

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Adam Pšák

**Deprese a posttraumatická stresová porucha jako
důsledek domácího násilí**

**Depression and posttraumatic stress disorder as a
consequence of the domestic violence**

Praha, 2018

Vedoucí práce: PhDr. David Čáp, Ph.D.

Poděkování

Chtěl bych touto cestou poděkovat vedoucímu mé práce panu doktorovi Davidu Čápovi za velmi vstřícný, milý a ochotný přístup při vedení mé bakalářské práce.

Dále bych rád poděkoval centru pro osoby ohrožené domácím násilím Acorus, z. ú. za možnost načerpat cenné zkušenosti v dané problematice.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval 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 5. 2. 2018

.....

Adam Pšák

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá současným fenoménem domácího násilí. V první části seznamuje čtenáře s jeho specifiky, charakteristickým průběhem a vlastními formami, tedy způsoby, kterými se násilí v partnerském vztahu může projevovat. Práce poukazuje na různorodost domácího násilí ve svých projevech, seznamuje čtenáře s takzvaným „cyklem domácího násilí“, díky kterému je samotné domácí násilí velmi dobře definovatelné. Jedním z cílů práce je vymezit pojmy „posttraumatická stresová porucha“ a „deprese“ právě v kontextu domácího násilí, ale i poukázat na vlastní projevy a symptomy těchto poruch. Posledním úkolem literárně přehledové části je nabídnout vybrané možnosti terapeutické práce s oběťmi domácího násilí v podobě krátké intervence, kapitola seznamuje čtenáře s vybranými přístupy, které se v práci s oběťmi domácího násilí mohou využívat a na základě výzkumů jsou považovány za efektivní. V druhé části práce je navržen výzkum, který porovnává oběti domácího násilí a oběti párového násilí. Jeho cílem je pokus o nalezení potenciálních hrozeb v podobě posttraumatické stresové poruchy a deprese právě u obětí domácího násilí a osob, které ukončili konfliktní vztah.

Klíčová slova

Domácí násilí, posttraumatická stresová porucha, deprese

Abstract

Bachelor work is focused on the current phenomenon of the domestic violence. It informs the reader on its specifics and characteristic development with its forms, be it any kind of violence that is being used in the intimate relationship. The work introduces the variety in which the domestic violence can occur. It introduces the „cycle of domestic violence“, that can be a good marker whether we are dealing with domestic violence or intimate partner violence. Next task of this work is to define the concept of posttraumatic stress disorder and depression in the context of domestic violence, but to point out the symptoms of either of the two disorders. Last goal of the first part of this bachelor work is to offer selected interventions, with mainly focusing on short intervention, to introduce them, present the aims of these interventions and compare their positives and negatives. The second part of this bachelor work offers a potential research that would focus on comparing the victims of domestic violence and partners that live in the conflict relationships. The aim of the research is to attempt to find potential threats in the form of posttraumatic stress disorder and depression in the case of victims of domestic violence and those who have ended a conflict relationship.

Keywords

Domestic violence, posttraumatic stress disorder, depression

Obsah

Úvod.....	8
Literárně přehledová část	10
1. Domácí násilí.....	10
1.1 Specifika domácího násilí.....	11
1.2 Znaky domácího násilí.....	12
1.3 Formy domácího násilí	12
1.3.1 Fyzické násilí.....	13
1.3.2 Psychické násilí	13
1.3.3 Emocionální násilí.....	14
1.3.4 Ekonomické násilí	14
1.3.5 Sociální násilí	15
1.3.6 Sexuální násilí	15
1.4 Cyklus domácího násilí	15
1.5 Příčiny vzniku domácího násilí	16
2. Klinické důsledky domácího násilí	17
2.1 Syndrom týrané ženy	17
2.1.1 Rozvoj syndromu týrané ženy.....	18
2.2 Posttraumatická stresová porucha	19
2.2.1 Rozvoj posttraumatické stresové poruchy.....	19
2.2.2 Trauma	20
2.2.3 Faktory ovlivňující rozvoj posttraumatické stresové poruchy	20
2.3 Deprese jako důsledek domácího násilí.....	21
2.3.1 Deprese.....	22
2.3.2 Depresivní symptomy	23
3. Možnosti intervence	23
3.1 Kognitivní trauma terapie.....	25

3.2	Kognitivní terapie (HOPE).....	25
3.3	Interpersonální intervence	26
	Návrh výzkumného projektu.....	27
1.	Úvod.....	28
2.	Metody návrhu výzkumu	29
3.	Zpracování dat.....	32
4.	Diskuse.....	33
	Závěr.....	36
	Seznam použité literatury.....	38

Úvod

Bakalářskou práci na téma „Deprese a posttraumatická stresová porucha jako důsledek domácího násilí“ jsem si vybral především z důvodu rozšíření a prohloubení teoretických znalostí v problematice klinické psychologie, psychopatologie, ale i sociální práce a domácího násilí. Vzhledem k mé několikaměsíční pracovní zkušenosti v centru pro osoby ohrožené domácím násilím Acorus, z. ú. jsem se s problematikou setkal a dostal cenný vhled do života osob, které jsou nebo byly ohroženy domácím násilím.

Domácí násilí bylo po dlouhou dobu tabu, tématem, o němž se nemluvilo. Tématem, které ve veřejném společenském životě „neexistovalo“. Nicméně je faktem, že domácí násilí bylo za zavřenými dveřmi bezpočtu domácností přítomné odjakživa. S rychle se rozšiřující dostupností informací se do povědomí široké veřejnosti pomalu začalo dostávat i téma domácího násilí. Fenomén, který je nejen velmi závažný, ale i značně rozsáhlý napříč všemi kontinenty, společenskými vrstvami a rozhodně se netýká jen žen, ale i mužů, dětí a celého rodinného systému. Cílem bakalářské práce „Deprese a posttraumatická stresová porucha jako důsledek domácího násilí“ je seznámit čtenáře s fenoménem domácího násilí v kontextu jeho psychologických dopadů na oběť v podobě posttraumatické stresové poruchy nebo deprese.

Tato bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. První část – literárně přehledová – se dělí do tří kapitol. První kapitola pojednává o fenoménu domácího násilí v dnešní době, vymezuje ho jako pojem a seznamuje se základní představou domácího násilí – jeho strukturou, charakteristickými znaky a formami. Dále předpokládá teorii takzvaného „cyklu domácího násilí“ a nabízí základní teorii příčin vzniku domácího násilí. Druhá kapitola se zabývá klinickými důsledky na oběti domácího násilí. Problematiku otevírá vymezení pojmu „syndrom týrané ženy“, který bývá svými symptomy využíván k pochopení důsledků domácího násilí. Dále kapitola seznamuje s pojmem posttraumatické stresové poruchy, s jejími primárními symptomy a dalšími faktory, které mohou zvýšit riziko výskytu této poruchy. Závěrem tato kapitola otevírá téma depresí a nabízí čtenáři základní rámec depresí v kontextu domácího násilí a prevalence. Nechybí ani vymezení pojmu deprese a základních symptomů, na základě kterých se dá deprese diagnostikovat, a dalších symptomů, jež se mohou dále u této poruchy projevit.

Třetí a poslední kapitola nabízí čtenářům vybrané možnosti intervence u obětí, které na základně rozsáhlé meta-analýzy poukazují na pozitivní dopady u obětí, a které staví na poznacích funkčnosti a praktičnosti krátkodobých terapeutických přístupů, osvědčující se na základě výzkumů jako efektivní a relativně spolehlivé.

Druhá část práce se zabývá návrhem výzkumného projektu. Práce předpokládá, že navrhujeme reálný výzkum, nicméně finanční stránka v hypotetickém návrhu výzkumného projektu není brána v potaz. Cílem této části je navrhnout potenciální výzkum, který by měl za cíl srovnat dvě skupiny osob, a sice osoby, které prožily domácí násilí, a osoby, které prošly konfliktním vztahem a zažily párové násilí. Zajímají nás rozdíly v důsledcích a dopadech na osoby z těchto dvou skupin v podobě depresí a posttraumatické stresové poruchy. Hypotetickým cílem je zjistit, zdali se tyto osoby v pravděpodobnosti rozvoje psychických obtíží nějak liší.

Práce využívá jak tuzemských, tak zahraničních zdrojů. Snaží se čerpat primárně z takových zdrojů, které byly uveřejněny po přelomu nového tisíciletí. K literárně přehledové části byly využity jak monografie, tak vědecké články. V celé práci jsou zdroje citovány podle citačních norem APA.

Literárně přehledová část

1. Domácí násilí

S fenoménem domácího násilí se v dnešní době setkáváme čím dál více i přesto, že je to téma, které je stále částečně stigmatizované a může být přehlíženo. Informovanost a osvěta jdou však v tomto případě kupředu. Existuje celá řada organizací, které se danou problematikou zabývají a snaží se předložit jasnou a ucelenou informaci popisující co nejpřesnější obraz domácího násilí ve všech jeho aspektech a charakteristikách, na druhou stranu se stále můžeme setkávat se spíše chudší představou o tom, co vlastně je domácí násilí a jaké jsou rozdíly a odlišnosti mezi domácím násilím jako takovým a konfliktním vztahem.

Přestože fenomén domácího násilí se týká spíše žen, není pravdou, že jde čistě o problematiku jednostrannou, tedy že pouze muži páchají domácí násilí na ženách (Hanganu, Crauciuc, Petre-Ciudin, Velnic, Manoilescu & Ioan, 2017) a sami ohroženi nejsou. Domácí násilí navíc může probíhat v jakémkoliv příbuzenském vztahu, nejen mezi mužem, ženou nebo dítětem v nukleární rodině, ale i v rodině široké. Schneider (2009) uvádí následující statistiku genderového rozložení domácího násilí:

Typ násilí	Muži	Ženy
Obecné párové násilí	56%	44%
Domácí násilí – intimní (partnerský) terorismus	97%	3%
„Vzpouora“ / Fyzický útok vůči násilnému partnerovi	4%	96%
Vzájemná/ střídavá kontrola násilím (ojedinělá, vzácná forma DN)	50%	50%

Mýtus, že „domácí násilí je výhradně doménou mužů“, můžeme spolehlivě vyvrátit. Je zřejmé, že v malé formě domácí násilí na mužích probíhá. Existuje téměř symetrické genderové rozložení v obecném párovém násilí – tedy v konfliktních vztazích. V otázce domácího násilí převažuje silná asymetrie, ale probíhá oboustranně.

Carbone-López, Kruttschnitt a Macmillan (2006) ve svém výzkumu potvrzují, že muži zažívají domácí násilí v drtivé menšině na rozdíl od žen, které se stávají oběťmi podstatně častěji. Na druhou stranu poukazují na fakt, že vzorec, kterým domácí násilí probíhá, bývá s drobnými nuancemi relativně podobný ve smyslu kombinování forem násilí, tedy oběti málokdy bývají pouze fyzicky napadány. Ve většině případů je domácí násilí

multidimenzionální a je složeno z více forem. Autoři poukazují na některé rozdíly ve způsobech, ke kterým přistupují muži a ženy při používání domácího násilí. Zatímco ženy se v případě fyzického násilí uchylují spíše ke: kopání, házení předmětů nebo použití předmětu jako zbraně, pokud je agresorem muž, obrací se spíše k projevům fyzického násilí jako je: škrcení, uhození, bití, případně k sexuálnímu násilí. Přestože způsob, jakým je násilí na oběti páčáno, se lehce liší, důsledky v podobě strachu, studu, pocitu izolace a ztráty sebedůvěry jsou jak u mužských, tak u ženských obětí stejné (Du-Plat, 2006).

Další zajímavé dopady uvádějí Powell a Smith (2011). Osoby, které se staly obětí domácího násilí, mají o osmdesát procent vyšší pravděpodobnost, že prodělají infarkt, o sedmdesát procent vyšší pravděpodobnost, že budou postiženi onemocněním srdce, o sedmdesát procent vyšší pravděpodobnost výskytu astmatu a o šedesát procent vyšší pravděpodobnost, že se uchýlí k nadměrnému pití alkoholu oproti ženám, které domácí násilí nezažily. Jak už bylo uvedeno, o domácím násilí na mužích se mluví spíše méně, pokud vůbec, ale dopady na mužské oběti domácího násilí mají podobný charakter (Randle & Graham, 2011).

I přesto, že se snažíme vyhnout stereotypům, které jsou vázány k domácímu násilí, Hester a Westmarland (2006) na základě analýzy 692 profilů pachatelů domácího násilí uvedli mimo jiné následující: pachatelé byli v rozmezí věku osmnácti až osmdesáti let, kdy průměr pachatele byl třicet čtyři let. Devět z deseti pachatelů byli muži. V jeden a sedmdesáti procentech případů byl pachatel vrstevníkem nebo starší než oběť. Ze všech profilovaných pět a devadesát procent pachatelů byli běloši. Agresori se dopouštěli domácího násilí opakovaně a v průběhu času, nedocházelo k ojedinělým aktům násilí.

1.1 Specifika domácího násilí

Na rozdíl od konfliktního vztahu má domácí násilí naprosto jasně definovaná kritéria, která oběť „musí splňovat“. Základním předpokladem a specifikem domácího násilí je kritérium moci. V porovnání s konfliktním vztahem nemá oběť domácího násilí žádnou moc ve smyslu rovnocennosti. Násilník, nebo chceme-li agresor, disponuje naprosto jasnou převahou nad obětí (Bednářová, Macková, Wündschová & Bláhová, 2009), což je samozřejmě i „žádoucí“ cíl ze strany agresora. Konfliktní vztah (násilné chování), tedy soužití dvou osob v partnerském vztahu, není tak jasně ohraničeno, respektive konfliktní vztah je takový, kdy mezi dvěma osobami v partnerském vztahu probíhá konflikt, ale na rozdíl od domácího násilí probíhá jednostranně a chybí mocenská převaha. Chceme-li definovat naprosto jasně probíhající násilí, oběť splňuje následující kritéria (Čírtková, Ptáček & Žukov, 2010).

V partnerském vztahu se objevuje některá ze specifických forem agrese (viz níže). Mezi partnery jsou jasně vymezené role – agresor a oběť. Agresivní projevy se opakují v cyklu domácího násilí. Projevy násilí mohou narůstat buďto v intenzitě, frekvenci nebo v obou případech (Čírtková, Ptáček & Žukov, 2010).

1.2 Znaky domácího násilí

Bednářová et al. (2009) uvádí, že domácí násilí má mimo svá konkrétní specifika také specifické znaky, na základě kterých lze rozpoznat, že osoba žijící v patologickém vztahu je skutečně obětí domácího násilí, nikoliv osobou, která žije v konfliktním vztahu, kde probíhá párové násilí. Prvním znakem je, že existuje vztah mezi agresorem a obětí. Jde o vztah blízký, kdy násilí probíhá výhradně mezi partnery – kdy je sdílena společná domácnost. Domácí násilí tedy může probíhat „nerušeně“ za zavřenými dveřmi tak, aby oběť měla co nejtěžší možnost útěku ze vztahu nebo k vyhledání další pomoci. Druhým znakem, který je specifický pro domácí násilí, je vzájemná propojenost mezi partnery. Vzhledem k tomu, že partneři sdílejí jednu domácnost, sdílejí také majetek, případně mohou mít děti. Tím se pole násilí rozšiřuje dále a mnohdy se právě děti, případně společný majetek, mohou stát důvodem „proč zůstat“. V momentě, kdy oběť uvažuje o odchodu, avšak nemá jistotu stabilního zázemí, je pochopitelně mnohem těžší se ze vztahu vymanit, čehož si může agresor být velmi dobře vědom a rozšiřuje tím svůj vliv na oběť. Třetím znakem je délka trvání násilí. Domácí násilí probíhá dlouhodobě. V momentě, kdy jeden z partnerů jednou zaútočí, nemluvíme ještě o domácím násilí. Čtvrtým znakem je vzrůstající intenzita násilných projevů nebo jejich frekvence, popř. obojí. Pátým znakem je nerovné postavení mezi partnery, kdy vztah je naprosto nevyvážený a veškerá moc je na straně agresora. Šestým a posledním znakem je skrytost přítomnosti násilí. Bylo uvedeno, že agresor využívá soukromí k napadání oběti, což stěžuje možnost násilí odhalit a zakročit proti němu. Oběť často o páchaném násilí nechce mluvit, sama ho popírá nebo skrývá ať už ze strachu z reakce okolí, studu nebo bezradnosti v dalším počínání v případě odchodu od agresora.

1.3 Formy domácího násilí

Domácí násilí má své specifické formy, se kterými jsou spojeny jejich charakteristické projevy. Zlámal a Dufková (2005) kategorizují problematiku do šesti základních forem: fyzické násilí, psychické násilí, emocionální násilí, sociální násilí, sexuální násilí a ekonomické násilí.

1.3.1 Fyzické násilí

Agresor působí oběti fyzickou újmu v podobě brutálních útoků: mlácení, bití, kopání, škrcení, tahání za vlasy nebo jejich vytrhávání a řadu dalších – fyzické násilí obvykle zanechává stopy, což se oběť mnohdy snaží maskovat, nebo lže o jejich příčině. V extrémním případě může fyzické domácí násilí skončit usmrcením oběti. Powell a Smith (2011) dodávají, že existuje mýtus, že domácí násilí musí mít nutně přítomný aspekt fyzického násilí, nicméně samotné fyzické projevy agrese na oběti se u domácího násilí nemusí vůbec vyskytnout. Na projevy fyzického násilí se ve velké většině případů kouká primárně pro svou transparentnost a snadnou ověřitelnost. V momentě, kdy je oběť napadena fyzickým útokem, kdy je agrese naprosto jednoznačně mířena proti oběti, mohou odborníci s velkou přesností potvrdit, že šlo právě o fyzické násilí. Zároveň bývá fyzické násilí jako takové s pojmem domácího násilí spojováno nejčastěji právě pro svou dobrou „viditelnost“. Obecně je fyzické násilí druhými lidmi odsuzováno mnohem více než například násilí psychické díky své subtilní povaze a velmi lehké skrytosti (Pikálková, Podaná & Buriánek, 2015).

Samotné fyzické násilí má své charakteristické projevy, které se při incidentu objevují. Nejčastějším projevem fyzického násilí je právě: facka, strkání, sevření, kroucení rukou nebo tahání za vlasy. Až třetina žen, které byly oběťmi domácího násilí, se setkala s tím, že po nich násilný partner házel předměty nebo použil předmět k napadení. Smutným faktem je, že relativně velké procento (dvanáct procent napadených žen) se setkala s velmi tvrdými projevy fyzického násilí ve formě kopání nebo kousání a osm procent napadených reportovalo škrcení (Pikálková, Podaná & Buriánek, 2015).

1.3.2 Psychické násilí

Psychické násilí má v problematice domácího násilí velmi zvláštní postavení. Fyzické nebo například sexuální násilí bývá sledováno nejčastěji, ale někteří autoři se shodují, že důsledky spojené s psychickým násilím mohou mít mnohem hlubší dopady než „jen“ zlomená ruka. Rozhodně nelze bagatelizovat žádnou jinou formu násilí v porovnání s psychickým, nicméně je třeba vnímat, kam až mohou důsledky psychického násilí dosahovat. Samotné psychické násilí někdy bývá vnímáno jako prvotní impulz, který označuje rozvoj patologického vztahu a může potenciálně poukazovat na špatné směřování vztahu, jež by mohlo vést k dalším formám násilí (Williams, Richardson, Hammock & Janit, 2012).

Samotné psychické týrání se může projevovat ve velmi rozmanitých podobách a může mít mnoho tváří. Pence a Paymar (1993) poukazují na osm základních forem psychického násilí

v partnerském vztahu: zastrašování, emocionální týraní, izolace, zlehčování týraní a obviňování oběti, využívání dětí, ekonomická kontrola, výhrůžky a donucování. Pokud je obětí domácího násilí žena, objevuje se ještě využívání mužské „nadřazenosti“ jakožto forma nátlaku a psychického týraní.

Pikálková, Podaná a Buriánek (2015) popisují, že mimo další je hlavním z motivů psychického nátlaku získat kontrolu a moc nad obětí. Autoři rozdělují projevy psychického týraní do čtyř základních kategorií: první z nich je kontrola. Nejčastějším projevem násilných partnerů z kategorie „kontrola“ bylo rozčilování, když se jejich partnerka bavila s jiným mužem. Druhou kategorií projevů psychického týraní je ponižování. V takovém případě se nejčastěji ze strany agresora objevuje chování, které oběť shazuje před ostatními lidmi, nebo nevhodné sexuální narážky a připomínky. Třetí kategorií je zastrašování, z něhož nejčastější projevy agresora míří na veřejné poškození, tedy zveřejnění něčeho „citlivého“, případně zastrašování falešnými obviněními. Poslední kategorií je ekonomické násilí (v některé literatuře ho můžeme najít stojící i samo o sobě jako jedna z forem, viz výše). Tato forma je typická především pro extrémní kontrolu nakládání s penězi.

1.3.3 Emocionální násilí

Emocionální násilí je součástí psychického násilí, nicméně dá se definovat i samostatně. Agresor směřuje násilí vůči osobám, zvířatům nebo objektům, ke kterým má oběť prokazatelně blízké citové pouto. Mohou zde být do domácího násilí zapojeny i děti, skrze které agresor manipuluje s obětí například tím, že vyhrožuje jejich společným odchodem od oběti, nebo je poštvává vůči oběti. V extrémních případech agresor může fyzicky nebo jinak týrat například zvíře, ovšem tato forma se může projevovat i ničením majetku, ke kterému má oběť vztah, ať už je to třeba osobní dárek od rodičů nebo blízkých oběti (Dufková & Zlámal, 2015).

1.3.4 Ekonomické násilí

Další z forem psychického násilí je taková, kdy agresor vytváří závislost oběti v podobě odříznutí od veškerých finančních prostředků – např. zákaz docházení do zaměstnání. Oběť musí tedy prosit agresora o peníze. Agresor také často odebírá oběti její veškerý příjem a o jakýkoliv finanční výdaj musí oběť nejprve prosit nebo žebrot na agresorovi alespoň o nějaké finanční zdroje. Rozmáhá se také forma násilí záměrného uzavírání vysokých půjček ze strany agresora. Agresor se poté ztratí a tyto dluhy jsou vymáhány po oběti partnera, bohužel často

velmi nevybíravou cestou ze strany společností, kde agresor půjčku získal i přesto, že oběť nemusí o půjčce vědět (Dufková & Zlámal, 2015).

1.3.5 Sociální násilí

Stejně jako emocionální a ekonomické násilí by se sociální násilí dalo řadit pod psychické násilí. Agresor se snaží oběť naprosto izolovat od jakékoliv sociální skupiny, může oběti zakazovat vycházet z domova, zakazovat stýkání se s přáteli a známými, čímž v oběti vyvolává dlouhodobou frustraci z pocitu izolace od sociálního prostředí, přetrhává veškeré sociální vazby, které oběť má (Dufková & Zlámal, 2015).

1.3.6 Sexuální násilí

Agresor nutí oběť k sexu a k sexuálním praktikám, se kterými oběť nesouhlasí, a přistupuje k oběti jako k sexuálnímu objektu. Může se také projevat nuceným sledování pornografie. Sexuální násilí je obvykle doprovázeno fyzickým násilím. Sexuální násilí, přestože je fyzické povahy, je na rozdíl od fyzického násilí nebezpečné ve své skrytosti. Pokud sexuální násilí není doprovázeno fyzickým násilím, pak právě projevy, o kterých jsme se zmínili výše, nejsou tak dobře odhalitelné (Pikálová, Podaná & Buriánek, 2015). Sexuální témata jsou navíc citlivá a není to něco, s čím by se oběti i v kontextu vlastního velmi nízkého sebepojetí a nízkého sebevědomí svěřovaly jen tak někomu. V tuto chvíli připadají v úvahu jenom opravdu velmi blízcí, osoby, se kterými má oběť navázán hluboký přátelský vztah. Bohužel domácí násilí může být spojeno i s výše zmíněnou izolací, a když oběť přijde o možnost nějakým způsobem nahlížet mimo svůj vztah optikou svých známých, pravděpodobnost rychlého ukončení patologického vztahu se podstatně snižuje.

1.4 Cyklus domácího násilí

Domácí násilí má svůj charakteristický průběh (Ševčík & Špaténková, 2011), který stěžuje oběti se z tohoto typu partnerského vztahu vymanit. Cyklus probíhá ve čtyřech fázích, které na sebe navazují. V první fázi je přítomné zvyšování napětí mezi agresorem a obětí. Roste strach a nejistota, selhává komunikace, což v důsledku vede ke druhé fázi, kdy dojde k samotnému aktu násilí, který může mít některou z podob výše uvedených forem násilí, případně v kombinované formě. Oběť tedy může být fyzicky nebo verbálně napadena, ponižována, sexuálně zneužita, případně odstřižnuta od veškerých finančních zdrojů nebo přátel a známých. Ve třetí fázi dochází k usmiřování – projevy agresora vedou k bagatelizaci násilného aktu, celkovému zlehčování situace typu „vždyť o nic nejde“, „ale určitě se nestalo nic tak strašného“, „jen to přeháníš“,..., ale může docházet i k popírání přítomnosti

samotného násilí. Vzhledem k mocenskému postavení mezi partnery je pro oběť často úlevou, že agresor je v lepším rozpoložení, a následně může docházet i ke zlehčování celého problému ze strany oběti, případně svalování viny na sebe samotné, nebo racionalizaci násilného aktu, vlastní odůvodňování, proč k němu došlo a co měla oběť udělat jinak. Čtvrtá fáze takzvaných „líbánek“ je charakteristická uklidněním celé situace, velmi nestabilním „mírem“ mezi agresorem a obětí, kdy se oběť může utvrzovat v tom, že projev agrese ze strany partnera bylo pouze zkratovité chování, které se rozhodně nebude opakovat. Bohužel v případě domácího násilí začne po nějaké době vzrůstat napětí mezi partnery a celý cyklus se opakuje.

V momentě, kdy oběť podnikne kroky k opuštění agresora, je důležité přihlídnout k následkům, které mohou být spuštěny ať už krátkodobou nebo dlouhodobou viktimizací. Práce s obětí a následné ošetření důsledků je naprosto klíčovou součástí k vrácení do „normálního života“. Oběť, která opustila násilného partnera, začíná „nanovo“. Je důležité si uvědomit, že pro oběti domácího násilí je denním chlebem patologické prostředí, kde se setkávají mimo jiné s intenzivními pocity strachu, emocionální frustrací, absencí pocitu bezpečí a jistoty, mohou mít zkreslené vnímání a prožívání reality a toho, co je vlastně normální v souvislosti s vlastním velmi nízkým sebehodnocením (Bednářová et al., 2009).

1.5 Příčiny vzniku domácího násilí

Můžeme si položit otázku, proč se vlastně objevuje násilí v partnerských vztazích? Co je příčinou, která stojí za změnou ze stabilního vztahu do teroru, který je spojen se soužitím dvou osob? Čírtková (2008) uvádí tři základní mýty, které se mohou propojit se vznikem domácího násilí. První z nich poukazuje na pozdní podchycení rozvoje násilí. Předpokládá, že oběť si v raném stádiu rozvoje domácího násilí nechá od agresora jeho chování líbit, čímž se agresor utvrzuje ve správnosti svého počínání. Problémem, který je spojen s tímto mýtem, je, že předpokládá vinu oběti. Druhý mýtus odebírá odpovědnost agresorovi a připisuje ji společenskému nastavení, protože vzhledem ke spíše slabší informovanosti je reakce společnosti na problematiku domácího násilí spíše laxní. Třetí mýtus popisuje domácí násilí jako vzorec naučeného chování z původní rodiny. Tento mýtus může nést stopy pravdivosti, ale otázkou zůstává, kde se vzalo násilné chování v původní rodině, a dostáváme se do kruhu, kdy přenášíme odpovědnost v rodině vždy o úroveň výše, ale připravujeme se o podstatu v osobnosti samotné.

Existují tři základní teorie, které se snaží popsat příčiny vzniku domácího násilí. Dutton (2006) vnímá vznik domácího násilí z hlediska psychologického, kdy nachází příčinu v osobnosti člověka, která může být spojena s poruchou osobnosti nebo jinými psychopatologickými projevy osobnosti. Feministický přístup (Yllö & Bograd, 1988) vychází z teorie genderové nerovnosti, ale je konfrontován s otázkou, zdali bude násilí ze strany ženy vůči muži mít jinou příčinu než ze strany muže vůči ženě a i přes relativní rozsáhlost jevu násilí v partnerském vztahu uvádějí Loseke, Gelles a Cavanaugh, (2005), že „pouze“ osm procent mužů spadá do kategorie chronických domácích násilníků. Sociologická teorie poukazuje na vnější faktory ovlivňující rodinu. Příčiny, které mohou být domácím násilím předpokládá proměny rodiny a rodinného systému v průběhu doby, společenské tlaky, které jsou na rodinou samotnou vyvíjeny, ovšem chybí zde vysvětlení incidentu jevu a proč se samotné násilí objevuje (Čírtková, 2008).

2. Klinické důsledky domácího násilí

Osoba, která je obětí domácího násilí, nemá podporu v okolí a neví, jak svou situaci řešit, se dostává do situace, kdy je dlouhodobě viktimizována a vystavována obrovské psychické zátěži. Oběť (Gjuričová, Kocourková & Koutek, 2000) přichází o vlastní sebevědomí, objevují se pocity strachu, smutku, studu, viny, frustrace, atd. Důležitý faktor, který hraje roli v klinických důsledcích a v možnosti svou situaci řešit, může spočívat i v naučené bezmocnosti oběti a právě bezmoc se ze situace dostat může výrazně přispět k dlouhodobým a negativním dopadům na oběť.

Světová zdravotnická organizace (2013) poukazuje, že domácí násilí může mít rozsáhlé klinické důsledky. Když opomeneme fyzická zranění, která mohou být způsobena právě brutálními útoky, a zaměříme se na psychologické dopady, oběti se nejčastěji setkávají s rozvojem posttraumatické stresové poruchy, depresí, úzkostí, poruch příjmu potravy nebo suicidálními tendencemi. Důsledek těchto psychických obtíží nespočívá jen ve způsobeném mentálním traumatu samotného násilí, ale na jejich rozvoji může přispět i neustálé přežívání ve strachu, pod kontrolou agresora, dlouhodobě pod vlivem silného stresu, emocionální frustrace a pocit beznaděje a bezvýchodnosti situace.

2.1 Syndrom týrané ženy

Vargová, Pokorná a Toufarová (2008) poukazují na rozšířený termín spojený s důsledky domácího násilí, který je označován jako „Syndrom týrané ženy“.

Oběť, která by spadala do kategorie syndromu týrané ženy, vykazuje některé z charakteristických projevů právě v důsledku domácího násilí. Craven (2003) mezi ně řadí psychologické, sociální, ale i fyzické symptomy: deprese, opakované prožívání traumatu, sociální izolaci, psychickou a fyzickou vyčerpanost, naučenou bezmocnost, ale i další doprovodné jevy jako bolesti hlavy, bolesti zad, atd.

Důležitý faktor, který oběť touto diagnózou splňuje, je minimálně dvakrát prožitý „cyklus domácího násilí“. Další charakteristiky, které jsou s tímto syndromem spojené, uvádějí, že oběť věří ve vinu za páchané násilí. Myšlenka, že příčina a odpovědnost za násilí je v jiné osobě, než je on/ona sama, není myslitelná. Oběť má strach o svůj život nebo život svých dětí a trpí iracionálním pocitem, všudypřítomnosti a vševědoudnosti agresora (Walker, 2006).

Dutton (1996) kritizuje pojem „syndrom týrané ženy“ a poukazuje, že tento syndrom nezachycuje úplnou podstatu příčiny domácího násilí, ale že je to jen jedna z možností reakce na domácí násilí. Problém této diagnózy je shledáván především v označování oběti jako patologické a připouští, že by právě na tomto podkladě mohla vzniknout sekundární viktimizaci oběti.

I přes značně rozšířené užívání pojmu byl není tento syndrom popsán v mezinárodní klasifikaci nemocí.

2.1.1 Rozvoj syndromu týrané ženy

Oběť není jen pasivním aktérem, kterému je ubližováno, ale v případě rozvoje syndromu týrané ženy na situaci reaguje. Samotný syndrom má svá specifická stádia, kterými oběť prochází (Vargová, Pokorná & Toufarová, 2008). Popírání je prvním stádiem. Oběť odmítá přítomnost násilí ve vztahu a to jak vůči sobě, tak vůči svému okolí. Samotné násilí omlouvá a předpokládá, že dále nebude probíhat, považuje jej pouze za epizodu. Druhou fází je vina. Oběť si uvědomuje přítomnost násilí ve vztahu, ale bere odpovědnost pouze na sebe, předpokládá, že si násilí zaslouží, protože není dostatečně dobrým partnerem. Ve třetím stádiu oběť získává nadhled, tedy připouští, že agresorovo chování není přijatelné, nemá ve vztahu co dělat, ale stále věří, že je možnost situaci společně vyřešit, a snaží se partnerský vztah udržet. V poslední fázi oběť přijímá zodpovědnost, uvědomuje si, že agresor své chování nezmění a oběť nadále není ochotna pokračovat v patologickém vztahu. V tuto chvíli se oběť uchyluje k řešení situace odchodem nebo ukončením vztahu.

V tuto chvíli může dojít ke dvěma situacím, buď oběť je schopna se postavit na vlastní nohy a začít řešit svou situaci, ukončit patologický vztah. Bohužel se v druhém případě stává se, že oběť je emocionálně fixovaná na agresora, může být tak moc izolována od rodiny, známých, že nemá vůbec nikoho a vrací se k agresorovi zpět, neboť je zde přítomno, i když patologické, tak alespoň nějaké „zázemí“.

2.2 Posttraumatická stresová porucha

Téma posttraumatické stresové poruchy u obětí domácího násilí je relativně časté. Mertin a Mohr (2000) provedli výzkum, na základě kterého ukázali, že ze vzorku sta žen jich čtyřicet pět z nich vykazovalo mimo jiné znaky posttraumatické stresové poruchy. Duxbury (2006) uvádí, že až třicet pět procent osob, které byly oběťmi domácího násilí, prodělalo posttraumatickou stresovou poruchu.

Samotná posttraumatická stresová porucha je definována jako úzkostná porucha, která se objevuje po prožití velmi závažně emočně stresujících událostí, přesahujících běžnou lidskou zkušenost, a které jsou stresující pro většinu lidí (Praško, Hájek & Preiss, 2002). V kontextu domácího násilí je tedy oběť vystavena velmi silnému emočnímu stresoru v podobě dlouhodobého týrání, které může mít konkrétní podobu v některé z forem domácího násilí a v projevech s nimi spojenými. Posttraumatická stresová porucha nemusí být způsobena jen člověkem, ale je uvedeno, že trauma, které bylo způsobeno druhou osobou se záměrným úmyslem, mívá horší průběh, symptomy jsou rozsáhlejší a komplexnější než například u traumatizace způsobené přírodní katastrofou (Praško, Hájek & Preiss, 2002).

2.2.1 Rozvoj posttraumatické stresové poruchy

Mezinárodní klasifikace nemocí (2018) definuje základní kritéria pro rozvoj této poruchy. Základním kritériem je, že oběť je vystavena hluboké stresové situaci, která není únosná pro většinovou populaci – v kontextu domácího násilí tedy mluvíme o dlouhodobé viktimizaci. Druhým kritériem je živě se opakující trauma a jeho znovuprožívání. Oběť tedy může mít dlouho po ukončení vztahu noční můry spojené s viktimizací, tyto vzpomínky se mohou objevovat v místech, která oběť měla spojená s násilím, nebo jednoduše zažívá flashbaky v podobě vynořujících se vzpomínek na prožité trauma. Třetí kritérium u oběti poukazuje na nutnost se vyhybat veškerým okolnostem, spojeným se samotným stresorem. Před prožitím traumatu není tato nutnost u obětí pozorována. Oběť se tedy záměrně může například vyhybat veškerým konfliktním situacím, které by mohly vyvolat akutní pocit ohrožení. Čtvrté kritérium poukazuje na neschopnost vybavení stresové situace buď v její celé šíři, nebo jen

některé její důležité momenty. U obětí, které mají diagnostikovanou posttraumatickou stresovou poruchu, se objevují některé z následujících projevů: oběť nemůže usnout, případně neudrží spánek. Oběť je velmi podrážděná a nezvládá své emoce, mohou se objevit návaly hněvu. Oběť má problémy se soustředěním. Oběť přehnaně reaguje na slabé podněty silnými úlekovými reakcemi. Oběť může být hypervigilní. Pokud jsou u osoby postižené domácím násilím přítomny alespoň dva z výše uvedených projevů, můžeme mluvit o posttraumatické stresové poruše. Zároveň je důležité doplnit, že výše uvedené projevy jsou příznaky zvýšené psychické citlivosti a právě tyto projevy nebyly přítomny před vystavením traumatizující zkušenosti. Posledním kritériem oběť splňuje znovuprožívání stresových událostí, vyhýbání se okolnostem spojeným se stresorem a některé z psychických projevů v průběhu šesti měsíců od ukončení stresového období (Praško, 2002).

2.2.2 Trauma

Traumatizovaná osoba je charakteristická čtyřmi základními složkami (Levine & Frederick, 2002). První složkou je zvýšená dráždivost, která se objevuje v podobě zrychleného tepu, dýchání, nervozitou, svalovým napětím, návaly úzkosti a spánkovými problémy. Druhou složkou je zvýšená dráždivost vůči potenciálně ohrožujícím podnětům, která se projevuje primárně v tělesné rovině a rovině vnímání hlavně napětím svalů a zúžením vnímání na zdroj ohrožení. Třetí složkou je takzvaná disociace, která svým působením funguje jako obranný mechanismus vůči prožívání ohrožení. Oběť se „odpojuje od svého těla“, je zasažena paměť, vědomí a vlastní identita a postižená osoba prožívá zkreslené pocity vnímání prostoru a času. Čtvrtá a poslední složka je spojena s tělesnou paralýzou, kdy oběť postrádá schopnost reagovat v důsledku pocitu bezmoci.

Jak bylo výše uvedeno, oběť je v neustálém napětí, kdy dojde k dalšímu ohrožení. Vzhledem k eskalujícímu konfliktu mezi obětí a agresorem, zároveň ale neschopností určit, kdy přijde další násilný akt, oběť nestíhá traumatickou zkušenost zpracovávat, je kontinuálně vystavena strachu a očekávání, což velmi přispívá k dalším symptomům, které se na posttraumatickou stresovou poruchu pojí (Levine & Frederick, 2002).

2.2.3 Faktory ovlivňující rozvoj posttraumatické stresové poruchy

Výše už bylo uvedeno, že posttraumatická stresová porucha je důsledkem extrémně stresující životní události. Vzhledem k osobnostním predispozicím ovšem existují faktory, které mohou podpořit rychlejší vznik posttraumatické stresové poruchy. Podle Schiraldiho (2009) existují vnější faktory, které se aktivně podílejí na možnosti rozvoje posttraumatické stresové

poruchy. Schiraldi (2009) uvádí, že tím může být neočekávanost a náhlost situace. V momentě, kdy útok přijde naprosto neočekávaně a náhle, neexistuje žádný prostor, ve kterém by oběť mohla se situací jakýmkoliv způsobem pracovat. Dlouhodobost je dalším rizikem, které zvyšuje pravděpodobnost vzniku posttraumatické stresové poruchy. Právě pro neschopnost oběti situaci řešit a pro očekávání dalšího útoku se zvyšuje citlivost na ohrožující podněty oběti. Třetím faktorem je opakující se událost v krátkém časovém rozmezí. Ve chvíli, kdy oběť nemá dostatek času, aby svou situaci mohla zpracovat a přijmout, objeví se náhlý a další útok, který podpoří vzrůstající napětí v oběti. Posledním kritériem je samotné násilí nebo výhrůžky, že násilí nastane.

Nejenom samotné násilí, ale i možnost hypotetického násilí je pro oběť traumatizující vzhledem k jeho očekávání, hledání vlastní příčiny – tedy „proč?“ v kombinaci se strachem z aktu násilí. Ve chvíli, kdy oběť je silně citově navázána na agresora, je o to těžší zpracovat realitu, že „tak moc blízká osoba“ se doopravdy zachovala naprosto neočekávatelným způsobem.

2.3 Deprese jako důsledek domácího násilí

Klinické důsledky domácího násilí jsou často propojeny a málokdy stojí čistě samy o sobě. Přestože posttraumatická stresová porucha bývá akutní reakcí oběti na domácí násilí, je důležité vnímat i více subtilnější možnost přítomnosti rozvoje depresivních symptomů. V kontextu depresí, jakožto důsledkem domácího násilí, je velmi zásadní koncept „příslušnosti“. Chang, Kahle a Hirsch (2015) ve svém výzkumu poukazují na fakt, že roste úměra mezi mírou domácího násilí a mírou depresivních symptomů, které jsou spojeny se ztrátou příslušnosti, nebo „potřeby někam patřit“, což patří mezi základní vztahové principy – potřeba přijetí od partnera. Depresivní symptomy, které se u obětí rozvíjejí, jsou tedy primárně navázány na ztrátu přijetí od partnera, odmítání, které je vyhnáno do extrému právě domácím násilím. Autoři popisují, že existuje přímá úměra mezi důvěrou ve svého partnera, intenzitou a hloubkou vztahu a rozvojem depresivních symptomů – tedy, čím vyšší je důvěra v partnera, tím vyšší jsou depresivní symptomy v důsledku domácího násilí. Důležitým faktorem, který Chang, Kahle a Hirsch (2015) označují, je nejenom potřeba „přijetí“ od partnera, ale celkově „být přijímán“ dalšími sociálními skupinami, ve kterých se „oběť“ pohybuje, z čehož zcela logicky vyplývá, že v důsledku domácího násilí, kdy je oběť odříznuta od veškerých sociálních skupin, není přijímána vlastními dětmi, protože agresorovi se podařilo poštvat děti proti oběti, jsou ve výsledku depresivní symptomy mnohem častěji

přítomné, než u osob, které mají alespoň malé zázemí a podporu například v široké rodině nebo jiných sociálních vrstvách.

Bonomi, Thompson, Anderson, Reid, Carrell, Dimer a Rivara (2006) ve svém výzkumu uvádějí přítomnost depresivních symptomů u žen, které se staly obětí domácího násilí. Na rozdíl od posttraumatické stresové poruchy, která je akutnější, depresivní symptomy byly častěji přítomny u žen s delší časovou prodlevou od poslední epizody násilí. Jejich výzkum ukazuje, že právě tyto ženy vykazovaly častěji symptomy deprese rok po poslední epizodě než ženy, které poslední epizodu násilí prožily před pěti měsíci.

Potenciálně se rozvíjející deprese je samozřejmě spojena i s četností násilí, které je přítomno ve vztahu. Vzhledem k tomu, jak funguje domácí násilí, víme, že s časem se zvyšuje frekvence a závažnost. Existuje poměr, kdy depresivní symptomy jsou u obětí podstatně vyšší, žijí-li ve vztahu s vyšší četností a intenzitou násilí (Llorens, Salis, O'Leary & Hayward, 2016). Z toho plyne, že je třeba v případech domácího násilí intervenovat velmi rychle, aby se snížilo riziko rozvoje hluboké deprese.

Deprese jsou značným problémem, který se obětí domácího násilí týká, vzhledem k tomu, že Riggs, Caulfield a Street (2000) uvádějí, že více než padesát procent obětí domácího násilí splňuje kritéria pro diagnostikování deprese - Holzworth-Munroe, Smutzler a Sandin (1997) dokonce uvádějí až osmdesát tři procent. Riggs, Caulfield a Street (2000) dále uvádějí, že ačkoliv existuje možnost poměrně efektivní okamžité intervence, to, co při zjišťování potřeb oběti chybí, je práce psychologa ve formě zjišťování možnosti propadu do deprese a dalších psychických rizik, které s domácím násilím mohou být spojeny, ale mohou se projevit až časem.

2.3.1 Deprese

Deprese může mít mnohé příčiny, které se většinou pojí k dlouhodobé nespokojenosti s kvalitou života jedince, může být spojena se ztrátou smyslu v životě. Jedinec k ní může mít vrozené predispozice, ale pokud mluvíme o obětech nebo osobách, které jsou ohroženy domácím násilím, můžeme spíše mluvit o jedincích, kteří prožívají silně negativní životní události. Praško, Prašková a Prašková (2003) představují schéma vzniku depresí v důsledku působení negativních životních událostí, kde je to právě dlouhodobé a intenzivní působení, které oběti domácího násilí postupně snižuje schopnost adaptace na prožívaný stres, což přirozeně vede k biochemickým změnám v mozku, které vyvolávají depresi.

Faktorů, které mohou v případech domácího násilí působit na oběť, je několik. Dlouhodobé neshody v partnerském vztahu, které jsou vystupňované intenzivním vyvoláváním stresu v životě jedince, výrazně přispívají k rozvoji deprese, ale i samotná absence pozitivních podnětů například ve formě „kladných vztahů“ s druhými může výrazně ovlivnit situaci směrem k propadu do deprese (Praško, Prašková & Prašková, 2003).

2.3.2 Depresivní symptomy

Pokud bychom chtěli zobecnit a vymezit základní depresivní symptomy, budeme mluvit o dlouhodobé nespokojenosti nebo trvalém smutku a anhedonii. Právě tyto dva uvedené patří k základním symptomům deprese, nicméně samotná deprese je mnohem rozsáhlejší a je doprovázena dalšími vedlejšími symptomy, díky kterým se dá dobře rozpoznat. Jedním z hlavních ukazatelů vedlejších symptomů je motorická inhibice, únava, obrovská ztráta energie, pocity bezmocnosti, pocity bezcennosti, pocity viny, snížená koncentrace až suicidální myšlenky (Castonguy & Oltmanns, 2013).

V kontextu domácího násilí bychom opět mohli právě tyto symptomy „nasadit“ na okolnosti, které oběť prožívá. V momentě, kdy agresor dlouhodobě ponižuje oběť, vystavují ji nadměrnému stresu a snižuje adaptibilitu – vzhledem k tomu, že domácí násilí málokdy probíhá čistě na fyzické úrovni, ale má formu i psychického napadání nebo ponižování a dalších – agresor záměrně vyvolává v oběti především pocity viny a bezcennosti. Mocenská převaha agresora staví oběť ve velké většině případů do postavení, kde oběť nemá žádnou moc, neví, jak svou situaci řešit, protože (v souvislosti s bludnými představami o agresorovi) paralyzující strach podporuje pocit bezmoci u oběti. Dlouhodobé vystavení takové situaci může mít za následek právě propad do deprese, kdy oběť postupně rezignuje na svou situaci a v nejhorším případě může situaci „vyřešit“ dokonáním suicidem.

Jak muži, tak ženy v případě, že se stanou oběťmi domácího násilí, mají zvýšené riziko propadu do deprese (Hester, Ferrari, Jones, Williamson, Bacchus, Peters & Feder, 2015). Autoři také uvádějí, že muži, kteří trpí buďto depresemi nebo posttraumatickou stresovou poruchou, byli svědky domácího násilí, nebo sami byli vůči svým partnerkám hostilní.

3. Možnosti intervence

Jednou z nejdůležitějších otázek, které se váží s problematikou domácího násilí, je, zdali je možné se z takového vztahu dostat a překonat potenciální překážky a hrozby, které mohou v důsledku viktimizace oběť ohrožovat. Jak vysoká je účinnost následné péče. Vzhledem

k tomu, že oběti nezřídka procházejí traumatickými stavy, mohou se u nich rozvinout deprese, ale i další sociální obtíže, je třeba reagovat na potřeby obětí rychle a efektivně. Autoři Arroyo, Lundahl, Butters, Vanderloo a Wood (2017) porovnávali a zkoumali efekt různých forem krátkodobé terapie na osoby, které opustily násilné vztahy. Z jejich poznatků plyne, že krátkodobá a akutní terapeutická intervence brzy po odchodu z násilného vztahu má skutečně velmi pozitivní dopady a účinky. I přesto, že autoři studie nepopisují teoretický background, jaké formy krátkých terapií mají vliv na jaké symptomy, na základě statistické analýzy dokazují, že zkoumané skupiny oproti kontrolním skupinám došly ke zlepšení v těchto aspektech: zvýšené sebevědomí, snížené symptomy depresí, snížená úzkost, obecně lepší fungování v životě. K dalším zlepšením, sice ne tolik významným, ale rozhodně důležitým, došlo ve zvýšení emočního well-beingu, snížení nadužívání návykových látek a zvýšení pocitů bezpečí.

Studie se dále zabývá preferencemi intervencí. Na základě meta-analýzy, která byla provedena, poukazují Arroyo, Lundahl, Butters, Vanderloo a Wood (2017) na fakt, že terapie zaměřené na práci s oběťmi domácího násilí dosahují signifikantně lepších výsledků než terapie a intervence bez konkrétního záměru. Autoři doporučují, že v případě terapeutické intervence by pro tuto problematiku primárně využili kognitivně behaviorální terapie nebo interpersonální terapeutickou intervenci, vzhledem k významně vyšším a pozitivnějším výsledkům, než které byly uváděny v dalších studiích.

Aspekty, které ovlivňují výsledky terapie, jsou následující: jednak mluvíme o tzv. dávkování. Je logické, že častější intervence budou mít lepší výsledky. Nicméně zásadní a potřebná je opravdu pravidelná a systematická práce s klientem. Dalším aspektem následné péče je dlouhodobost intervencí. Vzhledem k povaze domácího násilí a mnohočetným překážkám, se kterými se oběti setkávají, opět logicky vychází, že dlouhodobá intervence dosáhne mnohem lepších výsledků než velmi krátká intervence. Posledním, ale neméně významným aspektem, který hraje roli v poskytování intervencí u oběti domácího násilí, je porovnání individuální a skupinové intervence. I přesto, že skupinové intervence jsou považovány za efektivní, z individuálního přístupu může klient „těžit“ podstatě více. Práce s jednotlivcem dovoluje větší prostor pro přizpůsobení zakázky potřebám klienta. Klient dostává podstatně více pozornosti. Propojování osob, které mají stejnou zkušenost, může přinést určité plody, nicméně osobní přístup bude vždycky lépe odpovídat potřebám jednotlivce (Arroyo, Lundahl, Butters, Vanderloo & Wood, 2017).

3.1 Kognitivní trauma terapie

Intervence – kognitivní trauma terapie je multidimenzionální přístup, zaměřený na oběti domácího násilí trpící především posttraumatickou stresovou poruchou. Cíly intervence zaměřené na trauma se skládají z několika základních již existujících postupů. Mluvíme o psychoedukaci – oběť je seznámena s tím, co vlastně prožívá a co se jí děje. Dále se oběti zabývají takzvaným „stress managementem“, na což je navázán nácvik relaxace. Oběti se učí monitorovat, vnímat a uvědomovat si vlastní myšlenky a samozřejmě otevírat téma traumatu (Kubany, Hill & Owens, 2003). Unikátní aspekt, se kterým se setkávají traumatizované oběti v terapii, je dvojí. Klienti se učí jednak „opravovat“ nefunkční vzorce chování a vlastní přesvědčení (což bývá podstatou kognitivně behaviorální terapie), ale také se snaží co nejvíce snížit negativní „self-talk“, který bývá v tomto případě navázán na pocity viny a studu. Třetím pilířem, se kterým klient v tomto terapeutickém přístupu pracuje, je orientován na stabilizaci, posilání vlastního „já“, nácvik asertivní komunikace, zvládnání situace, kdy by byla oběť vystavena kontaktu s bývalým partnerem, nácvik v nadhledu potenciálních hrozeb, aby neproběhla retraumatizace (Kubany, Hill & Owens, 2003).

Úspěch, který zaznamenala kognitivní trauma terapie, byl relativně veliký. Kubany, Hill a Owens (2003) došli k závěru, že čtyři a devadesát procent obětí, kterým byla intervence poskytnuta bezprostředně po ukončení vztahu, došlo k výrazným zlepšením – primárně oběti nesplňovaly diagnostická kritéria pro posttraumatickou stresovou poruchu. Došlo k redukci depresivních symptomů, pocitů viny, studu a celkově se zlepšilo vlastní sebehodnocení a sebevědomí.

3.2 Kognitivní behaviorální terapie (HOPE)

Z anglického „Helping to Overcome the PTSD through Empower“ (HOPE), což je zkratka intervenčního přístupu, který se zaměřuje na traumatizované osoby a osoby ohrožené domácím násilím (Johnson, Zlotnick & Perez, 2011). HOPE intervence má za cíl následující kroky. Prvním cílem je vytvořit bezpečný prostor u oběti – intervence je orientovaná na „tady a teď“ a cílem je zlepšit kvalitu života oběti, odvíjející se od prostoru, ve kterém se oběť bude cítit v bezpečí. Druhým krokem je přijetí a prožití vlastních emocí, které se váží k traumatu, a třetím krokem je znovu navázání, tedy navrácení se k běžnému způsobu fungování. HOPE intervence má mnoho východisek z klasické kognitivně behaviorální terapie. Klienti tohoto přístupu se věnují rozpoznání projevů posttraumatické stresové poruchy právě proto, aby získali nadhled a uměli s přicházejícími symptomy pracovat a nevědomě neposilovali další traumatické epizody. Intervence pracuje se základními tématy: „já“, „druzí“, „svět, ve kterém

žiji“ a inspiruje se základními schémata, která popsali McCann, Sakheim a Abrahamson (1988) a mezi která patří: bezpečí, důvěra, moc a kontrola, sebehodnocení a intimita. Mimo schémata, na která se HOPE intervence zaměřuje, zároveň pracuje s konceptem bezpečí, péče o sebe sama, ochrany, ale také posilování vlastní znalosti o posttraumatické stresové poruše.

Johnson, Zlotnick a Perez (2011) sledovali účinky HOPE intervence. Přestože velká většina zúčastněných byla se samotnou intervencí spokojena, autoři popisují, že jeden z poměrně zásadních limitů byl odchod participantů z azylu a nedokončení programu, z čehož vyvstala otázka následné péče, pokud klienti azylových zařízení opouštějí tato místa dříve, než stihnou ukončit intervenční program. Autoři vidí pozitivní výsledky intervence především v práci na pocitu bezpečí, který je u klientů podporován a na kterém mohou po dokončení programu dále stavět.

HOPE intervence nedosahuje takových výsledků jako kognitivní trauma terapie, ale rozhodně má výsledky, o které se lze opřít. Jedním z klíčových pozitiv, která intervence svým klientům přinesla, bylo zvýšení povědomí o posttraumatické stresové poruše, práce s vlastními emocemi a kopingovými strategiemi v momentě, kdy se mohli znovuobjevovat symptomy, které by mohly vést k retraumatizaci (Johnson, Zlotnick & Perez, 2011). Přestože intervence není zaměřena na práci s depresemi, je pozoruhodné, že účastníci reportovali výrazné snížení depresivních symptomů po určité době.

3.3 Interpersonální intervence

Třetí studií, která byla vyzdvižena jakožto krátká a efektivní, je intervence na principech interpersonální psychoterapie. Intervence se zaměřuje především na sociální oporu, kterou považuje na základě výzkumů za nesmírně důležitou u obětí domácího násilí. Právě sociální opora je také výrazně ochranným aspektem, který snižuje sociální izolaci, se kterou se oběti často mohou setkávat, a posiluje sociální vazby, které jsou tolik důležité u obětí domácího násilí. Studie ukázala, že terapie měla pozitivní účinky především v redukci symptomů, které jsou navázány na posttraumatickou stresovou poruchu. Dále studie ukázala, že určitý vliv měla intervence i na snížení depresivních symptomů, které ovšem mohly být příčinou zneužívání v dětství, tedy nebyly přímým důsledkem domácího násilí (Zlotnick, Copezza & Parker, 2011).

Za všemi z uvedených studií stál výzkum, nicméně autoři všech studií se shodli na tom, že i přes nalezené pozitivní účinky, které mohou ovlivňovat oběti domácího násilí a následnou stabilizaci a návrat do běžného života, je třeba prozkoumat danou oblast podrobněji a

pečlivěji. Krátká terapie může být pro oběti naprosto klíčovou, protože je třeba na akutní domácí násilí a problémy s ním spojené reagovat co nejrychleji, aby se dalo předejít dalším problémům, ať už somatickým nebo psychickým, které by mohly být spojené s odsunutím, potlačením nebo vytěsněním prožitého traumatu.

Návrh výzkumného projektu

1. Úvod

Domácí násilí je rozsáhlý a komplexní fenomén, který můžeme vnímat na multidisciplinární úrovni. Důsledky, které mohou s tímto fenoménem být spojeny, se pohybují jednak v psychologické rovině, ale také v rovině sociální, ekonomické, fyziologické, ale i dalších, které prostupují běžným životem jedince. Bednářová et al. (2009) označují domácí násilí jako patologický jev, který může mít dopad na jedince v mnoha úrovních života. Proběhlé domácí násilí a násilí v partnerském vztahu obecně má svůj přesah a může nést důsledky, které mohou mít negativní vliv na osobnost jedince a výrazně přispět ke zhoršení kvality života. S čím se setkáváme nejčastěji v klinických důsledcích u osob, které jsou nebo byly ohroženy domácím násilím, případně se staly oběťmi domácího násilí, ale i u osob, které zažily obecné párové násilí (neboli konfliktní vztah), je právě posttraumatické stresová porucha, která je akutnější než ostatní dopady na duševní zdraví jedince. S posttraumatickou stresovou poruchou se můžeme setkat do šesti měsíců od ukončení patologického vztahu. Dalším dopadem, který má velký vliv na zhoršení kvality života jedince, jsou depresivní symptomy, které se na základě výzkumů objevují kolem jednoho roku po ukončení patologického vztahu. Dalšími dopady, se kterými se oběti mohou setkat, jsou například poruchy příjmu potravy nebo také suicidální tendence (Světová zdravotnická organizace, 2013).

Praško (2002) uvádí, že posttraumatická stresová porucha je vystavení extrémní stresové zátěži, která je naprosto extrémní a která by byla obtížně zvládnutelná pro většinovou populaci. Problematika domácího násilí patří právě do extrémní stresové zátěže, bereme-li v potaz závažnost patologických vztahů. To, že se člověk, se kterým máme intimní partnerský vztah, může naprosto změnit a uchýlit k jakékoliv formě projevu násilí, je pro oběť tak neuvěřitelně složitou situací, že se často oběť může snažit partnera za každou cenu změnit, lpět na tom, že se situace zlepší místo toho, aby dbala na vlastní psychické zdraví a snažila se najít co nejrychlejší cestu, jak vztah ukončit a opustit násilného partnera.

Období po odchodu od partnera může být velmi klíčové, přestože by se mohlo zdát, že odchodem od partnera, tedy pomyslným „zavřením dveří“ za etapou domácího násilí, je všemu konec. Bohužel opak je pravdou. Pokud oběť měla velmi hluboký citový vztah ke svému násilnému partnerovi, nicméně dostatek náhledu na situaci, aby ze vztahu odešla, stále se může objevit absence pocitu „sounáležitosti“. Je v lidské přirozenosti navazovat vztahy a

mít blízké citové vazby, bohužel, i násilný partner je partner a dlouhodobé emocionální frustrace od takové osoby může vést k rozvoji depresivních symptomů až konečný propad do deprese (Chang, Kahle & Hirsch, 2015).

Návrh výzkumu se zaměřuje na období, které nastává v momentě, kdy je patologický vztah bezprostředně „ukončen“, tedy oběť odchází od agresora. Cílem návrhu výzkumu je porovnat dvě skupiny osob a porovnat, zdali existuje obecná zákonitost v psychických obtížích, které potenciálně mohou nastat po ukončení patologického vztahu, a snaží se najít rozdíl v příčinnosti psychických obtíží u patologických partnerských vztahů.

Pro návrh výzkumu jsme si definovali základní hypotézy:

- Lidé, kteří zažili domácí násilí, budou spíše trpět duševními poruchami v podobě posttraumatické stresové poruchy, depresí, než lidé, kteří prošli konfliktním vztahem a zažili párové násilí.
- Ženské oběti domácího násilí trpí častěji následky v podobě posttraumatické stresové poruchy nebo depresí než ženy, které žily v konfliktním vztahu
- Ženy, které zažily buď domácí násilí, nebo žily v konfliktním vztahu, trpí častěji následky v podobě posttraumatické stresové poruchy nebo depresí než muži
- Mužské oběti domácího násilí trpí častěji následky v podobě posttraumatické stresové poruchy nebo depresí než muži, kteří žili v konfliktním vztahu.

2. Metody návrhu výzkumu

Způsob, který bychom použili pro získání a zpracování dat, by se opíral o základní východisko, které leží v definování naší cílové skupiny. Návrh výzkumu by pracoval se dvěma skupinami osob. První skupinou jsou osoby, které mají zkušenost s domácím násilím a strávily nějakou dobu v takovém vztahu jakožto oběť. Druhou skupinou jsou osoby, které se setkaly s násilím ve vztahu, nicméně ne na úrovni domácího násilí, ale na úrovni obecného partnerského násilí, to znamená, že žily v konfliktním vztahu a samotné násilí probíhalo oboustranně.

Vzhledem k tomu, že máme velmi dobře a jasně definovatelná kritéria pro tyto dvě skupiny, není složité naprosto jasně tyto skupiny odlišit.

Výzkum by byl zaměřen kvantitativně, vzhledem k tomu, že bychom chtěli nalézt, zdali existuje obecná zákonitost mezi psychickými obtížemi a patologickými partnerskými vztahy.

Způsob, který bychom zvolili pro sběr dat, by se odrážel od definování našich cílových skupin. Pro první skupinu, tedy skupinu osob, které zažily domácí násilí, bychom se mohli obrátit na specializovaná pracoviště, která se zabývají právě touto problematikou. Mohli bychom tedy požádat a pokusit se navázat spolupráci s centry pro osoby ohrožené domácím násilím jako je Acorus, z. ú., ROSA z. s., Bílý kruh bezpečí z. s., Arcidiecézní charita, případně další krizová nebo intervenční centra. Pro druhou skupinu, tedy skupinu osob, které se setkaly s obecným párovým násilím, bychom se mohli obrátit spíše na osoby, které pracují v oblasti rodinných a partnerských vztahů, a klinické psychology. V obou případech by připadalo v úvahu se obrátit i na psychiatrická pracoviště právě z důvodu možnosti poskytnutí anamnestických záznamů našich sledovaných osob. Cílem navázání spolupráce se všemi specializovanými pracovišti by byl primárně sběr dat. Pro sběr dat o respondentech bychom využili vlastního a velmi jednoduchého online dotazníku, který by byl vyplněn za přítomnosti respondenta právě pouze odborníky, kteří pracují s osobami ať už z první nebo z druhé skupiny, to vše se souhlasem klientů.

Argumentem pro navázání spolupráce s těmito organizacemi by byla snaha o pochopení a rozšíření povědomí o provázanosti patologických partnerských a rodinných vztahů a jejich klinických důsledcích. Výzkum by mohl fungovat jako vstupní brána pro další zkoumání a rozšiřování v podobě hlubších, konkrétnějších a specifitějších výzkumů, které by mohly postihovat ty části této problematiky, na které dosud nemáme konkrétní odpovědi.

Podmínkou pro vstup do tohoto výzkumu ze strany respondentů by byla osobní zkušenost buď s obecným párovým násilím, nebo domácím násilím a proběhlým odchodem z tohoto vztahu. Podmínkou by tedy bylo aktuálně oddělené bydliště od agresora nebo partnera.

Samotný dotazník by byl strukturován následujícím způsobem:

- a) První, úvodní oddíl by měl za cíl seznámit jak odborníka, tak respondenta s cílem výzkumu, tedy jaká data jsou sledována, seznamoval by respondenta s anonymitou výzkumu a účelností dat, která by nebyla využívána pro žádné jiné účely než právě pro náš výzkum.
- b) Druhý oddíl by sledoval základní demografické údaje, které odvozuje od stanovených hypotéz. Pro účely našeho výzkumu bychom oddělili mužské a ženské respondenty. Vzhledem ke stanoveným hypotézám a tomu, že hypotetický výzkum je zaměřen na

problematiku domácího násilí obecně, bychom nezjišťovali ani věk respondentů, ani jejich nejvyšší dosažené vzdělání.

- c) Třetí oddíl by nám respondenta vymezoval na základě stanovených cílových skupin. Dvě jednoduché položky, které by na základě anamnestických údajů vymezovaly, zdali je respondent osobou, která prožila domácí násilí, nebo osobou, která měla zkušenost s obecným párovým násilím.
- d) Čtvrtý a zároveň poslední oddíl, který by byl vyplňován, by se věnoval samotnému duševnímu zdraví. Stejně jako v předchozím oddílu by nám odborník poskytl údaj, který by ukazoval, zdali respondent vykazuje symptomy posttraumatické stresové poruchy nebo depresí.

Přílohou online formuláře by byl i informovaný souhlas, který by musel být podepsán jak odborníkem, který by se vyjadřoval ke zdravotnímu stavu svého klienta nebo pacienta, tak respondentem, kterého by ještě jednou seznamoval s cílem výzkumu, seznamoval by ho s účelem výzkumu a s formou, kterou by data byla zpracována a využita jen a pouze pro účely výzkumu.

Abychom mohli považovat data po jejich zpracování za signifikantní, potřebovali bychom sehnat dostatečný počet respondentů, kteří by s námi spolupracovali. Za ženy bychom chtěli získat alespoň sto padesát respondentek, za muže minimálně sto respondentů. Pro výzkum by výběr vzorku respondentů nemohl být nenáhodný, vzhledem ke kritériím, ale zvolili bychom záměrný (kriteriální) výběr, tedy osoby, které splňují výše uvedená kritéria v podobně diagnózy a životní situace.

V případě souhlasu se spoluprací by byl každý jeden odborník seznámen jednak s cílem výzkumu, tedy proniknutím do problematiky důsledků domácího násilí ve formě psychopatologických projevů, dále by mu byl předložen informovaný souhlas s obsahem a účelností výzkumu a dále informovaný souhlas pro jejich klienty, kteří by byli obeznámeni s možností anonymně poskytnout některé demografické údaje a jejich anamnézu – čímž bychom naplnili základní etické principy, tedy principem beneficence – osvěta a prostor pro další zkoumání důsledků domácího násilí, za druhé principem nonmaleficence – veškerá data by byla poskytnuta naprosto anonymně a jen se souhlasem jak odborníků, tak jejich klientů, za třetí principem respektování autonomie. Vzhledem k tomu, že bychom žádali o tvrdá data, teoreticky bychom s osobami, které by výzkum zkoumaly, vůbec nemuseli přijít do styku, navíc by byl jen malý prostor pro manipulaci nebo nějakou formu jejich ovlivňování. Čtvrtý

princip – princip spravedlnosti – bychom opět mohli podpořit argumentem o sběru pouze tvrdých dat, která jsou jasně stanovená jejich diagnózou a vlastním zařazením do cílové skupiny, která má jasně definovatelná kritéria.

3. Zpracování dat

V momentě, kdy by se nám podařilo získat dostatečný počet dat, bychom přešli k fázi jejich zpracování. Pro zpracování výsledků bychom mohli využít metodu testu dobré shody, tedy Pearsonův chí-kvadrát dobré shody. Samotná data bychom si zpracovávali pomocí kontingenčních tabulek:

	Posttraumatická stresová porucha	Deprese	Celkem
Oběti domácího násilí			
Osoby, které zažili párové domácí násilí			
Celkem			

	Žena – oběť domácího násilí	Žena – obecné párové násilí	Celkem
Posttraumatická stresová porucha			
Deprese			
Celkem			

	Muži	Ženy	Celkem
Posttraumatická stresová porucha			
Deprese			
Celkem			

	Muž – oběť domácího násilí	Muž – obecné párové násilí	Celkem
Posttraumatické stresová porucha			
Deprese			
Celkem			

Testem dobré shody bychom ověřovali, s jakou pravděpodobností se může projevit některá z uvedených psychických obtíží v závislosti na typu patologického vztahu.

4. Diskuse

Na základě předloženého návrhu výzkumu bychom si mohli udělat docela jasnou představu o tom, jak rozsáhlé důsledky domácího násilí a obecného párového násilí jsou. Mohli bychom udělat hypotetický závěr, jak moc se právě tyto lidé setkávají s depresemi nebo posttraumatickou stresovou poruchou. Cílem tohoto výzkumu by bylo nastínit závažnost problematiky psychopatologických důsledků v rodinných a partnerských vztazích. Chtěli bychom, aby výzkum ještě více otevřel téma následné péče u osob, které se setkaly s jakoukoliv formou patologického vztahu. Je třeba, aby existovalo obecné povědomí o úskalích, která jsou s patologickými vztahy vázána, a ještě důležitější je, aby se systematicky začalo pracovat na možnostech péče o oběti a osoby, které se s takovou situací ve svém životě setkaly.

Musíme ovšem uvažovat a brát v potaz i fakt, že ne každý člověk, který má zkušenost s jednou z představených forem násilí, může mít vůli svou situaci řešit odchodem od partnera a vyhledat odbornou pomoc. Připouštíme variantu, že někteří lidé jsou schopni svou situaci řešit sami, například za pomoci širší rodiny, přátel nebo navázáním nového zdravého vztahu. Proto se odvoláváme pouze na náš vzorek, který může být specifický právě tím, že zkoumáme osoby, kterým se podařilo jednu z forem patologického vztahu ukončit.

Na základě naměřených dat bychom mohli hypoteticky rozšířit náš výzkum a porovnat svá data s dalšími zahraničními výzkumníky, abychom mohli uvažovat i odlišné kulturní faktory. Mohli bychom dále sledovat, s jakou pravděpodobností se budou naše naměřené důsledky domácího násilí a obecného párového násilí projevovat u osob, které žijí v rozdílných kulturních podmínkách. Téma domácího násilí se postupně otevírá od sedmdesátých let

minulého století, tedy v mnohých místech je toto téma stále tabu, o němž se nemluví, a v některých zemích je dodnes téma násilí v partnerských vztazích bohužel poměrně běžné, dokonce může mít i své kulturní kořeny a přístup k němu je velmi odlišný od toho našeho.

Vnímáme, že limitem v našem návrhu zkoumání může být i samotná osobnost člověka. Životní příběh každého je jiný, vnímaná zkušenost z patologického vztahu může být ještě únosná pro jednoho člověka, pro druhého nikoliv. Naštěstí máme poměrně jasná a strukturovatelná kritéria pro to, co je ve vztahu patologické, ovšem otázky toho, co si člověk nechá ve vztahu líbit, jak řeší s partnerem nebo partnerkou konflikty, už je opět otázka jiného výzkumu – to se tedy týká primárně vztahů, kde je přítomno párové násilí.

Dalším limitem, na který bychom mohli poukázat v našem výzkumu, je poukazování pouze na důsledek jedné z forem patologických forem partnerských vztahů, ovšem už se nezabývá prevalencí duševních poruch a prognózy na uzdravení a návratu k normálnímu životu. To by mohlo být dalším podnětem, o který by se náš výzkum mohl dále rozšířit – sledování, jaká je pravděpodobnost u osob, které ukončily jednu ze dvou uvedených forem patologických vztahů, úspěšně překonat deprese nebo posttraumatickou stresovou poruchu a navrátit se k normálnímu životu.

Jedním z dalších limitů výzkumu je výběr zkoumané populace. Návrh výzkumu se omezuje pouze na dospělé muže a ženy z heterosexuálních vztahů, opomíjí tedy problematiku jednak domácího násilí a násilí na dětech, opomíjí problematiku domácího násilí a násilí obecně na seniorech, případně mezi dalšími členy široké rodiny, ale také vynecháváme osoby, které žijí v homosexuálních vztazích.

Limit, který by mohl zkreslit naše výsledky, se týká i genderového faktoru. V případech domácího násilí není takovým problémem získat data, která se týkají žen, vzhledem k tomu, že domácí násilí se týká s velkou převahou žen, a azylových domů, center, zabývajících se ženami ohroženými domácím násilím, případně ženami – oběťmi domácího násilí, je celá řada. Musíme ovšem i uvažovat, že téma domácího násilí na mužích je v tuto chvíli ještě poměrně tabuizováno, i když si můžeme všimnout, že se tato problematika postupně otevírá a dostává se do povědomí běžné populace. Z toho důvodu bychom stanovili limit pro mužské respondenty do našeho hypotetického výzkumu o něco nižší než limit pro ženské oběti.

Limitů, které by náš navržený výzkum mohly ovlivnit, by se dala najít celá řada, nicméně se ještě zmíníme o jednom, a sice o limitu následné péče. Spousta obětí, které prožily domácí

násilí, vyhledá pomoc například na krizových pobytech v azylových domech. To, co by v tomto případě mohlo ovlivnit výsledky našeho výzkumu, by bylo to, zdali osoba, která prošla takovouto životní zkušeností, se například odstěhovala ke kamarádovi nebo kamarádce nebo musela využít takového zařízení. Samotné prostředí azylového domu může opět mít naprosto jiný vliv na osobnost člověka, vzhledem ke své velmi nestandardní podstatě, setkání se s dalšími osobami, které prošly podobnou životní zkušeností a jsou stejně tak ohrožené.

Možností, jak bychom mohli návrh výzkumu dále rozšířit, je celá řada, nicméně naším vytyčeným cílem a základem pro možnost dalšího zkoumání je vytvoření představy o důsledcích domácího násilí, oddělení představy o domácím násilí a obecném párovém násilí. Výsledky, které jsme hypoteticky naměřili, by mohly sloužit jako základ pro rozšíření osvětové činnosti a poukazování na závažnost problematiky a vyvrácení představy, že odchodem z patologického vztahu veškeré možné problémy končí. Právě naopak, *odchodem to nekončí*.

Závěr

Téma domácího násilí můžeme vnímat jako multioborovou problematiku, která v sobě pojímá jak aspekty psychologie, tak sociální práce, práva, ale i medicíny. Pokud bychom chtěli o tématu mluvit skutečně komplexně, bylo by zapotřebí se mu věnovat mnohem rozsáhleji a mohli bychom do něj zahrnout aspekty rodinných a partnerských vztahů, kde bychom mohli sledovat z psychologického hlediska osobnost jedince a jeho vývoj v rodinném systému, sledovat možnosti a příčiny vzniku patologií, které by potenciálně mohly vést k domácímu násilí v jakékoliv jeho formě. Mohli bychom sledovat osobnost jedince a jeho nebo její navazování partnerského vztahu, mohli bychom se ptát na otázky, proč si vybíráme určité partnery a proč vstupujeme do vztahů, které by s určitým odstupem a nadhledem byly vnímány z dlouhodobého hlediska jako patologické. Mohli bychom sledovat příčiny vzniku domácího násilí v kontextu společenském, historickém, psychologickém, antropologickém. Dále bychom se mohli zabývat samotným domácím násilím jakožto procesem opět z pozice sociální práce nebo práva, z pozice důsledků domácího násilí v kontextu právních otázek a sociálně-právních otázek. Mohli bychom se věnovat domácímu násilí v celém rodinném systému, tedy nejenom mezi intimními partnery, ale i mezi dětmi, seniory a dalšími příslušníky celého rodinného systému. Mohli bychom se věnovat terapeutické práci s rodinou, problematice soužití obětí v azylových domech atd.

Bakalářská práce na téma „Deprese a posttraumatická stresová porucha jako důsledek domácího násilí“ se zaměřuje pouze na malou výseč, která je s problematikou spojená, vymezuje základní představy o domácím násilí, seznamuje čtenáře s pojmem domácího násilí primárně z důvodu, že samotný pojem je často nepochopený a plete se s pojmem „párové násilí“. Cílem práce bylo doopravdy nastavit rámec domácímu násilí, vzhledem k tomu, že se s ním pojí naprosto jasná a definovatelná kritéria, na základě kterých můžeme odhalit potenciální osoby, které jsou ohroženy domácím násilím, nebo už jsou skutečnými oběťmi. Práce se dále zabývala vybranými klinickými důsledky domácího násilí s důrazem na depresi a posttraumatickou stresovou poruchu, vzhledem k tomu, že na základě výzkumů, které byly provedeny, jsou právě tyto dva důsledky jedny z nejčastějších, se kterými se oběti mohou potenciálně setkat a které mohou negativně a výrazně zhoršit kvalitu jejich života už tak plného nepříjemných událostí spojených s odchodem od násilného partnera, tedy agresora.

Domácí násilí je spojeno se základními specifiky, které je odděluje od partnerského násilí, jde primárně o kontrolu a nerovné rozložení moci ve vztahu. Pokud se setkáváme s partnerským násilím, můžeme mluvit o vztahu, kde konflikty vznikají na obou stranách, kde ani jeden

nemá absolutní převahu moci nad druhým. V případě domácího násilí drží agresor absolutní moc nad obětí a uplatňuje ji buď některou z forem násilí, nebo je kombinuje – jde o formy v podobě fyzického, psychického, emocionálního, sociálního, ekonomického nebo sexuálního násilí. Domácí násilí má svůj charakteristický průběh, který nám pomáhá lépe uchopit rizika vztahu, definovat a ohraničit situace, ve které se osoba ohrožená domácím násilím nachází, a dát příležitost predikovat, kam by dále mohl takový patologický vztah směřovat.

V momentě, kdy se takové oběti domácího násilí podaří vztah ukončit a opustí agresora, situace se automaticky nemusí zlepšit. Cesta, kdy se oběť musí postavit na vlastní nohy, může mít spoustu překážek, např. v podobě důsledků viktimizace, kdy je oběť primárně ohrožena posttraumatickou stresovou poruchou, která se může objevit do šesti měsíců od ukončení násilného vztahu. Druhou překážkou v kontextu klinických důsledků domácího násilí může být rozvoj a propad do deprese, který na základě výzkumů postihuje více oběti až po jednom roce od ukončení násilného vztahu.

Nadějí a zároveň opěrným bodem pro oběti je, že v dnešní době existuje celá řada center a specializovaných pracovišť soustředících se na tuto problematiku vybavených specialisty, kteří umějí poskytnout následnou péči osobám, jež odešly ze vztahu vykazujícího patologické znaky.

I přes řadu pracovišť, které pomáhají osobám ohroženým domácím násilím nebo jeho obětím se postavit na vlastní nohy, dlouhodobá péče o psychické zdraví je zatím spíše raritou. Krátkodobé intervence nebo krizové intervence, případně práce s traumaty jsou sice obětem poskytovány, nicméně práci s osobností je třeba pojímat mnohem komplexněji. Bohužel existuje velké riziko, že se oběť k násilnému partnerovi vrátí, protože i přes své chování je agresor někdo, koho oběť důvěrně zná a často je na něj emocionálně velmi hluboce fixována. Je třeba si uvědomit, že proces odpoutání se od agresora je dlouhodobý a komplexní, je třeba během něho usilovně pracovat na získání nadhledu nad danou situací, odhalovat nežádoucí vzorce chování, které mohou negativně přispívat například k výběru nových, dalších nebo jiných potenciálních partnerů.

Seznam použité literatury

- Arroyo, K., Lundahl, B., Butters, R., Vanderloo, M., & Wood, D. S. (2017). Short-term interventions for survivors of intimate partner violence: a systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 18*(2), 155-171.
- Barber, C. F. (2008). Domestic violence against men. *Nursing Standard (through 2013), 22*(51), 35.
- Bednářová, Z., Macková, K., Wünschová, P., Bláhová, K. (2009). *Domácí násilí: zkušenosti z poskytování sociální a terapeutické pomoci ohroženým osobám*. Praha: Acorus.
- Carbone-López, K., Kruttschnitt, C., & Macmillan, R. (2006). Patterns of intimate partner violence and their associations with physical health, psychological distress, and substance use. *Public health reports, 121*(4), 382-392.
- Castonguay, L. G., Oltmanns, T. F. (2013). *Psychopathology – from science to clinical practice*. New York: Guilford Publications.
- Craven, Z. (2003). *Battered woman syndrome*. Australian Domestic & Family Violence Clearinghouse.
- Čírtková, L., Ptáček, R., & Žukov, I. (2010). Aktuální otázky domácího násilí v soudně znalecké praxi. *Čes a slov psychiat, 106*(4), 234-238.
- Čírtková, L. (2008). *Moderní psychologie pro právníky*. Praha: Grada Publishing as.
- Du Plat-Jones, J. (2006). Domestic violence: the role of health professionals. *Nursing Standard (through 2013), 21*(14-16), 44.
- Dufková, I., Zlámal, J. (2005). *Domácí násilí se zaměřením na problematiku obětí*. Praha: Střední policejní škola Ministerstva vnitra, Středisko pro výchovu k lidským právům a profesní etiku.
- Dutton, D. G. (2006). *The abusive personality: Violence and control in intimate relationships*. New York: Guilford Press.
- Dutton, M. A. (1996). Critique of the “battered woman syndrome” model. *National Electronic Network on Violence Against Women*.

Duxbury, F. (2006). Recognising domestic violence in clinical practice using the diagnoses of posttraumatic stress disorder, depression and low self-esteem. *Br J Gen Pract*, 56(525), 294-300.

Gjuričová, Š., Kocourková, J., Koutek, J. (2000). *Podoby násilí v rodině*. Praha: Vyšehrad.

Hanganu, B., Crauciuc, D., Petre-Ciudun, V., Velnic, A. A., Manolescu, I., & Ioan, B. G. (2017). Domestic Violence in the Postmodern Society: Ethical and Forensic Aspects. *Postmodern Openings/Deschideri Postmoderne*, 8(3).

Hester, M., & Westmarland, N. (2006). Domestic violence perpetrators. *Criminal Justice Matters*, 66(1), 34-35.

Hester, M., Ferrari, G., Jones, S. K., Williamson, E., Bacchus, L. J., Peters, T. J., & Feder, G. (2015). Occurrence and impact of negative behaviour, including domestic violence and abuse, in men attending UK primary care health clinics: a cross-sectional survey. *BMJ open*, 5(5).

Holzworth-Munroe, A., Smutzler, N., & Sandin, E. (1997). A brief review of the research on husband violence: Part II: The psychological effects of husband violence on battered women and their children. *Aggression and Violent Behavior*, 2(2), 179-213.

Chang, E. C., Kahle, E. R., & Hirsch, J. K. (2015). Understanding how domestic abuse is associated with greater depressive symptoms in a community sample of female primary care patients: Does loss of belongingness matter?. *Violence against women*, 21(6), 700-711.

Johnson, D. M., Zlotnick, C., & Perez, S. (2011). Cognitive behavioral treatment of PTSD in residents of battered women's shelters: Results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(4), 542.

Kubany, E. S., Hill, E. E., & Owens, J. A. (2003). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: Preliminary findings. *Journal of traumatic stress*, 16(1), 81-91.

Levine, P. A., & Frederick, A. (2002). *Prebúdzanie tigre-liečenie traumy: vnútor nás chopnosť transformovať zaplavujúce zážitky*. Košice: Občianske združenie Pro Familia.

Llorens, N. G., Salis, K. L., O'Leary, D. K., & Hayward, J. (2016). A focus on the positive: reasons for not engaging in physical aggression against a dating partner. *Journal of family violence*, 31(1), 75-83.

- Loseke, D. R., Gelles, R. J., & Cavanaugh, M. M. (Eds.). (2005). *Current controversies on family violence*. United States: Sage Publications, Inc..
- McCann, I. L., Sakheim, D. K., & Abrahamson, D. J. (1988). Trauma and victimization: A model of psychological adaptation. *The Counseling Psychologist*, 16(4), 531-594.
- Mertin, P., & Mohr, P. B. (2000). Incidence and correlates of posttraumatic stress disorder in Australian victims of domestic violence. *Journal of Family Violence*, 15(4), 411-422.
- Pence, E. & Paymar, M. (1993). *Education groups for men who batter: The Duluth model*. New York: Springer Publishing Company.
- Pikálková, S., Podaná, Z. & Buriánek J. (2015). *Ženy jako oběti partnerského násilí: sociologická perspektiva*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Powell, P., & Smith, M. (2011). *Domestic violence: An overview*. Nevada: University of Nevada Cooperative Extension.
- Praško, J., Hájek, T., & Preiss, M. (2002). *Posttraumatická stresová porucha a jak se jí bránit*. Praha: Maxdorf.
- Praško, J., Prašková, H. & Prašková, J. (2003). *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál.
- Randle, A. A., & Graham, C. A. (2011). A review of the evidence on the effects of intimate partner violence on men. *Psychology of men & masculinity*, 12(2), 97.
- Riggs, D. S., Caulfield, M. B., & Street, A. E. (2000). Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of clinical psychology*, 56(10), 1289-1316.
- Schiraldi, G. R. (2009). *The post-traumatic stress disorder sourcebook: A guide to healing, recovery, and growth*. New York, NY: McGraw – Hill.
- Schneider, R., Burnette, M. L., Ilgen, M. A., & Timko, C. (2009). Prevalence and correlates of intimate partner violence victimization among men and women entering substance use disorder treatment. *Violence and victims*, 24(6), 744.
- Ševčík, D., & Špatenková, N. (2011). *Domácí násilí: kontext, dynamika a intervence*. Praha: Portál.

- Vargová, B., Pokorná, D., & Toufarová, M. (2008). *Partnerské násilí*. Praha: Linde.
- Walker, L. E. (2006). Battered woman syndrome. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1087*(1), 142-157.
- Williams, C., Richardson, D. S., Hammock, G. S., & Janit, A. S. (2012). Perceptions of physical and psychological aggression in close relationships: A review. *Aggression and Violent Behavior*, *17*(6), 489-494.
- World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: World Health Organization.
- Yllö, K., & Bograd, M. (Eds.). (1988). *Feminist perspectives on wife abuse*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Zlotnick, C., Capezza, N. M., & Parker, D. (2011). An interpersonally based intervention for low-income pregnant women with intimate partner violence: a pilot study. *Archives of women's mental health*, *14*(1), 55-65.