotknout, že to, co bylo v pořádku u malých dětí, už není správné v období puberty. Myslí se tím například koupání dcery otcem nebo různé formy dotykových her, třeba lochtání a podobně (Vaníčková, 1999b).

Znaky sexuálního zneužívání se liší podle věku oběti. U dítěte mladšího pěti let se mohou objevit poranění pohlavního ústrojí či nějaká pohlavní nemoc, dále u něj můžeme pozorovat napodobování sexuálních aktivit, záchvaty masturbace nebo kresby se sexuální tematikou. S vyšším věkem se přidružuje vyprávění příběhů se sexuální tematikou, útěky z domova, sexuální

napadání okolí, sebepoškozování či sebevražedné pokusy. U dítěte staršího dvanácti let se potom může vyskytovat i prostituce a v případě, že se jedná o dívku, i nechtěné těhotenství (Pöthe, 1999).

Vaníčková (1999a) dále podotýká, že sexuální násilí je často umocněno faktem, že se dítě nedočká podpory, a někdy dokonce ani samotné důvěry, když se s tímto zážitkem svěří rodičům, či rodiči, který násilí nepáchá. Dítě prožívá zmatek ve vztahu k pachateli, ale i k druhému rodiči, vůči kterému může prožívat pocity viny (Gjuričová, 2000).

Závažnost způsobu sexuálního zneužití a délka jeho trvání, respektive jeho frekvence, je tím větší, čím je dítěti pachatel známější a důvěryhodnější (Vaníčková, 1999a).

2.4.3 Psychické týrání

Psychické týrání bývá často přehlíženo, protože jeho následky nejsou na první pohled patrné. Dle Johnsona a Jamesové (2016) ale bývají kolikrát mnohem více devastující pro následný život dítěte, než je tomu například u týrání fyzického. Jednou z příčin dle autorů může být například neschopnost rodičů zvládat rodičovský stres.

Psychické týrání probíhá především slovně. Nejčastěji jde o podceňování, zesměšňování, ale také o přehnaný důraz na výkonnost dítěte nebo neustálé srovnávání například se sourozencem (Procházková & Spilková, 1995).

Dalším způsobem může být i citové vydírání, kdy jsou u dítěte neustále vyvolávány pocity viny a dítě je nuceno chovat se tak, aby svou domnělou vinu odčinilo (Hadj-Mousová, 1995).

Psychické násilí může být vytvářeno i celkovými výchovnými styly v rodině. Například tam, kde není prostor pro žádnou diskusi, svobodu názoru či rozhodnutí dítěte, a tím pádem prostor pro rozvoj dítěte. Autoritativní chování rodiče často obhajují pomocí tradic, či pomocí obavy o dítě. Takoví rodiče ale spíše než skutečné city chovají k dítěti pocity vlastnictví (Hadj-Mousová, 1995).

2.4.4 Zanedbávání

Zanedbávání lze definovat jako nedostatečnou péči o dítě, která je nezbytná pro jeho správný fyzický i psychický vývoj (Krejčířová, 2007). Zatímco týrání, ať už fyzické či psychické, zahrnuje chování zcela úmyslné, u zanedbávání lze spíše hovořit o jakémsi

zapomnění na adekvátní péči o dítě. Dalším rozdílem je to, že zanedbávání je vždy způsobeno pečující osobou (Pemová & Ptáček, 2016).

Pemová a Ptáček (2016) rovněž upozorňují na obtížnost detekování této formy syndromu CAN. Na zanedbaném dítěti totiž většinou nejsou viditelné známky takového chování. Navíc se posuzování zanedbávání odvíjí od ekonomických, kulturních, právních či sociálních podmínek v každé zemi. Například rodiče, jejichž země je právě ve válce, se prostě nemohou o své dítě postarat tak, jak by mohli za normálních okolností.

Pemová a Ptáček (2016) dále rozlišují několik forem zanedbávání. Nejsnáze odhalitelné je fyzické zanedbávání, neboť může u dítěte vést k nějaké zdravotní komplikaci, které si může snadno všimnout lékař. Zejména jde o zanedbání lékařské péče (zamítnutí či zpoždění) a zanedbání výživy nebo oblékání. Patří sem ale také celkové opuštění dítěte.

Další formou zanedbávání je zanedbávání vzdělávání (u dětí předškolního věku hovoříme o zanedbávání vývoje, neboť je v tomto věku klíčové naučit dítě základním schopnostem a dovednostem). O tomto typu mluvíme ve chvíli, kdy dítě vůbec není zapsané do školy nebo kdy má ve škole velkou absenci, ať už neomluvenou, či omluvenou takovými důvody, ke kterým už nejde dál přihlížet. Patří sem také zanedbání speciálních vzdělávacích potřeb dítěte.

Asi nejobtížnějším typem zanedbávání je emoční zanedbávání. V této souvislosti mluvíme o pojmech deprivace a subdeprivace, přičemž subdeprivace se vztahuje k takovému rodinnému prostředí, které zdánlivě vypadá zcela v pořádku (například u těžce pracujících rodičů, které na své dítě nemají příliš času).

2.4.5 Systémové týrání

Jako jednu ze speciálních forem CAN zde uvedu systémové týrání. Dunovský (1995b) ho popisuje tak, že systém, který byl vytvořen jako pomoc a podpora dětem a rodinám, jim namísto toho škodí. Jako jeden příklad za všechny je zde automatické odebrání dítěte z rodiny bez poskytnutí jakékoli jiné podpory a případné následné špatné zacházení v náhradní péči. V systémovém týrání jde vlastně o sekundární viktimizaci dětí, kdy po prvním traumatu přichází poškození právě ze strany těch, kteří by jim měli pomoci a zamezit dalším škodám.

V sexuálním zneužívání je systémové týrání způsobeno například neustálým vypovídáním dítěte před nejrůznějšími odborníky, čímž je znovu a znovu zraňováno. Často jsou pro něj traumatizující i opakovaná a málo citlivá lékařská vyšetření (Spilková, 1999).

2.5 Důsledky

2.5.1 Týrané děti

Děti fyzicky týrané se projevují jako neposlušné, zlostné, mají destruktivní chování – je potřeba obnovit jistotu, pocit bezpečí a důvěry. Mimo to je samozřejmě nutná i lékařská péče (Langmeier et al., 2000).

U tělesného týrání můžeme také pozorovat změny chování a celkového vývoje. Lze u nich zjistit biologický podklad (například v důsledku úrazů hlavy). Celková motivace k učení je také snižena, proto u nich dochází k opoždění (Langmeier et al., 2000).

Hadj-Mousová (1995) rozlišuje důsledky aktuální a dlouhodobé. Ať už se jedná o týrání fyzické či psychické, dítě pociťuje smutek, napětí, pocity křivdy, beznaděje a v neposlední řadě pocity viny, protože si nedokáže vysvětlit chování dospělých jinak než vlastním proviněním. Pod důsledkem dlouhodobým se rozumí zejména vliv na osobnost dítěte. Je narušena jeho důvěra ve svět i v samo sebe. Dítě se podceňuje, je úzkostné, má strach. Často můžeme u dítěte samotného pozorovat agresivní chování. V dospělosti se takové změny mohou projevit jako problémy s navazováním vztahů, někdy až asociální chování, často se objevují také nejrůznější závislosti.

Langmeier et al. (2000) uvádí, že týrané děti většinou postrádají sebedůvěru, vyskytují se u nich ve větším množství pocity studu a viny a zejména pochybnosti o sobě samých. Když dospívají, rozvíjí se u nich negativní atribuční styl (domnívají se, že za špatné události vděčí především sobě, že jsou způsobeny jejich vlastnostmi a schopnostmi). Dalším fenoménem, který u nich můžeme pozorovat, je naučená bezmocnost. Častá je deprese, nebo dokonce trvalé poruchy osobnosti (zejména hraniční a narcistická).

Mezi časté následky patří posttraumatická stresová porucha. Obvyklými příznaky jsou například emoční oploštělost, nezájem o hru, depersonalizace, poruchy spánku, somatizace (bolesti hlavy, břicha, nevolnost), znovuprožívání traumatického zážitku (například ve snu), sociální izolace a zvýšené je i riziko sebevraždy (Vizinová & Preiss, 1999).

Jak už bylo řečeno, tento typ chování se přenáší z generace na generaci, proto dítě, které je týrané, se samo většinou stane týrajícím vychovatelem. Buď týrání považuje za normální způsob zacházení s dítětem, nebo se mu snaží vyhýbat, ale ve chvílích afektu tomu nedokáže zabránit (Dydňanská, 2007).

2.5.2 Sexuálně zneužívané děti

Stejně jako jiné formy tělesného násilí je i násilí sexuální důvodem disharmonického vývoje dítěte, jeho následky však bývají ještě mnohem horší (Vaníčková, 1995).

Zneužívání chlapci bývají často agresivní a nadměrně se sexuálně projevují. Často se vyskytuje například incest vůči mladšímu sourozenci. Dívky trápí zejména pocity viny a zvyšuje se riziko, že budou i v budoucnu sexuálně zneužity mimo prostředí rodiny. Obecně pak mívají problém s navázáním kvalitního partnerského vztahu (Gjuričová, 2000).

2.5.3 Zanedbávané děti

Zanedbávané děti se projevují zaostale zejména ve výukové, výchovné a sociální oblasti, pomocí je tedy sociální a výchovná nápravná péče (Langmeier et al., 2000). Zanedbávané děti zaostávají v sociálních vztazích, mají neobyčejné potíže se začleněním se do vrstevnických skupin, je u nich narušena sociální percepce. Mohou se vůči ostatním projevovat agresivně, ale na druhou stranu i neprůbojně jakoby bez zájmu (Pemová & Ptáček, 2016). Pollak a kol. (2000) popisují, že zanedbávané děti mají narušenou schopnost rozpoznávat emoční výrazy a optimálně na ně reagovat. V důsledku nedostatku podnětů takové děti zaostávají i v řečových projevech a později mívají horší prospěch ve škole (Pemová & Ptáček, 2016). U zanedbávaných dětí je také vyšší riziko, že budou i sexuálně zneužívané. Touha po zájmu o jejich osobu je totiž větší než jejich sebezáchovný pud (Pöthe, 2013).

Stejně jako u fyzického týrání můžeme pozorovat biologický podklad i u fyzického zanedbávání, kdy v důsledku nedostatku výživy může dojít jak k akutním zdravotním problémům, tak i k dlouhodobým následkům ve formě například špatného chrupu, špatného držení těla či nedostatečně vyvinutého mozku, a tím pádem ke zhoršení kognitivních funkcí (Pemová & Ptáček, 2016).

3. Poradenství a terapie

3.1 Zanedbávané a deprivované děti

Dle Langmeiera et al. (2000) je v případě zanedbávaných a deprivovaných dětí nutné odpovědět na dvě otázky: zda je potřeba úplná změna výchovného prostředí, či jaká zvolit opatření při ponechání dítěte v jeho současném výchovném prostředí (v případě, že není možné dítě z výchovného prostředí odebrat). Odebrat dítě z ohrožujícího prostředí je možné pouze tehdy, pokud neexistuje reálná šance na zlepšení, a také v případě, že nové prostředí bude lepší než to stávající. Neoprávněné a časté přesuny dítěte ohrožují jeho pocit jistoty a bezpečí.

Práce s deprivovaným dítětem je velice zdlouhavá. Je cílena především na zlepšení vztahu dítěte k lidem, měl by být jistější, hlubší a stabilnější, dítě by se mělo naučit ho navázat a zejména udržet. Velký problém v terapii ale skýtá už samotné navázání kontaktu s terapeutem – dítě ho buď odmítá, nebo navazuje až příliš jednoduše jako s kýmkoli jiným, případně může reagovat agresivně.

V případě odmítajícího dítěte autoři doporučují, aby se terapeut nejprve jenom objevoval v jeho blízkosti, aby si na něj postupně zvyklo. Poté se k němu terapeut může začít pomalu obracet, například mu podat hračku či se na něj krátce usmát. Když se toto podaří, lze začít pomalu navazovat tělesný kontakt, který je u malých dětí nejpřirozenější formou navazování vztahu (je ale často nutné ho využít i u dětí starších).

Pokud je dítě naopak až příliš vstřícné a nerozlišuje mezi neznámým a známým člověkem, je třeba navodit u dítěte jistotu ve stálém a hlubokém vztahu. Při volbě strategie je třeba přihlídnout k individualitě dítěte. V každém případě zde terapeut musí být autentický, musí věnovat dítěti plnou pozornost a porozumění.

Děti, které se chovají agresivně, jsou vlastně nejvyspělejší. Agrese je v tomto případě formou domáhání se pozornosti, dítě je tedy v jistém smyslu připravené navázat kontakt s určitým člověkem. Často dochází ke spontánnímu zlepšení, jakmile dítě přijde do příznivějšího prostředí. Někdy ale noví vychovatelé této agresi nerozumí a začnou dítě trestat. Je tedy třeba jim tyto agresivní projevy vysvětlit a zároveň dát v psychoterapii dítěti prostor pro vybití agrese přijatelnou cestou.

Děti, jejichž emoční potřeby nebyly uspokojeny, si také mohou najít jiný způsob, jímž uspokojení dosáhnou. Často jde o přejídání se, nevhodné sexuální aktivity, vandalismus v partě či závislost na návykových látkách. V první řadě je zde nutné izolovat dítě od zdroje tohoto

uspokojení a rozvíjet inkompatibilní aktivity. Jedině tehdy lze navázat dobrý terapeutický vztah a úspěšně pokračovat v terapii.

Mimo tyto čtyři skupiny existují ještě děti, které navenek působí jako bezproblémové a dobře přizpůsobené. Selhávat začínají, až když jsou přesunuty do náročnějšího prostředí (jako sociálně, tak výkonnostně). Tyto děti nacházejí uspokojení na nižší psychosociální úrovni. Cílem terapie je pomoci jim zvolna vypěst, plnit náročnější úkoly a přijmout zralejší role.

3.2 Týrané a zneužívané děti

Langmeier et al. (2000) uvádí, že „péče o týrané děti zahrnuje: včasnou detekci a další dlouhodobou prevenci, komplexní nápravná opatření a preventivní opatření“ (str. 311).

Včasná detekce předpokládá, že kromě ošetření dítěte byla zhodnocena i příčina zranění a rodinná situace. Vhodný je rozhovor s rodiči, který pomáhá zjišťovat například přehnané nároky a kritičnost vůči dítěti, užívání tělesných trestů či samotnou osobnost rodiče.

Nápravná opatření by se měla týkat jak rodičů, tak i dítěte. Jedná se o opatření bezprostřední a dlouhodobá. Bezprostředním opatřením bývá zejména navrácení či nenavrácení dítěte do rodiny. Než padne konečné rozhodnutí na základě vyšetření dítěte i rodičů, lze dítě ponechat na dětském oddělení nemocnice. V odůvodněných případech je nutné ohlásit týrání na policii. Dlouhodobá opatření cílí na rodiče. Rozeznáváme tři různé postupy: punitivní, protektivně-kontrolující a protektivně-terapeutický.

Punitivní přístup se zaměřuje na potrestání pachatele domácího násilí, nezabývá se ale následnou péčí. Protektivně-kontrolující přístup chrání dítě před dalším ublížením – dítě je pod sociálním dozorem a prochází pravidelnými prohlídkami. V krajním případě lze dítě odebrat z rodičovské péče. Trest pachatele není ani v tomto případě vyloučen. Protektivně-terapeutický přístup klade důraz na pomoc celému rodinnému systému (sociální, ekonomickou i psychologickou). Ideálním výsledkem je zlepšení podmínek a vztahů v rodině tak, aby dítě nemuselo být odebráno. Ani tady se ale nevylučuje pachatelův trest.

Z těchto tří přístupů se jeví jako neoptimálnější protektivně-terapeutický. Lze ho ovšem použít jen v určitých případech, a sice:

- pokud se jednalo o ojedinělou událost,
- rodič (pachatel) projevuje pocity viny,

- styl výchovy v rodině se moc neodchyluje od společenských norem (co se týče například tělesného trestání) a je šance, že se ho podaří během terapie ovlivnit,
- rodič není ke svému dítěti až příliš kritický, nebo dokonce nenávistný,
- rodič je schopen chápat (po určitém vysvětlení) možnosti a zvláštnosti svého dítěte,
- rodič se umí ovládat a není přehnaně impulzivní.

V krajních případech je odebrání z rodiny nevyhnutelné. I týrané dítě si vytvořilo pozitivní vztah ke svým rodičům, proto bude na toto řešení pravděpodobně reagovat například pláčem.

V terapii je důležité nejprve zpracovat prožité traumatické zážitky (včetně získání reálného náhledu na rodiče, a tím omezení rizika mezigeneračního přenosu), dále získat pocit bezpečí a důvěry. Důraz je kladen také na vznik nových vzorců chování. V neposlední řadě je zde snaha zlepšit sebepojetí dítěte, včetně zmírnění negativního atribučního stylu a naučené bezmocnosti.

Preventivní opatření jsou v dnešní době na vzestupu. Už před narozením dítěte je možné poznat, zda je nějaký rodič náchylný k budoucímu týrání. Existují dotazníky zjišťující přístup matky k dítěti už v porodnici. Dále patří mezi rizikové rodiče lidé, kteří byli v dětství sami týráni. Tyto rizikové skupiny jsou pak pečlivě kontrolovány a dostávají jak přímou pomoc (fyzickou, materiální a podobně), tak psychologickou pomoc (naučení základních rodičovských dovedností – například empatie).

U zneužívaných dětí platí tytéž postupy jako u dětí týraných, opět je kladen důraz na vytvoření dobrého terapeutického vztahu. Zneužívané děti jsou často zvyklé, že jim nevěří ani ti nejbližší lidé (například nezneužívající rodič), proto bývá navázání vztahu s terapeutem velmi obtížné. Lze použít i relaxaci, aby se klient cítil uvolněně a snáze si vybavil traumatické prožitky – v bezpečném prostředí je tak může znovu zažít, porozumět jim a postupně se s nimi vyrovnat.

Způsob psychologické pomoci se odvíjí od frekvence zneužívání. U zneužití jednorázového často stačí krátkodobá krizová intervence, pokud ovšem zneužití proběhlo v dospívání. V případě zneužití školáka, nebo dokonce ještě mladšího dítěte, je nezbytná dlouhodobá forma psychoterapie. Tu je vhodné použít i tehdy, pokud se oběť nepokoušela žádným způsobem bránit. Vedle terapie individuální je vhodná také rodinná terapie nebo terapie s obětí a pachatelem (pokud je to možné).

3.3 Obecné principy a techniky terapie

Dle Cairnsové a Furslandové (2007) by měla mít terapie traumatizovaného dítěte tři základní cíle: dítě by mělo doma mít pocit bezpečí, dítě by mělo umět pojmenovat a zpracovat, co se stalo a jak se při tom cítilo, a dítěti by měl začít tento traumatický zážitek dávat smysl, díky čemuž je schopno v budoucnu spokojeně žít.

Obecně je doporučován model RICH (Saakvitne, Gamble, Pearlman, & Lev, 2000), který předpokládá respekt k dítěti (*Respect*), informování dítěte (*Information*), vytvoření vazby mezi dítětem a terapeutem (*Connection*) a naději na uspokojuv ý výsledek terapie (*Hope*).

Greenwald (2005) doporučuje několik taktik pro terapii s traumatizovaným dítětem. Především terapeut musí být dobrým pozorovatelem a přizpůsobit průběh sezení tomu, jak dítě zvládá návrat k traumatickému zážitku. Sezení by měla končit zklidňujícími technikami, aby dítě neodcházelo rozrušené. Terapeut by měl zohledňovat i situaci mimo terapeutická sezení, například zvládá-li dítě nově probuzené traumatizující vzpomínky i v nepřítomnosti terapeuta. V neposlední řadě by terapeut také neměl slibovat něco, co nedokáže dodržet.

Nejdůležitějšími technikami jsou dle Němcové a Matouška (2017):

- Práce se stabilizací v přítomnosti – hledání opěrných bodů v životě dítěte, zejména osob (můžou sem patřit i imaginární přátelé), ale i věcí nebo míst.
- Využití zásad krizové intervence – mimo jiné je důležité poskytnout dítěti informace, zajistit základní potřeby dítěte včetně klidu a bezpečí, a zaměřit se na blízké cíle.
- Pracovat se symboly a metaforami – jak je řečeno níže, pro děti je někdy snazší sdělovat tíživé informace nepřímou cestou.
- Práce s teritoriem a osobním prostorem – zajistit dítěti pohodlí i možnost změnit polohu.
- Časová osa – pomocí této symbolické pomůcky lze dítěti poskytnout trochu jiný pohled na situaci.
- Práce ve skupině – členové by se měli navzájem podporovat, sdílet mezi sebou své prožitky, navzájem kooperovat a nikoli mezi sebou soutěžit. Práce ve skupině není vhodná pro agresivní, či příliš uzavřené děti.
- Bezpečí – základem je správně navozený terapeutický vztah.
- Práce s regulací nervového systému – po pocitech napětí vzniklých v průběhu terapie například při konfrontaci s tíživými vzpomínkami je nutné opět navodit

klid. Lze k tomu využít nejrůznější relaxační techniky, ale i třeba malování či hraní.

- Hledání optimální míry podnětů – záleží na individualitě dítěte. Postupem terapie je například možné pracovat s negativními zážitky ve větší míře, než je tomu na začátku.
- Práce s tělem – vhodná je práce s dechem, dále pak různé formy meditace.
- Informace, pojmenování, edukace – pro dítě je nezbytné umět se v situaci zorientovat a porozumět jí. U podávání informací je nutné zohlednit věk a celkovou vyspělost dítěte.
- Volba osobnosti terapeuta – dítěti často záleží na pohlaví podle toho, kdo mu ublížil.
- Hravost a tvořivost – jak je uvedeno níže, hravost a tvořivost patří mezi základní dětské dovednosti. I terapie může být zábavná.

3.4 Problematika důvěrnosti

Dítě je oprávněno na základě § 8 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, požádat o pomoc i bez vědomí zákonného zástupce, pokud to umožňuje jeho rozumová vyspělost. Zákon ale jednoznačně neřeší psychoterapeutické služby, které nejsou vykonávány zdravotníkem. V některých případech (například v naší problematice domácího násilí) informovaný souhlas jednoduše ani není možné získat. V takových případech záleží na samotném terapeutovi, jestli je léčbu ochoten poskytnout.

Dalším dilematem, se kterým se dětský psycholog setkává, je poskytování informací o průběhu terapie rodičům dítěte. Rodiče, kteří poskytli souhlas s terapií, mají na informace právo. Terapeut ale může rozhodnout o tom, jaký druh informací rodičům poskytne, s přihlédnutím k přání dítěte. Je dobré si tyto záležitosti vyjasnit jak s dítětem, tak s rodičem už na začátku terapie a dohodu dodržet po celou dobu trvání léčby. Dále je nutné, aby terapeut používal u všech svých klientů podobný styl sdělování informací (Brems, 2018).

Dle Bremsové (2018) může vzniknout problém, i pokud rodiče sami kontaktují terapeuta mezi jednotlivými sezeními a sdělí mu nějaké informace. Terapeut pak musí dítě informovat o tom, co se dozvěděl a z jakého zdroje informace přišla, jinak hrozí, že se dítě bude domnívat, že jsou rodiče a terapeut proti němu.

V některých případech je ale nutné porušit slib důvěrnosti. Jde právě o problematiku domácího násilí. Vždy ale dítě předem informujeme a vysvětlíme mu důvod našeho jednání

(Brems, 2018). Pro práci s dítětem, které trpí syndromem CAN, jsou stěžejní některé paragrafy trestního zákoníku, a sice Hlavy IV: Trestné činy proti rodině a dětem. Konkrétně jde o tyto paragrafy:

- § 195 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník (opuštění dítěte nebo svěřené osoby)
- § 196 zákona č. 40/2009 Sb. (zanedbání povinné výživy)
- § 198 zákona č. 40/2009 Sb. (týrání svěřené osoby)
- § 199 zákona č. 40/2009 Sb. (týrání osoby žijící ve společném obydlí)
- § 201 zákona č. 40/2009 Sb. (ohrožování výchovy dítěte)
- § 202 zákona č. 40/2009 Sb. (svádění k pohlavnímu styku)

Je ale třeba brát v potaz i jiné trestné činy, například těžké ublížení na zdraví (§ 145 zákona č. 40/2009 Sb.), znásilnění (§ 185 zákona č. 40/2009 Sb.) nebo pohlavní zneužití (§ 187 zákona č. 40/2009 Sb.).

Dle § 368 odst. 1 zákona č. 40/2009 Sb. máme oznamovací povinnost na trestné činy vypsané v tomto paragrafu, pokud se o nich hodnověrným způsobem dozvíme. V případě syndromu CAN jde zejména o trestný čin týrání svěřené osoby (§ 198 zákona č. 40/2009 Sb.). Například u trestného činu pohlavního zneužití (§ 187 zákona č. 40/2009 Sb.) je ale naší povinností čin pouze přikázat (§ 367 odst. 1 zákona č. 40/2009 Sb.). To lze ovšem vykonat i oznámením na příslušný orgán. Existují ale i výjimky, například na trestný čin týrání osoby žijící ve společném obydlí (§ 199 zákona č. 40/2009 Sb.) se oznamovací povinnost nevztahuje, tudíž zde musíme zachovat mlčenlivost (Pavlíková, n.d.).

Pavlíková (n.d.) dále uvádí, že kromě policie a soudu můžeme na nevhodné zacházení s dítětem upozornit i Orgán sociálně právní ochrany dětí (OSPOD), a to v takovém případě, kdy je na dítěti spáchán trestný čin, který ohrožuje jeho zdraví či vývoj, nebo kdy je ohroženo násilím mezi rodiči.

V případě, kdy jde o pohlavní zneužití, které nepodléhá oznamovací povinnosti, nemusíme informovat policii, OSPOD ale informovat musíme (Mach, 2011).

3.5 Specifické formy terapie

3.5.1 Terapie hrou

Je nepochybné, že jestli je něco dětem zcela vlastní, tak je to právě hra. Již například Erikson (2002) popsal hru jako dětskou práci, nicméně existují autoři (Landreth, 2002), kteří tuto definici vidí jako definici pro dospělé osoby, které by jinak hru mohly považovat za něco zbytečného. Podle těchto autorů má hra svůj důvod, přestože není vždy hned zcela zřejmý. Hra má smysl, neboť je symbolická. Dítě si jejím prostřednictvím zkouší prozkoumávat prostředí, řešit každodenní problémy, učit se nejrůznějším rolím a sociálním dovednostem. Mimo jiné je i prostředkem k vyjádření sebe sama, svých pocitů či své osobnosti (Brems, 2018).

Hra je dobrým prostředkem už jen k samotnému navázání terapeutického vztahu. Přes aktivitu, která je pro dítě velmi přirozená, terapeut snáze navodí pocit jistoty a bezpečí. Dalším důvodem, proč hru do terapie zařadit, je poznání dítěte bez kladení otázek. V tomto případě musí být terapeut také dobrým pozorovatelem, aby mu neuniklo nic z toho, co dítě neverbálně sděluje. Neverbální komunikace je zejména v případě traumatických zážitků pro dítě mnohem snazší než verbální (Brems, 2018). Dle Jamese (1997) je výhodou neverbality i možnost využití u dětí menších či ne tak verbálně zdatných.

V neposlední řadě Bremsová (2018) zmiňuje léčebnou funkci hry. Empatická a akceptující osobnost terapeuta může zmírnit napětí a celkově změnit postoj dítěte k prožívanému problému. Terapeut získává také možnost pomoci dítěti objevit nové strategie, kterými lze problém vyřešit, a v bezpečném prostředí si je i vyzkoušet.

Cattanachová (2008b) shrnuje herní terapii s týranými a zanedbávanými dětmi do tří stádií – prvním je již zmíněné navázání kontaktu, ve druhém stádiu se pak dítě za pomoci terapeuta a nejrůznějších předmětů (nejčastěji hraček) snaží vrátit k traumatům, které prožilo. V poslední etapě je cílem rozvinout pozitivní sebehodnocení a nabýt identitu, která by nebyla tolik svázaná minulostí. To znamená, že dítě společně s terapeutem prozkoumává některé své hodnoty a distorze ve smýšlení o sobě a o aktu zneužití či týrání. Některé děti také potřebují znovu prozkoumat svou tělesnou a smyslovou stránku, o které již nyní vědí, že patří jen jim samým. K tomu mohou být použity drobné hry například s barvami, s hlínou nebo třeba s vyfukováním bublin.

3.5.2 Terapie vyprávěním příběhů

Gardner (1971) jako jeden z prvních, kteří tuto formu terapie používali, definuje vyprávění jako jeden z nejpřirozenějších způsobů komunikace s dítětem. Jeho prostřednictvím můžeme lépe rozumět světu kolem nás a poznávat věci, které jsme na vlastní oči neviděli. Dle Engelové (1999) je pro dítě vyprávění prostředkem, jak se naučit rozlišit fantazii a realitu. Dále je dobrým způsobem, jak se dítě může dozvědět něco o druhých (velmi důležité je to zejména z hlediska vztahů mezi dítětem a jeho předky), zároveň ale i jak se druzí mohou dozvědět něco o dítěti.

Díky vyprávění dítě snáze naváže vztah s terapeutem a zároveň se mu v rámci vyprávění příběhu snáze odkryje. Samotný průběh vyprávění tu ale může být trochu pozměněn. Zatímco v běžném životě většinou vypráví jeden člověk a druhý pouze poslouchá, v terapii se tyto role mohou střídát, protože klient i terapeut reagují jeden na druhého (Brems, 2018).

Dítě na začátku dostane instrukce, jak má příběh vypadat: musí být originální (nesmí to být například obsah nějakého filmu) a musí jasně začít i skončit, ideálně bude obsahovat i nějaké ponaučení (Gardner, 1971).

Dle Close (1998) hlavní význam využití vyprávění v terapii spočívá v nevtíravém a nenápadném poznávání dítěte i světa, ve kterém žije. Terapeut musí pozorně naslouchat a věnovat pozornost i skrytému významu vyprávění.

Terapeut může stejně nenápadným způsobem navrhnout řešení nebo udělit nějakou radu. Stačí vyprávět stejný příběh a jen ho nepatrně pozměnit (Cattanach, 2008a).

Příběhy se samozřejmě v průběhu terapie liší. Gardner (1971) je rozdělil do 5 skupin od prvního až do posledního terapeutického sezení. Sám příběh je v průběhu terapie důkazem toho, že postupujeme správným způsobem.

3.5.3 Terapie pískem

Terapie pískem je jedna z forem terapie hrou. Klient vypráví svůj příběh ať už přímo či nepřímo za pomoci vytváření imaginárních scén s figurkami v písku. Nejčastěji se tato forma terapie používá u dětí, které nejsou schopny volně hovořit o jejich životě a problémech v něm, může ale být užita i u adolescentů. Stejně jako u klasické herní terapie, ani zde nejsou zapotřebí slova. Terapeut pomáhá klientovi vyjádřit jeho příběh a popisuje a interpretuje scénu, kterou klient vytvořil (De Little, 2012). Pearson a Wilsonová (2001) ovšem upozorňují, že by si

terapeut měl dát pozor na sugestivitu. Klient by tedy na význam toho, co vytvořil, měl přijít především sám.

Terapie pískem obvykle vychází z Jungových prací o archetypech (De Little, 2012). Pearson a Wilsonová (2001) mimo jiné uvádějí, že terapie pískem také umožňuje klientovi vyjádřit i obsahy, které se nachází v nevědomí. Mnoho negativních pocitů (zklamání, smutek, frustrace nebo vztek) je totiž obsahem archetypu stínu, jenž je součástí nevědomí. Grubbs (1994) proces terapie pískem přirovnává k jungiánskému pojmu aktivní imaginace.

Na rozdíl například od terapie vyprávěním příběhů má klient v terapii pískem možnost zapojit své tělo. Pohyb a dotek písku přináší nové způsoby myšlení a poznávání sebe sama. Když si klient prohlíží nebo se dotýká figurek, začíná pociťovat jakousi, nejprve nevědomou, rezonanci. Na základě této rezonance cítí buď přitažlivost směrem k figurkám či formaci, nebo ho figurky či formace naopak odpuzují. Poté přichází uspokojení vyvolané ať už tvarováním písku nebo hromaděním figurek. Klientům se z tohoto důvodu doporučuje, aby své chování v rámci terapie pískem předem neplánovali a raději na sebe nechali působit tyto síly (Pearson & Wilson, 2001).

Grubbs (1994) dále uvádí, že při hodnocení obrazů vytvořených klientem můžeme pozorovat, že každá scéna je součástí jakéhosi celku. Je možné zde nacházet opakující se figurky a témata. Zatímco dospělí preferují vytváření spíše statických scén, dětské obrazy bývají daleko dynamičtější (Pearson & Wilson, 2001).

Jedním z největších přínosů terapie pískem je rozvíjení vnější a vnitřní důvěry. Vnější důvěru klient rozvíjí v setkání s terapeutem, z něhož cítí naprosté přijetí. Vnitřní důvěru získává prostřednictvím poznávání svého vnitřního světa a zároveň pomocí uvědomění, že to on sám je strůjcem svého ozdravného procesu (Pearson & Wilson, 2001).

Terapie pískem se ovšem dá použít i u dospělých jedinců, kteří byli v dětství obětí domácího násilí. Doyleová a Magor-Blatchová (2017) ji aplikovaly u dvaapadesátileté ženy a popisovaly jednoznačné zlepšení symptomů deprese, odpovědi na stres a well-beingu.

4. Srovnání České republiky a zahraničí

4.1 Trauma Focused Cognitive Behavioural Therapy (TF-CBT)

TF-CBT neboli na trauma zaměřená kognitivně-behaviorální terapie byla vytvořena pro děti od 3 do 17 let, které zažily domácí násilí, sexuální zneužití, hluboký smutek, terorismus nebo přírodní katastrofu. Patří mezi empiricky nejúspěšnější formy terapie zaměřené na zpracování traumatu (Pollio, McLean, Behl & Deblinger, 2014).

Tento model sestává z individuálních sezení s dítětem, z individuálních sezení s rodičem (který ale není pachatelem) a také ze sezení, kde jsou přítomni oba, tedy je přítomen rodič i dítě. Dítě i rodič podstupují každou jednotlivou komponentu této formy terapie, rodič je ještě navíc veden ke zlepšení své rodičovské role. Každá komponenta TF-CBT zahrnuje pozvolné vystavování se traumatickému zážitku, jehož intenzita roste s každou další etapou terapie. TF-CBT je primárně zaměřena právě na děti, které zažily psychické trauma, jehož následkem jsou potom obtíže jako například deprese, úzkost, či post-traumatická stresová porucha. TF-CBT není vhodná pro děti, u nichž to bylo naopak, tedy v případě, že na počátku stála nějaká duševní porucha a až následkem poruchy s nimi bylo špatně zacházeno. V takovém případě může být TF-CBT použita až poté, co je duševní porucha stabilizována (Cohen & Mannarino, 2008).

Cohenová a Mannarino (2008) dále popisují jednotlivé komponenty TF-CBT. Jsou jimi: psychoedukace (*Psychoeducation*) a rodičovské dovednosti (*Parenting Component*), relaxační techniky (*Relaxation Skills*), dovednosti regulující afektivitu (*Affective Modulation Skills*), kognitivní copingové dovednosti (*Cognitive Coping Skills*), vyprávění traumatického zážitku a jeho kognitivní zpracování (*The Trauma Narrative and Cognitive Processing Trauma Experiences*), zpracování traumatického zážitku *In vivo* (*In Vivo Mastery of Trauma Reminders*), společná sezení s rodičem a dítětem (*Conjoint Child-Parent Sessions*) a posílení bezpečí a budoucího vývoje (*Enhancing Safety and Future Developmental Trajectory*). Zde jde o můj ne zcela doslovný překlad těchto termínů, ve kterém jsem se snažila maximálně postihnout podstatu jednotlivých komponent terapie.

Psychoedukace obnáší především seznámení dítěte a rodiče s průběhem terapie, s možným vlivem traumatického zážitku na vývoj dítěte a jeho další prognózou. Užitečné může být i seznámit rodiče s právními aspekty této problematiky. Mezi **rodičovské dovednosti**, jimž jsou rodiče učeni, patří například používání pochvaly či věnování pozornosti pozitivnímu chování dítěte.

Další částí terapie jsou **relaxační techniky**, jako třeba práce s dechem, progresivní svalová relaxace či foukání bublin nebo zpívání. Každý klient zkouší mezi sezeními, co mu vyhovuje nejlépe. Dále se TF-CBT zabývá **dovednostmi regulujícími afektivitu a kognitivními copingovými dovednostmi**. Tam pracujeme s myšlenkami, které jsou spojené s nějakou rozrušující situací a které následně pozitivně či negativně ovlivňují chování a prožívání.

Vyprávění traumatického zážitku (nejčastěji prostřednictvím psaní) umožňuje dítěti vidět traumatický zážitek v kontextu jeho života. Terapeut mu následně pomůže s **kognitivním zpracováním traumatu**, pomůže mu například zbavit se pocitů viny, studu nebo nízkého sebehodnocení. **Zpracování traumatu In vivo** je potom určeno pro děti, které se vyhýbají i neškodným připomínkám traumatického zážitku (například pokud bylo dítě zneužíváno v koupelně, vyhýbá se všem koupelnám, cílem je tedy zbavit ho těchto iracionálních obav, které ho omezují v běžném fungování).

Jednou z posledních etap je **společné sezení s rodičem a dítětem**, kdy je terapeut upozaděn a dítě sděluje své traumatické zážitky přímo svému rodiči. Je zde prostor pro otevřený rozhovor o všem, o čem ani jedna ze stran nebyla dříve schopna hovořit. Na závěr přichází komponenta **posílení bezpečí a budoucího vývoje**, kdy jsou rodiče i děti vedeni k tomu, aby techniky, které se během terapie naučili, byli schopni využít po skončení terapie i v praxi, tedy i v jiných obtížných situacích. Dále je pozornost věnována například zdravému sexuálnímu chování nebo vytvoření bezpečnostního plánu v případě opakování domácího násilí (Cohen & Mannarino, 2008).

4.2 Program s pachateli

První profesionální organizací, která poskytuje terapii pachatelům domácího násilí, se stala Alternativa násilí (Alternativ til Vold – ATV), která vznikla v roce 1987 v Oslu (Jakobsen & Råkil, 2017).

ATV pořádá dlouhodobé individuální i skupinové terapie, které musí klient podstupovat zcela dobrovolně. Isdal a Råkil (2017, s. 95) popisují několik základních východisek ATV:

1. Odpovědnost za násilí nese vždy člověk, který se násilí dopouští.
2. Násilí je genderový problém, násilí páchají především muži.
3. Násilí je pokus zvládnout pocit bezmoci.
4. Násilí je aktivní pokus zvládnout situaci.

5. Násilí je třeba dávat do souvislosti s potřebou muže projevovat se „mužně“.
6. Násilí je nebezpečné a vždy představuje riziko.

Isdal a Råkil (2017) dále popisují hlavní principy terapie s pachateli. Na začátku je důležité hlavně otevřeně mluvit o průběhu násilného chování, to znamená přesně popsat, co a jak se přihodilo. Díky otevřenému popisu klient násilí přestává přehlížet a začíná za něj pociťovat zodpovědnost. Teprve v tuto chvíli je možné začít hledat souvislosti mezi klientovou minulostí a jeho nynějším chováním. Poté, co klient projde všemi těmito etapami, začíná vidět důsledky svého jednání a začíná v sobě budovat empatii. Terapeut v průběhu celého procesu musí klientům zprostředkovávat zdravý postoj k násilí, zároveň ale musí za všech okolností jednat s klienty s respektem.

Kubešková (2017) popisuje techniky v práci s pachatelem domácího násilí. Jsou jimi například tzv. time-out (opuštění aktuální konfliktní situace a věnování se jiné činnosti), popis emocí na škálách vzteku, rozpoznání spouštěčů a signálů, edukace klienta, práce s automatickými negativními myšlenkami, nácvik komunikačních dovedností, hraní rolí (i obrácených, kdy terapeut zaujme roli klienta a klient roli protistrany) a nejrůznější relaxační techniky.

V České republice se programy pro pachatele domácího násilí také pomalu rozvíjí. Na rozdíl od zahraničních programů se ale zaměřují spíše na potenciální pachatele nebo na pachatele, jejichž provinění ale nebylo posouzené jako trestný čin. V zahraničí je také možné, že je pachatelům absolvování programu nařízeno soudem či jinou státní organizací. Dalším rozdílem je také přístup k informování rodinných příslušníků o klientově terapii. České organizace tuto povinnost nemají (Kubešková, 2017).

4.3 Skupinová práce s rodiči (Parents Anonymous)

Společnost Parents Anonymous vznikla v roce 1969. O její vznik se zasloužila Jolly K., matka, jejíž děti byly jedny z těch, které musely čelit traumatickým událostem, ale ona si přála pro ně vytvořit bezpečný a laskavý domov (Parents Anonymous Inc., n.d.b).

Tato společnost jedná s rodinami s cílem předcházet týrání a zneužívání dítěte prostřednictvím komunitních skupin rodičů, dětí a dospívajících, které se pod vedením trénovaných pracovníků scházejí každý týden. Snaží se o primární prevenci, ale i o prevenci opakovaného týrání a zneužívání dítěte. Snaží se snižovat míru rodičovského stresu, užívání psychoaktivních látek a násilí mezi partnery. Na druhou stranu se snaží rozvíjet protektivní

faktory jako například rodičovskou rezilienci, sociální oporu nebo konkrétní způsoby podpory v případě potřeby (Polinsky, Pion-Berlin, Williams, Long & Wolf, 2010).

Parents Anonymous zastává čtyři základní principy:

1. Smysluplné rodičovské vedení – rodiče jsou efektivní a potřební vůdci, kteří udávají směr své rodině.
2. Efektivní vzájemná podpora – rodiče dávají a přijímají podporu jeden od druhého, čímž v sobě navzájem vytvářejí silný pocit sounáležitosti a důvěry.
3. Úspěšné sdílené vedení – rodiče budují úspěšné partnerství, ve kterém sdílejí zodpovědnost, odbornost a vedení.
4. Dlouhodobý osobní růst a změna – rodiče, děti a dospívající mění své postoje, učí se novým vzorcům chování a pracují na své síle, aby byli schopni vykonat dlouhodobé pozitivní změny ve svých životech (Parents Anonymous Inc., n.d.a).

Návrh výzkumného projektu

Literárně přehledová část bakalářské práce se věnovala zejména syndromu CAN a dále vybraným formám terapie, které lze v tomto případě použít. Z problematiky CAN vyplývá, že důsledkem pramenícím ze všech forem tohoto syndromu je snížené sebehodnocení dítěte. I proto se výzkum bude věnovat právě tomuto aspektu. V následující části bakalářské práce budeme postupovat pomocí struktury IMRaD (*Introduction, Methods, Results and Discussion*, neboli úvod, metody, výsledky a diskuze).

1. Úvod

Cílem navrženého výzkumného projektu je zmapovat rozdíl v účinnosti vybraných forem terapie na sebehodnocení dítěte, jakožto oběti domácího násilí. V literárně-přehledové části se věnujeme terapii hrou, terapii vyprávěním příběhů a terapii pískem. Právě tyto druhy terapie budou využity i ve výzkumném projektu.

2. Metody

2.1 Výzkumný design

Bude se jednat o kvaziexperiment, neboť nejsme schopni ovlivnit všechny proměnné. Design kvaziexperimentu bude intrasubjektový, protože nebude přítomna kontrolní skupina.

K měření sebehodnocení dítěte použijeme dotazník PAQ, jenž je součástí Rohnerovy baterie rodinné diagnostiky. Kromě dotazníku sebehodnocení dítěte PAQ, je součástí této baterie ještě soubor dotazníků PARQ, které slouží k hodnocení rodičovského chování dítětem a k sebehodnocení rodičovského chování rodičem samotným. Pro nás je ale v tomto výzkumu důležitý pouze dotazník PAQ.

Dotazník PAQ jsme zvolili, protože je to jeden z mála dotazníků sebehodnocení dítěte, který je standardizovaný na českou populaci. Kromě něj existuje ještě například Rosenbergova škála sebehodnocení, ta je ale určena pro menší věkový rozptyl, konkrétně pro děti od 14 do 15 let (Vágnerová, 2001).

Tento dotazník vznikl v roce 1971. Rohner (1975) ve svých četných kulturně antropologických studiích dokázal, že tuto metodu lze použít univerzálně a že kulturnímu prostředí může podléhat pouze styl sebereflexe.

Předpokladem tohoto dotazníku je fakt, že děti, které nebyly rodiči řádně přijaty, jsou hostilní a agresivní. Dále mohou být nezralé, nejisté a mohou trpět nízkou sebedůvěrou. Nízké je též již zmíněné sebehodnocení. Takové děti bývají citově nevyzrálé, labilní, někdy emočně ploché. Zaujímají pesimistický postoj k sobě i okolí, který se projevuje například nedůvěrou či strachem (Vágnerová & Matějček, 1992).

Z těchto předpokladů vyplývá 7 subškál (celkem 42 položek), ze kterých se dotazník skládá (Vágnerová & Matějček, 1992):

1. Hostilita a agresivita

- Hostilita je vnitřním prožitkem, agresivita pak jejím vnějším projevem. Chlapci jsou více agresivní a míra jejich agresivity navíc stoupá s věkem. Hostilita a agresivita někdy souvisí právě s negativním sebehodnocením. Skór v této oblasti bývá vyšší, pokud jsou i rodiče hostilní a agresivní.
- V dotazníku se nachází například tato položka: „Dovedu se tak navztekát, že něco vyhodím nebo rozbiju.“

2. Závislost

- Pod tímto pojmem si lze představit neustálý sklon spoléhat se na někoho jiného. Běžně by měla tato vlastnost s rostoucím věkem klesat (více u chlapců než u dívek). Závislost příliš nesouvisí s negativním sebehodnocením, ale spíš s celkovým infantilním vývojem osobnosti nebo s tělesným postižením. Může také jít o odpověď na určité styly chování rodičů (například na styl, který je velice autoritativní).
- V dotazníku se nachází například tato položka: „Jsem rád(a), když se mi někdo milý věnuje.“

3. Negativní sebeocenění

- Čím je dítě starší, tím více je sebekritické (to platí zejména u dívek). Děti, které se oceňují velmi nízkou, bývají neúspěšné a nejisté. Nízké sebeocenění bývá odrazem nízkého ocenění dítěte ze strany rodičů.
- V dotazníku se nachází například tato položka: „Myslím si, že jsem budižkničemu a že za nic nestojím.“

4. Negativní hodnocení vlastních schopností

- Uvažuje se o něm podobně jako o negativním sebeocenění (viz výše).
- V dotazníku se nachází například tato položka: „Mám pocit, že spoustu věcí, které se snažím dělat, nedokážu.“

5. Inhibice citových projevů

- Opět jde o odraz negativního sebehodnocení. Může se jednat o děti, které jsou sice citlivé, ale své emoce potlačují. Tyto děti bývají více emočně labilní a nejisté. Nebo existují děti, které žádné emoce ani samy nepocítí. To bývají často děti deprivované a v důsledku emoční plochosti se mohou chovat agresivně a bezohledně.
- V dotazníku se nachází například tato položka: „Dělá mi těžkosti projevit ostatním lidem, co cítím.“

6. Emoční labilita

- Její hodnota roste u chlapců i dívek s nástupem puberty. Může pramenit jak ze sociálních podmínek (například z rodinného systému), tak z vrozených dispozic. U emočně labilních dětí bývá přítomna vyšší míra úzkostnosti a kritičnosti, spíše předpokládají vlastní neúspěch a jejich frustrační tolerance bývá nižší. V rodinách citově labilních dětí se často vyskytují velké rozdíly mezi citovými projevy matky a otce.
- V dotazníku se nachází například tato položka: „Střídá se u mne veselá a smutná nálada.“

7. Pesimismus

- Pod tímto pojmem je zde myšlen celkový negativní pohled na svět a jakési pocity nebezpečí a ohrožení. Zatímco mladší děti bývají spíše optimistické, s přibývajícimi zkušenostmi a kritickým myšlením se zvyšuje míra pesimismu. Děti s vysokou hodnotou pesimismu zažívají ve větší míře neúspěch, mívají potíže se začleněním do skupiny a mívají horší sebehodnocení. Rodiče těchto dětí se často vyznačují nezájmem a hostilním nastavením vůči dítěti.
- V dotazníku se nachází například tato položka: „Život se mi zdá plný nebezpečí.“

Ve výzkumu bude použit design opakovaných měření, tedy pre-test a post-test, mezi nimiž se bude odehrávat intervence.

Nutností je samozřejmě informovaný souhlas zákonného zástupce dítěte, neméně důležitý je ale i souhlas dítěte. Je třeba mu dobře vysvětlit, co se bude dít, a dát mu možnost rozhodnout se.

Každé dítě bude pomocí dotazníku PAQ testováno ihned po příchodu k terapeutovi. Poté bude dle uvážení terapeuta použita nejlepší možná forma terapie. Po jejím absolvování bude dítě opět testováno stejným dotazníkem. Jako dobu vhodnou k podání druhého dotazníku jsme zvolili jeden rok od vstupu do terapie. Vzhledem k tomu, že klientem je dítě, u kterého dochází k poměrně rychlému vývoji, jedná se podle mého názoru o adekvátní načasování. Bude ale třeba stanovit minimální počet sezení, který je třeba absolvovat. Skvělé by bylo, kdyby dítě zvládlo docházet na terapii jednou za týden, obáváme se ale, že vzhledem k rodinnému prostředí, ze kterého dítě pochází, taková frekvence nebude možná (z mnoha různých důvodů). Proto pro nás budou optimální minimálně 2 sezení za měsíc.

Na základě rozhodnutí terapeuta o vhodné formě terapie budou děti rozděleny do tří skupin – ty, které podstupují terapii hrou, ty, které podstupují terapii vyprávěním příběhů, a ty, které podstupují terapii pískem.

Měření budou probíhat individuálně, přítomen bude pouze administrátor, který by sice neměl znát cíl našeho výzkumu, ale zároveň by měl být obeznámen s tím, že se před ním nachází dítě, které zažilo domácí násilí. Měl by tedy s dítětem jednat maximálně šetrně, eventuálně mu pomoci, kdyby mu něco nebylo zcela jasné.

Administrátor dítěti za pomoci textu v záhlaví dotazníku vysvětlí, co se bude dít. Je třeba zdůraznit, že zde neexistuje žádná správná odpověď a že zde čas není rozhodující. Obvykle test zabere 10 až 15 minut (Vágnerová & Matějček, 1992).

Vágnerová s Matějčkem (1992) dále uvádí, že po zadání úvodní instrukce si dítě přečte návod, který je k testu přiložený. V našem výzkumu je možné, že dítě vyrůstající v nepodnětném prostředí může lehce ve čtení zaostávat. I v tomto případě může zasáhnout administrátor a dítěti pomoci. Podle počátečních zkušebních otázek potom zjistíme, zda dítě zadání rozumí.

Dítěti bude přiděleno číslo, které zajistí anonymizovaný průběh výzkumu. Stejně číslo dostane i při druhém šetření, tím dojde ke spárování dotazníků.

2.2 Výzkumné hypotézy

Míry rozdílu v sebehodnocení před a po terapii budou srovnávány v rámci jednotlivých forem terapie. Mimo to nás také zajímá, jestli se míra znovunabytého sebehodnocení dětí, které jsou oběťmi domácího násilí, nějak liší od míry sebehodnocení dětí, které oběťmi nejsou a nikdy nebyly.

Stanovili jsme si tudíž tyto výzkumné otázky:

1. Jak se změní výsledek v dotazníku PAQ u dítěte po jednom roce terapie hrou (**skupina 1**)?
2. Jak se změní výsledek v dotazníku PAQ u dítěte po jednom roce terapie vyprávěním příběhů (**skupina 2**)?
3. Jak se změní výsledek v dotazníku PAQ u dítěte po jednom roce terapie pískem (**skupina 3**)?
4. Jak se změny výsledků v dotazníku PAQ u jednotlivých forem terapie mezi sebou liší?
5. Jak se výsledky druhého měření dotazníkem PAQ u všech tří skupin liší od normy, tedy od průměrného výsledku dětí, které nejsou oběťmi domácího násilí?

Z výzkumných otázek plynou tyto výzkumné hypotézy:

H₁: Skupina 1 získá při druhém měření dotazníkem PAQ signifikantně vyšší skóre než v měření prvním.

H₂: Skupina 2 získá při druhém měření dotazníkem PAQ signifikantně vyšší skóre než v měření prvním.

H₃: Skupina 3 získá při druhém měření dotazníkem PAQ signifikantně vyšší skóre než v měření prvním.

H₄: Změny skóre mezi prvním a druhým měřením se mezi skupinami 1, 2 a 3 signifikantně liší.

H₅: Výsledné skóre druhého měření u skupiny 1, 2 a 3 jsou nižší než populační normy.

2.3 Vzorek

Náš výzkumný vzorek bude limitován věkem od 10 do 15 let vzhledem k tomu, že na tuto věkovou skupinu byl standardizován dotazník PAQ.

Kvůli citlivosti problematiky domácího násilí není zcela jasné, kolik dětí jsme schopni otestovat. Je také možné, že nezískáme dostatečný počet informovaných souhlasů, zejména pakliže by ho měl poskytnout rodič, který byl zároveň pachatelem domácího násilí. Skvělé by bylo, kdyby se nám do každé skupiny podařilo získat alespoň 10 dětí. Je pravděpodobné, že

skupiny nebudou stejně velké, protože forma poskytované terapie záleží na uvážení konkrétního psychologa.

Přístup k dětem, které jsou oběťmi domácího násilí, by byl zajištěn jednak skrz specializované organizace (například Dětské krizové centrum nebo Centrum Locika), a jednak přes konkrétní dětské psychology, kteří se věnují této problematice.

Na psychologovi, kterému je svěřeno takové dítě do péče, je rovněž posoudit jeho intelektuální a kognitivní úroveň. Pokud je dítě například mentálně retardované, není pro něj tento typ výzkumu vhodný.

3. Výsledky

Prostým součtem položek v jednotlivých subškálách zjistíme hodnotu hrubého skóru. K manuálu Rohnerovy metody rodinné diagnostiky jsou přiloženy tabulky se stenovými normami. V těchto tabulkách najdeme odpovídající normu a přičítáme ji k našemu hrubému skóru. Na základě obou hodnot můžeme výsledek interpretovat (Vágnerová & Matějček, 1992).

V rámci inferenční statistiky nejprve použijeme dvouvýběrový t-test, abychom zjistili, jak se změnilo sebehodnocení dětí po absolvování terapie v jednotlivých skupinách, a navíc i ve skupině kontrolní. Poté rozdíl v experimentálních skupinách porovnáme pomocí ANOVA. Stanovili jsme 5% hladinu významnosti. Pro analýzu dat jsme zvolili počítačový program SPSS. Následně porovnáme výsledky druhého měření u všech tří skupin s normami uvedenými v manuálu Rohnerovy baterie rodinné diagnostiky.

4. Diskuze

V literárně přehledové části jsme popsali hlavní důsledky syndromu CAN, z nichž jsme pro výzkumnou část vyhodnotili jako nejpalcivější snížené sebehodnocení dítěte. Dále jsme popsali tři formy terapie u takto postižených dětí, tedy terapii hrou, terapii vyprávěním příběhů a terapii pískem. Ve výzkumném designu jsme se rozhodli děti, které vyhledají odbornou psychoterapeutickou péči, po příchodu k terapeutovi otestovat Dotazníkem sebehodnocení dítěte PAQ z Rohnerovy baterie rodinné diagnostiky. Po otestování bude následovat roční terapeutická léčba, a to jedna ze tří možných forem uvedených výše. Po jednom roce bude dítě opět otestováno dotazníkem PAQ. Poté bude vyhodnoceno, jaká z terapií se jeví jako nejúspěšnější ve vztahu k sebehodnocení dítěte. Dále budou výsledky porovnány s populační normou u dětí, které se nestaly oběťmi domácího násilí.

Ke zkoumání sebehodnocení u respondentů jsme zvolili škálu PAQ. Je jasné, že sebeuposuzování může být někdy nevěrohodným způsobem získávání dat. Na druhou stranu ale sebehodnocení není možné zjistit jinak než prostřednictvím sebereflexe každého dítěte.

Jedním z nedostatků tohoto výzkumu může být také to, že bychom nemuseli být schopni zajistit dostatečný počet respondentů. Jak jsme již uvedli výše, jedná se o velice citlivé téma, takže navázat spolupráci s oběťmi a zejména s jejich rodiči, může být velice obtížné. Informovaný souhlas od rodiče může být tedy opravdu těžké získat.

Od nedostatku respondentů se odvíjí i nepřítomnost kontrolní skupiny. Navíc se domníváme, že by bylo neetické některým dětem nedopřát patřičnou terapii, proto jsme se rozhodli výsledky v experimentálních skupinách porovnat pouze s populačními normami.

Dalším limitem tohoto výzkumu by mohlo být to, že záleží čistě na konkrétním terapeutovi, jakou formu terapie zvolí. Kvůli tomu bychom pak mohli mít nesterjné velké experimentální skupiny. Nicméně ale spatřujeme velkou výhodu v tom, že terapeut používá takovou formu terapie, ve které se vyzná a má s ní mnoho zkušeností. Kdyby použil druh terapie, se kterým není zvyklý pracovat, je možné, že by se terapie nesetkala s tak velkým úspěchem. Ideálem by samozřejmě bylo získat psychology, kteří jsou odborníci na všechny uvedené formy terapie. Druh terapie by potom zvolili přímo na míru osobnosti dítěte. Abychom tyto nežádoucí proměnné na straně výběru vzorku eliminovali, můžeme využít metodu párování, tedy porovnávat pak mezi sebou děti, které jsou například stejně staré, pochází z podobných sociálních podmínek a tak podobně.

Dalším hlediskem, které je nutné brát v potaz, jsou také multifaktoriální příčiny změny míry sebehodnocení. Ať už by šlo o pouhé zranění dítěte, ke kterému dochází nezávisle na jakémkoli terapeutickém zásahu, nebo například o to, zda je i rodič v nějaké formě nápravné péče. Domníváme se, že pokud se změní chování rodiče vůči dítěti, je možné, že se změní i prožívání dítěte, tudíž i jeho sebehodnocení.

Stejně tak může nárůst sebehodnocení souviset s osobností dítěte. Jak výše zmiňujeme, k realizaci výzkumu bude zapotřebí získat jednak souhlas rodiče a jednak souhlas samotného dítěte. Je možné, že děti, které souhlasí s absolvováním výzkumu, můžou být například více vyspělé nebo více motivované, tím pádem by mohly být v terapii více aktivní a dosáhnout lepších výsledků.

Může zde také působit Hawthornský efekt, to znamená, že klienty může ovlivňovat už samotný fakt, že je jim věnována pozornost. To u dětí, které jsou oběťmi domácího násilí, a tudíž nezažily plnou pozornost od rodičů, může platit dvojnásob.

Je třeba počítat s experimentální mortalitou. Sice se zde nejedná o příliš dlouhé časové rozmezí, ale i za jeden rok se může v klientově životě odehrát něco, co ho donutí z terapie odstoupit. Může jít například o změnu podmínek v rodině, změnu bydliště nebo nemoc dítěte.

S časovým rozpětím souvisí i efekt opakovaného měření. Nicméně se domníváme, že jeden rok je dostatečně dlouhá doba na to, aby respondent zapomněl otázky z prvního měření. V případě, že bychom měli šanci sehnat velký výzkumný soubor, by bylo možné tuto nevýhodu kompenzovat vytvořením Solomonova designu. Vytvořili bychom druhou experimentální (tedy opět 3 skupiny dle formy terapie) a kontrolní skupinu, přičemž by ani jedna z nich nedostala žádný pre-test.

V případě, že bychom chtěli tento návrh výzkumu jednoho dne realizovat, jistě bude nutné náš záměr konzultovat s etickou komisí. Je totiž otázkou, nakolik je etické využít terapeutického vztahu pro výzkumné účely. Dítě už se samo o sobě nachází ve velmi těžké životní situaci a samotná terapie pro něj představuje vysokou zátěž po všech stránkách. Tato zátěž by potom tímto výzkumem byla ještě umocněna. Sám souhlas dítěte by nemusel být zcela směrodatný, neboť je možné, že by na sobě mohlo dítě pociťovat určitý tlak, a souhlasilo by s účastí na výzkumu například jen z vděčnosti k terapeutovi.

Nicméně pokud by bylo v budoucnu možné tento nebo podobný typ výzkumu realizovat, výsledky by mohly přinést nové poznatky o účinnosti jednotlivých forem terapie u dětí, které jsou oběťmi domácího násilí. Na základě těchto poznatků by pak terapeuti mohli používat takovou formu terapie, která má potenciálně nejvyšší šanci na úspěch. Je ale samozřejmě jasné, že každé dítě je individuální, proto by bylo nadále velice podstatné, aby terapeut vybíral formu terapie podle zhodnocení celkové osobnosti dítěte a k výsledkům této studie přihlédl spíše pro zajímavost. Eventuálně by mohl prvky nejúčinnější terapie integrovat do svého vlastního postupu.

Závěr

Literárně přehledová část měla za cíl definovat dětské trauma, popsat, jak vzniká a jakým způsobem je diagnostikováno. V dalších krocích byly popsány některé dětské obranné strategie, důsledky vystavení traumatu v dětství a specifika dítěte jako svědka domácího násilí. Hlavním bodem literárně přehledové části byly některé formy syndromu CAN s jeho možnými příčinami, zjišťováním a důsledky. Jako jeden z nejvýznamnějších důsledků syndromu CAN se námjevilo snížené sebehodnocení dítěte. Proto jsme se rozhodli ho následně využít i v návrhu výzkumného designu. Dalším důležitým bodem literárně přehledové části byl popis obecných pravidel v poradenství a terapii takovýchto dětí a dále přiblížení tří různých forem terapie (terapie hrou, terapie vyprávěním příběhů a terapie pískem), z nichž jsme také čerpali v návrhu výzkumu. Nakonec byly zmíněny některé formy poradenství a terapie, které jsou více používány v zahraničí.

Návrh výzkumu byl postaven na použití škály sebehodnocení dítěte PAQ, a to nejprve po prvním příchodu k terapeutovi a následně po jednom roce, ve kterém probíhala jedna z forem terapie uvedených výše. V dalším kroku jsme navrhly porovnání výsledků jednotlivých forem mezi sebou navzájem, z čehož by bylo možné usuzovat, jaká terapie má ve vztahu k sebehodnocení dítěte největší účinnost. Nakonec jsme navrhli srovnání sebehodnocení dětí po skončení terapie s populačními normami dětí, které netrpí syndromem CAN.

Práce shrnuje poznatky z českých i zahraničních zdrojů zabývajících se problematikou takto ohrožených dětí. Pokud by náš návrh výzkumu obstál před etickou komisí, mohl by být přínosem pro dětské terapeuty, kteří pracují s touto klientelou, neboť o účinnosti různých terapeutických přístupů v dnešní době příliš zdrojů nenacházíme.

Seznam použité literatury

- Bowlby, J. (2010). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
- Brems, Ch. (2018). *Dětská psychoterapie a poradenství: komplexní průvodce*. Praha: TRITON.
- Cairns, K., & Fursland, E. (2007). *Trauma and Recovery: Training Programme*. London: British Association for Adoption and Fostering.
- Cattanach, A. (2008a). *Narrative Approaches in Play with Children*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Cattanach, A. (2008b). *Play Therapy with Abused Children*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Close, H. T. (1998). *Metaphor in Psychotherapy: Clinical Applications of Stories and Allegories*. San Luis Obispo: Impact Publishers.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2008). Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy for Children and Parents. *Child and Adolescent Mental Health*, 13(4), 158-162.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., & Van der Kolk, B. (2005). Complex Trauma. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- Čírtková, L. (2008). *Moderní psychologie pro právníky*. Praha: Grada.
- De Little, M. (2012). Transformation in the Sand Tray: Examples of the Satir Model in Sand Tray Therapy. *The Satir Journal: Satir Transformational Systemic Therapy*, 5(1), 49-64.
- Doyle, K., & Magor-Blatch, L. E. (2017). "Even Adults Need to Play": Sandplay Therapy With an Adult Survivor of Childhood Abuse. *International Journal of Play Therapy*, 26(1), 12-22.
- Dunovský, J. (1995a). Co je to syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte? In J. Dunovský, Z. Dytrych, Z. Matějček, a kol., *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě* (s. 15-24). Praha: Grada Publishing.
- Dunovský, J. (1995b). Zvláštní formy CAN. In J. Dunovský, Z. Dytrych, Z. Matějček, a kol., *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě* (s. 97-102). Praha: Grada Publishing.

Dydňanská, R. (2007). Transgenerační přenos. In V. Bechyňová, V. Bubleová, Z. Dušková, R. Dydňanská, Š. Gjuričová, M. Konvičková, D. Krejčířová, M. Preiss, L. Šulová, E. Vaníčková, & A. Vávrová, *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém* (s. 119-125). Praha: IREAS.

Dytrych, Z. (1995a). Duševní poruchy dospělých a dítě. In J. Dunovský, Z. Dytrych, Z. Matějček, a kol., *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě* (s. 113-134). Praha: Grada Publishing.

Dytrych, Z. (1995b). Rizikové životní situace a psychické strádání dítěte. In J. Dunovský, Z. Dytrych, Z. Matějček, a kol., *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě* (s. 141-162). Praha: Grada Publishing.

Engel, S. (1999). *The Stories Children Tell : Making Sense of the Narratives of Children*. New York: W.H.Freeman & Co.

Erikson, E. H. (2002). *Dětství a společnost*. Praha: Argo.

Finkelhor, D. (2008). *Childhood Victimization: Violence, Crime and Abuse in the Lives of Young People*. New York: Oxford University Press.

Ford, J. D. (2005). Treatment Implications of Altered Affect Regulation and Information Processing Following Child Maltreatment. *Psychiatric Annals*, 35(5), 410-419.

Gardner, R. A. (1971). *Therapeutic Communication With Children: The Mutual Storytelling Technique*. Lanham: Jason Aronson.

Gjuričová, Š. (2000). Sexuální trauma u dětí. In Š. Gjuričová, J. Kocourková, & J. Koutek, *Podoby násilí v rodině* (s. 67-73). Praha: Vyšehrad.

Greenwald, R. (2005). *Child Trauma Handbook: A Guide for Helping Trauma-Exposed Children and Adolescents*. New York: The Haworth Maltreatment and Trauma Press.

Grubbs, G. A. (1994). An Abused Child's Use of Sandplay in the Healing Process. *Clinical Social Work Journal*, 22(2), 193-209.

Hadj-Mousová, Z. (1995). Rodina a týrané dítě. In E. Vaníčková, Z. Hadj-Mousová, & H. Provazníková, *Násilí v rodině: Syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte* (s. 21-27). Praha: Karolinum.

Halfarová, H. (1995). Sexuálně zneužívané děti. In J. Dunovský, Z. Dytrych, Z. Matějček, a kol., *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě* (s. 71-86). Praha: Grada Publishing.

Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

Isdal, P., & Råkil, M. (2017). Nenapravitelní muži, nebo muži, kteří se mohou změnit? O terapii pro muže, kteří se dopouštějí násilí na ženách. In B. Jakobsen, & M. Råkil (ed.), *Násilí je možné zastavit: Terapie pro osoby, které se dopouštějí násilí v blízkých vztazích* (s. 90-112). Praha: Nadace Open Society Fund.

Jakobsen, B., & Råkil, M. (2017). Úvodem. In B. Jakobsen, & M. Råkil (ed.), *Násilí je možné zastavit: Terapie pro osoby, které se dopouštějí násilí v blízkých vztazích* (s. 7-9). Praha: Nadace Open Society Fund.

James, O. O. (1997). *Play Therapy: A Comprehensive Guide*. Lanham: Jason Aronson.

Johnson, E. J., & James, Ch. (2016). Effects of Child Abuse and Neglect on Adult Survivors. *Early Child Development and Care*, 186(11), 1836–1845. Staženo 1. 3. 2019. Dostupné z <https://www-tandfonline-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/pdf/10.1080/03004430.2015.1134522?needAccess=true>

Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., & Kenny, E. D. (2003). Child Witnesses to Domestic Violence: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 339-352.

Krejčířová, D. (2001). Sociální vztahy, adaptace, deprivace. In M. Svoboda (ed.), *Psychodiagnostika dětí a dospívajících* (s. 694-721). Praha: Portál.

Krejčířová, D. (2007). Týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. In V. Bechyňová, V. Bubleová, Z. Dušková, R. Dydňanská, Š. Gjuríčová, M. Konvičková, D. Krejčířová, M. Preiss, L. Šulová, E. Vaníčková, & A. Vávrová, *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém* (s. 9-61). Praha: IREAS.

Kubešková, V. (2017). Programy pro pachatele násilí v blízkých vztazích. In O. Matoušek (ed.), *Dítě traumatizované v blízkých vztazích: Manuál pro profesionály a rodiny* (s. 185-196). Praha: Portál.

Landreth, G. L. (2002). *Play Therapy: The Art of the Relationship*. New York: Brunner-Routledge.

- Langmeier, J., Balcar, K., & Špitz, J. (2000). *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál.
- Lieberman, A. F., & Knorr, K. (2007). The Impact of Trauma: A Development Framework for Infancy and Early Childhood. *Psychiatric Annals*, 37(6), 416-422.
- Lowell, A., & Renk, K. (2017). Predictors of Child Maltreatment Potential in a National Sample of Mothers of Young Children. *Journal of Agression, Maltreatment & Trauma*, 26(4), 335-353.
- Mach, J. (2011). Znásilnění a pohlavní zneužití dítěte: hlásit, či nehlásit? *Tempus medicorum*, 20(6), s. 48.
- Matějček, Z. (1995). Děti v ohrožení. In J. Dunovský, Z. Dytrych, Z. Matějček, a kol., *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě* (s. 135-140). Praha: Grada Publishing.
- Matoušek, O. (2017a). Hlavní pojmy a kontexty. In O. Matoušek (ed.), *Dítě traumatizované v blízkých vztazích: Manuál pro profesionály a rodiny* (s. 13-20). Praha: Portál.
- Matoušek, O. (2017b). Obranné a vyrovnávací strategie. In O. Matoušek (ed.), *Dítě traumatizované v blízkých vztazích: Manuál pro profesionály a rodiny* (s. 59-68). Praha: Portál.
- Němcová, L. (2017). Diagnostika traumatu u dětí. In O. Matoušek (ed.), *Dítě traumatizované v blízkých vztazích: Manuál pro profesionály a rodiny* (s. 69-78). Praha: Portál.
- Němcová, L., & Matoušek, O. (2017). Obecné zásady podpory a terapie. In O. Matoušek (ed.), *Dítě traumatizované v blízkých vztazích: Manuál pro profesionály a rodiny* (s. 95-104). Praha: Portál.
- Øverlien, C. (2010). Children Exposed to Domestic Violence: Conclusions from the Literature and Challenges Ahead. *Journal of Social Work*, 10(1), 80-97.
- Parents Anonymous Inc. (n.d.a). Guiding Principles. Staženo 15. 3. 2019. Dostupné z <http://parentsanonymous.org/about-us/guiding-principles/>
- Parents Anonymous Inc. (n.d.b). Vision, Mission & History. Staženo 15. 3. 2019. Dostupné z <http://parentsanonymous.org/about-us/mission-history/>
- Pavlíková, I. (n.d.). Právní minimum pro zdravotníky. Staženo 20. 3. 2019. Dostupné z <http://stopnasili.cz/wp-content/uploads/2016/03/10-Pr%C3%A1vn%C3%AD-minimum-pro-zdravotn%C3%ADky.pdf>

Pearson, M., & Wilson, H. (2001). *Sandplay & Symbol Work: Emotional Healing & Personal Development with Children, Adolescents, and Adults*. Camberwell, Melbourne: Australian Council for Education Research.

Pemová, T., & Ptáček, R. (2016). *Zanedbávání dětí: příčiny, důsledky a možnosti hodnocení*. Praha: Grada Publishing.

Polinsky, M. L., Pion-Berlin, L., Williams, S., Long, T., & Wolf, A. M. (2010). Preventing Child Abuse and Neglect: A National Evaluation of Parents Anonymous Groups. *Child Welfare, 89*(6), 43-62.

Pollio, E., McLean, M., Behl, L. E., & Deblinger, E. (2014). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. In R. M. Reece, R. F. Hanson, & J. Sargent (ed.), *Treatment of Child Abuse: Common Ground for Mental Health, Medical, and Legal Practitioners* (s. 31-38). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Pollak, S. D., Cicchetti, D., Hornung, K., & Reed, A. (2000). Recognizing Emotion in Faces: Developmental Effects of Child Abuse and Neglect. *Developmental Psychology, 36*(5), 679-688.

Pöthe, P. (1999). *Dítě v ohrožení*. Praha: G plus G.

Pöthe, P. (2013). *Emoční poruchy v dětství a dospívání*. Praha: Grada Publishing.

Procházková, J., & Spilková, J. (1995). Psychické týrání. In J. Dunovský, Z. Dytrych, Z. Matějček, a kol., *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě* (s. 65-70). Praha: Grada Publishing.

Provazníková, H. (1995). Syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte. In E. Vaníčková, Z. Hadj-Mousová, & H. Provazníková, *Násilí v rodině: Syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte* (s. 33-37). Praha: Karolinum.

Rohner, R. P. (1975). *They Love Me, They Love Me Not: A Worldwide Study of the Effects of Parental Acceptance and Rejection*. New Haven: HRAF Press.

Říčan, P., & Krejčířová, D. (2005). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.

Saakvitne, K. V., Gamble, S., Pearlman, L. A., & Lev, B. T. (2000). *Risking Connection: A Training Curriculum for Working With Survivors of Childhood Abuse*. Baltimore: Sidran Press.

Spilková, J. (1999). Krizová intervence. In E. Vaníčková, K. Provozník, Z. Hadj-Mousová, & J. Spilková, *Sexuální násilí na dětech: výskyt, podoby, diagnostika, terapie, prevence* (s. 51-58). Praha: Portál.

Šalátová, J. (2017). Metody zjišťování kvality vazby dětí na primárního pečovatele. In O. Matoušek (ed.), *Dítě traumatizované v blízkých vztazích: Manuál pro profesionály a rodiny* (s. 197-207). Praha: Portál.

Vaníčková, E. (1995). Tělesné násilí. In E. Vaníčková, Z. Hadj-Mousová, & H. Provozníková, *Násilí v rodině: Syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte* (s. 40-44). Praha: Karolinum.

Vaníčková, E. (1999a). Formy sexuálního zneužívání. In E. Vaníčková, K. Provozník, Z. Hadj-Mousová, & J. Spilková, *Sexuální násilí na dětech: výskyt, podoby, diagnostika, terapie, prevence* (s. 39-44). Praha: Portál.

Vaníčková, E. (1999b). Oběť sexuální agrese. In E. Vaníčková, K. Provozník, Z. Hadj-Mousová, & J. Spilková, *Sexuální násilí na dětech: výskyt, podoby, diagnostika, terapie, prevence* (s. 19-28). Praha: Portál.

Vaníčková, E. (2004). *Tělesné tresty dětí: Definice – popis – následky*. Praha: Grada Publishing.

Vágnerová, M. (2001). Posuzovací škály. In M. Svoboda (ed.), *Psychodiagnostika dětí a dospívajících* (s. 372-397). Praha: Portál.

Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

Vágnerová, M., & Matějček, Z. (1992). *Rohnerova metoda rodinné diagnostiky*. Ostrava: Microdata.

Vizinová, D., & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie*. Praha: Portál.

Whitney-Peterson, L., & Hardin, M. E. (2002). *Děti v tísní: příručka pro screening dětských kreseb*. Praha: TRITON.

Widom, C. S., Czaja, S. J., & Dutton, M. A. (2008). Childhood Victimization and Lifetime Revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 785-796.

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. (1999). In *Sbírka zákonů* (s. 7662-7681). Dostupné ze stránek Ministerstva vnitra ČR: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu>.

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. (2009). In *Sbírka zákonů* (s. 353-464). Dostupné ze stránek Ministerstva vnitra ČR: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu>.

Seznam zkratek

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ANOVA	Analysis of Variance
APA	American Psychological Association
BISK	Bindungsinterview für die späte Kindheit
CAN	Child Abuse and Neglect
ed.	editor
PARQ	Parental Acceptance-Rejection Questionnaire
PAQ	Personality Assessment Questionnaire
ROR	Rorschachův test
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
WISC III	WechslerIntelligence Scale for Children – III.