

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Příčiny umístění dětí do dětského domova
Causes placing children in an children's home

Eva Pauliová

Vedoucí práce: Doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.
Studijní program: Navazující magisterské studium
Studijní obor: Speciální pedagogika

2020

Odevzdáním této diplomové práce na téma Příčiny umístění dětí do dětského domova potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

4. 5. 2020 Praha

Ráda bych poděkovala Doc. PaedDr. Evě Šotolové, Ph.D. za odborné vedení, pomoc a rady při zpracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat paní Haně Jedelské, zástupkyni ředitele Dětského domova Dolní Počernice za vstřícný přístup při realizaci výzkumného šetření. Děkuji také Marii Voslářové za korekturu a rodině a přátelům, kteří mi během psaní práce hlídali dítě.

ABSTRAKT

Práce se zabývá analýzou sociálně patologických jevů v kontextu umístování dětí do dětských domovů. Zkoumá příčiny těchto jevů a možné způsoby prevence. Nejprve je stručně popsána charakteristika a historie ústavní výchovy v České republice. Dále se práce věnuje vzniku sociálně patologických jevů obecně na základě vnějších a vnitřních příčin v životě jedince. Následuje podrobná analýza konkrétních sociálně patologických jevů v rodinách a jejich vlivu na vývoj dítěte. Volby těchto kapitol vycházejí ze zjištěných příčin umístění dětí v Dětském domově Dolní Počernice. Na závěr teoretické části práce jsou uvedeny možnosti podpory rodin, jako způsobu prevence umístování dětí do náhradní výchovné péče. Zejména je popsána metoda Housing first a její pilotní testování v Brně, které mělo pozitivní dopad na zlepšení kvality života rodin účastnících se projektu

Praktická část byla realizována formou kvantitativního šetření, a to analýzou spisové dokumentace 61 dětí z Dětského domova Dolní Počernice v červnu roku 2018. Zaměřuje se zejména na příčiny umístění do náhradní výchovné péče, podmínky v rodině a zájem rodičů a o kontakt s dítětem. Hlavním zkoumaným jevem bylo umístění dětí do náhradní výchovné péče ze sociálních důvodů. Jednotlivé body šetření jsou zpracovány formou grafu.

Závěr se věnuje reflexi současné situace sociálně vyloučených rodin a doporučením pro praxi.

KLÍČOVÁ SLOVA

Náhradní výchovná péče, sociálně patologické jevy, podpora rodin, housing first, sociální důvody odebrání dětí z rodiny

ABSTRACT

The theme of this thesis is the analysis of socially pathological issues in the context of placing children into children's homes. It investigates the causes of these issues and possible methods of prevention. At the beginning of the thesis there is a brief characteristics and history of institutional care in the Czech Republic. There is also a part about the formation of socially pathological issues based on internal and external causes in humans life. Furthermore there is a detailed analysis of certain socially pathological issues in the families and their influence on a child's development. These specific issues were chosen based on findings made in Children's Home Dolní Počernice. In the conclusion of the theoretical part of this thesis there are mentioned possible ways of supporting families – as a method of prevention of placing children into institutional care. Especially focused was the method Housing First and its first testing in Brno, where the positive impact on the quality of life of participating families was achieved.

The research part of this thesis was realized via a quantitative survey - 61 files of children placed into Children's Home Dolní Počernice were analyzed in June 2018. I focused mainly on the causes of placing the child into the institutional care, family conditions, and parents' interest in contact with the child. The main issue I address was social causes for placing children into institutional care. The findings of this analysis are processed in the form of a graph.

At the end of this thesis there is a reflection of current situations of socially excluded families and recommendations for practice.

KEYWORDS

Institutional care, socially pathological issues, family support, Housing first, social causes for placing children into institutional care

Obsah

Úvod	10
Teoretická část práce	11
Praktická část práce.....	11
Cíl práce.....	12
Výzkumné otázky	12
Teoretická část práce	13
1. Charakteristika ústavní péče.....	13
1.1. Ústavní výchova	13
1.2. Ochranná výchova	13
1.3. Předběžná opatření.....	14
1.4. Zařízení realizující ústavní a ochrannou výchovu	14
2. Historie náhradní výchovné péče	15
3. Ústavní výchova v České republice ve srovnání s jinými zeměmi	18
4. Ústavní péče jako krátkodobé řešení pro děti v akutní problematické situaci	21
5. Negativní dopady dlouhodobého umístění v ústavní výchově.....	21
5.1. Deprivace.....	22
5.1.1. Vymezení pojmu deprivace	22
5.1.2. Deprivace v důsledku ústavní výchovy	23
5.1.3. Deprivace v důsledku změny prostředí	23
5.1.4. Deprivace v rodině.....	23
5.2. Proces separace a reakce dítěte na něj	25
5.2.1. Separace od matky.....	25
5.2.2. Návrat do rodiny	25
5.2.3. Separace v pubertálním věku.....	26

5.3.	Absence rovných příležitostí.....	26
6.	Příčiny umístění dětí do dětského domova.....	26
7.	Příčiny vzniku sociálně patologických jevů	28
7.1.	Biologicko-psychologické teorie	29
7.2.	Sociálně psychologické teorie	29
7.3.	Sociologické teorie	31
8.	Poruchy vztahů a funkcí rodiny.....	33
8.1.	Poruchy rodičovské role	33
8.2.	Poruchy funkčnosti rodiny.....	34
9.	Sociálně patologické jevy v rodinách.....	34
9.1.	Jeden nebo oba rodiče jsou závislí na alkoholu.....	35
9.1.1.	Průběh vzniku závislosti na alkoholu	35
9.1.2.	Léčba alkoholové závislosti.....	36
9.1.3.	Děti rodičů závislých na alkoholu	37
9.2.	Jeden nebo oba rodiče užívají psychotropní látky	38
9.2.1.	Průběh vzniku závislost na psychotropních látkách	38
9.2.2.	Kanabinoidy	39
9.2.3.	Stimulanty.....	40
9.2.4.	Opiáty	42
9.2.5.	Halucinogeny.....	44
9.2.6.	Těkavé látky	45
9.3.	Jeden nebo oba rodiče žijí jako bezdomovci nebo nemají stabilní bydlení.....	45
9.3.1.	Příčiny vzniku bezdomovectví	46
9.3.2.	Adaptace na bezdomovecký způsob života.....	46
9.3.3.	Rodičovství osob v nestabilním bydlení.....	48

9.3.4. Rodičovství osob bez domova.....	48
9.4. Jeden nebo oba rodiče ve výkonu trestu odnětí svobody.....	51
9.4.1. Rozvoj kriminálního chování	51
9.4.2. Děti rodičů ve výkonu trestu odnětí svobody.....	53
9.5. Psychické onemocnění jednoho nebo obou rodičů.....	54
9.5.1. Organické duševní poruchy včetně symptomatických	54
9.5.2. Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy	55
9.5.3. Afektivní poruchy (poruchy nálady)	56
9.5.4. Neurotické, stresové a somatoformní poruchy	57
9.5.5. Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory	58
9.5.6. Poruchy osobnosti a chování u dospělých.....	58
9.5.7. Poruchy psychického vývoje, poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání a mentální retardace	60
9.5.8. Péče o osoby s psychickým onemocněním.....	61
10. Syndrom CAN.....	62
10.1. Zanedbávání	64
10.1.1. Příčiny zanedbávání dítěte v rodině.....	64
10.1.2. Psychická deprivace.....	65
10.1.3. Citová subdeprivace.....	68
10.1.4. Následky psychické deprivace v dospělosti.....	68
10.2. Týrání	69
10.2.1. Fyzické týrání	69
10.2.2. Psychické týrání	70
10.2.3. Münchhausenův syndrom by proxy.....	71

10.2.4.	Psychické důsledky týrání	72
10.2.5.	Důsledky týrání v dospělém věku.....	74
10.3.	Sexuální zneužívání.....	74
10.3.1.	Reakce matky na zjištění sexuálního zneužívání dítěte v rodině.....	76
10.3.2.	Psychické důsledky sexuálního zneužívání	77
10.3.3.	Následky sexuálního zneužívání v dospělém věku.....	79
11.	Intervence OSPODu při umístění dítěte do náhradní rodinné péče.....	79
11.1.	Umístění dítěte do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.....	80
12.	Podpora rodin v obtížné životní situaci	80
12.1.	Sociální práce s rodinou	81
12.1.1.	Případová konference	81
12.1.2.	Rodinné konference	82
12.1.3.	Sanace rodiny.....	82
12.2.	Housing first.....	83
12.2.1.	Rapid Re-housing	84
	Praktická část.....	88
13.	Analýza spisové dokumentace dětí umístěných v Dětském domově Dolní Počernice	88
13.1.	Cíle šetření.....	88
13.2.	Výzkumný soubor	88
13.3.	Výzkumné otázky.....	89
13.4.	Charakteristika Dětského domova Dolní Počernice.....	89
13.5.	Charakteristika spisové dokumentace	90
13.6.	Popis postupu	90
13.7.	Etické zásady.....	92

14.	Zpracování dat	93
14.1.	Charakteristika dětí z DD Dolní Počernice	93
14.2.	Charakteristika rodin z dětí z Dětského domova Dolní Počernice.....	96
14.3.	Kontakt rodiny s dítětem	105
15.	Závěr šetření	109
15.1.	Charakteristika dětí z Dětského domova Dolní Počernice.....	109
15.2.	Rodiny dětí umístěných v dětském domově	109
15.3.	Kontakt rodiny s dítětem	111
15.4.	Odpovědi na výzkumné otázky	112
	Závěr.....	113
	Seznam použitých informačních zdrojů	116
	Seznam zkratk.....	119

Úvod

Česká republika se dlouhodobě potýká s problémem vysokého počtu dětí umístěných v dětských domovech. Ve vyspělých zemích je běžnou praxí ponechávat děti v rodinách a rodiny podporovat, případně dávat děti převážně do pěstounských rodin. V našem prostředí je ústavní výchova hlavní možností při odebrání dětí z původních rodin. Institucionální výchova nemůže adekvátně nahradit rodinné prostředí a absolventi dětských domovů jsou ve svém dalším životě oproti běžné populaci znevýhodněni. Mají často nižší vzdělání, v důsledku čehož je pro ně obtížnější získat a udržet si práci. S tím souvisí i fakt, že jsou více ohroženi ztrátou bydlení. Absolvent dětského domova musí v 18 letech ústav opustit, pokud dále nestuduje. Když se v dospělém věku ocitne v obtížné životní situaci, nemá žádné bezpečné zázemí ani podpůrnou síť sociálních vztahů, jakou má člověk, který vyrostl ve fungující rodině. Tito lidé později selhávají i jako rodiče, protože neměli možnost poznat, jak fungují zdravé rodinné vztahy.

Ústavní péče je v porovnání s jinými možnostmi podpory primárních nebo pěstounských rodin finančně náročná. Projekt Housing first, který byl realizován v Brně, a o kterém tato práce pojednává, ukázal, že při poskytnutí stabilního bydlení rodinám se výrazně ušetří. Kromě toho, že v ústavech jsou vysoké náklady na provoz a personál, které při pobytu dítěte v rodině odpadají, snižují se i náklady např. na zdravotní péči. V dětských domovech jsou děti často naprosto nerealisticky vybaveny vysokým materiálním standardem, který si po odchodu z dětského domova nemohou dovolit. Někteří rodiče vnímají dokonce pobyt dítěte v dětském domově jako prospěšný, protože srovnatelné materiální zázemí by mu nemohli dopřát. Při opuštění dětského domova dostane mladý dospělý tzv. odchodné, které ale ve větších městech nestačí ani na zaplacení nájmu. Tito lidé se pak často dostanou do dluhových pastí, ze kterých se při nízkých příjmech nemají šanci vymanit.

V některých případech by nemusely být děti z rodin odebrány, pokud by byla rodina dostatečně podporována. Jsou samozřejmě případy, kdy je nutné dítě z rodiny odebrat, v některých případech i omezit nebo úplně přerušit styk rodičů s dítětem. Jedná se zejména

o negativní jevy související se syndromem CAN. Při správné podpoře rodiny se ale mohou patologické jevy, které přímo neohrožují dítě, omezit nebo i úplně vymizet.

Jako sociální pracovnice v azylovém domě jsem se při své práci setkávala s klienty, kteří prakticky celý svůj život trávili v různých ústavech. V raném věku pobývali v dětském domově, někteří i v kojeneckém ústavu, v pubertě se dostali do výchovného ústavu a dospělosti se pohybovali mezi azylovými domy, výkony trestu odnětí svobody a životem na ulici. Tito lidé si nebyli schopni najít a udržet práci a ani udržet vztah. Často se u nich vyskytovaly sociálně patologické jevy jako zneužívání alkoholu a psychotropních látek. Projevovaly se u nich také různé psychiatrické diagnózy. Jsem přesvědčená, že za jejich selhávání v běžném životě může právě institucionální výchova v mládí, narušená vazba s pečující osobou a později v dospělém věku chybějící síť stabilních sociálních kontaktů.

Teoretická část práce

Teoretická část práce se věnuje charakteristice a historickému kontextu ústavní výchovy v Čechách, zaměřuje se také na negativní dopady ústavní výchovy na vývoj jedince. Dále jsou podrobně rozebrány příčiny vzniku sociálně patologických jevů, konkrétní sociálně patologické jevy v rodinách a jejich vliv na vývoj dítěte. Volba těchto kapitol vychází ze zjištěných příčin umístění dětí v Dětském domově Dolní Počernice, popsané sociálně patologické jevy byly uváděny jako důvody odebrání dětí z rodin. Na závěr jsou uvedeny možnosti podpory rodiny, které v ideálním případě vedou k tomu, že dítě nemusí být umístěno do ústavní výchovy. Kapitoly teoretické části jsou doplněny ilustračními příklady z dokumentace dětí z Dětského domova Dolní Počernice.

Praktická část práce

Šetření bylo realizováno kvantitativní metodou. Na základě studia dokumentace 61 dětí z Dětského domova Dolní Počernice a 40 rodin, ze kterých děti pocházely, byl výzkum rozdělen na tři následující oblasti: Charakteristika dětí z Dětského domova Dolní Počernice, Rodiny dětí z Dětského domova Dolní Počernice a Kontakt rodin s dětmi.

Celkem 16 otázek je zpracováno formou grafů a jsou zaměřeny především na rodinné zázemí dětí, příčiny umístění do ústavní výchovy, dobu strávenou v ústavní výchově a zájem rodičů o kontakt s dítětem. Jednotlivé výzkumné otázky jsou doplněny ilustračními příklady dětí z Dětského domova Dolní Počernice.

Cíl práce

Cílem práce je analýza příčin umístění dětí do ústavní výchovy v kontextu možnosti návratu dětí do rodiny.

Výzkumné otázky

1. Jaká je role sociálních příčin při umístování dětí do náhradní výchovné péče?
2. Jaký zájem je o vzájemný kontakt u rodičů a jejich dětí umístěných do náhradní výchovné péče?

Tyto teorie budou ověřovány na základě zpracování odborné literatury týkající se sociálně-patologických jevů, dále pak rozbořem evaluační zprávy projektu Housing first a studiem dokumentace dětí dětského domova Dolní Počernice.

Teoretická část práce

1. Charakteristika ústavní péče

V následující kapitole bude stručně definována ústavní a ochranná výchova v České republice, její legislativní rámec a zařízení, která ji provozují.

„Ústavní péče zahrnuje jakýkoliv typ nerodinného umístění dítěte na základě soudního rozhodnutí, popřípadě se může jednat o umístění dítěte mimo domov na žádost rodičů. Může zahrnovat všechny typy zařízení od ústavních institucí rodinného typu přes skupinové domovy i klasické ústavy. (Cantwell, 2005 in Sychrová, 2014, s. 41)

V České republice se používá pojem náhradní výchovná péče, který vyplývá ze zákona O výkonu ústavní a ochranné výchovy (109/2002). Tuto sféru realizuje MŠMT, děti se mohou do ústavní výchovy dostat soudním nařízením ústavní výchovy, ochranné výchovy a na základě předběžného opatření. (109/2002)

1.1. Ústavní výchova

Ústavní výchova je navržena OSPODem a schválena soudem. *„Slouží preventivně výchovným účelům. Zajišťuje každému dítěti právo na výchovu a vzdělání, podporuje sebedůvěru, rozvíjí citovou stránku jeho osobnosti a umožňuje, aby se dítě aktivně účastnilo dění ve společnosti.“ (109/2002 Sb.)* *„Soud může, jako nezbytné opatření, nařídít ústavní výchovu v případě, že je výchova dítěte nebo jeho tělesný, rozumový či duševní stav, anebo jeho řádný vývoj vážně ohroženy nebo narušeny do té míry, že je to v rozporu se zájmem dítěte, anebo jsou-li tu takové vážné důvody, pro které rodiče dítěte nemohou jeho výchovu zabezpečit.“ (89/2012 Sb.)*

1.2. Ochranná výchova

Je nařízena soudem v případě spáchání trestného činu osobou mladší 18 let. *„Ochranná výchova může být uložena ve dvou případech:*

- **mladistvému** – v případě mladistvých se ochranná výchova ukládá v trestním řízení soudem, pokud je splněna alespoň jedna ze tří následujících podmínek:
 1. o výchovu mladistvého není náležitě postaráno
 2. dosavadní výchova mladistvého byla zanedbána
 3. prostředí, v němž mladistvý žije, neposkytuje záruku dobré výchovy
- **osobě mladší 15 let** – ochrannou výchovu jde v tomto případě uložit pouze v občanskoprávním řízení. Jde o povinnost v případě, že osoba dovršila věk 12 let a je zároveň mladší 15 let, a současně spáchala trestný čin“. (109/2012 Sb.)

1.3. Předběžná opatření

„Ocitlo-li se nezletilé dítě bez jakékoliv péče nebo jsou-li jeho život nebo příznivý vývoj vážně ohroženy nebo narušeny, předseda senátu předběžným opatřením nařídí, aby bylo na nezbytně nutnou dobu umístěno ve vhodném prostředí, které v usnesení označí. Celková doba trvání předběžného opatření nesmí přesáhnout dobu 6 měsíců. (99/163 Sb.)

1.4. Zařízení realizující ústavní a ochrannou výchovu

Ústavní a ochranná výchova je realizována v zařízeních spadajících pod MŠMT.

Patří sem:

- Dětské domovy
- Dětské domovy se školou
- Diagnostické ústavy
- Výchovné ústavy
- Zařízení pro děti cizince

Do dětských domovů jsou umísťovány děti od 3 do 18 let s nařízenou ústavní výchovou, v případě studia mohou v dětském domově setrávat až do 26 let.

Dětské domovy se školou jsou určeny dětem ve věku obvykle od 6 do 15 let s poruchami chování. Děti jsou zde umístěny na základě předběžného opatření, případně na základě nařízené ústavní nebo ochranné výchovy.

Diagnostické ústavy přijímají děti s nařízenou ústavní nebo ochranou výchovou, na základě předběžného opatření nebo na žádost zákonného zástupce. Provádějí diagnostiku psychického stavu a sociálních podmínek dítěte, na základě které se dítě buď vrací do rodiny, nebo je umístěno do náhradní výchovné péče. Pobyt v diagnostickém ústavu je obvykle omezen na dobu 8 týdnů.

Výchovné ústavy jsou určeny mladistvým se závažnými poruchami chování od ukončení povinné školní docházky do 18 let. Přijímají mladistvé na základě předběžného opatření nebo nařízené ústavní nebo ochranné výchovy.

Zařízení pro děti cizince, je určeno cizincům mladším 18 let na území ČR bez doprovodu rodičů nebo jiných osob odpovědných za výchovu. (MŠMT, 2018)

Péči o děti do tří let zajišťují kojenecké ústavy spadající pod MZ.

2. Historie náhradní výchovné péče

Historie péče o nezaopatřené děti v Čechách

V následující části bude popsán vývoj péče o nezaopatřené děti na území České republiky. Zvláště se bude v jednotlivých historických etapách zaměřovat na systémy ústavní péče, alternativní náhradní rodinnou péči a následnou péči po propuštění z ústavu. Kromě stručného úvodu do historie ústavní výchovy a popisu péče o nezaopatřené děti a mládež má tato kapitola za cíl popsat vliv ústavní výchovy v moderních dějinách na její absolventy.

Ve středověku péči o nezaopatřené osoby poskytovaly špitály, zpočátku to byly menší instituce s kapacitou obvykle dvanácti osob, podle dvanácti apoštolů. Prvním zařízením, které poskytovalo péči o sirotky a nalezené, byl Vlašský špitál v Praze. Byl založen roku 1602 italskou kongregací. Kojenci a batolata byli svěřováni kojným poblíž špitálu, do šesti let byly děti vychovávány u pěstounů. V šesti letech začaly žít ve špitálu,

kde byly vychovávány a posílány do školy. V patnácti letech byli chlapci posíláni do učení a dívky do služby. (Sychrová, 2014)

Roku 1781 vydal Josef II. direktivní pravidla, která určovala, pro jaké skupiny obyvatelstva budou zřizovány specializované ústavy, jako první skupina byla jmenována opuštěná mládež. V každé zemi Habsburské monarchie měl vzniknout nalezinec a sirotčinec. Vlašský špitál byl na základě těchto pravidel zrušen a roku 1789 ho nahradila Zemská porodnice a nalezinec. (Sychrová, 2014)

Další sirotčince vznikaly v Čechách v 18. století v Chebu, Litvínově a v Praze. Děti v sirotčincích pobývaly obvykle do ukončení školní docházky – do dvanácti let. Byly připravovány na budoucí život mimo ústav, před propuštěním zajišťovala vedení ústavu dětem umístění v učení nebo ve službě. Děti dostaly výbavu, obvykle oblečení na zimu a léto a ústav se s nimi snažil udržovat kontakt formou korespondence. Do roku 1848 měla povinnost postarat se o nezaopatřené obyvatele šlechta, zrušením poddanství tato povinnost přešla na obce. (Sychrová, 2014)

Na začátku 20. století začaly vznikat rodinné kolonie, deseti až patnácti členné skupiny dětí byly dávány do rodiny k výchově. V Čechách byly tyto kolonie zřizovány Českou zemskou komisí pro ochranu dětí a péči o mládež. První kolonie byla založena roku 1909 v Uhřetěvsi. Děti zůstávaly v koloniích do čtrnácti let věku, poté měl správce kolonie zařídit dítěti učení nebo službu a do osmnácti let měl povinnost na dítě dohlížet. (Sychrová, 2014)

Upřednostnění pěstounské péče v období první republiky

V roce 1921 byl přijat zákon č. 265 O ochraně dětí v cizí péči a nemanželských, který upřednostňoval pěstounskou péči před ústavní výchovou. První kojenecký ústav pod názvem Nemocnice a útulek spolku československé ochrany matek a dětí v Praze Krčín vznikl roku 1922.

Upřednostnění institucionální výchovy v období komunismu

Po druhé světové válce se v Československu uplatňoval model kolektivní výchovy ze Sovětského svazu. Zákon č. 69 *O sociálně právní ochraně dětí* z roku 1952 jasně upřednostňoval ústavní výchovu: „*Je-li třeba svěřit dítě do péče nahrazující péči rodičů,*

bude umístěno zásadně do péče kolektivní.“ (69/1952 Sb.) Práce s rodinou v té době prakticky neexistovala, děti zůstávaly v ústavech dlouhou dobu, často až do dospělosti. Tím se narušily vztahy s původní rodinou. Některým rodičům byly odebrány děti kvůli jejich politickému přesvědčení, aby děti nebyly vychovávány v rozporu s komunistickou ideologií. Jiní rodiče naopak posílali své děti do ústavů dobrovolně, protože se na základě socialistické kolektivní ideologie domnívali, že profesionální péče je lepší než rodinná. Pěstounská péče byla zrušena, jedinou alternativou ústavní péče bylo osvojení. Děti v ústavech byly rozděleny na vhodné a nevhodné k osvojení. Pokud měly např. zdravotní postižení, bylo prakticky nemožné, aby se dostaly do rodiny. (Sychrová, 2014)

V 60. letech zásluhou odborníků Matějčka, Langmeiera, Morese a Koluchové začala vznikat iniciativa podporující náhradní rodinou péči. V roce 1973 byla opětovně uzákoněna pěstounská péče (50/1973). Ústavní výchova pro děti do tří let probíhala ve zdravotnických kojeneckých ústavech. Pro starší děti byly určeny dětské domovy pro děti s nařízenou ústavní výchovou, diagnostické ústavy a zvláštní výchovná zařízení. Do nich patřily internátní školy, dětské výchovné ústavy, výchovné ústavy pro mládež a ústavy s výchovně léčebným režimem. Děti se zdravotním postižením byly umisťovány do ústavů sociální péče. (Sychrová, 2014)

Změny po roce 1989

Změny v ústavní péči přišly po roce 1989 díky pádu komunistického režimu. V České republice začaly působit neziskové organizace zaměřující se na péči o děti a hájící práva dětí. Roku 1989 byla ratifikována Úmluva o právech dítěte, která určuje rodinu jako nejlepší prostředí pro vývoj dítěte. Dětské domovy se postupně měnily na dětské domovy rodinného typu, snižoval se počet dětí ve skupinách. Děti byly vedeny k větší samostatnosti, na zaměstnance byl kladen nárok absolvovat pedagogické vzdělání.

Shrnutí

Jak je z výše uvedeného textu patrné, Česká republika historicky prošla dlouhým obdobím komunistického režimu, které upřednostňovalo ústavní péči o nezaopatřené děti. Institucionální výchova nevedla jedince k samostatnosti, proto bylo pro již dospělé osoby opouštějící dětský domov obtížné uplatnit se v běžném životě. Protože nezažily fungující model rodiny, bylo pro ně těžké navazovat dlouhodobé vztahy a kvalitně pečovat o své

děti. Ty potom často také končily následkem nedostatečné a nekvalitní péče svých rodičů v dětských domovech. Tento jev přetrvává prakticky do dnešní doby.

3. Ústavní výchova v České republice ve srovnání s jinými zeměmi

I přes výzkumy, které jasně ukazují nevhodnost ústavní péče pro vývoj dítěte, v České republice je při odebrání dítěte z rodiny ústavní péče stále hlavní možností umístění. V porovnání s jinými zeměmi má Česká republika v ústavech velmi vysoké procento dětí.

Následující tabulka výzkumu Ainsworth Thoburn z roku 2013 (in Sychrová, 2014, s. 40) ukazuje podíl dětí v ústavní péči z celkového počtu dětí v náhradní péči:

% dětí v ústavní péči	Země
0-10	Austrálie, Irsko
11-20	Anglie, USA
21-30	Maďarsko, Skotsko, Španělsko, Švédsko
31-40	Francie, Rumunsko
41-50	Dánsko, Itálie, Polsko, Rusko
51-60	Německo, Litva, Ukrajina
70-95	Arméie, Česká republika, Izrael, Japonsko

Další tabulka výzkumu Ainsworth Thoburn z roku 2013 (in Sychrová, 2014, s. 40) ukazuje v jednotlivých zemích počty dětí v ústavní péči na 10000 dětí:

Počet dětí v ústavní péči na 100 00 dětí	Země
Méně než 10	Austrálie, Anglie, Irsko, USA

10-29	Itálie, Japonsko, Skotsko, Španělsko
30-39	Maďarsko, Izrael
40-49	Francie, Německo
50-59	Dánsko
60-69	Arménie, Rumunsko
70-99	Polsko
100+	Česká republika, Litva, Rusko, Ukrajina

Mezi jednotlivými zeměmi jsou ale v praxi zařazování dětí do ústavní výchovy značné odlišnosti. Např. v Japonsku, které má vysoké procento dětí v ústavní výchově, je zároveň počet dětí svěřovaných do náhradní výchovné péče celkově nízký. Děti zde jsou umístěny zpravidla v rodinných zařízeních s kapacitou maximálně osmi dětí. Ve Francii na rozdíl od České republiky spadá zařazování dětí se zdravotním postižením pod resort zdravotnictví. I to může být jeden z důvodů, proč má Česká republika ve statistickém srovnání tak vysoký počet dětí v ústavní výchově. (Sychrová, 2014)

Zvláště závažným problémem České republiky je vysoký počet dětí umístěných v kojeneckých ústavech. Dle výzkumu „Mapování charakteristiky dětí do tří let věku v ústavních zařízeních v Evropě“, uskutečněného WHO a Ústavem pro forenzní a rodinnou psychologii v Birminghamu prezentovaného v roce 2004 bylo zjištěno, že Česká republika má v kojeneckých ústavech nejvíce dětí v porovnání s jinými evropskými zeměmi, ačkoliv je ústavní péče dvakrát až třikrát nákladnější, než náhradní rodinná péče. Konkrétní výsledky výzkumu jsou uvedeny v následující tabulce (Šlesingerová, 2005, s. 42-43):

Země	Počet dětí do 3 let v ústavech na 10000 dětí v populaci
Slovinko	0
Island	0

Velká Británie	1
Norsko	2
Rakousko	3
Irsko	6
Dánsko	7
Chorvatsko	8
Švédsko	8
Polsko	9
Holandsko	14
Itálie	14
Španělsko	23
Maďarsko	24
Francie	27
Slovensko	31
Rumunsko	33
Lotyšsko	42
Bulharsko	50
Belgie	54
Česká republika	60

Ačkoliv je tento výzkum staršího data, má přímý vliv na současnost dětí v dětských domovech. Ty, kterých se výzkum týkal, jsou nyní na prahu dospělosti a brzy budou řešit otázku rodičovství a péče o vlastní děti. Ústavní výchova v raném věku je mohla v tomto směru negativně ovlivnit, neměli možnost vytvořit si pevný vztah s pečující osobou a ani nezažily běžné fungování rodiny.

4. Ústavní péče jako krátkodobé řešení pro děti v akutní problematické situaci

V ústavní péči žijí děti, pro které je návrat do původní rodiny nemožný např. z důvodu syndromu CAN, nebo kvůli nezájmu rodičů a které zároveň není možné umístit do pěstounské péče. Sychrová (2014) zmiňuje některé výhody ústavní péče, např. diagnostickou funkci ústavů, dvacet čtyř hodinovou péči, psychologické a sociálně pedagogické služby. Zároveň Sychrová (2014) dle zprávy UNICEF z roku 2010 definuje skupiny dětí, pro které by mohla být ústavní péče vhodná.

- Děti se speciálními problémy (psychiatrické poruchy, poruchy chování, kriminalita)
- Děti vyžadující intenzivní terapeutickou podporu
- Děti, které si to přejí
- Děti s negativními zkušenostmi s rodinným životem
- Skupiny sourozenců, které nelze umístit do pěstounské péče, jinak by musely být rozděleny
- Děti starší a adolescenti, u kterých je vhodnější podpora samostatného bydlení než zvykání si na novou náhradní rodinu

Tyto skupiny dětí jsou ale definovány v kontextu obtížného umístění do pěstounské péče. Při zlepšení situace v původní rodině by byl návrat pravděpodobně lepší než setrvávání v ústavní výchově.

5. Negativní dopady dlouhodobého umístění v ústavní výchově

Umístění dítěte do ústavu v případě kritické situace v rodině je prospěšné z hlediska vymanění se z negativně působícího prostředí. Jako krátkodobé řešení má výhody v poskytnutí klidného, materiálně dobře vybaveného zázemí a diagnostické a terapeutické péče. Z dlouhodobého hlediska není ale pobyt v ústavu pro dítě prospěšný. Dítě vyrůstá v nepřirozeném prostředí, vyznačujícím se:

- odosobněním – nemožností navázat trvalé vztahy, požadavky instituce mají přednost před požadavky dětí.
- neměnností rutiny – rozvrhováním dne do předem daných částí. Přestože se instituce snaží o rodinný model prostředí, nelze jej při větším počtu dětí dosáhnout.
- kolektivním zacházením – přes snahu individualizovat práci s dítětem jde o pedagogickou a sociální práci se skupinou dětí, mnoho činností je tzv. v zájmu celého kolektivu. (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012 in Sychrová, 2014)

Podle Musila (in Sychrová, 2014) u osob pobývajících dlouhodobě v ústavním prostředí může vzniknout syndrom návyku na ústavní péči. Tito lidé se přizpůsobí režimu instituce a je pro ně pak obtížné fungovat samostatně, když instituci opustí. Syndrom se projevuje nesamostatností, sociální nefunkčností, nedůvěrou ke světu a uspokojování svých potřeb na úkor potřeb ostatních. Tito lidé se častěji než osoby, které v ústavní péči nevyrostly, stávají klienty sociálních služeb a častěji vedou rizikový způsob života (kriminalita, drogy, prostituce...). (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012 in Sychrová, 2014) „*Míra sociální invalidizace některých mladých lidí dlouhodobě vyrůstajících v ústavěch se na dlouhá léta stává zátěží pro celou společnost.*“ (Sychrová, 2014, s. 52-53)

5.1. Deprivace

5.1.1. Vymezení pojmu deprivace

Deprivace je patologický stav způsobený nedostatkem uspokojení psychických a emočních potřeb dítěte a může vést k narušení jeho citového a rozumového vývoje. Krátkodobé neuspokojení těchto potřeb se nazývá frustrace, při dlouhodobém neuspokojení dochází k deprivaci. Deprivace u dětí může mít formu afektovanou, smyslovou, psychickou, částečnou a dále se může jednat o deprivaci mateřské péče. (Langmeier, Matějček, 2011). V podmínkách ústavní výchovy hrozí riziko, že emoční a psychické potřeby dětí nebudou naplněny, proto bude následující část pojednávat o deprivaci v kontextu ústavní výchovy.

5.1.2. Deprivace v důsledku ústavní výchovy

Ústavní výchova je nejméně vhodný model péče o dítě mimo rodinu. Podle směrnice OSN (2009, část 22) by se péče o děti, zvláště o děti do tří let, měla realizovat v prostředí rodinného typu. Výjimky lze udělit, pouze pokud by mělo dojít k rozdělení sourozenců, nebo v případě nouzového umístění na velmi krátkou dobu. Dítě v ústavu nemá možnost vytvořit si pevné citové pouto s pečující osobou. I když jsou děti v dětských domovech rozděleny na tzv. rodinné skupiny, s opravdovým rodinným životem se pobyt v dětském domově nedá srovnávat. Rodinné skupiny mají kapacitu maximálně osmi dětí, prioritou je dávat sourozence dohromady. Na takovou skupinu připadá zpravidla jedna vychovatelka na směnu. Vychovatelky se střídají, po propuštění dětí z ústavní péče už s nimi obvykle neudržují kontakt. „*V zařízeních trvalé kolektivní péče je dítě izolováno od podnětů, které přináší život v rodině a je vystaveno jisté monotonii podnětů smyslových i sociálních.*“ (Langmeier, Matějček, 2011, s. 79)

5.1.3. Deprivace v důsledku změny prostředí

Pokud je dítě odloženo do kojeneckého ústavu a potom přerazeno do dětského domova, nebo se stěhuje z jednoho dětského domova do druhého, může u něj dojít k další citové deprivaci v důsledku změny prostředí a personálu, na který si už stačilo zvyknout. Objevuje se plačtivost, apatie, regresivní chování a adaptační obtíže. (Langmeier, Matějček, 2011)

5.1.4. Deprivace v rodině

K psychologické izolaci může docházet i v rodině, kde na dítě není čas nebo se mu rodiče nejsou schopni citově přiblížit. V rodině mohou dokonce nastat podmínky, které jsou podobné realitě ústavu (např. matka samoživitelka má více dětí a většinu času tráví v práci). Zároveň dítě může trpět separací od matky, i když je matka fyzicky přítomna, pokud je např. depresivní, psychopatická nebo citově chladná. Podle Godfarba (in Langmeier, Matějček, 2011) je dítě v ústavu ohroženo více deprivací a méně emočními

konflikty, zatímco u dítěte v problémové rodině je tomu naopak. Spitz (in Langmeier, Matějček, 2011) rozlišuje v psychopatologii raného věku poruchy kareční (deprivační), které vznikají při skutečné nepřítomnosti matky a poruchy psychotoxické, které vznikají nepřiměřeným vztahem matky k dítěti (nadměrná starostlivost, úzkostnost, nepřátelství, výkyvy nálad). Colemanová (in Langmeier, Matějček, 2011) dokonce popisuje tzv. domácí hospitalismus u dětí ze zanedbávajících rodin. Tyto děti mají stejné projevy jako děti dlouhodobě odloučené od matky např. v důsledku hospitalizace nebo ústavní výchovy. Ainsworthová (1963 in (in Langmeier, Matějček, 2011)) dělí deprivaci u dětí na deprivaci způsobenou nedostatkem (insufficiency) interakce mezi matkou a dítětem, zkomolením (distorsion) vztahu matky a dítěte a přerušováním (discontinuity) tohoto vztahu. V problémových rodinách se tyto deprivace často kombinují, vztahy jsou narušené, děti nemají dostatek podnětů a bývají častěji vystaveny pobytům v náhradní výchovné péči a tím i separaci od rodiny. (Langmeier, Matějček, 2011)

V podmínkách rodinného života může dle Langmeiera a Matějčka (2011) docházet k deprivaci dítěte ze dvou základních příčin:

1. V rodině je nedostatek sociálně emočních podnětů, nutných pro zdravý vývoj dítěte. (Rodina je neúplná, rodiče tráví většinu mimo domov, kulturní a hospodářský stav rodiny je tak nízký, že se dítěti nedostává potřebné vývojové stimulace.)
2. V rodině jsou prostředky pro naplňování emočních a sociálních potřeb dítěte, ale rodič (vychovatel) si k vůči dítěti vytvořil psychickou bariéru. Chová se k dítěti chladně, nemá k němu vztah, nevěnuje mu pozornost a zachází s ním mechanicky. Tyto rodiny jsou obvykle úplně na dobré společenské i kulturní úrovni. Rodiče ale často preferují své zaměstnání před potřebami dítěte.

5.2. Proces separace a reakce dítěte na něj

5.2.1. Separace od matky

Jednou z příčin deprivace, zvláště v podmínkách ústavní výchovy je separace. Jedná se o přerušení již vytvořeného pouta mezi dítětem a pečující osobou. K fyziologické separaci dítěte dochází jeho postupným osamostatňováním. Patologická separace je neadekvátní odloučení od pečující osoby vzhledem k věku a vývojovému stupni dítěte. (Langmeier, Matějček, 2011). Zvláště závažně se projevuje u dětí umístěných do kojeneckých ústavů a u dětí v předškolním věku umístěných do dětských domovů. U dětí od 18 do 24 měsíců probíhá separace v následujících fázích:

- fáze protestu – dítě se křikem snaží přivolat matku, na základě předchozí zkušenosti očekává, že matky přijde, pokud bude křičet vytrvale.
- fáze zoufalosti – dítě křičí méně a odvrací se od okolí.
- fáze popření touhy po matce (odpoutání) - připoutá se k někomu jinému, pokud to nejde, fixuje se na věci a ztrácí vztah k lidem. (Robertson, Bowlby, 1958 in Langmeier, Matějček, 2011)

Čím mladší je dítě, tím bývají následky ústavní výchovy na jeho psychiku horší. *„Dlouhodobé odloučení dítěte od matky nebo jiné pečující osoby v prvních třech až pěti letech může vést k narušení duševního zdraví dítěte a zanechává následky, které jsou trvale patrné na celém vývoji osobnosti.“* (Langmeier, Matějček, 2011, s. 63) V psychologii je tento druh separace popsán jako mateřská deprivace. (Langmeier, Matějček, 2011)

5.2.2. Návrat do rodiny

Reakce dítěte na návrat do rodiny závisí na tom, v které fázi separačního chování se dítě nacházelo – pokud se ještě od matky neodpoutalo a jejich předchozí vztah byl dobrý, projevuje se separační úzkost, a dítě více lpí na matce. Pokud se dítě dostalo do fáze odpoutání (separace delší než 6 měsíců) není schopno normálního příklonu k matce. (Langmeier, Matějček, 2011)

5.2.3. Separace v pubertálním věku

Pro děti v pubertálním věku má separace od rodičů menší psychické následky – zvláště pokud situace v rodině není zvláště dramatická - než pro mladší děti. (Langmeier, Matějček, 2011) Některé děti v období adolescence mohou vnímat pobyt v dětském domově pozitivně, díky materiálnímu zázemí, kterého by se jim doma nedostalo.

Ilustrační příklad 1

„Dívka (nar. 2003) má 6 sourozenců. Matka výchovu špatně zvládala, dcera ji nerespektovala, do dětského domova šla dobrovolně. Matka podala návrh na zrušení ústavní výchovy, dcera se ale vrátit nechce. K matce chodí na propustky. Podle vyjádření dětského domova je dívka vypočítavá, pokud se jí doma něco nelíbí, chce zpátky do dětského domova. Na propustkách se její chování k matce opět zhoršilo, vyskytly se útěky.“

5.3. Absence rovných příležitostí

Kromě výše zmíněných negativních vlivů se děti z dětských domovů mohou setkat i s diskriminací ze strany společnosti. Lisabonská deklarace (2007) ustanovuje respekt k odlišnostem každého jedince, děti by měly mít rovný přístup ke vzdělání a pracovní kvalifikaci, stát by měl vyvíjet snahu o zlepšení životních podmínek. V praxi je ale situace v České republice odlišná. V procesu inkluze jsou lépe přijímány děti se zdravotním handicapem než děti s handicapem sociálním. Děti s rizikovým chováním jsou vnímány jako viníci problematických situací, společnost nahlíží na jejich projevy jako na osobní volbu. (Běhounková, 2012) Tento fenomén děti znevýhodňuje ve vzdělávacím procesu a později i pracovním uplatnění.

6. Příčiny umístění dětí do dětského domova

V následující části budou obecně popsány příčiny vedoucí k umístění dětí do náhradní výchovné péče a skupiny dětí, u kterých je závažný důvod k odebrání z rodiny.

Obecně lze příčiny umístění dětí do dětského domova rozdělit na dvě skupiny. První skupinou jsou situace, kdy rodina o dítě špatně pečuje, dítě může být ohrožené a zanedbané. Druhou skupinou jsou situace, kdy dítě svým chováním ohrožuje okolí i samo sebe a rodina si s touto situací neumí poradit. Často se obě skupiny vyskytují společně a vzájemně se ovlivňují. (Sychrová, 2014)

Podle Cantwella (2005) existují následující důvody umístění dětí do ústavní péče:

- *Úmrtí rodičů nebo jednoho z rodičů*
- *Opuštění dítěte rodiči, často ihned po narození*
- *Odebrání dítěte z důvodu ohrožení v rodinném prostředí – týrání, zneužívání a zanedbávání*
- *Krátkodobá nebo dlouhodobá neschopnost rodičů pečovat o dítě – například z důvodu nemoci či uvěznění, můžeme doplnit i chudobu rodiny apod.*
- *Dobrovolné umístění dítěte na žádost rodičů, respitní pobyty*
- *Zdravotní péče a speciální zdravotně-sociální služby pro postižené děti*
- *Nelegální vstup dítěte do země, děti – cizinci bez doprovodu*
- *Opuštění domova z vlastní vůle dítěte*
- *Delikvence dětí*
- *Neúmyslné odloučení od rodičů v případě katastrof a válečných konfliktů*
(Sychrová, 2014, s. 36 - 37)

Gjuričová (2007 in Sychrová, 2014) charakterizuje děti, které musí být umístěny do ústavní péče, takto:

- Děti osamělé – rodiče se o ně nechtějí starat nebo zemřeli
- Děti ohrožené – v rodině se vyskytují sociálně patologické jevy
- Děti rizikové – děti mají výchovné problémy, např. nepravidelnou školní docházku
- Děti s kriminální činností – hrozí riziko, že budou v trestné činnosti pokračovat

7. Příčiny vzniku sociálně patologických jevů

Jak bylo popsáno výše, příčiny vedoucí k umístění dětí do dětského domova se často vzájemně ovlivňují, Rizikové chování dítěte může být následkem patologické situace v rodině. Z šetření realizovaného v rámci této práce vyplynulo, že jen 5 dětí z 61 bylo do náhradní výchovné péče umístěno jen na základě vlastního rizikového chování. U ostatních byla důvodem umístění i problematická situace v rodině. Proto se tato práce bude dále věnovat právě patologickým jevům v rodinách.

Rodina jako primární a nejdůležitější sociální skupina, ovlivňuje člověka po celý jeho život, předává mu své hodnoty a poskytuje zázemí. Funkční rodina by měla jedinci poskytovat bezpečí, emocionální stabilitu a materiální zajištění. Dysfunkční rodina předává jedinci chybné vzorce chování, kvůli kterým může selhávat v dospělém životě při pracovním uplatnění a navazování vztahů. Nevhodné rodinné zázemí může být příčinou psychických traumat jedince, která mohou vést k dalším sociálně patologickým jevům. Následující část se věnuje obecně teoriím vzniku sociálních patologií. Jejím cílem je popsat vznik patologických jevů v závislosti na podmínkách v životě jedince. K nastartování pozitivní změny v rodinách, je třeba si uvědomit, že viditelné problémy mohou mít hlubší příčiny.

Aby bylo možné pochopit, proč se někteří rodiče dopouštějí patologického jednání, kterým poškozují své děti a proč tyto děti patologické vzorce chování opakují v dospělosti, je třeba popsat možné příčiny vzniku sociálních patologií. Následující teoretické přístupy byly sestaveny pro vysvětlení příčin kriminality. Jsou dobře popsány a dají se aplikovat i na ostatní sociálně patologické jevy. Obecně se dělí na tři hlavní přístupy:

- 1. biologicky-psychologický
- 2. sociálně psychologický
- 3. sociologický (Fischer, Škoda, 2014)

7.1. Biologicko-psychologické teorie

V minulosti se sklony k patologickému chování posuzovaly zejména na základě výrazných tělesných znaků. Na konci 18. století Franz Joseph Gall zformuloval teorii frenologie, která posuzovala sklony ke kriminálnímu chování podle tvaru lebky. (Hartl, Hartlová, 2015) Dalšími teoriemi posuzování podle vnějších znaků byly např. Goddhardova teze, že kriminální chování způsobuje oligofrenie, nebo Kretchmerova konstituční teorie.

V roce 1977 provedl O. K. Christiansen rozsáhlý výzkum dvojčat a jejich případné kriminální činnosti. Na základě jeho výzkumu nebylo prokázáno, že by sklony ke kriminalitě byly geneticky podmíněné. Důležitější roli ve sklonech k páčání trestné činnosti hrají podle této studie sociální vlivy. S. A. Mednick (in Fischer, Škoda, 2014) analyzoval výsledky adopčních studií. Zaměřoval se na adoptované děti, jejichž biologický a adoptivní otec buď spáchali, nebo nespáchali trestný čin. Ani v tomto výzkumu ale nebyla potvrzena genetická predispozice ke kriminalitě.

Současná biokriminalita se zaměřuje na fyzické aspekty psychologických poruch, jako např. genetické anomálie, změny ve vývoji centrální nervové soustavy, vztah mezi limbickým systémem a kriminalitou, anomálie na EEG, biologickou podmíněnost poruchy pozornosti s hyperaktivitou aj. (Fischer, Škoda, 2014)

7.2. Sociálně psychologické teorie

Sociálně psychologické teorie hodnotí patologické chování jako abnormalitu psychiky, kterou je třeba léčit. Tyto teorie vycházely z psychoanalýzy a behaviorismu (Fischer, Škoda, 2014) Dle Bowlbyho (2010, in Fischer, Škoda, 2014) je příčinou deviantního chování špatná dětská socializace, zvláště důležitá je vazba mezi matkou dítětem.

Teorie charakteru a temperamentu

Pro pochopení příčin sociálně patologických jevů v rodinách je významná Cloningerova *teorie charakteru a temperamentu* (1993, in Fischer, Škoda, 2014), na základě které projevy jedince vycházejí z následujících osobnostních rysů:

- Vyhledávání nového (novely seeking)
- Vyhybání se poškození (harm avoidance)
- Vytrvalost (persistence)
- Sebeřízení (self-directedness)
- Spolupráce (cooperativeness)
- Sebepřesah (self-transcendence)

Při nízkých hodnotách tyto vlastnosti nabývají svého opačného významu a jedinec pak může mít obtíže v některých oblastech života i v roli rodiče.

Teorie odlišného kognitivního stylu

Další teorií vysvětlující vznik sociálně patologického chování je *teorie odlišného kognitivního stylu*, kterou sestavili D. G. Walters a W. T. White (1989, in Fischer, Škoda, 2014). U recidivujících delikventů si všimli následujících typických kognitivních charakteristik:

- Tendence ospravedlňovat své chování - racionalizace činu
- Odblokování obran v minulém i v budoucím chování – absence obavy z následků
- Pocit privilegovanosti – oprávněnost porušovat normy
- Orientace na moc - rozdělení lidí na silné a slabé, touha ovládat druhé
- Sentimentalita – sklon k povrchním citovým vazbám
- Superoptimismus – extrémní forma sebedůvěry
- Kognitivní indolence – lenost uvažovat, orientace na okamžitý zážitek
- Diskontinuita uvažování – neschopnost trvalejšího názoru, snadná ovlivnitelnost

Při kombinaci výše popsaných charakteristik je pro jedince obtížné fungování v rámci společnosti. Má tendence opakovat delikventní chování, čímž se stále více z běžné společnosti vylučuje.

Morální vývoj

Pro vznik patologického jednání je podstatný i morální vývoj jedince, kterým se zabýval např. Lawrence Kohlberg. Vývoj morálky rozdělil na předkonvenční, konvenční a postkonvenční podle postoje k odměnám, trestům a společenskému řádu.

Přelomovými milníky ve výzkumu lidské morálky byl Milgramův experiment a Zimbardův vězeňský experiment, které ukázaly snadnou ovlivnitelnost jedince vyšší autoritou a prostředím. (Fischer, Škoda, 2014)

7.3. Sociologické teorie

Sociologický přístup vnímá kriminalitu v souvislosti společenského kontextu, na který mají vliv subkultury, sociální status, prostředí, ve kterém jedinec žije, aj. Podle Winklera a Petruseka (1997, in Fischer, Škoda, 2014) může být příčinou deviantního chování *teorie kulturního přenosu*, podle které se jedinec patologickému chování učí v subkultuře, kde je takové chování bráno jako normální. Patologickým se stává až ve vztahu k normám většinové populace.

E. H. Sutherland (in Fischer, Škoda, 2014) popsal *teorii diferenciatní asociace*, na základě které se jedinec učí delikventnímu chování v subkultuře. Jeho jednání může být i pozitivně zpevnováno, např. rodina ocení, když něco ukradne, protože přinese domů peníze.

Další z teorií vzniku delikventního chování je teorie etiketizace. Delikventní chování vzniká v sociálních procesech, kdy jsou určitému chování připisovány významy (nálepky). E. Lemert (in Fischer, Škoda, 2014) na základě této teorie popsal kriminalitu primární, kdy jedinec spáchá trestný čin, instituce ho odsoudí, dostane nálepkou kriminálního. Okolí se k němu začne chovat s despektem a nedůvěrou. Sekundární kriminalita nastává, když jedinec přijímá svoji nálepkou a recidivuje

Teorie anomie

Teorie anomie E Durkheima, popisuje stav, ve kterém přestávají platit normy a zákony. Může nastat při prudkých společenských změnách (válka, státní převrat), vede k nejistotě, patologickému jednání a zvýšenému množství sebevražd. V menším měřítku se může projevovat v subkulturách sociálně vyloučených osob a ve vyloučených lokalitách.

R. K. Merton (in Fischer, Škoda 2014) popsal anomii jako vztah mezi společensky uznávanými cíli a prostředky jak jich dosáhnout. Rozpor mezi kulturními normami a sociální realitou vede ke zhroucení norem a stavu anomie. Narůstá kriminalita, společenské cíle mají převážně materiální charakter. Merton sestavil škálu adaptace na konflikt mezi hodnotami proklamovanými společností a omezenými prostředky jejich dosažení:

Typologie způsobů individuální adaptace podle Mertona (in Fischer, Škoda, 2014, s. 38)

Způsob adaptace	Postoj vůči hodnotám a cílům	Postoj vůči prostředkům
Konformismus	+	+
Inovace	+	-
Ritualismus	-	+
Vzpouora (rebelie)	-	-
Únik (retreatment-odpadlíci)	0	0
+ = přijetí; - = odmítání; 0 = ignorace		

Konformisté uznávají společensky žádané cíle i legální prostředky. Inovátoři touží po dosažení společensky ceněných cílů, ale používají buď nelegální prostředky (podvody, krádeže), nebo hledají nové cesty v rámci společenské konformity (vynálezci). Ritualisté se podřizují normám, aniž by v nich viděli smysl (úředníci lpějící na dodržování

nesmyslných pravidel). Rebelové se snaží existující normy nahradit normami jinými (extremisté, teroristé). Odpadlíci (únik) odmítají společenské normy i způsoby jejich dosažení, uzavírají se před společností buď v pozitivním smyslu (duchovní, filosofové) nebo v negativním (uživatelé drog). (Fischer, Škoda, 2014).

Zvláště u osob, jejichž prostředky k dosažení cílů jsou omezené, může docházet k frustraci z tíživé sociální situace. Tím, že sociálně vyloučené osoby nemají možnost dosáhnout ani základních cílů, jakými jsou zabezpečení životních potřeb a zabezpečení potřeb svých dětí, uchylují se tito lidé často ke kriminálnímu jednání, zneužívání návykových látek, gamblingu aj.

8. Poruchy vztahů a funkcí rodiny

V předchozí části je popsán vznik patologického jednání obecně, následující kapitola bude zaměřena na patologické jevy týkající se vztahů a funkcí rodiny.

8.1. Poruchy rodičovské role

Fischer a Škoda (2014) rozdělují poruchy rodičovské role do následujících čtyř kategorií:

- Rodiče se o své dítě nemohou starat – v důsledku mimořádných událostí jako je válka nebo přírodní katastrofa, dále pak při narušení rodinného systému jako celku např. při invaliditě, vážné nemoci dítěte, která mu neumožňuje být doma.
- Rodiče se o své dítě starat neumějí či nedovedou – z důvodu vlastní nezralosti nebo neschopnosti vyrovnat se s mimořádnou situací jako je handicap dítěte, neplánované těhotenství aj. Patří sem i rozvádějící se nebo rozvedení rodiče, kteří se nejsou schopni domluvit na výchově, děti štvou proti druhému rodiči nebo brání druhému rodiči ve styku s dítětem.
- Rodiče se o dítě starat nechtějí – zanedbávají ho v somatické i psychické oblasti nebo ho opouštějí. Příčinou může být např. disharmonická osobnost, psychopatie, maladaptace rodiče.

- Rodiče se o dítě starají nadměrně a hyperprotektivně – dítě není připraveno na samostatný život, nerespektuje ostatní, je rozmazlené.

8.2. Poruchy funkčnosti rodiny

Funkčnost rodiny měřil Dunovský (1993 in Fischer, Škoda, 2014) pomocí Dotazníku funkčnosti rodiny. Zde bylo posuzováno osm diagnostických kritérií: složení rodiny, stabilita rodiny, sociální a ekonomická situace, osobnost rodičů, osobnost sourozenců, osobnost dítěte a péče o dítě. Na základě tohoto dotazníku rozděluje Dunovský rodiny podle funkčnosti na čtyři typy:

- Funkční rodina - zajišťující dobrý vývoj a prospěch dítěte
- Problémová rodina – má závažnější problémy v některých funkcích, které ale neohrožují vývoj dítěte a rodina bývá obvykle schopná je řešit, někdy i díky krátkodobé pomoci zvenčí. Tyto rodiny bývají často sledovány OSPODem.
- Dysfunkční rodina – poruchy funkcí jsou závažného charakteru a ohrožují vývoj dítěte. Rodina není sama schopná tyto problémy zvládnout, je nutná pomoc zvenčí (např. sanace rodiny)
- Afunkční rodina – rodina dítěti škodí nebo ho přímo ohrožuje. Sociální práce a pokusy o sanaci rodiny nepřinášejí výsledky a jediným řešením je dítě z rodiny odebrat.

9. Sociálně patologické jevy v rodinách

V této části budou podrobně popsány jednotlivé sociálně patologické jevy v rodinách, které mohou vést k umístění dítěte do náhradní výchovné péče. Často působí více problematických jevů současně, jedná se o tzv. multiproblémové rodiny. Na jednu problematickou situaci navazují řetězově další. (např. otec je alkoholik, v opilosti se dopouští násilí na matce, děti žijící v prostředí hádek a agrese se uchylují k únikovým strategiím jako drogy, alkohol aj.) Jednotlivé kapitoly vycházejí z konkrétních příčin

umístění dětí do dětského domova zjištěných během šetření. V rámci těchto kapitol je popsána situace dětí v rodině s výskytem patologického jevu, jejich projevy a způsoby prožívání situace. Dále jsou, pokud je to možné, popsány i způsoby nápravy, případně léčby. Tyto části jsou zde uvedeny pro pochopení obtížnosti situace, ve které se rodič ocitne, pokud se rozhodne svoji situaci řešit, aby si mohl vzít dítě zpět z ústavní výchovy do péče.

9.1. Jeden nebo oba rodiče jsou závislí na alkoholu

Alkohol je v České republice legální tolerovaná droga, která je běžně užívána při společenských akcích, rodinných oslavách, nebo při setkání s přáteli. Jeho nebezpečnost se ve společnosti bagatelizuje, nejenže pro osoby mladší 18 let není problém si alkohol koupit v obchodě, často děti a mladiství konzumují alkohol i doma s rodinou. Až 1,5 milionů obyvatel České republiky pije alkohol rizikově, z toho více než 500000 pije tak, že jim konzumace způsobuje vážné fyzické i psychické následky. 6500 osob ročně umírá v důsledku konzumace alkoholu. Průměrně se vypije v České republice 12 litrů čistého alkoholu na jednoho obyvatele za rok. (Povolná, 2018)

9.1.1. Průběh vzniku závislosti na alkoholu

Podle Jellineka (in Fischer Škoda, 2014) probíhá rozvoj závislosti na alkoholu ve 4 fázích:

- 1. stádium (počáteční, nealkoholické): alkohol přináší jedinci úlevu, ten proto pije častěji a zvyšuje dávky
- 2. stádium (prodromální, varovné): zvyšuje se tolerance, stoupá spotřeba, kontrola nad pitím je narušena, objevují se palimpsesty (tzv. alkoholická okénka), jedinec se za své pití začíná stydět.
- 3. stádium (rozhodné, kruciólní): tolerance a spotřeba stále stoupají, v důsledku častého pití narůstají konflikty s okolím, palimpsesty se objevují téměř při každé konzumaci, jedinec ztrácí nad pitím kontrolu, alkohol potřebuje denně. Dochází ke změně osobnostních vlastností, oploštění zájmů a rozpadu vztahů.

- 4. stádium (terminální, konečné): tolerance se snižuje, jedinec se rychle opije i z malého množství alkoholu, konzumuje nepřetržitě, objevují se psychické a somatické poruchy, bez alkoholu má abstinenční příznaky (třes, pocení, úzkost, nauzea, zvracení, poruchy spánku)

9.1.2. Léčba alkoholové závislosti

Odvykání a následná abstinence je velmi náročná. Nejprve je nutné zvládnout odvykací syndrom neboli akutní abstinenční příznaky fyzického i psychického charakteru jako jsou deliria a psychózy. Delirium se objevuje u osob v terminálním stadiu závislosti při absenci alkoholu. Projevuje se pocením, nevolností, zvracením, typickým třesem (delirium tremens - třesoucí šílenství) a halucinacemi, které mohou mít podobu mikrozoopsie (postižený vidí malá zvířata). V těchto případech je nutná hospitalizace a farmakoterapie, neléčené delirium může končit smrtí.

Další léčba probíhá buď ambulantně, nebo formou hospitalizace. Zakladatelem léčby alkoholismu byl v tehdejší Československu docent Jaroslav Skála, který v roce 1951 založil i první záchytnou stanici. Skála se inspiroval americkými Anonymními alkoholiky. Pacienti měli přesně stanovený denní režim, který zahrnoval práci, tělesné cvičení, společenské aktivity a skupinové terapie. Farmakoterapie spočívala v podávání disulfiramu (běžně známý jako antabus), který při požití alkoholu vyvolává stavy silné nevolnosti a zvracení. (Fischer, Škoda 2014)

Metody docenta Skály se při léčbě alkoholismu používají i v dnešní době, zvláště pak režimová opatření a skupinové terapie. V psychoterapii se dále využívá kognitivně-behaviorální terapie, nácvik zvládnání rizikových situací (odmítnutí nabízeného alkoholu), zvládnutí cravingu (bažení po alkoholu). Ve farmakoterapii se používají přípravky ReVia a Campral. ReVia snižuje craving a zmírňuje euforické pocity po požití alkoholu. Přesný mechanismus působení přípravku Campral není znám, ale předpokládá se, že jeho hlavní účinek spočívá ve snížení hyperexcitace (přecitlivělosti) GABA receptorů, která vznikla následkem chronické expozice alkoholu.

(Mason, 2001, in Fischer, Škoda, 2014) Člověk, který podstoupil alkoholovou léčbu, není nikdy vyléčený, je doživotním abstinentem a jedno napití alkoholu může vyvolat relaps.

9.1.3. Děti rodičů závislých na alkoholu

Z předchozího popisu je zřejmé, že vzhledem k dostupnosti a čestnosti užívání alkoholu v české populaci je v rodinách rizikové užívání alkoholu nebo přímo závislost častým jevem, který ohrožuje vývoj dětí v rodině.

Děti matek, které v těhotenství konzumovaly alkohol, mohou trpět fetálním alkoholickým syndromem. Jedná se o soubor mentálního a fyzického postižení projevující se menším vzrůstem deformitou obličeje a poruchami pozornosti a intelektu. Alkohol atakuje nezralou CNS dítěte a ta zůstává nezvratně narušena.

Během dětství zaujímají děti strategie, jak se s alkoholismem rodičů vypořádat. Podle Wegscheidera – Cruse (in Nešpor, 2007) jsou to následující reakce:

- rodinný hrdina – obvykle nejstarší dítě v rodině, přebírá zodpovědnost za chod domácnosti, péči o sourozence, stará se o závislého rodiče. V dospělosti tito lidé trpí pocity méněcennosti
- ztracené dítě – je uzavřené do sebe a do svého světa fantazií
- klaun – snaží se šaškováním odvést zlepšit náladu v rodině a snížit agresivitu rodičů
- černá ovce – upozorňuje na sebe problémovým chováním a tím odvádí pozornost od negativních jevů spojených se závislostí rodičů

Jen málokterý závislý je schopen si přiznat svoji závislost a nastoupit léčbu a jen malá část těchto osob po úspěšném dokončení léčby po zbytek života abstínuje. Dítě vyrůstající v rodině, kde má jeden nebo oba rodiče problém s alkoholem, žije v permanentní nejistotě, v jakém bude jeho rodič stavu a jak se k němu bude chovat. Alkoholismus rodičů vede k hádkám a agresivitě, která může být obrácena i proti dítěti. Dítě často přebírá zodpovědnost nepřiměřenou jeho věku, stará se o mladší sourozence, případně i o intoxikované rodiče. Za svoji rodinu se stydí a snaží se brzy osamostatnit. V dospělosti se lidé, kteří vyrostli v rodinách alkoholiků, potýkají s nižším

sebehodnocením, problémy v partnerských vztazích, zvýšenou potřebou ocenění, nejistotou v míře zodpovědnosti, pocity viny aj. (Preslová, 2012)

9.2. Jeden nebo oba rodiče užívají psychotropní látky

V České republice patří mezi nejčastěji zneužívané nelegální drogy kanabinoidy a pervitin. U většiny kuřáku kanabinoidů nebývá jejich závislost primárním důvodem k umístění dítěte do UV. K rizikovému chování spojenému s užíváním kanabinoidů se ale mohou přidružit další patologické jevy.

Ilustrační příklad 2

Dívka, nar. 2002, má dva mladší sourozence. Přeje si zůstat v DD Počernice, protože jak uvádí, její matka kouří marihuanu, a když byla dívka doma, tak ji zanedbávala a trestala.

9.2.1. Průběh vzniku závislost na psychotropních látkách

Závislost se týká převážně opiátů a stimulantů a podle Vágnerové (2014) probíhá v následujících fázích:

- Fáze experimentování a občasného užívání – podnětem k vyzkoušení drogy je nuda, zvědavost, identifikace se členy party, kteří drogy užívají. V této fázi vyvolává droga příjemné pocity štěstí a sebejistoty. Droga může být užívána i jako prostředek k zvládnutí krizových situací. Jedinec má tendenci si příjemné stavy zopakovat a zkusit drogu znovu.
- Fáze pravidelného užívání – jedinec bere drogy pravidelně, ale nepřipouští si rizika, často tvrdí, že má situaci pod kontrolou a může kdykoliv přestat.
- Fáze návykového užívání – jedinou hodnotou jedince je droga, ztrácí sociální vazby, práci často i bydlení. Droga už mu nepřináší příjemné pocity, ale nemůže bez ní být. Svoji situaci není schopen řešit, stává se ke svým problémům lhostejným.
- Fáze terminální – dochází k úpadku osobnosti a rozpadu sociálních vazeb. Jedinec vyhledává převážně osoby z drogové subkultury, jeho jediným zájmem je získání

drogy. Aby získal prostředky na drogu, uchyluje se k prostituci nebo ke kriminálnímu jednání.

Následující část se bude zabývat jednotlivými psychotropními látkami a jejich vlivem na fungování jedince a jeho roli rodiče.

9.2.2. Kanabinoidy

V České republice se běžně vyskytuje konopí seté (*cannabis sativa*), konopí indické (*cannabis indica*). Květenství samicích rostlin se užívá přímo ke kouření, přípravě pokrmů a léčivých přípravků, nebo se dále využívá k výrobě hašiše. (Kalina, 2015) Rostlina vypěstovaná přirozeně má dvě hlavní účinné látky: psychotropní THC a CBD. CBD nemá intoxikační účinky a může mírnit nežádoucí účinky THC. V současné době jsou ale pěstovány speciálně geneticky upravené rostliny, které mají velké množství THC a minimální množství CBD. Jejich užívání může způsobit psychotické stavy, které se mohou rozvinout až do psychického onemocnění. (Kalina, 2015)

U kanabinoidů nevzniká fyzická závislost, a k psychické závislosti dochází zřídka. Při dlouhodobém užívání marihuany se objevují poruchy pozornosti, soustředění, pomalost a hloubavé zabývání se detaily. (Kalina 2015),

Děti rodičů užívajících kanabinoidy

Rodič, který je závislý na kanabinoidech, může kvůli své závislosti zanedbávat některé aspekty výchovy, obvykle se ale nejedná o tak závažné problémy, aby bylo nutné umístit dítě do náhradní rodinné péče. Závažnějším problémem je, že si dítě z rodiny odnáší špatné vzorce chování. Pokud vidí rodiče kouřit marihuanu, má pocit, že se nejedná o nic špatného nebo škodlivého. Na mozek dětí a mladistvých má ale marihuana devastující vliv. Nejen že poškozují paměť, pozornost a schopnost sebeovládání, ale může být také spouštěčem psychického onemocnění, a to už při prvním užití. Osoby do 18 let užívající marihuanu obvykle upřednostňují geneticky upravené rostliny s vysokým obsahem THC, což je pro jejich psychický vývoj zvláště nebezpečné.

Pokud rodič kanabinoidy kombinuje s alkoholem nebo jinými návykovými látkami, mohou se u něj projevovat stavy paniky a agresivity. Dochází k hádkám, fyzickému napadání, dítě žije v nejistotě a úzkosti.

9.2.3. Stimulanty

Metamfetamin

Česká republika je nechvalně proslulá výrobou metamfetaminu běžně známého pod názvem pervitin. Na rozdíl od jiných stimulačních drog je pervitin mnohem silnější. Jeho účinky po jednorázovém užití mohou trvat až dva dny. Užívá se nosem, nitrožilně, případně se kouří z alobalu. (Kalina, 2015). Nitrožilní užívání představuje největší riziko, sdílením injekčního materiálu se uživatel může nakazit virem HIV a hepatitidou typu B a C. Dlouhodobým uživatelům se na kůži tvoří abscesy, záněty způsobené po vpichu následkem špatné hygieny.

Pervitin způsobuje stavy bdělosti, euforie a myšlenkového trysku. Tlumí chuť k jídlu. Osoby závislé na pervitinu jsou schopné několik dní při užívání drogy nespát a jen minimálně přijímat potravu. Následkem takovýchto pro organismus drastických stavů jsou halucinace, které mohou přejít až do psychotické poruchy (toxické psychozy). Ta se projevuje výraznou změnou psychiky, která nesouvisí s akutní intoxikací nebo s odvykacím stavem. Hlavními znaky jsou halucinace, percepční zkomoleniny, bludy (často paranoidní nebo persekující povahy), psychomotorické poruchy (stupor, vzrušení) a abnormálním afektem. (MKN-10, 2009)

U některých uživatelů se může projevit psychotická porucha residuální a s pozdním nástupem. Jedná se o tzv. flashbaky, kdy osoba může pociťovat účinky drogy, aniž by je v danou chvíli skutečně užila. Tyto stavy trvají obvykle jen krátce. (MKN-10, 2009) Představují ale výrazný problém pro osoby snažící se o abstinenci. Na stimulantech vzniká pouze psychická závislost, abstinující osoba je unavená, má silnou chuť na drogu a pociťuje stavy úzkosti. Tyto stavy vrcholí během 2. - 4. dne od začátku abstinence a během jednoho týdne by měly vymizet. (Kalina, 2015) Craving přetrvává po dlouhou dobu i po několika měsících abstinence.

Děti rodičů závislých na metamfetaminu

Děti uživatelů drog jsou ohroženy už v prenatálním stavu, matka může dítě nakazit žloutenkou. Pokud je HIV pozitivní a její těhotenství není sledováno lékaři, může dítě nakazit i virem HIV. Dále se u dítěte může projevit po porodu neonatální abstinenční syndrom, stav podobný klasickému abstinenčnímu syndromu. Uživatelkám pervitinu se nedoporučuje kojit. V pozdějším věku se u těchto dětí mohou projevit poruchy chování a hyperaktivita (Preslová, 2012)

Děti vyrůstají v nestabilním prostředí, rodiče jim nevěnují dostatečnou pozornost, obvykle většinu času tráví sháněním prostředků na drogy. Projevy intoxikovaného rodiče jsou pro dítě nepochopitelné, mohou v něm vyvolávat stavy úzkosti. Uživatelé pervitinu často ztrácejí zábrany, děti mohou být svědky jejich sexuálních aktivit. Vzhledem k tomu, že pro uživatele pervitinu je typická paranoia, vznikají v rodině hádky a nebezpečné situace, které mohou vést až k týrání partnera nebo dětí. V neposlední řadě představuje pro děti riziko kontakt s použitým injekčním materiálem. Některé uživatelky se uchylují k prostituci, aby měly peníze na dávku. Braní drog je dále spojené s kriminalitou v podobě krádeží, loupežných přepadení, řízení pod vlivem návykové látky atd.

Léčba závislosti

První stádium léčby probíhá obvykle formou detoxu, kdy je uživatel hospitalizován na uzavřeném psychiatrickém oddělení. Zde stráví několik dnů, dokud nevyjmizí akutní abstinenční příznaky. Následuje režimová pobytová léčba na odděleních následné péče, při které se pacienti účastní skupinových terapií, učí se zvládat rizikové situace a snaží se získat náhled na svoji závislost. Pacient má po dobu léčby omezený kontakt s okolím, telefon musí odevzdat a dostává ho jen na vyžádání v určitou denní dobu. V pozdějších stádiích léčby může pacient chodit ven na vycházky, po návratu ale musí podstoupit test na návykové látky. Tato léčba probíhá v řádu měsíců, po jejím skončení jsou pacienti nabídnuty tzv. doléčovací pobyty v terapeutických komunitách. Pobyt tam trvá přibližně jeden rok, komunity jsou většinou umístěny mimo větší města, mají velmi přísná pravidla, jejichž porušování, může být důvodem k ukončení pobytu. Součástí pobytu je ergoterapie, obvykle práce se zvířaty nebo v zemědělství, dále arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie a skupinová terapie. Služeb pro drogově závislé rodiče s dětmi je v České

republiky málo. Provozuje je např. Sananim z.ú., a to formou denního stacionáře, ambulantních programů, terapeutické komunity Karlov a doléčovacího centra. Dále se péčí o drogově závislé matky s dětmi zabývá Dětské centrum s komplexní péčí a podpůrnou rodinnou terapií při fakultní Thomayerově nemocnici. Po ukončení léčby je nutné dodržovat abstinenci a doporučuje se přerušit kontakty s přáteli, kteří jsou stále drogově závislí. Pro bývalého uživatele to může znamenat ztrátu většiny sociálních kontaktů.

Ostatní stimulanty

Mezi ostatní stimulanty dostupné na území České republiky patří amfetaminy. Účinky jsou podobné jako u pervitinu, trvají ale kratší dobu a nejsou tak intenzivní. Amfetaminy jsou více užívány v jiných zemích Evropy. (Kalina, 2015)

Mezi stimulanty patří také mefedron (droga mňau-mňau), jedná se o poměrně novou drogu, původně byla běžně dostupná jako tzv. legal highs od roku 2011 byla na základě legislativy EU na území České republiky zakázána. (Fischer, Škoda, 2014) Účinky se podobají kokainu a extázi, trvají obvykle méně než čtyři hodiny, uživatel pocítuje euforii a otevřenost. Užívá se často jako taneční droga.

Další ze skupiny stimulantů je kokain, který je ale kvůli vysoké ceně a krátkodobým účinkům mezi českými uživateli vyhledáván méně. (Kalina, 2015) Ve spisové dokumentaci dětí z DD Počernice nebyla ani u jednoho z rodičů uvedena závislost na kokainu.

9.2.4. Opiáty

Jedná se o látky extrahované z máku setého (opium, morfin) a jejich deriváty (heroin, braun, dolsin, metadon). Závislost je fyzická i psychická a vzniká velmi rychle. Opiáty způsobují útlum organismu, úlevu od bolesti a stavy euforie. Vedlejšími účinky je nauzea, zvracení a zácpa. U opiátů je velké riziko chybného odhadnutí dávky, větší množství může způsobit zástavu srdce. Pokud jsou např. narkomani zvyklí na určitý typ heroínu a dostanou silnější, mohou se předávkovat a zemřít. Na ulici je možné sehnat drogu s koncentrací 5% ale i 60%. Drogově závislí mohou také podcenit četnost užívání a tím sníženou toleranci vůči droze. Záměrným užitím vysoké dávky opiátů, hledají někteří

uživatelé řešení své bezvýchodné situace, spáchají sebevraždu tzv. zlatou ránou. (Kalina, 2015)

Závislost na opiátech si člověk nemusí vypěstovat jen rizikovým způsobem života a užíváním drog, ohroženy jsou osoby, které dlouhodobě užívají léky proti bolesti (tramadol, morfin). (Kalina, 2015)

Léčba závislosti

Abstinence je velmi náročná, nejprve je nutné překonat fyzické aspekty závislosti, jako jsou křeče, pocení, nevolnost, průjem, zvracení, nespavost. U heroínu a morfinu se objevují po 6 - 8 hodinách, kulminují 2. - 3. den a vymizet by měly do 7 - 10 dnů. (Kalina, 2015) Psychické aspekty závislosti přetrvávají dlouho, silné chutě na drogu se mohou vyskytovat i několik měsíců po užití poslední dávky, může se projevit psychotická porucha reziduální s pozdním nástupem. Léčba probíhá podobně jako u pervitinu nejprve je nutný detox, poté režimová pobytová léčba a jako poslední stádium je pacientovi doporučen pobyt v terapeutické komunitě.

Pro uživatele, kteří nejsou připraveni se závislostí úplně přestat a zároveň chtějí omezit rizikové užívání drog, existuje tzv. substituční způsob léčby. Ten spočívá v řízeném podávání opiátů pod lékařským dohledem. V České republice se pro tyto účely používá metadon a buprenorfin nejčastěji předepisovaný jako subutex. (Kalina, 2015) Léčba není časově omezená, jedná se o tzv. harm reduction (minimalizace zdravotních a sociálních rizik). Tím, že uživatelé berou drogu řízeně, nezvyšují dávky. Látka, kterou do sebe takto dostávají, je farmakologicky testovaná, na rozdíl od drog prodávaných „na ulici,“ které jsou často naředěné chemikáliemi nebezpečnými pro lidský organismus. Substituční léčba je nejčastěji podávána perorálně, tím se snižuje riziko nákazy virem HIV a hepatitidou. Osoba na substituční léčbě si nemusí prostředky na drogy obstarávat kriminální činností.

Děti rodičů závislých na opiátech

Vliv na vývoj dětí rodičů závislých na opiátech je podobný jako u rodičů závislých na pervitinu. Dítě je ohroženo už v prenatálním stavu, později vyrůstá v nejistém nestabilním prostředí, je ohroženo nejen drogovou závislostí svých rodičů, ale i kriminální činností, která se s užíváním drog pojí. Dítě žije v neustálém kolotoči, kdy je rodič buď intoxikován, nebo se snaží sehnat peníze na dávku. Zatímco v České republice je neléčená

závislost na opiátech důvodem umístění dětí do náhradní rodinné péče, v Německu podle dokumentu *A day in the life: The World of humans who use drugs* (2016) je snaha podporovat rodiny v péči o děti přes závislost rodičů. S rodinou pracují odborníci, snaží se podporovat rodiče v substituční léčbě a pomáhat v problematických situacích.

9.2.5. Halucinogeny

Halucinogeny jsou látky, které způsobují změněné vnímání, mohou vyvolávat smyslové halucinace, někteří uživatelé hovoří o rozšířených stavech vědomí. Podle Fischera a Škody (2014) je tyto látky možné rozdělit podle strukturálních podobností na čtyři skupiny:

- První skupinu tvoří látky strukturálně podobné neurotransmiteru serotoninu. Patří sem dyethylamid kyseliny lysergové (LSD), psilocybin vyskytující se v houbách lysohlávkách a dymethyltryptamin (DMT).
- Druhou skupinou jsou látky odvozené od fenyletylaminu, mezi nejznámější patří 3,4-metilendioxid-N-metylamfetamin (MDMA, extáze).
- Třetí skupinu tvoří látky aktivující glutamátové receptory např. fencyklidin (andělský prach) a ketamin.
- Čtvrtou skupinu představuje atropin a jemu příbuzné látky vyskytující se v rostlinách čeledi lilkovitých, např. rulík zlomocný, mandragora lékařská, durman obecný.

Na halucinogenech prakticky nevzniká závislost, jejich užívání může ale vést k rozvoji psychické choroby. Od 50. let jsou tyto látky zkoumány i jako možné léky na psychická onemocnění. V roce 1953 byly v Kanadě poprvé zkoumány účinky LSD na léčbu alkoholismu. Mimo jiné se předpokládalo, že stav navozený LSD je podobný deliriu tremens, což by mohlo pacienty odradit od dalšího užívání. Podávání LSD bylo dále zkoumáno u obsedantně-kompulzivních poruch, kde mělo velmi dobré výsledky. (Nichols, 2004) Ketamin, původně uspávací pro dobytek, je užíván jako silný halucinogen. Má dobré výsledky při léčbě depresí a závislosti na heroinu. Psilocybin je účinná látka lysohlávek – halucinogenních hub, pomáhá také léčit obsedantně kompulzivních poruchy.

Pacienti, kteří ho užívají, výrazně omezují nutkavé rituální chování. Psilocibin a LSD mírní úzkosti ze smrti u lidí v terminálním stadiu nemoci. MDMA je od roku 1995 testována ve Švýcarsku při individuální psychodynamické terapii. (Strassman, 2010)

Děti rodičů užívajících halucinogeny

Vzhledem k tomu, že na halucinogenech prakticky nevniká fyzická ani psychická závislost, neprojevují se patologické jevy spojené s akutní potřebou sehnat drogu. Rizikem pro dítě může být rozvoj psychického onemocnění u rodiče užívajícího halucinogeny.

9.2.6. Těkavé látky

Mezi užívaná organická rozpouštědla patří např. toluen, aceton. Lze je běžně koupit v obchodech, proto je díky snadné dostupnosti a nízké ceně užívají převážně děti a mladiství. Organická rozpouštědla se čichají přímo z lahve, inhalují se přes hadr nebo se lijí do igelitového pytle a pak se inhalují. Způsobují pocit podobný opilosti, lehké závratě, halucinace (taktilní halucinace, synestetické vnímání – pocit že vidí hudbu, slyší barvu...) a krátkodobou euforii, po které následují depresivní stavy. (Kalina, 2015)

9.3. Jeden nebo oba rodiče žijí jako bezdomovci nebo nemají stabilní bydlení

Vzhledem k vysokým nákladům na bydlení zvláště ve velkých městech České republiky je pro řadu lidí obtížné získat a udržet si stabilní bydlení. Stabilním bydlením je myšleno bydlení v osobním vlastnictví nebo s nájemní smlouvou, která stanovuje běžnou obvykle dvouměsíční výpovědní lhůtu. Nájemní smlouva je také nezbytnou součástí žádosti o doplatek na bydlení a příspěvek na bydlení. Pokud nemá jedinec dostatečné sociální sítě a přidruží se další problémy jako např. zdravotní komplikace, drogová nebo alkoholová závislost, psychické onemocnění aj. může se ocitnout bez prostředků na ulici. Bezdomovectví se projevuje i ve skryté formě, což se týká lidí, kteří žijí např. na ubytovnách, azylových domech nebo u známých. Nemají stabilní bydlení a ze dne na den mohou přijít o střechu nad hlavou. Bezdomovectví zjevné se týká osob, které přespávají venku nebo na squatech. Komplexně je bezdomovectví forma extrémního sociálního

vyloučení, které se projevuje neochotou nebo neschopností respektovat společenské normy. (Vágnerová, Marek, Csémy 2018) Podle Vágnerové (2014) tvoří bezdomovci zhruba 0,5% populace, toto číslo narůstá, převažují muži.

9.3.1. Příčiny vzniku bezdomovectví

Na vzniku bezdomovectví se často podílí více faktorů, které brání jedinci v návratu do společnosti, pokud se nakumulují. Mezi základní příčiny podle Vágnerové (2014) patří:

- Psychické a sociální znevýhodnění – jedinec pochází z dysfunkční rodiny nebo nemá rodinu vůbec, jako dítě mohl trpět syndromem CAN, rodina neměla dobré bytové a materiální zázemí, rodiče ve své roli selhávali.
- Odlišné sociální zkušenosti – jedinec absolvoval ústavní nebo ochranou výchovu, byl ve výkonu trestu odnětí svobody, nebo podstoupil dlouhodobou psychiatrickou hospitalizaci. Podle Heczka a Heczkové (2001, in Vágnerová, 2014) bylo během svého života 35 % českých bezdomovců aspoň jednou ve VTOS, 15% v psychiatrické léčebně a 25 % pobývalo před dovršením 18 let v dětském domově nebo výchovném ústavu.
- Chybějící sociální zázemí – jedinec nemá vlastní rodinu, buď ji vůbec nezaložil, nebo se mu rozpadla v důsledku neschopnosti plnění základních požadavků mezilidského soužití.
- Ekonomické faktory – nezaměstnanost, dluhy, exekuce, neochota systematicky pracovat.
- Psychické potíže – příčinou může být primárně psychická nemoc nebo stav, který si jedinec vyvolal dlouhodobým užíváním alkoholu a psychotropních látek.
- Závislost na alkoholu a drogách

9.3.2. Adaptace na bezdomovecký způsob života

Čím žije jedinec na ulici déle, tím je pro něj těžší vrátit se do společnosti. Snadněji se u něj rozvine alkoholová a drogová závislost, množí se zdravotní komplikace a narůstají

dluhy. Během své bezdomovecké kariéry se může uchýlovat k trestné činnosti, obvykle krádežím, které vedou k jeho umístění do VTOS. Po propuštění je návrat do společnosti ještě těžší. Někteří bezdomovci páchají záměrně trestnou činnost, aby nemuseli trávit zimu na ulici.

Adaptace na bezdomovecký způsob života probíhá podle Vágnerové (2014) v následujících fázích:

- Fáze orientace a seznamování s bezdomoveckým stylem života – toto období trvá přibližně rok, jedinec se učí přežívat na ulici a zvládat zátěže, které se životem na ulici souvisí. Jedinec hodnotí svůj stav jako přechodný, je přesvědčen, že se jeho situace zlepší a on se vrátí do společnosti.
- Fáze adaptace na život na ulici – během druhého roku si jedinec na život na ulici již zvykl, nechápe ho jen jako přechodnou situaci, i když se stále nemusí ztotožňovat s identitou bezdomovce. Naučil se přežít na ulici, koncentruje se na přítomnost, budoucnost příliš neřeší. Je obezřetnější zvláště ve vztahu k ostatním bezdomovcům.
- Fáze fixace bezdomoveckého způsobu života – ve třetím roce jedinec obvykle přerušuje vztahy s majoritou, pohybuje prakticky výhradně v bezdomovecké komunitě a plně přijímá její styl života. S identitou bezdomovce se již obvykle ztotožnil. Projevují se u něj další komplikace jako např. následky dlouhodobého užívání alkoholu a drog., nebo zdravotní problémy (hepatitida typu C). Na návrat do společnosti obvykle rezignuje.
- Fáze pokračující desocializace a osobnostní devastace – k výraznému zlomu dochází obvykle po pěti letech na ulici (Pěnkava in Vágnerová 2014), často se projevují závažné následky dlouhodobého užívání alkoholu a drog. Jedinec se plně ztotožňuje s identitou bezdomovce, odmítá jakékoliv změny a v podstatě rezignovaně přežívá.

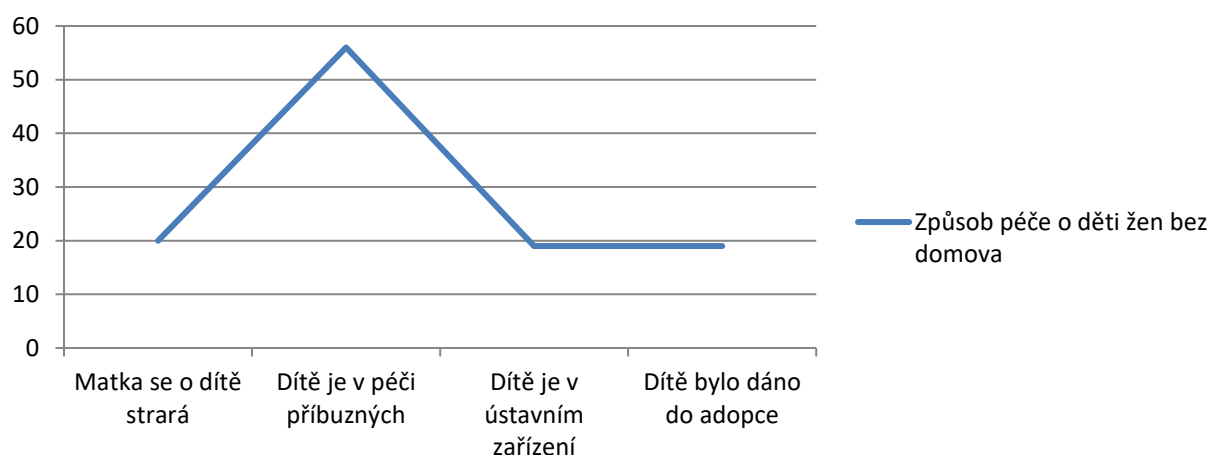
9.3.3. Rodičovství osob v nestabilním bydlení

Osoby žijící v nestabilním bydlení jsou vystaveny zvýšenému riziku ztráty tohoto bydlení. Ženy jsou v horší pozici než muži. Pokud nemají stabilní bydlení, žijí např. na ubytovně nebo ve spolubydlení a otěhotní, může se stát, že nebudou schopny platit nutné výdaje. V takovém případě hrozí riziko, že o bydlení přijdou, zvláště pokud žijí bez partnera, nebo je partner nezaměstnaný. Další problematická situace nastává, pokud ženy už děti mají a partner je opustí nebo přijde o práci. Nejsou pak schopny rodinu samy finančně zabezpečit, finanční krizi se mohou snažit řešit půjčkami, které jsou často nevýhodné, může se jednat i o lichvu. Při nesplácení se dostanou do exekuce a je pro ně velmi obtížné se z této situace bez cizí pomoci dostat. Ztrácí střechu nad hlavou a nezbývá jim nic jiného, než dát děti do kojeneckého ústavu nebo do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Některé ženy se uchylují k prostituci, aby uživily rodinu. Může se stát, že když se o ženě způsobu obživy dozví partner nebo rodina, ženu zavrhnou a ona skončí na ulici. (Vágnerová, Marek, Csémy, 2013)

9.3.4. Rodičovství osob bez domova

Osoby žijící na ulici spatřují často výhodu svého způsobu života ve svobodě, absenci závazků a povinností. Těhotenství a narození dítěte představuje přehodnocení priorit, převzetí zodpovědnosti a změnu způsobu života. To ale velká část osob bez domova odmítá, nebo toho ani není schopna. V následujícím grafu dle studie Vágnerové, Marka a Csémyho (2013, s. 125) je znázorněn způsob péče o děti matek bez domova.

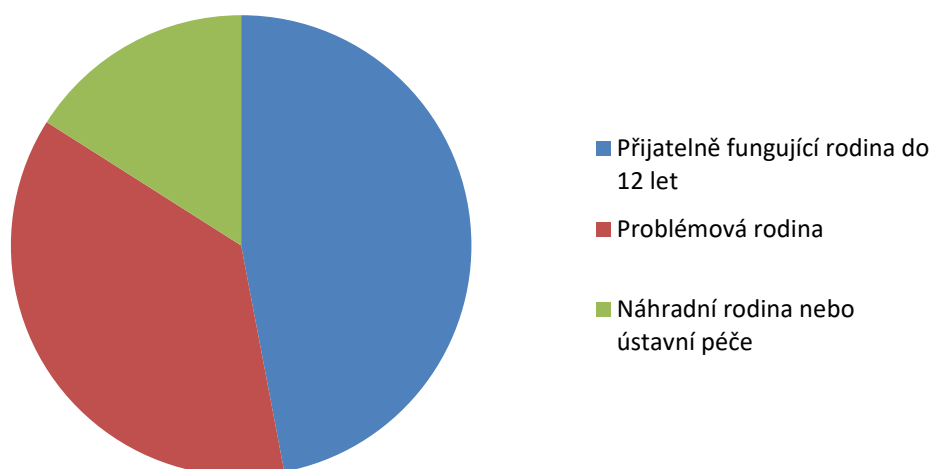
Způsob péče o děti žen bez domova



Ve většině případů navštěvují matky své děti zřídka a neprojevují o ně přílišný zájem. Často viní okolí např. své rodiče, že jim v péči o děti brání. (Vágnerová, Marek, Csémy, 2013) Důvodem jejich nedostatečného zájmu může být devastující vliv života na ulici (následky dlouhodobého užívání alkoholu a drog), případně i nedostatek financí na cestu za dítětem. Někteří rodiče žijící na ulici se mohou před dítětem stydět za svůj způsob života např. za nemožnost koupit dítěti dárek kvůli omezeným financím. Mohou mít pocit, že je dětem v dětském domově lépe, protože tam mají lepší materiální zázemí, než by jim mohli dopřát oni i kdyby se snažili zapojit do majoritní společnosti. Svůj vliv na nedostatečný kontakt s dítětem může mít i přerušování vztahu, kdy si dítě i rodič od sebe odvyknou, a je pro ně pak těžké vztah znovu navázat a upevnit.

Podstatnou roli hraje i fakt, že mnozí rodiče sami pocházejí z dysfunkčních rodin, případně prošli ústavní nebo ochranou výchovou. V jejich generaci se v ústavní péči nebral zřetel na lidskou individualitu, chyběla i snaha připravit děti na samostatný život. Romské děti byly odebírány z rodin prakticky bezdůvodně a vzdělávány ve zvláštních školách bez ohledu na své schopnosti a inteligenci. Absolventi dětských domovů postrádali finanční gramotnost, nezvládali základní požadavky partnerského soužití, nedokázali si udržet práci ani bydlení. Z těchto důvodů nebyli později schopni zvládat ani rodičovskou roli.

Podmínky v dětství u bezdomovců ve středním věku



Dle studie Vágnerové, Marka a Csémyho (2018, s. 18), ze které pochází i výše uvedený graf, třetina bezdomovců mladých bezdomovců (od 19 do 26 let) hodnotí své dětství jako neuspokojivé. U bezdomovců středního věku to bylo 37%.

Narození dítěte může být i impulzem ke změně a snaze dostat se z ulice. Pokud ale nefunguje otec dítěte, matka ve většině případů na rodičovství také rezignuje. (Vágnerová, Marek, Csémy, 2013) České sociální služby nabízejí azylové domy pro matky s dětmi, ty ale bývají přeplněné a na volné místo se čeká dlouho, azylových domů pro celé rodiny s dětmi je nedostatek. Některé ženy raději zůstávají na ulici, aby nemusely opouštět partnera, jiným se kvůli pobytu v azylovém domě může vztah s partnerem rozpadnout. Pokud je žena s dětmi na azylovém domě a partnerství vydrží, setkávají se děti s otcem omezeně, což má špatný vliv na jejich vztah a fungování celé rodiny.

Ilustrační příklad 3

Dívka (nar. 2005) má s matkou hezký vztah, pravidelně za ní jezdí o víkendech na ubytovnu. Matka ale není schopna zajistit stabilní bydlení a proto dívka zůstává v DD. Je ráda, že má dcera v DD materiální zázemí, které by jí poskytnout nemohla.

9.4. Jeden nebo oba rodiče ve výkonu trestu odnětí svobody

Kriminální chování, je takové jednání, které porušuje právní normy společnosti vymezené trestním zákoníkem. Hrozí za něj postih odnětí svobody, který může pachateli výrazně změnit život. Pohybuje se při něm v sociální skupině odsouzených, ve které fungují zcela jiná pravidla než na svobodě. V českých podmínkách nemá trest obvykle resocializační účinek, naopak se ve vězení může jedinec naučit další možnosti páčání trestné činnosti. Během výkonu trestu se může setkat se šikanou ze strany spoluvězňů. Ve vězení funguje mezi odsouzenými hierarchie zahrnující vůdce skupiny, řadové členy a outsidersy, ke kterým se ostatní spoluvězni chovají jako k otrokům. Aby ve vězení přežil, osvojuje si jedinec nové vzorce chování. Čím je výkon trestu delší, tím více se adaptuje na kriminální prostředí, přijímá jeho hodnoty a normy. Tím je i pravděpodobnější, že po propuštění bude selhávat v profesních, občanských, partnerských a rodičovských oblastech života. (Vágnerová, 2014) Pokud během výkonu trestu nepracuje, zvykne si na monotónnost a nic nedělání, po ukončení trestu má problém najít si práci. Při návratu do společnosti závisí úspěšnost resocializace na mnoha faktorech, např. zda se jednalo o jednorázový čin, zda vedl pachatel před uvězněním řádný život, zda má mimo vězení sociální vazby a zázemí, případně má kvalifikaci, díky které si po propuštění může najít zaměstnání.

9.4.1. Rozvoj kriminálního chování

Dle Vágnerové (2014) hraje při rozvoji kriminálního chování roli více faktorů, dochází k interakci vnějších příčin a vlastností pachatele. Kromě vrozených dispozic má vliv i osobní zkušenost pachatele, důležité je prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje. Spouštěčem kriminálního jednání mohou být situační faktory jako např. opilost.

Rozvoj kriminální kariéry je dle Vágnerové (2014) podobný etapě, kdy se člověk stává bezdomovcem. Tito jedinci mají také problémy dodržováním společenských norem a respektováním pravidel. Upřednostňují osobní svobodu, často nejsou schopni brát ohledy

na druhé a přijmout zodpovědnost za své jednání. Vývoj kriminální kariéry se realizuje v průběhu celého života, začíná ale již v dětství a probíhá v následujících fázích:

- Děťství a rodina – kriminální chování rodičů zvyšuje riziko podobného chování u dětí
- Škola a vrstevníci - chroničtí pachatelé trestných činů mají obvykle už během školní docházky problémy s respektováním norem, často se identifikují s partou, pod jejím vlivem rozvíjejí nežádoucí způsoby chování. Nebývají příliš studijně úspěšní, vzdělání často nedokončí, což má vliv na ztížené možnosti pracovního uplatnění (40 % recidivistů nemělo podle Vágnerové dokončené základní vzdělání) dalším rizikovým faktorem při rozvoji kriminální kariéry je pobyt ve výchovném ústavu (podle Vágnerové se jedná o 20 % recidivistů). K prvnímu kriminálnímu jednání dochází obvykle v adolescenci a jedná se většinou o majetkovou trestnou činnost.
- Dospělost – asociální styl života se fixuje, trestná činnost bývá u jednoho pachatele různorodá, vyhledává subkulturu s kriminálními projevy. Hlavní motivace páčání trestné činnosti je potřeba zisku. Přidružují se další patologické jevy jako např. nadměrné užívání drog a alkoholu, což snižuje sebeovládání a může vyvolávat agresivitu. Recidivisté jsou obvykle nezaměstnaní, případně vykonávají krátkodobé brigády nebo práce na černo. Získat práci na hlavní pracovní poměr je pro ně obtížné protože mají obvykle nízké vzdělání a záznam v rejstříku trestů. Dalším problémem jsou pro tyto osoby dluhy a z nich vzniklé exekuce. Po propuštění z výkonu trestu dluží nejen za své pohledávky před uvězněním ale i peníze za pobyt ve vězení. Při nástupu do práce se jim většina výplaty strhne na splátky exekucí, což je pro ně natolik demotivační, že raději zůstávají na dávkách v hmotné nouzi. Často jsou ohroženi ztrátou bydlení, nemají stabilní zázemí, střídají vězení, ubytovny a azylové domy. Opakované pobyty ve vězení je neodrazují od páčání další trestné činnosti.
- Stárnutí – celoživotní kriminální činnost vede k socio-ekonomickému propadu. Jedinec nemá žádné pevné sociální vazby ani materiální zázemí. Obvykle páčá jen

drobnou trestnou činnost. Svůj život tito lidé hodnotí většinou negativně, mají pocit zklamání a neúspěchu. (Vágnerová, 2014)

9.4.2. Děti rodičů ve výkonu trestu odnětí svobody

Při výkonu trestu odnětí svobody jednoho nebo obou rodičů se ocitá dítě v nejisté situaci, zvláště pokud nefunguje širší rodina, která by byla schopná se o ně postarat. Dítě ztrácí s rodičem kontakt, vazba mezi nimi je narušená a může i úplně zaniknout.

Při uvěznění jednoho z rodičů mohou pro dítě nastat následující situace:

- dítě zůstane s druhým neuvězněným rodičem
- dítě je svěřeno soudem do péče příbuzného dítěte
- dítě je soudem svěřeno do pěstounské péče včetně příbuzenské
- soud rozhodne o umístění dítěte do dětského domova
- přechodně může být dítě umístěno v zařízení krizové pomoci
- dítě může strávit výkon trestu s matkou ve věznici (Za branou, 2017)

Poslední možnost je realizovatelná pouze ve Specializovaném oddíle pro výkon trestu odnětí svobody matek nezletilých dětí věznice Světlá nad Sázavou. Kapacita oddílu je 15 matek a 25 dětí maximálně do tří let věku. Do této věkové hranice děti příliš nevnímají prostředí, ve kterém se pohybují. Matky naopak prostředí věznice vnímají intenzivně a snaží se obvykle dítěti vynahradiť pobyt ve vězení zvýšenou péčí. (Věznice Světlá nad Sázavou, 2017)

Podmínky přijetí do VTOS matky s dítětem jsou následující:

- žena nebyla před VTOS omezena na rodičovských právech
- trest skončí zpravidla do tří let věku dítěte
- délka trestu je delší než 6 měsíců
- žena o dítě před VTOS řádně pečovala a po propuštění bude mít možnost se o dítě starat
- zdravotní a psychický stav matky umožňuje péči o dítě

- dětský psycholog souhlasí s umístěním dítěte na specializované oddělení VTOS
- matka bude schopná hradit finanční náklady souvisejících s péčí o dítě na specializovaném oddělení VTOS
- kladné stanovisko OSPODu
- další kritéria zohledňovaná při výběru odsouzených matek (Věznice Světlá nad Sázavou, 2017)

Matky s dětmi mají ve VTOS pevný denní harmonogram, zahrnující vycházky, individuální i skupinovou péči o děti, přípravu jídla a udržování pořádku. Pobyt matek s dětmi ve VTOS posiluje pevnou vazbu mezi matkou a dítětem, matky získávají dovednosti a postoje, které jim mohou pomoci v návratu do společnosti. (Věznice Světlá nad Sázavou, 2017)

Ve věznicích, kde matky nemají možnost trávit VTOS s dítětem je obvykle snaha podporovat matku v kontaktu s dítětem, někdy i formou asistovaného kontaktu prostřednictvím neziskových organizací. Tento postup se uplatňuje zvláště v případě, jsou-li mezi matkou a osobou nebo osobami, které o dítě pečují, nepřátelské vztahy. (Kaštanová, 2018)

9.5. Psychické onemocnění jednoho nebo obou rodičů

V následující kapitole jsou stručně popsána některá psychická onemocnění, která mohou vážně narušovat péči rodiče o dítě a chod rodiny celkově. Rozdělení jednotlivých kapitol vychází z klasifikace nemocí MKN-10. Cílem není podrobná analýza jednotlivých chorob, ale porozumění vlivu psychického onemocnění na běžný život člověka.

9.5.1. Organické duševní poruchy včetně symptomatických

Do této skupiny se řadí onemocnění způsobená poškozením mozku buď primárně formou nemoci, poranění a poškození mozkové tkáně nebo jako sekundární projev onemocnění postihující celý organismus. Patří sem demence u Alzheimerových nemocí -

degenerativní onemocnění mozku s nejasnou etiologií; vaskulární demence – poškození mozkové tkáně způsobené mozkovými infarkty; demence u jiných nemocí a neurčené demence. (MKN10, 2018) Demence se projevuje hlavně ve starším věku, ale u Alzheimerovy demence s časným nástupem se mohou první příznaky objevit již před 65. rokem. Potenciálně se tedy toto onemocnění může týkat i starších rodičů. Projevuje se poškozením korových center a má tendenci rychle se zhoršovat.

9.5.2. Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

Tato onemocnění se obvykle projevují poruchami myšlení a vnímání. Ke stanovení diagnózy je nutné alespoň jednoměsíční trvání jednoho z charakteristických příznaků, jako např. vkládání či vysílání myšlenek, bludy s obsahem vnějšího ovládnutí, hlasové halucinace a dvou méně charakteristických příznaků např. přetrvávající halucinace, nesouvislé myšlení. Onemocnění probíhá epizodicky v opakujících se atakách. Zhruba u jedné třetiny pacientů se vyskytne pouze jedna ataka a onemocnění se již dále neprojevuje. U druhé třetiny se fáze atak střídají s fázemi bez příznaků a u poslední třetiny onemocnění přetrvává kontinuálně. (Probstová, Pěč, 2014)

Příčina vzniku onemocnění není známá, snaží se ji vysvětlit různé teorie z oborů genetiky, neurobiologie, psychodynamiky aj. Faktorem, který může zapříčinit vznik schizofrenie je i kombinace vrozených struktur dítěte a raná vazba s matkou v prvních měsících života. Pokud dítě není přijato pečující osobou, je pro něj později obtížné vytvořit si pevné hranice sebe a okolního světa. Absence těchto hranic a neschopnost zpracovávat pocity a udržet psychickou stabilitu je rizikovým faktorem vzniku schizofrenní psychózy. (Probstová, Pěč, 2014)

Onemocnění schizofrenie se podle MKN 10 (2018) dělí na schizofrenii paranoidní, hebefrenní, katatonickou, nediferenciovanou a reziduální. Její součástí může být i postschizofrenní deprese, která může vést až k suicidálnímu jednání.

Děti rodičů trpících schizofrenií

Schizofrenie je jedním z nejzávažnějších onemocnění, co se týče prognózy a vztahů s okolím. Pokud rodič trpí schizofrenií, může se dostat do situace, kdy je nebezpečný sobě i okolí. Následná hospitalizace bývá často dlouhodobá a negativně ovlivňuje fungování rodiny, děti se ocitají v nejisté situaci, hrozí i riziko sebevraždy rodiče. Děti neadekvátně přebírají zodpovědnost vzhledem k věku, ze strany vrstevníků se mohou setkat se šikanou. V dospělosti mohou mít obavu založit rodinu v důsledku vlastní genetické zátěže aj. (Kulhánek, Krtíčková, 2012)

9.5.3. Afektivní poruchy (poruchy nálady)

Hlavní znakem onemocnění je porucha afektivity inklinující směrem k mánii nebo depresi. Doprovází ji fyziologické a kognitivní poruchy a problémy v chování. Onemocnění má tendenci se v průběhu života opakovat, spouštěcím faktorem může být stresová zátěž. Afektivní poruchy se dělí na manické fáze, při nichž dochází pouze k jedné epizodě, bipolární poruchu, při které se střídají manické stavy s depresivními a na fáze depresivní. (MKN 10, 2018)

Děti rodičů trpících poruchami nálad

Projevem deprese i mánie je výrazná změna psychomotorického tempa. U deprese dochází k útlumu, pocitům únavy, smutku a beznaděje někdy i k sebepoškození nebo sebevražednému jednání. U mánie naopak dochází ke zvýšení aktivity, ztrátě zábrán, jedinec má často tendence vyvolávat konflikty. Obě tyto poruchy mají negativní vliv na fungování člověka. Rodičovství a péče o děti je pro jedince náročnější než pro zdravou populaci. Jak uvádí Kulhánek a Krtíčková (2012) děti jsou kvůli onemocnění rodiče vystaveny nestabilitě kvůli výkyvům nálad rodiče, obavě ze sebevraždy rodiče, citovému strádání, pocitům bezmoci a viny.

9.5.4. Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

Tento typ poruch se projevuje nepřiměřenou úzkostí, která může nabývat formy akutních atak nebo iracionálního vystupňovaného strachu. (Vágnerová, 2014) Patří sem:

- Fobické úzkostné poruchy, které nastávají pouze v určité situaci (např. u arachnofobie při kontaktu s pavoukem) Jedinec se snaží těmto situacím vyhýbat.
- Jiné anxiózní úzkosti, u kterých není konkrétní spouštěcí situace, jedinec prožívá úzkost bez objektivního důvodu.
- Obsedantně kompulzivní porucha vyznačující se vtíravými myšlenkami a nutkavým rituálním chováním
- Reakce na stres a poruchy přizpůsobení vznikající následkem zatěžující životní události nebo jako reakce na životní změny. Zda se porucha po traumatizující události rozvine, závisí na schopnosti jedince zvládat stres a na míře jeho citlivosti a zranitelnosti.
- Disociativní (konverzní) poruchy se projevují částečnou nebo úplnou ztrátou integrace mezi vzpomínkami na minulost, uvědoměním si vlastní identity a ovládním tělesných pohybů. Projevují se často jako běžně známé nemoci, nemají však objektivní somatickou příčinu.
- Somatoformní poruchy se vyznačují subjektivně prožívanými tělesnými příznaky, které ale nemají somatickou podstatu. Jedinec je přesvědčen, že je vážně nemocný, a intenzivně se dožaduje lékařské péče. Na rozdíl od hypochondrických poruch pacient příznaky subjektivně prožívá. (Probstová, Pěč, 2014)

Děti rodičů s neurotickými, stresovými a somatoformními poruchami

Rodič projevující se úzkostně může negativně ovlivňovat vývoj dítěte neustálým strachem o něj, zakazováním běžných aktivit (sportu, kroužků, návštěv kamarádů). Dítě se

může setkávat se zvýšenou úzkostí ze strany rodiče, která se může projevovat až závislostí rodiče na dítěti. Tuto úzkost rodič na dítě přenáší a vyvolává v něm představy, že okolní prostředí je nepřátelské a dítěti neustále hrozí nějaké nebezpečí. (Kulhánek, Krtičková, 2012)

Speciální kapitolou jsou rodiče s obsedantně-kompulzivní poruchou, kteří často zapojují děti do svých rituálů. Pro děti je jejich chování obtížně pochopitelné a často nepříjemné. Rodiče je přehnaně kontrolují, lpí na dodržování nesmyslných pravidel, zapojují je do svého magického myšlení. Ze strany vrstevníků se tyto děti mohou setkat se šikanou. (Kulhánek, Krtičková, 2012)

9.5.5. Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

Nemoci uvedené v této skupině mají přímý vliv na fyziologické fungování jedince. Patří sem poruchy příjmu potravy, neorganické poruchy spánku, sexuální poruchy nezpůsobené organickou poruchovou nebo nemocí, duševní poruchy a poruchy chování související se šestinedělím, abúzus látek nezpůsobujících závislost (MKN 10, 2018)

Děti rodičů trpících poruchami příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jednoho z rodičů (obvykle matky) negativně ovlivňují vývoj dítěte a chod celé rodiny. Děti mají narušený vztah k jídlu, dívky mívají sklon k obezitě jako projev vzdoru vůči hubnutí matky. Přebírají zodpovědnost neadekvátně ke svému věku, může docházet k obrácení rolí, kdy dítě kontroluje rodiče. Často tyto děti také pociťují obavy o život rodiče. (Kulhánek, Krtičková, 2012)

9.5.6. Poruchy osobnosti a chování u dospělých

Tyto poruchy se projevují značnými odchylkami od kulturních norem společnosti, jsou hluboce zakořeněné v integritě jedince, dají se jen těžko mírnit. (MKN 10, 2018)

Specifické poruchy osobnosti

Osoby trpící poruchami osobnosti lze podle Vágnerové (2014) rozdělit na základě typických projevů následovně:

- Podivíni a excentrici – do této skupiny patří jedinci s paranoidní poruchou osobnosti, vyznačující se podezíravostí, vztahovačností a necitlivostí k druhým, jedinci se *schizoidní* poruchou osobnosti, která se projevuje introverzí, nezájmem o okolní svět a citovou zploštělostí, a jedinci se *schizotypální* poruchou osobnosti, mající tendence k únikům do fantazie a magickému myšlení a jejichž emoční prožívání je nepřiměřené
- Afektovaní a dramaturgizující - sem se řadí osoby s *disociální* (asociální) poruchou, projevující se bezohledností, egocentrismem a neschopností se ovládat. Tito lidé mají problém s přijetím obecně platných norem, vyhledávají vzrušení, vztahy s okolím bývají problematické. Dalším typem poruch z této skupiny jsou jedinci s *emočně nestabilní* poruchou osobnosti, vyznačující se emoční nestabilitou a neschopností se ovládat. Tato porucha se dělí na *impulsivní typ* vyznačující se neuváženým jednáním, nevypočitatelnou náladou a povrchními vztahy a na *hraniční typ*, který se také projevuje nevyzpytatelným jednáním. Zároveň ale jedinec prožívá pocit emoční prázdnoty, sebepojetí je nestabilní a nevyhraněné, vztahy s okolím bývají nestálé. U *histrionské* poruchy osobnosti přikládá jedinec přehnaný význam svojí osobě. Potřebuje být středem pozornosti, může mít sklony k bájevé lhavosti a manipulaci s okolím, často se stylizuje do různých rolí. Poslední poruchou z této skupiny je *narcistická* porucha osobnosti, vyznačující se přecitlivělostí, egocentrismem, neschopností akceptovat jiné názory. Tito lidé mají problém ve vztazích, protože se k ostatním chovají bezohledně a lhostejně.
- Úzkostní a ustrašení – *Anankastická* (obsedantně-kompulzivní) porucha se vyznačuje potřebou mít vše pod kontrolou a rigiditou prožívání. Tito jedinci se často potýkají s pochybnostmi o sobě, preferují stereotypy a jsou nadměrně sebekritičtí. Vztahům s ostatními nepřikládají velký význam. Další z této skupiny je *úzkostná* (vyhýbavá) porucha osobnosti. Jedinci, kteří jí trpí, jsou úzkostní, pesimističtí s nízkým sebehodnocením. Poslední z této skupiny je *závislá* porucha

osobnosti, projevující se nesamostatností a závislostí na jiném člověku. Tito lidé trpí nízkým sebevědomím a vysokou ovlivnitelností. Ve vztazích se podřizují, proto bývají často oběťmi domácího násilí nebo šikany v zaměstnání.

Další typy poruch osobnosti a chování u dospělých

Dalšími typy poruch jsou změny osobnosti, které nemají příčinu v poškození nebo nemoci mozku. Jedná se převážně o změny související s prožitím katastrofické události nebo psychiatrickým onemocněním. Dále sem patří nutkavé a impulzivní poruchy (patologické hráčství, pyromanie, kleptomanie), poruchy pohlavní identity (transsexualismus, transvestitismus dvojí role), poruchy sexuální preference (fetišismus, pedofile, zoofile...) a poruchy psychické a poruchy chování související se sexuálním vývojem a orientací (porucha sexuálního vyžívání, porucha sexuálních vztahů). (MKN 10, 2018)

Děti rodičů s poruchami osobnosti

Poruchy osobnosti narušují pozitivní vazbu mezi rodičem a dítětem. Jsou obtížně léčitelné a lidé, kteří jimi trpí, si své patologické chování často nepřipouští a vinu hledají ve svém okolí, případně v neovlivnitelných vnějších příčinách. Problematické vztahy v rodině jsou proto dlouhodobé, a mají tendence se zhoršovat. Nejrizikovější specifickou poruchou osobnosti rodiče je pravděpodobně porucha asociální. Rodič se projevuje bezohledně, agresivně, může docházet i k sexuálnímu zneužívání. U dítěte se může následkem dlouhodobě špatného zacházení ze strany rodiče rozvinout syndrom CAN. Násilí může být obráceno i proti druhému rodiči, případně ostatním členům rodiny. Hrozí riziko, že se dítě s agresivním rodičem v pozdějším věku identifikuje a samo se bude projevovat násilnický. (Kulhánek, Krtíčková, 2012)

9.5.7. Poruchy psychického vývoje, poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání a mentální retardace

Poruchy psychického vývoje a poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání se projevují již v raném věku, ale jejich následky mohou přetrvávat

do dospělosti a snižovat jedinci kvalitu života. U jedinců s mentální retardací je jedním z poměrně nových témat otázka rodičovství a péče o děti.

9.5.8. Péče o osoby s psychickým onemocněním

Pokud se u člověka začnou projevovat první příznaky duševního onemocnění, je pro něj obtížné svůj stav racionálně zhodnotit, přiznat si, že má problém, a začít situaci řešit s odborníky. Psychické onemocnění je ve společnosti stále vnímáno jak stigma, proto tyto osoby návštěvu lékaře odkládají, dostanou se k němu často, až když je situace opravdu vážná. Dobrou pověst nemá ani systém české psychiatrické péče, jehož hlavními pilíři v minulosti byly převážně farmakoterapie a hospitalizace na psychiatrických odděleních. V roce 2019 byl založen server neklid.net, kde se mohou pacienti svěřovat s negativními zkušenostmi z hospitalizace, zvláště na uzavřených odděleních. Z příběhů těchto lidí vyplývá, že byla porušována jejich práva a důstojnost, byli omezováni na osobních svobodách, docházelo i k fyzickému a psychickému týrání. (Štingl, 2019) Vedení psychiatrických nemocnic má tendenci tyto stížnosti bagatelizovat a svádět je na psychický stav pacientů. Ředitelství Psychiatrické léčebny Bohnice podalo dokonce na autora webu neklid.net Michala Štingla trestní oznámení. (Bezděková, 2019)

Podmínky na uzavřených odděleních skutečně nejsou uspokojivé. I z těchto důvodů se někteří lidé s psychickým onemocněním snaží hospitalizaci pokud možno vyhnout, zejména ti, kteří ji už zažili, nemají zájem o opakování traumatické zkušenosti. Zvláště obtížná je situace rodičů samoživitelů, pro které může hospitalizace znamenat umístění dítěte do náhradní výchovné péče. Mohou pak nechat dojít situaci tak daleko, že se nacházejí v psychickém stavu, kdy jsou nebezpeční sobě nebo okolí a musí být nedobrovolně hospitalizováni.

V současné době se česká psychiatrie snaží o reformu posílením ambulantních služeb v podobě vytvoření tzv. Center duševního zdraví. Jejich cílem je umožnit člověku s psychickým onemocněním fungovat ve svém přirozeném prostředí za podpory multidisciplinárního týmu terénních a ambulantních služeb. (Fokus, 2019)

Možnosti terapie osob s psychickým onemocněním v průběhu hospitalizace

V následující části jsou popsány typy terapie osob s psychickým onemocněním v průběhu hospitalizace, jak je uvádí Mahrová a Venglářová (2008):

- *Socioterapie* a sociální práce se snaží podporovat zdravé fungování jedince v běžných situacích, zaměřuje se na naplnění jeho potřeb. Cílem je, aby byl jedinec schopný žít ve společnosti a uměl se vypořádat se zátěžovými situacemi.
- *Biologická léčba* se zakládá na podávání medikace a užití léčebných postupů vedoucích ke zlepšení zdravotního stavu jedince.
- *Psychoterapie* spočívá v aplikaci klinických metod a interpersonálních postojů vedoucích k pozitivní změně způsobu chování, myšlení a emoční charakteristiky. Stěžejní roli hraje vztah mezi terapeutem a pacientem.
- *Režimová terapie* se realizuje v bezpečném prostředí obvykle zdravotní nebo sociální instituce. Jejím základem je denní režim, jehož dodržováním si jedinec upevňuje návyky důležité pro fungování v běžném životě
- Hlavním významem *péče o každodenní chod zařízení a ergoterapie* je zapojení jedince do chodu komunit, tak aby se cítil její součástí.
- *Volnočasové aktivity, sport, zátěžové programy* slouží k odreagování a zapojení jedince do komunity, při zátěžových programech jedinec překonává své hranice, což může vést k posílení sebevědomí.

Jak je patrné, režimové a společné aktivity mají při hospitalizaci psychicky nemocných velký význam, což nemusí vyhovovat každému pacientovi. Lidem s psychickým onemocněním by měla být ponechána co největší míra autonomie.

10. Syndrom CAN

Výše uvedené patologické jevy vyskytující se v rodinách mohou být příčinou nevhodného zacházení s dítětem, které se může rozvinout až v syndrom CAN. Syndrom CAN – child abuse and neglect (syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte)

zahrnuje všechny druhy nevhodného zacházení, které vůči dítěti praktikuje pečující osoba, nejčastěji rodič, ale i další členové rodiny. Charakteristickými rysy syndromu CAN jsou podle Slaného (2008):

- nenáhodnost – čin se neděje v afektu a dospělý si dobře uvědomuje, co dělá.
- společenská nepřijatelnost
- preventabilita – činu lze předcházet
- opakující se akce tělesného nebo psychického týrání a sexuálního zneužívání
- ne-akce – zanedbávání, deprivace
- poškozování tělesného, duševního a sociálního statutu dítěte

Z hlediska prokazatelnosti lze šetřené případy syndromu CAN rozdělit na:

- jisté
- pravděpodobné a suspektní
- falešně pozitivní případy CAN (cílem může být např. poškodit partnera během rozvodového řízení)
- falešně negativní případy CAN (Slaný, 2008)

Dle Dunovského (1999 in Fischer, Škoda, 2014) je v zemích srovnatelných s Českou republikou výskyt syndromu CAN 1 - 2%. Odhalených případů je ale jen přibližně 5000, zbylé případy jsou neohlášeny. Trestní zákoník České republiky (40/2009) v souvislosti s nevhodným zacházením s dítětem definuje tyto trestné činy:

- § 122 Těžká újma na zdraví
- § 146 Ublížení na zdraví
- §168 Obchodování s lidmi
- § 187 Pohlavní zneužití
- §196 Zanedbání povinné výživy
- §195 Opuštění dítěte
- §198 Týrání svěřené osoby
- § 200 Únos dítěte a osoby stížené duševní poruchou
- § 201 Ohrožení mravní výchovy mládeže

- §367 Nepřekážení trestného činu
- §368 Neoznámení trestného činu

Dítě může být vystaveno dalšímu traumatu v rámci sekundární viktimizace. Reakce okolí, nevhodný a necitlivý přístup odborníků (lékaři, policie, učitelé...) mohou vyvolat další psychickou újmu, nedůvěru k lidem a neochotu problém řešit.

10.1. Zanedbávání

Při zanedbávání dochází k nedostatku péče, který vážně narušuje vývoj dítěte. Podle Fischera a Škody (2014) se týká převážně těchto oblastí:

- zanedbávání tělesné – neuspokojování fyzických a materiálních potřeb (jídlo, oblečení vhodné bydlení), zanedbávání lékařské prevence a péče
- zanedbávání bezpečí – ponechání bez dozoru
- zanedbání citové – neuspokojování emočních potřeb vedoucí až k citové deprivaci
- zanedbání seberealizace – povinná školní docházka, vzdělání výchova

10.1.1. Příčiny zanedbávání dítěte v rodině

Rizika a příčiny zanedbávání v rodině jsou podle Slaného (2008):

- ztráta jednoho nebo obou rodičů
- úplná izolace dítěte od společnosti
- nízká socioekonomická a vzdělanostní úroveň rodiny
- rizikové faktory rodičů (závislosti, patologické hráčství, workoholismus, psychiatrická onemocnění)
- příslušnost rodiny k etnickým nebo náboženským minoritám
- dysfunkční, afunkční rodina
- rizikové děti (pasivita, fyzický handicap, mentální postižení)

Podle Fischera a Škody (2014) se při zanedbávání u rodičů a dětí mohou projevat následující rizikové faktory:

Rizikové faktory u rodičů:

- Rodiče nebo pečující osoby, nemají pro rodičovskou roli dostatečné kompetence a nejsou schopni plnit rodičovskou roli (mentální retardace, psychická choroba, závislost na psychoaktivních látkách)
- Rodiče nebo pečující osoby nemají pro výchovu dětí dostatečnou motivaci (mladí a nezralí rodiče, rodiče upřednostňující kariéru)

Rizikové faktory u dětí:

- Pasivní nevýrazné děti, které nedokážou rodiče dostatečně zaujmout
- Děti s fyzickým nebo mentálním handicapem

10.1.2. Psychická deprivace

Všechny výše jmenované formy zanedbávání dítěte úzce souvisí s psychickým vývojem dítěte. Pokud je dítě zanedbáváno v oblasti bezpečí nebo tělesných potřeb je pravděpodobné, že ani jeho psychické a emoční potřeby nebudou dostatečně uspokojovány. Vzniklý stav má vliv zejména na jeho psychický vývoj, proto se bude následující část věnovat důsledkům psychické deprivace.

Narušení emočního života jedince

Jak už bylo uvedeno výše, následky psychické deprivace mají devastující vliv na dětskou psychiku zvláště v raném věku. Při dlouhodobém neuspokojování emočních potřeb dítěte může dojít k narušení citového života a orientace v emocích vlivem špatného vývoje funkčních okruhů CNS. Tito jedinci mohou mít problém s rozpoznáváním výrazů obličeje, těžko se orientují v chování druhých. (Pollak, 2000 in Vágnerová, 2014) To u nich vede ke stavům nejistoty a ohrožení, které se projevují nepřiměřeným chováním. Mají sníženou míru frustrační tolerance. Podle Taylorové (in Vágnerová, 2014) mají deprivované děti problém s orientací ve vlastních pocitech a s regulací vlastních prožitků, protože nezažily pevný pozitivní vztah s matkou, která by jim poskytovala zpětnou vazbu.

Narušení vývoje kognitivních funkcí

Psychická deprivace v dětství může narušit i vývoj kognitivních funkcí. Kvůli nedostatku podnětů se může měnit vývoj mozkových center. Rozumové schopnosti jsou zachovány, jedinec je ale neumí správně využívat. Problémy jsou zejména při zobecňování platnosti řešení nebo při použití posloupanosti jednotlivých kroků k řešení problému. Problém je i s motivací. Tím, že dítě nepoznalo ocenění v raném věku, nemá potřebu se o cokoliv snažit, protože mu chybí pozitivní odezva. (O'Connor 2000 in Vágnerová, 2014) Kvůli tomu může mít dítě horší prospěch, než by odpovídalo jeho intelektu. U těchto dětí se také vyskytuje nezralost regulačních funkcí, jako je zaměření pozornosti nebo řízená práce. Někdy je zanedbání tak vážné, že se u dítěte projevuje tzv. pseudoretardace, vykazuje znaky, jako by bylo mentálně postižené. Jeho intelekt je v normě, kvůli nedostatku podnětů ho ale neumí využívat.

Narušený vývoj řeči a nestandardní socializace

S psychickou deprivací v dětství úzce souvisí narušený vývoj řeči. Tím, že matka s dítětem málo komunikuje, chybí dítěti mluvní vzor, má chudou slovní zásobu, slova, která umí, často používá ve špatném kontextu. Problém bývá často se zájmemem já, jehož používání je důležité k tvorbě dětského sebepojetí. Dítě nemá potřebu komunikovat, protože mu chybí zpětná vazba, později nedokáže vyjádřit své myšlenky a pocity. Komunikaci chybí spontaneita a jazyková citlivost. (Vágnerová, 2014)

Z výzkumu Heleny Popadincové (2004, s. 14 - 15) realizovaného v roce 2003 ve třech českých dětských domovech vyplývá, že 72% dětí mezi 4. a 19. rokem trpělo vadou řeči. Následující tabulka ukazuje četnost jednotlivých vad ve zkoumané skupině 68 dětí:

Rinolalie	3
Fyziologická patlavost	3
Dysgramatismus	2
Breptavost	1
Koktavost	2
Slabiková dyslalie	2

Mogilalie	1
Tetismus	3
Dyslalie	36

Děti, které zažívají psychickou deprivaci, mohou trpět poruchou přichylnosti. Citově se upínají k cizím lidem, vynucují si jejich pozornost (doteky, braním věcí, familérností). To může vést až k poruše dezinhibovaných vztahů. Onemocnění se projevuje trvalým vyžadováním pozornosti a neselektivní náklonností k cizím lidem. (MKN 10, 2018) Ve vztazích jednájí impulzivně, nechápou rozdíl mezi blízkým a cizím člověkem. Podle Vágnerové (2014) se špatně orientují v lidském chování a emočních projevech, proto je pro ně těžké vcítit se do druhého. Problémem pro ně je i dodržování pravidel. Tím že je neuplatňuje citově blízký člověk, kterému by se chtěli zavděčit, nemají pro ně význam. Jednání je zaměřené převážně na vlastní uspokojení. Tyto jejich projevy vyvolávají negativní reakce okolí, dítě se ze situace ale nedokáže poučit a reaguje dalším nevhodným chováním, čímž vzniká začarovaný kruh.

Chybějící pevná a bezpečná citová vazba k pečující osobě způsobuje narušení celého sebepojetí dítěte. Žije s pocitem, že není pro nikoho důležité, má zvýšenou potřebu bránit svou sebeúctu, což se může projevovat nepřiměřeným vytahováním nebo hledáním opory např. silnějšího jedince nebo party. Místo individuálního rozvoje identity se projevuje spíše identita skupinová, dítě je vystaveno zvýšenému riziku manipulace a ovlivnitelnosti. (Vágnerová, 2014)

Odchytky v chování

Citově deprivované děti mají problémy v sociální adaptaci, často se projevují infantilními stereotypy a snahou o dosažení náhradního uspokojení. V dospělém věku mají problém s odpovědností a samostatným životem, reagují špatně na zátěžové situace, často se chovají bezohledně nebo volí únikové strategie. (Vágnerová, 2014)

10.1.3. Citová subdeprivace

Podle Vágnerové (2014) nemá citová subdeprivace tak závažné projevy jako výše popsaná deprivace, dochází k ní ale častěji. Vyskytuje se v částečně dysfunkčních rodinách, kde mohou mít děti materiální zázemí, ale nemají možnost vytvořit si pevnou citovou vazbu s pečující osobou. Rizikem je obtížná identifikace a tím i snížená možnost těmto dětem účelně a včas pomoci. Hlavními znaky psychické subdeprivace jsou:

- Snížená akceptace dítěte – dítě je často kritizováno, pečující osoba na něm neshledává žádná pozitiva a ve vztahu k němu neprojevuje citovou angažovanost.
- Snížená empatie – pečující osoba se nedokáže vcítit do pocitů dítěte, nerozumí jeho potřebám a emocím.
- Pečující osoba se dítěti nevěnuje – tráví s ním málo času, a pokud je doma, dítěte si příliš nevšímá.

Subdeprivace se projevuje souhrnem drobných odchylek, které ztěžují dítěti sociální adaptaci. Ve škole jsou tyto děti málo oblíbené a i učitelé je hodnotí nepříznivě. Jejich školní neúspěšnost není způsobena sníženou inteligencí, ale tím, že ji neumí správně využít. Proto učitelé nabývají dojmu, že jsou tyto děti líné a málo se snaží. (Vágnerová, 2014)

10.1.4. Následky psychické deprivace v dospělosti

Lidé, kteří neměli možnost si v raném věku vytvořit pevnou citovou vazbu s pečující osobou, mají v dospělosti problémy v mezilidských vztazích, s přijetím zodpovědnosti, často nejsou spokojeni s vlastním životem. Z Matějčkova výzkumu osob (1997 in Vágnerová, 2014), které žily od 3 do 15 let v dětském domově, vyplývá, že více než polovina těchto lidí získala jen základní vzdělání. Problém opět nebyl ve sníženém intelektu, ale v neschopnosti inteligenci uplatnit. 36 % osob ze zkoumané skupiny bylo bez stálého zaměstnání, zbylých 64 % pracovalo na nižších pozicích než by odpovídalo jejich schopnostem. Tito lidé často nedokázali udržet dlouhodobý vztah s partnerem, nedokázali se mu přizpůsobit ani se vcítit do jeho pocitů. Dlouhodobé partnerské soužití považovali za

stresující, protože na ně kladlo vysoké nároky. 36 % osob ze zkoumané skupiny bylo odsouzeno za trestnou činnost. Obvykle se jednalo o méně závažné činy, často ale docházelo k recidivě, jedinci se nebyli schopni ze svého jednání poučit. Byla zaznamenána i zvýšená inklinace k návykovým látkám, 28 % sledovaných absolvovalo protialkoholním léčení. (Vágnerová, 2014)

10.2. Týrání

„Týráním se rozumí chování rodičů či jiných osob, které dítě tělesně či duševně poškozují, a ohrožují tak i jeho další vývoj.“ (Vágnerová, 2014, s. 553) Z definice je zřejmé, že týrání se nejčastěji dělí na tělesné a psychické, dále se týrání může projevovat ve specifických formách. Podle Fischera a Škody (2014) se při fyzickém a psychickém týrání u rodičů a dětí mohou projevovat následující rizikové faktory:

Rizikové faktory rodičů:

- snížená schopnost sebeovládání, tendence reagovat násilně a agresivně
- rodiče s psychickými a behaviorálními poruchami (psychózy, poruchy osobnosti)
- rodiče, kteří děti nechtějí

Rizikové faktory dětí:

- děti, které nesplňují očekávání rodičů
- děti s fyzickým nebo mentálním handicapem
- děti, které rodiče dráždí a zatěžují

10.2.1. Fyzické týrání

Projevem fyzického týrání může být útok na dítě, který mu způsobí zranění, trvalé poškození nebo úmrtí. Týrání se může také projevovat pravidelným nepřiměřeným tělesným trestáním, které zahrnuje:

- nepřiměřené bití rukou, nebo různými nástroji
- kopání, údery pěstí, popáleniny (cigaretou), opaření, bodné rány

- vytrhávání vlasů, tahání za uši, škrčení, dušení, silné třesení, které může u malých dětí způsobit smrt (shaken baby syndrome)
- svazování, připoutání, odmítání spánku, odmítání potravy
- šikanování (Fischer, Škoda, 2014)

Rizikovými faktory, které mohou vést k týrání dítěte, jsou podle Slaného (2008):

- afunkční nebo dysfunkční rodina
- období před, během a po rozvodu rodičů
- stresová zátěž v rodině
- závislost na návykových látkách rodičů nebo jiné pečující osoby
- médein syndrom – jeden z rodičů se mstí druhému prostřednictvím útoků na dítě
- nízká socioekonomická situace rodiny, pokud ji rodina vnímá jako stresující

10.2.2. Psychické týrání

Psychické týrání má negativní dopad na citový vývoj dítěte, jeho sebehodnocení, chování a sociální adaptaci. Bývá prakticky vždy součástí ostatních syndromů CAN (fyzického týrání, sexuálního zneužívání a zanedbávání), může se ale vyskytovat i samo o sobě. Jedná se převážně o tyto formy:

- nadávky, ponižování, zesměšňování, výhrůžky a cílené vyvolávání strachu
- odmítání, citová deprivace, citové vydírání
- srovnávání s úspěšnějšími dětmi (často sourozencem)
- nepřiměřené požadavky
- nepřiměřené zatěžování
- psychické týrání před, během a po rozvodu rodičů
- šikanování (Fischer, Škoda, 2014)

Pokud je psychické týrání přítomno bez dalších příznaků syndromu CAN (fyzického týrání, sexuálního zneužívání a zanedbávání), je velmi těžko prokazatelné a obtížně odhalitelné. Může se projevovat aktivně (ponižování, nadávky), nebo pasivně (odmítavost,

nedostatek lásky, času, izolace dítěte). Častým případem psychického týrání jsou výše zmíněné rozvodové situace, kdy je dítě uráženo srovnáváním s druhým rodičem. (Slaný, 2008) Dalšími projevy psychického týrání je i očerňování druhého rodiče, většinou otce, které může vést až k syndromu zavrženého rodiče. Ten se projevuje bráněním zavrženému rodiči ve styku s dítětem, chválením dítěte za negativní projevy vůči zavrženému rodiči a trestáním projevů pozitivních. Cílem takového jednání je zpertrhání vztahů mezi dítětem a zavrženým rodičem. Pro dítě má toto jednání negativní vliv na jeho další psychický vývoj. Žije v přesvědčení, že po zavrženém rodiči zdědilo jen špatné vlastnosti. Některé matky své děti navádějí, aby během rozvodového řízení řekly, že je otec sexuálně zneužíval. Děti se musí dopodrobna naučit popsat sexuální praktiky, které s nimi měl otec provádět, což naprosto neodpovídá jejich věku a má negativní vliv na jejich psychický vývoj i na vztah s oběma rodiči. Podle Gardnera (2010), dochází ke křivému obvinění ze sexuálního obtěžování u 10 % případů syndromu zavrženého rodiče.

Rodiče s vysokými nároky své děti často nutí do perfektních výkonů ve škole i v zájmových kroužcích bez ohledu na reálné schopnosti dítěte. Za neúspěch je dítě trestáno různými zákazy nebo emočním vydíráním. V některých případech může být obtížně rozlišit snahu o rozvoj dítěte od psychického týrání. V současné době je novým trendem zanedbávání tzv. dvoukariérové manželství, kdy se oba rodiče věnují naplno své práci a na děti jim zbývá velmi málo času, přitom mají pocit, že dělají vše pro rodinu. (Slaný, 2008) Tento trend je výrazně patrný u rodin na dobré socioekonomické úrovni v západních zemích, kdy se o děti již od raného věku starají au-pair nebo místní chůvy a rodiče tráví většinu času v zaměstnání. Dítě si pak těžko buduje pevnou vazbu s pečující osobou, protože se chůvy obvykle často střídají.

10.2.3. Münchhausenův syndrom by proxy

Specifickou formou kombinace fyzického a psychického týrání je Münchhausenův syndrom by proxy (v zastoupení). Dospělý, obvykle matka, vsugerovává dítěti, že je vážně nemocné, případně mu sama vytváří zdravotní komplikace nevhodným podáváním léků a nevhodnou péčí. S dítětem navštěvuje různá zdravotnická zařízení, lže lékařům o zdravotním stavu dítěte a nechává ho podstoupit lékařské zákroky. Důsledkem je

dlouhodobé poškození zdravotního stavu dítěte. Cílem takového jednání, je být středem pozornosti. Žena touží po tom, aby ji okolí vnímalo jako dokonalou matku, která se vzorně stará o nemocné dítě. Často mají tyto ženy samy sklon k předstírání zdravotních komplikací. (Vágnerová, 2014)

10.2.4. Psychické důsledky týrání

Psychické i fyzické týrání má tím horší důsledky, čím je dítě mladší. Dalšími faktory ovlivňujícími míru narušení vývoje dítěte jsou trvání, psychická zátěž a závislost dítěte na týrajícím rodiči. (Vágnerová, 2014)

Narušení emočního života jedince

Týrané dítě se primárně zaměřuje na eliminaci nebezpečí. K ní patří i rozpoznání zlostných gest a výrazů obličeje, které mu může pomoci vyhnout se nebezpečí. Často má problém s rozeznáním jiných typů emocí a projevů chování. (Pollak, Sinha, 2002 in Vágnerová, 2014) Dítě se zaměřuje na negativní a nepřátelské projevy, nedokáže rozeznat pozitivní emoce, je uzavřené a podezřívavé.

Obranou reakcí může být i útlum citového prožívání, dítě je apatické, neschopné projevovat radost i jakékoliv jiné emoce. Ve vlastních pocitech se obtížně orientuje. Některé děti naopak reagují úzkostně, dávají najevo strach a mají sklon k afektivním výbuchům. Mohou mít také obavu z opuštění, rodič je trestá, protože s nimi není spokojen a mohl by je zavrhnout. (Vágnerová, 2014)

Změny v uvažování

Děti žijí v trvalém pocitu ohrožení, který prožívají i mimo týrající prostředí rodiny. I neutrální projevy hodnotí jako nepřátelské. Mají tendenci rodiče omlouvat, situaci zlehčovat nebo dokonce pozitivně zkreslovat. Následkem týrání může být nízká sebedůvěra, neschopnost se bránit. Děti přejímají postoj týrajícího rodiče, mají pocit, že jsou špatné a ve všem selhávají. Dochází k fixaci negativního sebehodnocení a snižování sebedůvěry. (Vágnerová, 2014)

Změny v chování

Děti, které prožívají nějakou formu psychického nebo fyzického týrání, mohou být pasivní a apatické. Nemají zájem o kontakt s okolím, vidí v něm riziko, které se naučili vnímat z domova. Mohou mít sklony k únikovým strategiím, např. formou autostimulace, která se může projevat různým sebepoškozováním. Některé děti jsou naopak hyperaktivní se sklonem k agresivním projevům. Jejich chování je pro okolí nesrozumitelné a obtížně akceptovatelné, proto bývají odmítány i mimo rodinné prostředí. Tyto děti mají problém se sociálním porozuměním, obtížně se orientují v chování a emočních projevech druhých, mají tendenci vnímat vše jako akt nepřátelství. Obtížné je pro ně i regulovat svoje emoce a chování. (Vágnerová, 2014)

Způsoby vyrovnání se s týráním

Týrané dítě se nachází ve velmi obtížné a pro něj prakticky neřešitelné situaci. Je závislé na rodičích, kteří se o něj špatně starají, fyzicky a psychicky ho napadají. Nemá pocit bezpečného zázemí, a aby se s tímto stavem srovnalo, vytváří si podle Vágnerové (2014) následující obranné mechanismy:

- *Popírání skutečnosti* – dítě má tendenci chránit své rodiče, ke kterým má silný citový vztah i přes jejich negativní projevy. Může mít obavy z toho, že kdyby se na týrání přišlo, šlo by do dětského domova.
- *Přijetí role špatného dítěte* – dítě se lépe vyrovná s bitím, pokud má pocit, že si ho zasloužilo a trest je oprávněný.
- *Využívání aktivní obranné strategie* – dítě se snaží upoutat pozornost rodičů a vzbudit v nich pozitivní emoce. Reakce rodičů na toto chování bývá ale zpravidla negativní, protože je projevy dítěte obtěžují.
- *Tendence zopakovat si negativní prožitek* – formou fantazie, kresby nebo hry, ve které dítě ztvárňuje prožité trauma, se vyrovnává se situací. Dítěti může pomoci i reálné prožití traumatického zážitku, proto nevědomě provokuje rodiče, aby ho znovu zbili. Opakování mu přináší jiné zážitky než prvotní zkušenost a může k situaci zaujmout jiný postoj.
- *Identifikace s agresorem* – dítě se ztotožňuje s týrajícím rodičem, chová se agresivně a bezohledně, tím se zbavuje pocitů bezmoci.

10.2.5. Důsledky týrání v dospělém věku

Týrání v dětství vede v dospělosti k různým negativním projevům, které dotyčnému jedinci, nebo jeho okolí zhoršují kvalitu života. Podle Vágnerové (2014) je jedním z projevů nízké sebehodnocení. Takoví lidé přijali roli oběti, mají potíže v mezilidských vztazích, nedůvěřují ostatním a chovají se submisivně, což u jejich okolí může vyvolat negativní reakce a ponižující zacházení. Dalším důsledkem týrání v dětství může být zvýšená bezohlednost a agresivita. Toto chování se může projevat v partnerském vztahu i v roli rodiče. „Obecně platí, že způsob, jakým rodič své dítě vychovává a jak se k němu chová, do značné míry odpovídá způsobu, jakým se k němu chovali jeho vlastní rodiče. U lidí, kteří byli v dětství týráni, je zvýšené riziko bezohledného chování, jehož objektem mohou být různí lidé. Předpokládá se, že zkušenost s týráním může vést k emočnímu otupění a ztrátě zábran.“ (Vágnerová, 2014, s. 563) Výjimečně mohou u některých jedinců negativní zkušenosti z dětství v dospělosti rozvíjet pozitivní vlastnosti. Jedná se o tzv. syndrom Batman. (Krejčířová, 2001 in Vágnerová, 2014)

Ilustrační příklad 4:

Chlapci (nar. 1997) zemřela matka. Zůstal s otčímem, který ho bil, nedával mu dostatečně najíst nebo ho nutil jíst zkažené jídlo. Zamkl chlapci záchod, protože mu chlapec nevyvenčil psa a otčím mu chtěl ukázat, jaké to je nemoci si dojít na toaletu. Chlapec v devíti letech sám zažádal o umístění do DD.

10.3. Sexuální zneužívání

„Sexuálním zneužíváním je míněno každé nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu či chování, které vede především k uspokojení sexuálních potřeb zneuživatele. Sexuální zneužívání zahrnuje všechny formy chování se sexuálním podtextem, tedy i ty, kdy dítě na první pohled nestrádá a může některé formy sexuálního zneužívání prožívat jako relativně tělesně příjemné.“ (Fischer, Škoda, 2014, s. 162) Ačkoliv dítě může některé sexuální aktivity vnímat pozitivně, na jeho další psychický vývoj má takové jednání negativní dopad. Často nechápe, co se s ním děje, je zvyklé poslouchat dospělé, a proto je

pro něj obtížné se bránit. Dospělý má nad ním značnou převahu, do sexuálních praktik může být dítě nuceno násilím, podvodem, výhrůžkami nebo uplácením. (Vágnerová, 2014) Zneužívatelem bývá obvykle osoba z blízkého okolí dítěte, často se jedná o rodinného příslušníka, ke kterému mají ostatní členové rodiny důvěru. Méně často je pachatelem zneužívání člověk dítěti zcela cizí. Mezi základní formy sexuálního zneužívání patří podle Fischera a Škody (2014):

- zneužívání bezkontaktní – obnažování a masturbace před dítětem, pozorování nahého dítěte za účelem sexuálního uspokojení, pouštění pornografických filmů a ukazování pornografických časopisů dítěti, přinucení dítěte sledovat soulož
- zneužívání s kontaktem – osahávání, líbání na intimních místech, donucení dítěte manipulovat svými nebo zneužívateľovými pohlavními orgány, orální sex, anální sex, sexuální styk včetně znásilnění
- komerční sexuální zneužívání – výroba dětské pornografie, nucení dítěte k prostituci

Podle Fischera a Škody (2014) se při sexuálním zneužívání u pachatelů a dětí mohou projevovat následující rizikové faktory:

Rizikové faktory u pachatelů:

- osoby s odlišnou sexuální preferencí (pedofilie, sadismus), osoby morálně narušené a sexuálně nezralé
- osoby s narušenou sebekontrolou, které nezvládají své pudy

Rizikové faktory u dětí:

- děti, často dívky, s nápadným chováním a fyzickými znaky (předčasná vyspělost nebo naopak nevinnost)
- děti s fyzickým nebo mentálním handicapem

Podle Vágnerové (2014) může být motivace k sexuálním útokům na dítě různá. Pachatel si dítě vybírá buď pro jeho dětské atributy, v tom případě se obvykle jedná o pedofila, nebo pro něj dětské atributy nehrají významnou roli. Dítě si jako sexuální objekt vybírá proto, že chce ukojit své sexuální potřeby a nezáleží mu na objektu nebo nemá lepší

objekt k dispozici. Pachatele může uspokojovat strach, který v dítěti vyvolává, u některých pachatelů se objevuje obranný mechanismus, díky kterému jsou přesvědčeni, že se sexuální aktivity dítěti líbí. Další skupina pachatelů ví, že se dítěti jejich chování nelíbí, ale je jim to jedno.

Zneužívání může probíhat extarfamiliárně (mimo rodinu), v tom případě bývá obvykle jednorázové. U interfamiliárního zneužívání dochází k sexuálním útokům na dítě obvykle opakovaně, což má závažnější dopad na psychiku. Pachateli bývají převážně mužští rodinní příslušníci, podle výzkumu A. Bentovina (1998, in Vágnerová, 2014) se ve více než polovině případů jedná o nevlastního otce (partnera matky). Při zneužívání uvnitř rodiny ztrácí dítě pocit bezpečí a jistotu rodinného zázemí. Dítě pociťuje stud nejen z toho, že bylo sexuálně zneužito, ale že se tak stalo uvnitř rodiny, ve které by mimo manželského vztahu měly být sexuální aktivity nepřipustné. V rodině se mohou vytvářet neobvyklé koalice, deformují se rodičovské a partnerské role, situace může vést až k rozpadu rodiny. Rodina může situaci popírat, aby se vyhnula stigmatizaci. (Vágnerová, 2014)

10.3.1. Reakce matky na zjištění sexuálního zneužívání dítěte v rodině

I když matka ve většině případů není pachatelem zneužívání, její reakce na zjištění takové situace má zásadní vliv na výsledné řešení. Při odhalení zneužívání může dítěti poskytnout plnou podporu a obranu, což většinou vede k rozpadu rodiny. Dítěti tím zachová pocit jistoty a bezpečného rodinného zázemí. V takovém případě trvá zneužívání obvykle krátce a mezi dítětem a matkou posílí soudržnost.

Dalším typem reakce matky může být popírání. Matka dítěti nevěří nebo věřit nechce. Obviňuje ho ze lži, chová se k němu chladně, někdy může dítěti dokonce vyčítat, že situaci zavinilo. Často se tváří, že o problému neví, a proto nemusí situaci řešit. Pokud dceru zneužívá matčin partner, může se matka cítit oslabena ve své ženské roli. K dceři pak dokonce může pociťovat žárlivost. Ze strany matky dochází někdy i k citovému vydírání, vyžaduje po dítěti mlčení, aby chránilo soudržnost rodiny. Obvykle tak jednají slabé a závislé ženy, které ze strachu, že by přišly o partnera, raději zavírají oči před zneužíváním svého dítěte. (Vágnerová, 2014)

10.3.2. Psychické důsledky sexuálního zneužívání

Jak uvádí Vágnerová (2014) má na závažnost následků sexuálního zneužívání v dětství vliv doba trvání, četnost, spojitost s další újmou (např. fyzickým a psychickým týráním). Čím je dítě mladší, tím jsou následky zneužívání horší. Až u 44 % zneužívaných dětí se rozvine posttraumatická stresová porucha. (Glaser, 2008, in Vágnerová, 2014) Chlapci se s traumatem vyrovnávají externalizací problému, projevují se agresivně, prosazují svoji převahu nad ostatními, mohou mít sklon k týrání a zneužívání slabších. Dívky problém naopak internalizují, prožívají vnitřní smutek, který často ventilují sebepoškozováním. Přijímají submisivní roli a během života jim hrozí riziko, že se stanou oběťmi dalšího zneužívání. Při zneužívání v rodině se u dítěte může rozvinout home alone syndrom, pocit osamělosti uvnitř rodiny, ve které nemá žádnou oporu. (Vágnerová, 2014)

Narušení emočního života jedince

Sexuální zneužívání může mít devastující vliv na citový vývoj dítěte. Stydí se a situaci si může dávat za vinu. Často se dostavuje pocit úzkosti a beznaděje. Pokud dítě zklamou nejbližší členové rodiny při řešení situace, reaguje depresí, hněvem nebo negativismem. Některé děti zdánlivě emoce neprojevují, jedná se o obranný mechanismus disociace emočního prožívání.

Pachatele se děti většinou bojí, ale mohou se dostavit i ambivalentní pocity, kdy si chtějí udržet jeho přízeň a zároveň k němu pocítují odpor. Někdy si k němu v rámci obranného mechanismu vytváří dokonce pozitivní vazbu a fixují se na něj. Taková změna emočního prožívání snižuje dětskou zvědavost a motivaci k výkonu a může vést až k pseudoretardaci. (Vágnerová, 2014)

Hodnocení situace a změna uvažování

Mladší děti často nechápou, co se s nimi během sexuálního zneužívání děje, nemají reálnou představu o sexuálním životě. Pachatel této jejich nevědomosti využívá, vyvolává v nich pocit viny, tím, že dítěti tvrdí, že ho svedlo, případně že se mu sexuální praktiky líbily. Dítě může vydírat, vnutit mu pocit, že mají společné tajemství. Dítě se cítí jako viník celé situace, tento pocit ještě přizívuje reakce rodiny, která v rámci snahy o udržení

soudržnosti dítětem manipuluje a činí ho zodpovědným za celou situaci. Tento stav vede k pocitům méněcennosti a podezíravosti vůči okolí. Aby se dítě s tíživou situací vyrovnalo, dochází v některých případech ke zkreslení reality. Dítě se identifikuje s pachatelem, popírá význam sexuálního zneužívání. Další obranou reakcí je disociační porucha, kdy může dojít ke změně vnímání těla, jako něčeho co k dítěti nepatří. Objevuje se i disociační amnézie, dítě si na události nemůže vzpomenout a nechce o nich mluvit. (Vágnerová, 2014)

Somatické projevy a vztah k sexualitě

Trauma ze sexuálního zneužívání se může projevovat somaticky např. poruchami spánku a jídla. Ve vztahu k sexualitě dochází podle Finkelhora (1986 in Vágnerová, 2014) k traumatické sexualizaci, dítě předčasně projevuje svou sexualitu, chová se vyzývavě, ve velké míře masturbuje, někdy i na veřejnosti. Začíná dříve se sexuálním životem, může využívat sexu k získání výhod. Některé děti naopak svoji sexualitu potlačují.

Přizpůsobení sexuálnímu zneužívání

Sexuální zneužívání je dlouhodobý proces, který nekončí ani po odhalení. Podle Summita (1983, In Vágnerová, 2014) se u jedinců sexuálně zneužívaných projevuje syndrom přizpůsobení sexuálnímu zneužívání, který probíhá ve třech fázích:

- 1. fáze utajování a bezmocnost – dítě nechápe co se děje, stydí se a pocítuje bezmoc. Má potřebu svěřit se, ale obává se následků.
- 2. fáze přizpůsobení – protože dítě není schopno situaci řešit, přizpůsobuje se, buď bere vinu na sebe, snaží se být hodné a vyhovět pachateli, nebo přehodnotí postoje a přestane situaci považovat za špatnou.
- 3. fáze opožděné odhalení a odvolání výpovědi – dítě se odváží svěřit a hledat pomoc, ale často se setká s nedůvěrou okolí a následným nátlakem. Má obavy z odloučení od rodiny, v rámci výslechů může být sekundárně viktimizováno a výpověď odvolá.

10.3.3. Následky sexuálního zneužívání v dospělém věku

Osoby, které se staly v dětství oběťmi sexuálního zneužívání, mohou mít v dospělosti ambivalentní postoje k sexualitě. Buď u nich dochází ke snížení zábrán a promiskuitě nebo naopak k sexuálním dysfunkcím a celkovému odporu k sexu. Následkem toho selhávají v partnerských vztazích, mohou se projevit i problémy při zvládnání rodičovské role. Tito lidé často trpí pocity méněcennosti, mají tendence k sociální izolaci a přijetí podřadné role. Dívky se častěji uchylují k prostituci, ve vztazích s partnery mohou být opět zneužívány, protože si vybírají podobné typy, jako byli jejich otcové nebo otčímové. Sexuální zneužívání v dětství může v dospělosti vést k sociálně patologickým jevům jako např. závislost na drogách a alkoholu, sebevražednému jednání a psychickým nemocem. (Vágnerová, 2014)

11. Intervence OSPODu při umístění dítěte do náhradní rodinné péče

V následující kapitole bude stručně popsána činnost OSPODu, protože má stěžejní roli při umístování dětí do ústavní výchovy. Pracovníci OSPODu s rodinami dlouhodobě spolupracují, docházejí na sociální šetření do domácností a na základě jejich zpráv soud rozhoduje o odebrání dítěte z rodiny, případně i o jeho návratu z náhradní výchovné péče.

OSPOD (orgán sociálně právní ochrany dětí) chrání zájmy nezletilých osob na území České republiky. Sociálně právní ochranu vykonávají: Úřad pro mezinárodní ochranu dětí, Ministerstvo práce a sociálních věcí, krajské úřady, obecní úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností. Činnost OSPODu se zejména zaměřuje na:

- děti, kterým zemřeli rodiče
- rodiče, kteří neplní povinnosti nebo zneužívají práva plynoucí z rodičovské zodpovědnosti
- děti, které jsou svěřeny do výchovy jiné osobě než rodiči a tato osoba neplní povinnosti plynoucí ze svěřeni dítěte do výchovy

- děti vedoucí zahálčivý nebo nemravný život
- děti, které opakovaně utíkají z domova
- děti, které se staly oběťmi trestného činu
- děti umístěné v zařízeních poskytujících nepřetržitou péči
- děti ohrožené násilím mezi rodiči, případně dalších osob zodpovědných za jejich výchovu
- děti, které jsou žadateli o azyl a jsou odloučené od rodičů (MPSV, 2019)

11.1. Umístění dítěte do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP) jsou určena dětem, které jsou akutně ohroženy nevhodným zacházením ze strany rodičů nebo v případě absence rodičovské péče. Dítě je možné do takového zařízení umístit na základě rozhodnutí OSPODu nebo soudu. Z výzkumu Barvíkové a Paloncyové z roku 2012 vyplývá, že 50% dětí bylo umístěno do ZDVOP kvůli nevyhovujícím bytovým podmínkám, dalších 41% kvůli finančním problémům rodiny a 31 % kvůli zanedbání péče. (Matoušek, Pazlarová, 2016) V zákoně o sociálně-právní ochraně dětí (hlava II - Opatření na ochranu dětí, §14, 3b) je přitom uvedeno, že dítě nesmí být z rodiny odebráno pouze kvůli špatné bytové a finanční situaci rodičů: *„podle odstavce 1 písm. c) až i) a k) je vyhodnocení, že důvodem podání návrhu nejsou pouze nedostatečné bytové poměry nebo majetkové poměry rodičů dítěte nebo osob, kterým bylo dítě svěřeno do péče, jestliže jsou jinak tyto osoby nebo rodiče způsobilí zabezpečit řádnou výchovu dítěte a plnění povinností vyplývajících z jejich rodičovské odpovědnosti.“*

12. Podpora rodin v obtížné životní situaci

Umístění dítěte do ústavní výchovy lze předcházet podporou rodiny, realizovanou v podobě sociální práce. Podpora je obvykle dlouhodobá a systematická, ale ani tak není

zaručen pozitivní výsledek. To může přinášet pocity frustrace nejen sociálnímu pracovníkovi ale i rodině, která do spolupráce s odborníkem vkládala naděje ve vyřešení své problematické situace.

12.1. Sociální práce s rodinou

Sociální práce s rodinou se může uskutečňovat buď ambulantní formou např. v centru organizace, která pomoc poskytuje, nebo terénní formou přímo v domácnosti, kde rodina pobývá. Výhodou terénní práce je přirozené prostředí, ve kterém se členové rodiny cítí uvolněně. Je zde šance, že se setkání zúčastní i členové, kteří by do centra organizace nepřišli. Sociální pracovník se snaží získat důvěru členů rodiny, analyzuje vztahy a zhodnotí rizikové a protektivní faktory rodiny a zdroje rodiny. Rizikové faktory jsou takové, které ohrožují soudržnost rodiny, např. agresivita nebo alkoholismus jednoho členů. Protektivní faktory jsou ty, které pomáhají rodině v obtížných situacích. Obvykle se jedná o pozitivní vlastnosti členů rodiny, jako je např. optimistická povaha nebo silná vůle. Zdroje mohou být finanční, materiální ve smyslu např. vybavení domácnosti nebo lidské zdroje. Rodiny potýkající se s více závažnými problémy najednou jsou v sociální práci označovány jako multiproblémové. (Matoušek 2013) Sociální pracovník s rodinou sestavuje individuální plán a průběžně kontroluje jeho plnění. Stanoví si prioritu řešení jednotlivých problémů a podle toho vytvoří časový harmonogram, do kterého by měly být body individuálního plánu splněny. Všichni zainteresovaní musí s individuálním plánem souhlasit. Na ukončování spolupráce se sociální pracovník s rodinou dohodne dostatečně dopředu, postupně může prodlužovat intervaly setkávání. (Matoušek, 2013)

12.1.1. Případová konference

V některých případech, pokud rodina souhlasí, může sociální pracovník, nebo jiný odborník zorganizovat případovou konferenci, na které se sejdou členové rodiny a odborníci, kteří s rodinou spolupracují (úředníci UP, učitelé, dětský lékař...). Výhodou případové konference je, že se všechny zainteresované osoby mohou domluvit na

jednotném postupu. Tento přístup se používá zejména při problémovém chování dětí a mladistvých jako např. záškoláctví, šikana, užívání návykových látek atd. (Matoušek, 2013)

12.1.2. Rodinné konference

Rodinné konference, na rozdíl od případových, jsou určené primárně pro členy rodiny, nikoliv odborníky. Rodinnou konferenci sice obvykle svolává koordinátor, např. sociální pracovník, ale při samotném průběhu konference jeho přítomnost není nutná. Na rodinné konference, pracující na systému subsidiarity, jsou svoláni rodinní příslušníci a rodinní přátelé a společně se snaží za pomoci vlastních zdrojů vyřešit problematickou situaci. Pokud někteří členové rodiny vzbuzují v ostatních obavy, mohou se konference účastnit formou videohovorů. Rodinné konference zvyšují kohezi rodiny a jsou méně finančně náročné než jiné způsoby péče. (Matoušek, 2013)

12.1.3. Sanace rodiny

„Sanace rodiny/podpora rodiny jsou postupy podporující fungování rodiny, které jsou opakem postupů vyčleňujících některého člena rodiny kvůli tomu, že někoho ohrožuje, příp. kvůli tomu, že je sám někým ohrožen.“ (Matoušek, 2003 in Bechyňová, Konvičková 2011, s. 54)

Podle Bechyňové a Konvičkové (2011) v západních zemích převažuje názor, že by se dokonce i v případě domácího násilí mělo přistupovat k pokusu o sanaci rodiny jako k první možnosti řešení situace. Tento přístup vychází z teorie, že i když se rodič projevuje patologicky, zůstává stále rodičem a má v životě dítěte jedinečnou roli. V případě zpretrhání vztahů a rezignace na nápravu přichází dítě o nenahraditelný sociální kontakt. I v České republice je v poslední poskytována odborná pomoc nejen obětem ale i pachatelům domácího násilí.

Základní znaky sanace rodiny jsou podle Bechyňové a Konvičkové (2011) následující:

- Je sestaven multidisciplinární tým sanace rodiny, který má jasného koordinátora.
- Členem multidisciplinárního týmu je vždy pracovník OSPODu pracovník centra pro sanaci rodiny, pracovník zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo pro děti vyžadující okamžitou pomoc, je-li dítě aktuálně umístěno mimo rodinu, a další odborníci pracující s dítětem nebo celou rodinou (např. psycholog, učitel, speciální pedagog, dětský lékař, soudce).
- Není-li v dosahu pracoviště CSR, je sanace rodiny pro odborníky náročnější, ale lze ji při zachování multidisciplinarity realizovat.
- Pravidla jsou známá všem zúčastněným, souhlasí s nimi a dodržují je, pokud nedojde k výraznému zhoršení situace dítěte a nutnosti zásahu pracovníků OSPODu.
- Rodiče a děti se podílejí na sestavení sanačního plánu a souhlasí s ním.

Při sanaci rodiny je třeba důkladně zhodnotit problematické oblasti, kterými jsou rizikové faktory rodiny, rizikové faktory prostředí a aktuální situace rodiny. (Bechyňová, Konvičková, 2011) Práce se sociálně patologickými jevy přímo v rodině může zamezit umístění dítěte do ústavní výchovy. Pokud rodina zvládne překonat krizi vlastními silami, posílí se její soudržnost a vztahy mezi jejími členy se mohou zlepšit.

12.2. Housing first

Housing first vychází z principu, že člověk může jen obtížně změnit svou sociální situaci, pokud nemá stabilní bydlení. Základem metody je poskytování stabilního bydlení osobám bez domova bez předchozí přípravy. V rámci tohoto bydlení mají možnost využít pomoc odborníků (např. sociálních pracovníků), pokud mají zájem. Spolupráce se sociálními pracovníky ale není podmínkou poskytování bydlení, jako tomu bývá např. v azylových domech. Základními principy metody Housing first jsou:

- *Rychlý přístup ke standardnímu bydlení bez přípravy*
- *Možnost volby a kontroly pro uživatele služeb*

- *Poskytování bydlení a podpůrných služeb je oddělené. Služby jsou poskytovány na bázi dobrovolnosti*
- *Přístup se orientuje na zotavení (vč. komunitní integrace a desegregace)*
- *Přístup je založený na principu harm reduction*
- *Robustní podpora a aktivní zapojení bez donucení*
- *Flexibilní podpora je klientům poskytována tak dlouho jak potřebují*

(platforma pro sociální bydlení, 2020)

V České republice byl tento projekt testován v Brně, v následující části bude podrobně popsán. Informace jsou čerpány ze Závěrečné evaluační zprávy Pilotního testování rychlého zabydlování rodin s dětmi (Rapid-Rehousing) (2018).

12.2.1. Rapid Re-housing

Projekt pilotního testování rychlého zabydlování rodin s dětmi – Rapid Re-Housing byl realizován v Brně od dubna 2016 do srpna 2018. Do projektu bylo zapojeno 50 intervenčních a 99 kontrolních rodin. Podmínkou získání bydlení bylo zřízení přímé platby nájmu. Jedna rodina se měla projektu účastnit 12 měsíců, tím že se rodiny zabydlovaly postupně, se i celková délka projektu protáhla. Nájem v jednom bytě činil 8500Kč měsíčně. Projekt přinesl rodinám z intervenční skupiny prokazatelné zkvalitnění života.

Hlavní dopady projektu:

- 2,1x lepší jistota bydlení rodiny
- 4.5x nižší riziko vážného duševního onemocnění matky/pečující osoby
- 2x nižší riziko návštěvy pohotovosti členy rodiny
- 4,5x nižší riziko využití sanitky členy rodiny
- 3,1x nižší riziko hospitalizace členů rodiny

Dopady na děti:

- 2x nižší riziko onemocnění dýchacích cest u dětí
- o 16 % více dětí může spát tolik, kolik potřebuje

- 2,7x nižší riziko pobytu v náhradní rodinné péči během prvních 12 měsíců
- o 12 % více rodin využívá pomoc při problémech s péčí o děti

Dopady týkající se bydlení:

- 30x nižší riziko stěhování
- 2,8x nižší riziko výskytu plísně v okolí
- 2x vyšší spokojenost s bydlením

Dopady v oblasti zdraví:

- O 40 % více matek/pečujících osob reportuje dobrý zdravotní stav
- 2,2x méně časté užívání antibiotik členy rodiny
- O 73 % více matek může spát tolik, kolik potřebuje (Ripka, Černá, Kubala, 2018, s. 8)

Méně dětí v náhradní rodinné péči oproti kontrolní skupině

Celkově se zlepšila situace dětí, prostředí bylo bezpečné, často měly vlastní pokoj a tím i více klidu na přípravu do školy. Oproti kontrolní skupině jich bylo méně v ústavní výchově a pěstounské péči.

	Intervenční skupina	Kontrolní skupina	Total
Doma	111	171	282
U druhého rodiče	0	2	2
U prarodičů	2	10	12
S jinými příbuznými	1	2	3
V ústavní péči	3	12	15
V pěstounské péči	1	3	4
Jinde	0	2	2
Total	118	202	320

(Ripka, Černá, Kubala, 2018, s. 48)

Intervence vedla ke zkrácení času stráveného v náhradní rodinné péči o 1,1 měsíce na rok/dítě. Kromě toho, že pro zdravý vývoj dítě je zásadní vyrůstat v přirozeném prostředí vlastní rodiny, pokud tomu nebrání závažné patologické jevy, je ústavní a pěstounská péče finančně mnohem náročnější. Podle analýzy organizace LUMOS (2018 in Ripka, Černá, Kubala, 2018) jsou roční náklady na jedno dítě v dětském domově pro děti do 3 let 892 000 Kč, v dětském domově 448 000 Kč, a v pěstounské péči na přechodnou dobu 429 000 Kč.

Úspora veřejných prostředků

Častým argumentem proti projektu Housing first je finanční stránka, obecně se soudí, že poskytnout bydlení lidem bez přístřeší je finančně nevýhodné. Následující tabulka ukazuje, že naopak na rodiny v intervenční skupině byly vydány menší náklady, než na rodiny ve skupině kontrolní:

Položka nákladů	Průměrné náklady intervenční rodiny/rok	Průměrné náklady kontrolní rodiny/rok	Rozdí v průměrných nákladech/rodina/rok
Sociální práce Housing first	45429 Kč	0	45429
Koordinace Magistrátu města Brno	21955 Kč	0	21955Kč
Ušlý příjem na sníženém nájemném	27869Kč	0	27869Kč
Neumořený dluh na bydlení	1752Kč	0	1752Kč
Dávky HMN a PNB	134393Kč	88712Kč	46681Kč
Azylový dům	0	69460Kč	-69460K4

Pohotovost	211x2,00=422Kč	211x4,13=871Kč	-449Kč
Sanitka	3000x0,29=870Kč	3000x1,32=3960Kč	-3090Kč
Hospitalizace	19862x0,37=7348Kč	19862x1,15=22841Kč	-15493Kč
Ústavní/pěstounská péče	64363Kč	150034Kč	-86671Kč
Celkem pro jednu rodinu	304401Kč	335373Kč	-31477Kč

(Ripka, Černá, Kubala, 2018, s.53)

Poskytování zdravotních služeb bylo zprůměrováno dle údajů VZP pro Brno. Dlužná částka za bydlení vznikla dluhem na nájmu dvou rodin ve výši 87 614 Kč. Tato částka byla brána jako totální náklad a rozpočítána mezi 50 intervenčních rodin. Tím vznikla průměrná částka 1752 Kč na rodinu. V rámci projektu byl zřízen krizový fond, který nebyl zahrnut do výše uvedené tabulky, protože nepocházel z veřejných zdrojů, ale ze soukromých darů. K vyrovnání dluhu na nájmemném ho využilo 9 rodin při celkové částce 38 184 Kč.

Každá rodina za rok od nastěhování ušetřila 31 477Kč z veřejných rozpočtů, což celkově pro 50 rodin z intervenční skupiny odpovídá celkové úspoře 1 573 850Kč. „Projekt ukázal, že pro ukončování bezdomovectví rodin není třeba selekce u vstupu do programu: 96% náhodně vybraných rodin v bytové nouzi bylo schopno udržet si s podporou bydlení.“ (Ripka, Černá, Kubala, 2018 s. 11)

V Brně byl na základě projektu Rapid Re-housing vytvořen Akční plán ukončování bezdomovectví rodin do roku 2025. Podle něj je potřeba přidělit 100 bytů ročně rodinám v bytové nouzi, aby se město Brno dostalo na funkční nulu. Zatím však funkční systém vytvořen není a vzhledem ke změně politické situace, pravděpodobně ani nebude.

Praktická část

13. Analýza spisové dokumentace dětí umístěných v Dětském domově Dolní Počernice

Pro empirické šetření jsem zvolila téma umístování dětí do náhradní výchovné péče, protože pociťuji naléhavost problému oddělování dětí od rodin v případech, kdy by se mu dalo předejít. Jako výzkumný problém jsem stanovila sociální příčiny umístování dětí do náhradní výchovné péče. Domnívám se, že v současnosti vlivem nedostupnosti bydlení a zadluženosti části obyvatel, závažnost této problematiky stále narůstá.

Obsahem práce je kvantitativní popisná studie analyzující spisovou dokumentaci dětí, umístěných v červnu 2018 v Dětském domově Dolní Počernice. Ve spisové dokumentaci jednotlivých dětí jsou analyzovány příčiny, které vedly k umístění do dětského domova, zájem rodičů o styk s nimi a rodinné zázemí dětí. Celkem bylo pro tuto práci požito 61 osobních spisů dětí.

13.1. Cíle šetření

Cílem šetření je analýzou příčin umístování dětí do náhradní výchovné péče doložit na příkladu dětí z konkrétního DD současnou situaci. Šetření se zaměřuje zejména na příčiny sociální, na jejich jednotlivé aspekty, a také na zájem rodičů i dětí o vzájemný kontakt jako důležitou sílu pro udržení rodiny.

13.2. Výzkumný soubor

Výzkumným souborem (vzorkem) je skupina dětí pobývajících v době šetření v Dětském domově Dolní Počernice a jejich rodičů. Jde o vzorek dostupný účelový, který slouží jako typický příklad zkoumané situace. Nelze jej považovat za reprezentativní. Proto jsou místo stanovení hypotézy použity výzkumné otázky. (Hendel, Remr, 2017)

13.3. Výzkumné otázky

1. Jaká je role sociálních příčin při umístování dětí do náhradní výchovné péče?
2. Jaký zájem je o vzájemný kontakt u rodičů a jejich dětí umístěných do náhradní výchovné péče?

13.4. Charakteristika Dětského domova Dolní Počernice

Dětský domov Dolní Počernice byl založen roku 1923 jako vychovatelna manželů Olivových, v té době bylo zařízení určené pouze pro dívky. Za komunistického režimu byly v dětském domově dvě chlapecké a jedna dívčí skupina, kapacita domova byla 45 dětí a maximální obsazenost jedné skupiny byla 15 dětí. V roce 2001 se zrekonstruovala část zámku a dětský domov přešel na rodinný typ dětského domova, zaměstnanci si postupně dodělávali pedagogické vzdělání. Zrušila se jídelna a rodinné skupiny si připravovaly jídlo samy. Domov se rozšířil o byty na Černém mostě a později i v Řepích, Hostivicích a na Střížkově.

V současné době je kapacita dětského domova 65 dětí. Rodinné skupiny tvoří 6-8 dětí, u kterých se střídají 4 pedagogičtí pracovníci. 5 skupin žije na zámku v Dolních Počernicích, 4 skupiny jsou v bytech v Praze. Hlavními cíli Dětského domova Dolní Počernice jsou:

- vrátit děti do původních rodin
- umožnit jim zažít příjemné dětství
- připravit je na samostatný život

Děti, které se připravují na odchod do samostatného života, mají k dispozici startovací a cvičné byty. Z posledních 10 let odešlo z dětského domova 109 dětí. 34 z nich se vrátilo domů, 16 bylo umístěno do výchovného ústavu, 24 dětí bylo umístěno do pěstounské péče, 3 byly přeřazeny do jiného dětského domova a 32 dětí zůstalo v DD až

do plnoletosti nebo do ukončení studia. Úspěšnost dobrého začlenění je podle oficiálních stránek Dětského domova Dolní Počernice 55% (Dětský domov Dolní Počernice, 2020)

13.5. Charakteristika spisové dokumentace

Každé dítě umístěné v Dětském domově Dolní Počernice má svoji osobní spisovou dokumentaci, ve které jsou:

- záznamy OSPODu o rodinném zázemí a příčinách umístění do náhradní rodinné péče
- rodný list nebo jeho kopie
- soudní rozhodnutí o umístění dítěte do náhradní výchovné péče
- záznamy o zdravotním stavu dítěte
- záznamy dětského domova – četnost kontaktu s rodinou, přání dítěte se s rodinou stýkat, vztah dítěte s rodiči a sourozenci, chování dítěte

13.6. Popis postupu

Šetření probíhalo analýzou spisové dokumentace dětí v Dětském domově Dolní Počernice. Je tvořeno třemi tematickými oblastmi. První oblast se zaměřuje na charakteristiku dětí žijících v dětském domově, druhá popisuje rodiny těchto dětí a jejich problémy a třetí oblast se zaměřuje na zájem rodičů o styk s dítětem. Každá oblast obsahuje položky, vystihující hledané příčiny a jejich dílčí aspekty - tedy sledované proměnné, které budou v dokumentaci vyhledány a vyčísleny. Celkem je stanoveno 16 sledovaných položek (proměnných).

V rámci šetření jsou rozlišeny dvě skupiny. Jednu množinu tvořily jednotlivé děti, celkem jich bylo 61, a druhou rodiny jako celky, kterých bylo celkem 40. Důvodem tohoto postupu bylo, že v některých případech bylo nutné posuzovat děti jako jednotlivce. I když se jednalo o sourozence, byli v některých případech umístěni do dětského domova z jiného důvodu a kontakt s rodinou probíhal rozdílně. V jiných případech bylo vhodnější posuzovat rodinu jako celek. U rodinné situace dětí jsem posuzovala rodiče, kteří měli

aktuálně dítě v péči před umístěním do dětského domova. Pokud jeden z rodičů neprojevoval o dítě přílišný zájem, nebyl o něm obvykle ve spisech dostatek informací. U otázky národnosti rodičů byly informace o obou rodičích jasně dané na základě rodného listu nebo jeho kopie. S množinou 61 dětí jsem pracovala v položkách 1, 2, 3, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 a 16. V položkách 4, 5, 6, 7 je započítáno 40 rodin. Zjištěné hodnoty jsou zpracovány formou grafů. Jednotlivé proměnné byly řazeny do následujících tematických oblastí:

Charakteristika dětí z Dětského domova Dolní Počernice

1. Pohlaví dětí
2. Věkové rozložení
3. Délka pobytu dětí v náhradní výchovné péči

Charakteristika rodin dětí z Dětského domova Dolní Počernice

4. Rodinná situace dětí umístěných v DD
5. Národnost rodičů
6. Četnost zastoupení jednotlivých národností
7. Bytové podmínky
8. Podíly dětí, z rodiny s jedním problémem a z rodin multiproblémových
9. Případy kdy byl jako důvod odebrání dítěte uveden pouze jeden problém
10. Sociální důvody v multiproblémových rodinách
11. Problémy uvedené jako důvody k odebrání dítěte z multiproblémových rodinách
12. Počet dětí navracených z pěstounské péče

Kontakt rodiny s dítětem

13. Zájem rodičů o kontakt s dítětem
14. Četnost kontaktů rodičů s dětmi
15. Typ kontaktu
16. Zájem dítěte a rodičů o pobyt dítěte v dětském domově

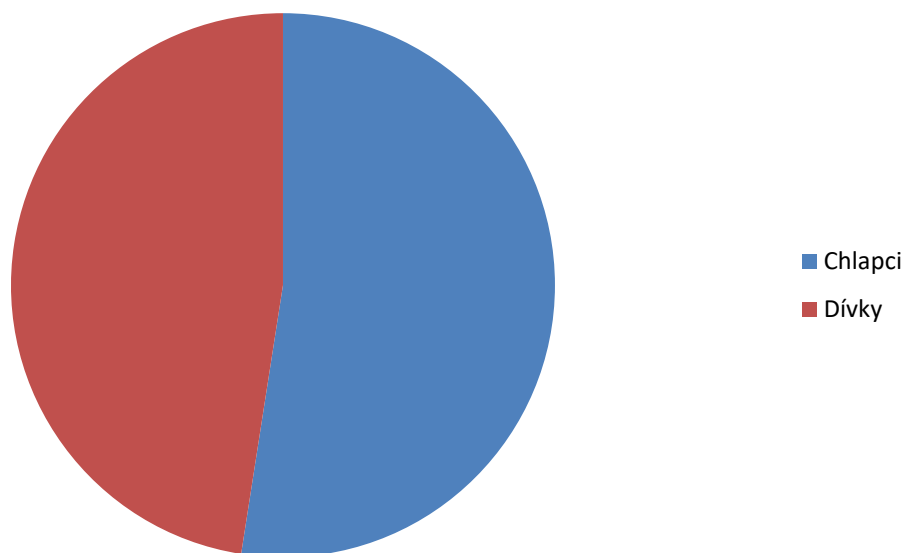
13.7. Etické zásady

Etické zády byly naplněny zachováním anonymity. (Hendel, Remr, 2017) U dětí byl uveden pouze věk, pohlaví a rok nástupu do náhradní rodinné péče, u rodičů byly uvedeny údaje související s přijetím dítěte do náhradní výchovné péče a s pobytem v dětském domově.

14. Zpracování dat

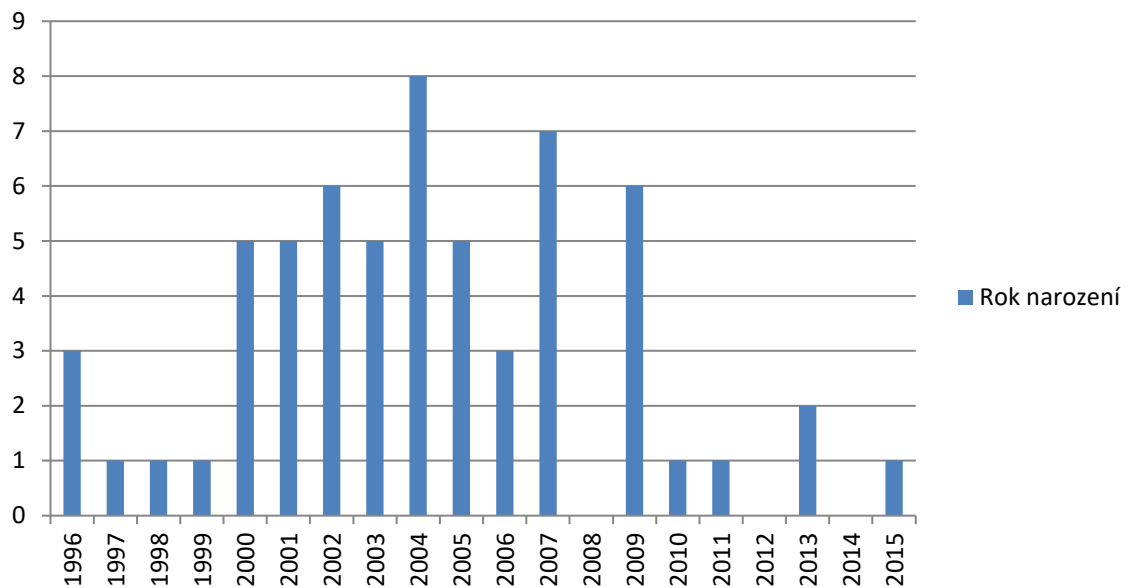
14.1. Charakteristika dětí z DD Dolní Počernice

1. Poměr dívek a chlapců



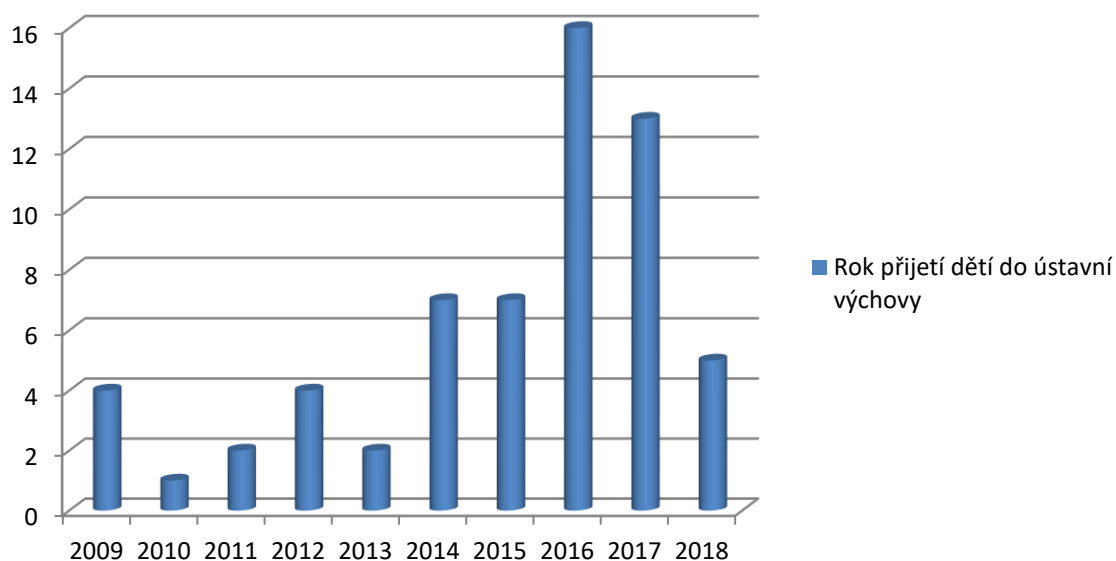
Dívek umístěných v Dětském domově Dolní Počernice bylo 29, chlapců 32. Účelem zkoumání bylo zjistit, zda jsou u dětí umístěných v dětském domově rozdíly v počtu pohlaví. Bylo zjištěno, že obě pohlaví jsou zastoupena téměř rovnoměrně, proto v dalších částech výzkumu nebylo bráno pohlaví dětí v potaz.

2. Věkové rozložení



Děti byly zastoupeny ve věkovém rozmezí 3 – 22 let. Děti starší 18 let musely s dětským domovem uzavřít smlouvu o prodloužení pobytu, která byla podmíněna jejich studiem. Jednomu dítěti byly v době výzkumu tři roky, nejvíce dětí bylo mezi 9. a 16. rokem. Důvodem tohoto zkoumání bylo zjistit, zda jsou v dětském domově děti v raném věku, protože na jejich vývoj má ústavní výchova zvláště negativní vliv. Kromě již zmiňovaného tříletého dítěte byly další dvě děti ve věku pěti let a dále jedno sedmileté.

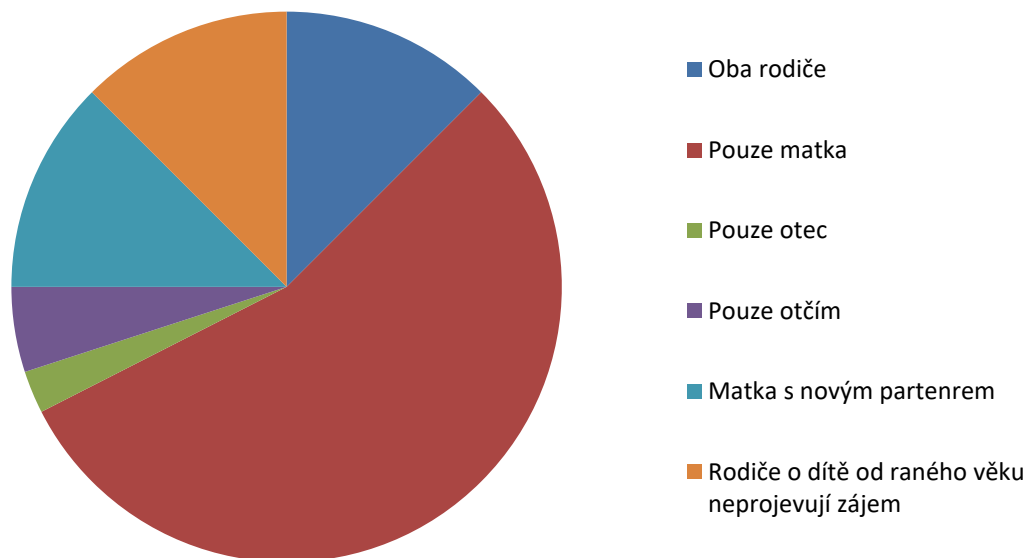
3. Délka pobytu dětí v náhradní výchovné péči



Pro charakteristiku výzkumného souboru je zajímavé také to, kolik let tráví děti v náhradní výchovné péči. Dlouhá doba v ústavní výchově narušuje vztahy mezi dítětem a rodinou a pro obě strany je poté případný návrat dítěte do rodiny komplikovaný. Nejvíce dětí pobývalo v náhradní výchovné péči méně než dva roky, celkem se jednalo o 34 ze 61 dětí. 4 děti byly v náhradní výchově 9 let, což byla podle spisové dokumentace dětí nejdelší doba umístění.

14.2. Charakteristika rodin z dětí z Dětského domova Dolní Počernice

4. Rodinná situace dětí umístěných do DD



Nejvíce zastoupený rodinný model byl „dítě/děti žijící pouze s matkou“, a to celkem ve 22 případech ze 40. Špatná finanční situace rodiny, ve které je pečující osobou pouze matka, může být jednou z příčin umístění dětí do náhradní výchovné péče. Ženy mají v České republice tradičně nižší platy než muži, což je mimo jiné dáno tím, že často vykonávají „typicky ženská“, špatně finančně ohodnocená zaměstnání. Rodina je ohrožena dluhy a exekucemi. Ženy často musejí vykonávat více zaměstnání, aby rodinu uživily, a nemají pak tolik času věnovat se dětem.

V dokumentaci dětí žijících pouze s matkou se často vyskytovaly problémy s chováním, nezvladatelnost, nerespektování rodičů a záškoláctví. Ve spisech bylo často uvedeno „matka výchovu nezvládá“.

Ilustrační příklad 5:

Chlapec (nar. 2000) žil pouze s matkou, otec o něj neměl zájem. Matka měla několik zaměstnání a výchovu chlapce nezvládala. Chlapec se projevoval agresivně a chodil za školu.

Ilustrační příklad 6:

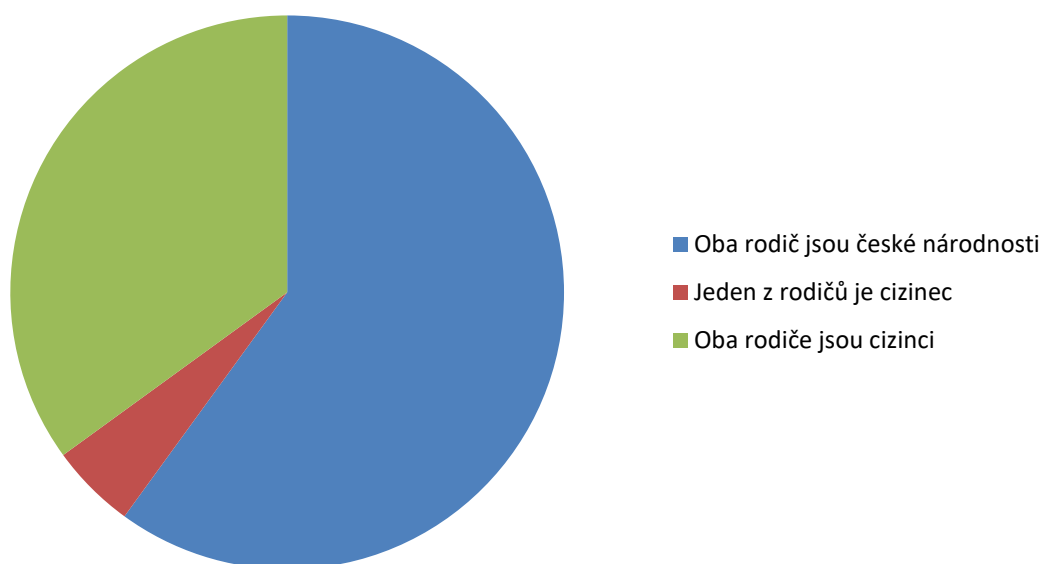
Chlapec (nar. 2005), žil pouze s matkou. Projevovaly se u něj problémy se zanedbáváním školní docházky, ve škole byl za první pololetí pouze jeden den. Čas, kdy měl být ve škole, trávil doma hraním počítačových her a sledováním televize. Projevoval se u něj negativismus, matka nebyla schopná přimět ho chodit do školy. Kvůli problémům s chováním byl hospitalizován na psychiatrii, ale nebyla u něj zjištěna žádná psychiatrická diagnóza.

Případů, kdy matka žila s novým partnerem, bylo celkem 5. Je možné, že některé ženy, které byly výše popsány jako samoživitelky, ve skutečnosti partnera měly. Ve spisech tento stav ale nebyl zaznamenán. Je tedy buď možné, že nový partner nehrál ve fungování rodiny významnou roli, případně byl zatajen kvůli nároku na dávky.

V jednom případě po smrti matky pečoval o dvě děti otec, výchovu ale nezvládal a byl zbaven rodičovské způsobilosti.

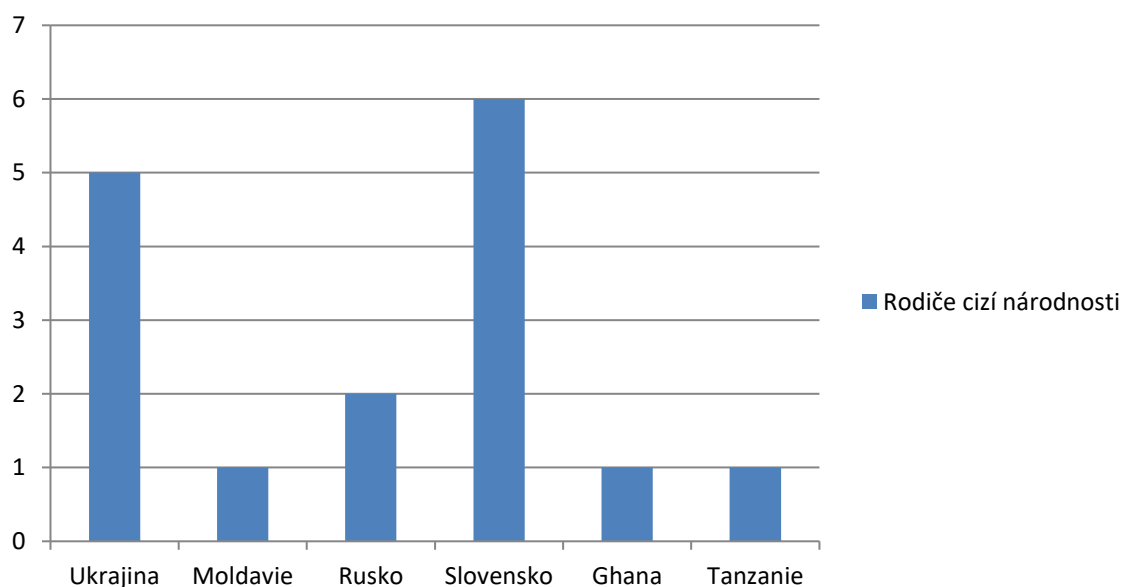
V obou případech, kdy byl pečující osobou otčím, trpěly děti syndromem CAN. 5 rodin tvořili oba rodiče a v 5 případech se rodiče od raného věku o své děti vůbec nezajímali.

5. Národnost rodičů



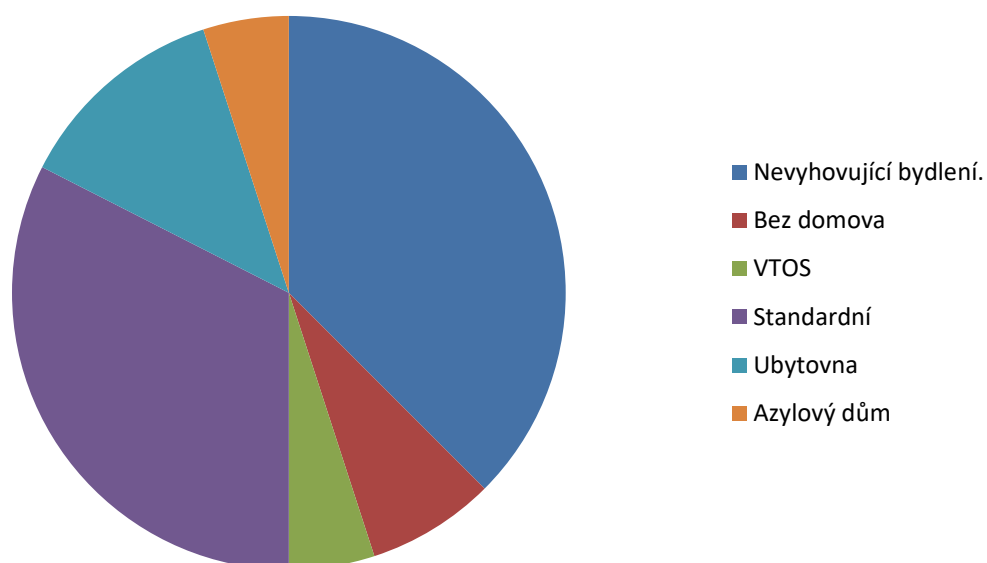
Pro rodiče, kteří jsou příslušníky jiné národnosti, může být obtížné komunikovat s úřady, hůře mohou zabránit umístění dítěte do náhradní výchovné péče. Roli hrají i kulturní specifika, která mohou být v českém prostředí posuzována jako nevhodná péče o dítě. U 40 % rodičů byl alespoň jeden rodič jiné národnosti.

6. Četnost zastoupení jednotlivých národností



Nejvíce rodičů pocházelo ze Slovenska (6 osob) a z Ukrajiny (5 osob). V této skupině se častěji vyskytovaly rodiny s oběma rodiči. U otce původem z Ghany nebylo známo místo současného pobytu. Otec dvou dětí z Tanzanie žil v Čechách a byl zbaven svéprávnosti, matka se o rodinu starala sama. Rodiče dívky z Ruska spáchali vraždu a sebevraždu, dívka si přála zůstat v Čechách v dětském domově.

7. Bytové podmínky



Nejvíce rodin, celkem 15, bydlelo v nevyhovujícím bydlení. Jako nevyhovující je označen takový typ bydlení, který byl OSPODem popsán jako nevyhovující, případně nestabilní. Dále se jednalo o případy, kdy bylo ve spisech uvedeno, že v bytě bydlí více lidí, než je běžná kapacita bytu a dítě by v takovém prostředí nemělo vhodné podmínky. Dalším typem byly nevyhovující objekty (chatky) a byty ve kterých se užívaly drogy.

Ilustrační příklad 7:

Dívka (nar. 2003) je od roku 2015 v náhradní výchovné péči, matka je bez stabilního bydlení a finančních prostředků. Dívku si chtěla vzít do pěstounské péče teta, OSPOD tento návrh ale zamítl, protože neměla vlastní stabilní bydlení. Bydlela v malém bytě s přítelem a se synem. Pro dívku byla tato situace velkým zklamáním a začala se sebepoškozovat.

Standardní bydlení, ve kterém žilo 13 rodin, je definováno jako takové, kde nebyly ve spisech hlášeny žádné problémy týkající se bydlení. Jedna rodina s oběma rodiči a jedna samostatná matka byly osoby bez přístřeší. Dvě matky byly ve VTOS a dvě matky žily bez partnera v azylovém domě. 5 rodin bydlelo na ubytovnách, což bylo ve dvou případech popsáno i jako důvod setrvání dětí v dětském domově.

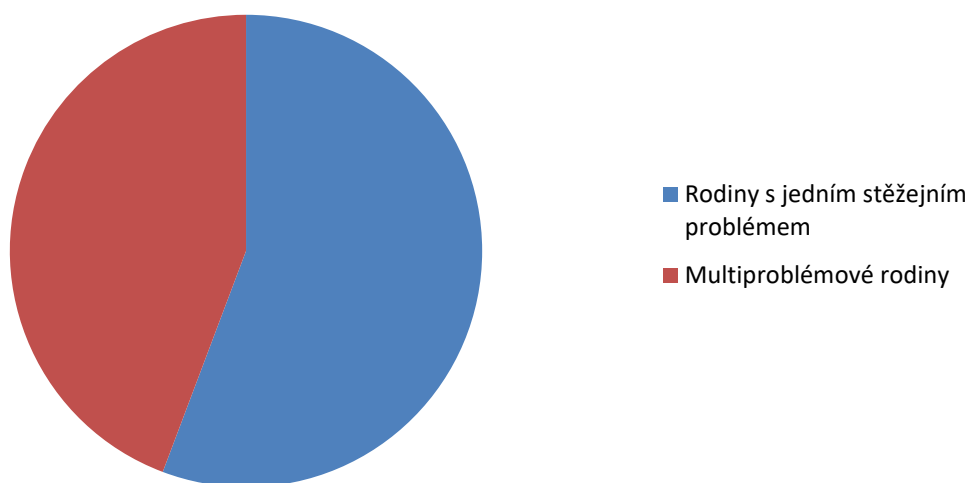
Ilustrační příklad 8:

Matka s dcerou (nar. 2007) bydlely na ubytovně, otec neprojevoval zájem. Byly na poradníku azylového domu, ale z důvodu obsazenosti se nemohly nastěhovat. Matka dala sama návrh na předběžné opatření umístění dcery do Klokánku, protože neměla finanční prostředky ani nárok na dávky HN. Pracovala na DPP v supermarketu, dceru si brala na propustky jednou za 14 dní, aby mohla dcera jezdit s DD na výlety, které si matka nemohla dovolit.

Ilustrační příklad 9:

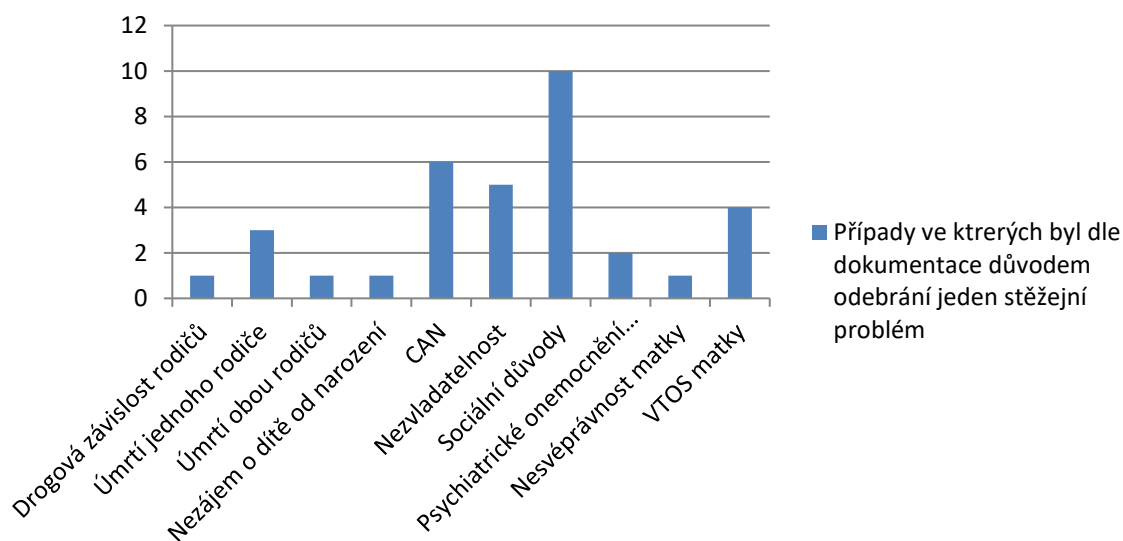
Matka dívky (nar. 2005) bydlí na ubytovně, otec byl zbaven rodičovské zodpovědnosti. Dívka chodí za matkou každý víkend na propustky, mají hezký vztah, ale matka není schopná zajistit stabilní bydlení.

8. Podíly dětí z rodin s jedním problémem a z rodin multiproblémových



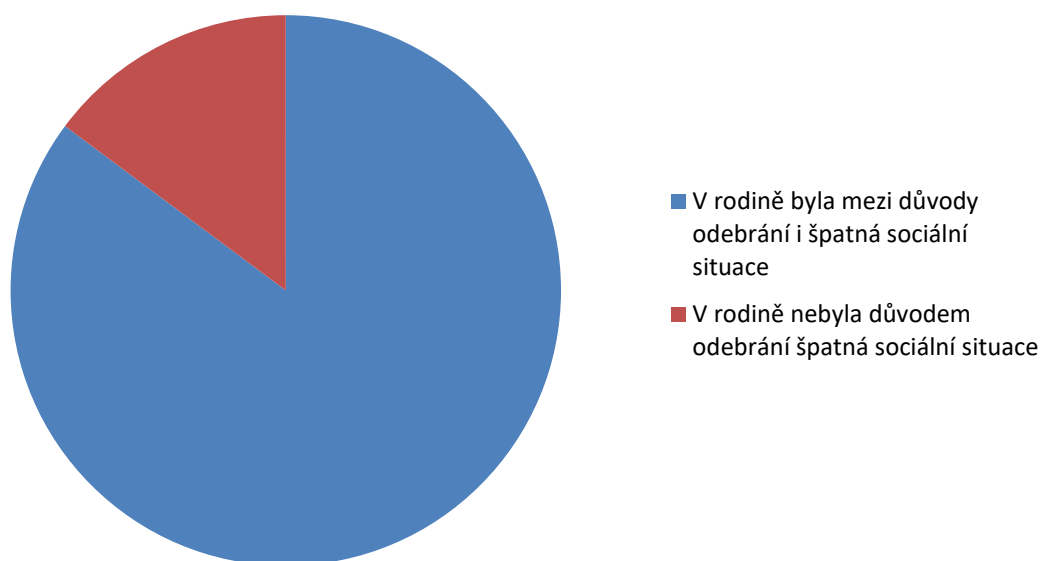
Ze 44% rodin byly děti odebrány na základě více důvodů. Pokud se rodiny musí potýkat s více problémy, je návrat dítěte zpět z ústavní výchovy náročnější. Rodina/rodič, musí splnit řadu podmínek, které mohou být nad jejich síly. Může se objevit pocit rezignace, prohlubování již existujících problémů a únikové strategie (alkohol, drogy, gambling...).

9. Případy ve kterých byl dle dokumentace důvodem odebrání jeden stěžejní problém



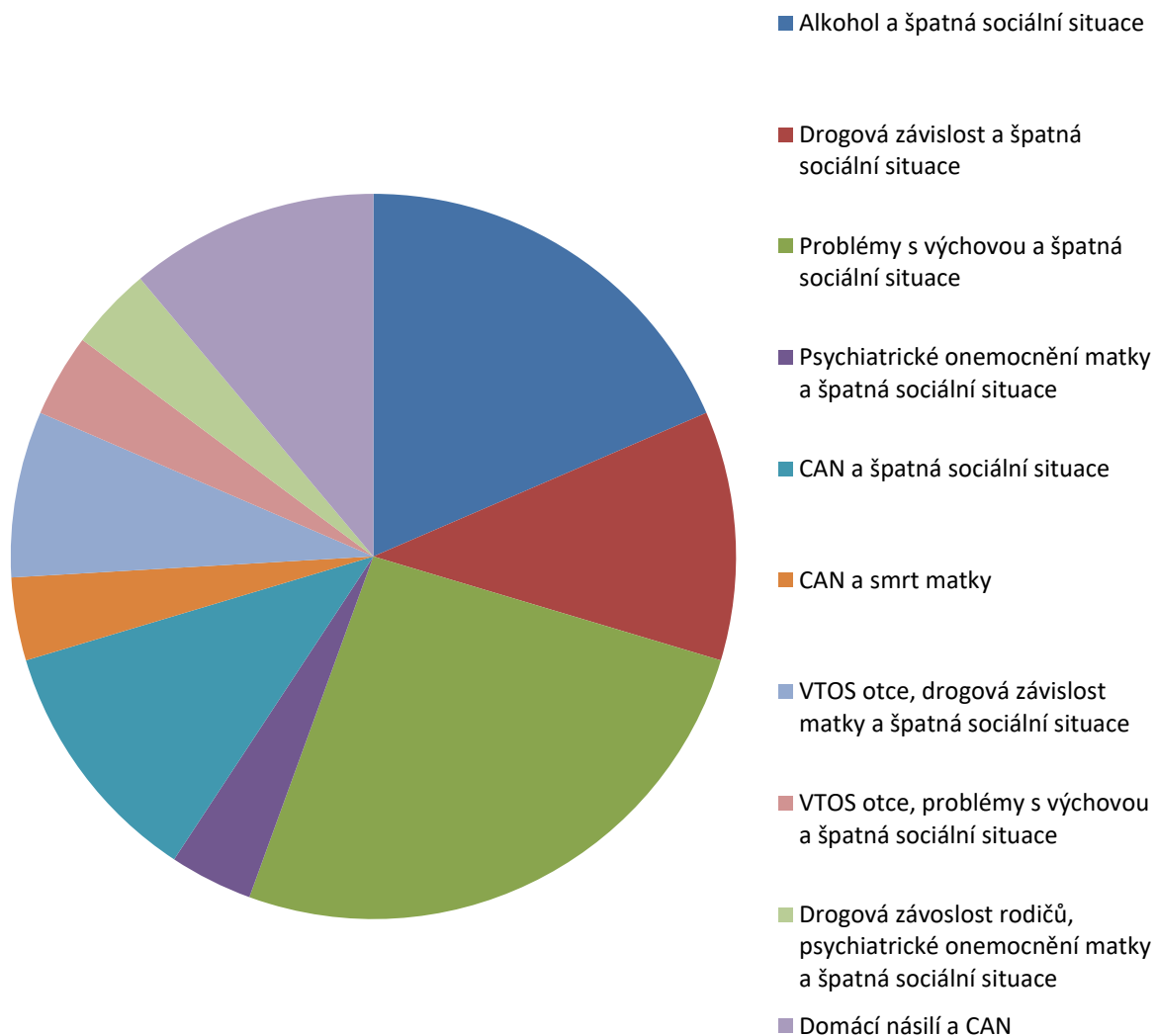
Největší počet dětí, celkem 10, byl odebrán ze sociálních důvodů. Konkrétně byly tyto důvody popsány jako špatné bytové podmínky nebo úplná ztráta bydlení rodičů a nezaměstnanost rodičů. Dalších 6 dětí bylo do náhradní výchovné péče umístěno kvůli syndromu CAN, zde bylo popsáno převážně fyzické týrání. 5 dětí bylo odebráno z rodiny na základě nezvladatelnosti, projevující se obvykle zameškáváním školní docházky. S tím souviselo i trávení většiny času u počítače, zejména hraním her. Nepřiměřené hraní počítačových her, které může vést až k závislosti, je fenomén který se vyskytuje ve velké míře mezi dětmi a mladistvými a byl by tématem na další samostatnou práci.

10. Multiproblémové rodiny



Ve většině případů, celkem 23, byla jedním z důvodů odebrání dítěte i sociální situace. 4 děti z multiproblémových rodin neměly v dokumentaci uvedené sociální příčiny odebrání. Ve třech případech se jednalo o domácí násilí a syndrom CAN, v jednom případě šlo o smrt matky a syndrom CAN.

11. Problémy uvedené jako důvody k odebrání dítěte z multiproblémových rodin

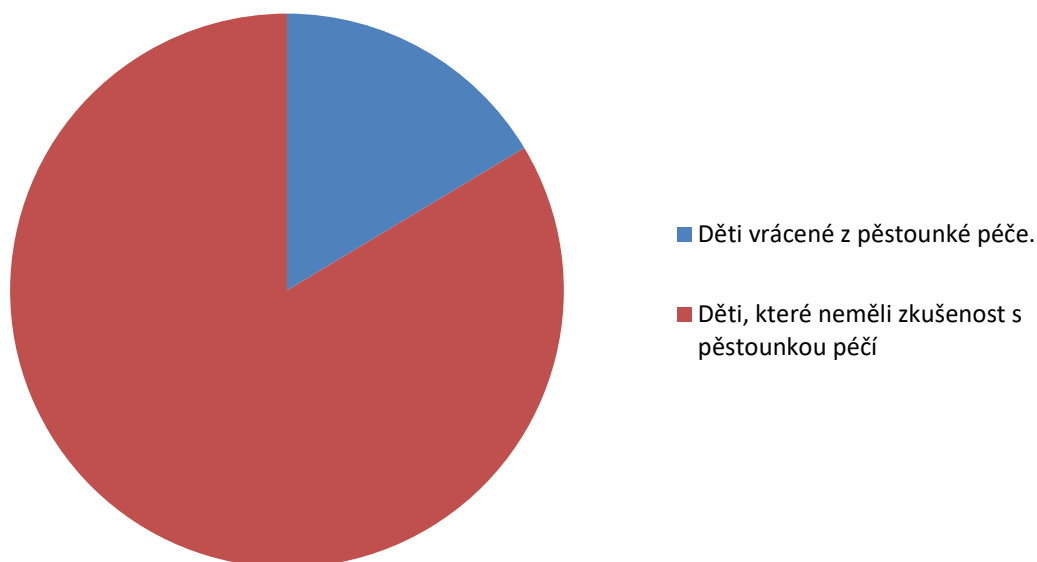


Ve většině rodin, celkem 23, byly popsány dva závažné důvody k odebrání dítěte. Ve čtyřech případech byly popsány problémy tři. U všech rodin z této skupiny se jednalo o závažné problémy, které by bylo bez odborné pomoci zvenčí prakticky nemožné vyřešit. V sedmi případech byl jedním z důvodů odebrání syndrom CAN, ve zbylých případech násilí na dětech popsáno nebylo.

Ilustrační příklad 10:

Dívka (nar. 2007) nechodila do školy a starala se o mladší sourozence. Matka brala drogy, neměla práci ani stabilní bydlení a hrozilo, že bude muset nastoupit VTOS.

12. Děti vrácené z pěstounské péče



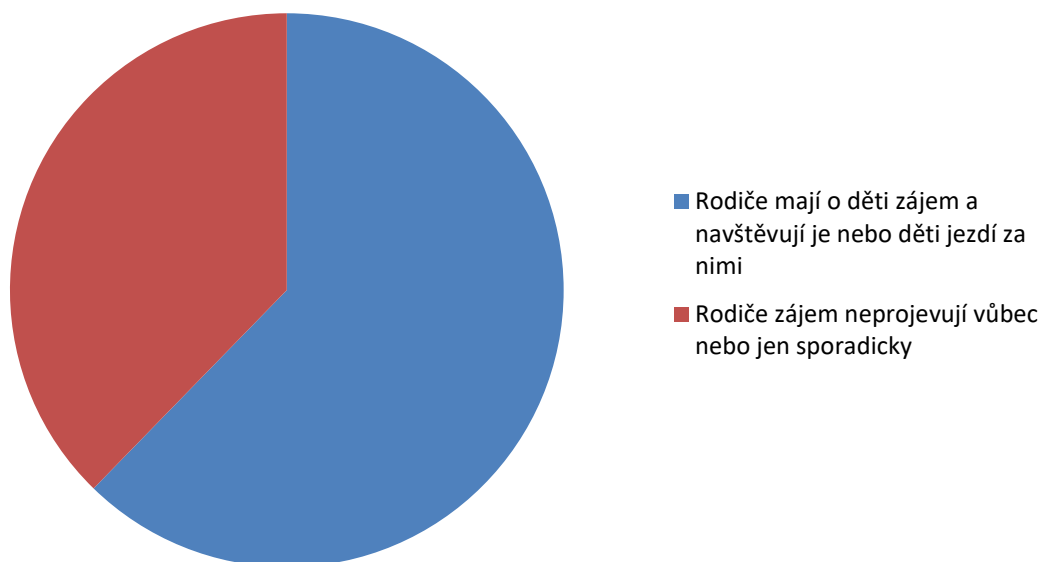
10 dětí z 61 mělo ve spisové dokumentaci uvedeno, že byly umístěny v pěstounské péči, ale kvůli problematickému soužití byly vráceny do dětského domova. Pro pěstouny bylo zejména obtížné zvládat výchovu a školní docházku dětí. V jednom případě byla pěstounská péče pro pěstouny příliš náročná a změnili ji na hostitelskou, v ostatních případech nebylo popsáno, že by děti a pěstouni spolu po zrušení pěstounské péče udržovali kontakt.

Ilustrační příklad 11:

Chlapci (nar. 2000) a dívce (nar. 1999) zemřela matka a otec byl zbaven rodičovské zodpovědnosti. Oba byli umístěni do pěstounské péče, ale pěstouni výchovu chlapce nezvládali, projevoval se agresivně a chtěl zpátky do dětského domova. Pěstounka s tím souhlasila, došlo ke zproštění funkce poručníka. Po návratu chlapce do DD s pěstounskou rodinou neudržoval kontakt. V dětském domově je chlapec spokojený, výchovné problémy se u něj nevyskytují.

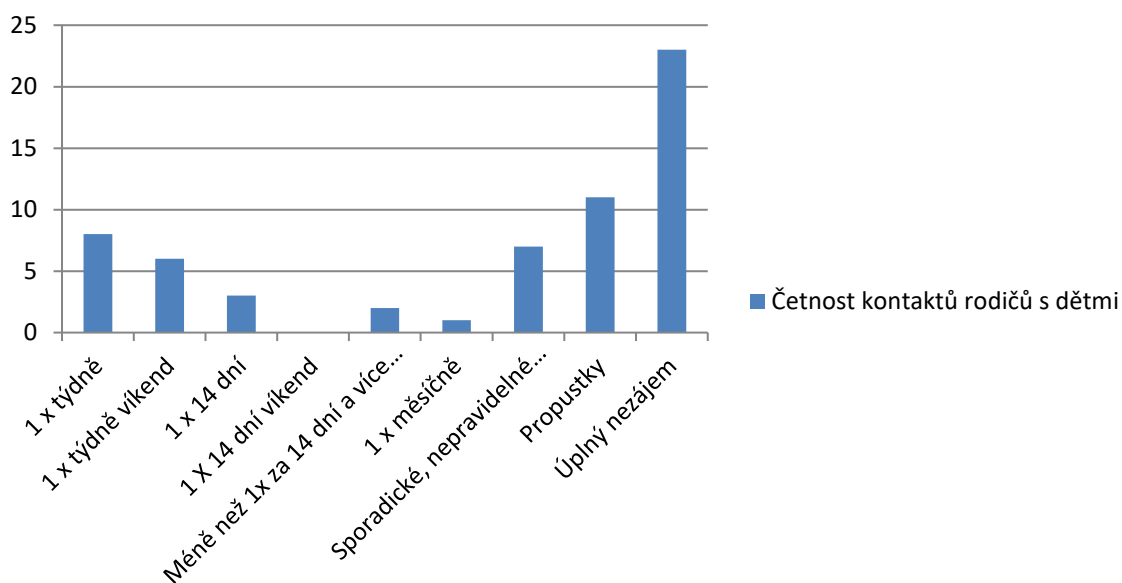
14.3. Kontakt rodiny s dítětem

13. Zájem rodičů o kontakt s dítětem



62% procent rodičů (38 případů) mělo zájem o styk s dítětem a navštěvovali ho nebo dítě jezdilo za nimi na propustky. Zde byla neshoda ve spisové dokumentaci sociálních pracovníků OSPODu. Zatímco někteří popisovali styk jednou za 14 dní jako projev rodičovské snahy, jiní hodnotili styk jednou za 14 dní jako nedostatečný a ve spisech uváděli, že rodič nemá o dítě přílišný zájem. V rámci českého soudnictví bývalo běžnou praxí po rozvodu rodičů ponechat dítě v péči matky a styk s otcem upravovat na návštěvy jednou za 14 dnů. Je možné, že rodiče, zvláště otcové, kteří sami tímto modelem péče prošli, považují kontakt s dítětem jednou za 14 dní jako dostatečný.

14. Četnost kontaktů rodičů s dětmi



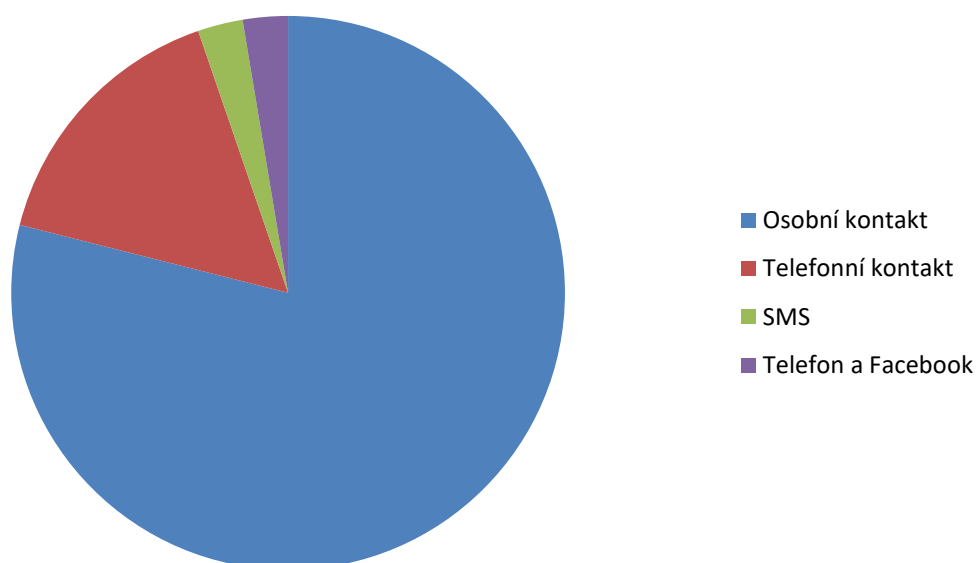
V následující části je popsána četnost kontaktů rodičů s dětmi, a to i v případech, že kontakt probíhal méně často nebo sporadicky. Někteří rodiče upřednostňovali návštěvu dítěte v DD, v jednom případě bylo ve spisu popsáno, že matka dítě navštěvuje až po večeri, aby mu nemusela kupovat jídlo, protože nemá finanční prostředky.

11 dětí jezdilo na propustky k rodině, a to víkendové nebo i na delší dobu. U některých dětí se během pobytu na propustce u rodiny projeví problémy v chování.

Ilustrační příklad 12:

Matka chlapce (nar. 2002) nezvládala výchovu, chlapec nechodil do školy, v patnácti letech dokončoval 6. třídu. Po umístění do dětského domova, se kterým matka nesouhlasila, jezdil domů na propustky, ale matku nerespektoval, měli špatné vztahy, později jezdil už jen k babičce.

15. Typ kontaktu



Většina rodičů upřednostňovala osobní kontakt, a to formou návštěv nebo pobytu dětí doma na propustkách. U šesti rodičů byly popsány jako hlavní způsob kontaktu telefonní hovory, jedna matka takto volala dětem každý den a poštvovala je proti sobě, proto musely být hovory s dětmi uskutečňovány za přítomnosti pracovníka DD. Obě matky, které byly během výzkumu ve VTOS, udržovaly s dětmi pravidelný telefonní kontakt. Jedna matka upřednostňovala posílání SMS a jedna kombinaci telefonních hovorů a chatování na Facebooku.

16. Zájem rodičů a dítěte o pobyt dítěte v dětském domově

	Počet dětí	Počet dětí v procentech z celkového počtu 61 dětí
Dítě je v DD na vlastní žádost	4	7 %
Dítě je v DD na žádost rodičů	9	15 %
Z dokumentace je patrné, že si dítě přeje návrat domů	4	7 %

Z dokumentace je patrné, že si dítě si přeje zůstat v dětském domově	4	7 %
Rodiče projevili snahu o navrácení dítěte do péče	9	15 %
Jeden z rodičů byl zbaven rodičovské odpovědnosti (otec)	4	7 %
Oba rodiče byli zbaveni rodičovské zodpovědnosti	1	2 %

Zde byla mimo jiné porovnávána přání dětí a přání rodičů ohledně setrvání v dětském domově nebo návratu do rodiny. Děti, které si přály návrat domů, a děti které se výslovně vyjádřily, že si přejí zůstat v dětském domově, tvořily stejně velké skupiny po 4 dětech. 15 % ze 40 rodičů projevilo prokazatelnou snahu o návrat dítěte do rodiny. Zejména se snažili řešit bytové podmínky, najít si zaměstnání, podávali odvolání proti rozhodnutí soudu o umístění dítěte do náhradní výchovné péče.

15. Závěr šetření

15.1. Charakteristika dětí z Dětského domova Dolní Počernice

V rámci první oblasti šetření bylo zjištěno, že obě pohlaví jsou v dětském domově zastoupena prakticky rovnoměrně. Děti byly ve věkovém rozpětí 3 - 22 let nejvíce dětí bylo mezi 9. a 16. rokem. V dětském domově bylo nejvíce dětí, celkem 34, méně než dva roky, nejdelší doba pobytu byla devět let. Tyto poznatky korespondují s informacemi z veřejných webových stránek Dětského domova Dolní Počernice, kde je uvedeno, že 70% dětí přichází do DD po 10. roce života. Celkově je možné kladně hodnotit, že většina dětí nepřichází do dětského domova v raném věku, starší děti je ale obtížné umístit do pěstounské péče a tak pokud se jejich rodinné podmínky výrazně nezlepší, zůstávají v dětském domově až do plnoletosti nebo do ukončení studia.

15.2. Rodiny dětí umístěných v dětském domově

Celkově se jednalo 40 rodin, z nichž 55 % tvořily matky pečující o děti bez partnera. V těchto rodinách se také častěji vyskytovaly u dětí problémy s chováním, nezvladatelnost, záškoláctví a agresivita. Matky těchto dětí mohou být stigmatizovány společností, školou i pracovníky OSPODu za to že výchovu nezvládají. Tato stigmatizace byla mimo jiné patrná ze spisů, kde pracovníci OSPODu často uváděli, že matka výchovu nezvládá, nebyly zde ale prakticky popsány žádné případy pomoci (svolání případové konference nebo rodinné, pomoc při zkontaktování odborníků, pomoc při zařazení dítěte do peer programu, doučování atd.) Pro matky, které samostatně pečují o rodinu, je obtížné finančně zajistit domácnost a potřeby dětí. Ve spisech byly popsány ženy, které vykonávaly špatně placenou nekvalifikovanou práci a musely mít více úvazků, aby rodinu zabezpečily. Kvůli pracovní vytíženosti neměly čas na své děti, jejichž výchovu přestaly obvykle během puberty zvládat. Sociální systém, zastoupený v tomto případě úřadem práce a OSPODem by se měl snažit tyto rodiny podporovat a navázat je na sociální programy, které by jim mohly pomoci. V některých případech matky po umístění dětí do náhradní výchovné péče na jejich návrat rezignovaly, protože by jim nemohly dopřát takové materiální zázemí, jaké

mají v dětském domově. To může vést k nenávratnému poškození vztahů mezi matkou a dítětem.

Ve 40 % rodin byl alespoň jeden rodič cizí národnosti. Pro cizince může být obtížné komunikovat s českými úřady, zvláště pokud se snaží o vrácení dítěte do péče. Roli mohou hrát i kulturní specifika, která mohou být českou společností vnímána jako nevhodná péče.

Ze 40 rodin mělo pouze 33% stabilní bydlení, respektive ve spisech nebylo uvedeno, že by se jednalo o bydlení nevyhovující. Zbylé rodiny žily v nestabilním bydlení, tzn. v bydlení, kde bydlelo více lidí než je běžná kapacita bytu, v objektech nevhodných k celoročnímu obývání, a v místech kde se užívaly návykové látky. Dvě ženy žily v azylovém domě, bohužel u většiny azylových domů je dlouhá čekací doba na přijetí a pobyt je časově omezen. 5 rodin bydlelo na ubytovně. Bydlení sociálně znevýhodněných osob na ubytovnách je téma, které je v současné době v české sociální politice velmi diskutované. Nájem obyvatel hradí z velké části úřad práce ve formě dávek hmotné nouze – doplatků na bydlení. Majitelé ubytoven z toho profitují a nastavují přemrštěné ceny nájemného. Vědí, že jejich nájemníci nemají obvykle možnost najít si jiné bydlení, jednak proto, že nemají peníze na kauci a pak také, jedná-li se osoby romské národnosti, kvůli diskriminaci ze strany majitelů bytů a realitních kanceláří. Ubytovny bývají v nevyhovujícím stavu a panují tam špatné hygienické podmínky. Mezi obyvateli se často vyskytují spory, může docházet i ke kriminálnímu jednání. Je proto pochopitelná tendence některých rodičů upřednostňovat pobyt svého dítěte v dětském domově, kde má relativně dobré podmínky pro vývoj. Tento problém by měl být řešen systémově v rámci sociální politiky. Bohužel při současném zavedení bezdoplatkových zón a normativů dávek hrozí riziko, že se nájemníkům ubytoven sociální situace ještě zhorší a oni mohou přijít o bydlení úplně.

Příčiny umístění dětí do dětského domova jsou rozděleny podle toho, zda děti pocházely z rodiny, kde se vyskytoval pouze jeden stěžejní problém nebo pocházely z multiproblémových rodin. U dětí, které byly umístěny do dětského domova na základě jednoho stěžejního problému, jasně dominovaly sociální důvody, ze 34 případů to bylo 29%. U dětí které byly umístěny do ústavní výchovy na základě více problémů v rodině se u 85% z 27 případů vyskytovaly v anamnéze jako jeden z problémů i sociální důvody.

Ačkoliv je zákonem zakázáno odebírat děti z rodiny pouze na základě sociálních důvodů, v praxi se tak stále děje. Špatná sociální situace v rodině může být indikátorem dalších problémů, na které by se u rodin, které se nepotýkají se existenčními problémy, patrně nepřišlo. Problémem zde nemusí být neochota pracovníků OSPODu, ale i chybějící fond sociálního bydlení. Je logické, že sociální pracovníci nemůže ponechat dítě v rodině, pokud jsou oba rodiče bez přístřeší. Jak bylo prokázáno v evaluační zprávě Rapid Re-Housing, pokud se lidem, a to i těm, kteří jsou tzv. multiproblémovými klienty bez přístřeší, poskytne stabilní bydlení, i další problémy se velmi často zmírní nebo jsou úplně odstraněny.

16 % z 61 dětí mělo zkušenost s pěstounskou péčí, která skončila neúspěchem, a děti byly vráceny do dětského domova. Podle oficiálních stránek Dětského domova Dolní Počernice, odešlo ze 109 dětí, které za posledních 10 let opustily dětský domov, 24 do pěstounské péče. (Dětský domov Dolní Počernice, 2020) Nepodařená pěstounská péče může dítěti způsobit další trauma, z pocitu, že je špatné, když ho pěstounská rodina „vrátila“. Vztahy dětí a pěstounů bývají často komplikované, pro dítě je nejlepší, je-li to jen trochu možné, aby se mohlo vrátit do původní rodiny.

15.3. Kontakt rodiny s dítětem

V této části byla zpracována množina 61 dětí, protože jak bylo uvedeno výše, v některých případech probíhal u sourozenců kontakt s rodinou odlišně. 62% rodičů mělo o kontakt s dítětem zájem, navštěvovali ho v dětském domově nebo k nim dítě jezdilo na propustky. V některých případech byli sourozenci umístěného dítěte ponecháni v rodině. Většina kontaktů se realizovala formou osobního styku, v některých případech rodiče s dětmi upřednostňovali komunikaci pomocí telefonních hovorů, Facebooku a SMS. U dvou matek ve VTOS je tento typ kontaktu logický. Kontakt pomocí telefonu a sociálních sítí by měl být doplněním běžného osobního kontaktu, ne jeho náhražkou. Pro zdravý vývoj dítě je důležité vidět svého rodiče, mít možnost se s ním identifikovat a trávit spolu čas. Zde by byl prostor pro sociální práci nebo speciálně pedagogickou činnost v oblasti práce s rodinou, učení jedince rodičovským dovednostem a upevňování jeho vztahu s dítětem.

7 % dětí bylo umístěno do náhradní výchovné péče na vlastní žádost. Jednalo se zejména o děti se syndromem CAN. 6,6% dětí bylo do DD umístěno na žádost rodičů, zde se jednalo zejména o sociální s důvody a problémy s výchovou. 7 % dětí si přálo návrat domů, překážkou bylo ve dvou případech psychiatrické onemocnění matky a ve dvou případech sociální důvody. 15 % rodičů projevilo podle dokumentace sociálních pracovníc OSPODu zjevnou snahu o vrácení dítěte do péče (soudní odvolání, kontaktování ombudsmanky, spolupráce s organizacemi pro sanaci rodiny, léčba závislosti, atd.).

15.4. Odpovědi na výzkumné otázky

1. Jaká je role sociálních příčin při umístování dětí do náhradní výchovné péče?

Ukázalo se, že sociální a s nimi související příčiny hrají velmi významnou roli a převažují nad ostatními důvody. Z 34 dětí, kde byl příčinou umístění do náhradní výchovné péče uveden jeden stěžejní důvod, bylo 10 dětí odebráno z rodin na základě špatné sociální situace. Z 27 případů dětí z multiproblémových rodin se jen u 4 dětí nevyskytovala v anamnéze špatná sociální situace.

2. Jaký zájem je o vzájemný kontakt rodičů a jejich dětí umístěných do náhradní výchovné péče?

Zájem rodičů dětí umístěných v Dětském domově Dolní Počernice o kontakt s nimi je zřetelný. 38 dětí z Dětského domova Dolní Počernice udržovalo kontakt s rodinou, rodiče je navštěvovali nebo k nim děti jezdily na propustky.

Studie tedy na příkladu ukazuje, že v českých dětských domovech jsou umístěny děti i ze sociálních důvodů, tedy kvůli špatným finančním a bytovým podmínkám svých rodičů, ačkoliv by rodiče měli zájem se o ně starat.

Závěr

V České republice chybí systematická podpora rodičů, kterým hrozí umístění dětí do náhradní výchovné péče. Tito lidé sami často prošli ústavní výchovou nebo pocházejí ze špatného rodinného zázemí. Často nevědí, jak se správně starat o své děti, protože se to neměli od koho naučit, a špatný model výchovy přenášejí na další generace dětí. Řešením by nemělo odebírání dětí z rodin, pokud nedochází k přímému ohrožení dítěte. Některé děti jsou umisťovány do ústavní výchovy pouze na základě špatné sociální situace rodiny. V rámci výzkumu pro účely této práce to bylo 16 % ze 61 dětí z Dětského domova Dolní Počernice.

Ústavní výchova, i když je rodinného typu, nemůže nahradit péči v rodině. Čím je dítě umístěné do náhradní výchovné péče mladší, tím horší dopad to na jeho vývoj má. Může docházet k jeho psychické a emoční deprivaci, jejíž následky přetrvávají až do dospělosti a způsobují mu vážné problémy průběhu celého života. Mladiství opouštějící dětský domov nemají stejné podmínky jako mladiství, kteří vyrůstali v rodině. Mohou se kvůli dětství prožitému v ústavní výchově setkávat se stigmatizací ze strany společnosti, často mají také nižší vzdělání a tím i nižší šanci uplatnit se na trhu práce. Během pobytu v dětském domově se oslabují vazby s původní rodinou. Později po opuštění z náhradní výchovné péče chybí mladým dospělým síť sociálních kontaktů, na které by se mohli v případě problémů obrátit. Pěstounská péče je náročná pro obě strany a může skončit vrácením dítěte do dětského domova, což u dítěte může způsobit další trauma.

Nejlepší prostředí pro zdravý vývoj dítěte je jeho vlastní rodina. I když se rodič dopouští sociálně patologického jednání, stále zůstává rodičem a v životě dítěte má nenahraditelnou roli. Řešení některých závažných patologických jevů jakými jsou závislosti, bezdomovectví, VTOS nebo psychické onemocnění, je velmi obtížné i v případě, že má jedinec bezpečné zázemí a síť podpůrných kontaktů. Pro osoby pohybující se na hraně sociálního vyloučení nebo už za ní je šance začlenit se zpátky do společnosti velmi omezená. Rodiče dětí se často potýkají s problémy, které se kumulují a které nejsou sami schopni vyřešit. Pokud v roli rodiče opakovaně selhávají, mohou postupem času na výchovu rezignovat a smířit se s pobytem dítěte v náhradní výchovné péči. Jednou z příčin této rezignace může být i stigmatizace ze strany společnosti a

odborných pracovníků. V tomto je inspirující např. německý model péče o osoby závislé na návykových látkách, kdy je závislost brána jako jakákoliv jiná nemoc a závislým osobám se dostává podpory v oblastech běžného života i péče o rodinu. (A day in life, 2016).

Jak ukázal projekt Rapid Re-Housing v Brně, problémy rodin se výrazně zlepší, pokud je jim poskytnuto stabilní bydlení. Tato možnost vyjde stát dokonce levněji, než když žijí rodiny v nevyhovujícím bydlení, případně jsou děti umístěné do náhradní výchovné péče. Během tohoto roku (2020) by měl být Člověkem v tísní spuštěn projekt Housing first i v Praze. Vzhledem k velkému počtu zájemců ale není možné zatím poskytnout stabilní bydlení všem, kteří by to potřebovali. Je možné rodiny podporovat alespoň terénními a ambulantními službami. Někteří rodiče, např. ti kteří prošli ústavní výchovou, se potřebují naučit, jak správně pečovat o děti. Potřebují získat finanční gramotnost, naučit se pečovat o domácnost, udržet si zaměstnání a naučit se zvládat stresové situace, tak aby nemuseli přistupovat k únikovým strategiím. U rodin s více problémy by měl být uplatňován multidisciplinární přístup zahrnující sociálního pracovníka, odborníka na dluhovou problematiku, terapeuta, dobrovolníky, kteří mohou pomoci s hlídáním dětí, doučováním aj. Ve spisech použitých v rámci šetření pro tuto práci byly ale výše uvedené možnosti uplatněny jen minimálně.

Je samozřejmé, že pracovníkům OSPODu jde primárně o blaho dětí. Práce s rodinou je časově i personálně náročná, výsledek je nejistý a nezdar může ohrozit děti v rodině a být pro pracovníky frustrující. Proto při zjištění nevyhovujících podmínek přistupují pracovníci častěji k umístění dětí do ústavní výchovy. Tento problém by měl být ale řešen systémově, personálním posílením pracovníků, kteří se věnují podpoře rodiny.

V rámci sociální politiky by měla být také řešena i situace na českých ubytovnách. Vytvářením bezdoplatkových zón a normativů dávek se situace pro osoby v sociální nouzi výrazně zhorší a může jim hrozit úplná ztráta bydlení. Dalším problémem je zadluženost části obyvatel. Tito lidé pak nemají motivaci vrátit se do systému, pracují na černo, nebo žijí z dávek. Opět zde ale chybí systémové řešení situace, současná možnost podání návrhu na insolvenční je náročná a i finančně nákladná.

Podpora sociálně znevýhodněných rodin není plýtváním prostředky státního rozpočtu. Naopak, tím, že selepší jejich životní podmínky a budou moct pečovat o své děti, stát ušetří výdaje a celkově selepší kvalita života obyvatel.

Seznam použitých informačních zdrojů

Literatura:

BĚHOUNKOVÁ, Leona. *Fenomén odchodu do samostatného života dítěte vyrůstajícího v náhradní výchovné péči*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků a Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012. ISBN 978-80-87652-87-9.

BECHYŇOVÁ, Věra a Marta KONVIČKOVÁ. *Sanace rodiny: [sociální práce s dysfunkčními rodinami]*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0031-4.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0.

GARDNER, Richard A. *Terapeutické intervence u dětí se syndromem zavržení rodiče*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-365-3.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.

HENDL, Jan a Jiří REMR. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1192-1.

KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

LANGMEIER, Josef a Zdeněk MATĚJČEK. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1983-5.

LUKÁŠ, Dalibor, Jindřich HŮRKA, Radim KOZIOREK, Monika KAŠTANOVÁ a Renata TOPORČÁKOVÁ. *Sociální práce s osobami, které spáchaly trestný čin*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2018. Sešit sociální práce. ISBN 978-80-7421-157-7.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, Oldřich, KRÍŠŤAN, Alois, ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. *Státní orgány sociálněprávní ochrany dětí: dobrá praxe z pohledu rodin a pracovníků*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3336-7.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

SLANÝ, Jaroslav. *Syndrom CAN: (syndrom týraného dítěte)*. V Ostravě: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7368-474-7.

SYCHROVÁ, Adriana, ed. *Ústavní péče v resocializačním kontextu*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014. ISBN 978-80-7395-757-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VÁGNEROVÁ, Marie, Jakub MAREK a Ladislav CSÉMY. *Bezdomovectví ve středním věku: příčiny, souvislosti a perspektivy*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-4054-9.

VÁGNEROVÁ, Marie, Jakub MAREK a Ladislav CSÉMY. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2209-5.

Články v časopisech:

POPADINCOVÁ, Helena. *Psychická deprivace, ústavní výchova a poruchy řečové komunikace. Diagnostika a terapie poruch komunikace: víceoborové odborné periodikum pro oblast normy a patologie mezilidské komunika*. 2004, 7(4), 2-28. ISSN 1212-1053.

ŠLESINGEROVÁ, Kateřina. Děti do tří let v evropských ústavech: Výzkum WHO a university v Birminghamu. *Děti a my: Časopis pro rodiče, učitele a pracovníky pomáhajících profesí*. Praha: Portál, 2005, **35**(1), 42-43. ISSN 0323-1879.

Internetové zdroje:

BEZDĚKOVÁ, Iva. Svědectví z oddělení 27 vadí vedení Bohnic. je to nevyvážené, zdůvodňuje právní kroky. *Aktuálně.cz* [online]. 21.5.2019 [cit. 2019-11-21]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/privazovani-pacientu-je-duseledek-nedostatku-personalu-tvrdi/r~173996d27afe11e9b6a9ac1f6b220ee8/>

Centra duševního zdraví. *Fokus Praha* [online]. [cit. 2019-11-21]. Dostupné z: <https://www.fokus-praha.cz/index.php/cz/pomahame/centra-dusevniho-zdravi>

Databáze ústavní výchovy: Základní pojmy a zkratky. *Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy* [online]. 2018 [cit. 2020-05-03]. Dostupné z: <https://dbuv.msmt.cz/zkratky.asp>

Dětský domov Dolní Počernice [online]. [cit. 2020-04-24]. Dostupné z: <https://www.domovpocernice.cz/>

KULHÁNEK, Jan a Kateřina KRTIČKOVÁ. Dítě nemocného rodiče: Děti s psychicky nemocným rodičem. *Šance dětem: Pomáháme dětem, které neměly v životě štěstí*. [online]. 13.4.2012 [cit. 2019-11-21]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/psychicke-problemy-v-rodine/dite-nemocneho-rodice.shtml>

MPSV. Systém sociálně právní ochrany dětí: Systém sociálně právní ochrany dětí. *Informační portál pro orgány sociálně-právní ochrany dětí* [online]. 19.1.2019 [cit. 2019-11-21]. Dostupné z: <http://www.ospod.cz/informace/obecne/system-socialne-pravni-ochrany-deti-v-cr/>

NICHOLS, David. Hallucinogens. *Pharmacology and therapeutics* [online]. West Lafayette: Purdue University, 2004, 2004, (101), 131-181 [cit. 2020-04-24]. ISSN 47907-2091. Dostupné z: file:///C:/Users/User/Downloads/2004_Nichols_22684_1.pdf

Platforma pro sociální bydlení: Housing first - Bydlení především. *Platforma pro sociální bydlení* [online]. 2018 [cit. 2020-04-24]. Dostupné z: <https://socialnibydeni.org/slovník-pojmu/housing-first-bydeni-predevsim>

POVOLNÁ, Renata. Češi holdují legálním drogám - spotřeba čistého alkoholu stoupla na 14,4 litrů na osobu za rok, kouří více než pětina populace. *Vláda České republiky* [online]. Praha, 6.11.2018 [cit. 2019-11-06]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/media/cesi-holduji-legalnim-drogam---spotreba-cisteho-alkoholu-stoupla-na-14-4-litru-na-osobu-za-rok--kouri-vice-nez-petina-populace-169634/>

PRESLOVÁ, Ilona. Děti rodičů se závislostí. *Šance dětem: Pomáháme dětem, které neměly v životě štěstí* [online]. 15.4.2012 [cit. 2019-11-06]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/rodice-jsou-zavisli/deti-rodicu-se-zavislosti.shtml>

STRASSMAN, J. Rick. Hallucinogenic Drugs in Psychiatric Research and Treatment: Perspectives and Prospects. *The Journal of Nervous and Mental Disease* [online]. 1995, 1995, (3), 127-138 [cit. 2020-04-24]. ISSN The Journal of Nervous and Mental Disease. Dostupné z: <https://www.druglibrary.net/schaffer/lisd/rjssap.htm>

ŠTINGL, Michal. *Neklid.net*. *Neklid.net* [online]. 13.3.2019 [cit. 2019-11-21]. Dostupné z: <https://www.neklid.net/>

Výkon trestu odsouzených matek s dětmi. *Věznice Světla nad Sázavou, Vězeňská služba ČR* [online]. 2019 [cit. 2019-11-06]. Dostupné z: <https://www.vscr.cz/veznice-svetla-nad-sazavou/o-nas/vykon-vezenstvi/vykon-trestu-odsouzenych-matek-s-detmi/>

WHO/ÚZIS ČR. *MKN10: Poruchy duševní a poruchy chování* [online]. 7.3.2018 [cit. 2019-11-06]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F99.html> 2009

Za branou. Rodiny vězňů: Rodič ve VTOS: právní a sociální důsledky (Za branou pro katalog MPSV). *Za branou* [online]. 2017 [cit. 2019-11-06]. Dostupné z: <https://www.rodinyveznu.cz/o-webu/30-rodic-ve-vtos-pravni-a-socialni-duseledky-za-branou-pro-katalog-mpsv>

Legislativní zdroje

Občanský soudní řád. In: . Praha, 1963, ročník 1963, číslo 99. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1963-99>

Trestní zákoník. In: Praha. 2010, ročník 2010, číslo 40. Dostupné také z: <http://www.trestnazakonik.cz/>

Zákon o pěstounské péči. In: . Praha, 1973, ročník 1973, číslo 50. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1973-50>

Zákon o sociálně právní ochraně dětí. In: Praha. 1952, ročník 1952, číslo 69. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1952-69>

Zákon o sociálně-právní ochraně dětí. In: . Praha, 1999, ročník 1999, číslo 359. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-359>

Zákon o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. In: Praha. 2002, číslo 109. Dostupné také z: <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/zakon-c-109-2002-sb-o-vykonu-ustavni-vychovy-nebo-ochranne>

Evaluační zpráva

RIPKA, Štěpán, ČERNÁ Eliška a KUBALA Petr. *Pilotní testování rychlého zabydlování rodin s dětmi (Rapid Re-housing): Závěrečná evaluační zpráva / Analýza cílové stavu Dopady zabydlení po 12 měsících od nastěhování* [online]. Ostrava, 2018 [cit. 2020-04-24]. Dostupné z: https://socialnibydeni.org/wp-content/uploads/2018/12/RRH_Zaverecna-evaluacni-zprava_web.pdf. Závěrečná evaluační zpráva. Ostravská univerzita.

Dokumentární film:

A day in the life, The Word of humans who take drugs [film]. Režie Right Reporter Foundation, 2016.

Seznam zkratek

CAN child abuse and neglect (syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte)

CSR – centrum pro sanaci rodiny

DD – dětský domov

HMN – hmotná nouze

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

Nar. - Narozený/á

OSPOD – Orgán sociálně-právní ochrany dětí

PBN – příspěvek na bydlení

VTOS – výkon trestu odnětí svobody