<http://www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=2&clanek=912>

sp Sociální práce publicistika k číslu 6/2016

Sociálna práca

**Expertiza z výzkumů dalších příčin domácího násilí**

**Úvod**

Při hodnocení výsledků z výzkumů další příčiny domácího násilí nejprve začnu zkušenostmi. Z desetileté praxe při poradenství obětem tohoto fenoménu přes „Evinu schránku“ jsem se nejednou setkávala s těmi, jež u partnera nedokázaly určit žádný důvod, proč je vlastně týrá. Nehrál zde roli alkohol či jiná závislost, patologická žárlivost, sociálně znevýhodněné prostředí ani psychiatrická diagnóza a násilí nemělo viditelné ukazatele v bazální rodině partnerů obětí. Co se týká formy, kterou tito násilníci praktikovali, většinou šlo o psychický   
a ekonomický teror, jenž má svými důsledky na zdraví stejnou nebezpečnost. Netřeba připomínat, že neustálé psychické vypětí ovlivňuje vznik vážných onemocnění, včetně psychologické paralýzy, která se u obětí často vyskytuje. Fyzická agrese pachatelů nebyla   
v nejhrubší podobě s použitím zbraní, nožů aj. Nejčastěji to byly facky, razantní odstrkování, což při větší intenzitě může také způsobit nemalé zdravotní ublížení. Někdy docházelo   
k internaci a izolaci obětí, ničení jejich věcí, odebrání darovaných předmětů. Konativitu těchto agresorů vždy navrch provázely hanlivé urážky, nadávky, ponižování, zesměšňování, často s extrémním verbálním vyhrožováním.

Získané zkušenosti mě dovedly k úvaze, zda u domácího násilí nemohou být i jiné než dosud popisované příčiny. Pomohla mi v tom také etopedie, což byl jeden z předmětů na Katedře sociálních studií a speciální pedagogiky Technické univerzity Liberec, kterou jsem absolvovala v červnu 2015. Celkově se mi začala skládat mozaika, jež se v provedených výzkumech potvrdila s plnou validitou. Zjištěnou příčinu lze při včasné odborné péči úspěšně léčit, více zde ještě upřesním.

**Výzkumy k syndromu ADHD a komorbidních poruch**

V prvním výzkumu v roce 2013 jsem se zabývala poruchou opozičního vzdoru, kdy jsem došla k závěru, že se může na páchání domácího násilí příčinně podílet. V roce 2015 jsem druhý výzkum rozšířila o syndrom ADHD (Attentition Deficit Hyperactivity Disorder – porucha pozornosti s hyperaktivitou), u něhož se porucha opozičního vzdoru mnohdy vyskytuje komorbidně, tedy jako souběžně se vyskytující porucha. Druhý výzkum validně potvrdil, že perzistence negativních povahových rysů souvisejících s ADHD a jeho komorbidních poruch může být při páchání domácího násilí zásadním činitelem. Dle rešerší   
u nás a v zahraničí nikdo tuto vzájemnou provázanost nespojil ani blíže nespecifikoval. Symptomy zmíněných poruch jsou patrné již v předškolním a školním věku, a čím dříve jsou odborně podchyceny, šance na vyléčení je velká.

V odborných studiích bývá prezentováno, že k perzistenci negativních rysů dochází ve 40 až 60 procentech, britské studie dokonce uvádějí 80 procent. Ačkoli neznamenají nejčastější příčinu domácího násilí, počet pachatelů, u kterých jsou spouštěčem násilí, není zanedbatelný. Výsledné číslo se u nás nedá exaktně určit, proto k této skutečnosti cituji z výzkumů prof. Drtílkové: *V České republice tvoří dospělí jedinci s hyperkinetickou poruchou do značné míry „larvovanou“ skupinu, která vzhledem ke specifické psychopatologii přesahuje čistě medicínskou oblast a zasahuje též do oblasti negativních sociálních jevů* (Drtílková, et al. 2009, s. 6).

Ze svých výzkumů nemám v úmyslu generalizovat, že každý pachatel domácího násilí  
v dětství prodělal zmíněný syndrom či poruchy, nebo že u každého došlo k přetrvávání negativních rysů. Je třeba zdůraznit, že mezi nejčastější precipitory k týrání osob ve společném obydlí patří alkohol, závislost na drogách či jiných psychotropních látkách, a to včetně gamblerství, které je v naší republice velmi rozšířené. U povahových rysů pachatelů mají význam další faktory, patří k nim genetické dispozice, rodinné prostředí, ontogenetický vliv v souvislosti s psychickými aspekty, kam lze zařadit i nezvládnutou separační fázi. Z této pestré škály nelze vynechat ani převzaté modely chování, odpozorovanou komunikaci, vědomě i nevědomě zafixované vzorce jednání. Nelze opomenout psychiatrické diagnózy, emoční poruchy, psychosociální postoje a vlastnosti, jež se mohou v průběhu života tlumit, nebo naopak rozvíjet. Patří k nim také tendence k hegemonii s neoprávněným zneužíváním moci nad oběťmi, což někdy souvisí i s genderovou optikou. Pro celek symptomů je nutné vycházet z předpokladu, že řada spouštěčů se často vyskytuje v různých kombinacích a jen málokdy sama o sobě. Chci ještě doplnit, že syndrom ADHD, porucha opozičního vzdoru   
a hyperkinetická porucha chování nejsou řazeny do vážných psychiatrických diagnóz.   
V druhém výzkumu jsem se zaměřila i na výsledky některých geneticko-molekulárních studií našich špičkových odborníků, např. prof. MUDr. Ivany Drtílkové, CSc., nebo prof. MUDr. Ivo Paclta, CSc., který zjistil, že u pacientů s ADHD a nesocializovanou poruchou chování byla snížena DBH plazmatická aktivita. Nepřímo koreluje s hyperkinetickým syndromem  
u dětí (Galvin, et al. in Paclt 2009, s. 71). Pro upřesnění uvádím, že DBH je enzym, jenž se   
v mozku vyskytuje s různou aktivitou.

**Faktory vzniku zkoumaných poruch a komparace**

Pro vznik poruchy opozičního vzdoru může být faktorem rozvod rodičů. Dle statistik se u nás rozvádí téměř každé druhé manželství a domácí násilí zažívá každá čtvrtá až třetí žena. Tyto alarmující bilance jsou v naší zemi současnou realitou. Na každé dítě, zejména v mladším věku a vývoji, mají závažný dopad. Z etopedie cituji: *U poruchy opozičního vzdoru se často vyskytuje rozbitý domov, nevhodné a nestimulující sociální prostředí, selhávání ve škole* (Pešatová 2006, s. 39). Lze tedy říci, že vznik této poruchy může ovlivnit rozbitý domov. Cituji: *Obecná charakteristika: tato diagnostická kategorie se užívá u poruch chování mladších školáků ve věku do deseti let. Porucha opozičního vzdoru převažuje u chlapců   
a bývá spojena s hyperkinetickou poruchou. Většina jedinců přechází s věkem do nesocializované poruchy chování, část může přejít i do socializované poruchy chování a malé procento dětí nemá v adolescenci s chováním problémy* (Pešatová 2006, s. 39).

Porucha opozičního vzdoru mě vzhledem k pachatelům domácího násilí zaujala. Začala jsem se na ni dívat z širšího úhlu, respektive na možné následky. Do kritérií k této poruše patří: útočnost (hlavně verbálního charakteru), neovladatelnost, zlostnost, vyhrožování, trápení druhého a obviňování za své chyby, ponižování, zesměšňování, chování bez respektu vůči druhému s podrýváním autority, častá opozice i k nepodstatným věcem, nepřizpůsobivost, neschopnost odolávat běžnému napětí, hrubost, extrémně vulgární vyjadřování, neochota   
a nezájem spolupracovat, provokativní chování, častá msta za cokoli. V odborné literatuře bývá porucha opozičního vzdoru uváděna v koexistenci s diagnózou ADHD   
a hyperkinetickou poruchou chování. Výskyt má výraznou převahu u chlapců a pro budoucnost se jedná o poruchu s horší prognózou. Incidence ADHD je v dnešní době vysoká s neustálým nárůstem. Parafrázuji z knihy prof. Paclta, kde je uvedena Barkleyho tabulka   
o komorbidních poruchách u ADHD. Opoziční porucha chování zde má největší četnost výskytu, a to 40–70 %. Bývá u ní také uváděn předpoklad ke vzniku nesocializované poruchy a podle odborníků je porucha opozičního vzdoru její předzvěstí (Paclt 2007, s. 69).

Nesocializovaná porucha má tyto hlavní rysy: útočnost i vůči zvířatům, zakládání ohně, ničení majetku, časté krádeže, málo přátel, projev izolace a neoblíbenost. Jenže mnoho agresorů domácího násilí s nimi kromě útočnosti vůči oběti nemá nic společného. Nejčastěji se prezentují společensky, sympaticky, netrpí nedostatkem přátel, nejsou v izolaci, ve velké většině se stávají oblíbenými a nikdo by do nich nic špatného neřekl. Taková je komparace symptomů nesocializované poruchy s poruchou opozičního vzdoru směrem k pachatelům domácího násilí.

Při kontaktu s jedinci, u nichž porucha opozičního vzdoru vznikla, je těžké ji vždy rozpoznat. Sami odborníci uvádějí, že při prvním vyšetření se nemusí nic zjistit. Jen oni ji ale mohou diagnostikovat, stejně jako syndrom ADHD, aby byla správně posouzena specifikace všech kritérií. Např. kognitivní impulzivita se zcela liší od vznětlivosti, která je typická pro ADHD. Diferenciace je nutná u charakteru temperamentu, protože se odlišuje od impulzivity, jež také patří k syndromu ADHD. Zjistit v dospělém věku perzistenci negativních rysů poruchy opozičního vzdoru je náročné, jedinci ji mohou už umět mistrně zastírat, obzvláště když potřebují udělat co nejlepší dojem (např. u znaleckých posudků týkajících se svěření dítěte do péče). V dospělosti se vždy mnohem méně vyskytuje bezprostřední autentický projev, který je u dětí přirozený. Všechny tyto skutečnosti mohou mít vliv, proč na začátku intimního vztahu nevidí na svých partnerech nic zlého ani potenciální oběti, a pokud ano, ve stadiu zamilovanosti tomu nepřikládají význam. Většinou o partnerech nevědí, zda v dětství či dospívání prodělali některou ze zkoumaných nebo jiných poruch.

Je-li z důvodu poruchy opozičního vzdoru dítě v lékařské evidenci, jakmile u něj dojde ke zletilosti, nebývá již dále sledováno. Statistické zjišťování této poruchy u dospělých je pro nezměrnou latenci nejen obtížné, ale těžko realizovatelné. Ne vždy se jedinec do péče odborníka dostane, kolikrát nikoli včas a někdy vůbec. Rodiče si často neuvědomí, nebo raději nepřipustí, že se u jejich potomka může jednat o poruchu. Myslí si, že dítě ze vzdorů, impulzivity či agresivity nakonec vyroste, o žádných následcích neuvažují. U vážných osobních problémů, jakým je rozvod nebo domácí násilí, nemají také rodiče vždy kapacitu přivést dítě do odborné péče. I toto jsou aspekty problémů, a celkově jich není málo, co volají po profesní pozici školské sociální práce, která je pomáhá řešit, aby nepřetrvávaly   
a nepodepisovaly se na školním prospěchu a vývoji.

**Osvěta rodičům**

Je nutná opakovaná osvěta, jež by rodiče upozorňovala, že je třeba při vývoji dítěte nic nepodceňovat, nepřehlížet. Horší situace je v rodinách ve znevýhodněném sociálním prostředí, tam se již často prvky nežádoucího chování vyskytují, a ty další se v nich snadno ztratí. Všichni rodiče by měli být co nejvíc informováni, že čím dříve se problém   
u jejich potomků dostane do odborné péče, tím je větší šance na uzdravení nebo výrazné zlepšení. Cituji: *Přáli bychom si, aby tato publikace přinesla užitečné informace jak odborníkům, tak rodičům hyperkinetických dětí, aby v ní našli argumenty pro zahájení včasné, komplexní léčby, která by zlepšila prognózu a dlouhodobé perspektivy u této poruchy* (Drtílková, et al. 2007, s. 12).

V knize *Poruchy pozornosti a hyperaktivita* intenzivní výzkumy explicitních diagnostických kritérií shrnují, že ADHD je dle *Index Medicus* nejcitovanější dětskou poruchou*.* V Británii   
a jinde v Evropě ji považují za poruchu s biologickou příčinou, kterou lze úspěšně léčit (Munden 2002, s. 12). Parafrází ze stejné knihy uvádím, že počty případů ADHD výrazně rostou a u některých osob příznaky přetrvávají do dospělosti (Munden 2002, s. 105). Tato fakta potvrzují nutnost většího zaměření k těmto poruchám, a to hlavně na jejich prevenci. Primární až terciární prevence je kromě jiného stěžejní náplní školské sociální práce.

**Deskripce druhého výzkumu a sumarizace výsledků**

Rámcová idea předlohy k druhému výzkumu vyplývala z faktu, že u syndromu ADHD bývá řada komorbidních poruch. Pokud měli někteří pachatelé domácího násilí v dětství poruchu opozičního vzdoru nebo hyperkinetickou poruchu chování, jež se často souběžně vyskytují   
s ADHD, zvažovala jsem, že negativní projevy, které k nim patří, mohou přetrvávat a být přímou příčinou k týrání druhého.

Účel a smysl mých výzkumů má v podtextu prevenci sociálně nežádoucích jevů, do kterých nesporně domácí násilí patří. Sběr dat s využitím delfské metody proběhl ve dvou kolech formou šesti otázek e-mailovou korespondencí, vyjma odborného konzultanta prof. MUDr. Paclta, CSc., který na ně odpověděl osobně a dovolil je zveřejnit. Po prvním kole experti obdrželi podrobnou analýzu svých odpovědí, jež podnítila dotazy pro druhé, závěrečné kolo. S výzkumnou otázkou byl propojen výzkumný problém, zda perzistence negativních rysů ADHD, poruchy opozičního vzdoru a hyperkinetické poruchy chování, čili komorbidních poruch nemůže znamenat zásadní příčinu k týrání osob ve společném obydlí. Výzkumná otázka č. 6 z prvního kola se exaktně týkala impulzivity vyskytující se u syndromu ADHD   
a uvedených poruchách, kdy se dotazovala, jestli se při perzistenci může měnit do agresivity, která je příčinou páchání domácího násilí. Dvanáctičlenný tým oslovených expertů, skládající se z našich nejvýznačnějších odborníků, se v kladných odpovědích absolutně shodl. Danému předpokladu potvrdil 100% platnost.

Výsledek výzkumu znamená, že do příčin páchání domácího násilí lze relevantně zařadit také perzistenci negativních rysů syndromu ADHD a jeho komorbidních poruch. Potvrzená příčina je však jen další z mnoha a u příčin nelze nikdy vyloučit vzájemnou kombinaci. Parafrázuji, že při zjišťování diagnózy se symptomy dělí na specifické a nespecifické. U dítěte je vznik symptomů vývojový proces s genetickými, situačními a sociálními aspekty. Sociální kontext je ale vždy první diagnostickou kategorií, má velkou roli ohledně kontinuity a diskontinuity vývoje chování, proto je kontextem zásadním (Hort, et al. 2000, s. 111).

Otázky v druhém kole byly více zaměřeny na prevenci, jež se dotýká i sociální práce   
u pomoci obětem domácího násilí. Z publikace Ševčíka volně uvádím, že rezoluce Rady Evropy z roku 2010 zahrnuje k těmto přímým obětem i děti. Jestliže jsou jejich matka nebo jiní z rodiny obětí tohoto fenoménu a dítě je svědkem, jde u něj o formu psychického týrání, které má vážné následky na jeho vývoj (Ševčík 2011, s. 18–19). Otázka č. 3 se týkala větší osvěty rodičům, kteří někdy problém u dětí přehlédnou, nebo z různých důvodů nedokážou řešit. Experti odpověděli 100% ano. Z toho vyplývá, aby rodiče dostávali více informací   
a podnětů. Otázka č. 5 byla zaměřena k cílenější prevenci, jež vždy předchází sociálně patologickým jevům. U expertů opět došlo na 100% shodu. V prevenci je zásadou, aby se každý při zhoršeném osobnostním vývoji či sociálně nevhodných projevech dostal k odborné péči a pomoci co nejdříve. I k tomu pomáhá profesní pozice školské sociální práce svým širokým potenciálem a přesahem za školu. U vzdělávání a rozvoje žáků má ve světě prokázanou úspěšnost, tak věřme, že k tomu dojde i u nás.

V sumarizaci výsledků lze říci, že experti potvrdili všechny uvedené hypotézy, celkově výzkum dopadl nadmíru kladně, a to nejen u validity další příčiny páchání domácího násilí, ale nutné osvěty, včasné léčby a prevence.

**Prevence i z jiného soudku**

Problematika domácího násilí si zaslouží, aby se prevence řešila komplexně, proto je třeba poskytovat dostupnou terapii či jinou pomoc také násilníkům. Nezbytná je racionální   
a logická reflexe – bude-li méně násilníků, bude méně obětí domácího násilí.

Na pomoc agresorům by se kromě léčby mělo koncepčně rozvíjet více komunikačních programů, ať s možností mediace, probace, kurzů, školení. Každá prevence má význam,   
a když se ji nepodařilo zajistit v dětství, má smysl i později. Důležitá je motivace pachatelů, aby na sebe vzali za násilné chování odpovědnost se všemi následky. V podmínečném odsouzení může soud stanovit podmínku absolvovat kurz ke změně chování, což je   
v zahraničí běžně praktikováno. I tam je ale kladen důraz na vlastní rozhodnutí   
k nápravě. K tomu by u nás měli být pachatelé domácího násilí více podporováni.

V České republice je také absence sociálních anamnéz, málo se zjišťuje, co agresoři jako děti zažili, zda u jejich rodičů došlo k rozvodu, domácímu násilí, v čem a jak vyrůstali. Dnešní víc než postmoderní svět na nás doslova chrlí všechno nové a netradiční. Axiologicky už vzešly   
a neustále vycházejí naprosto jiná měřítka, jež nemusejí vždy přinášet jen to dobré. Bez následků není ani vliv sekularizace, kdy se čím dál víc setkáváme s různými změnami   
u hodnot, respektu, postojů, percepcí, etiky a dalšího.

**Závěrečné zhodnocení a podněty**

Expertiza vyšla z plné validity uvedených výzkumů a stanovených předpokladů. Potvrzuje, že rys impulzivity vyskytující se u syndromu ADHD a jeho komorbidních poruch se při perzistenci může relevantně podílet na páchání domácího násilí, jinými slovy na násilí   
v rodině a intimních vztazích. Stejná validita je k větší osvětě rodičům a včasné léčbě zkoumaných poruch, aby se ubralo ze zdravotních dopadů na samotné jedince i na společnost, to vše expertiza potvrzuje.

Závěrem si autorka výzkumů dovolí pár podnětů. Platnost další příčiny páchání domácího násilí výrazně mění dosud předkládané fáze neboli cyklickou teorii násilí. Jestliže jde   
o pachatele, jenž páchá domácí násilí na základě uvedené příčiny, pokud se oběti omluví, přinese za své chování květiny, dárek – jen v tento okamžik má oběť moment klidu. Není ale pravou fází klidu, protože u jedinců s touto příčinou dojde klidně i za pět minut po omluvě   
k dalšímu afektivnímu stavu. Z něj na oběť znovu prýští urážky, verbální napadání a cokoli jiného, čímž ke skutečným fázím klidu nedochází. Lze uvést příklad: Pokud alkoholik nechodí každý den domů opilý, kdy je pod vlivem alkoholu agresivní, v době, kdy nepije, což může být i pár dní, oběť může předpokládat určitý časový úsek neboli onu klidovou fázi.   
U pachatelů násilí s uvedenou příčinou oběti žijí v permanentním napětí, kdy a co zas přijde. Z různých kazuistik je možné shrnout, že tito agresoři dokážou šmahem cokoli a všechno bezdůvodně zkazit, kdykoli zaútočit, zcela nepředvídatelně vyvolat dusnou atmosféru   
a k tomu ze všeho obvinit svou oběť.

U fenoménu domácího násilí, který legislativa řadí k trestným činům, je důležitá celostní pomoc obětem. Je třeba se zabývat všemi aspekty a možnostmi řešení. Pro prevenci jsou směrodatné i praktické zkušenosti. S lítostí je nutné říci, že ne vždy se při nich lze setkat se správným postupem, ale bohužel i opakem. Např. neochotou až odporem předávat obětem informace, aby při jakémkoli ohrožení vždy volaly policii. Zdraví a život nelze bagatelizovat, proto zde vyvstává regulérní otázka, jestli poskytování takovéto služby nemá vážnou inferioritu. Není-li hned od začátku plněn primární bezpečnostní plán, dochází také   
k derealizaci legislativního záměru. Na pomoc obětem domácího násilí probíhalo řadu let značné úsilí o právní úpravy a změny. Poté, když se nakonec podařily, „Bílý kruh bezpečí“ pečlivě proškoloval policii, jež má kompetenci násilníka vykázat. K vyhodnocení situace má policie různé metody, u nichž je hlavním cílem zajistit oběti bezpečí.

Eskalace násilí se totiž může vyhrotit kdykoli a z hlediska prevence je zásadní každou oběť informovat nebo jí připomenout, že při jakémkoli vážném ohrožení má hned zavolat policii. Pro větší ochranu obětí již téměř tři roky platí intenzivnější varianta, že policie je u domácího násilí oprávněna vykázat agresora zcela vždy, a bez ohledu na to, zda se jednáním dopustil trestného činu či nikoli. Tento postup je velká podpora obětem, aby se nebály na policii obrátit, byť stále ještě plno obav přetrvává a osud potom může být někdy krutý. Naštěstí je   
u nás mnohem víc kompetentních sociálních pracovnic, pracovníků a organizací, pro které je předávání informací k zajištění bezpečí a ochrany obětí prioritou, což je třeba kvitovat   
s povděkem. Jen tak se mohou snížit zdravotní a další dopady, jež mají značné konsekvence nejen pro oběti, ale pro každého, protože se promítají do celospolečenských ekonomických následků. A nám všem musí jít hlavně o to, aby všech následků bylo vždy co nejméně.

*Eva Hurychová*

**Seznam použitých zdrojů**

DRTÍLKOVÁ, I., et al., 2007. *Hyperkinetická porucha.* 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-419-5.

DRTÍLKOVÁ, I., et al., 2009. *Rizikové faktory u perzistentní formy hyperkinetické poruchy (ADHD). Longitudinální, klinická a molekulárně-genetická studie.* Praha: IGA MZ ČR, 2009.

HORT, V., et al., 2000. *Dětská a adolescentní psychiatrie.* 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-472-9.

MUNDEN, A., et al., 2002. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita.* 1. vyd. Portál. ISBN 80-7178-625-X.

PACLT, I., et al., 2007. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování.* 1. vyd. Portál. ISBN 978-80-247-1426-4.

PACLT. I., 2009. *Attention-deficit, Hyperactivity Disorder (ADHD) Biochemical, Genetic and Clinical Studies.* Prague: Charles University in Prague – Karolinum Press. ISBN 978-80-246-1640-7.

PEŠATOVÁ, I., 2006. *Vybrané kapitoly z etopedie – 1. díl. Klasifikace a diagnostika poruch chování.* 2. uprav. vyd. Liberec: TUL. ISBN 80-7372-087-6.

ŠEVČÍK, D., et al., 2011. *Domácí násilí.* 1.vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-690-2.