

Resilience rodiny

Bc. Michaela Kubešová

Diplomová práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Bc. Michaela KUBEŠOVÁ
Osobní číslo: H108465
Studijní program: N 7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika

Téma práce: Resilience rodiny

Zásady pro vypracování:

Zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálech IMS Metodika psaní odborného testu a výzkum v sociálních vědách (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů IMS Metodické pokyny pro vypracování bakalářské a diplomové práce (IMS 2009). Diplomová práce bude vypracována dle zásad vědecké práce a na základě studia odborné literatury. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena na:

- resilienci jako proces interakce mezi jedincem a prostředím které ho obklopuje
- na faktory které mohou mít pozitivní i negativní vliv při utváření resilience dětí a dospělých
- na možnosti intervenčních programů které mají za cíl ulehčit jedinci, který musí čelit těžkostem ve svém životě;

Součástí diplomové práce bude případová studie či podrobná analýza rodinné anamnézy jedince který je nucen zvládat závažnou životní událost. Cílovou skupinou budou klienti zařízení, které je zaměřeno na rodiny s dětmi které se ocitly v tíživé životní situaci.

Stručný obsah diplomové práce bude obsažen v Projektu diplomové práce.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Baštecká, B. (Ed.): Psychologická encyklopedie: Aplikovaná psychologie. Praha, Portál. 2009

Hoskvcová, S.: Psychická odolnost předškolního dítěte. Praha, Grada Publishing 2006

Kebza, V., Šolcová, I.: Hlavní koncepce psychické odolnosti. Československá psychologie, 52 (1), 1-19. 2008

Langmeier, J., Krejčířová, D.: Vývojová psychologie. Praha, Grada Publishing 2006

Matoušek, O.: Rodina jako instituce a vztahová síť. Praha, Sociologické nakladatelství 2003

Paulík, K.: Psychologie lidské odolnosti. Praha, Grada Publishing 2010

Satirová, V.: Kniha o rodině. Praha, Portál 1994

Sobotková, I.: Psychologie rodiny. Praha, Portál 2001

Šolcová, I.: Vývoj resilience v dětství a dospělosti. Praha, Grada Publishing 2009

Další literatura bude obsažena v Projektu diplomové práce a průběžně bude doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D.

Institut mezioborových studií

Datum zadání diplomové práce:

30. listopadu 2010

Termín odevzdání diplomové práce:

31. března 2012

V Brně dne 30. listopadu 2010



doc. Ing. Antonín Řehoř, CSc.
vedoucí ústavu



doc. PhDr. František Vizdal, CSc.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

MICHAELA KUBEŠOVÁ

Jméno, příjmení studenta

V Brně 31.3.2014

KUBEŠOVÁ

Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací.

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejmeně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá tématem resilience rodiny. Zaměřuje se také na rodinu z pohledu jednotlivých členů. Popisuje současnou rodinu a její fungování. Pokud rodina není funkční, mohou být její členové ohroženi negativními situacemi, jako je například násilí v rodině. Jedinec, který se setká s traumatizující událostí, jí může být poznamenán. Trauma může pomoci překonat terapeutická metoda EMDR, která je zde popsána.

Klíčová slova:

Rodina, funkce rodiny, resilience, rozvod, domácí násilí, posttraumatická stresová porucha,

ABSTRACT TERAPIE EMDR

This thesis deals with the issue of family resilience. It also focuses on the family from the perspective of the individual members. Describes the current family and its functioning. If the family does not work, its members may be at risk of adverse situations, such as family violence. An individual who meets the traumatic event, it can be marked. Trauma can help overcome therapeutic method EMDR, which is described here.

Keywords:

Family, family function, resilience, divorce, domestic violence, post-traumatic stress disorder, EMDR therapy

Děkuji Mgr. Dagmar Pitnerové Ph.D. za podporu, kterou mi poskytla při zpracování mé diplomové práce.

Dále bych ráda poděkovala rodině, se kterou jsem měla možnost spolupracovat, která mi svěřila svůj životní příběh, a tím mi umožnila lépe porozumět tématu.

Také děkuji všem, kteří podpořili při tvorbě této práce a děkuji své rodině.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 RODINA	12
1.1 RODINA JAKO SYSTÉM.....	14
1.2 ŽIVOTNÍ CYKLUS RODINY	15
1.3 DÍTĚ V RODINĚ	16
1.3.1 Dítě předškolního věku v kontextu rodiny.....	16
1.4 RODINNÉ FUNGOVÁNÍ	17
1.4.1 Funkční rodina	18
1.4.2 Dysfunkční rodina.....	19
1.5 RODINA S JEDNÍM RODIČEM.....	20
1.5.1 Neúplná rodina	20
1.5.2 Rozvod a rodina	21
1.5.3 Rozvod a dítě.....	22
2 RESILIENCE	25
2.1 POJEM RESILIENCE	25
2.1.1 Resilience a osobnost	26
2.1.2 Vulnerabilita.....	26
2.1.3 Faktory ovlivňující resilienci	27
2.2 RESILIENCE RODINY	29
2.2.1 Resilience dítěte předškolního věku.....	31
3 OHROŽUJÍCÍ SITUACE A JEJICH VLIV NA JEDINCE	34
3.1 NÁSILÍ V RODINĚ.....	34
3.1.1 Formy domácího násilí.....	35
3.1.2 Následky domácího násilí	36
3.1.3 Dítě jako svědek násilí v rodině	36
3.2 PSYCHICKÉ TRAUMA A DÍTĚ	37
3.2.1 Stres.....	37
3.2.2 Psychické trauma	39
3.2.3 Posttraumatická stresová porucha	40
3.2.4 Následky psychického traumatu pro dítě	41
3.2.5 Psychosomatické projevy.....	42
3.3 MOŽNOSTI TERAPIE TRAUMATU	43
3.3.1 Příklad terapeutické metody.....	44
3.3.2 Terapie EMDR.....	45
3.3.3 Fáze terapie EMDR.....	45
3.3.4 Princip terapie EMDR.....	48
II PRAKTICKÁ ČÁST	50
4 METODOLOGIE	51

4.1	CÍL VÝZKUMU	51
4.2	METODIKA VÝZKUMU	51
4.3	METODY SBĚRU DAT	52
5	PŘÍPADOVÁ STUDIE	54
5.1	OSOBNÍ ANAMNÉZA.....	54
5.2	RODINNÁ ANAMNÉZA.....	55
5.3	ZDRAVOTNÍ ANAMNÉZA	56
5.4	ŠKOLNÍ ANAMNÉZA	57
5.5	ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	58
	ZÁVĚR	61
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	63
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	69
	SEZNAM TABULEK.....	70
	SEZNAM PŘÍLOH.....	71

ÚVOD

Téma resilience rodiny mě zaujalo mimo jiné i tím, že jde o kategorii, která není tak všeobecně známá. Pojem resilience rodiny je v České republice rozpracováván asi od poloviny 90. let 20. století a to především v souvislosti s koncepcí tzv. rodinného stresu (Šolcová, 2009). Jde tedy o oblast velmi aktuální, pokud vezmeme v úvahu tzv. „krizi rodiny“.

Přestože téma resilience rodiny je velmi zajímavé, došla jsem při hlubším mapování této oblasti k názoru, že toto téma je ještě pořád velmi široké a že pro moji práci bude přínosnější téma zúžit. Po konzultaci s vedoucí práce se zaměřím spíše na resilienci rodiny, která je neúplná, která prochází krizí. Také mě bude zajímat, jaké situace mohou ohrozit neúplnou rodinu, jakým způsobem je možné dané problémy řešit. A to nejen na úrovni celé rodiny, ale i na úrovni jednotlivců, kteří tuto rodinu tvoří.

V této práci mě bude zajímat, zda resilience je dítěti daná, anebo jde spíše o proces, který může být ovlivňován. Na základě dosavadního studia se domnívám, že resilience přestává být odborníky postupně chápána jako stabilní jev, ale je popisována spíše jako jev proměnlivý a ovlivnitelný. To znamená, že jedinec či rodina nemusí být resilientní vždy, ve všech oblastech a za všech okolností. Také v různých vývojových etapách může být rodina resilientní více či méně.

Resilience se týká nejen dynamických procesů jedince v kontextu rodiny, ale také zahrnuje zdroje, které umožní jednotlivým členům rodiny nejen něco zvládnout a překonat, ale také se dál rozvíjet, pomáhat si a být silnější. A právě v této dynamice a neuzavřenosti procesu resilience vidím velkou naději i pro jedince, kteří se ocitnou ve složité, stresující či frustrující situaci.

Cílem teoretické části práce bude vymezení základních pojmů, jako je rodina, resilience, jaké jsou ohrožující situace pro rodinu i jednotlivce. Zaměřím se na to, jaké mohou být náročné životní situace v rodině, jakým způsobem je možné zvládnout traumatickou událost. Ve vztahu k praktické části vymezím jen některé situace, hlavně s ohledem na rozsah práce. Budu se věnovat otázce, jakým způsobem může ovlivnit jedince stresová či traumatická událost, co to obnáší, jaké následky mohou hrozit.

V praktické části se zaměřím na případovou studii. Ta by se měla stát příkladem teoretického konceptu a měla by ilustrovat vymezenou teoretickou část. Předmětem bude studie případu dítěte předškolního věku a to v kontextu jeho rodiny.

Případová studie bude usilovat o celistvé zpracování a uchopení příkladu vymezeného psychologického jevu. Jde o typ výzkumu, kde použiji několik metod kvalitativního výzkumu.

Zaměřím se rodinnou a osobní anamnézu a na konkrétní obtížnou životní situaci. Při sběru dat využiji metody z oblasti kvalitativních procedur jako zúčastněné pozorování, rozhovor a různé zdroje informací, jako odborná literatura, zprávy lékařů a jiných odborníků.

Úkolem tedy bude zjistit, co může ovlivňovat resilienci rodiny. Jakou roli hraje jednotlivec v resilienci rodiny? Jakým způsobem může dysfunkční rodina působit na životní situaci dítěte a na jeho odolnost? Vyvolává negativní životní zkušenost nenapravitelné a trvalé poškození? Je možné zažité trauma zpracovat takovým způsobem, aby dále jedince nehrožovalo v jeho vývoji?

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 RODINA

Historicky je rodina je považována za základní stavební jednotku společnosti a tento náhled se výrazně nemění. Co se mění, je kontext rodiny v současné společnosti, její stabilita. Definicí se v literatuře objevuje celá řada, s ohledem na prostor této práce zde nastíníme několik z nich.

Matějček rodinu definuje poměrně široce, říká, že: „*Rodina je malá společenská skupina založená na manželství či pokrevním příbuzenství. Její členové (muž a žena, rodiče a děti, sourozenci, příbuzní, adoptované osoby) jsou spojeni společným soužitím, vzájemnou morální odpovědností a vzájemnou pomocí. Rodina je nejdůležitější formou organizace soukromého života. Její formy a funkce však závisí na výrobně společenských vztazích a kulturní úrovni společnosti. Život rodiny je charakterizován specifickým spojením biologických, hospodářských, morálních, psychologických, právních a jiných procesů, v nichž se realizují jednotlivé funkce rodiny: reprodukční, ekonomická, výchovná, ochranná a další. Rodina zpětně působí na společenský život zvláště prostřednictvím výchovy mladé generace, ovlivňováním vývoje osobnosti členů rodiny a prací v domácnosti*“ (Matějček, 2000, s. 15)

V obecné rovině lze rodinu považovat za jednotku s vnitřním systémem, vlastní dynamikou a specifickými vztahy vůči venkovnímu prostředí. Je důležité brát rodinu nejen jako samostatný celek, ale vést v patrnosti vzájemné působení společenského prostředí a rodiny. Z psychologického hlediska rodinu definují ve svém psychologickém slovníku Hartl a Hartlová (2000). Zde je rodina charakterizována jako „*společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí*“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 181)

Pojem rodina je vymezen v Pedagogickém slovníku autorů Průcha, Walterová, Mareš (2003, s. 211) z hlediska jejího složení a šíře (a to od nukleární rodiny k širšímu příbuzenskému pojetí rodiny) a dále pak z hlediska funkcí, které by rodina měla zajišťovat (jako hlavní jsou popsány funkce socializační, sexuálně-reprodukční, ekonomická). Také jsou zde popsány specifické funkce, jako je vytváření emocionálního klimatu, předávání hodnot a formování hodnotové orientace, postoju, životního stylu. (Průcha, Walterová, Mareš 2003). Tyto specifické funkce hrají v životě jedince velkou roli, což bude ilustrovat i případová studie v empirické části práce.

Rodina je pojmána jako citově a vztahově koherentní jednotka, která je schopna svým členům poskytnout ochranu a odolávat vnějším tlakům. Tento tlak není stabilní, lze vysledovat různé etapy ve vývoji rodiny a také různé oblasti rodinného života, které mohou být citlivé či rizikové. (Vodáčková et al., 2007)

Tlak na rodinu i jednotlivé její členy může být nejen z vnějšku, ale rodinu také ovlivňují skutečnosti plynoucí z rodinného cyklu a jeho jednotlivých etap. Příkladem etapy, který má souvislost s obsahem této práce, je rodina s předškolním dítětem. V této etapě jde o vymezení prostoru pro jednotlivé členy rodiny, rodiče si ujasňují svoje role, dítě je uvedeno do institucionální péče. Soudržnost a klima v rodině je tedy vystavováno vyššímu tlaku z hlediska vývoje dítěte nebo dětí, ale třeba i krizí v manželském životě rodičů. (Vodáčková et al., 2007)

Rodina také velmi významně přispívá k utváření sebepojetí jedince, které následně ovlivňuje jeho osobnost. Dítě v rodině získává zkušenost s druhými lidmi a na základě těchto zkušeností pak dítě na sebe pohlíží. Dále rodina funguje coby prostředí reálné (prostředí přizpůsobené běžným potřebám jedince), ale také zároveň lze v rodině spatřit i modelové prostředí, ve kterém si dítě osvojuje a ověřuje základní vzory způsobu života pro svoji budoucnost mimo původní rodinu. (Balcar, 1991)

Z hlediska vývojových etap rodiny je pro tuto práci zásadní období, kdy rodina má vychovávat malé dítě či děti. Tato vývojová etapa rodiny v sobě nese mnoho podstatných vývojových milníků, a tedy i potencionálně krizových okamžiků. (West, 2002)

Pro rodinu může být toto období kritické, protože je zde nakumulováno několik podstatných životních změn a stresových situací v poměrně malém časovém období. Rodiče se setkávají s příležitostmi ke svému osobnímu růstu, ale zároveň vychovávají malé děti a současně jsou konfrontováni s nutností se vyrovnat se svou rodičovskou rolí a přijmout zodpovědnost za budování podmínek pro zdravý a mnohostranný rozvoj dítěte. (Lacinová, 2002)

1.1 Rodina jako systém

V literatuře lze vysledovat několik různých pohledů na rodinu. V současné době jde většinou o pohled na rodinu jako na celý systém. Tento přístup umožňuje rodinu chápat v celé složitosti jejího fungování.

Koncepci rodiny jako systému se z pohledu psychologického poradenství věnuje Matějček (1992). Tuto koncepci popisuje jako systém, jehož prvky nejsou jednotliví lidé sami o sobě, ale jedinci ve vzájemných interakcích a vztazích. Mluví o sítích vztahů a systém považuje za něco víc, než jen za součet jeho prvků. Rodinu je tedy vhodné poznávat nejen na základě znalosti jednotlivců, ale je nutné mít na paměti, že chování každého jednotlivce v rodině, ovlivňuje všechny ostatní. (Matějček, 1992)

Systém má i své subsystémy, které jsou zpravidla dány generační příslušností, postavením v rodině, někdy i specifickými povahovými charakteristikami nebo specifickými zátěžemi, které jednotliví členové do rodiny vnášejí. (Matějček, 1992). Mezi důležité subsystémy rodinného systému lze zahrnout: partnerský subsystém, subsystém rodič – dítě, sourozenecký subsystém. Tyto subsystémy se v průběhu vývoje rodiny i jednotlivců mohou měnit, případně se ustavují i jiné subsystémy či koalice. Je tedy důležité se na rodinu dívat jako na dynamicky se měnící systém, který je v neustálém pohybu a vývoji. Jednotlivec může být součástí několik rodinných subsystémů. Role v nich jsou odlišné, mohou být do různé míry uspokojivé. Zároveň jsou však vzájemně propojeny interakcemi a hrají svou roli v udržování rovnováhy rodinného systému. (Sobotková, 2007)

Také Plaňava (1994) vymezuje pojem rodiny jako strukturovaný celek, systém, přičemž jeho smyslem, účelem a náplní je utvářet bezpečný a stabilní prostor pro sdílení, reprodukci či produkci členů rodiny. Dění v rodině charakterizuje podle její struktury a organizace, její dynamiky její intimity a postojů k životním hodnotám. Tyto rodinné komponenty jsou vzájemně propojeny, tudíž každá vývojová či situační změna v rodině vyvolá reakci ve všech těchto komponentech (Plaňava, 1994). Lze říci, že systémový přístup postupuje od sociálního kontextu, a tedy od celostně pojímané rodiny, k jejím jednotlivým členům (Plaňava, 2000)

Plaňava (2000) dále navrhuje pojem systémově-interakční paradigma, aby zdůraznil zaměřenost na interakce v rodině, zejména na komunikaci, kterou považuje za jeden z ústředních procesů, který ovlivňuje rodinné fungování.

Pohled na rodinu jako na systém poukazuje na rodinné vzorce chování, na opakující se komunikační výměny a na rodinné interakce. Právě tyto rodinné interakce jsou mnohými odborníky považovány za podstatu rodinného systému. V závislosti na tom, do jaké míry jsou tyto rodinné interakce funkční, je pak rodina stabilní, odolná. Není tedy zásadní jaké množství či jakou závažnost mají problémy rodiny, ale jde spíše o to, jaká je reakce rodiny na tyto problémy. Jde spíše o to, jak rodina reaguje na problémy, v jakém rozsahu a jak tato reakce poškozuje nebo znemožňuje fungování rodiny. (Sobotková, 2007)

Z uvedeného vyplývá, že jakékoliv dění v rodině, ať v pozitivním či negativním směru, ovlivňuje jak jedince, tak rodinu jako celek.

1.2 Životní cyklus rodiny

Nejen jedinec prochází vývojem, který má své zákonitosti, ale i rodina prochází vývojovými fázemi. A také rodina není statická jednotka, ale mění se v čase a zároveň se proměňuje i její struktura. Je tedy velmi důležité si uvědomit, že v každé fázi rodinného cyklu řeší rodina jiné úkoly a problémy. Není možné hodnotit funkčnost a stabilitu rodiny, aniž bychom vzali v úvahu, v jaké části rodinného cyklu se rodina právě nachází. Tento způsob pohledu na rodinu, který bere v úvahu změny rodiny v čase, se nazývá vývojový přístup k rodině.

Z vývojového hlediska je rodina formována dvěma hlavními vlivy: normativními a nenormativními.

Normativní vlivy jsou vlivy očekávané nebo pravidelné. Mezi ně lze řadit například narození dítěte, vstup do školy, nástup do zaměstnání, odchod dospělého dítěte od rodičů atd. Životní události, které jsou neočekávané a nepředpokládané, řadíme mezi nenormativní vlivy. Může jít třeba o narození dítěte s postižením, rozchod partnerů, úraz člena rodiny, přírodní katastrofy. A právě tyto nenormativní vlivy mohou nést pro rodinné fungování větší rizika a kladou větší nároky.

Normativní změny s sebou mohou přinést tzv. tranzitorní (přechodové) krize, které vyplývají z přirozeného běhu života a formují životní cyklus rodiny. Naproti tomu nenormativní typy změn jsou krizemi situačními, které svojí nepředvídatelností a stresem kladou před rodinný systém specifické požadavky na udržení zdravého fungování rodiny (Sobotková, 2007).

1.3 Dítě v rodině

Rodina je pro dítě velmi významnou sociální skupinou. Každé dítě potřebuje, aby tato skupina byla pevná a současně co nejstabilnější. Pro dítě má výlučné postavení mezi všemi ostatními sociálními skupinami.

Rodinné klima hraje nezastupitelnou roli v přípravě dítěte pro jeho celý další život. Rodinné klima v sobě zahrnuje soubor vztahů v rodině, systém hodnot, motivů a postojů rodiny. To, jaká je rodina, ovlivňuje vývoj jedince, jeho hodnotovou orientaci, vytvoření systému hodnot, norem, postojů. Rodinná výchova také spoluvytváří životní zaměření a podporuje schopnost jedince vytvářet stabilní sociální kontakty. (Janiš, 1998)

Rodina je také významným socializačním prostředím. *„Rané sociální zkušenosti dítěte vytváří základ, který zahrnuje komplex prvních zkušeností s působením sociální světa. Dítě se jimi bude řídit při interpretaci nových zážitků a bude tak činit bez ohledu na to, zda byly pozitivní nebo negativní, pro něj jsou základem, z něhož vychází. Z hlediska průběhu socializace je důležité, jaká tato rodina je, jak dítě přijala a jakou zde má pozici. Důležitým předpokladem dobrého socializačního rozvoje je například to, že rodiče dítě akceptují bezpodmínečně, bez ohledu na jeho vlastnosti a kompetence. Rodina působí na jedné straně jako reprezentant společnosti, jejích sociokulturních tradic, ale na druhé straně je každá rodina něčím specifická.“* (Vágnerová, 2004, s. 277)

Rodina je bezesporu pro správný vývoj dítěte zásadní. V souvislosti s empirickou částí práce se budeme věnovat specifikům dítěte předškolního věku a dále se v této kapitole zaměříme na to, co dítě ovlivňuje, jakým způsobem snáší rodinné obtíže.

1.3.1 Dítě předškolního věku v kontextu rodiny

Tato vývojová fáze začíná po třetím roce života a končí nástupem do školy. Právě toto období je ve vývoji dítěte velmi důležité právě i vzhledem k dění v rodině.

Pro dítě jsou nejdůležitější vztahy uvnitř rodiny, velkou roli zde hraje hlavně citová vazba na rodiče. Výzkumy naznačují, že podoba citové vazby působí nejen v dětství, ale je zásadní i v průběhu dospívání a zároveň má své dosahy až do dospělosti (Mareš, 2007).

Pro dítě předškolního věku mají největší význam rodiče jako pár. Výchova i vývoj dítěte je ovlivněna a ztížena, pokud jde o extrémní nesoulad mezi rodiči, nebo když o dítě ve větší míře pečuje jen jeden rodič (ve většině případů matka). Tento rodič by měl zvládat a vyko-

návat více výchovných funkcí najednou, což je zatěžující nejen pro tohoto rodiče, ale i samo dítě tuto situaci vnímá nepříznivě a může jí trpět. Dítě, které se ocitne v této situaci má narušeny dyadické vazby, které si až dosud utvářelo. V tomto vývojovém období je tedy důležité, aby se dyadické vazby vytvořené v dřívějším období mohly rozšířit na další pozitivní vztahy s více osobami. Mezi tyto osoby mohou patřit otec, matka, sourozenci či prarodiče (Hort, 2000).

Identitu předškolního dítěte spoluutváří to, jak je hodnoceno ostatními, pro něj významnými lidmi. Dítě se chce podobat rodičům, často nekriticky přejímá jejich způsoby chování a názory, což může být do jisté míry problematické, pokud jde o nevhodné, nežádoucí či dokonce patologické jednání a názory.

1.4 Rodinné fungování

V oblasti funkčnosti rodiny a jejího fungování můžeme vymezit několik typů rodin. Mezi důležité vymezení patří funkční či dysfunkční rodina. Ale v této oblasti nejde jen o tyto dva protipóly. Ve skutečnosti se většina rodin z hlediska jejich funkčnosti nalézá někde mezi nimi. „*V empirických výzkumech vyvstává potřeba rozčlenit rodiny podle jejich fungování do určitých pásem funkčnosti nebo úrovní, které jsou jemnější než póly funkční-dysfunkční*“ (Sobotková, 2007, s. 74).

Na tomto místě se zmíníme o některých variantách pásem funkčnosti, ale v dalších podkapitolách budou více rozvinuty pouze varianty funkční a dysfunkční rodiny.

Jak bylo řečeno, existují různé varianty názvů pásem funkčnosti. Můžeme uvést model Dunovského (1986), který na základě své praxe stanovil čtyři základní skupiny z hlediska fungování hodnoceného rodinného systému a jeho případných poruch. Dle hodnocení kritérií, kterými jsou složení, stabilita a sociálně ekonomická situace rodiny, osobnost rodičů, přítomnost sourozenců, stav a vývoj dítěte, zájem o dítě a péče o něj. Dle těchto osmi kritérií vyhodnotil jako funkční rodinu tu, která zajišťuje z hlediska výše uvedených funkcí optimální tělesný i duševní vývoj dítěte.

Jako problémovou rodinu označil rodinu, která vykazuje poruchy bazálních funkcí, které však v podstatě neohrožují její existenci ani zdravý vývoj dítěte. Dysfunkční rodinu dle Dunovského (1986) charakterizují vážnější poruchy některých nebo případně

všech funkcí, které poškozují rodinu jako celek a narušují vývoj dítěte.

Nejzávažnějším modelem rodiny je afunkční rodina, pro kterou je typický výskyt poruch rodinných funkcí, které dítěti závažným způsobem znemožňují vývoj a které hrubě narušují existenci a smysl rodinného soužití. (Dunovský, 1986).

Také Matějček (1992) definuje afunkční rodinu. Popisuje ji jako rodinu, která neplní vůči dítěti svůj účel a vysloveně je ohrožuje. Je tomu tak v případě, že se v rodině nejružnější patologické projevy kumulují, kde o dítě není zájem, nebo je vůči němu zaujímán nevraživý až nenávisný postoj. Zde vidí nápravu v rámci rodiny samotné jako problematickou nebo nemožnou. Tato patologická situace musí být řešena mimo rodinu s podporou odborníků a často i úřední správy. Afunkčních rodin je naštěstí u nás evidováno méně než jedno procento. (Matějček, 1992)

1.4.1 Funkční rodina

Výraz funkční rodina lze vnímat jako protipól k rodině, která je dysfunkční, tedy vykazující nějakou patologii. V minulosti se výzkumy zaměřovaly převážně na studium rodin dysfunkčních. Výzkum funkčních rodin obnáší obtížnější výběr rodin pro zkoumání, a to ze zjevného důvodu – funkční rodina nemá potřebu kontaktovat odborníky (Matoušek, 1997). Jako příklad můžeme jmenovat výzkum funkčních i nefunkčních rodin Riskinem a Faunceovou, který proběhl v roce 1970. Vyplynulo z něj mimo jiné, že tyto rodiny jsou charakteristické pevnou aliancí mezi rodiči, je jasně dána odpovědnost jednotlivců, existuje zde rovnováha mezi potřebou soukromí a potřebou sdílení, komunikace je aktivní a živá, každý jedinec mluví sám za sebe, rodina nese svoje rodinné tradice, a ty rodinu hodnotově orientují. V tomto typu rodiny lze vyzorovat pozitivní atmosféru a ladění jejích členů. Podstatné ve funkčních rodinách je vědomí nutnosti kooperace, vnímání potřeb členů rodiny. (Riskin, Faunce in Matoušek, 1997).

Satirová (1994) charakterizuje soužití ve funkční rodině pomocí čtyř klíčových faktorů. Jde o sebehodnocení, komunikaci, pravidla rodiny a vazba rodiny na vnější svět. Sebehodnocení mají jednotliví členové rodiny vysoké. A to má vliv na další charakteristiky jakými je integrita rodiny, zodpovědnost, schopnost soucitu, autonomie, vysoká sebeúcta. Je zde podstatné, že rodina utváří pocit hodnoty každého svého člena, což je důležitou zkušeností

pro dítě v prvních šesti letech života. Dítě se tedy v rodině učí, jakou má hodnotu jako člověk a tato zkušenost má pak velký vliv na jeho sebeúctu v dalším životě.

Dalším faktorem dle Satirové (1994) je komunikace, která je jasná, upřímná a otevřená. Jako důležitou považuje schopnost sdílet, ale i respekt k odlišnostem členů. Dále také soulad mezi verbální a neverbální komunikací.

Pravidla rodiny vytváří každý rodinný systém. Zde jsou přiměřená, pružná a zároveň se přizpůsobují vývojovým fázím rodiny, ale i vývoji jednotlivých členů.

Jako poslední faktor Satirová (1994) uvádí vazbu na společnost. Zde vnímá to, jak se rodina a její členové chovají k ostatním lidem a institucím mimo ni. Funkční rodina není izolovanou jednotkou, zde je tato vazba otevřená, důvěřivá, s možností volby. V tomto aspektu se odráží systémový přístup k rodině – funkční rodina je spojena s vnějším světem, z něhož může čerpat podporu a nové podněty. (Satirová, 1994).

Ve skutečnosti však i funkční rodiny mají mnoho problémů, které vyplývají ze společného soužití i nároků na ně kladených. Podstatné je, jakým způsobem se s těmito problémy rodiny vyrovnávají, což je faktor, který významně diferencuje mezi funkčními a dysfunkčními rodinami (Plaňava, 2000).

Společně se Sobotkovou se většina autorů shoduje v názoru, že „*to, co charakterizuje funkční rodinu, není absence problémů, ale jejich účinné zvládnutí*“ (Sobotková, 2007, str. 76).

1.4.2 Dysfunkční rodina

Dysfunkční rodinu bychom mohli obecně definovat jako neschopnost rodiny zabezpečovat některou z jejích základních rolí, zejména ve vztahu k dítěti, jako například neschopnost zajišťovat jeho základní potřeby (Hartl, & Hartlová, 2000).

Dále je charakteristická vážnějšími poruchami některých funkcí, které poškozují rodinu jako celek a narušují vývoj dítěte.

Za dysfunkční rodinu je považována rodina, ve které jeden nebo více členů prokazuje nezdravé, maladaptivní chování. Dysfunkční rodina vykazuje některé z těchto znaků či charakteristik: popírání, neřešení problémů, vzájemné obviňování, chybějící intimita, chybějící jasné hranice mezi členy rodiny, nejasná komunikace, pravidla a kompetence. Dysfunkční rodinný systém může produkovat individuální psychopatologie jednotlivých členů rodiny. A tato psychopatologie zase zpětně ovlivňuje fungování rodiny jako celku. (Sobotková, 2007).

1.5 Rodina s jedním rodičem

V současné době se setkáváme s několika formami rodin. Ideální formou je rodina úplná. Existují také rodiny doplněné, které vznikají dalším sňatkem nebo partnerstvím rodiče. Dalšími formami rodin jsou adoptivní a pěstounské rodiny, které jsou vytvořeny na základě sociálních vazeb a mají některé odlišné charakteristiky oproti biologickým rodinám. Těmto formám rodiny se však na tomto místě věnovat nebudeme, vzhledem k empirické části práce, se zaměříme na rodinu neúplnou, tedy rodinu samostatného rodiče a dítěte.

1.5.1 Neúplná rodina

Neúplná rodina je tedy jednou z forem rodiny. V 70. a 80. letech minulého století byly běžně rodiny po rozvodu označovány pojmy rozpadlá nebo rozvrácená rodina. Tato označení mají negativní význam, a to také mohlo mít vliv na negativní společenské vnímání i sebepojetí členů rodin. Z těchto důvodů se spíše používá pojem neúplná rodina. Tento pojem sice definuje rodinu z hlediska chybění, ale už je méně hodnotící. (Gjuričová, Kubičková, 2003)

Neúplné rodiny vznikají mnoha způsoby. Tyto rodiny mají jednu společnou charakteristiku, a to, že někdo v rodině chybí. Zpravidla chybí přítomnost jednoho z rodičů. A nejen, to, Mühlpachr (2008) popisuje situaci, kdy je „rodina z jakéhokoliv důvodu neúplná, tak trpí pěti podobnými druhy stresu. Nízkou úrovní příjmů, menší kapacitou na zvládání náročných životních situací, zmenšenou sociální podporou a zájmem ze strany z okolí, chyběním citové podpory a dělby práce při vedení domácnosti a traumatickou událostí nebo sledem událostí, kterými se nový životní styl začíná.“ (Mühlpachr, 2008, s. 149 - 150)

Ve většině případů tvoří neúplnou rodinu matka s dítětem nebo dětmi. Sobotková (2007) uvádí, že jde asi o 90%rodin, kdy je samostatným rodičem žena. Lze popsat několik okolností, kdy se rodiny stávají neúplnými. Neúplné rodiny můžeme rozdělit podle společenských postojů tyto rodiny do tří skupin (Campion in Sobotková, 2007). První skupinu tvoří matky, kterým manžel zemřel. Postoje k nim jsou většinou shovívavé, protože si své postavení nezavinily. Další skupinu tvoří matky, které jsou svobodné z nejrůznějších důvodů (dítě mají s mužem, se kterým nepočítaly pro trvalý vztah, finanční důvod, muž odmítá založení rodiny). Tyto rodiny jsou neúplné již od svého vzniku. Třetí, nejrozsáhlejší skupinu tvoří osamělé matky, které mají děti buď z rozvedeného manželství, nebo děti mají s partnerem, se kterým nebyly sezdány.

Pokud dítě žije v neúplné rodině je důležité, kdo rodinu opustil, za jakých podmínek, jak dlouho chybí v rodině a v jaké vývojové fázi dítěte k tomu došlo. Velký vliv má také to, zda je daná osoba někým nahrazena. Pokud si matka našla nového partnera, či roli ztraceného rodiče nahrazuje například jeden z prarodičů apod.

1.5.2 Rozvod a rodina

Rozvod manželství představuje jedno z nejsvízelnějších období. Rozvod již není ojedinělým jevem, naopak, počet rozvádějících se rodin roste. Je to náročné období v životě rodiny a jeho důsledky mohou ovlivňovat jednotlivce po celý další život.

Rozvod může být považován za určité základní společenské sanační opatření, které má zamezit nesouladu a těžkým konfliktům mezi manželi, jím má skončit problematické spolužití a umožnit další životní perspektivy. Avšak tyto základní předpoklady, pro které je rozvod obecně akceptován, se často nenaplnují a očekávané pozitivní změny se neobjeví. Naopak dochází k další frustraci, stresu a konfliktům i v době po rozvodu. (Matějček, Dytich, 2002).

Pokud se zamyslíme nad příčinami rozvodů, může jich být celá řada. Může jít o ukvapený sňatek, neznalost povahových vlastností partnera, jeho životních postojů různé postoje k výchově dětí, financování domácnosti. Také mezi tyto důvody mohou patřit závažnější okolnosti jako je agresivita jednoho z partnerů, závislost na alkoholu či jiných látkách, mimomanželský poměr.

Lze vymezit tři stádia rozpadu manželství. Prvním stádiem je manželský nebo také rodinný nesoulad. Tento nesoulad vzniká z rozporů, které jsou různě závažné, jako je třeba schopnost partnerů najít vhodné kompromisy při řešení rozporů. Tento manželský nesoulad může přejít až do stadia rozvratu. To se však děje v menší části případů.

Druhým stádiem je manželský či rodinný rozvrat, který je charakterizován již podstatnějším zásahem do základních rodinných funkcí. Může být akutní nebo dlouhodobý a v některé jeho fázi může přejít v rozvodovou situaci.

Posledním stádiem je rozvod, kdy jde o formální právní ukončení manželského vztahu. Rozvod je deklarován tím, že je soudu podán návrh na rozvod ze strany jednoho z manželů. Pak proběhne rozvodové řízení ukončené pravomocným rozhodnutím soudu. Do celého procesu vstupují úřední instituce, jako jsou soudy a právníci. V případě, že

manželé mají dítě či děti také oddělení péče o dítě a jiné orgány. (Prokopec, Dytrych a Schüller, in Dunovský, 1999)

Právní úpravu rozvodu najdeme v Zákoně o rodině, kde je mimo jiné řešeno za jakých okolností může být manželství rozvedeno. V ustanovení § 24 odst. 1 je řečeno: „*Soud může manželství na návrh některého z manželů rozvést, jestliže manželství je tak trvale a hluboce rozvráceno, že nelze očekávat obnovení manželského soužití, bere přitom v úvahu příčiny rozvratu manželství.*“ V případě, že manželé mají děti, je nejdříve nutné, aby byly dohodnuty poměry dětí po dobu po rozvodu. Tuto podmínku uvádí § 25 Zákona o rodině: „*manželství nelze rozvést, pokud nenabude právní moci rozhodnutí o úpravě poměrů nezletilých dětí pro dobu po rozvodu, které vydá soud v řízení podle § 176 občanského soudního řádu.*“ (Zákon č.94/1963Sb.)

Proces rozvodu probíhá v několika rovinách. Tou jasněji vymezenou je právní stránka rozvodu. Zde rozvod probíhá dle nastavených zásad a pravidel, zasahují do něho instituce i úřady. Druhou rovinou je rozvod, někdy označovaný jako psychologický, který je více niterný a individuální.

Vyrovnaní se s rozvodem může tedy trvat různě dlouho. Závisí to na výchozích podmínkách i okolnostech, za kterých k rozvodu dochází. Uvádí se, že průměrná doba vyrovnávání se s rozvodem se pohybuje kolem 1 - 2 let. Tento dlouhý proces v sobě zahrnuje řadu úkolů, jejich plnění na sebe navazuje, případně se i prolínají. (Plaňava, 2000)

1.5.3 Rozvod a dítě

Je velmi důležité brát v úvahu, že rozvod má vliv nejen na rodiče, ale i dítě vystaveno psychické zátěži, jejíž důsledky nemusí být často rozpoznány včas ani vlastními rodiči či jinými blízkými osobami. Nemusí se totiž jednat jen o důsledky, které se projevují v době okolo rozvodu, ale jde i o takové mechanismy, které se mohou začít projevovat ve vzorcích chování dítěte třeba až v období puberty, nebo dokonce až na začátku jeho dospělosti (Matějček, Dytrich, 2002). Z tohoto důvodu je nutné se zabývat prožíváním dítěte, toho co řeší, čím žije, aby se později neprojevil nežádoucí vzorec chování.

To, že jde o velmi zásadní situaci ovlivňující dítě a jeho vývoj reflektuje i legislativa a právní úprava rozvodu. Zákon o rodině popisuje, jakým způsobem má soud rozhodovat,

k čemu přihlížet: „Při rozhodování o svěřeni dítěte do výchovy rodičů soud sleduje především zájem dítěte s ohledem na jeho osobnost, zejména vloh, schopnosti a vývojové možnosti, a se zřetelem na životní poměry rodičů. Dbá, aby bylo respektováno právo dítěte na péči obou rodičů a udržování pravidelného osobního styku s nimi a právo druhého rodiče, jemuž nebude dítě svěřeno, na pravidelnou informaci o dítěti. Soud přihlédně rovněž k citové orientaci a zázemí dítěte, výchovné schopnosti a odpovědnosti rodiče, stabilitě budoucího výchovného prostředí, ke schopnosti rodiče dohodnout se na výchově dítěte s druhým rodičem, k citovým vazbám dítěte na sourozence, prarodiče a další příbuzné a též k hmotnému zabezpečení ze strany rodiče včetně bytových poměrů.“ (Zákon č.94/1963Sb.)

Ze zkušenosti dětských psychologů víme, že se rozpad vztahu rodičů dítěte vždy dotýká. Dítě velmi těžce nese skutečnost, že právě jeho nejbližší lidé, které má rádo a kteří mají rádi jeho, se navzájem rádi nemají, že se hádají, ubližují si. V dítěti tato situace vzbuzuje nejistotu, napětí i úzkost. Reagovat může různě, a to, že se stáhne do sebe, uzavře se do vlastního fantazijního světa nebo naopak se projevuje neklidným, podrážděným a agresivním chováním nebo se mohou projevit i různé psychosomatické obtíže. Pokud napětí a konflikty rodičů přetrvávají i po rozvodu, stává se to velkou zátěží pro nervový systém dítěte a tato situace může přinést ještě větší následky, které se mohou promítnout do dalšího vývoje osobnosti dítěte. Tyto následky se nemusí projevit ihned, ale mohou se ukázat později, třeba až si bude dítě hledat svého životního partnera, zakládat rodinu a vychovávat vlastní děti. (Bakalář, 1996)

Roli zde hraje také věk dítěte, jeho pohlaví a také vztahy s rodiči jaké mělo před rozvodem. I když se může jevit rozvod z hlediska dítěte věcí negativní, tak je třeba vzít na druhou stranu na vědomí, že pokud je rozvod skutečně žádoucí pro rodiče, pak je většinou nutný i pro dítě. Protože v rodině kde je neustálé napětí a konflikty, dítě trpí mnohem více. (Márová, 1975). V zájmu dítěte tedy je, aby pokud už nastane situace, že rodiče společně nemohou žít, aby rozvod proběhl co nejklidněji.

Aby dítě co nejlépe zvládalo rozvodovou situaci, Matějček a Dytrych (1994) shrnuje zásady, které by rodiče měli dodržovat. Dodržování těchto zásad přinese dítěti lepší možnost se lépe adaptovat na situaci po rozvodu. Mluví o nutnosti nepodcenit vnímavost dítěte vůči rozvodu, dále o důležitosti zachování si vědomí rodičovství, je nutné zabránit tomu, aby rozvodový konflikt pokračoval, důležité je nepopouzet dítě proti bývalému partnerovi a

snažit se zachovat pozitivní obraz toho druhého, je nutné zabránit kupování a podplácení dítěte, styk s druhým partnerem je potřeba zařídit co nejlépe. Pokud rodič uzavírá nové partnerství je potřeba v brát v úvahu, že jde o složitou situaci pro dítě. Důležitou zásadou je také nic nezatajovat, ale také nevnucovat. (Matějček, Dytrych, 1994)

2 RESILIENCE

V této kapitole bude vymezen pojem resilience, faktory, které resilienci ovlivňují

Na tomto prostoru nebylo možno pojednat problematiku resilience v celé její šíři, proto se po obecném úvodu zaměřuji na resilienci rodiny a dítěte předškolního věku.

2.1 Pojem resilience

Koncept resilience byl uveden v souvislosti se studiem dětí, které vykazovaly kompetentní funkce i přesto, že byly vystaveny životním podmínkám, u kterých bychom mohli předpokládat implikaci patologie. (např. Garmezy, 1991, Masten, 1994, Rutter, 1987, Werner, & Smith, 1992, in Patterson, 2002). Nejdříve se mluvilo o dětech, které jsou „stress-resistant“, později se přešlo k používání pojmu resilience (Sobotková, 2007). Od 70. let 20. století se psychologický výzkum zaměřuje na otázku, co působí, že někteří jedinci zůstávají zdraví a vyrovnaní, i když během vývoje byli vystaveni mnoha rizikovým momentům, ve kterých jiní zcela selhávají (Břicháček, 2002).

Resilienci lze definovat z různých hledisek, například z hlediska výsledků, protektivních či rizikových faktorů. Luthar a kol. (2000, s. 484) uvádí, že „*Resilience je konceptem pro popis procesů, díky nimž je jedinec, rodina či komunitní systém schopný se adaptovat a dobře fungovat uvnitř kontextu signifikantní nepřízně či rizika*“. Resilience bývá díky svým charakteristikám označována za nezdolnost.

Hauser a Walsh (1999, in Boss, 2002) popisují dva indikátory resilience. Prvním důležitým indikátorem je skutečnost, že resilience je proces. Jako druhý indikátor označují resilienci jako proces, který implikuje růst. Jde tedy o to, že člověk se stává silnějším díky zkušenosti, kterou prožil. Resilience lze tedy vnímat jako proměnlivý proces, na jehož vývoj působí jak protektivní, tak rizikové faktory. (Boss, 2002)

Pojem resilience do naší odborné literatury uvedli v roce 1998 Matějček a Dytrych (Sobotková, 2004a). Významnou autorkou zabývající se v českém prostředí otázkou rodinné resilience je Irena Sobotková, která uskutečnila terénní výzkum resilience pěstounských rodin (Sobotková, 2003).

Dle Šišlákové (2005) resilienci charakterizuje především to, že se odvíjí od spolupůsobení rizikových a protektivních faktorů. Rizikové faktory jsou vnímány jako určité predispozi-

tory negativního chování jedince. Faktory protektivní neboli ochranné naopak působí proti efektům stresujících či rizikových situací. Jedinec je pak schopný se úspěšněji adaptovat než kdyby protektivní faktor nebyl přítomný. Zjednodušeně lze říci, že zatímco rizikové faktory představují pro resilienci zátěžové situace, faktory protektivní k resilienci přispívají. (Šišláková, 2005). Těmto faktorům se ještě budeme věnovat v dalších kapitolách širěji. Resilience není statická vlastnost ale dynamický proces, Rutter (1987, in Šolcová) popisuje resilienci jako víceúrovňový jev, který se liší interindividuálně, situačně, nachází se jednak v jedinci, ale také v sociálním kontextu a podléhá vývoji stejně jako jiné charakteristiky.

2.1.1 Resilience a osobnost

Mareš (2012) uvádí resilienci jako jednu z nejdůležitějších osobnostních charakteristik vzhledem k posttraumatickému rozvoji. Tento pozitivní rys osobnosti je utvářen v dětství. Na základě novějších výzkumů (Lepore, Reverson in Mareš, 2012), jsou popsány tři podoby odolnosti. Jsou jimi: návrat k normálu (recovery); rezistence, odpor, (resistance); rekonfigurace, změna (reconfiguration).

Návratem k normálu rozumí situaci, kdy je jedinec sice těžkou událostí vychýlen z normálního stavu, ale poté se rychle vrací do původního stavu. Negativní událost na tomto jedinci nezanechala nepříznivé stopy, lze tuto situaci popsat jako adaptaci. V případě resistance se jedinec nenechá vyvést z míry, funguje normálně před působením stresoru, během stresové události i po ní. Zde se odlišuje od běžné populace, protože neprojevuje „normální“ negativní emoce, které by jsme očekávali (např. strach, zármutek, úzkost). Může se jednat o jedince, který si dokáže poradit s traumatem po svém, proto tyto procesy nelze označit jako maladaptivní procesy.

Při rekonfiguraci vychází jedinec ze stresové situace změněn. Mohou nastat dvě možnosti změny. A to, že tato situace může jedince obohatit a pomoci mu snáze zvládnout další podobné situace. Anebo změny mohou být i negativní a jedinec může být traumatem poznamenán přechodně, ale i trvale. (Mareš, 2012)

2.1.2 Vulnerabilita

Za protipól resilience lze považovat vulnerabilitu. Ta může zároveň vyjadřovat nedostatečnost resilience.

Vulnerabilita je pojem, který znamená zvýšenou citlivost a vnímavost, zranitelnost či náchylnost k obtížím. V souvislosti se zvládáním zátěže je vulnerabilita souhrnným pojmem pro vnitřní faktory, které se podílí na nedostatečném zvládnutí nároků (Paulík, 2009).

D. H. Barlow (2004) rozlišuje obecnou biologickou vulnerabilitu, která zahrnuje genetické vlivy. Dále obecnou psychologickou vulnerabilitu, která je formována na základě negativních zkušeností od raného dětství. Tyto zkušenosti mohou vyvolat dokonce funkční změny v mozku, často právě z důvodu nemožnosti kontroly nad vznikem a průběhem důležitých událostí. K této důležité okolnosti se ještě vrátíme v kapitole, která se věnuje terapii EMDR. Specifická psychologická vulnerabilita je utvářena prostřednictvím informací obsahujících ohrožující momenty. Přičemž tyto informace či podněty jsou směřovány k dítěti od důležitých osob z okolí, a to již v raných fázích vývoje dítěte (Barlow, in Paulík 2009). „*Pravděpodobnost souvislosti vulnerability s funkcí imunitního systému představuje jeden možný směr dalšího vývoje zkoumání této oblasti*“ (Paulík, 2009, s. 52). Je možné, že právě obecná a specifická psychologická vulnerabilita může být jedním z faktorů, které ztěžují či ovlivňují schopnost jedince být resilientní.

Tyto dvě skutečnosti jsou velmi důležité a poskytují teoretické východisko pro empirickou část práce. Je tedy nutné si uvědomit, že negativní zkušenost z dětství může způsobit funkční změny v mozku a také, že tato zkušenost může ovlivňovat imunitní systém jedince.

2.1.3 Faktory ovlivňující resilienci

Rizikové faktory

Rutter a kol. (1975) ve své studii definovali sedm rodinných faktorů, které mohou vést k psychickým poruchám u dětí. Jde o závažný manželský nesoulad, nízký socioekonomický status, život na malém přelidněném prostoru nebo mnohočetná rodina, kriminalita rodičů, psychická porucha matky, přijetí dítěte do pěstounské péče. Pokud je u dítěte přítomnost jednoho z faktorů, pravděpodobnost výskytu psychické poruchy se u dítěte nezvyšuje. Avšak přítomnost dvou faktorů vedla k čtyřnásobné pravděpodobnosti vzniku psychického onemocnění a přítomnost čtyř faktorů tuto pravděpodobnost až zdesetinásobila. Kumulativní efekt těchto rizikových faktorů má svůj protipól ve faktorech projektivních. (Rutter, 1975, in Šolcová 2009)

Protektivní faktory

Protektivní faktory „jsou charakteristiky, které v interakci s nepřízní či protivenstvím redukuje nebo eliminují potenciální negativní účinek rizikových faktorů. Též faktory, které napomáhají resilienci.“ (Šolcová, 2009, s.14)

Šolcová (2009) rozděluje protektivní faktory ve čtyřech úrovních. Jde o individuální úroveň, úroveň rodiny, úroveň komunity, úroveň kultury. V následující tabulce (Tab. 1) jsou vyjmenovány zdroje resilience a ke každému zdroji je přiřazen protektivní mechanismus.

Tab. 1 Protektivní faktory (Šolcová, 2009, s. 43-44)

Protektivní faktory/zdroje resilience	Protektivní mechanismus
Individuální úroveň	
Konstituční resilience	Pozitivní temperament Statný (<i>robust</i>) neurobiologický systém
Sociabilita	Citlivost (<i>responsiveness</i>) k ostatním Prosociální postoje Citová vazba (<i>attachment</i>) k ostatním
Inteligence	Školní výkon Plánování a rozhodování
Komunikační dovednosti	Rozvinutá řeč Čtenářské dovednosti
Osobnostní charakteristiky	Tolerance k negativním emocím Sebeuplatnění (<i>self-efficacy</i>) Sebevědomí (<i>self-esteem</i>) Pozitivní sebepojetí (<i>foundational sense of self</i>) Vnitřní lokalizace kontroly Smysl pro humor Nadějeplnost (<i>hopefulness</i>) Strategie zvládnání stresu Trvalý hodnotový systém Vyvážený pohled na zkušenosti (<i>balanced perspective on experience</i>) Tvárnost a pružnost Mravní síla, přesvědčení, houževnatost, odhodlání
Úroveň rodiny	
Podporující rodina	Rodičovská vřelost, povzbuzení, pomoc Soudržnost a péče v rodině Blízký vztah s pečujícím dospělým Víra v dítě Neobviňování Vzájemná manželská opora Talent nebo koníček, který je ostatními oceňován
Socioekonomický status	Materiální prostředky

Úroveň komunity	
Školní zkušenosti	Podporující kamarádi/vrstevníci Pozitivní vliv učitele Úspěch (školní nebo jiný)
Podporující komunita	Víra v jedince Netrestání
Zdroje na úrovni kultury	
	Tradiční aktivity Tradiční spiritualita Tradiční jazyk Tradiční medicína

Protektivních faktorů je celá řada, není možné definovat neměnný seznam, protože ve specifické životní situaci jedince se může vyskytovat faktor, který má pro něj v tomto smyslu význam.

Například Šolcová uvádí protektivní význam domácího zvířete nebo pohybové aktivity. Domácí zvíře má pozitivní vliv na dítě i dospělého, kdy mu může nahradit některé chybějící vztahy. Vlastnictví domácího zvířete přispívá k lepšímu sebepojetí, autonomii i vyššímu sebevědomí dítěte.

Pohybová aktivita má pozitivní vliv nepřímo tím, že odklání pozornost od stresujících myšlenek, ale také ovlivňuje psychofyziologickou odpověď lidského organismu na psychickou zátěž. (Šolcová, 2009)

2.2 Resilience rodiny

Resilienci rodiny lze vnímat jako její schopnost se zotavit z krize nebo z události, která vyvolala změnu v rodinném fungování (Šolcová, 2009).

Výzkumy individuální resilience poukázaly podle Sobotkové (2004a) mimo jiné na význam rodinného prostředí jako velmi důležitého faktoru pro vývoj jedince. Pozornost odborníků se začala obracet na to, co činí rodinný systém resilientním, a to za různých životních okolností.

Prvními, kdo se zabývali resiliencí rodiny, byli McCubbin a kol. Definují rodinnou resilienci jako pozitivní vzorce chování, pozitivní interakce a funkční kompetence. Tyto vzorce chování, pozitivní interakce a funkční kompetence:

- jednotliví členové i rodina jako celek vykazují za nepříznivých či zátěžových okolností,
- ovlivňují schopnost rodiny udržet si svoji integritu i při působení stresu a v krizích,
- umožňují znovu obnovit harmonii a rovnováhu v rodině. (McCubbin, in Sobotková, 2004a)

Neexistuje jednoduchý model zdravého rodinného fungování, který by se dal aplikovat na všechny rodiny. Naopak, každá rodina by měla být hodnocena se znalostí kontextu této rodiny, se znalostí jejích hodnot, zdrojů, životních výzev.

Míru resilience rodiny ovlivňuje mnoho faktorů. Především může být ovlivňována závažností stresoru, zranitelností rodiny, typem rodinného fungování, způsobem hodnocení stresové situace rodinou, strategiemi řešení problémů, strategiemi zvládnání zátěže, osobností rodičů a zdroji odolnosti rodiny. Zdroje odolnosti rodiny jsou vnější a vnitřní. Vnější zdroje jsou například socioekonomická stabilita rodiny či sociální podpůrná síť. Vnitřní zdroje lze rozdělit na rodinné – systémové a osobní - individuální. Mezi zdroje rodinné zahrnujeme soudržnost a flexibilitu rodiny, sdílenou duchovní orientaci apod. Osobními zdroji jsou znalosti, inteligence, sebedůvěra, apod. (Sobotková, 2004a)

Paulík (2010) uvádí, že odolnost rodina prokazuje až v době, kdy se dostává do zátěžové situace a míra odolnosti je pak prokázána způsobem a dopady zvoleného řešení. Dále se zaměřuje na tři faktory rodinné odolnosti, kterými jsou protektivní faktory, obnovující faktory a obecné resilientní faktory. Mezi protektivní faktory řadí rodinné rituály, komunikace uvnitř rodiny, společně strávený čas, rodinný hardiness, soulad osobních vlastností členů rodiny, jejich zaměření na odolnost proti specifickým ohrožením nebo kumulaci stresorů. Obnovující faktory charakterizuje optimistické ladění rodiny, rodinná soudržnost, sebedůvěra, pocit kontroly nad událostmi v rodině. Tyto faktory se podílejí na úrovni a úspěšnosti adaptace v krizových situacích, tedy na schopnosti rodiny být resilientní. Jako nadřazené prvním dvěma faktorům považuje obecné resilientní faktory. Tyto faktory zahrnují optimismus, spiritualita, pravdivost, naděje, zdraví, sociální opora, společně strávený čas, rutinní aktivity, flexibilita, rodinný hardiness. (Paulík, 2010)

Břicháček (in Plaňava, Pilát, 2002) rodinnou resilienci vymezuje jako souhru vnitřních rodinných procesů a zároveň kombinaci sociálních a přírodních vývojových charakteristik

a zkušeností. Chápe odolnost rodiny jako „*dynamickou rovnováhu mezi nároky na udržení základních funkcí rodiny i při různých obtížích, stresových situacích či napětích, a mezi kapacitou rodiny a jednotlivých členů se s nimi vyrovnávat, vzájemně se podporovat a rozumně komunikovat.*“ (Břicháček, in Plaňava, Pilát, 2002, s. 12)

Pro rodinnou resilienci je velmi důležité zachování fungování, integrity, harmonie a rovnováhy rodiny, případně jejich zvýšení navzdory působení zátěžových, nebo rizikových faktorů a tlaků.

Profil optimálně fungující a odolné rodiny vytvořila Sobotková (2003) na základě dlouhodobého výzkumu pěstounských rodin. Tento profil obsahuje následující charakteristiky

- a. vyjadřování pocitů v rodině,
- b. míra nezávislosti, kterou rodina u svých členů podporuje,
- c. organizace v rodině – pravidla v rodině by měla být jasně formulovaná a všemi členy rodiny přijímaná,
- d. soudržnost neboli citová blízkost členů,
- e. orientace rodiny na morální a sociální otázky a také duchovní zázemí rodiny,
- f. aktivní přístup k řešení obtíží, schopnost zmobilizovat a hledat zdroje řešení nejen v rámci rodiny, příbuzenstva a přátel, ale také v rámci odborných služeb,
- g. malá orientace na úspěch, v popředí má rodina jiné hodnoty, zejména vztahové.

2.2.1 Resilience dítěte předškolního věku

S ohledem na praktickou část práce zmíníme význam i specifika vývoje resilience u dítěte předškolního věku. Většina autorů uvažuje o resilienci jako o procesu interakce mezi dítětem a prostředím, které ho obklopuje. Také úspěšné plnění vývojových úkolů se stalo pro mnoho autorů mírou resilience. (Šolcová, 2009).

Vývoj resilience je v předškolním věku mimořádně důležitý. Předškolní věk je doba, kdy hlavním vývojovým úkolem dítěte je naučit se fungovat ve společnosti i mimo rodinu.

Dítě se učí sebekontroly a učí se najít správnou míru iniciativy. (Hoskovcová, Ryntová, 2009)

Matějček a Dytrych (1998), uvádí tyto charakteristiky dětí, které byly označeny jako resilientní: vzbuzovaly více pozitivní pozornosti okolí, byly aktivní, společensky responzivní, byly hodné, mazlivé a neměly vrozené defekty. Děti také ovlivňuje ve smyslu resilience pozitivní školní zkušenost, dobré vztahy s okolím, a také uvádí důležitou roli náboženství a příslušnosti k církvi. Mluví o důležitosti dobré rodičovské péče o děti, jejich blízký vztah k rodičům, důvěra ve vlastní schopnosti, vědomí, že je dítě milováno, inteligence, kompetence, temperament, pohotovost v reakcích.

Na rozvoj resilience dětí má vliv i přijímání sociální podpory. Tu Richman a kol. (1993, in Novotný, 2009) dělí na osm různých druhů:

1. naslouchající podpora, přičemž tato podpora je pouze naslouchající, bez poskytování rad nebo soudů,
2. emocionální podpora,
3. emocionální výzvy, které pomáhají dítěti hodnotit vlastní postoje, názory, hodnoty a pocity,
4. podpora při potvrzení reality, kdy jde o sdílení názoru na svět,
5. porozumění,
6. podpora při plnění úkolů, kdy je důležité vyzývání, vedení a motivování dítěte,
7. hmotná podpora,
8. osobní podpora,

Richman a kol., zjistili, že děti, které přijímaly různé typy sociální podpory, si vedly v různých oblastech lépe než ty, které tuto podporu nedostávaly. Pouze hmotná podpora, byla jediným typem podpory, který neměl na tento rozdíl vliv. (Richman et al., 1998, in Novotný 2009)

Mezi další oblasti podporující resilienci, lze zařadit i různé aktivity, koníčky a úkoly. Zkušenosti, které děti prožívají, jim pomáhají vytvořit si pocit sebezdatnosti (self-efficacy) a sebedůvěry. Zároveň získávají schopnosti a dovednosti k úspěšnému vývoji a přechodu až

do dospělosti. Existuje široká paleta aktivit a koníčků, kterým se mohou děti věnovat. Mohou mít základ v mateřské škole, ve škole, společnosti a okolí, ve víře a náboženství, v zaměstnání, nebo v samotné domácnosti. (Novotný, 2009)

Je tedy důležité vzbudit u dětí zájem o různé činnosti, již od nejútlejšího věku. Tím, že dítě zažívá úspěch, se posiluje i jeho sebevědomí. Důvěra ve vlastní schopnosti pak ovlivňuje i celý další vývoj jedince i jeho resilienci.

3 OHROŽUJÍCÍ SITUACE A JEJICH VLIV NA JEDINCE

V této kapitole se zaměříme na to, jaké mohou být náročné životní situace v rodině, jaký mohou mít vliv na dítě a jakým způsobem je možné je zvládnout.

V určitých životních obdobích jednotlivce i rodiny dochází ke kumulaci náročných událostí. Riziko krizí, které mohou vyústit až k vážnému konfliktu či ohrožení některé z funkcí rodiny, se v dobách změn a přechodových období zvyšuje. Vzájemnou souvislost mezi životními změnami a zdravotními symptomy nebývá běžně rozpoznávána a pro rodiny bývá nesamozřejmá. (Gjuričová, Kubička, 2003)

Lze rozlišit několik zdrojů, které ohrožují situaci v rodině. Jde o zdroje, které se nachází mimo rodinu, to znamená, že jde o ohrožení zvnějšku. Jako příklad můžeme uvést vysokou nezaměstnanost v určitých oblastech, zprísnění sociální politiky (vyplácení dávek má vliv na finanční situaci sociálně slabé rodiny), bydlení v sociálně vyloučených lokalitách. Vnitřním zdrojem ohrožujících situací může být závislost některého z rodičů, dále dlouhodobá nemoc nebo invalidita jednoho z rodičů, člen rodiny se zdravotním hendikepem, agresivita jednoho z rodičů, ztráta zaměstnání, vysoká zadluženost, konfliktní mezigenerační rodinné vztahy.

Ohrožujících situací je celá řada, ale zde se zaměříme na násilí v rodině, na dítě jako svědka domácího násilí.

3.1 Násilí v rodině

Za násilí je obecně považováno „*jakékoli záměrné ubližování, tj. jakákoliv agrese.*“ (Ševčík, 2011, s. 61).

Násilí nemusí mít jen formu fyzickou, ale i psychickou, institucionální nebo mediální. Jde o zlé nakládání s jinou osobou, které se vyznačuje značnou hrubostí a bezcitností vyvolávající pocity příkoří. (Haškovcová, 2004).

V literatuře je velké množství definic domácího či rodinného násilí. Pojem rodinného násilí v sobě nese prvek, kdy jde o násilí mezi členy rodiny bez ohledu na to, zda jde o násilí v rámci jedné domácnosti (Lovaš in Výrost, Slaměník, 2001). Pro účel této práce použijeme pojmu domácí násilí. V této souvislosti lze zmínit to, že násilí může překročit hranice rodiny a týkat se i bývalých manželů, může se vyskytovat mezi nesezdanými partnery, homosexuálními partnery ve společné domácnosti, tedy mezi osobami, které vlastní definici rodiny nenaplňují. (Ševčík, 2011).

Dojde-li k ojedinělému incidentu, který lze označit za psychické či fyzické násilí, nelze ještě hovořit o domácím násilí, ale v některých případech se může jednat o jeho začátek. Abychom mohli hovořit o domácím násilí, je třeba, aby k útokům docházelo opakovaně po delší dobu.

3.1.1 Formy domácího násilí

Popisu forem domácího násilí se věnuje celá řada autorů. S ohledem na prostor této práce zmíníme formy, které rozlišuje Ševčík (2011). Ten rozlišuje domácí násilí podle toho, mezi kým se odehrává. Rozlišuje násilí partnerské, k němuž může docházet mezi manžely (partnery), dále násilí generační, kterého se dopouští rodiče vůči dětem, ale také děti vůči svým rodičům a transgenerační násilí, jehož se dopouští vnoučata vůči svým prarodičům. Je zde zahrnuto násilí sourozenecké. Uvádí i důležitý fakt, že za psychické týrání považuje Světová zdravotnická organizace také pouhou přítomnost dítěte při domácím násilí, k němuž dochází mezi rodiči.

Podle charakteru jednotlivých útoků osoby násilné lze mezi základní formy domácího násilí řadit:

- a. psychické násilí – na rozdíl od fyzického násilí nezanechává na těle oběti viditelné stopy, avšak pro oběť může mít závažnější důsledky než násilí fyzické. Psychické násilí lze rozlišovat na verbální, tj. slovní urážky, vydírání, výhrůžky, ponižování, neustálá kontrola oběti, a na násilí neverbální, tj. záměrné ničení věcí náležejících oběti nebo věcí, na kterých oběti záleží. Jde o nejčastější formu, vyskytuje se téměř ve všech případech domácího násilí,
- b. fyzické násilí – způsobení bolesti a zranění, může mít řadu podob. Jde o druhou nejčastější formou násilí, která se v případech domácího násilí vyskytuje,
- c. ekonomické násilí – obnáší to, že oběť je finančně závislá na pachateli. Vyskytuje se i v případech, kdy má vlastní příjem. Oběť musí odevzdávat celý svůj příjem, nerozhoduje o finančních záležitostech rodiny, nemůže ovlivnit svoji finanční situaci,
- d. sociální násilí – spočívá v tom, že je oběti zakázán nebo omezen kontakt s přáteli a rodinou (např. zabavení telefonu),
- e. sexuální násilí – má mnoho podob, může spočívat v tom, že oběť je pachatelem znásilňována, ale také v tom že je pachatelem nucena k různým sexuálním praktikám.

Osoby čelící domácímu násilí podléhají zpravidla několika formám domácího násilí současně.

3.1.2 Následky domácího násilí

Následkem násilného jednání může být újma nematná (např. zneužití osobních údajů), hmotná (na majetku), fyzická (na zdraví či životě) a emocionální (přetrvávající strach, úzkosti). Spurný (1996) dále dle způsobu páchaní rozlišuje násilí v podobě agrese (verbální, fyzické), manipulace (neagresivní „ohlupování“, násilí z „podřízené“ pozice) a kombinace obou typů. Podle délky trvání popisuje násilí působící dlouhodobě (latentní, pokračující), situační násilí v podobě postupně gradujících konfliktních situací a násilím ve formě incidentů, tj. neočekávaných, náhlých, převážně násilných projevů s krátkým intenzivním průběhem. Dále také upozorňuje, jaké důsledky může mít dlouhodobé působení násilí na psychiku člověka:

- a. negativní, úzkostný pohled na svět – zde se může projevit vliv emocí člověka, vysoce zvýšená úzkostnost může vést až k hrozícímu vzniku duševní poruchy,
- b. tendence přeceňovat či podceňovat reálné ohrožení – chybné vnímání příznaků násilí, může mít za následek jednání, které vyvolá konflikt,
- c. snížení citlivosti na vnímání a rozlišování projevů násilí - podněty, které byly původně vnímány jako násilné, se ztrácejí na své intenzitě tím, že se vyskytují často a pravidelně,
- d. přivyknutí danému stavu, otupení – jde o adaptaci na násilnou atmosféru,
- e. zvýšení tolerance k násilným projevům – často se objevuje tendence tyto projevy omlouvat, bagatelizovat důsledky,
- f. zařazení násilných prvků do repertoáru chování – může nastat zejména v situacích a podmínkách, kdy jsou tyto projevy pozitivně oceňovány, nebo přinášejí úspěch při dosahování cílů. (Spurný, 1996)

3.1.3 Dítě jako svědek násilí v rodině

Jak již bylo zmíněno, i pouhá přítomnost dítěte při domácím násilí, k němuž dochází mezi rodiči, je považována za psychické týrání.

O nepřímé oběti domácího násilí se mluví nejčastěji v souvislosti s dětmi. Děti samy nejsou přímo konfrontovány s pachatelem, ale jsou svědky a smysly vnímají ubližování jednomu ze svých rodičů druhým. I přes to, že se matky často snaží, aby děti o násilí nevěděly, tak děti velmi intenzivně vnímají co se v rodině děje a často vidí více, než si rodiče myslí. V rodinách, kde k takovému násilí dochází, jsou děti v České republice jeho tichými svědky až v 90 % případů. (Vavroňová, Hronová [online])

Dle statistické sondy občanského sdružení ROSA o. s., se děti stávají svědky nejen psychického násilí (zesměšňování, shazování, ponižování, vulgárních nadávek, výhrůžek), ale i fyzických útoků na své matky (fackování, kopání, bití, znásilnění, škrcení). (Vavroňová, Hronová [online])

Dítě, které bylo vystaveno násilí, ovlivňuje v jeho psychosociálním vývoji celá řada okolností. A na tuto problematiku se zaměříme podrobněji v následující kapitole.

3.2 Psychické trauma a dítě

Psychické trauma (dále jen trauma) lze definovat jako silnou zátěž, která na jedince zásadně zapůsobí a může často přinést dlouhodobé či trvalé následky. Vzniká působením velmi intenzivního vnějšího stresoru, anebo dlouhodobou kumulací stresujících podnětů.

K základním znakům patří, že je spojeno s prožitkem ohrožení osobní integrity a tento prožitek zároveň vyvolává zděšení a pocit naprosté bezmoci. Je také typické, že jedinec prožívá velký strach a snaží se vyhnout všemu, co traumatickou událost připomíná. Tato událost se mu však často nutkavě vrací ve snech a ve vzpomínkách. U některých jedinců se mohou objevit poruchy nálad, emoční otupělost, úzkost, deprese, ztráta zájmu o dění okolo. (Paulík, 2010)

3.2.1 Stres

Pojem stres je definován velmi různě. Lze však vysledovat společný základ. Jde o to, že stres je spojován se situacemi obtížnými, ohrožujícími, narušujícími rovnováhu organismu a vyvolává i fyzické změny v oběhovém, hormonálním, imunitním systému. Stresové situace jsou ty, při kterých dochází k výraznějšímu rozporu mezi expozičními a dispozičními faktory. To znamená, že kladené nároky na jedince, přesahují jeho osobnostní dispozice.

Nebo i naopak – jedinec nemá možnost využít svoje dispozice a výkonové kapacity, protože není dostatečně stimulován, nemá dostatek požadavků. (Paulík, 2010)

Selye (1966, in Křivohlavý 2001) stres definuje jako stav, který se projevuje ve formě specifického syndromu. Tento syndrom obsahuje souhrn všech vyvolaných změn v rámci daného biologického systému. Stav stresu se dle něj projevuje v symptomech tzv. všeobecného adaptačního syndromu (GAS – General Adaptation Syndrom), který probíhá ve třech fázích:

1. fáze poplachu (alarmu) – poplach vzniká při střetnutí organismu se stresorem, dochází k mobilizaci oběhového, hormonálního a imunitního systému organismu. Tím dojde k fyziologickým změnám (např. zrychlený tep a dech, zvýšení krevního tlaku) a organismus je připraven na útok či k útěku,
2. fáze rezistence – v této fázi organismus bojuje se stresorem. Adaptace na stres je maximální, organismus si na stres zvyká,
3. fáze vyčerpání (exhausce) – trvá-li boj se stresorem příliš dlouho, organismus se bránit přestane, je biologicky vyčerpán. Získaná rezistence je nedostatečná, dochází k celkovému selhání adaptační a regulační schopnosti organismu. Výsledkem tohoto selhání může být vážné ohrožení zdraví nebo i života. Může to vést až ke kolapsu organismu. (Selye, 1966 in Křivohlavý, 2001).

Stresující vliv určité stresové situace má na jedince individuální vliv. Lze říci, že určitá událost bude vnímána jedním člověkem jako stresující, u jiného může vyvolat psychické trauma.

Obranné mechanismy a zvládání stresu

Křivohlavý (1988) popisuje tři možné způsoby, jak se s náročnou životní situací, nemocí nebo nějakou traumatizující událostí se můžeme vyrovnat. Rozlišuje možnosti:

1. Řešení problému (problem solving), kdy záměrně nebo neúmyslně jedinec mění své chování nebo se pokouší nějakým způsobem ovlivnit vnější prostředí.
2. Obranné reakce, které můžeme chápat jako stabilní dispozice jedince reagovat určitým konkrétním způsobem na těžké životní situace.

3. Zvládání obtíží (coping), za použití různých strategických postupů (také jsou nazývány copingové strategie), kdy jde o postupy či strategie, které používáme při setkání s nepříznivými vlivy. (Křivohlavý, 1988; in Mohapl, 1992)

3.2.2 Psychické trauma

Psychické trauma vzniká působením extrémně stresujícího zážitku nebo dlouhotrvající stresové situace, které mají tyto charakteristiky: příčina je pro jedince vnější, je pro něj extrémně děsivá, znamená pro něj bezprostřední ohrožení osobní integrity nebo života a vytváří v něm pocit bezmocnosti. Pokud se vnitřní a vnější zdroje jedince nejsou schopny vyrovnat s ohrožením, tak působením vnějšího činitele jsou poničeny psychické a biologické adaptační mechanismy a vzniká trauma. Nelze však hovořit o přechodu od lehce stresující události k traumatizující. Děsivý zážitek zaplaví a paralyzuje systém sebeobrany a ničí pocit vnitřní kontroly a kompetence jedince. Traumatická reakce vzniká v okamžiku, kdy je znemožněna smysluplná akce a člověk se ocitá ve stavu totální bezmoci.

Pro účel této práce je důležité zmínit tři základní formy psychické traumatizace: jde o primární traumatizaci, kdy je jedinec přímým cílem agrese, je tedy obětí. Dále jde o sekundární traumatizaci, kdy je podnětem blízká zkušenost s traumatizací blízké osoby, např. v rámci rodiny (dítě jako svědek domácího násilí). Terciární traumatizace znamená, že člověk není v přímém vztahu s obětí, ale je v kontaktu s primárně nebo sekundárně traumatizovanými jedinci jako svědek (např. novinář, humanitární pracovník, terapeut). (Vizinová, Preiss, 1999)

Z již zmíněného vyplývá, že i násilí může tedy vyvolat psychické trauma. Trauma je důsledkem vztahové konfrontace mezi obětí a násilníkem. Whitmerová (1997, in Čermák, 1999) ilustruje tuto konfrontaci prostřednictvím mýtu hrdiny, zachraňujícího oběť před násilníkem. Přičemž je často hrdina nucen použít agresi, aby situaci zvládl, a tím se násilí užitě hrdinou stává legitimním a schvalovaným prostředkem potlačení agrese zločince. Pak všichni účastníci dramatu uvíznou v prostoru násilí, ze kterého není úniku. Nyní násilí traumatizuje již všechny - oběť, zachránce, ale i samotného násilníka. Autorka pak všechny zúčastněné označuje za oběti násilí.

Whitmerová (1997, in Čermák, 1999) u obětí sleduje kompenzace traumatu v podobě psychického znecitlivění, emocionálního stažení se do sebe, utlumení všech forem sociálního kontaktu a ztráty kontroly nad vlastní důstojností. Oběti se nacházejí ve stavu bezmocnosti. Vstoupí-li na scénu zachránce – hrdina, ve vztahu k němu si oběť vytvoří specifický druh přenosu - svým traumatem zachránce zatíží. Trauma násilí se přenáší i na osoby sociálně a psychicky blízké oběti. Tím dochází k izolaci jedinců spřízněných osudem obětí, čehož dále agresori využívají.

3.2.3 Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha (dále jen PTSD) se rozvíjí po emočně těžké, stresující události a vzniká jako reakce na tuto traumatickou událost. Charakteristické pro ni je, že jedinec opakovaně prožívá událost v myšlenkách, snech a fantaziích a zpravidla se vyhýbá se místům a situacím, ve kterých k události došlo. Jde o duševní poruchu, která vzniká po náhlých, život či osobní integritu ohrožujících událostech. Zjednodušeně řečeno je PTSD na stav, kdy selže začlenění traumatického zážitku mezi ostatní každodenní zkušenosti. Tato porucha se objevuje v jakémkoliv věku, včetně dětství. Jejimi průvodními jevy jsou často deprese nebo úzkost, agresivita, výbuchy zlosti, proto je možné nesprávná diagnostika jiné duševní poruchy. (Vizinová, Preiss, 1999)

U této psychické poruchy známe etiologii. Ke zhoršenému sociálnímu fungování vedou symptomy, které vytvářejí maladaptivní reakce. Jsou také často přítomny poruchy vegetativní, emoční, poruchy nálady a chování, které však pro stanovení diagnózy nejsou primární. Pokud přesahuje trauma schopnost jedince vyrovnat se a zpracovat mimořádnou životní zkušenost, tak se vytváří posttraumatická stresová porucha. To znamená, že po velkém stresu či traumatické události se u některých lidí objeví abnormální psychické reakce, které odpovídají PTSD. Základní symptomy PTSD se vyvinou poté, co dotyčná osoba prožila extrémně emočně těžkou, zraňující událost či násilí s ohrožením fyzické identity. Latence rozvoje příznaků od stresující události může trvat týdny, měsíce, vzácně půl roku a více. (Malá, 2011)

3.2.4 Následky psychického traumatu pro dítě

Pokud je dítě svědkem násilí ovlivňuje ho to v mnoha ohledech. Prožité situace se mohou odrážet na jeho zdravotním stavu. Například se může u něj rozvinout astma, je zaznamenán i vliv na imunitní systém, objevují se časté bolesti hlavy, břicha, střevní obtíže nebo poruchy spánku. Obecně lze říci, že čím je dítě mladší, tím více somatizuje. Pokud je dítě starší, tak se jeho psychosomatické problémy mohou přenášet do vztahů s ostatními nebo má psychické problémy. Další obtíže, které se mohou rozvinout, jsou hyperaktivita, poruchy pozornosti a specifické poruchy učení. (Bednářová et al., 2009)

V oblasti psychiky dítěte se jeho negativní zážitky mohou projevit tak, že trpí úzkostí, strachem, pocity viny či beznaděje. Tyto pocity v závažných případech dospět až k depresi. Emoční ladění může být smutné, ustrašené, u některých dětí se mohou projevit sebevražedné myšlenky. Jak bylo zmíněno výše, každodenní prožitky úzkosti mohou vést až ke vzniku posttraumatické stresové poruchy. Nicméně většinou se tato porucha nerozvine, jedinec trpí spíše PTSD symptomatologií. Zážitky dítěte mohou také ovlivnit jeho agresivní jednání v období dospívání. U dítěte se může prohlubovat nízké sebevědomí, což pak má za následek, že dítě má negativní představy o sobě sama, nedůvěřuje svým schopnostem, ztrácí motivaci překonávat problémy, které se vyskytnou. V oblasti sociálních vztahů se dítě může cítit izolované, odtažené, vyhýbající se kontaktům. (Bednářová et al., 2009, Matějček, 2008)

Důležitá je i četnost opakování traumatických situací, například při rozvodu v rodině, kdy zdánlivě nemusí jít o tak šokující zážitky, ale vzájemné ponižování, napadání a zesměšňování osob, které dítě miluje a na kterých je sociálně i emočně závislé, vytváří dlouhodobou traumatickou zkušenost pro dotčené dítě. A této zkušenosti pak dítě zůstává často osamoceno a bez pomoci. Stává se, že rodiče, plně absorbováni nenávistným bojem proti sobě, si dítě berou jako rukojmí, soudce, oběť nebo aktivního spojence, jako nástroj, nebo dokonce původce rozchodu.

Pro dítěte je obzvláště zatěžující pokud má například rozhodnout, u kterého z nich má v budoucnu zůstat. Rozvod znamená bolestnou, zraňující zkušenost, která vyvolá u dítěte společenskou izolaci a je nebezpečná a ochromující. Je to stejně traumatizující událost jako smrt rodičů. Objeví se deprese a vzroste vnitřní napětí. Dítě se může cítit podvedené a oklamané. Nebo také zazlívají rodičům, že selhali a zradili je, nebo si naopak myslí, že

rodiče se rozvádějí proto, že ono zlobilo. Intenzivní prožívání se odráží v různých poruchách nálady a chování jak doma, tak ve škole i v dalších sociálních kontaktech. Jako reakce na neúspěchy ve škole se objevuje vztek, strach a hněv ze strany dospělých. K tomu se přidružuje ztráta nebo omezený kontakt se známými lidmi včetně rodinných příslušníků. Tyto skutečnosti jsou jedny z nejtěžších, s nimiž se musí dítě po rozvodu vyrovnat. Další traumatickou zkušeností může být zabraňování kontaktu jak s druhým rodičem, tak se členy široké rodiny. Děti se nedokážou vyrovnat s tím, že byly odtrženy od těch, které milují. (Malá, 2011)

3.2.5 Psychosomatické projevy

Jak již bylo zmíněno, stresující události mají natolik zásadní vliv na jedince, že může docházet k psychosomatickým projevům.

Všeobecně lze říci, že předmětem zkoumání v této oblasti je interakce činnosti somatických struktur, psychických funkcí a vlivů vnějšího prostředí.

Psychosomatika se zabývá psychickými příčinami, průvodními a následnými projevy tělesných poruch, působením těchto poruch na pacientovo psychosociální okolí. Z pohledu psychoterapeutické medicíny Morschitzky (2006) popisuje psychosomatiku takto: „*psychosomatika je poznávání, lékařská a psychoterapeutická léčba a rehabilitace takových nemocí a chorobných stavů, na jejichž ustavení, rozpoutání, udržování, zhoršování a subjektivním zpracovávání se podílejí psychické a psychosociální faktory nebo souhra tělesných a duševních příčin.*“ (Morschitzky, 2006, s. 15)

Tělesný a duševní stav spolu úzce souvisejí. Mezi poruchy celkového tělesného schématu řadíme takové tělesné potíže, převážně psychicky nebo psychosociálně podmíněné, při kterých nevznikají chronické poruchy vegetativního nervového systému, chorobné změny tkání ani poruchy orgánů. Jsou to tělesné symptomy u lidí vlastně zdravých. Mezi nejběžnější potíže tohoto druhu patří bolesti hlavy, a jako druhé nejčastější jsou obtíže se žaludkem. Podle osobního způsobu vnímání mohou takové potíže přerůst v zatěžující trápení. A tím se poruchy celkového tělesného schématu mohou pozvolna měnit ve funkční nebo somatoformní poruchy, považované již za nemoc, i přes to, že pacient je vlastně tělesně zdravý. Tělesné potíže tohoto druhu se mohou rovněž objevit téměř u depresivní poruchy, která je reakcí na určitý zážitek. (Morschitzky, 2006)

V oblasti psychosomatiky uvádí Mohapl (1992) několik výzkumů, na jejichž základě je možné prokázat vliv chronického stresu např. na imunokompetenci jedince nebo na průběh onkologického onemocnění.

Zdravotní symptomy v rodinách jsou zajímavé i s transgeneračního pohledu, protože se často opakují po několik generací. V některých rodinách mají jednotlivci tendence vyjadřovat prožívané emoční či tělesné strádání prostřednictvím tělesných symptomů, jde o tzv. somatizaci. Somatizace se může stát komunikačním vzorcem, kdy je spojena s nerozpoznáním nebo popíráním emočních potřeb jedince. (Gjuričová, Kubička, 2003)

Nezpracované krizové situace dlouhodobého rázu nebo psychické strádání se mohou projevit ve formě neurotického nebo psychosomatického onemocnění dítěte či dospělého. Pokud se této situaci nevěnuje pozornost, hrozí, že vývoj dítěte bude poznamenán poruchami socializace. Může také hrozit, že v průběhu života může jedinec dospět až k delikvenci či nežádoucím směrem vyvinuté osobnosti. Je tedy nutné nepodcenit tyto okolnosti a nepříznivou či traumatickou situaci řešit např. psychoterapií.

3.3 Možnosti terapie traumatu

PTSD je velmi závažnou poruchou, zvláště u dětí právě s ohledem na jejich další vývoj a možné následky, které si mohou nést celý život. Je tedy nutné traumatickou situaci řešit co nejdříve, nejen aby se zabránilo hlubokému zásahu do psychiky, aby nevznikly často nezvratné změny.

Terapeutický proces u dětí i u jejich rodičů je hierarchicky strukturován, má specifické léčebné sekvence, jasné cílové úkoly a racionální vysvětlení jednotlivých intervencí. Prvořadá by měla být i edukace rodičů a pečovatelů s vysvětlením symptomů a terapeutických kroků po stanovení diagnózy. Psychoterapie a psychosociální podpora je důležitá, v některých závažnějších případech je nutná i farmakologická intervence. Prvním úkolem psychoterapeutické intervence je zmírnit napětí, úzkost a paniku. Pak se terapeut má snažit umožnit dítěti vnitřní kontakt s jeho krizovou situací, vytvořit odstup mezi zraňující stresovou událostí a jím samým. Potom je možné hledat řešení problémů se záměrem navrácení běžného fungování jedince. (Malá, 2011)

Cílem psychoterapie PTSD v dětství je pomoc dítěti, aby bylo schopno pomoci si samo. Otevření se je specifickým cílem pro zpracování traumatické události. Je to růst osobnosti

pomocí psychoterapeutického vztahu s terapeutem, který se stává pomocnou rodičovskou figurou. Neznamená to, že se dítě musí dostat na úroveň předtraumatické psychologické a sociální pohody, ale to, že se zlepší jeho kognitivní, emoční a behaviorální schopnosti natolik, že začne zvládat požadavky všedního dne, zamezí se pozdním následkům v psychosociálním vývoji. (Malá, 2011)

3.3.1 Příklad terapeutické metody

Je celá řada psychoterapeutických metod, které lze s úspěchem použít. V možnostech této práce není je všechny popsat, s ohledem na empirickou část zde popíšeme metodu, která se řadí mezi metody novějšího typu. Jde o metodu EMDR (z angl. Eye Movement Desensitization and Reprocessing), což lze volně přeložit jako desenzibilizace a přepracování pomocí očních pohybů. Pro název metody v českém i slovenském prostředí je využívána mezinárodní zkratka EMDR. V této práci se tohoto označení bude dál držet.

EMDR je terapeutická metoda, kterou vyvinula Francine Shapiro v letech 1987 – 1989 k odstranění symptomů vyplývajících z nevyřešených traumatizujících životních událostí a také ke zmírnění nepříjemných stavů, které doprovázejí vzpomínky na traumatickou událost (např. dopravní nehoda, znásilnění, přepadení, přírodní katastrofa apod.).

Jde o metodu, která může pomoci urychlení zpracování traumatických zážitků. Vykazuje prvky psychodynamické, kognitivně behaviorální a systemické terapie i práce s tělem. Jde tedy o integrativní psychoterapeutický přístup.

Užití této metody je vhodné zejména v těchto případech: posttraumatická stresová porucha, adaptační poruchy jako je akutní traumatizace, komplikovaná práce se smutkem, následky traumat u dětí a mladistvých, disociativní poruchy, fobie, poruchy osobnosti.

Mezi kontraindikace jsou zahrnuty: akutní psychózy, těžké (psychotické) deprese se sebevražednými myšlenkami, nedostatečná stabilita v akutní fázi životní krize (rozvod, ztráta zaměstnání, bezdomovectví, existenční krize). (Hofmann, 2007)

Účinnost terapie EMDR v indikaci PTSD byla prokázána v řadě výzkumných studií a dle většiny metaanalýz je její účinnost rovnocenná s účinností protrahované expozice vůči traumatickým vzpomínkám. Velkou výhodou této metody je kratší a snad i rychlejší nástup účinku. Existují kazuistická sdělení o úspěšném využití EMDR i u jiných symptomových okruhů (fobie, tréma, poruchy sebeúcty atd.), pokud je jejich vznik spojen s traumatem.

Mechanismus účinku působení EMDR je zatím hodně diskutován, přesto již byla publikována řada hypotéz a metoda je celosvětově považována za vědecky podloženou. (<http://www.trauma-terapie.cz/>)

3.3.2 Terapie EMDR

Při této metodě se využívá střídavého zaměření pozornosti na traumatický materiál a na bezpečí přítomného okamžiku. Jedinečnou součástí EMDR je komponenta oboustranné stimulace, nejznámější v podobě očních pohybů, ty ale mohou být nahrazeny např. bilaterálním zvukem nebo bilaterální taktilní stimulací (např. dotykem dlaně). Tato bilaterální stimulace je velmi důležitým stimulem a dle současných názorů podporuje proces adaptivního zpracování dysfunkčně uložené informace v mozku. F. Shapiro zjistila, že oční pohyby, které jsou vyvolané bilaterální stimulací, mohou za jistých podmínek snižovat intenzitu nepříjemných myšlenek. Rytmické oční pohyby mohou být automatickou inhibiční reakcí organismu. Tento proces zpracování informací při bilaterální stimulaci lze připodobnit ke zpracování běžných každodenních zážitků během spánkové fáze REM.

Jde o to, že terapeutický proces inhibuje fázi excitace, která koreluje se symptomy úzkosti a tento proces může být dostatečně silný na to, aby neutrálním prvkům vrátil rovnováhu.

Tato metoda má schopnost:

1. během krátkého časového období desenzitizovat paměťový úsek;
2. vyvolat kognitivní restrukturalizaci verbalizovaného sebehodnocení společně s redefinováním vizuálních představ;
3. způsobit kongruentní změny v chování.

(Vizinová, Preiss, 1999)

3.3.3 Fáze terapie EMDR

Terapie EMDR má celkem osm částí, kterými musí klient projít. Jsou přesně strukturované a je důležité, aby klient prošel všemi fázemi terapie. Jednotlivé fáze jsou různě dlouhé, mají různý počet sezení, který je určen individualitou případu klienta.

Hofmann (2007) popisuje tyto fáze terapie EMDR:

1. diagnostika a plánování léčby

Jde o úvodní fázi, kdy terapeut získává základní informace a navazuje vztah s klientem. Zjišťuje symptomatologii před traumatizujícím zážitkem a po něm, zdroje, motivace, psychickou stabilitu, mapu traumatických zážitků. Zajímá se také o obvyklé a aktuální strategie zvládnání, sociální podporu a tlaky, léky, drogy, v minulosti, v současnosti aj.

2. příprava na terapii a stabilizace

Klientovi je popsán postup i metody terapie. Pak se zaměří na to, zda je klient schopný relaxovat, pracovat s imaginativními technikami. Má za úkol si vybavit bezpečné místo. Tato bezpečná představa, pak bude sloužit pro zvládnutí stresových situací při terapii. Pokud s tím má klient problém, věnují se nácviku stabilizace a tím zvládnutí určité míry stresu.

3. vyhodnocení traumatu a určení cílů terapie

Po objasnění jakou traumatickou vzpomínku bude klient zpracovávat, po ujasnění představy, jakou míru stresu unese, vyhodnotí se traumatická situace. Klient dostane instrukci, aby si vybavil všechny traumatické vzpomínky, a pak si na škále od nuly do deseti určí, jak moc úzkostně se cítí. Přičemž 0 znamená žádný pocit nepohody, 10 znamená nejvyšší pocit nepohody až k nesnesitelnosti. Pak si klient vybaví jasný obraz traumatické události a popisuje ho. Spolu s tím se mohou vybavovat i negativní traumatické myšlenky, ale i pozitivní myšlenky (např. že situaci přežil). Tyto myšlenky pak klient posoudí opět pomocí škály (přičemž číslem 1 označuje tyto myšlenky jako zcela nepravdivé a číslem 7 jako absolutně pravdivé). Hlavní součástí traumatických vzpomínek jsou emoce, často charakterizované jako smrtelná úzkost, bezmocnost, ale také tělesné vjemy. Klient je posuzuje podle subjektivního stupně nepohody s použitím škály. Zároveň si přitom musí uvědomit, že každé měří jinou věc, takže se musí v myšlenkách soustředit a měření probíhá během sezení několikrát.

4. desenzibilizace a přepracování

Fáze desenzibilizace trvá nejdéle a je nejnáročnější. Cílem je, aby vzpomínka na trauma nevyvolávala tolik nepohody, negativních emocí a nepřidávala sebeobviňující myšlenky. Klient tedy nejprve dostává instrukci, aby si vybavil bezpečné místo a do detailu ho popsal. Pak má za úkol se tam v představách přenést. Dalším krokem je expozice traumatické události. Jejím cílem je vyvolat vzpomínku co nejpřesněji, vybavit si traumatickou událost v

nejhorší podobě, se všemi negativními myšlenkami, emocemi a tělesnými pocity. Klient má popsat, kde v těle cítí strach, mluví o myšlenkách, které se k traumatu vážou. Až se dostaví emoční neklid a stres, terapeut začne s bilaterální stimulací a vyvoláme rychlé oční pohyby (konkrétní forma stimulace je věcí dohody, podstatné je, aby byla klientovi příjemná). Vyvoláním pohybů dochází ke spuštění různých částí emocí a afektů a může dojít k otužení a přepracování či přeznačkování myšlenky. Klient mluví o svých myšlenkách, terapeut ho podporuje. Bilaterální stimulace stále pokračuje a opět klient přeměří myšlenku na škále. Postupně nastává posun v myšlení klienta, kdy nazírá na trauma z jiného úhlu.

5. zakotvení

V této fázi jde o nastavení a posílení pozitivních poznání spolu se zavedením pozitivních, racionálních myšlenek za pomoci bilaterální stimulace. V okamžiku, kdy je navozena situace traumatického obrazu, musí být navozena i nová myšlenka. Cílem je, aby si klient vytvořil novou, realističtější představu o traumatu a ověřil si její platnost.

6. tělový test

V těle je lokalizována emoce, cílem je zjistit, zda se případné pozůstatky traumatického materiálu neuložily v podobě dysfunkční symptomatologie. Terapeut otázkami zjišťuje tělesné pocity klienta a v případě pozitivních pocitů vyzývá k jejich ukotvení. K přepracování tělesných signálů opět dochází pomocí bilaterální stimulace, tak aby výsledný tělesný pocit byl příjemný nebo alespoň neutrální.

7. ukončení

V případě, pokud dojde k úspěšnému přepracování traumatické vzpomínky, i nadále je klient připravován na to, že se vzpomínka může vrátit v jiné podobě. Pokud zvolená traumatická vzpomínka nemůže být úspěšně zpracovaná a škála je vyšší než 0, pak je klientovi nabídnuta pomoc např. technikou „distancování se“, „zabalení vzpomínek“, imaginací „bezpečného prostoru“ aj. Pro úspěch celé terapie je nezbytné zabezpečení stability klienta na závěr sezení.

8. prověření, zhodnocení výsledků

Hodnocení probíhá pomocí škály, přičemž se vychází z původního cíle a z léčebného plánu. Podstatné je zjištění, jak je klient v současné situaci daleko a stanoví se další případné cíle.

Pro úspěšnou terapii je důležitý i terapeutický vztah. Je důležité, aby terapeut dokázal vybudovat empatický, důvěryhodný a bezpečný terapeutický vztah. V průběhu terapie terapeut sděluje svůj respekt klientovi za jeho odvalu a ochotu vydržet krátkodobé intervaly úzkosti kvůli dlouhodobé úlevě. Důležité však je, že i přes empatický vztah nesmí terapeut v průběhu samotného zpracování, tzn. během 4. fáze, poskytovat klientům slova povzbuzení či empatie. To by mohlo bránit procesu desenzibilizace a zpomalit vrozenou tendenci člověka k psychickému uzdravení. (Hofmann, 2007)

3.3.4 Princip terapie EMDR

Terapie EMDR vychází z toho, že v době traumatické události jsou silné emoce v rozporu se schopností jedince zcela zpracovat tuto zkušenost a tato zkušenost se jakoby „zmrazí v čase“. V souvislosti s traumatickou událostí, může traumatizovaný tuto událost prožívat znovu a znovu. Mohou to být různé vjemy, které znovuprožívání traumatu spouští i dlouho po traumatizující události. Spouštěčem mohou být obrazy, ale i vůně, zvuky. Emoce spojené s traumatem zůstávají, a pokud jsou aktivovány, mohou vyvolat negativní dopad na každodenní fungování jedince.

Terapie EMDR má přímý vliv na mozek. Lze říci, že jde o "rozmrazení" traumatické vzpomínky, což umožní řešení traumatu či zmírnění jeho dopadů na fungování jedince. V průběhu terapie se postupně znepokojující vzpomínky a vše, co s nimi souvisí, stávají lépe zvládnutelnými. Vzpomínka z paměti nezmizí, jen se prostřednictvím očních pohybů změní na běžnou vzpomínku, která nevyvolává znovuprožívání traumatu.

Principem je tedy přepracování (reprocessing) traumatu a následné uložení přepracovaných emocí (desensitization). Oční pohyby se kterými pracuje EMDR někteří odborníci uvádí do souvislosti s přirozeně vyskytujícím pohybem očí v průběhu snění v REM (rychlý pohyb očí) fázi spánku. Jde tedy o fyziologický proces, který člověku umožňuje vidět traumatickou událost novým a méně stresujícím způsobem.

Výhodou této metody je, že nevyžaduje jít do úplných podrobností traumatické události. Na rozdíl od jiných terapií, trauma není analyzováno po dlouhou dobu. EMDR současně pracuje s myslí, s emocemi i s tělem, což může pomoci traumatizovanému se dívat na trauma z jiného úhlu (např. vymizí sebeobviňování). Pokud terapeut pracuje současně s myslí, s emocemi i s tělem dochází i ke zklidnění či vyřešení posttraumatických příznaků.

Mezi potenciální nevýhody lze zahrnout to, že svým zaměřením pracuje se silně stresujícími podněty a je tedy nutné její užití konzultovat s lékařem v případě těhotných žen, lidí se srdečním onemocněním, s očními problémy. Dále je nutné brát v úvahu, že jde o poměrně novou terapii a zatím ještě ukáže čas, jak jsou její účinky dlouhodobé. (Bartson, Smith, Corcoran, 2011)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE

Jako vhodná forma výzkumu byla zvolena případová studie, která popisem konkrétních jevů v praxi může demonstrovat teoretické koncepty dané problematiky. Teoretické koncepty byly popsány v první části práce a případová studie se k ní přímo vztahuje. Výzkum je emancipační případovou studií. Tato studie může poskytnout nápady, myšlenky a může podpořit představivost vnějšího pozorovatele. Jde o studii, která je zde pojímána jako analýza komplexního případu. *„Případová studie je detailní analýzou případu, který byl zvolen jako objekt výzkumu. Jejím cílem je poskytnout hluboké porozumění nebo příčinné vysvětlení vybraného případu. Musí zohlednit celkový kontext události či objektu“* (Drulák a kol. 2008, s. 33).

4.1 Cíl výzkumu

Případová studie by se měla stát příkladem teoretického konceptu a měla by ilustrovat vymezenou teoretickou část. Předmětem je studie případu dítěte předškolního věku, které musí čelit životním těžkostem. Šetřením se pokusíme zjistit, jakým způsobem se dítě vyrovnává se složitou životní situací, jak ho tato situace ovlivňuje. Dále se pokusíme na základě zjištěných okolností případu vyvodit, jaké by mohly být možnosti prevence negativních následků tak, aby mohla být co nejvíce posílena resilience objektu výzkumu, případně celé jeho rodiny.

Cílem výzkumu bude zodpovědět otázky, na které pak budou následovat volné odpovědi. Jaké faktory mohou ovlivňovat resilienci rodiny? Jakou roli hraje jednotlivec v resilienci rodiny? Jakým způsobem může dysfunkční rodina působit na životní situaci dítěte a na jeho odolnost? Vyvolává negativní životní zkušenost nenapravitelné a trvalé poškození? Je možné zažité trauma zpracovat takovým způsobem, aby dále jedince neohrožovalo v jeho vývoji?

4.2 Metodika výzkumu

Výzkum probíhal v delším časovém období, i proto jsem zvolila jako výzkumný objekt dítě předškolního věku, s jehož matkou se osobně znám a jehož životní příběh může dobře

posloužit pro zvolené téma práce. S ohledem na delší dobu studia, mohl být v případové studii okrajově zaznamenán i přechod dítěte do další vývojové fáze, tzn. mladší školní věk.

Využiji metodu rozhovoru, pozorování a studium dokumentů. Budu mít k dispozici zprávy z pedagogicko-psychologické poradny, lékařskou zprávu a zprávy z psychologického vyšetření. Uvedu osobní a rodinnou anamnézu, současný stav problému.

Předpoklady praktické části

Výběr rodiny byl stanoven tématem práce, věkovým hlediskem a životní situací jedince. Také bylo zohledněno zúžení tématu na resilienci rodiny s dítětem předškolního věku, které prožilo traumatickou událost. Na vybraném případě budeme moci zjistit, zda vymezený rámec řešení složité životní situace, v teoretické části práci, koresponduje s příkladem této rodiny v praxi a v každodenním životě. Můžeme zde zachytit, za jakých okolností dochází ke zvyšování resilience jedince, a tím se stává odolnější i celá rodina.

Šetření bylo zaměřeno na rodinu, která je neúplná. Rodinu tvoří matka a syn. Matka jako zákonný zástupce dítěte byla seznámena s účelem šetření, a jeho dobrovolností, s tím, že výsledky budou zpracovány a použity pouze pro účely této práce. Také byla informována o tom, že všechny informace jsou důvěrné a anonymní a že nebudou poskytnuty jiným stranám. Byla změněna jména respondentů, aby byla zaručena anonymita.

Otec se výzkumu neúčastnil ze dvou důvodů. V době provádění výzkumu již nebyl součástí zkoumané rodiny (i když ji bezpochyby ovlivňoval). Také bylo vyhověno přání matky, která nechtěla být konfrontována s dalšími situacemi, které jak očekávala, by mohly být pro ni nepříjemné.

4.3 Metody sběru dat

Případová studie bude usilovat o celistvé zpracování a pochopení příkladu vymezeného psychologického jevu resilience. Bude použito několik metod kvalitativního výzkumu. Zaměříme se na rodinnou a osobní anamnézu a na konkrétní obtížnou životní situaci. Při

sběru dat využijeme metody z oblasti kvalitativních procedur jako zúčastněné pozorování, rozhovor a různé zdroje informací, jako odborná literatura, zprávy lékařů a psychologů.

Sběr dat proběhl zejména v roce 2012, v roce 2013 byla dodána doplňující data a informace pro komplexnější pohled na rodinu a její vývoj.

Při rozhovoru tazatel zná téma rozhovoru, má připravené otázky, které mají stanovené pořadí. Způsob odpovědi ovlivňuje respondent. Polostrukturované rozhovory jsou zaměřeny na objasnění rodinné situace a na další posun rodiny za delší časový úsek. První rozhovor proběhl na úplném počátku výzkumu a další později, zde šlo o volnější rozhovor. V průběhu spolupráce pak proběhlo ještě několik upřesňujících telefonických rozhovorů v souvislosti s dobou trvání výzkumu.

Pozorování je zařazeno do výzkumu v době druhého rozhovoru, kdy bylo možné pozorovat dítě v interakci s matkou i s ostatními dětmi.

Analýza dokumentů využívá lékařské zprávy, zprávy z psychologických vyšetření.

V uvozovkách jsou uvedeny citace z rozhovoru nebo citace z lékařských a psychologických zpráv.

5 PŘÍPADOVÁ STUDIE

Případová studie je zaměřena převážně na dítě, ale ve velké míře reflektuje i matku, protože vztahy v rámci rodiny jsou provázány.

Anamnézy byly popsány na základě informací z rozhovoru, z lékařských zpráv a zpráv z psychologických vyšetření.

5.1 Osobní anamnéza

Chlapec Adam, narozen v září 2005. Průběh těhotenství dle matky běžný, prožila však několik stresujících období. Porod z první fyziologické gravidity. Proběhl v termínu, záhlavím, během porodu se napil plodové vody, výplach žaludku, porodní váha v normě, poporodní adaptace v normě. Celkový tělesný a psychický vývoj v batolecím i předškolním období v normě, s výkyvy, které budou zmíněny dále.

Vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně proběhlo v lednu 2011. Byla zde řešena rodinná situace po odchodu otce od rodiny a také byl řešen odklad školní docházky. Na základě vyšetření byl doporučen odklad školní docházky pro dílčí mimointelektovou nezralost. Také bylo doporučeno výchovné vedení chlapce. Zdůrazněny byly *„zejména chlapcovy osobnostní rysy – astenie, nižší odolnost vůči psychické zátěži, zvýšený sklon k neurotickým reakcím“*. Psycholog doporučil postupovat u chlapce citlivě, v delších latencích ho seznamovat se změnami ve vztazích v rodině. Byl také popsán osobnostní vývoj *„na bázi suspektní organicity (zejména postnatální etiologie) – suspektní některé rysy lehké mozkové dysfunkce – spíše formy hypoaktivní. Nervová soustava astenická – tj. celkově méně odolná vůči psychické zátěži, tíž zvládá i běžné zátěže“*.

Doporučeno vyšetření bolestí hlavy a břicha, kvůli vyloučení organického podkladu obtíží.

Somatické potíže přetrvávaly. Také dle slov matky se vyskytovaly psychické obtíže *„se špatnými myšlenkami“*, kdy se Adamovi vracely vzpomínky na traumatickou událost (viz rodinná anamnéza). Měl potíže s usínáním, v noci trpěl zlými sny. Také se u něj projevuje během spánku intenzivní skřípání a cvakání zuby (bruxismus).

Pro stále trvající potíže vyhledána psychologická pomoc. V červnu 2012 proběhla první terapie EMDR, která částečně pomohla zpracovat trauma. Bylo využito terapie, kdy prostřednictvím očních pohybů se traumatická vzpomínka změnila na běžnou vzpomínku, na

tu, která již nevyvolává znovuprožívání traumatu. Dochází k přepracování traumatu a následnému uložení přepracovaných emocí. Tato terapie ve formě, která je popsána v teoretické části práce, není přímo pro malé děti vhodná. Terapeut ji tedy upravil tak, aby porozumělo pokynům i procesu, kterým prochází a dokázalo pak svoje trauma zpracovat. Matka byla vyzvána předem, aby traumatickou událost napsala jako pohádkový příběh (příloha č. II). Terapeut prostřednictvím příběhu chlapce vrátil prožitému traumatu. Číselná škála byla nahrazena, určením vzdálenosti rukou od sebe. Přičemž, když měl ruce maximálně od sebe, znamenalo to nejvyšší nepohodu, a jak se postupně přibližovaly, tak se vzpomínka stávala snesitelnější. Sezení se účastnila i matka, po domluvě s terapeutem odešla, aby se chlapec mohl lépe soustředit. Terapie byla úspěšná, zlepšil se psychický stav chlapce, lépe v noci spal a dokázal o traumatické situaci mluvit s větším odstupem. Aby byl účinek terapie více potvrzen, po měsíci se terapie opakovala. Přičemž tentokrát již chlapec věděl, co je jeho úkolem, byl jistější a aktivnější. Traumatický zážitek byl zpracován do únosné míry a obtíže s ohledem na traumatickou událost ustoupily. Terapie proběhla v menším rozsahu, než jak je nastaven teoretický rámec metody, avšak stalo se tak spíše s ohledem na fakt, že pro řešení tohoto traumatu to bylo dostačující.

Od července 2013 je chlapec sledován v ambulanci klinické psychologie, kde je řešena rodinná situace. Tady se již potíže chlapce nevztahují přímo k prožitému traumatu. Souvisí spíše se změnami v rodinné vztahové konstelaci. Psycholog popisuje, že: *„bezprostředně po rozchodu rodičů se objevily psychosomatické potíže... Stále citlivě reaguje na situaci mezi rodiči, stresují jej známky možného konfliktu, který se snaží zmírnit a zahnat“*. Dále psycholog popisuje, že se u Adama *„objevily „zlé myšlenky“ (zlostné pocity), které Adam dokázal pouze napsat na křídla papírových vlaštovek, nikoli vyslovit, ale tímto způsobem je zvládl zpracovat a postupně vymizely“*. Ve zprávě psychologa popsány kontakty s otcem jako málo uspokojivé, kdy se objevuje rivalita s mladším synem otcovy přítelkyně: *„Adam potřebuje u otce vnímat vyšší míru pozornosti, potřebuje potvrzovat výhradní postavení ve vztahu k němu“*.

5.2 Rodinná anamnéza

Adam žije sám s matkou, sourozence nemá. Žije v neúplné rodině, matka partnera nemá. Před odchodem otce bylo manželství konfliktní, Adam byl svědkem hádek. Rodiče vzájemně nedokázali otevřeně komunikovat, rodinu také tížila finanční stránka. Matka šla

ihned ve 3 letech věku syna do práce, aby se situace zlepšila. Nezlepšila se, naopak matce chyběl čas pro syna a ten se zpočátku hůře adaptoval v mateřské škole. Po půlroce byla nucena hledat novou práci. Nezaměstnanost situaci v rodině také negativně poznamenala. Nebyla sice dlouhodobá, ale vztah mezi manželi se dál zhoršoval.

Nejzávažnější konflikt, který nastal a zažil ho i Adam, proběhl asi půl roku před odchodem otce. Šlo o fyzické napadení matky otcem. Kdy Adam byl svědkem násilí otce vůči matce. Adam prožil obrovský strach a hrůzu. Tímto zážitkem byl sekundárně traumatizován, právě jako svědek násilí vůči matce. Otec od rodiny odešel na podzim roku 2010.

Adam tuto situaci velmi těžce zvládal. Citově se přimkl k matce a obtížně si na novou situaci zvykal. V noci se budil, měl hrozné sny, nemohl spát sám v pokoji. Velmi citlivě a s obavami reagoval na komunikaci matky s otcem, i když byla v normě. Objevovaly se obavy, že se situace napadení matky bude opakovat. Každou změnu intenzivně prožíval.

S otcem je pravidelně v kontaktu jednou za dva týdny o víkendu a jeden den v týdnu odpoledne.

Otec odešel k nové partnerce, u které bydlel. Měla k Adamovi nepříliš přátelský vztah, spíše chladný. V době vztahu byla partnerka bezdětná, žije v domě s rodiči. Adam si obtížně zvykal na tuto situaci, nerad jezdil k otci, dle slov matky „to asi kvůli ní, myslela si, že moc naděláme a že je rozmazlený“. Společně žili asi dva roky, Adam dojížděl za otcem. Po rozchodu si otec našel novou partnerku, která má mladšího syna. S partnerkou vychází Adam dobře, hůře se snáší s jejím synem, kterého vnímá jako konkurenci.

S prarodiči je v kontaktu, má k nim dobrý vztah. Babička ze strany matky poskytuje velkou podporu při spolupráci na výchově i při péči o Adama.

5.3 Zdravotní anamnéza

V 6 týdnech věku diagnostikována protrahovaná novorozenecká žloutenka (hodnota celkového bilirubinu 289,8 umol/l; přičemž udávaná norma je 3-21 umol/l). Stav upraven až ve 3 měsících věku.

V batolecím věku často nemocný, opakované záněty horních cest dýchacích, apnoické pauzy ve spánku. Jinak bez výraznějších zdravotních obtíží až do 5 let. Od roku 2009 v péči dětské ORL kliniky pro opakované záněty slinných žláz. V roce 2010 operativní

odstranění obou mandlí, hospitalizace v nemocnici asi jeden týden, matka za synem denně docházela, celodenně byla přítomna. V rámci předoperačních vyšetření zjištěna lehká porucha srážlivosti krve. Sledován také na imunologii, pravidelná medikace Bronchovaxom na podporu imunity.

Od konce roku 2010 bolesti hlavy, v péči kliniky dětské neurologie od začátku roku 2011. Udány téměř každodenní bolesti hlavy s nutností podání analgetik, většinou večer před spaním, někdy i ráno. Na jaře 2011 hospitalizace na dětské neurologické klinice pro syndrom nakupených bolestí hlavy. Všechny odběry a fyziologické vyšetření v normě. Proběhlo i psychologické vyšetření.

Závěry z neurologického a psychologického vyšetření: *„přijat k došetření bolestí hlavy. Rozvoj od léta 2010, kdy asi 1x za týden, od podzimu téměř každodenně (časově odpovídá odchodu otce od rodiny).“* Závěry z psychologického vyšetření: *„intelekt při horní hranici průměru, sociální chování zralé, aktuálně velmi suspektně v reakci na rodinné změny zvýraznění celkové úzkostnosti, výkonové a separační, což vede k somatickému projevu – tenzi s motorickým neklidem a bolesti hlavy.“* Doporučena rodinná výchovná opatření, vhodná psychoterapie.

Od léta 2011 se přidaly bolesti břicha.

5.4 Školní anamnéza

Do mateřské školy nástup od 3 let. Adaptace proběhla v normě. Ve školním kolektivu komunikativní. Při školních činnostech snížená pozornost, potíže se soustředit. Psychomotorický rozvoj v normě, účast ve skupině pro rozvoj předškolních dovedností. Návštěva kroužku keramiky. Odklad školní docházky o jeden školní rok, viz osobní anamnéza.

V roce 2013 zahájena školní docházka, kde se objevují výkyvy v chování, nepozornost, neklid. Odeslán do pedagogicko-psychologické poradny kvůli možným specifickým poruchám učení.

5.5 Analýza a interpretace dat

V této části popíšeme základní souvislosti mezi získanými daty. Provedeme jejich hlubší analýzu v souladu s našimi výzkumnými otázkami a cílem studie. Pro popis procesu transformace rodiny v traumatické situaci s ohledem na její resiliентní funkci využíváme především narativní přístup, který je úzce spjat s principy interpretace rodinných událostí.

Rizikové faktory v rodině

Lze vysledovat několik rizikových faktorů v rodině, které ovlivňují resilienci rodiny. Tyto faktory začaly rodinu ovlivňovat ještě v době, kdy rodina byla úplná. Rodina se nacházela ve vývojové fázi, kdy jednotlivci, ale i rodina jako celek, řeší současně několik stresujících okolností. Rodiče si ujasňují vlastní rodičovské role, kdy se vzájemně potřebují shodnout na výchově dítěte, dále zde působilo vývojové stádium dítěte – přechod do mateřské školy a s ním spojené adaptační potíže dítěte, kterému atmosféra v rodině spíše přitížila. Dále ne zrovna ideální návrat matky do zaměstnání, kdy řešila stres v novém zaměstnání, časovou zaneprázdněnost ve vztahu k synovi, který potřeboval větší míru péče a podpory. Přidaly se i finanční potíže. Resilience rodiny byla těmito faktory ohrožena. To, že krize vyvrcholila násilným incidentem, nelze omluvit ani nelze zmírnit závažnost této události. Spíše zde vyvstává podnět pro zamyšlení. Zda by rodina tuto krizi přečkala, pokud by měla podporu ve svém okolí, u rodinného poradce.

Na druhou stranu matka uvádí i pozitivní faktor, který ovlivňuje resilienci a který jí pomohl překonat mnohé potíže. Je jím její širší rodina. Ta jí, potažmo celé rodině, poskytla podporu v obdobích rodinných krizí, ale v klidnějších mezidobích. Díky této sociální podpůrné síti se rodina může více stabilizovat a zvyšovat si tak resilienci.

Prožité trauma

Chlapec prožil sekundární traumatizaci prostřednictvím traumatu matky. Tento hrozný zážitek se mu vtiskl do paměti. I pro samotnou matku to byla velmi traumatizující situace, s ohledem na to, že byla obětí, ale i s vědomím, že syn je „u toho“. Když popisuje tuto situaci, je vidět, že to není lehké „...vůbec nechápu, jak se to mohlo stát. Všechno bylo, no bylo to tak rychlé, že jsem nemohla nic dělat. Bránila jsem se, to jo, ale zároveň jsem viděla, jak Adámek strašně křičí a bojí se.“ Po konfliktu sice s otcem žili ve společné domác-

nosti, ale rodinná atmosféra byla zasažená konfliktem. Za nedlouho otec odešel k nové partnerce a tuto situaci lze označit, že je dalším rizikovým faktorem v resilienci rodiny.

U chlapce nebyla diagnostikována posttraumatická stresová porucha (dále PTSD), ale trpěl spíše PTSD symptomatologií. Měl úzkostné sny a nutkavé vzpomínky na traumatickou událost. To nejtěživější trauma chlapci pomohla vyřešit terapie EMDR. Kdy sama matka byla překvapená účinky terapie. Nejdříve měla obavu, aby *„to bylo jen takové vymývání mozků, nebo něco tak.“* Po konzultaci s terapeutem se přesvědčila, že metoda je bezpečná, že kdykoliv mohou sezení ukončit. Po prvním sezení to naopak brala jako zajímavou zkušenost. Sama pak dostala zpětnou vazbu od terapeuta k jejich rodinné situaci, kdy ocenil její zájem o co nejlepší možné řešení situace syna, ale upozornil ji, že zároveň dává do pozadí sebe samu a to neprospívá ani jí ani synovi.

Zásadní je doporučení terapeuta, že je nutné, aby matka řešila i svoje potíže. Uvádí k tomu, *„ted' už vím, že je důležitý i to, jak jsem na tom já. A fakt jsem došla k tomu, že opravdu musím řešit i sama sebe. Já jsem to teda celou dobu věděla, teda nebo sem měla ten pocit, že to všechno potřebuju uzavřít a jít dál.“* Řešení svých obtíží odkládala, měla jiné další povinnosti, ale až dostala zpětnou vazbu od odborníka, který není v případě zainteresován, to ji motivovalo ke změně: *„Už jsem prostě věděla, že to tak nejde pořád, že pak to bude lepší třeba i pro nás pro oba dva, když něco se sebou udělám.“*

Matka sama podstoupila terapii EMDR. Absolvovala několik sezení a sama to považuje za zlomové rozhodnutí. Více se zklidnila, *„prostě si myslím, že jakoby to ze mě prostě vycítil, (pozn. syn) ten větší klid. Nebo to, že jsem se trochu srovnala. Starosti nezmizely, to ne, ale už jsem nebyla tak skleslá, zklamaná sama sebou“.* Změna v prožívání matky mohla být přínosem i pro jejího syna, kterému postupně začaly ustupovat bolesti hlavy. Nadále však u něj přetrvává bruxismus a neklidný spánek.

Psychosomatické obtíže

Ještě než nastal vyostřený incident mezi matkou a otcem, tak se u chlapce objevují symptomy bolestí hlavy, později i břicha. Již od dětství matka sleduje sníženou imunitu dítěte. V průběhu zkoumaného období nebyla lékaři nelezena žádné organické postižení či onemocnění, týkající se uvedených bolestí hlavy a břicha. Při studiu lékařských zpráv jsme nikde nenarazili ani na zmínku, že by mohlo jít o psychosomatické onemocnění. Jen ve zprávách od psychologů je tato možnost pojmenována. Domníváme se, že zatím lékaři

nejdou moc přístupní psychosomatické onemocnění diagnostikovat. Spíše postupně vyloučí všechna organická postižení a dále se nevyjádří. Psychologové tuto možnost berou běžně v patrnosti a s rodičem tuto okolnost diskutovali.

I sama matka se přiklání k názoru, že jde u syna o psychosomatické onemocnění. Vychází spíše ze své zkušenosti, kdy v případě zlepšení rodinné situace se nenápadně zlepšují symptomy až k postupnému vymizení. Po určité době se však některý občas objevuje, ale většinou již v menší míře. Adámek v mladším věku somatizoval více než později. Lze tedy vycházet z názoru Bednářové (2009), že čím je mladší dítě, tím více somatizuje. Na druhou stranu nelze s jistotou tvrdit, že psychosomatické obtíže chlapce vymizely v souvislosti s věkem a že somatizoval zejména jako malé dítě. Je možné, že zlepšení zdravotního stavu nastalo v souvislosti se zlepšením rodinné situace, se zvýšením odolnosti dítěte

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo vymezení základních pojmů, které se týkají rodiny, jejího fungování i vlivů, které na ni působí. Vymezili jsme pojem resilience, a to ve vztahu k rodině a dítěti.

Dysfunkční rodina a ohrožující situace s ní spojené mohou mít velmi negativní vliv na dítě a jeho odolnost. Prožité trauma může na dlouhou dobu poznamenat vývoj dítěte. Nakolik je tento vliv trvalý a neměnný záleží pak vždy spíše na konkrétní situaci jedinci. V rámci případové studie jsme zkoumali rodinu, kdy tento negativní vliv nebude tak zásadní a trvalý. Nelze s jistotou říci, jakým směrem se bude ubírat vývoj zkoumané rodiny. Protože do toho může vstoupit velké množství faktorů a proměnných. S jistotou lze ale říci, že rodina velkou krizí překonala, nyní jde o to, co si ze svého rodinného vývoje vezme jako vklad do budoucna.

Díky této práci jsme si mohli ověřit, že resilienci ovlivňuje mnoho faktorů. Ať už to jsou faktory, jako je ztráta zaměstnání, omezený finanční příjem, manželské rozepře, přechod do dalšího vývojového období jednotlivce, ale i rodiny.

V praktické části byla prostřednictvím případové studie popsána rodina, které nese znaky vytyčené v teoretické části. Rodina neúplná, která byla ovlivněna faktory, které snížily její resilienci. Tento jev však není nevratný, lze říci, že resilience je procesem, protože i neúplná rodina se postupně uzdravuje ze svých traumat. A to jak na úrovni jednotlivců, tak i na úrovni celé rodiny. Protože to, co určuje každého jednotlivce rodiny, tak nejde oddělit od celku.

Za důležitou součást výzkumu považujeme i posun matky, kdy sama postupně došla k tomu, že je nutná určitá „sebeoprava“, aby mohla očekávat pozitivní obrat i u svého dítěte. Jinými slovy, pokud bude ona, jako rodič, psychicky vyrovnaná a resilientní, může pak i její dítě být naprosto zdravé a rodina se stane resilientní také.

Je zřejmé, že si matka i nadále uvědomuje svoji nestabilní situaci, třeba vzhledem k finanční situaci. Ale nyní už lépe dokáže vytěžit se svých zkušeností a využít svoji sociální podpůrnou síť. Dále si uvědomuje posun svůj, svého dítěte, a tím i postupné zvyšování resilience rodiny.

Pro posílení resilience zkoumané rodiny je tedy důležitá resilience každého jejího člena. Do budoucna je pro tuto rodinu velmi důležitý směr, kterým se vydala – a to svoje problé-

my řešit. Sama matka uvedla jako přínosné, že se zúčastnila tohoto výzkumu. Popisuje situaci, kdy ji motivovalo vědomí, že se o její situaci někdo zajímá. Podporu jí poskytla i zpětná vazba k jejich úspěchům. Nyní je ještě důležité, aby i nadále věnovala pozornost některým psychosomatickým projevům syna a zároveň nezapomínala ani na vlastní psychohygienu.

V neposlední řadě významným faktem je příklad metody EMDR. Kdy z praxe vidíme, že nejen ve vymezených teoretických podkladech je funkční metodou k překonání posttraumatické stresové poruchy nebo jejich symptomů. Toto potvrzují i jednotlivci, kteří se zúčastnili případové studie. V metodě EMDR je tedy velká naděje pro traumatizované jedince, jak mohou překonat svoje trápení.

Zde se dostáváme k problematice, která se ukazuje „mezi řádky“ – a to, že jde o metodu nepříliš známou. Do budoucna může být jedinečně přínosné, pokud se podaří tato metoda popularizovat natolik, aby se informace o ní a jejích možnostech mohla dostat k potřebným lidem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARTSON, S., SMITH, M., CORCORAN, C., 2011. *EMDR, průvodce informovaným rozhodnutím*. [online]. Aktualizováno leden 2011 © 2001-2011. [cit. 2014-02-22]. Dostupné z: <http://www.anapsys.co.uk/emdr.pdf>

BAKALÁŘ, E., NOVÁK, D., NOVÁKOVÁ, M., 1996. *Průvodce rozvodem pro všechny zúčastněné*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. ISBN 80-7106-157-3.

BALCAR, K., 1991. *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Chrudim: Mach.

BAŠTECKÁ, B. (Ed.), 2009. *Psychologická encyklopedie: Aplikovaná psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-470-0.

BEDNÁŘOVÁ, Z., 2009. *Domácí násilí: zkušenosti z poskytování sociální a terapeutické pomoci ohroženým osobám*. Praha: Acorus. ISBN 978-80-254-5422-0.

BŘICHÁČEK, V., 2002. *Odolnost rodiny*. In: Plaňava, I., Pilát, M. (eds.): *Děti, mládež a rodiny v období transformace* (s. 10-19). Brno: Barrister&Principal. ISBN 80-86598-36-5.

BOSS, P., 2002. *Family stress management: A contextual approach*. London: Sage Publications. ISBN 0-8039-7390-X.

ČERMÁK, I., 1998. *Lidská agrese a její souvislosti*. Ždár nad Sázavou: Mladá fronta. ISBN 80-902614-1-8.

DISMAN, M., 1993. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-141-2.

DRULÁK, P., 2008. *Jak zkoumat politiku: kvalitativní metodologie v politologii a mezinárodních vztazích*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-385-7.

DUNOVSKÝ, J., 1986. *Rodina a její poruchy ve vztahu k dítěti*. Praha: SEVT.

DUNOVSKÝ, J., 1999. *Sociální pediatrie*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-254-9.

EMDR - desenzibilizace a přepracování pomocí očních pohybů [online]. [cit. 2014-07-09]. Dostupné z: <http://www.trauma-terapie.cz/>

GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J., 2003. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0415-3.

HAŠKOVCOVÁ, H., 2004. *Manuálek o násilí*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-397-x.

HOFMANN, A., 2007. *EMDR - Terapie psychotraumatických stresových syndrómov*. Trenčín, Vydavateľstvo F. ISBN 978-80-8895-251-0

HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., 2000. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-472-9.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-569-1.

HENDL, J., 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.

HOSKOVCOVÁ, S., 2006. *Psychická odolnost předškolního dítěte*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1424-8.

HOŠEK, V., 1997. *Psychologie odolnosti*. Praha: Karolinum. ISBN 89-7184-889-1.

CHRÁSKA, M., 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-1369-4.

JANIŠ, K.; SVATOŠ, T., 1998. *Rodina a otázky s ní související*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7041-842-7.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-551-2

LACINOVÁ, L., 2002. *Proměny současné rodiny s malými dětmi*. In: Plaňava, I., Pilát, M. (eds.): *Děti, mládež a rodiny v období transformace* (s. 151 - 158). Brno: Barrister&Principal,. ISBN 80-86598-36-5.

LANGMEIER, J., 1991. *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*. Praha: Avicenum. ISBN 80-201-0098-7.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, ISBN 80-247-1284-9.

LUTHAR, S. S.; CICCETTI, D.; BECKER, B., 2000. *The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work*. [online]. Child Development. 2000, 17, č. 3, s. 543-562. [cit. 2013-07-09]. Dostupné z: <http://www.proquest.cz/>

MALÁ, E., 2011. *Posttraumatická stresová porucha u dětí a adolescentů*. Zdravotnické noviny, Lékařské listy, č. 9. ISSN 1805-2355

MAREŠ, J. a kol., 2007. *Kvalita života u dětí a dospívajících II*. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-008-1.

MAREŠ, J., 2012. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3007-3.

MATĚJČEK, Z., 1992. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: SPN. ISBN 80-04-25236-2.

MATĚJČEK, Z., 2000. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-494.

MATĚJČEK, Z., 2008. *Co děti nejvíc potřebují*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-504-2.

MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z., 1994. *Děti, rodina a stres*. Praha: Galén. ISBN 80-85824-06-x.

MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z., 1998. *Riziko a resilience*. Československá psychologie, 1998, 42, č. 2, s. 97-105. ISSN 0009-062X

MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z., 2002. *Krizové situace v rodině očima dítěte*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0332-7.

MATOUŠEK, O., 1997. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-85850-24-9.

MOHAPL, P., 1992. *Úvod do psychologie nemoci a zdraví*. Olomouc. ISBN 80-7067-127-0

MORSCHITZKY, H., SATOR, S., 2007. *Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-218-8.

MÜHLPACHR, P., 2008. *Sociopatologie*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4550-7.

NOVOTNÝ, J., S., 2009. *Obraz resilience adolescentů v prostředí ústavní péče*. Rigorózní práce. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra psychologie.

PATTERSON, J., M., 2002. *Integrating Family Resilience and Family Stress Theory*. [online]. Journal of Marriage and Family, 2002, 64, č. 2, s. 349-360. [cit. 2013-07-09]. Dostupné z: <http://www.proquest.cz/>

PAULÍK, K., 2009. *Moderátory a mediátory zátěžové odolnosti*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Filozofická fakulta. ISBN 978-80-7368-635-2.

PAULÍK, K., 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2959-6.

PLAŇAVA, I., 1994. *Komponenty a procesy fungující rodiny a manželství*. Československá psychologie. 1994, č. 1, str. 1-14. ISSN 0009-062X.

PLAŇAVA, I., 2000. *Manželství a rodiny: struktura, dynamika, komunikace*. Brno: Doplněk. ISBN 80-7239-039-2.

RADVAN, E., VAVŘÍK, M., 2009. *Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách*. Brno: Institut mezioborových studií.

SATIROVÁ, V., 1994. *Knihy o rodině*. Brno: Institut Virginie Satirové. ISBN 80-901325-0-2.

SOBOTKOVÁ, I., 2003. *Pěstounské rodiny: jejich fungování a odolnost*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 80-86552-62-4.

SOBOTKOVÁ, I. 2007. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-250-8.

SOBOTKOVÁ, I., 2004a. *Rodinná resilience*. Československá psychologie, 2004, 48, č. 3, s. 233-246, ISSN 0009-062X.

SOBOTKOVÁ, I., 2004b. *Rodina v krizi*. In: ŠPATENKOVÁ, N. a kol.: *Krize – psychologický a sociologický fenomén* (s. 73-84). Praha: Grada. ISBN 80-247-0888-4.

SPURNÝ, J., 1996. *Psychologie násilí*. Praha: Eurounion. ISBN 80-85858-30-4

ŠEVČÍK, Drahomír a kol., 2011. *Domácí násilí: Kontext, dynamika a intervence*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-690-2.

ŠIŠLÁKOVÁ, M., 2005. *Resilience jako východisko pro sociální práci s rizikovou mládeží*. In: Smutek M. (ed.) *Možnosti sociální práce na prahu 21. století: Sborník příspěvků z minikonference*. Hradec Králové: Katedra sociální práce a sociální politiky, Univerzita Hradec Králové. ISBN 80-86771-10-5.

ŠOLCOVÁ, I., 2009. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2947-3.

VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0841-3.

VAVROŇOVÁ, M., HRONOVÁ, M., 2013. *Sonda obětí domácího násilí za rok 2012*. [online]. Statistická sonda obětí domácího násilí za rok 2012 [cit. 2013-08-22]. Dostupné z: http://www.rosa-os.cz/fileadmin/rosa/STATISTIKA_ROSA_za_rok_2012_FIN.pdf

VODÁČKOVÁ, D., a kol., 2007. *Krizová intervence*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-342-0.

VIZINOVÁ, D., PREISS, M., 1999. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-284-x.

VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I., 1998. *Aplikovaná sociální psychologie I. Člověk a sociální instituce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-269-6.

WEST, G., K., 2002. *Dobrodružství psychického vývoje: kapitoly z vývojové psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-684-5.

Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

EMDR desenzibilizace a přepracování pomocí očních pohybů (z angl. Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

PSTD posttraumatická stresová porucha (z angl. Post Traumatic Stress Disorder)

GAS všeobecný adaptační syndrom (z angl. General Adaptation Syndrom)

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Protektivní faktory	28
-----------------------------------	----

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: NÁVRH SCÉNÁŘE ROZHOVORU

PŘÍLOHA P II: PODKLAD PRO TERAPII EMDR – POHÁDKOVÝ PŘÍBĚH

PŘÍLOHA P I: NÁVRH SCÉNÁŘE ROZHOVORU

1. Mohla byste mi na úvod říci něco o vás a vaší rodině?
2. Můžete prosím popsat vaše rodinné obtíže? Co se událo?
3. Jakým způsobem jste situaci zvládli?
4. Jakým způsobem vás tato situace ovlivnila? Co všechno se ve vaší rodině změnilo?
5. Jakým způsobem se projevují potíže?
6. Změnilo se něco od té doby? Co bylo pro vás impulsem ke změně?
7. Kdo nebo co vám pomáhá situaci zvládnout?
8. Napadá vás něco, co by vám ještě mohlo pomoci?

PŘÍLOHA P II: PODKLAD PRO TERAPII EMDR – POHÁDKOVÝ PŘÍBĚH

Použito na terapii 29. 6. 2012

„Byla jednou jedna dívka, která se jednoho dne potkala s chlapcem. Seznámili se na plese, který uspořádal pan král. Sice to nebyla žádná princezna, ale to vůbec nevadilo. Na plesu byla spousta různých lidí. S chlapcem tančili, hezky si povídali. Chlapec se jí líbil. I ona se líbila jemu. Nějakou dobu se potkávali a bylo jim spolu moc hezky a měli se víc a víc rádi.

Začali přemýšlet o tom, že by spolu chtěli být napořád. Proto se domluvili, že si koupí domeček. Neměli moc peněz, a tak si museli půjčit peníze od bohatého kupce. Domeček byl sice starý, ale domluvili se, že ho společně opraví. Pracovali společně a opravovali domeček. To už věděli, že se mají moc rádi a že spolu chtějí zůstat napořád. Až se jednoho dne chlapec odhodlal a dal dívce prstýnek a zeptal se jí, jestli si ho vezme za muže. Dívka byla moc ráda a souhlasila.

Byla tedy krásná svatba, dívka měla krásné bílé šaty a vypadala úplně jako princezna. Chlapec byl ženich a také mu to slušelo. Po svatbě pak společně žili v domečku, který si koupili a ještě pořádku ho opravovali.

Nějakou dobu žili jen spolu sami dva. Měli hodně práce a starostí, ale přece jen chlapce napadlo, že by bylo hezké, aby měli děťátko. A netrvalo to dlouho a dívka poznala, že budou mít spolu miminko. Byli moc rádi, i když domeček ještě nebyl opravený, tak se domluvili, že než se miminko narodí, zkusí všechno stihnout připravit.

Po nějaké době se dívce narodil malý chlapeček. Z dívky se stala maminka a narozený chlapeček se stal tím nejdůležitějším v životě. I chlapec byl rád, že se z něho stal tatínek. Chlapeček hezky rostl a sílil. Byl moc roztomilý a usměvavý. A maminka a tatínek ho měli moc rádi.

Někdy měli hodně starostí a bylo to, jakoby přiletěl černý mrak – pohádali se. Pak se zase vyčáslilo a usmířili se. Když ale tyto černé mraky byly častěji a častěji, bylo to horší.

Chlapeček rostl, naučil se chodit, mluvit a všechno, co malé děti umí. Někdy to viděl, že černý mrak zastínil jejich domeček a rodiče, že se hádají. Nelíbilo se mu to. Pak ale zase bylo dobře. Chlapeček rostl a byl víc a víc šikovnější. Pak začal chodit i do školky s ostatními dětmi a maminka začala chodit do práce. Domeček už měli hezčí a víc opravený, ale i tak někdy měli maminka a tatínek starosti. Někdy přiletěl černý mrak a hádali se.

Když to byl jednou moc a moc těžký černý mrak, tatínek se tak moc rozzuřil na maminku, že ji začal bít a nadávat jí.

Malý chlapeček se strašně moc a moc bál, stál na pohovce a křičel a plakal a moc se bál. Maminka se taky moc bála a viděla malého chlapečka, jak moc pláče a bojí se. Napřed mu nemohla pomoci, musela se ubránit tatínkovi. Musela ho odstrčit pryč. Nakonec se jí to podařilo, honem spěchala za malým chlapečkem, aby ho uklidnila a aby byl v bezpečí. Dlouho to trvalo, než se černý mrak rozplynul.

A taky několik dní trvalo, než se malý chlapeček trochu uklidnil. Aby mu bylo lépe, spíkal u maminky. Někdy mu v noci přiletěla do snu zlá noční můra a potrápila ho. Tu se podařilo vždycky zahnat pryč. Chlapeček měl ještě svého kocourka, ten měl kouzelný kožíšek – vždycky když chlapeček v noci spíkal a hladil kocourkův kožíšek, měl klidné spaní a žádná můra do snu nemohla.

Postupně se chlapeček uklidňoval, bylo mu lépe. Ale maminka s tatínkem měli pořád potíže. Už ten mrak mezi nimi zůstal stát a vytvořil mezi nimi zed'. Takže to dál už nešlo, aby spolu žili. Trápili by se navzájem a trápil by se i malý chlapeček. Tatínek se odstěhoval a maminka zůstala s chlapečkem a kocourkem v domečku. Nebylo to jednoduché. Ale chlapeček byl v bezpečí, velké černé mraky už nemohly přijít a dělat takové zlo jako před tím. Někdy je to pro chlapečka těžší, ale on je moc a moc šikovný. Postupně se naučila maminka i tatínek spolu mluvit lépe, sice každý bydlí jinde, ale chlapečka mají moc a moc rádi. A chlapeček bude mít pořád tohoto tatínka a napořád s ním zůstane maminka, i kdyby se dělo cokoliv.“