

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Nikola Sochová

**Analýza současného stavu detekce ohrožení
dětí v rámci rodiny**

**Analysis of the current state of children's risk
detection within family**

Praha 2021

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Marek Vranka

Poděkování

Děkuji především vedoucímu mé diplomové práce Ing. Mgr. Marku Vrankovi za rychlou a efektivní komunikaci během psaní a podnětné tipy a postřehy, díky kterým jsem mohla diplomovou práci zdárně a včas dokončit.

Velké díky také patří paní ředitelce Dětského krizového centra PhDr. Zoře Duškové, která mi poskytla anonymizovaná data klientů Dětského krizového centra, a Mgr. Veronice Andrtové za průběžnou konzultaci k získaným datům a k průběhu celého výzkumu v Dětském krizovém centru, v rámci kterého byla data získána.

Za konzultaci při počátcích vzniku této práce také děkuji Mgr. Veronice Šporclové, Ph.D.

Děkuji také všem mým blízkým, kteří měli k mé práci podnětné otázky či postřehy, nebo mi pomáhali s formální stránkou práce, i těm, kteří mě při psaní nejrůznějšími způsoby podporovali.

Prohlášení

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

V Praze dne 14. dubna 2021



.....
Nikola Sochová

Abstrakt

Tato diplomová práce pojednává o schopnostech detekce ohrožení dítěte dospělými osobami v okolí dítěte na základě signálů, které ohrožené dítě vykazuje.

V teoretické části jsou podrobně takové signály popsány. Patří mezi ně různé projevy dítěte (na úrovni psychické, fyzické, behaviorální apod.), které provázejí ohrožení. Práce se věnuje také analýze různých prostředí, ve kterých k takové detekci může dojít (rodina, škola, lékařské vyšetření apod.). Také jsou v práci rozebrány rizikové faktory ohrožení dítěte v rodině, jejichž znalost může pomoci osobám k lepší detekci.

Empirická část se věnuje analýze signálů, které jsou při identifikaci ohrožení dětí osobami v jejich okolí nejčastěji využívané a kterým signálům nevěnují lidé v okolí dítěte dostatečnou pozornost (nevnímají je či je nepovažují za důležité). K této analýze byla využita data poskytnuta Dětským krizovým centrem, jehož klienty jsou právě ohrožené děti. Data byla analyzována kvantitativní obsahovou analýzou: analyzovaly se četnosti signálů, kterých si pečující osoby všimaly a které byly odhaleny pouze při psychologickém vyšetření. Výsledkem této analýzy je zjištění, že pečující osoby nejsou zatím dostatečně zdatné při detekci signálů ohrožení, a to především těch, které nejsou na první pohled viditelné (např. úzkostné a depresivní prožívání dětí či potíže se sebehodnocením).

Klíčová slova

ohrožení dětí, detekce ohrožení dětí, klíčové signály ohrožení dětí, syndrom CAN, následky syndromu CAN

Abstract

This thesis focuses on the skills necessary to detect children being at risk from the adults in their surroundings based on the signals that the children manifest.

The specific signs are described in the theoretical part, for example, different child expressions (on psychological, physical or behavioural level etc.) which can accompany risk exposure. The thesis also focuses on analysis of different environments in which these signals can be detected (family, school, medical examination etc.). Risk factors of children being exposed to danger in their own families are also analysed. Knowledge of these factors can facilitate the detection by surrounding people.

The empirical part examines the signals most frequently used for the detection of children at risk by the adults in their proximity, as well as signs which don't get much attention (the adults are unable to perceive those signals, or they don't consider them as important). This analysis uses the data from "Children Crisis Center" (Dětské krizové centrum). Quantitative content analysis was used for the data survey. The quantity of signals registered by the family carers was compared to the quantity of signals only discovered by psychological examination. The conclusion reached by this analysis suggests, that family carers are not yet very proficient in detecting the signals of children at risk, particularly the signs which are not immediately apparent (for example anxiety, depression or problems with self-esteem).

Keywords

child maltreatment, detection of children at risk, crucial signals of child maltreatment, child abused and neglect, child maltreatment consequences

Obsah

Úvod	6
Literárně přehledová část.....	8
1. Ohrožení dětí a syndrom CAN – vymezení pojmů.....	8
1.1 Syndrom CAN jako forma ohrožení dítěte	9
2. Rizikové faktory pro ohrožení dítěte v rodině	11
2.1 Individuální úroveň.....	11
2.1.1 Faktory na straně dítěte.....	11
2.1.2 Faktory na straně rodiče/pachatele	13
2.2 Rodinná úroveň.....	15
2.3 Komunitní úroveň	16
2.4 Společenská úroveň	17
3. Možnosti detekce ohrožení dětí	18
3.1 Odhalení dítětem.....	19
3.2 Nezneužívající rodič	21
3.3 Okolí dítěte (sousedé, jiní příbuzní)	23
3.4 Škola	24
3.5 Lékař	25
4. Následky ohrožení dětí	31
4.1 Psychická úroveň.....	32
4.2 Kognitivní úroveň.....	35
4.3 Behaviorální úroveň	36
4.4 Sociální úroveň.....	39
4.5 Fyzická úroveň	40
Výzkumná část	42
1. Cíle výzkumu a výzkumné otázky.....	42
2. Design výzkumného projektu	43

2.1 Typ výzkumu	44
2.2 Metody získávání dat	44
2.3 Metody zpracování a analýzy dat	44
2.5 Etika výzkumu	46
3. Výzkumný soubor	48
4. Výsledky	52
4.1 Výsledky jednotlivých skupin ohrožení	52
4.2 Celkové shrnutí	65
4.3 Odpovědi na výzkumné otázky	82
5. Diskuse	85
5.1 Závěry výzkumu	85
5.2 Srovnání závěrů výzkumů s jinými studii	86
5.3 Limity výzkumu	88
5.4 Výstupy/aplikace výsledků	91
5.5 Doporučení	92
5.6 Možnosti dalšího výzkumu	93
Závěr	94
Seznam použité literatury	96
Seznam grafů	104
Seznam tabulek	105
Seznam zkratk	106
Příloha 1	I
Příloha 2	III
Příloha 3	IV
Příloha 4	XI
Příloha 5	XXIX

Úvod

Problematika násilí páchaného na dětech je celosvětovým problémem, vyskytujícím se v naší společnosti po staletí. Postavení dítěte se po tu dobu přirozeně proměňovalo, první myšlenky o nutnosti ochrany dětí před špatným zacházením se objevovaly v 18. století v době osvícenství. Prvním mezinárodním dokumentem, který upravoval právní postavení dítěte ve společnosti, byla Ženevská Deklarace práv dítěte, přijata Společností národů v roce 1924 (Dunovský et al., 1995). Za těch téměř sto let, kdy je dítě a jeho práva středem zájmů různých mezinárodních smluv, úmluv, chart, deklarací a dalších dokumentů by bylo možné očekávat, že dítě bude společností dokonale chráněno. Přesto je stále nejen v naší republice, ale všude na světě velké množství dětí, kterým je doma ubližováno, ale zároveň si nikdo z jejich okolí nevšimne toho, co se jim děje, a ani samy děti se nikomu nesvěří – možná ze strachu, možná proto, že neví kam se obrátit nebo proto, že si neuvědomují své právo na ochranu státem a dospělými osobami ve svém okolí.

Diplomová práce se v teoretické části zabývá možnostmi, jaké mají lidé v okolí dítěte při identifikaci jeho ohrožení. Největší pozornost je věnována analýze nejčastějších prostředí, kde se dítě může nacházet a kde si může dospělá osoba všimnout různých signálů, poukazujících na ohrožení dítěte (rodina, blízké okolí, škola nebo lékař). Rovněž je velká část diplomové práce věnována následkům, které se mohou u dítěte vystaveného týrání, zneužívání, zanedbávání či jinému ohrožení v rodině, objevovat. Tyto signály jsou rozděleny do různých úrovní (psychická, kognitivní, behaviorální, sociální a fyzická úroveň). Mimo to se také v práci krátce věnuji vymezení syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, jakožto nejsignifikantnější formě ohrožení dítěte, a rizikovým faktorům, které jsou klíčové pro ohrožení dítěte a jejichž uvědomění rovněž může přispět ke zlepšení identifikace ohrožení.

Praktická část se zaměřuje na analýzu schopností blízkých dospělých osob identifikovat signály, které ohrožené děti vykazují. Je zjišťováno, jakých signálů si rodiny a instituce všimají dobře, a které signály se jim nedaří správně zachytit. Data byla získána od Dětského krizového centra, kde byla odborným týmem sesbírána u ohrožených dětí a jejich rodin v rámci Projektu *“Čím dřív, tím lépe a efektivněji” – detekce ohrožených dětí a rodin.*

V práci byla zachována snaha čerpat rovnoměrně ze zahraničních i tuzemských literárních zdrojů, především z výzkumných zpráv, ale také statistických ročenek, sborníků a materiálů organizací, věnující se péči o dítě (včetně zpráv z Ministerstva práce a sociálních věcí apod.). Tyto zdroje byly zvoleny proto, aby byla analyzována především současná situace v České republice, vzhledem k původu respondentů pro výzkum. V práci je citováno podle normy APA (2020).

Literárně přehledová část

1. Ohrožení dětí a syndrom CAN – vymezení pojmů

Pojem ohrožení dětí je široký a bylo pro něj vytvořeno mnoho definic i mnoho alternativních označení. Na ohrožené dítě můžeme nahlížet např. jako na dítě vyžadující pozornost a péči veřejných systémů ochrany dětí. Také tak můžeme označit děti s omezenou sociální percepcí, traumatizované děti, děti s handicapem či problematickým chováním. Dle Britského zákona na ochranu dětí z roku 1989 (Children Act) je „dítě v nouzi“ definováno jako dítě, kterému se *„nedostává možnosti dosahování nebo udržování potřebného standardu péče o jeho zdraví a vývoj bez intervence příslušné autority“*. A dále *„zdraví nebo vývoj dítěte je významně negativně ovlivněno nebo bez adekvátní intervence ovlivněno být může.“* (Pemová & Ptáček, 2012).

Ze zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí se dá označit ohrožené dítě jako dítě, jehož životní podmínky mohou bezprostředně ohrožovat nebo poškozovat jeho vývoj a začlenění do společnosti. Tento zákon pak v § 6 definuje ohrožení dětí výčtem situací, které mohou být pro dítě ohrožující (viz Příloha 1.). Jedním z hledisek posouzení míry ohrožení dítěte je strukturované vyhodnocení potřeb dítěte, zdrojů jeho podpory a rizik. Zásadním hlediskem posouzení ohrožení dítěte je jeho míra, tj. intenzita nebo délka trvání ohrožení (Jůzová Kotalová et al., 2019).

Důsledkem ohrožení dítěte je obvykle selhání jedné nebo více funkcí rodiny ve vztahu k dítěti. Mezi nejčastější důvody můžeme zařadit částečnou nebo úplnou absenci základních rodičovských dovedností a schopností, špatnou sociální situaci rodiny, následkem čehož rodiče nejsou schopni poskytnout vhodnou péči k zajištění potřeb pro zdravý vývoj dítěte, ale také fyzické nebo psychické problémy rodičů (Pemová & Ptáček, 2012). Problematickým jevem se v takovém případě stává skutečnost, že se tyto děti často ocitají bez kontaktu s vnějším světem, případně bez patřičného povšimnutí a zásahu okolí a tím pádem bez efektivní ochrany, a jsou tak čím dál více závislejší na nejbližších „pečujících“ osobách (Badová & Petrenko, 2020). Ohroženému dítěti se ve vlastní rodině nedostává pocitu bezpečí, sounáležitosti a nejsou uspokojovány jeho citové potřeby. Takové negativní působení dospělých pečovatелů na dítě patří k častým a zásadním příčinám jeho problémového vývoje (Zvonařová, 2012). Problematické rizikových faktorů pro ohrožení dítěte v rodině se věnuje samostatná kapitola.

1.1 Syndrom CAN jako forma ohrožení dítěte

Pro účely této práce je pracováno s nejzávažnější formou celé problematiky ohrožení dětí, a tou je syndrom CAN (Child Abused and Neglect – syndrom týraného a zneužívaného dítěte). I v tomto případě se však jedná o pojem značně široký a zahrnuje různorodé formy poškozování dětí, které se liší jak v projevech, tak v příčinách, důsledcích a formách intervence. Obecně se jedná o jakékoliv nenáhodné jednání vůči dítěti, konané jak vědomě, tak nevědomě rodiči, vychovateli nebo jinými osobami, které je společností odmítané a nepřijatelné a které poškozuje tělesný, duševní i společenský vývoj dítěte, v krajním případě pak může způsobit i smrt dítěte. Toto chování je však zároveň preventabilní, tzn., že je možné mu předcházet a neděje se náhodně (Dunovský et al., 1995). V mnoha případech jde o jev opakovaný, a proto se syndrom CAN stává chronickým problémem. Také je velmi časté, že dítě vystaveno jednomu typu ohrožení syndromem CAN bývá vystaveno i dalším formám ohrožení, které se mohou vyskytovat jak příležitostně, tak opakovaně a ve stejné míře, jako „hlavní“ forma ubližování dítěti. Následkem aktivního ubližování dítěti či nedostatečné péče o něj se u dítěte projevují následky a příznaky, poukazující na nesprávné zacházení s ním a to jak na úrovni fyzické, tak na úrovni psychické. Diplomová práce je věnovaná pouze následkům okamžitým, které jsou identifikovatelné v reálném čase, nesmí být však opomenuto, že mnoho následků syndromu CAN prostupuje daleko do budoucnosti daného jedince a může ovlivnit jeho dospělý život (Gilbert et al., 2009b).

Oběťmi syndromu CAN jsou děti v jakémkoli věku (včetně prenatalního období), za zranitelnější oběti jsou však obecně považovány mladší děti (Tenney-Soeiro & Wilson, 2004). Oběti mohou pocházet z jakéhokoliv socioekonomického prostředí, mohou být jakékoliv národnosti, rasové příslušnosti či náboženství (Dubowitz & Bennett, 2007). Není podmínkou, že v rámci jedné rodiny se musí týkat ohrožení všech dětí (Gilbert et al., 2009b). Více vulnerabilní vůči ohrožení však mohou být jedinci slabí, nemocní nebo postižení, či nedonošení novorozenci (Krejčová, 2007).

Do takto stanovené definice spadají různé formy ohrožení dítěte prostředím, a to konkrétně týrání tělesné i psychické, zanedbávání (fyzická i psychická deprivace) a zneužívání (využívání dítěte k uspokojování vlastních psychických, fyzických i sexuálních potřeb). Tyto formy jsou velmi rozmanité a často se navzájem prolínají a kombinují (Krejčová, 2007). Kromě těchto uvedených forem doporučila Zdravotnická komise Rady Evropy členskými státy v roce 1992 členit a evidovat problematiku CAN ještě do dalších

dvou podskupin, kterými jsou podávání alkoholu, drog a svévolné podávání utišujících nebo naopak povzbuzujících léků a systémové/institucionální týrání (druhotné zneužívání a ponižování školskými, zdravotnickými zařízeními, orgány státní správy, soudy apod.; Zoubková, 2001). Za syndrom CAN se dále v různé literatuře považuje také svědectví domácího násilí mezi rodiči (Pemová & Ptáček, 2012), rituální zneužívání, sexuální turismus nebo Münchhausenův syndrom by proxy (v zastoupení; Dunovský et al., 1995).

Na podrobný popis jednotlivých forem syndromu CAN není v diplomové práci prostor a pracuji s předpokladem, že čtenář má alespoň základní přehled o tom, jakých forem může syndrom CAN nabývat. Vhodnou literaturou pro základní přehled o syndromu CAN je např. kniha Dunovského, Dytrycha a Matějčka (1995) *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*.

2. Rizikové faktory pro ohrožení dítěte v rodině

Přestože se diplomová práce zabývá především možností detekce signálů ohrožení, které vykazují samy děti, považují za důležité věnovat se alespoň okrajově rizikovým faktorům, které mohou z rodinného prostředí vytvořit prostředí pro dítě ohrožující. Mnohé z těchto faktorů jsou totiž na první pohled viditelné a zvýšené povědomí společnosti o těchto faktorech, jakožto o možných signálech ohrožení dítěte, může posílit schopnosti jejich detekce.

Uvažujeme-li o rizikových faktorech, je potřeba uvědomit si jejich vzájemnou provázanost a riziko jejich kumulace – tzn., že čím více rizikových faktorů zaznamenáváme, tím více roste riziko ohrožení pro dítě (Dubowitz & Bennett, 2007) a žádným samostatným faktorem se ohrožení dítěte vysvětlit nedá (Butchart & Harvey, 2006).

Krug a kolegové navrhuji ve Světové zprávě o násilí a zdraví (World report on violence and health, 2002) koncepční model, který rozděluje příčiny násilí do čtyř úrovní (individuální, rodinné, komunitní a společenské). Tohoto modelu se budu v následujících podkapitolách držet.

2.1 Individuální úroveň

Na této úrovni se jedná o biologické faktory, které se objevují jak na straně dítěte, tak na straně pachatele. Běžně se o těchto stranách hovoří odděleně, stejně tak v této práci, ale je potřeba nezapomínat, že se vždy jedná o vzájemný vztah, kterého se tyto dvě strany účastní a vzájemně se ovlivňují a tím vztah formují (Vaničková et al., 1995).

2.1.1 Faktory na straně dítěte

I přesto, že se na straně dítěte objevují faktory, které mohou zvyšovat riziko jeho ohrožení, nelze o dětech v žádném případě smýšlet jako o těch, kdo násilí vyvolali nebo způsobili. Za děti a jejich bezpečí jsou vždy odpovědní rodiče či jiné osoby, které je mají v péči. Pro rodiče však může být těžké z nějakého důvodu dítě přijmout a chovat se k němu adekvátně k jeho potřebám a vývojové úrovni. Může se jednat například o situace, kdy je dítě nechtěné nebo kdy dítě z nějakého důvodu nenaplnuje očekávání rodičů – ať už se jedná o pohlaví, vzhled, temperament, problémy s chováním či vrozené odchylky, jako např. mentální či fyzické postižení nebo chronická nemoc (Butchart & Harvey, 2006). Ze své přirozené podstaty, jako jsou fyzické, emocionální a kognitivní charakteristiky, je dítě ve vztahu k dospělému vždy zranitelné a dospělý této pozice může snadno zneužít (Čírtková,

2009). Největší riziko hrozí nejmenším dětem (do doby předškolního věku), s postupným zráním osobnosti a rostoucí schopností se bránit a umět si říct o pomoc rizikovost úměrně klesá, nemizí však úplně. Ohrožení dětí se týká všech jedinců do dovršení jejich plnoletosti (Lovasová et al., 2005).

Mezi chování, které rodiče zatěžuje, unavuje a vyčerpává, patří např. přílišná hyperaktivita dítěte, neklid, impulzivita, poruchy chování, nesoustředěnost, nápadné výkyvy nálad apod. (Dunovský et al., 1995). Malé děti mohou rodiče dráždit tím, že málo spí, hodně pláčou a vztekají se, děti v období puberty bývají zvýšeně vzdorovité a jejich výchova klade na rodiče mnohem větší nároky (Lovasová et al., 2005). Nezládnutá rodičovská frustrace pak může vyvolávat agresi namířenou vůči dítěti. Tím se však dostávají do začarovaného kruhu, protože narůstající stres u dítěte, které je opakovaně fyzicky týráno, umocní jeho negativistické chování (Vaníčková, 2007a). Kromě zvýšené aktivity může rodiče na druhou stranu „provokovat“ i zvýšená úzkostnost a „neodůvodněná“ ustrašenost. A také děti, které jsou na základě jejich přirozeného temperamentu spíše pasivní, odtažitě a bez zájmů o sociální kontakt jsou vystaveny většímu riziku zanedbávání, ať už fyzickému nebo psychickému (Dunovský et al., 1995).

Odmítavý postoj rodičů mohou vzbuzovat děti, které jsou vnímány jako „odlišné“ a tím pádem pro ně nepřijatelné. Těmi jsou například děti, jejichž projevy jsou pro rodiče málo srozumitelné (děti autistické, s poruchami učení či komunikace apod.), děti s mentální retardací či děti intelektově nebo vývojově podprůměrné nebo nedostačivé, děti neprospívající ve škole, děti tělesně neobratné a také děti tělesně hendikepované či jinak nemocné (Lovasová et al., 2005). Péče o takové děti je náročná, stresující a vyčerpávající a může vést jak k týrání, tak k zanedbávání dítěte. V mnohých případech je nutné přemýšlet nad určitou vzájemnou provázaností, kdy spousta vývojových odchylek dětí může způsobovat právě nepříznivé výchovné prostředí (především vzniklé úrazy hlavy, vedoucí k narušení vývoje centrální nervové soustavy či již prenatální poškození vývoje plodu apod.; Krejčová, 2007).

Specificky u sexuálního zneužívání se často hovoří o pohlaví dítěte, jakožto o rizikovém faktoru. U nejmenších dětí pohlaví prakticky nehraje roli, s rostoucím věkem jsou vystaveny ohrožení více dívky, chlapci jsou však také častými oběťmi. Ve větším riziku se nacházejí děvčátka, které svým chováním a vzhledem působí na agresora sváděivě, jsou mazlivé a vypadají „žensky“ už v útlém věku (Dunovský et al., 1995).

2.1.2 Faktory na straně rodiče/pachatele

Vzhledem k tomu, že se diplomová práce věnuje detekci ohrožení dětí v rámci rodiny, je potřeba zamyslet se nad rozporuplnou rolí rodiče. Ten by na jednu stranu měl poskytovat dítěti ochranu a starat se o něj, na druhou stranu to můžou být právě rodiče, kdo dítě ohrožuje, a tudíž nebudou těmi, kdo ohrožení detekuje a vyhledá pomoc. Dle posledních dat Orgánu sociálně právní ochrany dětí (OSPOD), uvedených ve statistické ročence z roku 2013 o struktuře týrajících a zneužívajících osob¹, jsou rodiče těmi, kdo ohrožují dítě v 80 % případů (největší zastoupení tvoří zanedbávající matky; Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014). Tabulka s podrobnými údaji je uvedena v Příloze 2.

U rodičů „agresorů“ nalzáme určité znaky, kterými se odlišují od jiných rodičů, které své děti uvedenému ohrožení nevystavují. Uvědomění těchto znaků může pomoci při detekci ohrožení lidem v okolí dítěte a rodiny, kteří si takových „zvláštností“ u rodičů všímají. Může se jednat např. o způsoby chování, psychické prožívání, zažitou historii, socioekonomické zázemí apod. Těmto znakům se budu nyní věnovat podrobněji, vyjma obecných demografických faktorů jako nezaměstnanost, nízký věk rodičů apod., které budou zmiňovány v další kapitole. V této kapitole se zaměřuji především na osobnost rodiče jako takového.

Důležitou roli hraje např. psychika rodičů, jejich vnímání toho, co dělají, případně zkušenosti z minulosti. Většina rodičů si pravděpodobně není vědoma, proč své děti týrají (ať už psychicky nebo fyzicky), ale uvědomují si, že to dítěti ubližuje. Často má takový rodič nezpracováno vlastní emocionálního strádání, což může být zdrojem přenosu utrpení na své potomky, objevuje se touha po odreagování pocitů jako je bezmoc, žárlivost či opuštěnost, které mohly být v dětství utlumeny a projevují se až ve vztahu k vlastnímu dítěti. Při přenosu neprožitých bolestí na své dítě se mohou objevovat obranné mechanismy jako je racionalizace (např. přesvědčení, že své dítě musí řádně vychovat), přesunutí (přesun vzteku od vlastních rodičů na své dítě) nebo idealizace (obhajování trestů v minulosti – „prospělo nám, že jsme byli bití“ apod.). Především ve chvíli, kdy rodiče ve svém dětství sami prožili týrání či zneužívání, roste pravděpodobnost, že budou tyto způsoby chování aplikovat i ve vztahu ke svým vlastním dětem – mluvíme o transgeneračním přenosu (Bukovská et al., 2010).

¹ V dalších letech již statistické ročenky OSPOD tyto údaje neuvádí.

Specifické místo má psychopatologie rodičů (duševní onemocnění – např. psychotické poruchy apod., poruchy osobnosti či anomální rysy osobnosti, ale také deprese, neurotické či organické onemocnění, závislosti apod.), která může vést k negativnímu nahlížení na své dítě, emočně oploštěným reakcím (nedostatek lásky a přijetí dítěte) či způsobovat problémy ve vyrovnávání se se zátěží a vyústit naopak v neadekvátní, příliš afektivní reakce, především v agresi (Evinç et al., 2014; Krejčová, 2007). Při fungování v jiných sociálních prostředích se však mohou rodiče chovat zcela „normálně“. Často se může jednat o jedince s vyšším vzděláním a na dobré socioekonomické úrovni, a bývá tím pádem těžké tyto problémy ve vztahu k dětem na základě tohoto veřejného vystupování odvozovat (Biskup, 2003). Při týrání a zneužívání dětí rodiče snadno využívají svou mocenskou převahu nad dítětem, vyplývající z rodičovské autority, v rodině často chybí dostatek empatie i u jiných členů domácnosti, je v ní narušená komunikace a respektuje se právo silnějšího (Vajsová, 2013).

Zvláštní pozornost je věnována agresorům v případě sexuálního zneužívání. Nejčastějšími pachatelí jsou mužští členové domácnosti (nejvíce otcové, případně partneři matky; Hinkelman & Bruno, 2008). Pachatele sexuálního zneužívání dětí můžeme dělit na nejzákladnější úrovni na deviantní (parafilní) a nedevariantní (neparafilní) pachatele. V případě ohrožení dětí v domácnosti se převážně jedná o pachatele situační (netrpí žádnou formou pedofilní deviace). Důvody pro jejich sexuálně zneužívající chování směrem k dítěti lze hledat např. ve stresové situaci (jako je narození dalšího dítěte apod.), při ztrátě partnerky nebo její časté fyzické nepřítomnosti, či v dlouhodobé sexuální abstinenci v důsledku partnerských konfliktů nebo nemoci (Dunovský et al., 1995). Jindy může začít dospělého dítě sexuálně přitahovat ve chvíli, kdy ve svém vlastním sexuálním životě necítí dostatečně uspokojení. Sejde-li se tato skutečnost s projevy dítěte, které mohou být chybně interpretovány jako sexualizované (např. vyhledávání zvýšeného tělesného kontaktu dětmi předškolního věku, které tak pouze bezprostředně vyjadřují své pocity, nebo svádivé chování malých holčiček, které takto mohou napodobovat chování dospělých), může začít rodič dítěte sexuálně zneužívat (Bukovská et al., 2010). Hlavním momentem pro toto chování je dostupnost oběti a již uvedené zneužití svého mocenského postavení v rodině či emocionálních vztahů v rodině (Vajsová, 2013). Převaha situačních pachatelů však nevyklučuje rovněž případy sexuálního zneužívání dětí v rodině deviantním pachatelem s pedofilními sklony (Zoubková, 2001). Další podtypy těchto pachatelů rozlišuje Vaničková (1999) na mentálně primitivní jedince (vzhledem k nedostatečným schopnostem

k navazování vztahu s vrstevníky si vybírají děti), sexuálně nevyzrálé jedince (jejichž sexuální pud není jednoznačně diferencován), morálně narušené jedince (ti využívají příležitosti a bezbrannosti dítěte, páchají další delikty a nedostavují se u nich pocity viny) a inadekvátní jedince (jež mají vážnou psychickou poruchu či organické poškození mozku – u starších mužů může např. docházet k oslabení korové oblasti kontroly pudového chování, např. při počínající demenci, k oslabení zábran může docházet také při konzumaci alkoholu; Dunovský et al., 1995). U těchto jedinců jsou často zaznamenávány také další problémy, jako porucha osobnosti, psychosociální nezralost, nízké sebevědomí nebo introverze (Brihcín, 1996).

Je potřeba alespoň okrajově zmínit, že pachatelkami sexuální násilí na dětech mohou být i ženy, v současné době uvádí zahraniční studie jejich podíl na ohrožování dětí až v 15-20 % případů (McLeod, 2015). Velká část z nich se dopouští sexuálního zneužívání společně s mužem a v takovém případě často hrají spíše druhotnou/pomocnou roli, hlavním iniciátorem bývá muž. Motivací žen při tomto jednání může být např. snaha udržet rodinu pohromadě tím, že vyhoví svému partnerovi. Navíc tyto ženy často samy bývaly v minulosti oběťmi sexuálního zneužívání či jsou v současné době oběťmi domácího násilí (Täubner, 1996). Vlastní historie sexuálního zneužívání může být u některých žen podnětem k převrácení rolí tak, aby byly samy nad obětí nadřazeny, což pro ně může mít uvolňující účinek (Čírtková, 2009).

Vzhledem ke specifické povaze intrafamiliárního sexuálního násilí a specifickému vztahu oběti k pachateli je pro dítě těžké celou záležitost odhalit a může trvat roky, než k tomuto odhalení dojde. Následky jsou pro oběť často dalekosáhlé a hloubka traumatu bývá umocněna právě tím, že je zneužívatelem jeho často nejbližší člověk (Dušková, 2007). Důvodům, které brání odhalení, i následkům, které dítě mohou postihnout, se věnuji v dalších kapitolách (především v kapitole 3.1 *Odhalení dítětem*).

2.2 Rodinná úroveň

Na této úrovni se jedná o rodinné vztahy a jejich kvalitu, které mohou mít vliv na další individuální rizika spojené s násilím. Nejčastěji se na této úrovni setkáváme s faktory, jako je rozpad rodiny, následný příchod nového partnera do rodiny, násilí mezi partnery, nedostatečná podpora dalších členů rodiny či izolace v komunitě. Změněné fungování rodinných vazeb může být i důsledkem péče o člena rodiny, který je tělesně či duševně nemocný (Velemínský et al., 2017). Roli hraje také nízké vzdělání či nižší věk rodičů, vyšší

počet dětí v domácnosti či situace, kdy se matka stará o děti sama. Také děti z incestního spojení jsou více ohroženy (Biskup, 2005). Typicky (ne však vždy) se v těchto prostředích setkáváme se zanedbáváním potřeb dítěte, zvýšeným užíváním fyzických trestů či s přebíráním role dospělé osoby dítětem (např. při péči o domácnost, sourozence, při shánění peněz apod.; Krug et al., 2002).

Rizikovým prostředím je takové, kde je využíván vysoce autoritativní přístup, na dítě jsou kladeny vysoké požadavky a nároky a naopak není vůbec rozvíjená podpora či empatie, jsou přehlíženy jak psychické, tak fyzické potřeby dítěte, nerozvíjí se pozitivní interakce (Talley, 2005), atmosféra v rodině je hostilní a sama o sobě nese náboj pasivní agrese (Vaníčková, 2007a). Dostane-li se taková rodina do stresové situace, nejsou schopni rodiče s dětmi racionálně komunikovat, ale okamžitě se uchylují k používání trestů (Dušková, 2007).

K výše uvedenému nedostatku rodičovských kapacit může často docházet na základě transgeneračního přenosu či snížené schopnosti využívat informačních zdrojů týkajících se rodičovství a výchovy (Median, s. r. o., 2016). Tito rodiče pak ani nejsou schopni předat dětem v rámci primární socializace pozitivní hodnoty a normy (SocioFaktor s.r.o., 2014).

2.3 Komunitní úroveň

Nevhodná péče o dítě bývá často projevem širších sociálních problémů rodiny, které lze podle užívaného koncepčního modelu Kruga a jeho kolegů (2002) zařadit na komunitní úroveň. Mezi faktory, které na této úrovni přispívají k násilí na dětech, patří např. sociální vztahy se sousedy, v práci či ve škole. Rizikové prostředí na této úrovni tvoří např. vysoká nezaměstnanost, chudoba, snadný přístup k alkoholu a drogám a tolerance násilí v dané komunitě (Velemínský et al., 2017). Rodiny, kde dochází k ohrožení dětí, jsou často v sociální izolaci, čímž dochází k oslabení možnosti využít sociální podporu státu či neziskových organizací, nebo rodině chybí dostatečné schopnosti takovou podporu vyhledat a proto přijímají jejich současnou situaci jako neměnnou (Vaníčková, 2007a). Na komunitní úrovni je také možné zmínit velikost sídla, kde se rodina nachází – ze sociometrické analýzy v naší republice vyplývá, že ohrožené jsou nejvíce děti z větších měst (SocioFaktor s.r.o., 2014). Je však nutno podotknout, že toto vymezení je pouze rámcové a ohrožení dětí, především zneužívání, v podstatě žádné hranice nemá a můžeme se s ním setkat v každém prostředí, společenské vrstvě i u každé lidské rasy (Täubner, 1996).

2.4 Společenská úroveň

Na této úrovni uvažujeme o podmínkách ve společnosti, které přispívají ke zvýšení pravděpodobnosti výskytu násilí na dětech v dané zemi. Velemínský s kolegy (2017) řadí mezi tyto faktory v rámci České republiky ekonomickou nerovnost mezi rodinami, vysokou míru rozvodovosti, vysokou míru nezaměstnanosti rodičů a běžné používání fyzických trestů ve výchově dětí na základě jejich společenské tolerance. Vaníčková (2007b) přidává k výčtu faktorů dále stresující životní události, nedostatek lékařské péče a systému na ochranu dětí, bezdomovectví, marginalizaci rodiny, vystavení se toxinům v životním prostředí či mediální násilí. Ne všechny z těchto faktorů se však týkají přímo České republiky. Své místo zde také zaujímá legislativní úprava dané země, míra kriminality ve společnosti, práce orgánů činných v trestním řízení atd. (Zoubková, 2001).

3. Možnosti detekce ohrožení dětí

Aby bylo možno provést vhodnou intervenci v případě ohrožení dítěte, je potřebná včasná a také správná detekce, zda se v rodině dítěte děje něco, co vyžaduje pozornost systému ochrany dětí. Detekce se děje hlášením nebo cíleným vyhledáváním jednotlivých případů v rámci státních, komunálních nebo charitativních odborných služeb (policie, krizová centra, poradny, zdravotnická či školská zařízení, dětské diagnostické nebo jiné domovy, orgány péče o rodinu a dítě, linky bezpečí apod.). Vnímaví vůči potřebám dítěte by měli být především pracovníci v těchto institucích, zabývajících se dítětem (lékaři, pedagogové, pracovníci v různých dětských organizacích apod.), kteří při své běžné činnosti mohou pojmut podezření na případné ohrožení a dále podle potřeby dítěte jednat a zasáhnout (Dunovský et al., 1995). Kromě odborníků, od kterých se očekává zvýšená citlivost vůči potřebám dítěte, mohou ohrožení dítěte detekovat jeho nejbližší, příbuzní, sousedé či může ohrožení odhalit dítě samo.

Z průzkumu nadace Sirius na základě hloubkových rozhovorů s odborníky však vyplývá, že česká společnost je zatím relativně dosti tolerantní k násilí v rodině a blízkých vztazích, nepřiměřenému zacházení s dětmi a jejich trestání. Tolerance může souviset s tím, že ve společnosti stále panuje nedostatečná informovanost o závažnosti, míře výskytu a důsledcích zneužívání, týrání a zanedbávání dětí pro jednotlivce i celou společnost. Detekce může být pro běžného člověka, který se o tuto problematiku příliš nezajímá, náročná, jelikož veřejnost stále není dostatečně vybavena znalostmi jak poznat ohrožené dítě a jak nakládat s případným podezřením (na koho a jak se obrátit pro potřebnou pomoc pro dítě apod.; Badová & Petrenko, 2020). Běžný člověk může být přesvědčen, že na dítěti je na první pohled vidět obava či trápení. Pravdou však zůstává, že děti tají případy, kdy je s nimi nevhodně zacházeno, a zároveň se jejich trápení může manifestovat jiným způsobem, například poruchami chování, nesoustředěností a dalšími projevy, které jsou okolím nesprávně vyhodnocovány nebo jim není věnovaná přílišná pozornost (Vajsová, 2013). Veškeré tyto projevy budou v práci dále popsány.

Další překážkou, která při odhalení nastává, je povaha syndromu CAN – většina případů se odehrává v rodinném prostředí a může být velmi obtížné proniknout do rodinného systému, jelikož tento krok může představovat narušení intimity a vnitřního vztahového světa rodiny. Taková rodina si svá „tajemství“ také velmi pečlivě hlídá. Oznamovatel, především je-li to člověk rodině blízký, může mít strach tuto věc oznámit, například proto,

aby nezasáhl nevhodným způsobem a dítěti nezpůsobil ještě větší újmu. Také může hrát roli strach z agresora, výslechů u soudů apod. (Bukovská et al., 2010).

Mezi odbornou veřejností je však pozornost na týrané a sexuálně zneužívané děti soustředována více než kdy jindy v minulosti, a to především právě u institucí, přicházejících jakýmkoliv způsobem do kontaktu s dětmi. Ani zde se však nemůžeme vždy spolehnout na odbornost a profesionalitu lidí, přicházejících do styku s dětmi a spousta případů zůstává nepodchycených, jelikož méně výrazné či „špatně viditelné“ formy ohrožení stále pozornosti lékařů i blízkému okolí dítěte unikají (Krejčová, 2007). Jedním z důvodů může být například chybějící standardizovaný multioborový nástroj pro detekci a záchyt ohrožených dětí či pro identifikaci míry ohrožení u profesí, přicházejících do kontaktu s dětmi. Také chybí odborně stanovené postupy pro jednotlivé stupně ohrožení dítěte a intervence jsou zatím voleny spíše nahodile. Co se týče mezioborové spolupráce, stále není zaveden systém pro sdílení informací mezi institucemi, např. pomocí online evidence, s čímž souvisí taky absence jednotného validního monitoringu výskytu ohrožení dětí a poskytované péče či systém vyhodnocení efektivity služeb a opatření (Badová & Petrenko, 2020).

V následujících kapitolách budou popsány možnosti detekce ohrožení lidmi, kteří s dítětem přicházejí do styku nejčastěji a také je uvedeno odhalení samotným dítětem, čemuž se věnuji nejdříve. Jednotlivé ukazatele možného ohrožení jsou následně popsány ve čtvrté kapitole s názvem *Následky ohrožení dětí*.

3.1 Odhalení dítětem

Kromě toho, že je potřeba všimnout si signálů, které u dítěte mohou poukazovat na to, že je ve své rodině ohroženo špatným zacházením, se také můžeme setkat s tím, že se dítě tuto skutečnost rozhodne odhalit samo. To však není běžná situace, se kterou by se dalo počítat, a navzdory vysoké prevalenci a vážnosti následků syndromu CAN se často stává, že dětem se násilí odhalit nepovede anebo odhalení po dlouhá léta odkládají (Smith et al., 2000). Rovněž děti dlouhou dobu nemusí mít náhled na to, že to, co se jim děje, není v pořádku, protože vycházejí z norem uplatňovaných v rámci rodiny a domácnosti (Badová & Petrenko, 2020). Pro vymanění se z této situace musí mít dítě jasnější představu o fungování světa a možnostech pomoci. Často dochází ke změně vnímání přibližně kolem dvanáctého roku života, kdy má dítě poprvé vhled do jiných rodin a může porovnat, že normy nastavené v jeho domácnosti nejsou běžnou součástí každé rodiny (Dušková, 2007).

Důvodů, proč se dítě nechce svěřit s tím, že mu v rodině ubližují či se o něj nestarají správně, je celá řada. Především může hrát roli stud a strach mluvit o něčem tak intimním, jako sexuální zneužívání či jiné ubližování. Dítěti může také bránit intenzita a komplexnost vztahu, jakou má s agresorem vytvořenou, a také může často pociťovat vůči agresorovi i přes toto ubližování pozitivní vztah a loajalitu (Hinkelman & Bruno, 2008). Svou úlohu má zde také závislost dítěte na agresorovi, a to nejen citová, ale také materiální (Chromý, 2011). Velkou roli hraje také strach na základě výhrůžek agresora a rovněž ve chvíli, kdy není dítě explicitně varováno, vnímá atmosféru tajemství a nutnosti nikomu nic nesdělovat. Dítě žije s pocitem, že po odhalení by se pro něj (nebo i pro další členy rodiny) stala situace ještě horší (Hinkelman & Bruno, 2008). Jindy dítě věří, že toto chování brzy skončí (Bukovská et al., 2010). Kromě strachu z agresora se dítě také může obávat toho, že mu nebude nikdo věřit, že na něj budou lidé, kterým se svěří, naštvání, nebo cítí vinu a zodpovědnost za to, co se děje a bojí se toho, že i ostatní ho budou vinit. Tyto pocity vznikají často na základě toho, že jim agresor přímo říká, že si takové zacházení za své chování zaslouží (Hinkelman & Bruno, 2008). Především dívky, které jsou sexuálně zneužívané, se mohou cítit provinile, že svým chováním agresora „vyprovokovaly“ (Chromý, 2011). Dítě také cítí zodpovědnost za možný rozpad rodiny, je-li agresorem např. otec nebo přítel matky (Ullman, 2002). Zároveň dítě dost často neví, kam a jak se obrátit o pomoc a samo se vzhledem k fyzickým dispozicím na odpor agresorovi ještě postavit nedokáže (Chromý, 2011).

K odhalení zneužívání může dojít buď náhodou (především u mladších dětí), nebo na základě vědomého rozhodnutí dítěte. Pravděpodobněji se dítě odhodlá ke svěřením se, má-li dostupnou blízkou osobu, které důvěřuje. Z počátku může odhalit pouze část informací a vyčkat, jak bude dospělý reagovat (Hinkelman & Bruno, 2008), nebo může delší dobu volit zástupná témata, např. se dotazovat „teoreticky“ nebo mluvit o zkušenosti dítěte, kterému se údajně týráni či zneužívání děje (Bukovská et al., 2010).

Mezi důvody, které mohou vést dítě k odhalení, patří např. vědomí, že takové chování vůči němu není správné, touha toto chování zastavit, naštvání na agresora nebo nalezení osoby, které důvěřuje. V případě sexuálního zneužívání mohou dospívající děti pociťovat touhu, aby jejich vznikající partnerský vztah nebyl tímto nijak ohrožen. Také může dojít k nechtěnému otěhotnění, které vede některé dívky k odhalení pravdy, nebo mohou mít dívky z možného otěhotnění strach (Ullman, 2002). Některé děti se rozhodnou k odhalení sexuálního zneužívání ve chvíli, kdy se to začne dít také jejich sourozenci nebo si začnou uvědomovat tuto potenciální možnost a projeví tak snahu sourozence ochránit (Bukovská et

al., 2010). Pokud je dítě ohledně toho, co se mu doma děje, dospělým správně a šetrně dotazováno, může se mu snadněji dařit odhalit co nejvíce informací (Talley, 2005).

Adekvátní pozitivní reakcí na svěřením se dítěte je důvěra, nezpochybňování toho, co bylo řečeno, neobviňování, socioemocionální podpora (ochrana, vyvinění, naslouchání, přijetí). Pozitivní reakce hrají jednu z nejvýznamnějších rolí v celkové následné terapii. Negativní reakce jako nedůvěra, obviňování (buď ze lhaní nebo z provokace k tomuto jednání), zpochybňování, ignorování, trestání, naštvání, lhostejnost nebo vyhýbání se mluvení o tom, co se děje, mohou mít negativní dopad na psychiku dítěte, nehledě na to, že týrání a zneužívání bude nadále pokračovat, případně se ještě zhorší jako trest za pokus o odhalení. S negativní reakcí na dítě koreluje faktory jako pohlaví (chlapci dostávají podpory méně), vyšší věk dítěte, vážnost ohrožení (čím častěji a čím déle, tím je vyšší šance na negativní reakci) a délka doby mezi událostí a samotným odhalením (čím později je zneužití odhaleno, tím méně je důvěryhodné; Ullman, 2002).

Také situace, kdy dítě výpověď odvolá, může u dospělých vyvolávat nedůvěru v to, co dítě říká, a ovlivní to vnímání celé situace i do budoucna. Přitom existuje spousta důvodů, proč dítě svou výpověď změni a v praxi je to jev poměrně běžný. Dítě mohlo být například agresorem za odhalení potrestáno či mu bylo vyhrožováno zvýšením trestů v budoucnu, mohlo se zaleknout následků – jak pro něj, tak pro členy rodiny, včetně agresora (např. rozpad rodiny, potrestání agresora, odmítnutí dítěte netýrajícím rodičem apod.; Dušková, 2007). Dítě může také odmítnout výpověď ve chvíli, kdy cítí, že za ním nikdo nebude stát a nebude mu oporou, dojde-li k odsouzení pachatele (Täubner, 1996) nebo tak může učinit pod tlakem dalších členů rodiny (např. aby „nedělalo ostudu“; Dunovský et al., 1995). Dítě také může vnímat množství starostí, které svým sdělením svému rodiči či jiným blízkým osobám „způsobilo“ a mohou o ohrožení přestat hovořit, aby tyto osoby „ochránily“ a nepřidělávaly jim další trápení (Dušková & Andrtová, 2021).

3.2 Nezneužívající rodič

Role rodičů ve vztahu k dítěti ohroženému syndromem CAN jsou rozloženy různě, v závislosti na typu ohrožení. Co se týče fyzického či emočního týrání, může dojít k situaci, kdy jsou zapojeni oba rodiče, nebo je agresorem jeden z nich a druhý rodič je často sám obětí (např. při domácím násilí). V takovém případě nezneužívající rodič o týrání dítěte ví, ale protože je sám součástí celé situace, často mlčí ze strachu z agresora, stejně jako samo dítě.

Zanedbávání dítěte naopak bývá typickou formou ohrožení, kdy jsou zapojeni oba rodiče, žijí-li spolu.

Jiná situace nastává při sexuálním zneužívání dítěte, kdy může ke zneužívání docházet v jedné domácnosti a nezneužívající rodič si po dlouhou dobu nemusí ničeho všimnout. Právě na tomto příkladu ohrožení lze nejlépe názorně popsat situaci, kdy může detekovat ohrožení dítěte rodič, který se na něm přímo nepodílí. Pro zjednodušení bude kapitola psána pouze o matce jakožto nezneužívajícím rodiči, vzhledem k obvyklému ohrožení dítěte mužským členem domácnosti.

To, že si matka nemusí po dlouhou dobu všimnout, že je její dítě doma ohroženo, a tím pádem mu ani nemůže poskytnout adekvátní ochranu, může být zapříčiněno fyzickou nepřítomností matky (nejčastěji dochází k sexuálnímu zneužívání večer nebo v noci, kdy je matka na noční směně) či emoční nezúčastněnosti a přehlížení některých jevů v rodinném fungování (Weiss, 2000). Ve chvíli, kdy se matka dozví, že je její dítě sexuálně zneužíváno, může jednat různými způsoby. Mezi neadekvátní reakce řadíme odmítnutí tvrzení dítěte, obvinění ze lhaní (např. z obavy ze svého vlastního selhání při ochraně dítěte) nebo situaci, kdy matka dítěti sice věří, ale přesto jej ze situace viní, případně je dítěti poskytnuta pouze rada, aby se agresorovi vyhýbalo, ale sama matka nijak více nezasáhne. Nebo si může matka chování povšimnout, ale může se jej snažit ignorovat, opustit danou situaci apod. Zřídka také dochází k situaci, kdy matka agresorovi aktivně napomáhá, a to např. tak, že ze strachu před násilím vůči ní či vůči dalším členům rodiny „obětuje“ toto zneužívané dítě či nabízí dítě jako „náhradu za sebe“ za účelem udržení partnera (Raboch & Sovák, 1995; Weiss, 2000). Matka může taky oscilovat mezi tím, zda věří svému dítěti či partnerovi, a může být ve svém přístupu k dané situaci velmi ambivalentní. Zvláště matoucí může být pro dítě situace, kdy matka verbalizuje podporu dítěti, ale svým jednáním podporuje agresora, a to především v situaci, kdy si je nejistá a agresor ji přesvědčuje o opaku, než s čím se svěřilo dítě, přičemž měla matka k agresorovi doposud pozitivní vztah (Dušková, 2007). Také může nastat situace, kdy matce selhávají instinkty k ochraně dítěte, např. pokud byla v dětství sama obětí zneužívání, a proto ji takové chování nepřijde nepatřičné. Je rovněž možné, že si matka velmi dobře uvědomuje finanční závislost na muži, obzvláště jsou-li v rodině další děti, a podvědomě si situaci, která by vedla k rozpadu rodiny, nechce připustit. Mohou se také objevit negativní reakce vůči dítěti (především k dceři), jako je vztek či žárlivost (Vajsová, 2013). Někdy se může snažit za pomoci institucí napravit rodinné vztahy, protože rodinu nechce rozbít (Raboch & Sovák, 1995).

Je potřeba myslet na to, že dítě často zaujímá takový postoj, jaký zaujme matka, a pokud matka situaci nepřijme a dítě nepodpoří, pak ani dítě není schopno pozitivního sebepřijetí. Dítě potřebuje z matčiny reakce vyčíst, že se situace dá zvládnout. Právě postoj matky k celé situaci patří k nevýznamnějším sledovaným faktorům, protože se z ní dá usuzovat na to, zda dokáže dítěti zajistit adekvátní ochranu před dalšími útoky zneužívání nebo fyzického či psychického násilí (Dušková, 2007).

V případech pozitivních a adekvátních reakcí matka podpoří dítě, plně mu věří a nezpochybňuje jeho tvrzení, okamžitě opustí partnera a vezme dítě s sebou, nahlásí událost příslušným institucím (Raboch & Sovák, 1995). Adekvátní reakce matky je důležitá pro celkové zpracování situace dítětem a případně pro rozvoj následků, především co se týče psychického prožívání dítěte. I přesto, že se matka snaží poskytnout dítěti adekvátní ochranu, se však může sama dostat do zátěžové situace, protože se jí mohou například zhroudit představy a plány do budoucna s partnerem, je-li právě on zneuživatel, nebo jí může hrozit existenční tíseň, rozhodne-li se od partnera odejít atd. (Dušková, 2007).

Při snaze hledat pomoc může matka narazit na problém, že neví, kam se obrátit, případně nemá ve svém okolí dostatečné možnosti nabídky pomoci. Při hledání pomoci např. na internetu se může matka setkávat s různými (protichůdnými) názory a radami, což u ní může vyvolávat podobný zmatek a přehlčení, jako prožívá její dítě. Může také dojít k tomu, že matka nedůvěřuje institucím, na které by se měla obrátit, především z toho důvodu, že žádost o oficiální pomoc bude znamenat, že selhala. Ochota pro využití pomoci vzrůstá např. při doporučení konkrétní organizace někým blízkým s dobrou zkušeností (Jůzová Kotalová et al., 2019). Pracovníci institucí, které matka požádá o pomoc, musí při získávání informací o tom, co se dítěti děje, myslet na to, že může dojít k pozměnění reality na základě matčiny obrany, úzkostné potřeby pomoci nebo vnitřnímu rozrušení a celkovému vnímání celé situace (Youngstrom et al., 2000).

3.3 Okolí dítěte (sousedé, jiní příbuzní)

Pro lidi v okolí dítěte, kteří s ním nejsou v přímém blízkém kontaktu, může být těžké rozeznat, že se v rodině dítěte něco děje. Může se stát, že si sousedé například všimají neúměrného křiku rodičů či dítěte nebo zvuků, připomínající rány, v případě psychického či fyzického týrání nebo domácího násilí. Příbuzní si mohou všimnout např. zvláštních modřin apod. U zanedbávaných dětí registruje všímavé okolí např. špinavé nebo dlouho neměněné oblečení, nemytý nebo nezdravý vzhled dítěte atd. U sexuálního zneužívání nemusí být na

první pohled nic patrné. I přesto, že občané jsou na toto téma vysoce citliví, objevuje-li se v médiích, a výrazně s ním nesouhlasí (oproti fyzickému týrání, kde mezi lidmi není jasně stanoveno povědomí o hranici mezi “přípustným” trestáním a týráním), je veřejnost stále ještě málo informována o tom, jakou podobu může např. sexuální zneužívání mít a u mnoha lidí stále panuje přesvědčení, že je pácháno sexuálními devianty mimo rodinu, a je pro ně těžce přijatelnou skutečností, že by se mohlo dít v rodině, která působí navenek velmi spořádaně. A také ve chvíli, kdy lidé nějaké tušení či podezření mají, mohou tento fakt vytěšňovat nebo popírat (Chromý, 2011). Stává se, že i když lidé mají tušení, že je v jejich okolí sexuálně zneužíván či jinak ohrožen dítě, rozhodnou se nezasáhnout, aby situace pro dítě nebyla ještě horší, nebo zkrátka neví, jak mají jednat adekvátně (Bukovská et al., 2010). Inhibitorem oznámení syndromu CAN však také může být prostá lhostejnost mnohých lidí k osudu ohroženého dítěte. Tito lidé se také nemusí chtít vměšovat do situací, které mohou vyústit v nepříjemné chvíle při komunikaci s policií, se zákonem apod., což pramení již z letité nedůvěry k těmto institucím. Překážkou může být také pocit udavačství ve chvíli, kdy by oni sami měli něco oznamovat úřadům, zvláště tak citlivou záležitost, jako je násilí v rodině, sexuální zneužívání či kterákoliv jiná forma nežádoucího jednání vůči dětem (Dunovský et al., 1995). V praxi se můžeme setkat s tím, že ve chvíli, kdy se lidé rozhodnou oznámit týrání, zanedbávání či zneužívání dítěte institucím, preferují mnohdy v rámci své vlastní ochrany možnost anonymního oznámení.

3.4 Škola

Ze všech prostředí, kde se dítě nachází, je právě škola místem, kde tráví dítě nejvíce času. Učitelé jsou tak ze všech dospělých osob, se kterými dítě přichází kromě rodičů do styku, těmi, se kterými jsou nejvíce v interakci. Proto mohou dobře sledovat změny v chování, dosahování školních výsledků či prožívání, které odráží to, čím si právě dítě prochází, a zároveň mohou mít srovnání s jejich vrstevníky. Stejně tak si mohou všimnout např. zanedbaného vzhledu dítěte či nedostatečné přípravy na vyučování (včetně nezaopatřených školních pomůcek atd.), které mohou být ukazatelem zanedbávání. V případě, že má učitel vybudovaný s dítětem dobrý vztah a panuje mezi nimi atmosféra důvěry, může být pro dítě právě tou dostupnou osobou, které se rozhodne svěřit a následně tak může dítěti poskytnout podporu a vyhledat adekvátní pomoc (Hinkelman & Bruno, 2008).

Při pokusech o správnou identifikaci může být překážkou nízký věk dítěte, které ještě nedokáže verbalizovat vše, co se mu doma děje, tak přiléhavě, jako by to zvládlo starší dítě (Hinkelman & Bruno, 2008). U mladších dětí lze spoustu informací získat díky poslouchání

vyprávění toho, co doma zažívají nebo díky pozorování toho, jak si hrají, kde se může promítat jejich vnitřní svět a prožívání (Talley, 2005). Někdy se učitel může o ohrožení dozvědět prostřednictvím jiného dítěte, kterému se ohrožené dítě svěřílo (Austin, 2000).

Školská zařízení nesou v případech ohrožení dětí velkou zodpovědnost a je jim udělena zákonná povinnost jakékoliv podezření hlásit, může se však stát, že v tomto ohledu selžou. Důvodem těchto selhání může být nedostatečná příprava učitelů a dalších pracovníků k rozpoznání signálů, že se něco děje, nebo neznalost adekvátních postupů při odhalování a následném zasahování při podezření na zneužití dítěte. Signály, které děti vykazují, mohou vyhodnotit jako důsledek mnoha jiných příčin. Učitelé mohou mít také strach, že by zásahem mohli nějak narušit vztah mezi nimi a dítětem, ale také mezi nimi a rodičem dítěte. Roli může hrát také neznalost nebo špatný výklad zákona či nedostatek důkazů, na základě kterých by mohlo být ohrožení nahlášeno. Stejně jako pro jiné lidi v okolí dítěte, i pro učitele může být emocionálně náročné zpracovat a přijmout fakt, že dítě může být doma ohroženo fyzickým či sexuální násilím. Tato představa může být pro některé učitelé tak neuvěřitelná, že raději obviní dítě ze lhaní (Hinkelman & Bruno, 2008). Není jasné, v kolika případech je ve škole ohrožení dítěte rozpoznáno, ale zároveň nenahlášeno příslušným orgánům, jelikož učitelé či ředitelé škol mohou pociťovat rozpor mezi touto povinností a potřebě zachovat si u dítěte důvěru, že to nikomu neřeknou, požádá-li je navíc o to samo dítě (Gilbert et al., 2009a). Nesmí být opomenutá také skutečnost, že někteří ředitelé odmítají spolupráci s OSPODem ze strachu o poškození dobré pověsti školy nebo ze strachu z reakce rodičů (SocioFaktor s.r.o., 2014).

Vnímám jako užitečné zajistit kontinuální vzdělávání pedagogických pracovníků nejen při přípravě na povolání, ale také během výkonu své profese. Vzdělání a orientace v dané oblasti může posílit schopnosti pedagogů všimnout si jednotlivých signálů a také sebejistotu ve správném rozhodování, jak se k dané situaci postavit.

3.5 Lékař

K lékařskému vyšetření nedochází zneužívající či týrající rodič s dítětem primárně z důvodu, aby lékař vyšetřil dítě, které zažívá týrání, zanedbávání nebo zneužívání, ale přichází s nějakým zástupným problémem a mnohdy s vymyšlenými údaji ohledně získaných zranění a celkovém zdravotním stavu. Povinná registrace dětí u praktického lékaře pro děti a dorost navíc není v České republice uzákoněna, takže dost často nemusí rodiče s dítětem dojit k lékaři vůbec. A také ve chvíli, kdy dítě registrované je, může dítě pozornosti

lékařů unikát, např. tak, že rodiče docházejí s vážnými zraněními raději na pohotovost nebo do odborných ambulancí, nebo lékaře často mění a novému lékaři pak tvrdí, že si jméno předchozího lékaře nepamatují. S důsledky syndromu CAN se tedy častěji setkávají zdravotníci úrazových ambulancí, zdravotnické záchranné služby, urgentních příjmů nemocnic a následně také dětských domovů pro děti do tří let věku (Ministerstvo vnitra, 2018). Ve chvíli, kdy se jedná o zranění malé a nezávažné, rodiče lékařskou pomoc nevyhledávají vůbec a dítě tak dále systému uniká (Kellogg, 2007). Typická je časová prodleva, kdy pečující přichází s dítětem k lékaři, protože s návštěvou dlouho otálí se snahou týrání skrýt a s předpokladem, že se stav dítěte spontánně upraví. Oproti tomu při náhodně vzniklém úrazu je patrná snaha rodičů vyhledat lékařské ošetření okamžitě (Dunovský et al., 1995).

V ideálním případě by měl lékař při každé kontaktu s dítětem a rodinou věnovat pozornost rodinnému prostředí a posoudit funkčnost rodiny. Při vyšetření by měl brát vždy v potaz možné příznaky fyzického týrání, sexuálního zneužívání a zanedbávání (Lovasová & Schmidová, 2006), přičemž fyzické týrání může být zpozorováno a identifikováno lépe než zanedbávání a sexuální zneužívání, jelikož následky fyzických zranění bývají lépe viditelné (Louwers et al., 2011). Také u těchto zranění však musí lékař zvažovat, jestli k nim došlo náhodou, např. důsledkem toho, jak si dítě vzhledem ke svému přirozenému vývoji hraje a objevuje svět, nebo to jsou zranění, u kterých je méně pravděpodobné, že by si je dítě způsobilo samo (Talley, 2005). Lékaři může v rozhodování pomoci také důkladné snímání anamnézy ohledně toho, co se stalo, a znalost dosavadního fungování rodiny a vztahů v ní, a nesrovnalosti mezi anamnézou a klinickým nálezem jej mohou utvrdit v podezření z nenáhodného, úmyslného nebo nedbalostního poškození zdraví dítěte. Neočekává se, že by lékař dokonale stanovil diagnózu syndromu CAN, ale že bude všímavý vůči podezřelým nálezům, které pak předá příslušným orgánům na základě své oznamovací povinnosti, jež si musí být vědom (Biskup, 2003). Lékař nesmí zapomenout na citlivost vyšetření při podezření na syndrom CAN, měl by zvolit vyšetřování v přátelském prostředí, zbytečně vyšetřením nezpůsobovat dítěti další bolest a při pátrání po údajích se zbytečně opakovaně nevracet k líčení traumatizujících zážitků. Při vyšetření je důležité všimnout si chování dítěte, jeho sociálních dovedností, úrovně slovní zásoby ale také např. celkového vzhledu a stavu ošacení (Dunovský et al., 1995).

Při posuzování zranění a možného rizika týrání s ním spojeného hraje roli věk dítěte a také závažnost tohoto zranění – čím je dítě menší a zranitelnější, tím větší je riziko, že

zranění bude vyžadovat lékařskou péči a tím větší je také potřeba správně identifikovat týrání (Louwers et al., 2011). Varovnými příznaky, které by lékař neměl opomenout, jsou např. těžko vysvětlitelné hematomy, kožní léze, zlomeniny, poranění svalů a šlach, krvácení, vytrhané vlasy, ale také popáleniny, řezné a tržné rány, poranění hlavy (otřes mozku, subdurální hematom) a poškození vnitřních orgánů (které nemusí být na první pohled viditelné; Pemová & Ptáček, 2012; Zoubková, 2001). Pro lékaře může být někdy velmi obtížné určit, zda tato zranění vznikla záměrně či si je dítě způsobilo samo, neúmyslně (např. pádem či nárazem) a také může být těžké odlišit nepřiměřené potrestání od systematického týrání (Tenney-Soeiro & Wilson, 2004).

Identifikace fyzického týrání

Modřiny se na těle týraného dítěte objevují následkem fyzického násilí páchaného mechanicky (bitím rukou, kopáním, kroucení kůže končetin či uší, hozením dítěte o zem či na tvrdou překážku apod.) nebo následkem násilí za použití různých předmětů či nástrojů (např. vařeček, důtek, gumových hadic apod.; Zoubková, 2001), případně nárazem dítěte o tupý předmět; Dunovský et al., 1995). Typicky se nacházejí na hýždích, stehnech, trupu nebo zádech. Často lze z tvaru modřiny rozpoznat, jakým předmětem byla způsobena. Šňůry od spotřebičů zanechávají modřinu ve tvaru „U“, můžeme vidět stopy prstů na kůži po škrncení či po silné facce, v obličejí jsou modřiny po úderech pěstí, lze rozeznat stopy po prstenu, rákosce, vařečce atd. Ukazatelem úmyslného násilí jsou modřiny, které se na typických místech objevují opakovaně. Barva modřiny může lékaři prozradit její stáří (Biskup, 2005).

Úmyslně způsobené **popáleniny** se typicky nacházejí na místech, které se běžně při vyšetření dítěte neodhalují, např. na chodidlech. Popáleniny jsou nejčastěji způsobovány cigaretami nebo úmyslným opařením vařící vodou (typicky na intimních místech a dolních končetinách, kdy malé dítě bývá do vody ponořeno – je patrna linie ponoru, starší děti bývají vroucí vodou polévány), nebo žhavým předmětem (např. popálené dlaně, chodidla nebo hýždě o plotnu, rozpálený radiátor, žehličku apod.; Biskup, 2005). Lze zaznamenat také popálení od provazu na místě, kde dítě bylo uvázáno, může také vzniknout popálení třením např. při vlácení dítěte po koberci. Popáleniny rtů a okolí úst mohou vzniknout následkem násilného strkání horkého jídla do úst (Dunovský et al., 1995).

Fraktury, způsobené týráním dítěte, nacházíme nejčastěji na končetinách, dále jsou typické fraktury žeber či lebky. Je-li dítě mladší dvou let, je každá fraktura podezřelá

z fyzického týrání, případně zanedbání péče. Podezření také může vzbudit pozdní příchod zraněného k lékařskému vyšetření (v rámci několika dnů) a také opakované či mnohočetné zlomeniny. Mohou vznikat různými nárazy či pády, v případě končetin též následkem kroucení, škrubnutí (Biskup, 2005).

Údery do hlavy mohou způsobovat **poranění centrálního systému**, následný rozvoj subdurálního hematomu, otřesu mozku apod. Na první pohled může na tato zranění lékař usuzovat na základě bezvědomí dítěte, které je potřeba vždy důkladně vyšetřit (Biskup, 2005). Poranění hlavy bývá nejčastější příčinou úmrtí týraných dětí a významnou příčinou chronických neurologických potíží (Dunovský et al., 1995). U týraných kojenců je typický tzv. „shaken baby syndrom“, kdy dochází k poranění mozku následkem zuřivého třesení dítětem (Talley, 2005). Různé otřesy však nejsou na první pohled viditelné, dochází pouze k funkčním změnám (Dunovský et al., 1995).

Mezi další podezřelá zranění pak řadíme poranění očí, vyražené zuby, natrhlé rty (při surovém krmení lžičkou), poranění nitrobřišních orgánů (Biskup, 2005), poranění svalů, natržené ušní boltce či stopy po kousnutí apod. (Dunovský et al., 1995).

Na **sexuální zneužívání** poukazuje poranění genitálu či anální oblasti (např. různé trhliny, hematomy, odřenininy, zarudnutí kůže v intimní oblasti), infekční nákazy či záněty, otoky (včetně močové trubice), výtoky, bolesti při močení či defekaci, u dívek známky deflorace (narušená panenská blána) či gravidita (vzhledem k dříve nastupující pubertě je nutno zvažovat graviditu již kolem 11-12 let věku), je také nutno myslet na možnost nákazy pohlavně přenosnými chorobami (Biskup, 2005). Zejména chlapci mohou trpět bolestí genitálu také následkem kopání či bouchání do těchto oblastí. V případě takových nálezů je nutná návštěva dětského gynekologa, je však nutné mít na paměti, že anogenitální zranění se hojí velmi rychle, v rámci dnů (Talley, 2005).

Diferenciální diagnostika

Zranění, která vznikla náhodou, např. při hře, jsou viditelné nejčastěji na místech, které na těle „vyčuhují“ a jsou tedy náchylnější k náhodnému úrazu při pádu nebo vběhnutí a vrazení do nějakého předmětu (nábytku apod.), jako např. čelo, brada, lokty, hýždě, kolena a holeně. Oproti tomu záměrná zranění jsou častěji na místech měkkých tkání, jako jsou uši, krk, podpaží, břicho anebo jsou-li modřiny na hýždích rozsáhlé. Věk a celková vývojová úroveň dítěte je jednoduchou určující pomůckou – děti, které ještě nejsou mobilní,

nepřicházejí k modřinám a zraněním náhodně vlastním přičiněním a pokud k tomu dojde, rodiče jsou schopni podat podrobnou a pravdivou výpověď o původu zranění (Talley, 2005). I rodič či sourozenec může dítěti ublížit nezáměrně, např. při nechtěném pádu (s dítětem v náručí či na něj) apod. V tomto případě to však rodiče s velkou pravděpodobností řeší okamžitě (Leventhal, 2016).

Při časté tvorbě modřin a krvácení je potřeba vyloučit možné onemocnění, které způsobují změnu srážlivosti krve, mezi jejichž příznaky patří vznik modřin nebo krevních sraženin, jako je idiopatická trombocytopenická purpura, leukémie, porucha srážlivosti krve, různé typy vaskulitidy apod. (Dubowitz & Bennett, 2007), taky je potřeba vyloučit změny krvácivosti následkem užívání některých léků, např. salicylátů. S modřinami se dá vzhledově zaměnit např. také vrozená mongolská skvrna, lékař musí rovněž zvážit a vyloučit další příčiny, jako je nehoda, ušpinění barvou, inkoustem nebo hemangiom (Dunovský et al., 1995).

K náhodnému popálení může dojít např. když dítě při běhání zavadí o hořící cigaretu, kterou zrovna dospělý kouří, vzhled spáleného místa je však jiný (úmyslné popálení je výraznější). Stejně tak jsou méně výrazné jiné náhodné popáleniny, které vidíme nejčastěji na částech těla, kterými dítě objevuje svět, především na dlaních, když se dotkne něčeho horkého, nebo na přední části těla, když na sebe převrhne nádobu s horkou tekutinou apod. (Talley, 2005). Od popálení je nutné odlišit nemoci jako je impetigo, kontaktní dermatitida, ekzém, cellulitis apod. (Dunovský et al., 1995).

V případě zlomenin doporučují Dunovský s kolegy (1995) aby lékaři zvážili možnou nehodu, poranění při porodu, zvýšenou lomivost kostí, nemoc křehkých kostí, osteopenii, osteoporózu, křivici, nedostatek mědi, poruchy pojivosti tkání a jiná onemocnění kostí.

U gynekologického vyšetření pak výše uvedení autoři upozorňují na nutnost vyloučení předčasné puberty při krvácení u dívek a odlišení zranění při nehodě či poškození při masturbaci.

Identifikace zanedbávání

Ve chvíli, kdy má lékař v ordinaci dítě, u kterého je na první pohled patrná např. nedostatečná hygiena, která vede ke zdravotním problémům vzniklých na kůži a vlasech (vši, svrab, impetigo, houbové infekce, infekční zranění, zkažené zuby) je třeba, aby uvažoval i o možnosti zanedbávání dítěte (Talley, 2005). Nedostatečná výživa

u zanedbávaných dětí může vést k těžké dystrofii či atrofii, což se projevuje ve výrazné podváze či až v zástavě růstu. U dítěte se mohou vyskytovat různé hypovitaminózy (nedostatek vitamínu D, vitamínu C a skupiny B), které jsou spojeny s celou řadou dalších fyzických změn, ale také změn psychických a sociálních. U zanedbávání je nutná diferenciální diagnostika z hlediska vlastních organických poruch – např. některé geneticky podmíněné vady, hormonální poruchy (nedostatek růstového hormonu, hormonu štítné žlázy atd.), metabolické (fenylketonurie, diabetes mellitus), poruchy vstřebávání a trávení (enzymopatie, chronické záněty střev, celiakie, cystická fibróza). Dále je potřeba vyloučit obstrukci a další poruchy zažívacího ústrojí a celou řadu chronických onemocnění např. jaterních, ledvinových, plicních, CNS atd. (Dunovský et al., 1995).

Je nutné počítat s tím, že každý lékař má jinou hranici citlivosti vůči tomu, co považuje za ohrožení dítěte, vyžadující zásah institucí, a co nikoliv, což dále ovlivňuje i rozhodování, zda tyto instituce bude kontaktovat. Pozitivně může přispět např. konzultace s kolegy a dalšími odborníky, předchozí dobrá zkušenost se systémem pro ochranu dětí či důkladná znalost rodinné historie a anamnézy a výrazná nekonzistence udávaných informací a klinického nálezu. Také hraje roli závažnost úrazu (drobná zranění nebývají reportována). Provede-li lékař při podezření důkladné celkové vyšetření dítěte, může dospět k dalším zjištěním, které ho v podezření utvrdí. Negativně může být rozhodování ovlivněno např. nedostatečnou jistotou lékaře, že je jeho podezření správné, blízkými vztahy s rodinou, které nechce lékař „poškodit“, očekáváním neadekvátní reakce institucí po oznámení (např. na základě předchozí špatné zkušenosti) či zhoršení situace pro dítě nebo očekáváním, že jeho vlastní intervence v rodině bude dostatečná či dokonce lepší, než intervence OSPODu (Flaherty et al., 2008).

Úloha lékaře v celém diagnostickém procesu je jednou z nejzásadnějších. Od vyšetření se dále odvíjí další postup při péči o ohrožené dítě. Z profese lékaře vyplývá ohlašovací povinnost a tím pádem velká zodpovědnost za celý proces. Pro správné plnění této úlohy je potřeba upozorňovat na tuto problematiku již v rámci kvalifikačního a celoživotního vzdělávání zdravotníků, aby byli schopni adekvátně identifikovat možné ohrožení a správně na něj reagovat. Důležité je také mít sjednocující metodiku, která nabízí správný postup při podezření na syndrom CAN (Ministerstvo vnitra, 2018). Při podezření na syndrom CAN čeká lékaře řada nelehkých úkolů od konzultace s rodinou a institucemi až po snahu ochránit dítě co nejlépe a dobrá připravenost může celý proces usnadnit.

4. Následky ohrožení dětí

Týrání, zneužívání a zanedbávání způsobuje dítěti jednak bezprostřední psychické a fyzické poškození, zároveň jsou však následky pro dítě dalekosáhlé a mohou se promítat do všech oblastí jeho života po různě dlouhou dobu a často si je nese jedinec také do dospělosti. Pro téma diplomové práce jsou podstatné především následky okamžité, kterých si můžou lidé v okolí dítěte povšimnout a ze kterých lze usuzovat na možné ohrožení.

Ohrožení se projevuje na různých úrovních života dítěte, v různých formách i s různou mírou poškození. To, jaké konkrétní projevy se u dítěte vyskytnou je ovlivněno mnoha faktory, např. **načasováním** (čím dříve je dítě ve svém životě vystaveno násilí, tím škodlivější následky to může mít), **chronicitou** ohrožování dítěte (chronické ohrožení dětí má za následek více negativních následků než jednorázové ohrožení; Jonson-Reid et al., 2012), celkovou **délkou vystavení** se ohrožení v rodině (čím déle dítě žije ve zneužívajícím či zanedbávajícím prostředí, tím více negativních následků zažívá; Child Welfare Information Gateway, 2015) a v neposlední řadě také tím, jestli je dítě vystaveno jednomu typu ohrožení, nebo se způsoby ohrožení **kombinují a kumulují** (více ohrožení představuje pro dítě větší zátěž; Perry, 2001). Roli hraje také **vztah dítěte s agresorem** a další faktory, tvořící prostředí dítěte (Krug et al., 2002). Těmto rizikovým faktorům v rodině, které jsou podstatné jak pro rozvoj násilí na dětech, tak pro rozsah jejich následků, jsem se věnovala ve 2. kapitole.

Vzhledem k výše uvedeným podmínkám jsou důsledky nevhodné nebo nedostatečné péče nejen u každého dítěte jiné, ale dokonce u dětí z jedné rodiny, které prošly stejnou či podobnou zkušeností, mohou být projevy, především v oblasti prožívání a zpracování této skutečnosti, odlišné. Může tak dojít k tomu, že zatímco jedno dítě je událostmi hluboce traumatizované a ovlivněné v mnoha oblastech jeho osobnosti a života, druhé dítě si vybuduje obranné mechanismy a je situací paradoxně posíleno (Pemová & Ptáček, 2012).

Jak již bylo řečeno, pro účely této práce budou zachyceny následky okamžité, kterých si může okolí dítěte povšimnout v době, kdy je dítě ohrožení vystaveno, a kdy je identifikace těchto následků potřebná pro zastavení dalšího špatného zacházení s dítětem. V následujících podkapitolách jsou následky rozděleny do několika podoblastí, podle toho, na jaké úrovni života dítěte se projevují. Nejsou rozděleny podle typu ohrožení, protože spousta faktorů, které ohrožené děti vykazují, jsou totožné pro různé formy ohrožení a často se to ve studiích a odborné literatuře dále nerozlišuje (hovoří se obecně o *child's*

maltreatment). Vychází se z poznatku, že jakákoliv forma syndromu CAN představuje pro dítě traumatizující událost, která dále způsobuje změny v jejich prožívání a chování (Talley, 2005). Je důležité nezapomenout na to, že přítomnost těchto symptomů však nemusí nutně poukazovat na syndrom CAN a také naopak, nepřítomnost některých z nich není dokladem o tom, že se dítěti nic neděje (Hinkelman & Bruno, 2008). Veškeré projevy chování a prožívání je vždy potřeba posuzovat vzhledem k běžnému chování dítěte, jeho temperamentu a osobnosti (Pemová & Ptáček, 2012).

4.1 Psychická úroveň

Dítě žijící v prostředí, kde je neustále ohrožováno jeho zdraví a bezpečí, je vystavováno permanentním pocitům **strachu**. Prožívaný stav extrémní bezmoci, který vzniká na podkladě velmi silného, nebezpečného a děsivého zážitku ohrožující život, přesahující osobnost jedince a závažně narušující integritu těla a duše, se běžně v literatuře označuje jako **trauma**. Běžné strategie zvládnutí zátěžových situací zde selhávají. Jedinec se cítí zcela bezmocný, ztracený, neukotvený a bez naděje (Doležalová et al., 2017). S takovými pocity extrémního ohrožení se dítě nemusí umět v krátké době vyrovnat. Čelí situaci, kdy řeší **konflikt** mezi svou vlastní potřebou mít v rodiči zdroj opory a zároveň potřebou se bránit chování, které ho ohrožuje, a je nuceno použít nejrůznější obranné strategie. Mezi ně patří např. **deformace vnímání rodičovských rolí, popření** spojené s **idealizací** osoby, která mu ubližuje, přesunutí k **identifikaci** s agresorem, kdy se dítě odreaguje na jiné oběti. Dalším způsobem obrany může být **rozštěpení představy o rodiči** na dobrého a zlého rodiče, což je součástí dezorganizované vazby na rodiče, kdy je reakce dítěte na rodiče nepředvídatelná (Centrum Locika, 2017).

Při sexuálním zneužívání u dítěte vyvolávají zmatek možné **libé pocity a slast**, kterou mu agresor způsobil, radost z vyvolenosti a jedinečnosti, užívání si něžnosti, které kontrastují s pocity hnusu a zavržení (Bukovská et al., 2010). Za takové pocity se může dítě vinit. Nejrůznější **pocity viny** provázejí dítě často po celou dobu, kdy je mu nějakým způsobem ubližováno – jediným možným vysvětlením chování rodičů je pro něj to, že se samo nějakým způsobem provinilo a že si takové chování zaslouhuje (často navíc tyto věty od svých rodičů přímo slýchá; Pemová & Ptáček, 2012; Lainová et al., 2007).

Aktuální následky špatného zacházení s dítětem se týkají současného prožívání celé situace. Dítě zažívá pocity **křivdy, beznaděje, rezignace, zavržení, smutku, strachu, studu** apod. Některé děti mohou reagovat **stažením se do sebe**, mohou být více **ustrášené**,

úzkostné, zvýšeně plačtivé apod., může dojít také k rozvoji **fobií**. Objevují se pocity **zloby, bezmoci a frustrace**, spojené s **pocity nejistoty** a nedostatkem citového zázemí, což může vést ke stupňujícímu se **agresivnímu ladění** a ventilaci nahromaděného hněvu například směrem ke spolužákům ve škole (Lainová et al., 2007). Dítě také zažívá pocity **zrady**, obzvláště je-li si vědomo, že má být dospělým chráněno a ten jej namísto ochrany zneužil jako objekt svého uspokojení. Na základě toho dítě může přestat věřit všem dospělým autoritám, nejen tomu, kdo mu ublížil (Vajsová, 2013). Mohou se objevit **potíže se spánkem** (časté buzení, problémy usnout, noční můry, děti ohrožené sexuálním zneužitím mohou vyžadovat spát v posteli s nezneužívajícím rodičem apod.; Lovasová et al., 2005).

Z dlouhodobého hlediska je **pozměněno zpracovávání emocí**, pozorujeme nedostatek empatie, děti nerozpoznávají, jak se druzí cítí, když je jim ublíženo (Child Welfare Information Gateway, 2015) a ztrácí kontrolu nad svými emocemi (Paolucci et al., 2001). Jinak také hodnotí podněty a častěji např. považují neutrální výraz obličeje za výraz hněvu, více podnětů hodnotí jako hroživých a reagují na ně rychleji reakcí typu útok-útěk (Jůzová Kotalová et al., 2019). Mění se také **sebepojetí** dítěte, pro jehož utváření je klíčové hodnocení nejbližšími lidmi, kteří jsou pro dítě významní. Je-li dítě těmito osobami hodnoceno negativně a je-li vystavováno přílišné kritice a pocitům odmítnutí a bezvýznamnosti pro jeho pečovatele, dochází k podstatnému narušení vlastního sebehodnocení. Dítě je pak nejisté samo sebou i vztahy s blízkými lidmi, přijímá přesvědčení, že si nezaslouží ničí lásku, nedůvěřuje svému okolí a potřebuje se více bránit (Lainová et al., 2007).

Dítě vystavené sexuálnímu zneužívání může zažívat pocity, které Finkelhor a Browne (1985) popsali jako **traumatogenní dynamiky**. Mezi ně patří **pocit bezmocnosti, stigmatizace** (dítě je přesvědčeno o vlastní špinavosti, špatnosti a vině), **zrady** a **traumatická sexualizace**. To vše je doprovázeno nepříjemnými pocity, vyplývajícími z neustálého narušování tělesné integrity, ze selhání veškerých obranných mechanismů a z nedůvěry dítěte k nejbližším osobám. Při traumatické sexualizaci, vzniklé předčasnou stimulací dítěte dospělým, reaguje tělo dítěte fyziologicky na tuto stimulaci a dochází k pocitu sexuálního napětí a k **potřebě sexuálního vybití** a dítě se tak pohybuje v začarovaném kruhu příjemných pocitů a následných výčitek a pocitů hanby (Blatníková, 2009). Opakem předčasně probuzené sexuality může být **strach ze sexuality**. Děti svou sexualitu mohou také „zneužívat“ jako způsob „odvetné manipulace“ s dospělým (Centrum Locika, 2017).

Z dlouhodobého hlediska má špatné zacházení s dítětem ve většině případů za následek jeho **trvalé pocity méněcennosti, stavy úzkosti a pocity nedostatečnosti** (Centrum Locika, 2017). Mezi závažnější následky pak spadají **psychiatrická onemocnění** jako je deprese, posttraumatická stresová porucha (PTSD), dissociativní poruchy, poruchy příjmu potravy (Pemová & Ptáček, 2012).

Depresivní poruchy se u ohrožených dětí mohou rozvinout již v období samotného vystavení ohrožení, nezářídka však přetrvávají do dospělosti nebo se až tehdy následně rozvíjí. Na depresi u dítěte mohou poukazovat **ztráta či nárůst váhy, nespavost** nebo naopak **zvýšená spavost, psychomotorický neklid** či naopak **zpomalení, únava, ztráta energie a zájmu** o aktivity, které ho bavily, **depresivní ladění a prožívání, neschopnost se soustředit nebo dělat rozhodnutí, myšlenky na smrt** atd. (Talley, 2005). Většímu riziku (až dvojnásobnému) jsou vystaveny děti, jejichž rodiče sami trpí depresí, největší ohrožení je pak v rodinách, kde je deprese přítomná ve více generacích (De Bellis et al., 2019). Kromě heritabilní zátěže zde hraje roli i fakt, že depresivní rodiče mohou být častěji odmítající či trestající oproti rodičům bez depresivních symptomů. Při diagnostice deprese je potřeba vyloučit zdravotní příčiny, které mohou vést k depresi (např. anémie, autoimunitní onemocnění, mononukleóza atd.). U fyzického týrání zvažujeme možnost organického zapříčinění deprese důsledkem zranění hlavy, ztrátou vědomí apod. (De Bellis et al., 2019).

Posttraumatická stresová porucha (Post-Traumatic Stress Disorder, dále jen PTSD) je opožděná reakce na prožité trauma (objevuje se v rámci týdnů až měsíců). U ohrožených dětí vykazujících příznaky PTSD se obvykle vyskytují další poruchy, a to jak v rovině internalizované (**dystymie, deprese**), tak i externalizované (**porucha chování s opozičním vzdorem**). Na PTSD mohou poukazovat symptomy, u kterých dítě **znovuprožívá událost**, jako jsou stále se **vracející sny, noční můry či děsy**, epizody **flashbacků, opakující se myšlenky a obrazy** (až **halucinace, iluze**), **neadekvátní reakce na podněty**, které dítěti připomínají traumatickou událost. Dítě si také může traumatickou událost stále dokola **odehrávat** pomocí hry či se vypořádávat s tenzí díky **kompulzivním rituálům**. Časté jsou u těchto dětí **disociace či depersonalizace** (Talley, 2005), tzv. rozštěpení duše a osobnosti na část zdravou, část traumatizovanou a část přežití – tyto části jsou oddělené a vyvíjí se každá zvlášť (Bukovská et al., 2010). Při takovém „rozpolcení“ si např. dítě může navyknout na formu úniku, kdy se během zneužívání „převtěluje“ do jiné osobnosti, hračky, zvířete apod., a to, co se děje s jeho tělem, pozoruje jakoby zpozzdálí, psychická ani fyzická bolest se ho v tu chvíli netýká (Täubner, 1996). Dalšími znaky jsou

intruse (vnucující zvuky nebo pachy), **konstrikce** (syndrom vyhýbání se), kdy se dítě vyhýbá veškerým podnětům, které by mohly znovuprožívání spustit a **hyperarousal**, kdy převládá obava z toho, že se událost bude znovu opakovat (Vajsová, 2013). U PTSD je dále změněna **percepce, koncentrace, motorika, nálada, paměť** a **asociace** – dítě je jakoby otupělé, emočně oploštěné, nebo naopak nastražené, neklidné atd. (Dunovský et al., 1997; Lovasová & Schmidová, 2006). Na rozvoji PTSD se může mimo jiné podílet to, co se odehrává v době po spáchání trestného činu a jaká je reakce na odhalení dítětem – větší šance rozvoje PTSD je u dětí, které nemají podporu blízkých a nikdo jim nevěří (Ullman, 2002). U nejmladších dětí dochází k **návratu do předchozích vývojových stádií** (Chromý, 2011).

V neposlední řadě můžeme u těchto dětí pozorovat také další psychiatrická onemocnění, případně jednotlivé symptomy, které na ně poukazují. Patří mezi ně například **úzkostné poruchy**, kde si všímáme symptomů jako je **neklid, rychlá únava, špatná soustředěnost, dráždivost, svalová tenze a potíže se spánkem, poruchy chování** (opoziční porucha, ADHD apod.), **poruchy attachmentu, poruchy nálad** (kromě deprese také bipolární poruchy), **zneužívání návykových látek** (kouření, alkohol, marihuana) a mnoho dalších (Talley, 2005).

4.2 Kognitivní úroveň

Když je dítě vystaveno vysokému množství stresu, dochází v jeho mozku k neurochemickým změnám, které se dotýkají zákonitě i fungování dítěte na kognitivní úrovni. Mohou způsobit **změny v pozornosti, změny v kontrole impulzivity či jemné motoriky** nebo **poruchy spánku**. U zanedbávaných dětí můžeme pozorovat deficity ve správném vývoji mozku kvůli nedostatečné výživě (např. může dojít k poruchám pozornosti, rozvoji úzkosti, deprese atd. vlivem nedostatku železa a bílkovin; Child Welfare Information Gateway, 2015).

U dětí jsou deficity na kognitivní úrovni znatelné především ve škole, kde jsou patrné dlouhodobé **změny v dosahování školních výsledků**, v porovnání s jejich vrstevníky jsou tyto děti méně úspěšné a častěji potřebují podporu ve formě specifického vzdělávání (Gilbert et al., 2009b). Kromě **změn na neuronální úrovni, nižšího IQ, či poruch paměti** (De Bellis et al., 2013), jsou potíže s učením způsobeny i **nedostačujícími podmínkami pro způsobilost učit se**. Je-li dítě adekvátně stimulováno a má vytvořeno pozitivní sebepojetí a vnímá smysluplnost vzdělávacího obsahu, vyvíjí se přirozeně vnitřní motivace k učení se novým poznatkům a činnostem. Naopak dítě, které je doma vystaveno neustálému pocitu

ohrožení a necítí se bezpečně, a zároveň není ke vzdělávání nijak podporováno, nemůže využít svůj potenciál k učení. V případě ohrožení musí energii k tomu určenou věnovat především pro tvorbu různých ochranných strategií a na učení už nebývá prostor (Júzová Kotalová et al., 2019). Následkem slabých školních výsledků tyto děti oproti svým vrstevníkům častěji opakují ročník. Největší problémy s dosahováním školních výsledků mají děti zanedbávané (Talley, 2005). Nedostatky ve vzdělání jsou způsobeny také kvůli tomu, že děti jsou ve škole **nepozorné, nevyvíjejí tolik usilí k učení se, nechápou zadání** a častěji jsou **závislé na pomoci a pozornosti učitele nebo asistenta** (Tyler et al., 2006).

Také **rozvoj jazyka a schopnost vyjadřování se** (především o svých niterných stavech) jsou vlivem týrání a zneužívání omezeny. Ohrožené děti mají deficity ve zpracování afektivních zážitků pomocí užití jazyka, mají omezenější projevy vyjadřování, ať už na verbální nebo neverbální úrovni, účastní se méně dialogů a používají méně popisných slov. Týrané a zneužívané děti mají také omezenější projevy ohledně vyjádření jejich fyziologického stavu (např. vyjádření hladu, žízně) a negativních emocí (vzteku, špatného pocitu) než děti, které nejsou vystaveny špatnému zacházení (Yates et al., 2008).

Poruchy pozornosti u zneužívaných a týraných dětí mohou být součástí diagnostikované **poruchy pozornosti s hyperaktivitou** (dále jen ADHD), a to přibližně u 14-46 % dětí (Endo et al., 2006). Výzkumy však poukazují na dvojakost tohoto problému, protože kromě poruchy pozornosti jako důsledku týrání, můžeme shledat ADHD i jako příčinu ubližování dětem, a to především u rodičů méně odolných vůči zátěži a náchylnějších k agresivnímu reagování na takovou zátěž, kteří nedokáží adekvátně reagovat především na přidružené poruchy chování k ADHD, například opoziční poruchy chování apod. Rovněž je dokládáno, že týrání a zneužívání dětí a ADHD mají v pozadí podobné rizikové faktory, jako nižší socioekonomický status, podobné rodičovské charakteristiky a psychopatologii (Evinç et al., 2014).

V neposlední řadě také pozorujeme u dětí, které zažily v rodině ubližování, oproti dětem pocházejícím z bezpečného prostředí, **větší nerozhodnost** či **zpomalené rozhodování** a často se následkem tohoto neefektivní rozhodování se chovají rizikověji (Weller & Fisher, 2013). O rizikovém chování je více napsáno v další podkapitole.

4.3 Behaviorální úroveň

Špatné zacházení s dítětem může způsobovat změny v chování, především ty negativní. Dítě, jehož potřeby a vývojové úkoly nejsou v jeho rodině naplňovány, hledá

nástroje, jak je kompenzovat. Pokud nejsou tyto potřeby uspokojeny pozitivně, často svých cílů dosahuje **negativním chováním**, typicky registrovaným jako „zlobení“. To však může být primárně volání o pomoc, které dítě neumí dát najevo jinak (Jůzová Kotalová et al., 2019).

Čím je dítě v době jeho ohrožení mladší, tím více je jeho chování negativně ovlivněno (Gilbert et al., 2009b). V předškolním věku můžeme pozorovat **závislé chování** dítěte na některé pečující osobě (např. ve školce), ale také na věci či situaci. Dítě může být **podrážděné, hostilní, neposlušné**, může být **vulgární, nevrle, vzdorovité, neohrabané, nepořádné, lenivé, rozhazovačné**. Může také výrazně a často **narušovat soukromí druhých** (Vaničková, 2007b).

Nejvíce patrné a také nejvíce diskutované v souvislosti s tímto tématem je pravděpodobně **agresivní chování dítěte**. To se projevuje jak v kontaktu s vrstevníky a dospělými, tak také např. ve hře (Talley, 2005). I přesto, že nevhodné výchovné metody a postupy, které příliš využívají agresivní způsoby chování a jednání (nadměrné užívání tělesných trestů, ale také opakované psychické násilí jako jsou výhrůžky, křik, ponižování apod.), vzbuzují **odpor dítěte**, nedochází k útlumu agresivních projevů dítěte, ale právě naopak k jejich posilování (Lainová et al., 2007). Dítě se pak na podkladu observace naučí **redukovat zábrany** a nabyde zkresleného dojmu, že problémy se řeší právě tímto způsobem a **ztrácí tak citlivost vůči násilí** a uplatňuje jej při řešení konfliktů se spolužáky, vrstevníky a sourozenci (Gjuričová, 2007; Zoubková, 2001). Tím se však mohou dostávat do začarovaného kruhu, protože svým negativním chováním pak dále provokují rodiče k použití výrazného výchovného prostředku (Vaničková, 2007b). Agresivní chování můžeme chápat jako jakousi hyperkompenzaci, kdy toto chování má charakter **obrany proti psychosociálnímu znejistění** (Lainová et al., 2007). Rovněž mohou děti využívat agresivní a provokativní chování jako způsob, při kterém mají **kontrolu nad děním** kolem sebe. To lze znázornit na příkladu dívek, které svým chováním sexuálně provokují dospělé osoby a tím získávají nad celou situací kontrolu (Child Welfare Information Gateway, 2015).

Ve školním prostředí se dítě může stát snadno **agresorem a původcem šikany**, není však výjimkou, že se stává i **obětí** (Centrum Locika, 2017). Kromě šikany si ve škole mohou učitelé všimnout i dalšího rizikového chování, a tím je **záškoláctví**. To může být nejen projevem nenaplněné potřeby učení ve smyslu školního vzdělávání, ale také možným projevem ohrožení dalších potřeb dítěte – potřeby bezpečí (dítě se necítí bezpečně ve škole,

např. je šikanováno, nebo doma, kde je vystaveno buď násilí nebo jiné zátěžové situaci – rozvod, těžká nemoc apod.), potřeby základní péče (péče o dítě je zanedbávána, dítě je vystaveno extrémnímu stylu výchovy, ať už je hostilní, příliš autoritativní nebo příliš liberální, po dítěti je vyžadováno, aby místo návštěvy školy pečovalo o domácnost/mladšího sourozence či bylo výdělečně činné), potřeby stability (rodiče nejsou schopni zajistit denní režim dítěte, nevnímají hodnotu vzdělání pro dítě a dítě k návštěvě školy nepodporují), potřeby materiálního zabezpečení (dítě nemá vybavení a prostředky na cestu do školy, žije v sociálně vyloučené lokalitě), apod. (Jůzová Kotalová et al., 2019).

Mezi chování, kdy je dítě ohroženo na zdraví i životě patří **zneužívání návykových látek** nebo další **sebedestruktivní jednání**, jako je např. sebepoškozování. To může dítěti plnit komunikační funkci a může mít za cíl regulaci jedné či více složek jeho vnitřního světa. Dítě tak může například regulovat tíživou psychickou bolest, pocity úzkosti, nejistoty, zlosti, nebo se tak může snažit snížit depresivní pocity či stres. Především u sexuálně zneužívaných dětí zde můžeme mluvit o **potřebě disociace** (oddělení svého prožívání od myšlenek; typické především u PTSD) nebo **somatizaci** (uvědomění si svých prožitků skrze tělo). Tyto interpersonální motivy jsou u ohrožených dětí častější a dějí se opakovaně. Oproti tomu je méně časté sebepoškozování na podkladě motivů intrapersonálních, jako je např. potřeba získat pozornost, někoho naštvat atd. – to se děje spíše nárazově. Dle retrospektivních studií až 79 % účastníků, kteří si ubližovali, zažilo v dětství týrání či zneužívání. U zanedbávání není sebepoškozování tak častým jevem (Yates et al., 2008). Sebepoškozování je typičtější pro adolescenty než pro mladší děti (Hinkelman & Bruno, 2008). V souvislosti se sebepoškozováním se také můžou objevovat **sebevražedné myšlenky či sebevražedné tendence** (Pemová & Ptáček, 2012).

Mezi další poruchy chování, spojené s týráním a zneužíváním patří **útěky z domova, lhaní, vyhýbání se odpovědnosti, nerespektování norem a podvádění** (Vaníčková, 2007b). Při útěku z domova se dítě stane zvláště zranitelným, protože nemá příliš možností, jak si vydělat peníze, často se uchylují ke krádežím, prostituci apod. (Lovasová et al., 2005).

U dětí, které byly vystaveny některé z forem sexuálního zneužívání můžeme pozorovat **sexualizované chování**, jako např. zvýšený zájem o sexualitu oproti vrstevníkům (u starších dětí nepřiměřená sexuální aktivita vzhledem k věku, pokusy sexuálně zneužívat jiné děti), sexuálně vyzývavé chování, veřejné masturbování (např. ve škole), kresba

sexuálně inspirovaných obrázků, nevhodná sexualizovaná či agresivní hra s vrstevníky apod. (Hinkelman & Bruno, 2008).

Kromě chování uvedeného výše, které bychom mohli považovat za „nevhodné“ (agresivní, sexualizované chování) nebo „nebezpečné“ (sebedestruktivní chování) si můžou lidé v okolí dítěte všimnout i dalších projevů v chování, které mohou být podezřelé a hodné pozornosti. Ve škole se např. týrané a zneužívané děti **odmítají svlékat** před hodinou tělocviku a v letních dnech neodhalují své nohy a paže. Také často **odmítají lékařskou pomoc** ze strachu z odhalení známek ubližování na svém těle. Menší děti mohou mít **hysterické záchvaty při přebalování či svlékání** spodního prádla nebo mohou často **opakovat neslušná slova**, která slyšela u zneužívajícího. Lze také vyzorovat **ztrátu zájmu** o hry, čtení, koníčky nebo vrstevníky. Děti mohou projevovat **nápadnou obavu a odpor k určité osobě**, se kterou mají zůstat samy (Bukovská et al., 2010). Někdy mohou děti projevovat tendence k **přejímání rodičovské role** v domácnosti, mají strach o své mladší sourozence a výrazně je **chrání** (Hanušová, 2006). Naproti tomuto předčasně vyspělému chování však můžeme pozorovat také **regresivní chování**, jako např. cucání palce, okusování nehtů, pomočování apod. (Biskup, 2005).

4.4 Sociální úroveň

V důsledku zkušeností s týráním dochází také k závažným změnám v oblasti socializace a mezilidských vztahů. Při socializaci dítěte je právě rodina místem, které má pro dítě představovat stabilní a bezpečné prostředí, v němž dítě nabývá sebejistoty pro navazování dalších vztahů mimo rodinu (Jůzová Kotalová et al., 2019). Děti z ohrožujícího domácího prostředí nemají schopnost dobře rozlišovat různé projevy chování a naučit se, co je pro konkrétní situaci vhodné a v sociálních situacích se špatně orientují. Sociální interakce u těchto dětí je nápadná svou nepřiměřeností. Pozorujeme **nestandardní a odlišné reakce**, které pak vyvolávají negativní reakce okolí (Lainová et al., 2007). Obecně se dají rozlišit projevy traumatizace v rámci sociálních interakcí na dva způsoby fungování – buď jsou děti **nejisté, ustrašené a nedůvěřují si v komunikaci a navazování vztahů s druhými**, nebo se u nich projevuje **agresivita a opakované násilí** (Lovasová & Schmidová, 2006).

V prvním případě jsou děti neustále **podrážděné a ostražité** i v běžných sociálních situacích, neustálý strach z rodičů přenáší i na **strach z ostatních lidí** a jejich reakcí, svět není vnímán jako bezpečné místo (Pemová & Ptáček, 2012). Dítě se **stahuje ze společnosti vrstevníků**, neví, jak s nimi navazovat vztahy, **neprojevuje pozitivní emoce a náklonnost**,

je **pasivní**, má **problém se prosadit** a vyjádřit svá přání, požadavky i názory. Vztahy s ním bývají **konfliktní** (Tyler et al., 2006). Zároveň bývá vrstevníky také **odmítáno** a může se stát i terčem jejich agrese, jelikož právě jeho viditelná bojácnost, slabá odolnost vůči zátěžovým situacím, staženost či zanedbaný vzhled jsou pro agresory provokujícími faktory (Lovasová et al., 2005). Selhávání ve škole, ať už na akademické úrovni nebo z hlediska „nevhodného“ chování ve škole, může vést také k **nepřijetí ze strany učitelů** a dítě tak nemá možnost si potřebu bezpodmínečně pozitivního přijetí významným dospělým naplnit ani v jednom prostředí, ve kterých se běžně vyskytuje (Júzová Kotalová et al., 2019). Veškeré toto chování představuje pro dítě potvrzení domněnky, že je špatné a že si zaslouží nepřátelské, zavrhuující jednání (Lainová et al., 2007).

Agresivní chování bylo již probráno v předchozí kapitole. Děti si ve vztahu k vrstevníkům vybijí své „přetlaky“, které vznikají z násilí na nich páchaných (Bukovská et al., 2010), ať už se jedná o agresi fyzickou či verbální. U dítěte vznikají pocity záště a zloby, dochází k poškození sebehodnocení. U dětí s vážnějšími poruchami chování může takovýto přístup vést ke vzniku **antisociálního a deviantního chování**. Jde o tzv. sekundární deviaci, kdy opakované používání agrese rodičů vůči dítěti může z dlouhodobého pohledu takové chování dítěte spíše vyvolávat a podporovat než tlumit. Dítě začíná vnímat samo sebe jako „špatné“ a začíná se podle toho chovat (Zoubková, 2001).

4.5 Fyzická úroveň

Také na tělesné úrovni lze pozorovat změny, které mohou poukazovat na to, že je dítě v ohrožení. Spousta signálů, které jsou viditelné na těle, týkající se změn zdravotního stavu, bylo vypsáno v kapitole 3.5 s názvem *Lékař*, tato kapitola bude tedy doplněním toho, co ještě nezaznělo.

Mozek, který reaguje na vystavení velkému množství stresu, vysílá signály do celého těla, na základě nichž pak dochází v těle k **biologickým změnám** (Talley, 2005). Jedním z příkladů ovlivnění fungování těla na fyzické úrovni může být např. nadměrná produkce hormonu **kortizolu** u ohrožených dětí vlivem stresu, jež ovlivňuje **metabolismus a imunitní systém** (Child Welfare Information Gateway, 2015). Také dochází ke změnám v **endokrinním systému** (Hillis et al., 2016). Následkem toho mohou být děti **častěji nemocné** (čím více jsou ohroženy, tím více je ohroženo i zdraví dítěte). Typický je také sklon ke **zvýšené úrazovosti** dětí. Roli zde hraje také zanedbání zdravotní péče o dítě ze strany pečovatele, vyhýbání se návštěvě lékaře apod., což může zdraví nadále zhoršovat.

Vyskytuje-li se u matky alkoholismus, může se dítě již vlivem požívání alkoholu matky v těhotenství narodit s **poškozenou imunitou** a větší vulnerabilitou vůči vnějším faktorům poškozujícím jeho zdraví. Dochází k rozvoji či zhoršení obvyklých dětských nemocí jako je **astma, cukrovka** nebo **obezita** (Flaherty et al., 2006) a jejich **tělesný vývoj a růst** může být **zpomalen** (Talley, 2005).

U sexuálně zneužívaných dětí si může okolí povšimnout, že se jim obtížně sedí či stojí v následku **zranění při zneužívání**, pečovatel může nalézt na spodním prádle krev či podezřelý výtok, který může být příznakem nějakého **gynekologického onemocnění** (Hinkelman & Bruno, 2008).

Z psychologického hlediska můžeme mluvit u ohrožených dětí o **somatizaci**, tzn., že svá psychická trápení projevují skrze tělesné problémy. Děti si pak nestěžují na úzkost, smutek či jiné konkrétní problémy, ale spíše na různé bolesti a další obtíže, které mnohdy nebývají lékařsky potvrzeny (Lovasová et al., 2005). Mohou se objevovat např. nevysvětlitelné **teploty, bolesti břicha, hlavy, různé ekzémy, zvracení, pomočování** či **pokálení** (Biskup, 2005). Dítě může **ztrácet chuť k jídlu**, a tím pádem výrazně **ubývat na váze** a začne být celkově podvyživené (Talley, 2005).

Nesmíme také opomenout, že zde funguje také opačný efekt, a to, že děti, které jsou více oslabené či např. mají mentální či zdravotní postižení, jsou více ohroženy týráním, zneužíváním či zanedbáváním (Flaherty et al., 2006).

Výzkumná část

1. Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Cíle výzkumu

Jak již bylo uvedeno ve 4. kapitole teoretické části, při odhalování ohrožení dětí není možné spoléhat se pouze na jejich sdělení. Dítě je v první řadě odkázáno na dospělé osoby v jeho okolí a jejich všímavost vůči signálům, které na jeho ohrožení mohou poukazovat.

Výzkum si proto klade za cíl odhalit signály, které jsou při identifikaci dětí nejčastěji využívané a také ty signály, které jsou doposud spíše opomíjené. Zjištění těchto opomíjených signálů je důležité proto, aby se s nimi mohlo dále pracovat ve smyslu posílení vnímavosti vůči těmto signálům osobami, které přicházejí do kontaktu s dětmi. Při zvýšené citlivosti vůči těmto signálům může dojít k dřívější detekci ohrožení dítěte a následné včasné intervenci.

Výzkumné otázky, hypotézy

Výzkumnou otázkou je **ověřit současný stav schopnosti detekce ohrožení dětí** (jaké projevy neumí pečující osoby správně zachytit jakožto signály ohrožení dítěte). Konkrétněji půjde o určení toho:

- jaké klíčové signály dokáží rodiny a instituce dobře identifikovat,
- jaké klíčové signály si dokáží rodiny a instituce uvědomit, jsou-li zvědoměny,
- jaké klíčové signály rodiny a instituce vůbec neidentifikují jako ohrožující a přitom se u dítěte objevují (buď si těchto signálů nevšímají, nebo tyto signály nedávají do souvislosti s daným typem ohrožení).

V rámci výzkumu se snažím dále najít odpověď na otázku, zda existují či neexistují shodné signály u různých typů ohrožení dítěte, tzn., zda jsou některé signály typické pro určitý typ ohrožení či zda existují signály, které jsou společné pro větší množství ohrožení.

2. Design výzkumného projektu

Vzhledem k citlivosti a specifičnosti tématu, jakým je syndrom CAN, jsem považovala za nejlepší způsob získání dat přímo v organizaci, která se na práci s těmito dětmi specificky zaměřuje. Dětské krizové centrum je jedním z mála pracovišť v České republice, specializujících se na práci s dětmi ohroženými syndromem CAN, dětmi ohroženými na zdravém vývoji rizikovými faktory v prostředí, dětmi v závažných životních situacích, dětmi traumatizovanými či dětmi jakožto nezletilými oběti trestných činů. Dětské krizové centrum pracuje přímo s ohroženými dětmi, ale také jejich rodinami. Doposud je Dětské krizové centrum stále jediným pracovištěm v České republice, které se specializuje na pomoc sexuálně zneužitým dětem. Tyto služby poskytuje svým klientům od roku 1992, kdy bylo založeno profesorem Jiřím Dunovským. Klienti jsou zde v ambulantní péči psychologek a sociálních pracovníků. Dětské krizové centrum poskytuje také okamžitou krizovou pomoc (krizová intervence) a zřizuje rovněž nonstop krizovou linku důvěry. V letech 1992 – 2019 mělo Dětské krizové centrum v péči 6 821 rodin s dětmi (Dětské krizové centrum, 2019). Díky této rozsáhlé činnosti a dlouholetým zkušenostem s problematikou syndromu CAN bylo možné zakomponovat tyto poznatky také do provedeného výzkumu.

Pro výzkum byla použita data Dětského krizového centra, získaná v rámci realizovaného projektu s názvem *“Čím dřív, tím lépe a efektivněji” – detekce ohrožených dětí a rodin*, za podpory Nadace Sirius. Tato podpora proběhla v rámci VII. grantového řízení Nadace Sirius s názvem *Včasná pomoc pro rodinu a dítě ohrožení sociálním prostředím*. Projekt byl naplánován na časové období v letech 2018-2021 (Andrtová & Dušková, 2021). Na základě předem domluvené spolupráce s ředitelkou Dětského krizového centra PhDr. Zorou Duškovou a zástupkyní ředitelky a sociální pracovnící Dětského krizového centra Mgr. Veronikou Andrtovou jsem se podílela na zpracování dat pro následnou analýzu, se kterými Dětské krizové centrum dále pracovalo pro vlastní výstupy v rámci projektu. Pro účely diplomové práce jsem se získanými daty pracovala samostatně za pomoci kvantitativní obsahové analýzy (Hendl, 2005).

V diplomové práci je zaměřena pozornost pouze na vlastní zpracování dat pro účely této práce. Proces získání dat, který byl realizován v Dětském krizovém centru, je pro úplnost uveden v Příloze 3. Celý popis výzkumného projektu také uvádí Andrtová s Duškovou (2021) ve výzkumné zprávě vázané k tomuto projektu.

2.1 Typ výzkumu

Výzkum kombinuje prvky kvalitativních a kvantitativních výzkumných metod, které se vzájemně doplňují – jedná se o *smíšený model*. Hendl (2005) uvádí jako hlavní výhodu smíšeného modelu využití silných stránek obou výzkumných strategií a eliminaci slabých stránek, čímž se dostává relevantnějších odpovědí na položené výzkumné otázky.

2.2 Metody získávání dat

Data byla získávána od klientů Dětského krizového centra – od ohrožených dětí a jejich rodin, případně jiných osob žádajících Dětské krizové centrum o péči. Data byla získávána pracovníci Dětského krizového centra prostřednictvím rozhovorů s osobami žádajícími o péči, a díky psychologickému vyšetření dětí. Tato intervence s rodiči i dětmi sloužila k zachycení předem stanovených klíčových signálů vypovídajících o ohrožení dítěte.

Získaná data byla rozdělena do několika kategorií, se kterými se dále pracovalo. Jedná se o:

1. signály, které sdělila osoba žádající o péči při objednání či konzultaci (rozlišuje se mezi těmito osobami: rodič, dítě (přijde-li do péče samo), OSPOD, pěstoun, pobytové zařízení, jiná osoba či zařízení – je uváděn konkrétní vztah k dítěti),
2. signály, které objevily pracovníce Dětského krizového centra při doptávání se na konkrétní signály, které by se u dítěte mohly vyskytovat; ty jsou dále rozděleny na:
 - a. signály, na které pracovníce Dětského krizového centra upozornila, a osoba žádající o péči potvrdila, že se tento signál u dítěte objevuje i přesto, že ho původně neuváděla,
 - b. signály, na které pracovníce Dětského krizového centra upozornila, a osoba žádající o péči jejich výskyt potvrdila, ale zároveň je nepovažovala za signifikantní vzhledem k danému ohrožení,
3. signály, které zaznamenaly pouze psychologičky při terapeutické práci s dítětem.

Vzhledem k tomu, že jsem data nesbírala osobně, přikládám detailnější informace o způsobu sběru dat v Příloze 3.

2.3 Metody zpracování a analýzy dat

Data, která byla získávána při práci s dětmi a jejich rodinami, či jinými osobami žádajícími o péči, byla zpracována částečně již během samotného výzkumu pracovníci

Dětského krizového centra (viz Příloha 3.), po poskytnutí péče o děti a jejich rodiny byla dále provedena celková analýza dat. Pro účely diplomové práce byla data zpracována pomocí kvantitativní obsahové analýzy.

Obsahová analýza

Obsahová analýza se dá definovat mnoha způsoby. Miovský (2006, s. 238) ji např. vykládá jako „spektrum dílčích metod a postupů sloužících k analýze jakéhokoli textového dokumentu s cílem objasnit jeho význam, identifikovat jeho stylistické a syntaktické zvláštnosti, případně určit jeho strukturu“. Schulz s kolegy (2004) tuto definici rozšiřují na popis veškerých komunikačních obsahů, který je systematický a subjektivně ověřitelný a vycházející z vědecky podloženého kladení otázek. Jednotkami analýzy mohou být určitá slova, symboly, sémantické jednotky, větné celky, téma apod. (Ferjenčík, 2000).

Kvantitativní obsahová analýza, která byla pro vyhodnocení dat využita, určuje četnost výskytu jednotlivých kategorií informací a příslušné vztahy mezi nimi, nebo vztah zjištěných proměnných s externími proměnnými. Jde tedy o převod kvalitativních dat do kvantitativní podoby. Před samotnou analýzou je potřeba mít stanovené přesně definované kategorie, aby mohla být data kódovány sjednoceným způsobem (v případě více analytiků kódujících data; Hendl, 2005). Výsledkem většiny obsahových analýz jsou interpretace, postavené na frekvenci výskytu zkoumaných jednotek v jednotlivých kategoriích (Ferjenčík, 2000).

Jednotlivé fáze obsahové analýzy

- 1. Určení výzkumné otázky**
- 2. Rozhodnutí o způsobu výběru souboru dat**
- 3. Sběr dat, práce se shromážděnými údaji od klientů**
- 4. Definice jednotky kódování**
- 5. Kódování**
- 6. Konstrukce kategoriálního systému**

Body 1. až 6. nebyly součástí vlastní analýzy dat v rámci diplomové práce, proto se jim věnuji podrobněji pouze v Příloze 3.

7. Provedení analýzy

a) Tabulka

Získaná data byla pro vyhodnocení přepsána ze záznamového archu do tabulky v Excelu a uspořádána tak, aby mohla být dále analyzována. Pro každý druh ohrožení byla vytvořena samostatná tabulka. V řádku byl uveden výčet všech stanovených klíčových signálů (celkem 160 signálů), ve sloupci byly zaznačeny děti (resp. číslo dítěte, jelikož data byla anonymizována), kterých se konkrétní druh ohrožení týká. V tabulce bylo u každého dítěte ke každému klíčovému signálu přiřazeno číslo 1 (výskyt signálu) nebo 0 (absence daného signálu). Toto se hodnotilo zvláště pro situaci, kdy signály sdělila sama pečující osoba, situaci, kdy se pracovnice Dětského krizového centra pečující osoby dále doptávala na možné signály a díky tomu byly zvědoměny, situaci, kdy ani po doptání na konkrétní signály pečující osoba negovala jejich důležitost pro dané ohrožení, zatímco pracovnice Dětského krizového centra považovala tyto signály za signifikantní, a situaci, kdy psychologka sama pracovala s dítětem a signály objevila při této intervenci (ať už zazněly v rozhovoru s dítětem, či je psychologka odpozorovala během terapie).

b) Konceptuální analýza, frekvenční analýza

Konceptuální analýza slouží ke kvantifikaci přítomnosti určitého znaku, užívá se především pro komparaci jevů. Zaznamenává se existence a frekvence výskytu (*frekvenční analýza*; Dvořáková, 2010). Ve výzkumu byla měřena frekvence výskytu jednotlivých signálů, kterými lze detekovat ohrožení dětí. Z těchto informací se dá odvodit míra jejich přehlížení, zjistit, které signály zvládají rodiče a instituce identifikovat dobře a lze porovnat signály, zachycené rodiči či institucemi, s těmi, které zachytila psychologka při péči o dítě (porovnání se skutečným psychickým stavem dítěte). Z této analýzy můžeme také odvodit, zda se některé signály vztahují výlučně k určitému druhu ohrožení, či zda se vyskytují napříč různými druhy ohrožení nebo zda je určitý typ ohrožení typický pro určitou věkovou skupinu dětí, případně pohlaví.

2.5 Etika výzkumu

Zpracování dat proběhlo ve spolupráci s ředitelkou Dětského krizového centra PhDr. Zorou Duškovou a zástupkyní ředitelky a sociální pracovnící Dětského krizového centra Mgr. Veronikou Andrtovou za uzavření dohody o zachování mlčenlivosti.

Data byla zpracována podle mého nejlepšího vědomí a svědomí, stejně tak byla pro účely diplomové práce interpretována.

Etiku vazající se ke sběru dat a celkovému výzkumu uvadím v Příloze 3.

3. Výzkumný soubor

Výzkum byl realizován u standardních klientů (uživatelů služeb) Dětského krizového centra. Vzhledem k sídlu Dětského krizového centra v Praze jsou klienti převážně obyvatelé Prahy, případně okolních měst či obcí v rámci Středočeského kraje. Věk dětí se pohyboval v rozmezí 0-18 let. Děti byly rozděleny do skupin dle různého způsobu ohrožení, kvůli kterému byla vyhledána péče Dětského krizového centra. Mezi jednotlivé typy ohrožení patří fyzické týrání, sexuální násilí na dětech, psychické týrání, zanedbávání, sexuální experimentování dětí, domácí násilí, konfliktní, předrozvodové a porozvodové situace v rodině, rizikové chování dětí (alkohol, útěky), ohrožující rodinné prostředí (závislost rodiče, nezaměstnanost, zadluženost, psychiatrická diagnóza rodiče), sebepoškozování dětí. Těmto kategoriím se více věnuji v Příloze 4. (příloha se věnuje terminologii, užitá ve výzkumu). Oznamovatelem ohrožení dítěte (osoba žádající Dětské krizové centrum o péči) byli rodiče, jiní příbuzní (prarodiče), instituce a organizace přicházející do kontaktu s ohroženými dětmi.

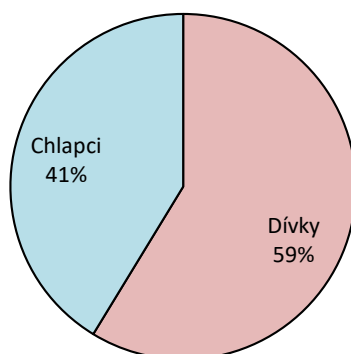
Výzkum byl proveden na vzorku 111 ohrožených dětí (z plánovaného počtu 120 dětí), které byly v době výzkumu v péči Dětského krizového centra. Z tohoto počtu jsem pro výzkum v rámci diplomové práce pracovala s daty od 109 dětí – data dvou klientů jsem odstranila z důvodu jejich nepřehledného zápisu, tudíž je nebylo možné zpracovat.

Následující kapitoly včetně grafů popisují výzkumný soubor přehledněji.

1. Pohlaví dítěte

Pro výzkum v rámci diplomové práce byla použita data od 64 dívek a 45 chlapců.

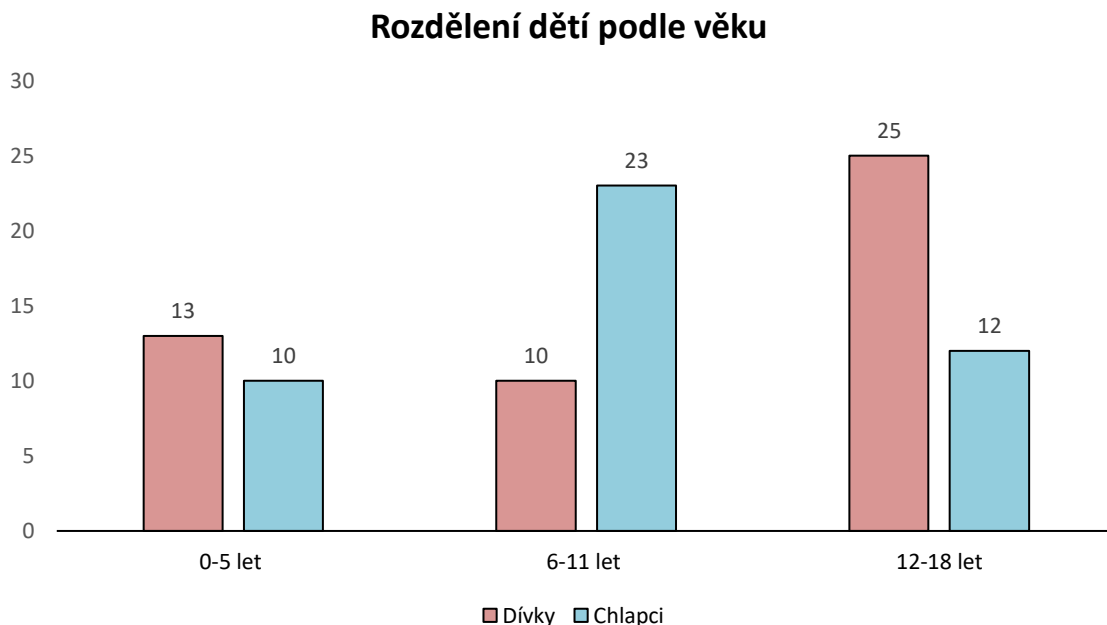
Rozdělení dětí podle pohlaví



Graf 1. Rozdělení dětí podle pohlaví

2. Věk dítěte

Věk dítěte ve výzkumu se pohyboval od 0 do 18 let. Děti byly rozděleny pro účely výzkumu do třech kategorií – 0-5 let, 6-11 let a 12-18 let. Zastoupení dětí v jednotlivých kategoriích, s rozdělením podle pohlaví, jsou uvedeny v následujícím grafu:

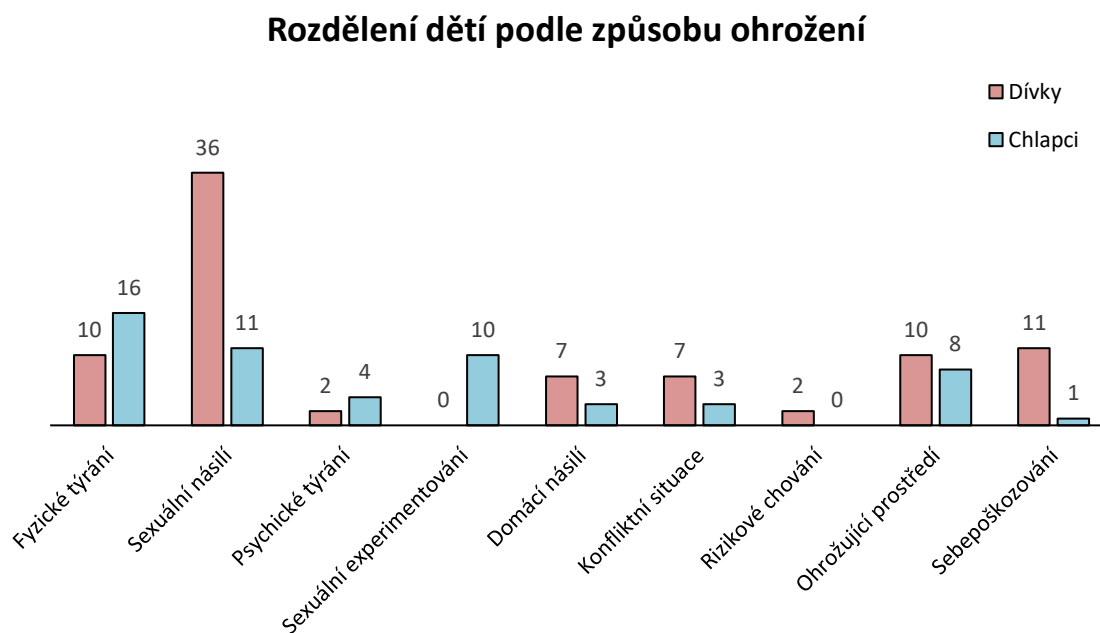


Graf 2. Rozdělení dětí podle věku

3. Způsob ohrožení

Většina dětí byla vystavena kombinaci více druhů ohrožení, zaznamenány byly v každé kategorii zvlášť (tzn., bylo-li dítě ohroženo sexuálním násilím a také fyzickým a psychickým týráním, bylo uvedeno ve všech třech kategoriích zvlášť). V Příloze 5. je uvedeno, k jakým různým kombinacím ohrožení u výzkumného vzorku docházelo.

Zastoupení dětí v jednotlivých kategoriích je uvedeno v následujícím grafu:



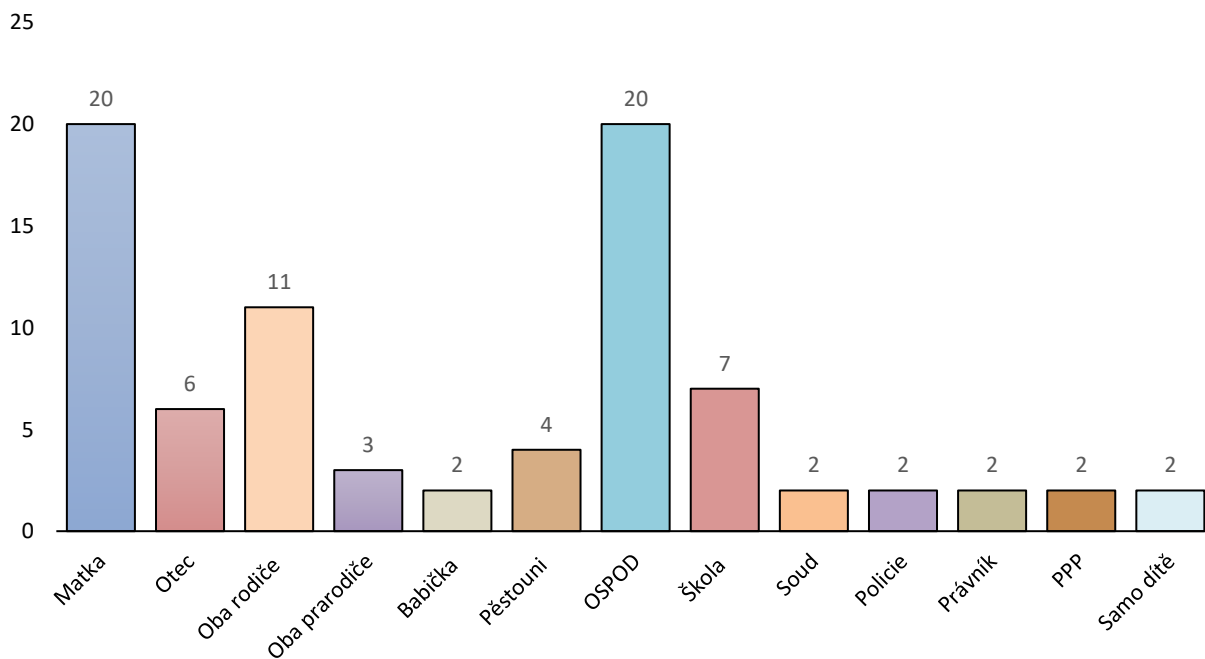
Graf 3. Rozdělení dětí podle způsobu ohrožení

4. Osoba žádající o péči

Co se týče žadatelů z okruhu členů rodiny, v nejvíce případech žádala o péči matka (56 případů), otec žádal o péči v 6 případech, oba rodiče v 11 případech. Oba prarodiče žádali o péči ve 3 případech, v 1 případě žádal sám dědeček, ve 2 případech sama babička. Pěstouni žádali o péči ve 4 případech. V 1 případě žádal o péči partner matky.

Z okruhu lidí či institucí, kteří přicházejí s ohroženými dětmi do styku, žádal v nejvíce případech o péči OSPOD (20 případů), poté škola (7 případů), ve zbývajících případech se jedná o jednotlivé žádosti (soud, policie, právník, PPP žádalo o péči vždy ve 2 případech, psycholog, psychiatrická nemocnice, spolupracující instituce (Locika) či rodinná známá žádali o péči vždy u 1 případu). Samo dítě vyhledalo služby Dětského krizového centra ve 2 případech a jednalo se o děti starší (15 a 16 let). U některých případů nacházíme více než jednoho žadatele o péči.

Rozdělení případů dle osoby, žádající o péči



Graf 4. Rozdělení případů dle osoby žádající o péči

Z důvodu velkého množství možností odpovědí byly z grafu vynechány odpovědi o hodnotě $n = 1$ (partner matky, psycholog, psychiatrická nemocnice, Ločika, rodinná známá).

4. Výsledky

Interpretace výzkumu bude doplněna poznatky Andrtové a Duškové (2021), které v rámci projektu sepsaly závěrečnou zprávu z výzkumu, a s jejichž svolením čerpám z této zprávy inspiraci. Jejich závěrečná zpráva uvádí mnoho informací, které jsem já sama z dat vyhodnotit nemohla, a to z důvodu, že spousta informací byla získána z důkladné znalosti klientů a jejich příběhů, ke kterým jsem neměla přístup.

Vyhodnocení výsledků jsem rozdělila do dvou částí. První část se věnuje výsledkům z hlediska **typu ohrožení**. Do jednotlivých skupin ohrožení byly děti zařazeny dle toho, s jakou problematikou děti a jejich rodiny přišly do Dětského krizového centra. Ve výzkumu dochází ke kumulaci typů ohrožení (Andrtová & Dušková, 2021) – tzn. jedno dítě mohlo být vystaveno více druhům ohrožení (podrobnější kombinace různých typů ohrožení jsou uvedeny v Příloze 5.). S touto kumulací jsem pracovala také ve vyhodnocení výsledků – výsledky jednoho dítěte jsou tedy zaneseny u více typů ohrožení, spadalo-li do této skupiny ohrožení. Díky této kumulaci tedy pracuji s uměle vytvořeným vzorkem 138 dětí. U každého typu ohrožení je věnována pozornost četnosti typu ohrožení u dětí a rozložení dle pohlaví. Pro zajímavost je určen věkový medián dětí. U některých ohrožení je uvedena četnost z hlediska zadavatele péče o dítě.

Ve druhé části byla seskupena data všech dětí dohromady a výsledky jsou zkoumány z hlediska frekvence jednotlivých **klíčových signálů ohrožení**, zaznamenaných buď pečující osobou², nebo pracovníci Dětského krizového centra. Data jsou vyhodnocena pro každou z 25 skupin signálů ohrožení zvlášť.

4.1 Výsledky jednotlivých skupin ohrožení

1. Fyzické týrání

Do této skupiny bylo zařazeno 26 dětí, z toho 16 chlapců a 10 dívek. Věkový medián u obou pohlaví je 9 let. Obecně jsou však počty týraných chlapců i dívek v péči Dětského krizového centra vyrovnané (Andrtová & Dušková, 2021).

² V textu jsou používány pojmy jako *pečující osoba*, *osoba žádající o péči*, *přicházející osoba*, *zadavatel*, *rodič* – tyto rozdílně užitá slova neodráží reálné rozlišení mezi osobami, se kterými pracovníci Dětského krizového centra spolupracovali. Pojmy byly voleny různě pro zajištění větší rozmanitosti textu a tudíž lepší čtivosti.

Pro zahájení péče uváděly osoby žádající o péči nejčastěji signály **poranění jinou osobou** – nejvíce zaznívaly modřiny (10 případů), většina z nich však nebyla při psychologickém vyšetření potvrzena, což může souviset s tím, že děti již byly monitorovány OSPODem, a tudíž k dalšímu zraňování nedocházelo (Andrtová & Dušková, 2021), **nesnáze v oblasti vztahů** (nejčastěji zaznívalo narušené vztahové pole k otci – 11 případů, většina všech nesnází z oblasti vztahů se při vyšetření potvrdila), **školní problémy** (většina z nich se při psychologickém vyšetření nepotvrdila), **agresivní chování** (celkem 11 případů v rámci celé kategorie; většina signálů byla při vyšetření potvrzena), **nesnáze v oblasti úzkosti** (celkem 9 případů v této kategorii, 5 z nich se týkalo odmítání osoby). Ve velkém množství případů měly pečující osoby podezření na týrání na základě samotného **sdělení dítětem** (celkem 20 případů).

Při spolupráci s psycholožkou či sociální pracovnící potvrdily pečující osoby nejvíce signály, týkající se **nesnází v oblasti vztahů** (jedná se o signály, které byly potvrzeny navíc oproti tomu, co sdělila osoba žádající o péči; v tomto případě nejvíce převažovalo narušené vztahové pole k sourozenci – 6 případů, většina z nich byla při vyšetření potvrzena) a **školní problémy** (rovněž jde o případy, potvrzené navíc oproti tomu, co sdělila sama osoba žádající o péči; zde nejvíce převažovalo nápadné zhoršení školního prospěchu – 4 případy, vyšetřením však potvrzeno nebylo). Ve 4 případech potvrdily pečující osoby **zvýšenou nejistotu** (z kategorie **sebehodnocení**), ale nepřisuzovaly tomuto signálu důležitost v souvislosti k danému typu ohrožení.

Při samotném psychologickém vyšetření dítěte byly objeveny signály z kategorie **nesnáze v oblasti úzkosti** – nejvíce úzkost (5 případů), ostražitost (5 případů), snaha o kontrolu (4 případy) a také v oblasti **depresivních projevů** (13 případů, jednalo se o různé signály z dané skupiny), **sociability** (9 případů, jednalo se o různé signály z dané skupiny), **psychosomatických obtíží** (celkem 9 případů, především potíže v oblasti s dýcháním) či **hyperaktivity** (celkem 12 případů, nejvíce zvýšená dráždivost a zvýšený neklid). Nejvíce signálů však bylo objeveno v oblasti **sebepojetí** – celkem 21 případů, nejvíce zvýšená nejistota (4 případy), snížené sebehodnocení (4 případů). V této kategorii byly pokryty téměř všechny jednotlivé signály, zatímco při spolupráci s pečující osobou zazněl pouze jediný signál.

Shrnutí – jako klíčové signály pro ohrožení fyzickým týráním byly v rámci tohoto výzkumu nalezeny nejčastěji:

- sdělení dítěte
- nesnáze v oblasti vztahů
- agresivní chování
- nesnáze v oblasti úzkosti a depresivní projevy
- potíže se sebepojetím

2. Sexuální násilí na dětech

Do této kategorie bylo zařazeno 47 dětí (1 dítě jsem vzhledem k nečitelnosti dat pro účely diplomové práce odstranila) a jedná se o nejpočetnější skupinu ohrožení v rámci tohoto výzkumu. Značně převažují dívky (36 dívek oproti 11 chlapcům), což naznačuje i dosavadní teorie na toto téma. Věkový medián dívek je 9 let, u chlapců 6 let.

Ve 37 případech se jednalo pouze o sexuální násilí bez kombinace s dalším typem ohrožení. Co se týče kombinace s jiným typem ohrožení, nejvíce jich bylo zkombinováno s konfliktním prostředím v souvislosti s rozvodem (v 5 případech). Andrtová s Duškovou (2021) ve výzkumné zprávě uvádí, že v této souvislosti může docházet ke zkreslení informací matkou dítěte, která je v konfliktu s otcem a jehož tímto chce poškodit. Dětské krizové centrum mělo v rámci výzkumu podezření celkem na 8 případů falešného obvinění. To však neznamená, že ve chvíli, kdy dítě přichází s touto kombinací ohrožení, se jedná vždy o falešné obvinění.

Pro zahájení péče se ukázaly jako nejčastější klíčové signály ty, které patří do skupiny **sexualizovaného chování** – konkrétně bylo nejvíce případů u sexualizovaného chování (v 11 případech), věku neadekvátních sexuálních znalostí (v 7 případech), problémech s nahotou (v 7 případech) – ne vše však bylo následně při psychologickém vyšetření potvrzeno. Objevovaly se také **nesnáze v oblasti vztahů**, které byly ve většině případů psycholožkou také potvrzeny – nejvíce dominantním signálem bylo narušené vztahové pole k otci (v 6 případech), k matce a vrstevníkům (po 4 případech). Výraznější byly také signály z kategorie **sebedestrukce** – ve většině případů byly při psychologickém vyšetření potvrzeny, nejvíce zaznělo sebepoškozující chování (5 případů). Jako významnější se také ukazují různé signály ze skupiny **nesnáze v oblasti spánku** (jen část signálů však byla psycholožkou potvrzena). Objevovaly se také **projevy v oblasti rizikového chování**

(lhaní, výchovné problémy apod.; ve většině případů byly tyto projevy při vyšetření potvrzeny). Úplně nejčastěji však pečující osoba sdělovala, že o sexuálním násilí se dozvěděla díky **sdělení dítětem** (31 případů).

Při spolupráci s psychologkou či sociální pracovnící potvrdily nejvíce pečující osoby navíc skupinu signálů **depresivní projevy** – nejčastěji zaznívala zvýšená plačtivost (6 případů; většina případů byla při psychologickém vyšetření potvrzena), **potíže s jídnem** (celkem 9 případů; většina z nich však nebyla při psychologickém vyšetření následně potvrzena), zaznívaly také různé **psychosomatické obtíže** (v 8 případech, např. častá nemocnost, bolesti břicha apod.; při psychologickém vyšetření potvrzeno pouze částečně).

Mezi signály, které byly objeveny při samotné práci s dítětem, se nejvíce objevovaly signály ze skupiny **posttraumatická problematika** (zaznamenány byly v různé míře všechny signály z dané skupiny, dohromady 17 případů), **nesnáze v oblasti úzkosti** (také zazněly všechny signály dané skupiny – celkem 36 případů, nejčastěji zaznívala snaha o kontrolu – 10 případů, úzkost – 9 případů, či ostražitost – 8 případů). Ze strany pečujících osob nezazněly tyto signály téměř vůbec, a to ani po doptání. Výrazně častěji také zaznívaly **depresivní projevy**, zde si psychologky všimaly nejvíce rozlad (7 případů), nevykonnosti (6 případů) či dysforie (6 případů), objevily se však v různé míře signály ze všech kategorií (celkem 40 případů). Také byly zaznamenány signály týkající se **nesnázi v oblasti vztahů** (výrazně více než při sdělení pečující osobou – byly zaznamenány všechny signály z dané kategorie, celkem 40 případů). Velmi výrazně při vyšetření zaznívaly signály z oblasti **sebeпоjetí** (nejčastěji snížené sebehodnocení – 11 případů, pocity viny – 10 případů). Signálů z této kategorie si pečující osoby nevšimaly vůbec, a to ani při spolupráci s psychologkou. Více si také všimaly psychologky signálů z oblasti **strachu, hyperaktivity, problémů s realitou** (především útky do fantazie) nebo **přejímání odpovědnosti**.

Andrtová s Duškovou (2021) ve výzkumné zprávě uvádí, že z provedeného výzkumu vyplynulo, že ani po sdělení dítěte o sexuálním násilí často nedošlo k vyhledání péče (rodiče např. popisovali, že je dítě v pořádku, z výstupních dat však vyplynulo potvrzení o sexuálním násilí, páchaném na dítěti). V některých případech navíc dítě opakovaně svému okolí sdělovalo, že je někým ohroženo, rodiče v mnoha případech začali uvažovat o vyhledání péče až ve chvíli, objevilo-li se více signálů současně, případně „zatlačí-li“ na ně např. mateřská škola, kde si všimají např. každodenní masturbace před dětmi.

U výzkumného vzorku pro tuto kategorie se vstupní signály odlišovaly na základě věku dítěte – např. sexualizované chování převažovalo u nejmladších dětí (v kategorii 0-5 let), u starších dětí (v kategorii 12-18 let) převažovaly projevy více „skryté“ – z oblasti depresivního ladění, úzkosti, sebedestruktivního chování apod. (Andrtová & Dušková, 2021).

Shrnutí – mezi klíčové signály pro ohrožení sexuálním násilím byly v rámci tohoto výzkumu nalezeny:

- sdělení dítěte
- sexualizované chování
- úzkostné/depresivní chování (jako důsledek sexuálního násilí)
- problémy v oblasti sociability a nesnázi v oblasti vztahů (jako důsledek sexuálního násilí)
- posttraumatická stresová porucha (jako důsledek sexuálního násilí)
- problémy v oblasti sebepojetí (jako důsledek sexuálního násilí)

3. Psychické týrání

U tohoto druhu ohrožení bylo pro výzkum vyhodnoceno 6 dětí, z toho 4 chlapci (věkový medián 12,5 let) a 2 dívky (věkový medián 6,5 let).

U tak malého počtu participantů nelze výsledky příliš zobecnit a budou dávat smysl spíše v celkovém shrnutí výsledků všech dětí dohromady, pro úplnost však uvádím získaná data.

Mezi signály, sdělené osobou žádající o péči, spadá **sdělení dítětem**, které se objevilo u všech 6 dětí (ve většině případů to bylo při psychologickém vyšetření potvrzeno). Signifikantnější byly také **nesnáze v oblasti úzkosti** (nejvíce zaznělo odmítání osoby – 4 případy, celkem bylo v této kategorii zaznamenáno 6 případů; téměř všechny sdělené signály byly při vyšetření potvrzeny), **nesnáze v oblasti vztahů** (nejvíce zaznělo narušené vztahové pole k otci – 4 případy, celkem bylo v dané kategorii zaznamenáno 7 případů; všechny sdělené signály byly při vyšetření potvrzeny) nebo **potíže se spánkem** (při vyšetření tyto signály však potvrzeny nebyly).

Při rozhovoru s pečující osobou nedošlo k signifikantním nálezům.

Při samotném psychologickém vyšetření dítěte byly navíc oproti tomu, co sdělovaly pečující osoby, objeveny signály v oblasti **hyperaktivity, sociability, přejímání odpovědnosti, sebepojetí**. Vzhledem k malému počtu respondentů se však jedná řádově o jednotky a nedá se to tedy příliš zobecnit.

Shrnutí – mezi klíčové signály pro ohrožení psychickým týráním byly v rámci tohoto výzkumu nalezeny:

- sdělení dítěte
- nesnáze v oblasti úzkosti
- nesnáze v oblasti vztahů
- problémy v oblasti sebepojetí

Vzhledem k malému množství respondentů však nelze tyto signály zobecňovat.

4. Zanedbávání

Do výzkumu bylo zahrnuto 7 dětí, ohrožených zanedbáváním. Z toho bylo 5 chlapců, s věkovým mediánem 8 let, a 2 dívky, s věkovým mediánem 9 let. Nejčastěji byl zadavatelem péče OSPOD. Vzhledem k takto malému počtu dětí jsou pravidla pro vyhodnocování výstupů stejná jako u psychického týraní.

Zanedbávání se objevovalo až na jeden případ v kombinaci s jinými druhy ohrožení, v 6 případech s fyzickým týráním.

Při vstupu do péče uváděly pečující osoby ve větší míře signály **sdělení dítětem** (ve 4 případech), dále jednotlivé signály z kategorie **nesnáze v oblasti vztahů** (4 případy z různých kategorií, ve většině případů byly signály při psychologickém vyšetření potvrzeny), **potíže se spánkem, školní problémy** (signály z posledních dvou skupin nebyly ve většině případů při psychologickém vyšetření potvrzeny).

Při spolupráci pečující osoby s psycholožkou či sociální pracovnící byly navíc objeveny signály z oblasti **úzkosti** (celkem 3 případy), **hyperaktivity** (celkem 5 případů; ve většině případů u obou skupin signálů při vyšetření potvrzeno), a **nesnáze v oblasti vztahů** (dalších 5 signálů navíc oproti těm, které uvedly pečující osoby). Při rozhovoru s pečující osobou se v 5 případech jevíly psycholožkám jako signifikantní různé signály z oblasti **depressivních projevů**, a v 7 případech různé signály z oblasti **sebepojetí**, ty však pečující osoby odmítaly dát do souvislosti s daným typem ohrožení.

Při psychologickém vyšetření nebylo objeveno ani v jedné kategorii signifikantně větší množství signálů oproti tomu, co zaznělo při spolupráci s pečující osobou.

Shrnutí – mezi klíčové signály pro ohrožení zanedbáváním byly v rámci tohoto výzkumu nalezeny:

- sdělení dítěte
- nesnáze v oblasti vztahů
- problémy v oblasti sebepojetí

Vzhledem k malému množství respondentů však nelze tyto signály zobecňovat.

5. Sexuální experimentování

V této skupině bylo vyhodnoceno celkem 10 dětí a ve všech případech se jednalo o chlapce (s převládajícím množstvím ohrožení u chlapců má Dětské krizové centrum zkušenost v rámci všech klientů; Andrtová & Dušková, 2021). Věkový medián chlapců v tomto výzkumu byl 9,5 let.

Jedná se o specifický typ ohrožení, který byl pouze v jednom případě kombinován s jinými druhy ohrožení, jinak se vyskytoval samostatně. V polovině případů iniciovala péči matka.

Pečující osoby zmiňovaly nejčastěji různé signály z oblasti **sexualizovaného chování** – celkem 12 případů (jednotlivé signály přirozeně odráží daný typ ohrožení, např. sexualizované chování, sledování pornografie atd.; při vyšetření byla potvrzena velká část z nich) či **rizikové chování** (celkem 5 případů, např. lhaní, potvrzena byla jen část z nich). I zde velmi často zaznívalo, že šlo také o samotné **sdělení dítětem** (v 9 případech).

Při rozhovoru s pečující osobou zaznívaly nově signály z oblasti **hyperaktivity** (4 případy), **nesnází v oblasti vztahů** (9 případů) a **školních problémů** (5 případů). Většina signálů z těchto uvedených skupin byla při psychologickém vyšetření potvrzena.

Při vyšetření psycholožkou byly navíc objeveny signály ze skupiny **nesnáze v oblasti úzkosti** (7 případů, např. úzkost, ostražitost). Nejvíce byly zaznamenány signály v oblasti **sebepojetí**, kterých si žádná pečující osoba nevšimla ani v jednom případě (nejčastěji zaznívaly pocity viny, pocity ostychu, zvýšená nejistota, celkem zaznamenáno

18 případů). V ostatních skupinách se jednalo o nesignifikantní množství nově objevených signálů.

Shrnutí – mezi klíčové signály pro ohrožení sexuálním experimentování byly v rámci tohoto výzkumu nalezeny:

- sdělení dítěte
- nesnáze v oblasti vztahů
- nesnáze v oblasti úzkosti (na tento signál se dá pohlížet jako na příčinu sexuálního experimentování, které může pro dítě představovat formu „uvolnění“; Andrtová & Dušková, 2021)
- problémy v oblasti sebepojetí

Vzhledem k malému množství respondentů však nelze tyto signály zobecňovat.

6. Domácí násilí

Celkem bylo vyhodnoceno 10 případů domácího násilí, z toho 7 dívek (věkový medián 6 let) a 3 chlapci (věkový medián 10,5 let). Při tomto typu ohrožení dochází často ke kombinaci s dalšími typy ohrožení, nejčastěji s fyzickým týráním, ohrožujícím prostředím nebo zanedbáváním. Andrtová s Duškovou (2021) ve výzkumné zprávě uvádí, že z tohoto nerovnoměrného rozložení nelze předpokládat, že jsou dívky typickou skupinou pro tento typ ohrožení, dívky se však hůře vypořádávají s tímto typem ohrožení, zatímco chlapci často volí agresivní způsob reagování, což bývá často vyhodnocováno (např. institucemi jako je škola atd.) mylně jako jiné rizikové chování (toto tvrzení je postaveno na základě zkušeností Dětského krizového centra, ale také na základě jiných výzkumů). Autorky výzkumné zprávy dále píší o zkušenostech Dětského krizového centra s dětmi, ve věkové kategorii 12-18 let – ty moc o domácím násilí ve svém okolí nereferejí, protože se za situaci doma stydí.

Iniciátorem péče je ve většině případů matka (8 případů, z toho ve 3 případech spolupracovaly matky s OSPODem). Ta je zároveň osobou, která je domácím násilím často přímo zasažena. K řešení situace dítěte dochází často ve chvíli, kdy se sama rozhodne řešit především svou situaci. Škola se na místě iniciátora neobjevila ani v jednom případě (oproti jiným druhům ohrožení). Andrtová s Duškovou (2021) uvádí hypotézu, že škola nechce vstupovat do konfliktu dospělých osob pečujících o dítě.

Při žádání o péči sdělovaly pečující osoby např. **poranění jinou osobou** (především modřiny, objevovalo se v případech, kdy bylo přidruženo fyzické týráním dítěte, zároveň nebyly během vyšetření psychologkou potvrzeny), **sdělení dítětem** (7 případů; v těchto případech však bylo domácí násilí kombinováno s jinými druhy ohrožení, např. fyzickým týráním, dítě se mohlo tedy svěřit spíše s tímto), **strach** (z otce, o bezpečí druhých lidí – celkem 4 případy, ve většině případů při vyšetření potvrzeno), **problémy v oblasti sociability** (5 případů, všechny signály byly při vyšetření potvrzeny) i **v oblasti vztahů** (10 případů, nejčastěji narušené vztahové pole k otci; většina signálů byla při vyšetření potvrzena), také byly často zmiňovány **nesnáze v oblasti spánku** – 6 případů – při vyšetření však tyto problémy nebyly prokázány, nebo **školní problémy** (při vyšetření nebylo potvrzeno).

Při spolupráci s psychologkou sdělovaly pečující osoby navíc **nesnáze v oblasti úzkosti** (5 případů, nejčastěji ostražitost; při vyšetření dítěte bylo potvrzeno), **nesnáze v oblasti vztahů** (celkem 7 případů; oproti samotnému sdělení osobou je tady více případů narušeného vztahového pole k matce a sourozencům; většina byla potvrzena).

Při samotném psychologickém vyšetření dítěte bylo objeveno více signálů týkajících se **nesnází v oblasti úzkosti** (i když už si z této skupiny pečující osoby při spolupráci s pracovníci Dětského krizového centra uvědomili nějaké signály, zde si psychologky více všimaly přímo úzkostných projevů; celkem zachyceno 8 případů). V **oblasti vztahů** si psychologky všimaly odlišných nesnází, než uváděli rodiče (např. sourozenecká rivalita, zesílená touha po druhých). Povšimly si také signálů z oblasti **přejímání odpovědnosti**. Jako v předchozích skupinách, i tady byly zvýšeně patrné nesnáze se **sebepojetím** (8 případů, nejvíce snížené sebehodnocení; z této kategorie si opět nevšimla pečující osoba signálů ani v jednom případě a to ani po doptání psychologkou (ve 3 případech signály sice potvrdily, ale nepovažovaly je za důležité v souvislosti s daným typem ohrožení).

Ve skupině signálů **depresivní projevy** byly častější nálezy jak při sdělení osobou (3 případy), tak při spolupráci s psychologkou či sociální pracovníci (4 případy), tak při samotném vyšetření dítěte (5 případů). Zajímavostí je, že osoby žádající o péči si všimaly spíše „viditelných“ signálů (zvýšená unavitelnost, plačtivost, náladovost) zatímco psychologky při vyšetření zjistily různé projevy depresivního prožívání, které nemusí být na první pohled patrné (nevýkonnost, pocity beznaděje, dysforie, pesimistický postoj k budoucnosti).

Shrnutí – mezi klíčové signály pro ohrožení domácím násilím byly v rámci tohoto výzkumu nalezeny:

- nesnáze v oblasti vztahů
- nesnáze v oblasti úzkosti
- problémy v oblasti sebepojetí
- depresivní projevy

Vzhledem k malému množství respondentů však nelze tyto signály zobecňovat.

7. Konfliktní, předrozvodová a porozvodová situace v rodině

Cekem bylo vyhodnoceno 10 případů s tímto typem ohrožení, z toho 7 dívek (věkový medián je 6,5 let) a 3 chlapci (věkový medián je 8 let). Tento typ ohrožení je často kombinován s jinými typy ohrožení, kombinace jsou však různé a nelze určit převažující typ dalšího ohrožení. Z tohoto rozložení nelze usuzovat, že jsou dívky typickými oběťmi tohoto ohrožení, ale stejně jako u domácího násilí, i zde lze uvažovat o jiném způsobu prožívání této situace dívkami a chlapci a tudíž na jiné způsoby vyhodnocení signálů okolím (Andrtová & Dušková, 2021).

Při zahájení péče sdělovaly pečující osoby nejčastěji signály z kategorie **nesnáze v oblasti vztahů** (12 případů, nejčastěji narušené vztahové pole k otci – 5 případů; téměř všechny sdělené signály z této oblasti byly při vyšetření potvrzeny), nesnáze v oblasti **spánku** (celkem zazněly ve 4 případech, ve většině případů nebylo při vyšetření potvrzeno), projevy **agrese** (zaznělo ve 4 případech, při vyšetření téměř nebylo potvrzeno). Ostatní signály zaznívaly v rámci jednotek. **Sdělení dítěte** se objevilo v této kategorii ohrožení ve 3 případech.

Při dalším rozhovoru s pečující osobou navíc zazněly signály, týkající se **nesnázi v oblasti úzkosti** (celkem 4 případy, 2 z nich byla úzkost; většina z nich byla při vyšetření potvrzena), i zde zaznívaly **nesnáze v oblasti vztahů** (4 případy, oproti sdělení osobou však nebyl některý signál více dominantní; většina z nich byla potvrzena).

Ve 3 případech potvrdily pečující osoby signály z oblasti **depresivních projevů**, ale nepřisuzovaly jim důležitost v souvislosti s daným typem ohrožení.

Při psychologickém vyšetření byly rovněž objeveny další signály z kategorie **nesnáze v oblasti vztahů** (6 případů, polovina z nich se týkala narušených vztahů s vrstevníky), ve 4 případech byly objeveny signály z oblasti **rizikového chování**.

Problémy se sebepojetím nebyly zaznamenány tak často, jako v jiných skupinách ohrožení, ale přesto byly zvýšené (objevy ve 4 případech, a i zde si jich pečující osoba sama nevšimla).

Typicky u tohoto druhu ohrožení je třeba myslet na to, že v některých případech může rodič referovat o signálech u dítěte takovým způsobem, kterým by mohl „uškodit“ druhému rodiči (Andrtová & Dušková, 2021).

Shrnutí – mezi klíčové signály pro ohrožení konfliktním prostředím v rámci rozvodové situace byly v rámci tohoto výzkumu nalezeny:

- nesnáze v oblasti vztahů
- nesnáze v oblasti úzkosti (v rámci realizovaného výzkumu se objevil signál jako dopad dlouhodobého rodičovského sporu; Andrtová & Dušková, 2021)
- depresivní projevy (v rámci realizovaného výzkumu se objevil signál jako dopad dlouhodobého rodičovského sporu; Andrtová & Dušková, 2021)
- problémy s realitou

Vzhledem k malému množství respondentů však nelze tyto signály zobecňovat.

8. Rizikové chování dětí

Do výzkumu byly zahrnuty pouze 2 děti, ohrožené rizikovým chování – obě byly dívky (věkovým medián 13,5 let), proto nelze výsledky vůbec zobecňovat a není potřeba je zde uvádět. Získaná data od těchto dívek budou zařazeny do celkového shrnutí výsledků. Navíc nelze usuzovat, že dívky jsou typickými představitelkami tohoto druhu ohrožení.

Dochází-li u tohoto druhu ohrožení ke kombinaci s jiným typem ohrožení (a často tomu tak je), je ve většině případů rizikové chování až následkem jiného druhu ohrožení (Andrtová & Dušková, 2021).

9. Ohrožující prostředí

V této kategorii bylo zahrnuto celkem 18 dětí, z toho 10 dívek (věkový medián 7 let) a 8 chlapců (věkový medián 9 let).

Tento typ ohrožení je často kombinován s jinými, nelze však určit dominantní skupinu ohrožení, se kterou je tento druh ohrožení v kombinaci.

Při zahájení péče často zazněly ve větší míře signály z kategorie **sexualizované chování** (5 případů) či **poranění jinou osobou** (4 případy), ale zde se jednalo o děti, které byly zároveň ohroženy sexuální násilím, a v případě modřin o děti ohrožené fyzickým týráním. 5 osob mělo tyto informace přímo od **dítěte**, zároveň v těchto případech bylo ohrožující prostředí kombinováno s jinými druhy ohrožení, např. týráním, dítě se tedy mohlo svěřit i s jinými situacemi. Více signálů se také objevovalo v kategorii **rizikové chování** (celkem 12 případů, zaznívaly téměř všechny signály z dané kategorie), či **nesnáze v oblasti vztahů** - celkem 17 případů, nejvíce narušené vztahové pole s otcem (5 případů), ale také s matkou (4 případy) nebo k vrstevníkům (3 případy); ve většině případů při vyšetření potvrzeno. V 5 případech zaznívaly **školní problémy** (různé signály; ve většině případů při vyšetření potvrzeno).

Při spolupráci pečující osoby s psychologkou či sociální pracovnící se ve zvýšené míře objevily další signály ze skupiny **nesnáze v oblasti vztahů** (celkem 9 případů), **nesnáze v oblasti úzkostí** (celkem 6 případů, většinou však nebylo při vyšetření psychologkou potvrzeno), u **školních problémů** zazněl pětkrát signál zhoršení školního prospěchu (při vyšetření potvrzeno u části dětí).

Při psychologické práci s dítětem byly zaznamenány navíc ve větší míře signály ze skupiny **nesnáze v oblasti úzkostí** (celkem 10 případů). V kategorii **strach**, kterou přinášela i pečující osoba, psychologky více zaznamenaly signál strach z opuštění (zaznělo třikrát). Ve skupině **nesnáze v oblasti vztahů** učinily psychologky také četné nálezy, nejvíce u signálu zesílená touha po druhých (4 případy). Výrazné bylo také **přejímání odpovědnosti** (6 případů). Opět převládaly signály ze skupiny **sebehodnocení** (nejvíce bylo snížené sebehodnocení – 6 případů, v celé kategorii bylo zaznamenáno 16 případů). Na rozdíl od jiných skupin ohrožení, zde si ve 4 případech pečující osoba nějaké nesnáze uvědomila, když se na to psychologka či sociální pracovníce ptala (naopak ve 3 případech přítomnost signálů pečující osoba odsouhlasila, ale nepřisuzovala jim důležitost vzhledem k danému typu ohrožení).

Ve skupině signálů **depressivní projevy** byly četné nálezy jak při sdělení osobou (7 případů), jak při spolupráci s pracovnící Dětského krizového centra (7 případů), tak při samotném vyšetření (9 případů). Stejně jako u domácího násilí, i zde se objevoval „trend“, že osoby si všímaly spíše „viditelných“ signálů (zvýšená unavitelnost, plačtivost,

náladovost) zatímco psychologka při vyšetření zjistila prožívání, které nemusí být na první pohled patrné (nevykonnost, pocity beznaděje, dysforie, pesimistický postoj k budoucnosti).

Shrnutí – mezi klíčové signály pro ohrožení prostředím byly v rámci tohoto výzkumu nalezeny:

- nesnáze v oblasti vztahů
- problémy se sebepojetím
- nesnáze v oblasti úzkosti
- depresivní projevy
- školní problémy
- přejímání odpovědnosti

10. Sebepoškozování

V této skupině ohrožení bylo vyhodnoceno celkem 12 dětí, 1 dítě jsem pro účely diplomové práce vzhledem k nečitelnosti zaznamenaných dat odstranila. Skupinu tvořilo 11 dívek (věkový medián 15 let) a 1 chlapec (11 let). Převaha dívek u tohoto ohrožení je patrná i v rámci běžné praxe Dětského krizového centra. Ve většině případů byl iniciátorem jeden z rodičů, v jednom případě to bylo samo dítě.

Při zahájení péče sdělovala přicházející osoba ve větší míře signály z kategorie **depresivní projevy** (nejčastěji depresivní chování a zvýšená plačtivost – po 3 případech, celkově v této kategorii sdělily pečující osoby dohromady 17 signálů; ve většině případů byly tyto signály při psychologickém vyšetření potvrzeny). V kategorii **sociabilita** zazněla v 5 případech zvýšená uzavřenost (ve všech případech bylo vyšetřením potvrzeno). Samozřejmě byla hojně označována kategorie **sebedestrukce** (v 8 případech sebepoškozující chování, ve 2 případech suicidální chování; téměř ve všech případech potvrzeno vyšetřením). Častěji také zaznívaly signály z oblasti **rizikového chování** (celkem v 9 případech, zastoupeny byly téměř všechny signály v dané kategorii) či nesnáze v oblasti vztahů (celkem 8 případů).

Při spolupráci psychologky či sociální pracovnice s pečující osobou byly objeveny signály ve skupině **nesnáze v oblasti vztahů** (celkem 11 případů, častěji zaznívalo především narušení vztahového pole k matce – ve 4 případech). Ve 4 případech pečující osoby tyto signály potvrdily, ale nepovažovaly je za signifikantní vzhledem k danému typu

ohrožení. V 5 případech potvrdily pečující osoby signály z oblasti **depresivních projevů**, které rovněž nepovažovaly vzhledem k danému typu ohrožení za důležité, stejně tak bylo „devalvováno“ 7 signálů z oblasti **sebepojetí**.

Při vyšetření dítěte byly objeveny další signály z oblasti **depresivních projevů**, nejvíce zazníval zvýšený smutek (ve 4 případech, celkově psychologičky zaznamenaly 10 signálů z této kategorie). Větší množství signálů se také objevilo ve skupině **nesnáze v oblasti úzkosti** (celkem 10 případů). I zde zaznívaly další signály ze skupiny **nesnáze v oblasti vztahů** (oproti předchozím sdělením rodiče zde psychologička objevila více signálů u narušených vztahů s vrstevníky – 4 případy, celkově v této skupině objevila psychologička 8 signálů z této kategorie). I zde opět nejvíce signálů zaznělo ve skupině **sebepojetí** – psychologičky zde objevily dohromady 25 signálů, z toho se v 6 případech jednalo o snížené sebehodnocení).

Shrnutí – mezi klíčové signály pro ohrožení konfliktním prostředím v rámci rozvodové situace byly v rámci tohoto výzkumu nalezeny:

- nesnáze v oblasti vztahů
- depresivní projevy
- sebepojetí
- sebedestruktivní chování
- rizikové chování

4.2 Celkové shrnutí

Již během vyhodnocování jednotlivých skupin ohrožení bylo zřejmé, že některé signály jsou výrazné napříč všemi skupinami, ať už se jednalo o typické signály, kterých si všimla sama osoba žádající o péči, o signály, na které bylo potřeba poukázat ze strany psychologičky a poté si jich pečující osoba všimla, nebo o signály, kterých si dokázala všimnout pouze psychologička při práci s dítětem (např. díky odborným znalostem dané problematiky apod.). Proto v této kapitole předkládám výsledky, které jsem dostala po sloučení všech skupin ohrožení dohromady. Pro lepší přehlednost se věnuji výsledkům u každé skupiny signálů zvlášť.

V následujícím přehledu jsou sloučena data od 109 dětí účastnících se výzkumu, nedochází zde ke kumulativnímu efektu, jako při vyhodnocení jednotlivých skupin ohrožení,

kde se data od jednoho dítěte mohla promítat do výsledku více skupin ohrožení, bylo-li dítě tomuto ohrožení vystaveno.

Data jsou zanesena do tabulky, která udává:

- přehled množství signálů, sdělených pečující osobou při úvodní konzultaci (2. sloupec),
- přehled množství signálů, které byly objeveny díky dalšímu doptávání se psychologkou (3. sloupec), ty jsou dále rozděleny na:
 - případy, u kterých pečující osoby díky doptávání potvrdily přítomnost daného signálu (četnost zaznamenána ve 3. sloupci v závorce),
 - případy, které pečující osoby i přes toto upozornění odmítly dávat do souvislosti s daným typem ohrožení (v tabulce nejsou uvedeny, jedná se o zbytek případů ze 3. sloupce, které nebyly uvedeny v závorce),
- přehled procentuálního množství případů, které byly díky psychologickému vyšetření potvrzeny (se zaokrouhlením na celá čísla; 4. sloupec),
- přehled signálů, které byly zjištěny pouze při psychologickém vyšetření (5. sloupec).

Signály jsou seřazeny dle četnosti výskytu případů (od největší četnosti).

1. Sexualizované chování

Tato skupina signálů je specifická pro ohrožení sexuálním násilím či pro sexuální experimentování (které bývá často – ne však vždy – následkem ohrožení sexuálním zneužitím. Signálů z této skupiny si pečující osoby všímají poměrně dobře (nejvíce zaznívalo **sexualizované chování** – 14 případů, **věku neadekvátní sexuální znalosti** – 8 případů, **problémy s nahotou** – 7 případů). Jen málo nových signálů se objevilo díky doptávání se psychologkou či při psychologickém vyšetření.

Signál	Počet případů sdělených pečující osobou	Počet případů objevených pracovníci DKC (z toho n případů potvrzených pečující osobou)	% potvrzených případů (během vyšetření)	Počet případů zachycených při psychologickém vyšetření
sexualizované chování	14	0 (0)	50 %	0
problémy s nahotou (ve smyslu i odhalování)	7	3 (3)	40 %	1
věku neadekvátní sexuální znalosti	8	0 (0)	50 %	3
jiné sexualizované chování	6	2 (1)	38 %	3
sledování pornografie (až závislostní)	6	1 (1)	43 %	1
nápadnost v kresbě	5	2 (0)	43 %	2
pocity nadměrného studu	2	5 (2)	100 %	3
výrazná nebo veřejná masturbace	5	0 (0)	40 %	0
obsazení sexuálními tématy	4	1 (0)	80 %	2
svůdné, vyzývavé chování	3	1 (1)	50 %	1
sexualizovaná hra	3	0 (0)	33 %	0
vyžadování sexuální stimulace od dospělých nebo jiných dětí	2	0 (0)	50 %	1
zavádění předmětu do vagíny, konečníku	1	0 (0)	100 %	0
opoždění psychosexuálního vývoje	0	0 (0)	-	0

Tabulka 1. Sexualizované chování – přehled zachycených signálů

2. Poranění jinou osobou/osobami

Poranění jinou osobou jsou typická především u fyzického týrání, případně sexuálního násilí. Nejvíce uváděly osoby žádající o péči **výskyt modřin** (v 9 případech), které při psychologickém vyšetření již nebyly patrné. Důvod byl podán výše – modřiny byly pro pečující osoby ukazatelem, že je dítě ohroženo, ale v době péče v Dětském krizovém centru již dítěti nikdo neublížoval, protože byla situace monitorována např. OSPODem, a tudíž nebyly modřiny patrné. Sama psychologka na příliš mnoho dalších zranění nepřišla.

Signál	Počet případů sdělených pečující osobou	Počet případů objevených pracovníci DKC (z toho n případů potvrzených pečující osobou)	% potvrzených případů (během vyšetření)	Počet případů zachycených při psychologickém vyšetření
modřiny	9	2 (2)	18 %	2
jiné poranění	3	1 (1)	25 %	0
zlomeniny	0	0 (0)	-	0
jizvy	0	0 (0)	-	1
popáleniny	0	0 (0)	-	0

Tabulka 2. Poranění jinou osobou/osobami – přehled zachycených signálů

3. Zanedbávání

Tato kategorie obsahuje pouze jednu položku (**zanedbávání**), ve výzkumu uvedlo 10 osob žádajících o péči, že si povšimlo tohoto signálu. U tohoto signálu se jednalo o jiné osoby než rodinné příslušníky, kteří o něm mluvili (dává smysl, že zanedbávající rodič o zanedbání mluvit nebude ať už z důvodu, že nemá na toto ohrožení náhled či není schopný o tomto způsobu ohrožení, způsobeném vlastním přičiněním, hovořit). Tento signál zazníval u různých druhů ohrožení, nebyl výlučný pouze pro ohrožení zanedbáváním (u této skupiny ohrožení byl skórován pouze u 3 dětí z celkových 7 v dané skupině). Ve většině případů tento signál nebyl při vyšetření potvrzen.

Signál	Počet případů sdělených pečující osobou	Počet případů objevených pracovníci DKC (z toho n případů potvrzených pečující osobou)	% potvrzených případů (během vyšetření)	Počet případů zachycených při psychologickém vyšetření
zanedbávání	10	0	20 %	2

Tabulka 3. Zanedbávání – přehled zachycených signálů

4. Sdělení dítětem

I když v teoretické části uvádím, že dětem se nesnadno mluví o tom, že jsou ohroženy a často ohrožení dlouhou dobu tají, v tomto výzkumu se jednalo o velké množství případů, kdy se **dítě s ohrožením svěřilo** (celkem 62 případů). Z tohoto zjištění však nelze usuzovat na obecnou schopnost dětí se s ohrožením svěřit. Je třeba brát v úvahu, že detekce ohrožení dětí a následné vyhledání pomoci je určitý proces, a to, že rodina vyhledala péči Dětského krizového centra (ať už sama nebo na popud instituce), je už pokročilá fáze celého procesu. Stále platí, že spousta dětí na své trápení zůstává sama. Ani v případě výzkumného vzorku nebylo sdělení dítětem tím prvním a jediným impulzem k vyhledání pomoci (jak již cituji

Andrtovou a Duškovou (2021) výše (v kapitole 4.1 výzkumné části, odstavec o ohrožení sexuálním násilím).

Signál	Počet případů sdělených pečující osobou	Počet případů objevených pracovníci DKC (z toho n případů potvrzených pečující osobou)	% potvrzených případů (během vyšetření)	Počet případů zachycených při psychologickém vyšetření
sdělení dítětem	62	2 (2)	72 %	7

Tabulka 4. Sdělení dítěte – přehled zachycených signálů

5. Posttraumatická problematika

Signálů poukazujících na posttraumatickou problematiku si pečující osoby dokáží všimnout pouze částečně, ve větším množství případů si jich všimaly psychologičky až při vyšetření – nejčastěji zaznívaly **záblesky z minulosti** (vracení se k minulosti – slovně, v myšlenkách či díky „hlasům“) – psychologičky zaregistrovaly tento signál v 7 případech, pečující osoby v 6 případech. Největší disproporce je mezi signály **anhedonie** (ve smyslu neschopnosti prožívat kladné emoce, jako je radost, těšení se apod.), kdy o tomto signálu nereferovaly pečující osoby samy od sebe ani v jednom případě, zatímco psychologičky si toho všimly v 6 případech, či **disociace** (psychologičky si všimly ve 4 případech, pečující osoby ani jednou). Zde však může hrát roli to, kam psychologička daný signál zařadila a zda nebylo možné tento signál zařadit do jiných kategorií.

Signál	Počet případů sdělených pečující osobou	Počet případů objevených pracovníci DKC (z toho n případů potvrzených pečující osobou)	% potvrzených případů (během vyšetření)	Počet případů zachycených při psychologickém vyšetření
záblesky minulosti (vracení se k události (slovně/myšlenky /hlasy)	6	3 (2)	100 %	7
symptomy PTSD	2	3 (1)	100 %	5
disociace	2	0 (0)	50 %	4
anhedonie	0	2 (1)	50 %	6
jiné příznaky	0	0 (0)		1

Tabulka 5. Posttraumatická problematika – přehled zachycených signálů

6. Nesnáze v oblasti úzkosti

Různé klíčové signály z této kategorie se ukazovaly signifikantní téměř u všech druhů ohrožení. Identifikace těchto signálů pečujícími osobami je v rámci tohoto výzkumu spíše oslabena. Klíčového signálu **úzkost** si všimly pečující osoby v 7 případech (v dalších 4 případech ve spolupráci s psychologičkou či sociální pracovnící), zatímco v 19 případech si

těchto signálů všimly pouze psychologičky během vyšetření. Také signál **snaha o kontrolu** byl při psychologickém vyšetření zaznamenán v 19 případech, pečující osoby si toho všimly (navíc až po doptání psychologičkou) pouze ve 3 případech (ve 4 případech nepřipisovaly tomuto signálu důležitost v souvislosti s daným typem ohrožení). U tohoto signálu je však nutno brát v potaz, že snaha o kontrolu mohla být typická pro specifickou situaci vyšetření (ta byla pro dítě nová, mohla pro něj představovat určitou formu zátěže apod.) a v běžném životě se takto dítě projevovat nemuselo. To platí i pro další výrazný signál **ostrážitost**, kterého si psychologička všimla v 18 případech (oproti 6 případům, které přinášel rodič sám nebo je potvrdil po spolupráci s psychologičkou či sociální pracovnící).

Signál	Počet případů sdělených pečující osobou	Počet případů objevených pracovníci DKC (z toho n případů potvrzených pečující osobou)	% potvrzených případů (během vyšetření)	Počet případů zachycených při psychologickém vyšetření
úzkost	7	8 (4)	93 %	19
odmítání osoby	8	5 (4)	85 %	5
snaha o kontrolu	0	7 (3)	100 %	19
ostrážitost	2	4 (3)	83 %	18
panické záchvaty	1	1 (1)	100 %	3
úlekové reakce	1	0 (0)	0 %	2
jiné nesnáze	0	1 (1)	0 %	5
fobie	0	0 (0)	-	2

Tabulka 6. Nesnáze v oblasti úzkosti – přehled zachycených signálů

7. Depresivní projevy

Tato skupina signálů se také objevovala jako signifikantní u více druhů ohrožení. Stejně jako u úzkostných projevů, také zde byly psychologičky při identifikaci klíčových signálů zdatnější, než byly pečující osoby. Největší rozdíly se objevily u signálů **nevýkonnost** (psychologičky si tohoto signálu všimly v 8 případech, pečující osoby pouze ve 4 případech, z toho byl signál ve 2 případech uvědomen až po doptání psychologičkou) nebo **dysforie** (psychologičky zaznamenaly 11 případů, pečující osoby 5 případů, z toho 3 případy až po doptání). Oproti psychologičkám si pečující osoby lépe všimají **plačtivosti**, ale spousta z nich tento signál uvedla až po doptání psychologičkou či sociální pracovnící. Tento signál psychologička nemusel zaznamenat z důvodu, že při vyšetření nemohlo dojít ke srovnání, jestli je plačtivost zvýšená oproti minulosti, a ani samo dítě o tom nemuselo umět objektivně referovat.

V mnoha případech zvládly pečující osoby výskyt různých signálů potvrdit poté, co na ně byly přímo dotázány při rozhovoru s pracovníci Dětského krizového centra.

Z výsledků je možné uvažovat o tom, že psychologové jsou zdatní v identifikaci vnitřních projevů (prožívání), zatímco pečující osoby lépe identifikují signály, které jsou více viditelné.

Signál	Počet případů sdělených pečující osobou	Počet případů objevených pracovníci DKC (z toho n případů potvrzených pečující osobou)	% potvrzených případů (během vyšetření)	Počet případů zachycených při psychologickém vyšetření
plačtivost (zvýšená)	9	11 (11)	60 %	3
rozlady	4	10 (7)	71 %	10
náladovost	5	8 (6)	69 %	6
pocity beznaděje	3	4 (3)	71 %	3
zvýšená unavitelnost	1	6 (4)	86 %	6
nevýkonnost	2	4 (2)	100 %	8
depresivní chování	4	1 (1)	80 %	5
dysforie	2	3 (3)	100 %	11
pesimistický postoj k budoucnosti	2	3 (2)	60 %	4
zvýšený smutek	2	3 (2)	100 %	5
deprese	3	1 (1)	75 %	2
jiné projevy	0	3 (2)	33 %	2

Tabulka 7. Depresivní projevy – přehled zachycených signálů

8. Neurotické obtíže

Signály z této kategorie se neobjevovaly ve zvýšené míře. Z této skupiny byly nejdominantnější **sekundární enuréza**, kterou rodič uváděl v 6 případech (v 5 z nich uvedl tento signál sám, bez doptání psychologem či sociální pracovnící) a pak také **jiné signály** – kde však ne vždy psychologové specifikovaly, o jaké signály jde. Mezi ty signály, které byly specifikovány, patřily např. škrábání, třes, nespecifikované záchvaty, neklid rukou, lapání po dechu.

Signál	Počet případů sdělených pečující osobou	Počet případů objevených pracovníci DKC (z toho n případů potvrzených pečující osobou)	% potvrzených případů (během vyšetření)	Počet případů zachycených při psychologickém vyšetření
jiné obtíže	5	3 (0)	63 %	4
sekundární enuréza	5	1 (1)	33 %	0
skřípání zubů	1	3 (3)	25 %	0
tiky (motorické, vokální)	0	3 (3)	67 %	2
sekundární enkopréza	1	2 (2)	33 %	0
kousání nehtů	0	1 (1)	0 %	0
zadrhávání řeči	0	1 (1)	100 %	4
trhání vlasů	0	1 (1)	0 %	0
obsese	0	0 (0)	-	0

Tabulka 8. Neurotické obtíže – přehled zachycených signálů

9. Regresivní chování

V této kategorii nebyly klíčové signály nijak signifikantní. Zajímavostí v této kategorii pouze je, že psychologičky celkem pětkrát zaznamenaly **šišlání dítěte** v případech, kdy se o tom rodiče vůbec nezmiňovali. Je otázkou, zda dítě užívalo tento způsob komunikace pouze pro specifickou situaci vyšetření, nebo zda si toho pečující osoby nevšimly (či na to byly zvyklé a nevnímaly odlišnost).

Signál	Počet případů sdělených pečující osobou	Počet případů objevených pracovníci DKC (z toho n případů potvrzených pečující osobou)	% potvrzených případů (během vyšetření)	Počet případů zachycených při psychologickém vyšetření
závislost na pečující osobě (ve smyslu vzniklé po události)	2	5 (4)	86 %	1
šišlání	1	2 (0)	67 %	3
jiné chování	2	0 (0)	50 %	0

Tabulka 9. Regresivní chování – přehled zachycených signálů

10. Problémy s realitou

V této kategorii si psychologičky častěji všimaly signálu **útěky do fantazie** (celkem v 7 případech). Je možné, že tento signál není pro pečující osoby na první pohled patrný a je více viditelný např. díky užití projektivních metod v terapii či profesionálně vedenému rozhovoru s dítětem. Tento signál se objevoval často u dětí účastnících se rodinných sporů

či domácího násilí (ale také sexuálního zneužívání) a je možné, že rodiče vzhledem k řešení partnerských problémů neměli ani kapacitu si takového prožívání dítěte všimnout.

Signál	Počet případů sdělených pečující osobou	Počet případů objevených pracovníci DKC (z toho n případů potvrzených pečující osobou)	% potvrzených případů (během vyšetření)	Počet případů zachycených při psychologickém vyšetření
útěky do fantazie	2	3 (1)	100 %	6
jiné problémy	0	2 (0)	100 %	4
konfabulace	1	0 (0)	100 %	3
desorganizace (myšlení/chování)	0	0 (0)	-	1

Tabulka 10. Problémy s realitou – přehled zachycených signálů

11. Hyperaktivita

Oproti tomu, co sdělovaly osoby žádající o péči, si psychologičky více všimaly **zvýšené dráždivosti** (10 případů). Ve větší míře se při vyšetření také objevil **zvýšený neklid dítěte** (9 případů). V 8 případech se tento signál objevil již v úvodním rozhovoru, díky dotazování pečující osoby na tento signál, ale jen v polovině z nich jej považovaly pečující osoby za důležitý vzhledem k danému typu ohrožení. Opět ale tyto projevy mohou být specifické pro situaci vyšetření.

Signál	Počet případů sdělených pečující osobou	Počet případů objevených pracovníci DKC (z toho n případů potvrzených pečující osobou)	% potvrzených případů (během vyšetření)	Počet případů zachycených při psychologickém vyšetření
zvýšený neklid	3	8 (4)	100 %	9
zvýšená dráždivost	3	7 (5)	70 %	10
hyperaktivita	0	5 (5)	60 %	2
agitovanost	0	1 (0)	100 %	3
jiné obtíže	0	0 (0)	-	0

Tabulka 11. Hyperaktivita – přehled zachycených signálů

12. Strach

Je patrné, že různé druhy strachů ohrožené dítě provázejí. Nejvíce při psychologickém vyšetření zazněl **strach z opuštění** – celkem v 7 případech. Při rozhovoru s pečující osobou se tento signál objevil ve 3 případech. Na prvním místě figuruje **jiný strach**, ne vždy ale psychologičky uvedly, o jaký konkrétní strach se jedná. Mezi uvedenými byly např. strach z troubení, strach z napadení matky jiným řidičem, strach z otce, strach

z partnera matky, strach z bubáků, strach ze tmy, strach z odebrání otcí, strach z trestu, strach, že je pod postelí člověk, co dítěti ublížil.

Signál	Počet případů sdělených pečující osobou	Počet případů objevených pracovníci DKC (z toho n případů potvrzených pečující osobou)	% potvrzených případů (během vyšetření)	Počet případů zachycených při psychologickém vyšetření
jiný strach	6	6 (5)	83 %	4
strach z opuštění	0	3 (3)	67 %	7
strach z mužů	5	2 (2)	71 %	2
strach o bezpečí druhých lidí	4	1 (0)	80 %	4
strach z pronásledování	1	1 (0)	100 %	1
strach z prostoru (tzn. z konkrétního místa)	1	0 (0)	0 %	3
strach z žen	0	0 (0)	-	0
strach ze zabití	0	0 (0)	-	0

Tabulka 12. Strach – přehled zachycených signálů

13. Sociabilita

V této kategorii jsou pečující osoby poměrně zdatné při identifikaci **zvýšené uzavřenosti** (16 případů, z toho 6 případů po doptání se psychologem nebo sociální pracovníci, 6 případů se objevilo při psychologickém vyšetření). Výrazněji se také objevoval signál **nedostatek otevřenosti**, kterého si všimly psychologové při vyšetření v 9 případech, pouze ve 4 případech o tom referovaly pečující osoby, buď samy, nebo s pomocí psychologů. V dalších 4 případech pečující osoby tento signál sice potvrdily, ale nepovažovaly jej za signifikantní vzhledem k danému typu ohrožení. Opět je zde nasnadě otázka, zda dítě nebylo uzavřené pouze v důsledku specifické situace vyšetření.

Signál	Počet případů sdělených pečující osobou	Počet případů objevených pracovníci DKC (z toho n případů potvrzených pečující osobou)	% potvrzených případů (během vyšetření)	Počet případů zachycených při psychologickém vyšetření
zvýšená uzavřenost	10	6 (5)	81 %	6
nedostatek otevřenosti	2	6 (2)	88 %	9
izolování se	3	3 (3)	100 %	3
nadměrné poutání pozorností	1	4 (3)	60 %	5
samotářské chování	2	2 (1)	50 %	2
jiné obtíže	1	1 (1)	50 %	5

Tabulka 13. Sociabilita – přehled zachycených signálů

14. Nesnáze v oblasti vztahů

Jedná se o kategorii velmi bohatou na zaznamenané signály. Jako nejvýraznější se ukazuje signál **narušené vztahové pole k otci**, dále **narušené vztahové pole k matce**, **k vrstevníkům a sourozencům**. Také další signály z této skupiny byly zaznamenány, nebyl výraznější rozdíl v množství toho, co uváděla pečující osoba a co zaznamenaly psychologičky během vyšetření. Jediná větší nerovnost se objevila u signálu **zesílená touha po druhých**, kdy psychologičky zaznamenaly 15 případů, oproti 5 případům, sděleným pečující osobou (z toho byly 3 sdělené až při doptání).

Signál	Počet případů sdělených pečující osobou	Počet případů objevených pracovníci DKC (z toho n případů potvrzených pečující osobou)	% potvrzených případů (během vyšetření)	Počet případů zachycených při psychologickém vyšetření
narušené vztahové pole k otci	25	11 (6)	81 %	14
narušené vztahové pole k matce	16	13 (10)	76 %	8
narušené vztahové pole k vrstevníkům	11	11 (8)	77 %	18
narušené vztahové pole k sourozenci	5	9 (8)	79 %	9
vyhýbání se někomu	7	4 (3)	73 %	7
rivalita sourozenecká	5	5 (5)	80 %	4
odmítavé chování	4	4 (4)	88 %	4
zesílená touha po druhých	2	3 (2)	100 %	15
narušené vztahové pole k prarodičům	2	2 (1)	75 %	3
jiné nesnáze	2	2 (1)	100 %	8
hostilní chování	0	0 (0)	-	1

Tabulka 14. Nesnáze v oblasti vztahů – přehled zachycených signálů

15. Přejímání odpovědnosti

V této kategorii si pečující osoby téměř vůbec nevšímalý signálů, kterých si všimly při vyšetření psychologičky. Ty zaznamenaly v 8 případech „**pseudodospělost**“ a v 6 případech **přejímání rolí a odpovědnosti za rodiče**. V dalších 4 případech pečující osoby odsouhlasily výskyt tohoto signálu, byly-li na to upozorněny během úvodního rozhovoru.

Signál	Počet případů sdělených pečující osobou	Počet případů objevených pracovníci DKC (z toho n případů potvrzených pečující osobou)	% potvrzených případů (během vyšetření)	Počet případů zachycených při psychologickém vyšetření
přejímání rolí, odpovědnosti (za rodiče, role partnerů,...)	1	6 (4)	71 %	6
pseudodospělost, předčasná samostatnost, slovník odpovídající staršímu dítěti/ dospělé osoby	0	1 (0)	100 %	8
jiné projevy	0	1 (0)	100 %	0

Tabulka 15. Přejímání odpovědnosti – přehled zachycených signálů

16. Manipulace dítěte

V této kategorii byl pouze jeden signál, který nebyl zaznamenáván nijak signifikantně.

Signál	Počet případů sdělených pečující osobou	Počet případů objevených pracovníci DKC (z toho n případů potvrzených pečující osobou)	% potvrzených případů (během vyšetření)	Počet případů zachycených při psychologickém vyšetření
manipulace dítěte	1	1 (1)	67 %	3

Tabulka 16. Manipulace dítěte – přehled zachycených signálů

17. Spánek (nesnáze v oblasti spánku)

Problémy se spánkem se do určité míry vyskytovaly a pečující osoby je dokáží rozeznat v podobné míře jako psycholožky. Nejvíce zaznívaly **nespavost, problémy s usínáním a noční můry** (těch si všímaly pečující osoby nejvíce, zároveň jen malá část z nich byla při psychologickém vyšetření potvrzena).

Signál	Počet případů sdělených pečující osobou	Počet případů objevených pracovníci DKC (z toho n případů potvrzených pečující osobou)	% potvrzených případů (během vyšetření)	Počet případů zachycených při psychologickém vyšetření
problémy s usínáním	3	7 (6)	50 %	5
noční můry	8	2 (2)	22 %	4
nespavost	3	6 (6)	67 %	4
problémy s probouzením	3	1 (1)	50 %	1
jiné nespázy	0	2 (0)	100 %	1
náměšičnost	0	1 (1)	0 %	0
nadměrná spavost	0	0 (0)	-	1

Tabulka 17. Spánek (nesnáze v oblasti spánku) – přehled zachycených signálů

18. Potíže s jídlem

Nejvíce se objevoval signál **potíže s jídlem** (ve smyslu jí málo, jí hodně nebo zajídání), rodiče si tento signál více uvědomili až po doptání psychologkou. Tento signál také zachytily psychologky během vyšetření u 6 dalších dětí.

Signál	Počet případů sdělených pečující osobou	Počet případů objevených pracovníci DKC (z toho n případů potvrzených pečující osobou)	% potvrzených případů (během vyšetření)	Počet případů zachycených při psychologickém vyšetření
potíže s jídlem (jí málo, jí hodně, zajídání)	2	10 (8)	33 %	4
jiné potíže	0	4 (4)	0 %	0
poruchy příjmu potravy	0	1 (1)	100 %	0
zažívací problémy (cílené, vyvolávané), např. zvracení, projímadla	1	0 (0)	0 %	0

Tabulka 18. Potíže s jídlem – přehled zachycených signálů

19. Psychosomatické obtíže

V této kategorii pečující osoby nezmiňovaly příliš často klíčové signály samy od sebe, v několika případech si je uvědomily až po doptání psychologkou či sociální pracovnící (nejvíce u signálu **častá nemocnost**). Z těchto výsledků se může zdát, že pečující osoby nevnímají možnou souvislost mezi somatickými obtížemi dítěte a jeho psychickým prožíváním.

Signál	Počet případů sdělených pečující osobou	Počet případů objevených pracovníci DKC (z toho n případů potvrzených pečující osobou)	% potvrzených případů (během vyšetření)	Počet případů zachycených při psychologickém vyšetření
častá nemocnost	1	9 (6)	40 %	0
jiné obtíže	2	4 (4)	33 %	2
bolesti břicha	0	5 (3)	20 %	1
bolesti hlavy	1	1 (1)	50 %	1
nevolnosti	0	1 (1)	0 %	3
dechová nedostačivost, sevření, lapání po dechu	0	1 (1)	0 %	3
zesílený, zrychlený tlukot srdce	0	0 (0)	-	2
zrychlený dech (problémy s dechem)	0	0 (0)	-	5
opakované infekce v urogenitální oblasti	0	0 (0)	-	0

Tabulka 19. Psychosomatické obtíže – přehled zachycených signálů

20. Školní problémy

Nejvýrazněji se ukazuje signál **problémy s pozorností**, které přinášela pečující osoba v 8 případech, v dalších 7 je uvedla po doptání psycholožkou (ne vždy však byly při psychologickém vyšetření potvrzeny). Také zazníval signál **nápadné zhoršení školního prospěchu**, ale zde bylo ve více případech potřeba, aby se psycholožka doptala, samy pečující osoby jej moc často neuváděly.

Signál	Počet případů sdělených pečující osobou	Počet případů objevených pracovníci DKC (z toho n případů potvrzených pečující osobou)	% potvrzených případů (během vyšetření)	Počet případů zachycených při psychologickém vyšetření
problémy s pozorností	8	7 (7)	33 %	4
nápadné zhoršení školního prospěchu	3	8 (8)	46 %	2
jiné problémy	5	4 (4)	44 %	2
problémy s pamětí	2	1 (1)	33 %	0

Tabulka 20. Školní problémy – přehled zachycených signálů

21. Agrese

U této kategorie si pečující osoby dobře všimaly signálu **záchvaty nevyprovokovaného prudkého vzteku** (13 případů, z toho 3 případy až po doptání) a také uváděly jiné signály, např. **nadávky** (8 případů, z toho 4 případy až po doptání). U těchto signálů je možné, že při vyšetření nemuselo dítě vykazovat takové agresivní projevy, jako by se to dělo za jiných podmínek.

Signál	Počet případů sdělených pečující osobou	Počet případů objevených pracovníci DKC (z toho n případů potvrzených pečující osobou)	% potvrzených případů (během vyšetření)	Počet případů zachycených při psychologickém vyšetření
záchvaty nevyprovokovaného prudkého vzteku	10	5 (3)	47 %	3
nadávky, verbální útok	4	4 (4)	38 %	2
fyzický útok	2	3 (3)	20 %	3
opakující se destruktivní chování	2	1 (1)	0 %	0
agresivní prvky zaznamenané ve hře	3	0 (0)	0 %	2
jiné projevy	1	1 (1)	100 %	1
krutost k osobám	0	0 (0)	-	0
krutost k zvířatům	0	0 (0)	-	0
agresivní prvky zaznamenané v kresbě	0	0 (0)	-	0

Tabulka 21. Agrese – přehled zachycených signálů

22. Rizikové chování

Signálů z této kategorie si pečující osoby všimaly dobře, nejvíce zazněl signál **problémy s respektováním autority** (10 případů), **výchovné problémy a lhaní** (po 8 případech), **neposlušnost** (7 případů).

Signál	Počet případů sdělených pečující osobou	Počet případů objevených pracovníci DKC (z toho n případů potvrzených pečující osobou)	% potvrzených případů (během vyšetření)	Počet případů zachycených při psychologickém vyšetření
problémy s respektováním autority	10	3 (1)	62 %	5
lhaní	8	3 (2)	91 %	1
neposlušnost	7	2 (1)	56 %	3
výchovné problémy	8	1 (1)	44 %	2
jiné chování	4	3 (2)	29 %	2
nepoctivost a krádeže	4	1 (1)	80 %	0
útěky	3	1 (1)	50 %	0
rizikové chování	3	0 (0)	100 %	1
užívání návykových látek (alkohol, drogy, léky)	2	1 (1)	100 %	0
vulgarita	2	1 (1)	67 %	0
destrukce majetku a vlastnictví	3	0 (0)	33 %	0
obecně problémové chování (vážné porušování pravidel)	1	1 (0)	100 %	0
šikana	2	0 (0)	50 %	0
kriminalita	0	0 (0)	-	2
promiskuita	0	0 (0)	-	0

Tabulka 22. Rizikové chování – přehled zachycených signálů

23. Sebepojetí

V této kategorii jsou schopnosti detekce ze strany pečujících osob výrazně oslabené, a to i v případě doptávání ze strany psycholožky či sociální pracovnice, zatímco při psychologickém vyšetření byly zaznamenány ve velké míře téměř všechny klíčové signály dané kategorie. Nejvýrazněji zaznívaly při vyšetření signály **snížené sebehodnocení** (25 případů), **zvýšená nejistota** (17 případů; může souviset se specifickou situací psychologického vyšetření), **pocity viny** (18 případů), **pocity odlišnosti od jiných** (15 případů). Výskyt těchto tří případů také častěji pečující osoby odsouhlasily při úvodním rozhovoru, ale zároveň je nepovažovaly za signifikantní vzhledem k danému typu ohrožení.

Signál	Počet případů sdělených pečující osobou	Počet případů objevených pracovníci DKC (z toho n případů potvrzených pečující osobou)	% potvrzených případů (během vyšetření)	Počet případů zachycených při psychologickém vyšetření
pocity viny	3	6 (1)	100 %	18
snížené sebehodnocení	0	8 (3)	100 %	25
zvýšená nejistota	0	7 (2)	86 %	17
sebedevalvování	0	4 (1)	75 %	7
odmítání svého těla	1	1 (1)	100 %	2
zvýšená tréma	0	1 (0)	100 %	5
pocity odlišnosti od jiných	0	1 (1)	100 %	15
zvýšená ostýchavost	0	1 (0)	100 %	6
sebenávist	0	0 (0)	-	3
pocity ostychu	0	0 (0)	-	8
jiné obtíže	0	0 (0)	-	4

Tabulka 23. Sebepojetí – přehled zachycených signálů

24. Sebedestrukce

V této kategorii uváděly pečující osoby velmi často signál **sebepoškozující chování** (ve 13 případech jej uvedly sami, v 6 případech po doptání psychologkou). Zdá se, že tohoto signálu si rodiče všímají dobře, může však hrát roli fakt, že ve chvíli, kdy pečující osoby přicházejí do Dětského krizového centra s tím, že se dítě sebepoškozuje, je tento signál uváděn na prvním místě. Zároveň se však tyto signály neukazovaly pouze u ohrožení sebepoškozováním, ale také u jiných typů ohrožení, např. u ohrožení sexuálním násilím.

Signál	Počet případů sdělených pečující osobou	Počet případů objevených pracovníci DKC (z toho n případů potvrzených pečující osobou)	% potvrzených případů (během vyšetření)	Počet případů zachycených při psychologickém vyšetření
sebepoškozující chování	13	6 (6)	84 %	2
suicidální chování	5	1 (1)	33 %	3
jiné chování	2	2 (1)	50 %	0

Tabulka 24. Sebedestrukce – přehled zachycených signálů

25. Jiné

Tato kategorie sloužila pro zaznamenání signálů, které nenašly své místo nikde jinde. V této skupině signálů byly uvedeny navíc projevy, které by možná šlo zařadit do jiných kategorií (např. do kategorie 7 – depresivní projevy). Jednalo se o signály **celková inhibice emocí, velké „pubertální“ výkyvy v chování, vytváření komiksů s negativním obsahem.** U ostatních dětí nebyla odpověď na tuto položku specifikována.

Signál	Počet případů sdělených pečující osobou	Počet případů objevených pracovníci DKC (z toho n případů potvrzených pečující osobou)	% potvrzených případů (během vyšetření)	Počet případů zachycených při psychologickém vyšetření
jiné	2	2 (1)	50 %	2
těhotenství	0	0 (0)	-	0

Tabulka 25. Jiné – přehled zachycených signálů

4.3 Odpovědi na výzkumné otázky

1. výzkumná otázka – Jaký je současný stav schopnosti detekce ohrožení dětí?

a. Jaké klíčové signály dokáží rodiny a instituce dobře identifikovat?

Výsledky výzkumu vypovídají o výzkumném vzorku, který se na výzkumu podílel. Nejčastějšími zadavateli péče v tomto výzkumu byli rodiče, druhou nejpočetnější skupinu pak tvořili jednotliví pracovníci OSPODů (viz 3. kapitola výzkumné části – výzkumný soubor). V žádném z případů nebyl zadavatelem péče pediatr či jiná zdravotnická zařízení, přitom právě ti by mohli být podstatným článkem při identifikaci ohrožení dítěte (tomu se věnuje kapitola 3.5 teoretické části – *Lékař*).

Na výsledcích realizovaného výzkumu se ukazuje, že rodiny a instituce jsou zdatné v identifikaci především signálů, které jsou viditelné a do jisté míry abnormální (např. **sexualizované chování, vzrůstající vztek dítěte, sebepoškozování**, při fyzickém týrání vzniklé **modřiny**). Změnu chování také zvládli vypořádat u **narušeného vztahového pole** k rodičům nebo vrstevníkům. I přesto, že mnozí rodiče byli v identifikaci tohoto signálu zdatní, vyskytlo se větší množství případů, kdy na tyto signály naopak musela poukázat psychologka na základě psychologického vyšetření dítěte. Navíc Andrtová s Duškovou (2021) uvádí, že zaznamenání narušených vztahů nevedlo rodiče v mnoha případech k vyhledání odborné pomoci, tento signál tedy výrazně propadá. Více si také všimaly pečující osoby **uzavřenosti** dítěte a různých nově vzniklých **výchovných problémů** (problémy s autoritami, lhaní apod.) nebo **problémů s pozorností**. Nejčastěji zmiňovaným znakem téměř ve všech skupinách bylo samotné **sdělení dítěte**. Již výše jsem zmiňovala, že to však mnohdy nebylo dostatečným impulzem pro rodiče začít danou situaci řešit.

b. Jaké klíčové signály si dokáží rodiny a instituce uvědomit, jsou-li zvědoměny?

Jedná se o signály, které si pečující osoby dokázaly uvědomit ve chvíli, kdy se na ně pracovnice Dětského krizového centra při úvodním rozhovoru přímo doptaly. Jsou to tedy signály, kterých si pečující osoby všimají, ale nevěnují jim takovou pozornost, aby u nich vzniklo podezření, že se u dítěte něco děje, nebo které by vedly k vyhledání odborné pomoci pro dítě. Jednalo se např. o signály **plačtivost, náladovost, potíže s jídlem** (ve smyslu jí

málo/hodně), **nesnáze v oblasti vztahů, problémy se spánkem, častá nemocnost, zhoršení školního prospěchu a pozornosti.**

c. Jaké klíčové signály rodiny a instituce neidentifikují vůbec či velmi zřídka, a přitom se u dítěte objevují?

Jedná se o signály, jejichž přehlížení rodinami a institucemi zásadně snižuje šanci dítěte na včasnou detekci jejich ohrožení a tím pádem také šanci na včasné zahájení efektivní ochrany a pomoci dítěti. Z výsledků provedeného výzkumu se ukazuje, že rodiče a instituce nejsou příliš vnímaví k signálům poukazujícím na **depressivní a úzkostné projevy**. Největší obtíže v identifikaci však jednoznačně dělaly signály z kategorie **sebehodnocení** (zde byly pokryty všechny klíčové signály z dané kategorie, největší zastoupení měly signály **snížené sebehodnocení, zvýšená nejistota, pocity viny, pocity odlišnosti od ostatních**). Tyto signály nebývají pro pečující osoby nijak významné a ani při rozhovoru s pracovníci Dětského krizového centra k nim nedokázaly sdílet jakékoli informace. Ani různé instituce zapojené do výzkumu nemají žádné informace o těchto signálech dětí, protože se na ně přímo nezaměřují (Andrtová & Dušková, 2021).

Také signálů v kategorii **nesnáze v oblasti vztahů** zaznamenaly psychologičky o mnoho navíc, i když ve větším množství případů sdělovali tyto signály sami rodiče. Největší rozdíl v tom, čeho si všimly psychologičky při vyšetření a rodiče ne, byl signál **zesílená touha po druhých**. Dále si také psychologičky při vyšetření všimaly oproti tomu, co sdělovali rodiče, signálů vztahujících se k **hyperaktivitě dítěte** (zvýšená dráždivost a neklid), problémů v oblasti **sociability, přejímání odpovědnosti dítětem** (přejímání rodičovské role, pseudodospělost) a **posttraumatické problematiky**.

Samostatnou pozornost si zaslouží signály, jejichž výskyt rodiče při dotázání psychologičkou nebo sociální pracovníci potvrdili, ale zároveň jim nepřisuzovali pozornost jakožto k signálu, který může souviset s daným typem ohrožení dítěte. Mezi těmi se objevovaly opět nejčastěji signály ze skupiny **sebepojetí** (pocity viny, snížené sebehodnocení, zvýšená nejistota) a další jednotlivé signály z různých kategorií (**úzkost, snaha o kontrolu, zvýšený neklid, nedostatek otevřenosti** atd.).

Všem uvedeným signálům je zapotřebí věnovat zvýšenou pozornost při další práci s osobami, které přichází do kontaktu s dítětem, především s rodiči. Tyto přehlížené klíčové signály jsou důležité pro vytváření identity dítěte a jsou důležité pro jeho řádný vývoj

(především sebehodnocení, přičemž je-li snižené, úzkostné a depresivní prožívání s tím může úzce souviset; souvisí také se sebepoškozováním, suicidálními myšlenkami, rizikovým chováním apod.; Andrtová & Dušková, 2021).

Výsledky výzkumu naznačují, že rodiče pravděpodobně neumí zachytit signály, které odrážejí změnu v psychickém prožívání dítěte - jedná se o tzv. „skryté“ signály – a to i přesto, že nekomfortní prožívání dítěte bývá navenek patrné a je možné vnímat také proměnu v čase. Lépe rodiče zachytí „viditelné“ signály, které mohou být důsledkem změny psychického prožívání dítěte, jako např. školní problémy, problémy ve vztazích, výchovné problémy, sexuální experimentování s ostatními dětmi či dokonce až sebedestruktivní chování. V takových momentech už rodiče vyhledávají pomoc rychleji, než při „pouhém“ zaznamenání změn v prožívání.

2. výzkumná otázka – Existují či neexistují shodné signály u různých typů ohrožení dítěte (jsou některé signály typické pro určitý typ ohrožení / existují signály, které jsou společné pro větší množství ohrožení)?

Mezi signály, které byly společné pro většinu různých ohrožení, se objevily nejčastěji **sdělení dítěte, nesnáze v oblasti vztahů, úzkostné a depresivní prožívání, potíže se sebepojetím**. Pro ohrožení sexuálním násilím jsou více typické projevy v oblasti **sexuálního chování**, u sexuálního zneužívání se objevovaly signály poukazující na **posttraumatickou problematiku**. U fyzického týrání byla výraznější **agresivní chování** dětí. U dětí pocházejících z ohrožujícího prostředí byly zaznamenány oproti jiným skupinám ohrožení více **školní problémy a přejímání zodpovědnosti** – rodiče těchto dětí pravděpodobně často nezvládají v důsledku svých osobních problémů (nadměrné užívání alkoholu, psychiatrické onemocnění apod.) plnit adekvátně rodičovskou roli. U dětí, které se sebepoškozují, se přirozeně objevoval oproti jiným skupinám ohrožení signál **sebedestruktivní chování**. Je potřeba připomenout, že sebepoškozování dětí však bývá často důsledek jiných ohrožení, způsobující nepohodu dítěte, a proto nelze na ohrožení dětí sebepoškozováním pohlížet jako na samostatnou kategorii ohrožení.

5. Diskuse

V této části předkládám závěry a doporučení, které z provedeného výzkumu vyplynuly, a zamyslím se nad možnými limity teoretické části i provedeného výzkumu.

5.1 Závěry výzkumu

Závěrem výzkumu je odhalení nejčastějších signálů, které ohrožené děti vykazují, a poukázání na ty signály, v jejichž detekci jsou dospělé osoby málo zdatné a na které je třeba veřejnost upozornit. Z výsledků výzkumu lze konstatovat, že rodiče mají problém se zachycením a vyhodnocením především takových signálů, které jsou skryté a málo rozpoznatelné a viditelné. Nejčastěji měli problém rodiče a další dospělé osoby s rozpoznáním signálů úzkostných a depresivních projevů a sníženého sebehodnocení dítěte.

V teoretické části se věnuji tomu, že někteří rodiče (ti, kteří dítě neohrožují – především matky, jedná-li se o fyzické týrání, sexuální zneužívání či domácí násilí) nemají kapacitu na vyhodnocení ohrožení dítěte, protože jsou sami součástí ohrožujícího prostředí a žijí v atmosféře strachu a bezmoci. Jindy mohou být pro dítě ohrožující oba rodiče, nebo dítě žije jen s jedním z nich, který je zároveň pachatelem, a je potřeba, aby si signálů dítěte všiml někdo z jeho okolí. Ve výzkumu se angažovaly v některých případech školy, příbuzní dítěte či známí rodičů, psychologická zařízení apod., ale ani v jednom případě neregistrovalo Dětské krizové centrum v rámci výzkumu oznámení od pediatra či jiného lékaře mající dítě v péči. Právě možnosti zásahu lékaře se však v teoretické části věnuji ve velké míře, protože lékaři mohou odhalit např. zranění dítěte, které nemusí být při běžném kontaktu s dítětem viditelné.

Z výzkumu se ukazuje, že často dochází k různým kombinacím více druhů ohrožení dítěte.

Doplnění – závěry z projektu *“Čím dřív, tím lépe a efektivněji” – detekce ohrožených dětí a rodin, realizovaného v Dětském krizovém centru*

Z důkladné analýzy rozhovorů pracovníků Dětského krizového centra s rodinami poukazuje Andrtová s Duškovou (2021) na to, že první signály změn psychického stavu se u spousty dětí projeví poprvé 2 až 3 roky před tím, než rodina vyhledala odbornou pomoc. Také upozorňuje na skutečnost, že pro spoustu rodičů je dostatečným řešením situace, je-li předána do rukou policie, OSPODu či soudů a dále nepovažují za důležité řešit také psychický stav dítěte. Rodiče mohou být také sami situací natolik zatíženi (např.

u rozvodových sporů), že nemají kapacitu vnímat potřeby dítěte. V této chvíli bývá nápomocné, zapojí-li se do situace instituce, které mohou pomoci rozpoznat signály poukazující na nepohodu dítěte, např. školská zařízení, která ve výzkumu participovala při iniciaci péče u 7 případů dětí a jejich rodin. Jedná se však spíše o aktivitu jednotlivců nežli celého školského systému.

Ve výzkumu se však objevují také rodiče, kteří i přes zjištěné ohrožení dítěte nevyhledávají odbornou pomoc. Tady chce Dětské krizové centrum reagovat na tuto situaci vytvořením metodických materiálů, jejichž cílem je podpořit rodiče ve vyhledání odborné pomoci. Materiály budou zaměřeny také na děti, s cílem poskytnout jim podporu k vyhledání odborné pomoci v případech, kdy jim tato pomoc není zajištěna prostřednictvím rodičů či jiných institucí (Andrtová & Dušková, 2021)

Z rozhovorů s klienty vyplynulo, že ani při odhalení následků neumí často rodiče a instituce s těmito následky dále pracovat, děti bývají za tyto následky trestány (např. za masturbaci, zhoršené školní výsledky, výchovné problémy) a často „skončí“ v pobytových zařízeních, jako jsou psychiatrické léčebny a výchovná zařízení. K řešení primárního problému – ohrožování dítěte v rodině – se však nemusí vůbec dostat. Často nebylo u participantů odhalení signálů impulzem pro vyhledání pomoci a to ani v případě, že se dítě samo pečující osobě svěřilo s tím, že je nějakým způsobem ohroženo – u dětí ve výzkumu trvalo průměrně 2-3 roky, než došlo k vyhledání pomoci. Často došlo k vyhledání pomoci až díky tlaku dalších zařízení, které mělo dítě v péči (mateřská škola, OSPOD apod.). Případně bylo pro rodiče dostatečným řešením situace zahájení trestního řízení proti pachateli a rodiče neměli již dále potřebu řešit psychický stav dítěte po spáchání trestného činu, případně po jeho odhalení (Andrtová & Dušková, 2021).

5.2 Srovnání závěrů výzkumů s jinými studii

Jako užitečný materiál ke srovnání považuji především zprávu nadace Sirius z loňského roku s názvem *Identifikace slabých míst a příležitostí pro zlepšení systému ochrany dětí ohrožených zneužíváním, týráním a zanedbáváním v České republice* (Badová & Petrenko, 2020). Autoři se zde věnují mapování podmínek v České republice a vychází z rozhovorů s odborníky z oblasti práce s ohroženými dětmi a rovněž z rešerše odborných materiálů. Zde se odborníci shodují, že česká společnost je stále relativně tolerantní k násilí v rodině a nepřiměřenému zacházení s dětmi. To může mít za následek, že si lidé v blízkém okolí dítěte nevšímají signálů, které by na toto ohrožení poukazovalo a pokud ano,

nepovažují za důležité toto zacházení s dítětem nějak řešit, případně přímo zasáhnout (např. oznámením OSPODu). Dále se odborníci shodují, že veřejnost není dostatečně informována o závažnosti, míře výskytu a důsledcích týrání, zanedbávání a zneužívání dítěte pro jedince i celou společnost, což je patrné i ve výpovědích pečujících osob o zaregistrovaných signálech. Odborníci, se kterými se dělaly rozhovory, přináší ze své praxe poznatek, který se shoduje také s hypotézou výzkumu, prezentovaného v diplomové práci, a to že „veřejnost není dostatečně vybavena, jak poznat ohrožené dítě a jak nakládat s případným podezřením“ (Badová & Petrenko, 2020, s. 8). Odborníci také souhlasí, že děti neznají adekvátní způsoby, jakými se mohou bránit špatnému zacházení (ve smyslu že neví, na koho se mohou obrátit).

Co se týče rozložení dětí v rámci jednotlivých skupin ohrožení, srovnávám výzkumný vzorek se statistickou ročenkou z oblasti práce a sociálních věcí (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2020). Jedná se o případy, které byly v roce 2019 oznámeny OSPODu³. Případy ohrožení dětí jsou zde rozděleny do kategorií *tělesné týrání*, *psychické týrání*, *sexuální zneužívání*, *dětská pornografie*, *dětská prostituce* a *zanedbávání dětí*. Jsou tedy patrné rozdíly, s jakým typem ohrožení se pracuje. Oproti zde představenému výzkumu registrují OSPODy nejvíce oznámených případů z kategorie *zanedbávání*. Možným vysvětlením může být to, že zanedbávání si mohou všimnout např. učitelé ve škole, situaci nahlásí OSPODu, ale už se dále nezvažuje nutnost psychologické podpory pro dítě. OSPODu je hlášen přibližně stejný procentuální počet chlapců i dívek s jakým se pracovalo ve výzkumu, přibližně stejné procentuální počty u obou pohlaví se vyskytují také u tělesného týrání a psychického týrání. Shodně s prováděným výzkumem zaregistroval OSPOD výrazně vyšší počet dívek než chlapců ohrožených sexuálním zneužíváním (přibližně pětkrát více dívek).

Při hledání blízkých osob, které mohou registrovat ohrožení dítěte, se spousta studií opírá o dobrou dostupnost lékařské péče dítěti (např. prostřednictvím preventivních prohlídek) a lékařskou povinnost každé podezření hlásit, a spoléhá tedy na to, že lékaři mohou snadno identifikovat především fyzické týrání, sexuální zneužívání, či zanedbávání dítěte (např. Biskup, 2005; Cohen et al., 2008; Dubowitz, 2002; Flaherty et al. 2015). Ve výzkumu, provedeném Dětským krizovým centrem, nefiguroval lékař ani v jednom případě osoby žádající o péči (ani zprostředkovaně, tzn. ohlášením podezření OSPODu, který se pak obrátil na Dětské krizové centrum), je však možné jen hypotetizovat, z jakého důvodu tomu

³ Novější statistická ročenka není zatím dostupná.

tak je. Není možné z těchto výsledků okamžitě usuzovat na neschopnost lékařů všimnout si ohrožení dítěte. V kapitole 3.5 teoretické části (*Lékař*) se věnuji překážkám, které stojí za neoznámením podezření na ohrožení dítěte.

V porovnání s odbornou literaturou, která tvrdí, že dítě se s ohrožením moc nespěšuje, případně potřebují velmi dlouhou dobu k tomu, aby získaly pro svěření odvalu (tomuto je věnována celá kapitola diplomové práce s názvem *Odhalení dítětem* – kapitola 3.1 teoretické části), figuroval ve výzkumu signál *Sdělení dítěte* jako jeden z nejčastějších. Je třeba si uvědomit (jak už jsem zmiňovala výše), že v tomto případě se jedná o specifickou situaci – rodina je již v péči Dětského krizového centra, případně dalších institucí a tato péče mohla být zajištěna, mj. také díky tomuto svěření se (zároveň ve spoustě případů uběhlo i několik let od chvíle, kdy se dítě svěřilo, než se začala situace řešit; Andrtová & Dušková, 2021). Pravděpodobně stále platí, že děti se svěřit bojí a zdráhají.

5.3 Limity výzkumu

Teoretická část

Syndromu CAN je v posledních letech věnována v odborných kruzích zvýšená pozornost a na trhu je již dostupné velké množství literatury, věnující se tomuto tématu. Rovněž bylo napsáno již mnoho závěrečných prací (bakalářských, diplomových i dizertačních) na toto téma v různých obdobích. Snažila jsem se tedy pojmout práci z jiného úhlu pohledu, bez nutnosti příliš vymezovat a popisovat syndrom CAN a v textu pracuji s předpokladem, že čtenář má o syndromu CAN alespoň základní povědomí. Upřesnění možných nejasností, týkající se výzkumné terminologie (definice forem ohrožení, které jsou ve výzkumu obsaženy či definice jednotlivých klíčových signálů), je uvedeno v Příloze 4. Ve výzkumu jsou navíc zahrnuty některé formy ohrožení, které v teoretické části nezmiňuji (sebepoškozování, rodičovský spor, ohrožující prostředí, rizikové chování), a proto je jim tento teoretický rámec v příloze věnován.

Je také potřeba dodat, že syndrom CAN je mnohem rozsáhlejší, než jak byl popsán v diplomové práci. Dunovský s kolegy (1995) např. píše o *zvláštních formách CAN*, jako je systémové týrání, organizované zneužívání dětí, rituální zneužívání, sexuální turismus, Münchhausenův syndrom by proxy. Nebylo možné se v diplomové práci, která je svým rozsahem omezená, věnovat všemu. Zároveň bylo v práci nahlíženo na syndrom CAN obecně jako na jeden celek, bez nutnosti jednotlivé druhy ohrožení rozdělovat, protože ve

všech případech se jedná o zvýšený stres pro dítě, případně traumatogenní působení, které si zákonitě nese své následky.

Praktická část

Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek je specifický – jedná se o klienty Dětského krizového centra, tedy takové uživatele služby, kteří o péči zažádali sami, nebo jim byla doporučena nějakou další institucí – hraje zde tedy roli určitá motivace klientů (především rodičů) – ať už vnější nebo vnitřní. Odpovědi klientů Dětského krizového centra tedy nemusí korespondovat s potenciálními odpověďmi jiných ohrožených dětí a jejich rodin, které prozatím nejsou v péči žádného zařízení. Klienti, jejichž data byla použita ve výzkumu, zároveň museli dát k užití těchto dat souhlas – je možné, že tato ochota participace na výzkumu může být rovněž proměnnou, zasahující do odpovědí.

Výzkumný vzorek nemá rovnoměrné rozložení, co se týče zastoupení v jednotlivých skupinách ohrožení, ale také v rámci věkových kategorií nebo kategorií pohlaví. Někdy je však nerovnoměrné rozložení vzorku typické pro určitý druh ohrožení, např. převaha dívek u sexuálního zneužívání. Rozložení vzorku lze vidět v kapitole 3. výzkumné části – *Výzkumný soubor*.

Dětské krizové centrum má sídlo v Praze, a i když má klienty po celé republice, největší počet klientů tvoří přirozeně obyvatelé Prahy a jejího okolí (Středočeský kraj). Nelze tedy ze vzorku vysledovat možné rozdíly v odpovědích na základě původu klientů (např. podle krajů). Ze současného výzkumného vzorku nelze ani rozlišit rozdíly mezi dětmi z hlavního města a dětmi z menších měst, případně vesnic. Některé studie však rozdíly ve velikosti sídla registrují (např. i díky dostupnosti služeb apod.; SocioFaktor s.r.o., 2014).

Vzhledem k těmto limitům a vzhledem k velikosti vzorku je potřeba být opatrný při generalizaci výsledků na celou populaci, i přesto je však možné se získanými daty dále pracovat ve prospěch zlepšení schopnosti detekce ohrožení dospělými osobami.

Získávání odpovědí/intervenující proměnné

Získávání dat probíhalo prostřednictvím rozhovorů, je tedy potřeba brát v úvahu určité možné intervenující proměnné během setkání s klienty, jako mohlo být prostředí, ve kterém rozhovory probíhaly, denní doba, ve kterou rodiny přicházely, vliv chování tazatele apod.

Jednalo se o polostrukturovaný rozhovor, pracovnice Dětského krizového centra se v hovoru s rodičem i dítětem snažily postihnout všechny signály uvedené v záznamovém archu, otázky však byly vždy přizpůsobeny dané situaci, psychickému stavu klienta, jeho potřebám apod.

Specificky k tématu ohrožení dítěte je potřeba myslet také na to, že odpovědi dětí mohly být ovlivněny strachem (z rodičů, z následků, které by nastaly, kdyby vypovídalo pravdivě, ale také z nové situace apod.). Mohlo také dojít k manipulaci dítětem anebo „přípravě“ rodičem a nabádání k tomu, jak má dítě vypovídat, bylo-li zájmem jednoho z rodičů poškodit výpověď dítěte toho druhého. Stejně tak i odpovědi samotných rodičů mohly být touto motivací zkresleny.

Pracovnice Dětského krizového centra jsou na dané téma odbornicemi a mají v práci s ohroženými dětmi dlouholetou praxi. I když je pravděpodobně zachován stejný styl práce i přístupu k dané problematice, je možné, že každá jednotlivá pracovnice získávala data na základě svého osobního stylu práce, promítaly se zde vlastní porozumění odpovědím klientů a následná interpretace, schopnosti zachytávání jednotlivých signálů a jejich vyhodnocení apod.

Bylo potřeba být zvýšeně vnímavý vůči sdělením rodičů, a také bylo potřeba zvážit, zda zadavatelé péče umí dobře popisovat projevy chování a prožívání dítěte (především projevy v oblasti úzkosti, depresivního ladění či sebehodnocení – tomuto signálu ve spoustě případů nerozuměly pečující osoby ani terminologicky; Andrtová & Dušková, 2021).

I přes odbornou práci pracovnic Dětského krizového centra může dojít k tomu, že nedojde k odhalení všech signálů, které se potenciálně u dítěte vyskytují. Roli zde může hrát počet sezení, určených pro vyšetření dítěte (těch bylo 5-6, dětem nemusí tento počet stačit k tomu, aby se psychologičce úplně otevřely), strach a stud před psychologičkou. Typicky se např. nemusí během vyšetření ukázat školní problémy, které dítě nemusí vnímat jako problematické, oproti rodičům, rodičům také může unikat spousta informací, zachycených

učiteli apod. Naopak některé signály se mohly objevovat typicky v situaci vyšetření, např. zvýšená uzavřenost, nedostatek otevřenosti, kontrola, vyhýbání se, šišlání apod. nebo jsou signály zaznamenány při vyšetření díky užití speciálních diagnostických pomůcek, projektivních technik apod., kdy rodiče neměli stejné možnosti k jejich identifikaci, jako měly psychologky.

Signály

Signály, které byly ve výzkumu vyhodnocovány, byly tvořeny pracovníci Dětského krizového centra. Při jejich tvorbě vycházely pracovnice z důkladné znalosti dané problematiky a dlouholeté praxe Dětského krizového centra a také z odpovědi klientů v předvýzkumné fázi. Tyto signály se shodují s množstvím odborné literatury, které se tomuto tématu v minulosti věnovaly, a na základě teoretické rešerše, provedené v rámci diplomové práce nemohu říct, že by nějaký signál nebyl v záznamovém archu obsažen. Některé signály však dle mého názoru nemusely být jasné (některé dílčí signály nesly stejný název, jako celá kategorie signálu, mohly být nejasnosti v rozlišení některých signálů, které si byly podobné - např. problémy s nahotou/nadměrný stud; deprese/depresivní chování apod.) Zároveň se však psychologky na tvorbě signálu podílely, tudíž věřím v jejich rozlišovací schopnosti, případně využití možnosti konzultace nejasností ohledně signálů s dalšími kolegyněmi.

Andrtová s Duškovou (2021) ve výzkumné zprávě upozorňují, že signály nelze slučovat a je potřeba je posuzovat vzhledem k určitému typu ohrožení a pohlaví (některé signály jsou např. typické pro určitý věk – sexualizované chování u mladších dětí, neochota mluvit o rodinném prostředí, např. domácím násilí, u starších dětí apod.). I přesto jsem se o jejich souhrn při interpretaci výsledků pokusila, jelikož se u většiny druhů ohrožení objevovaly obdobné signály. Výsledky však uvádím rovněž odděleně pro jednotlivé typy ohrožení.

5.4 Výstupy/aplikace výsledků

Projekt *“Čím dřív, tím lépe a efektivněji” – detekce ohrožených dětí a rodin*, v rámci kterého byl výzkum proveden, nebyl koncipován jako prostředek k řešení jevů, ale byl pojat z hlediska prevence a analýzy možností včasného odhalení ohrožení dětí. Výsledky výzkumu mohou být prostředkem k vytvoření nástrojů efektivnější detekce ohrožených dětí a jejich rodin (Andrtová & Dušková, 2021).

Právě ohrožené děti a rodiny jsou také zamýšlenými hlavními odběrateli výstupů projektu – na základě výsledků tvoří Dětské krizové centrum materiály, které mají sloužit jako návod k rozpoznání ohroženého dítěte (rodiny) a také k dalšímu postupu. Rodiče (případně pěstouni nebo jiné pečující osoby) mají být posíleni ve svých schopnostech vnímat signály dětí, které mohou poukazovat na ohrožení, a také podpořeni ve vyhledání pomoci pro dítě. Odborníci, přicházející do kontaktu s dětmi (sociální pracovníci, zaměstnanci škol a zdravotnických zařízení apod.) mají být posíleni ve své profesionalitě při rozpoznávání ohrožení dětí. V materiálech se Dětské krizové centrum zaměří na popis možných způsobů ohrožení a také popis indikátorů, které mohou být signifikantní při identifikaci ohrožení dítěte.

Samotné děti pak dostanou díky materiálům podporu, jak a komu říct o tom, že jsou ohroženy, a kde hledat pomoc. V plánu je rovněž tzv. „osvětová kampaň“ (Andrtová & Dušková, 2021). Materiály nejsou během psaní diplomové práce pro veřejnost zatím dostupné.

5.5 Doporučení

Materiály, které díky projektu Dětského krizového centra a nadace Sirius vzniknou, vnímám jako vhodný odrazový můstek jak pro laickou veřejnost, tak pro odborníky k tomu, aby se posílila vnímavost vůči ohrožení dětí. Včasné zachycení těchto signálů je důležité jak pro samotné dítě a jeho rodinu, tak pro celou společnost. Nevyřešené případy ohrožení dětí mají za následek nejen aktuální potíže, ale také dlouhodobě mohou způsobit řadu nesnází. Vedou mj. např. k patologickým vzorcům chování při transgeneračním přenosu, kdy dochází k dalšímu ohrožení dětí a tento fenomén se tak stává celospolečenským problémem (Badová & Petrenko, 2020).

Důležitá bude správná distribuce vytvořených materiálů, aby se mohly dostat do povědomí co nejširšího okruhu lidí. V současné situaci se vzhledem k pandemii jedná především o distribuci prostřednictvím kanálů jako je internet, televize apod. Ve chvíli, kdy bude možné vrátit se do běžného režimu, jaký byl před pandemií, bych vnímala jako užitečné zařadit tyto poznatky např. do dalšího vzdělávání pedagogů, sociálních pracovníků a dalších odborníků z dané oblasti, např. prostřednictvím školení, konferencí apod.

Dětské krizové centrum vnímá rovněž potřebu neupírat pozornost pouze k rodičům a institucím, považuje za důležité také začít cíleně oslovovat děti a podporovat je k řešení

dané situace (Andrtová & Dušková, 2021). I toto by se mohlo dařit snáze ve chvíli, kdy by mohla být uspořádána např. beseda ve škole na toto téma.

5.6 Možnosti dalšího výzkumu

Během psaní diplomové práce se objevovala témata, která by mohla být prověřena v rámci dalšího výzkumu.

V kapitole 3. teoretické části (*Možnosti detekce ohrožení dětí*) jsem se věnovala různým prostředím, kde k detekci může dojít. V kapitole týkající se školy čerpám poznatky pouze ze zahraniční literatury – bylo by užitečné ověřit, jak se staví k detekci ohrožení dětí učitelé v českých školách, zda mají dostatečné teoretické znalosti o své oznamovací povinnosti a možnostech, jak ohrožení dítěte řešit, zda mají ve škole zázemí, kdy si mohou „dovolit“ situaci oznámit OSPODu či zda ve školách panuje spíše atmosféra zatajování problémů, aby neměla škola poškozenou pověst. Jakožto konzultantka linky důvěry Dětského krizového centra často podporuji děti, žádající o pomoc, aby se svěřily se svými starostmi právě učitelé a poprosily jej o pomoc při dalším řešení situace, aniž bych věděla, jak se k této problematice učitelé v dnešní době v naší republice staví. Pandemie covid-19 také přináší otázky, v jakých ohledech je současná schopnost detekce ohrožení dětí učiteli snižena a kde se dají, i vzhledem k pandemii, tyto kompetence posílit.

Druhým prostředím, kde může dojít k detekci a které v současném výzkumu nebylo zachyceno, je již zmíněna ordinace lékaře. Vzhledem k výsledkům výzkumu považuji za užitečné zmapovat oblast dětské pediatrie, nejen z hlediska schopnosti detekce, ale rovněž z hlediska možností, jaké čeští pediatři reálně mají (např. kolik mají času k důkladnému prošetření rodinné situace či jaké mají možnosti pro dlouhodobé monitorování svých pacientů, zda se rodiče s dětmi na preventivní prohlídky dostavují apod.). Zajímavé by bylo prozkoumat také zkušenost lékařů s oznamováním možného podezření ohrožení dítěte OSPODům.

Závěr

Problematika týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte představuje závažný celospolečenský a také celosvětový problém, který zasahuje svými okamžitými i dlouhodobými následky jak samotné ohrožené dítě, tak společnost jako celek.

Důležitost ochrany dětí je v současné době již do značné míry brána v potaz odbornou veřejností i laickou populací – čím dál více lidí si uvědomuje křehkost a zranitelnost dětí, které prochází obdobím mimořádného kognitivního, behaviorálního, tělesného a duševního rozvoje. Pro správný a zdravý vývoj potřebují žít v bezpečném, podporujícím a pečujícím prostředí, bez výskytu násilí a jiného ohrožování vývoje (Velemínský et al., 2017). Všechny děti bez ohledu na pohlaví, rasu, národnost, nebo náboženství mají na takové prostředí právo.

I přes vědomí důležitosti ochrany dětí však v současné době stále nejsou v České republice dostupná validní data, která by o násilí na dětech souhrnně pojednávala (Velemínský et al., 2017). Sběr dat o ohrožení dětí je rozptýlen do různých rezortů (dostupná jsou např. ze statistik ministerstva práce a sociálních věcí (roční výkazy výkonu sociálně-právní ochrany dětí), ministerstva vnitra či ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy nebo z vlastních statistik jednotlivých organizací (např. Dětského krizového centra, včetně Linky důvěry DKC, Linky bezpečí, Nadace Naše dítě, Fondu ohrožených dětí, Bílého kruhu bezpečí atd.), či výzkumů prováděných vždy na vybraném vzorku respondentů, který nemusí být reprezentativní. Z těchto získaných poznatků však nelze usuzovat na komplexní evidenci dané problematiky. Zároveň je také vždy nutno při zkoumání dostupných dat počítat s tím, že informace jsou zkreslené a předpokládá se, že reálné číslo ohrožení dětí je mnohem větší (Krug et al., 2002). Oficiální data totiž informují vždy jen o ohlášených případech (Vajsová, 2013).

Možným vysvětlením je skutečnost, že různé formy ohrožování dětí uvnitř rodiny je těžké odhalit – dochází k tomu tzv. za „zavřenými dveřmi“, zahrnuje to nutnost odkrytí soukromí rodiny, což může být často nepřekročitelná hranice nejen pro oběť, ale i pro třetí osobu, která stojí mimo tento úzký rodinný systém. Pro oznamovatele může znamenat odhalování protiprávního jednání uvnitř rodiny značně citlivou záležitost (Chromý, 2011). Nadace Sirius ve své výzkumné zprávě např. uvádí, že dle oslovených odborníků pokrývají odhalené případy ohrožení dětí pouze 10 až 20 % reálně odehrávajících se případů, jelikož je současný systém evidence, monitoringu a evaluace systému péče o ohrožené děti

nedostatečný a neposkytuje dostatečně kompletní data pro relevantní analýzy. Rovněž chybí celostátní, jednotná a validní elektronická evidence ohrožených dětí (Badová & Petrenko, 2020).

Stejně, jako nejsou k dispozici komplexní data o ohrožení dětí, neexistuje ani komplexní plán o možnostech detekce ohrožení dětí, o který by se mohli jak odborníci, tak i běžní občané opřít. Kromě toho chybí povědomí lidí o tom, kam se mohou obrátit pro pomoc. Přitom čím dříve a efektivněji zvládnou lidé v okolí ohroženého dítěte zasáhnout a čím více podpory dítě dostane, ať už od blízkých členů rodiny, kteří ho neohrožují, od dalších lidí, co s ním přichází do styku či přímo od odborníků, tím lépe se může dítě vypořádat s potenciálními následky, které se u něj mohou objevit. Podchycení problémů může dítěti pomoci jak v aktuální chvíli, kdy se může lépe vypořádat se svým trápením, tak v dlouhodobém horizontu. Je mnoha výzkumy potvrzeno, že dítě, které je vystaveno násilí přenáší tyto vzorce chování také na další generace – správná schopnost včasné detekce ohrožených dětí se tak stává celospolečenským zájmem i z hlediska poklesu patologického chování budoucích generací.

V diplomové práci bylo probráno, kdo všechno si může ohrožení dětí všimnout a také jaké všechny následky se mohou potenciálně u ohroženého dítěte objevit, ať už v oblasti prožívání, chování či fyzických změn. Ve výzkumné části jsem se pak soustředila na schopnost rodin a institucí identifikovat signály dětí, které jsou ukazatelem jejich ohrožení. Ukazuje se, že dospělé osoby jsou málo zdatné především v identifikaci signálů, které se týkají interních prožitků dětí a které nemusí být na první pohled tolik patrné nebo kterým nemusí dospělé osoby tolik rozumět. Lépe identifikují signály, které jsou vnímány jako „problémové“ a vyžadují pozornost (rizikové chování, výchovné problémy apod.). Spousta vykazovaných signálů dospělí nejsou schopni správně identifikovat jako ukazatele ohrožení dítěte. Z výzkumu vyplývá, že je potřeba podpořit dospělé osoby ve zlepšení jejich schopností detekce ohrožení dětí. Toho chce Dětské krizové centrum dosáhnout prostřednictvím kampaně, pro niž získalo podklady z provedeného výzkumu. Kampaň *Vy a my nenecháme dětství zhořknout*, která bude spuštěna v brzké době, cílí právě na pečující osoby dětí, ale také na děti samotné, které se snaží podpořit v říkání si o pomoc.

Seznam použité literatury

Andrtová, V., & Dušková, Z. (2021). *Závěrečná výzkumná zpráva projektu „Čím dřív, tím lépe a efektivněji“ detekce ohrožených dětí a rodin*. Rukopis předaný k publikování.

APA (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th Ed.). American Psychological Association.

Austin, J. (2000). When a Child Discloses Sexual Abuse: Immediate and Appropriate Teacher Responses. *Childhood Education*, 77(1), 2-5.

<https://doi.org/10.1080/00094056.2000.10522130>

Badová, K., & Petrenko, R. (2020). *Identifikace slabých míst a příležitostí pro zlepšení systému ochrany dětí ohrožených zneužíváním, týráním a zanedbáváním v České republice*. [zpráva nadace Sirius]. Nadace Sirius. Dostupné z

<https://www.nadacesirius.cz/soubory/ke-stazeni/slaba-mista-systemu-ochrany-ditete.pdf>

Barvíková, J., & Paloncyová, J. (2016). *Děti, rodiče a domácí násilí: výzkum klientely Acorusu, z.ú.*. VÚPSV, v.v.i. Dostupné z http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_413.pdf

Biskup, P. (2003). Zvládání ochrany dětí před násilím. *Pediatric pro praxi*(1), 21-23. Dostupné z <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2003/01/06.pdf>

Biskup, P. (2005). Detekce syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte v ordinaci praktického lékaře. *Pediatric pro praxi*, 5(1) 44-46. Dostupné z <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2005/01/13.pdf>

Blatníková, Š. (2009). *Pachatelé komerčního sexuálního zneužívání dětí* (1. vyd.). Institut pro kriminologii a sociální prevenci. Dostupné z <http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1314622340.pdf>

Brichcín, S. (1996). *Sexuální delikventi z pohledu psychiatrické sexuologie* (1. vyd.). Psychiatrické centrum.

Bukovská, L., Kaňák, J., Krčmářová, B., Scheerová, L., Schmidová, K., Stretti, S., & Karásková Ulbertová, Z. (2010). *Děti a jejich problémy III: sborník studií*. Sdružení Linka bezpečí. Dostupné z <http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1378730622.pdf>

Butchart, A., & Harvey, A. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. World Health Organization. Dostupné z

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_eng.pdf;jsessionid=E B2B185F27E11824E7BBC79D2CBFD511?sequence=1

Čírtková, L. (2009). *Forezní psychologie* (2. vyd.). Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk.

Českomoravská psychologická společnost – etická komise (2017). *Etický kodex psychologické profese*. ČMPS. Dostupné z <https://cmpsy.cz/files/EK/Eticky-kodex-psychologicke-profese-12-2017.pdf>

De Bellis, M., Woolley, D., & Hooper, S. (2013). Neuropsychological Findings in Pediatric Maltreatment. *Child Maltreatment, 18*(3), 171-183.
<https://doi.org/10.1177/1077559513497420>

De Bellis, M., Nooner, K., Scheid, J., & Cohen, J. (2019). Depression in Maltreated Children and Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 28*(3), 289-302. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.02.002>

Denzin, N. (1989). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. Prentice-Hall.

Dětské krizové centrum (2019). Výroční zpráva 2019. Dostupné z https://www.ditekrize.cz/app/uploads/2020/06/vyrocní_zprava2019-kveten-mail.pdf

Doležalová, P., Orliková, B., Kážmer, L., Drbohlavová, B., & Csémy, L. (2017). *Trauma v dětství a adolescenci: průvodce pro pedagogy* (1. vyd.). Národní ústav duševního zdraví. Dostupné z <https://www.nudz.cz/files/pdf/publikace-trauma.pdf>

Dubowitz, H., & Bennett, S. (2007). Physical abuse and neglect of children. *The Lancet, 369*(9576), 1891-1899. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60856-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60856-3)

Dunovský, J., Dytrych, Z., & Matějček, Z. (1995). *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě* (1. vyd.). Grada.

Dušková, Z. (2007). Ohrožení dítěte ve vlastní rodině a problematika odtajnění syndromu CAN, In Bechyňová, V. (Ed.), *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém* (s. 47-61). IREAS.

- Dušková, Z., & Andrtová, V. (2018). *Sexuální experimentování dětí: Brožura pro děti, rodiče, odborníky*. Dětské krizové centrum. Dostupné z https://www.ditekrize.cz/app/uploads/2019/10/sex_experimentovani.pdf
- Dušková, Z., & Andrtová, V. (2021). *Vy a my nenecháme dětství zhořknout: Průvodce pro rodiče ohrožených dětí*. Praha: Dětské krizové centrum. Rukopis předaný k publikování.
- Dvořáková, I. (2010). Obsahová analýza/formální obsahová analýza/kvantitativní obsahová analýza. *AntropoWebzin*, 2010(2), 95-99. Dostupné z <http://www.antropoweb.cz/webzin/index.php/webzin/article/view/97>
- Evropská federace psychologických asociací. (2005). *Etický metakodex*. EFPA. Dostupné z http://www.europsy.cz/dokumenty/Metakodex_EFPA_2005.pdf
- Evinç, Ş., Gençöz, T., Foto-Özdemir, D., Akdemir, D., Karadağ, F., & Ünal, F. (2014). Child maltreatment and associated factors among children with ADHD: a comparative study. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 56(1), 11-22. Dostupné z <https://bit.ly/3cKVodM>
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši* (1. vyd.). Portál.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530–541. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x>
- Flaherty, E., Thompson, R., Litrownik, A., Theodore, A., English, D., Black, M., Wike, T., Whimper, L., Runyan, D., & Dubowitz, H. (2006). Effect of Early Childhood Adversity on Child Health. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(12) 1232-1238. <https://doi.org/10.1001/archpedi.160.12.1232>
- Gilbert, R., Kemp, A., Thoburn, J., Sidebotham, P., Radford, L., & MacMillan, H. (2009a). Recognising and responding to child maltreatment. *The Lancet*, 10(373), 167-180. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61707-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61707-9)
- Gilbert, R., Spatz Widom, C., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009b). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Child Maltreatment*, 373(9657), 68-81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)

- Gjuričová, Š. (2007). Rodinná a systemická terapie, In Bechyňová, V. (Ed.), *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém* (s. 129-140). IREAS.
- Hanušová, J. (2006). *Násilí na dětech – syndrom CAN*. Vzdělávací institut ochrany dětí. Dostupné z <http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1378735547.pdf>
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace* (1. vyd.). Portál.
- Hillis, S., Mercy, J., Amobi, A., & Kress, H. (2016). Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics*, *137*(3) 1-13. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4079>
- Hinkelman, L., & Bruno, M. (2008). Identification and Reporting of Child Sexual Abuse: The Role of Elementary School Professionals. *The Elementary School Journal*, *108*(5), 376-391. <https://doi.org/10.1086/589468>
- Child Welfare Information Gateway. (2015). *Understanding the Effects of Maltreatment on Early Brain Development*. U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau. Dostupné z https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/brain_development.pdf
- Chromý, J. (2011). *Aktuální otázky trestné činnosti páchané na mládeži* [Dizertační práce]. Právnická fakulta Masarykovy univerzity. Dostupné z <http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1593688141.pdf>
- Johnson, T. (2008). *Děti a sexualita: Porozumění přirozeným a problémovým projevům*. Občanské sdružení Rozum a Cit. Dostupné z https://www.nahradnirodina.cz/sites/default/files/deti_a_sexualita2008.pdf
- Jonson-Reid, M., Kohl, P., & Drake, B. (2012). Child and Adult Outcomes of Chronic Child Maltreatment. *PEDIATRICS*, *129*(5), 839-845. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2529>
- Jůzová Kotalová, K., Poláková, J., & Houška, P. (2019). *Inovace v práci s ohroženými dětmi a rodinami*. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné z [http://www.pravonadetstvi.cz/files/files/medailonky_Praha_final_tisk\(1\).pdf](http://www.pravonadetstvi.cz/files/files/medailonky_Praha_final_tisk(1).pdf)
- Kellogg, N. (2007). Evaluation of Suspected Child Physical Abuse. *PEDIATRICS*, *119*(6), 1232-1241. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-0883>

Krejčová, D. (2007). Týrání, zneužívání a zanedbávání dětí, In Bechyňová, V. (Ed.), *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém* (s. 9-45). IREAS.

Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (eds.). (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization. Dostupné z https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf?ua=1

Lainová, M., Vaňková, M., Hýbnerová, J., Krčmářová, B., & Ulbertová, Z. (2007). *Děti a jejich problémy II: Sborník studií*. Sdružení Linka bezpečí. Dostupné z <http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1378730430.pdf>

Leventhal, J. (2016). Thinking Clearly about Evaluations of Suspected Child Abuse. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5(1), 139-147. <https://doi.org/10.1177/1359104500005001014>

Louwens, E., Korfage, I., Affourtit, M., Scheewe, D., van de Merwe, M., Vooijs-Moulaert, F., Woltering, C., Jongejan, M., Ruige, M., Moll, H., & De Koning, H. (2011). Detection of child abuse in emergency departments: a multi-centre study. *Archives of Disease in Childhood*, 96(5), 422-425. <https://doi.org/10.1136/adc.2010.202358>

Lovasová, L., Hanušová, J., & Hellebrandová, K. (2005). *Děti a jejich problémy*. Sdružení Linka bezpečí. Dostupné z <http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1378729855.pdf>

Lovasová, L., & Schmidová, K. (2006). *Tělesné tresty*. Vzdělávací institut ochrany dětí. Dostupné z <http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1385375890.pdf>

McLeod, D. (2015). Female Offenders in Child Sexual Abuse Cases: A National Picture. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(1), 97-114. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.978925>

Median, s. r. o., a kol. (2016). *Stav české rodiny, co jí chrání a ohrožuje: závěrečná zpráva z výzkumu*. Nadace Sirius. Dostupné z <https://www.nadacesirius.cz/soubory/zaverecne-zpravy/Zaverecna-zprava-z-vyzkumu-primarni-prevence-ohrozeni-rodiny.pdf>

Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2014). *Statistická ročenka MPSV z oblasti práce a sociálních věcí 2013*. MPSV. Dostupné z

https://www.mpsv.cz/documents/20142/372765/MPSV_rocenka2013_280815.pdf/75bd693a-c80b-0f2e-51c7-e636c0e52d01

Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2020). *Statistická ročenka MPSV z oblasti práce a sociálních věcí 2019*. MPSV. Dostupné z

https://www.mpsv.cz/documents/20142/975025/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_sociálních_vecí_2019+%281%29.pdf/9da5cc00-7d78-7caa-6bf2-01ecccdeabd7

Ministerstvo vnitra. (2018). *Informace pro Republikový výbor pro prevenci kriminality o naplňování doporučení vyplývajících z materiálu „Rozbor situace dětí a mladistvých ohrožených kriminalitou a kriminálně rizikovými jevy“ v letech–2016 - 2018*. Ministerstvo vnitra.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu* (1. vyd.). Grada.

Paolucci, E., Genuis, M., & Violato, C. (2001). A Meta-Analysis of the Published Research on the Effects of Child Sexual Abuse. *The Journal of Psychology*, 135(1), 17-36. <https://doi.org/10.1080/00223980109603677>.

Pemová, T., & Ptáček, R. (2012). *Sociálně-právní ochrana dětí pro praxi* (1. vyd.). Grada.

Perry, B. (2001). The neurodevelopmental impact of violence in childhood. In Schetky, D., & Benedek, E. P. (Eds.), *Textbook of Child and Adolescent Forensic Psychiatry* (221-238). American Psychiatric Press. Dostupné z https://29486cbe-6d89-43bf-a874-61942f2f1351.filesusr.com/ugd/33bcee_b52eb575ee2449d880a8c515897808f3.pdf

Centrum Locika (2017). *Metodika hodnocení situace dítěte a práce s celou rodinou ohroženou domácím násilím*. Centrum Locika. Dostupné z [http://centrumlocika.cz/assets/images/Methodika+LOCIKA_def_2+\(1\).pdf](http://centrumlocika.cz/assets/images/Methodika+LOCIKA_def_2+(1).pdf)

Raboch, J., & Sovák, Z. (1995). *Sexuálně zneužívané děti*. Psychiatrické centrum.

Schulz, W., Scherer, H., Hagen, L., Reifová, I., & Končelík, J. (2004). *Analýza obsahu mediálních sdělení* (2., přeprac. vyd.). Karolinum.

Smith, D.W., Letourneau, E.J., Saunders, B.E., Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., & Best, C.L. (2000). Delay in disclosure of childhood rape: results from a national survey. *Child Abuse & Neglect*, 24(2), 273-287. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(99\)00130-1](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(99)00130-1)

- Schwandt, T. A. (2001). *Dictionary of Qualitative Inquiry* (2. vyd.). Sage Publications.
- SocioFaktor s.r.o. (2014). *Analyza sítě služeb pro práci s rodinami a dětmi*. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné z <http://www.pravonadetstvi.cz/files/files/Analyza-site-sluzeb-pro-praci-s-rodinami-a-detmi.pdf>
- Talley, P. (ed.). (2005). *Handbook for the Treatment of Abused and Neglected Children*. Haworth.
- Täubner, V. (1996). *Nejstřeženější taje–ství - sexuální zneužívání dětí* (1. vyd.). Trizonia.
- Tenney-Soeiro, R., & Wilson, C. (2004). An update on child abuse and neglect. *Current Opinion in Pediatrics*, 16(2), 233-237. <https://doi.org/10.1097/00008480-200404000-00022>
- Tyler, S., Allison, K., & Winsler, A. (2006). Child Neglect: Developmental Consequences, Intervention, and Policy Implications. *Child and Youth Care Forum*, 35(1), 1-20. <https://doi.org/10.1007/s10566-005-9000-9>
- Ullman, S. (2002). Social Reactions to Child Sexual Abuse Disclosures: A Critical Review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12(1), 89-121. https://doi.org/10.1300/J070v12n01_05
- Vajsová, M. (2013). *Sexuální zneužívání dětí v rodinném prostředí: Zvláštnosti výsledku* [Diplomová práce]. Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta.
- Vaničková, E., Provazník, K., Hadj-Mousová, Z., & Spilková J. (1999). *Sexuální násilí na dětech* (1. vyd.). Portál.
- Vaničková, E. (2007a). Příčiny rozvoje násilného chování vůči dítěti v rodině, In Bechyňová, V. (Ed.), *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém* (s. 65-74). IREAS.
- Vaničková, E. (2007b). Rizikové faktory syndromu zneužívaného a zanedbávaného dítěte, In Bechyňová, V. (Ed.), *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém* (s. 75-84). IREAS.
- Vaničková, E. (2009). *Národní strategie prevence násilí na dětech v ČR na období 2008-2018* (1. vyd.). Úřad vlády ČR. Dostupné z https://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/dokumenty/strategie-prevence-nasili-na-detech/Strategie-proti-nasili-na-detech_1.pdf
- Vaničková, E., Hadj-Mousová, Z., & Provazníková, H. (1995). *Násilí v rodině: syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte* (1. vyd.). Karolinum.

Velemínský M., Sr., Velemínský, M., Jr., Rost, M., Samková, J., Samek, J., & Sethi, D. (2017). Studie negativních zážitků z dětství (ACE) v České republice. *Česko-slovenská pediatrie*, 72(7), 409–420.

Weiss, P. (2000). *Sexuální zneužívání - pachatelé a oběti* (1. vyd.). Grada.

Weller, J., & Fisher, P. (2013). Decision-Making Deficits Among Maltreated Children. *Child Maltreatment*, 18(3), 184-194. <https://doi.org/10.1177/1077559512467846>

Yates, T., Carlson, E., & Egeland, B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and Psychopathology*, 20(2), 651-671. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000321>

Youngstrom, E., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2000). Patterns and correlates of agreement between parent, teacher, and male adolescent ratings of externalizing and internalizing problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1038-1050. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.68.6.1038>

Zákon č. 359/–999 Sb. - Zákon o sociálně-právní ochraně dětí, část druhá – základní ustanovení sociálně právní ochrany dětí. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-359>

Zoubková, I. (2001). Kriminalita páchaná na mládeži. *Kriminalistika*, 34(2), 83-95.

Zvonařová, M. (2012). Příklady problémů ve vztazích mezi generacemi v rodinách s týraným, zneužívaným nebo zanedbávaným dítětem. *Sociální práce*, 12(4), 7-10. Dostupné z <https://socialniprace.cz/priklady-problemu-ve-vztazich-mezi-generacemi-v-rodinach-s-tyranym-zneuzyvanym-nebo-zanedbavanim-ditetem/>

Seznam grafů

Graf 1. Rozdělení dětí podle pohlaví.....	48
Graf 2. Rozdělení dětí podle věku	49
Graf 3. Rozdělení dětí podle způsobu ohrožení	50
Graf 4. Rozdělení případů dle osoby žádající o péči.....	51

Seznam tabulek

Tabulka 1. Sexualizované chování – přehled zachycených signálů.....	67
Tabulka 2. Poranění jinou osobou/osobami – přehled zachycených signálů	68
Tabulka 3. Zanedbávání – přehled zachycených signálů	68
Tabulka 4. Sdělení dítěte – přehled zachycených signálů	69
Tabulka 5. Posttraumatická problematika – přehled zachycených signálů	69
Tabulka 6. Nesnáze v oblasti úzkosti – přehled zachycených signálů	70
Tabulka 7. Depresivní projevy – přehled zachycených signálů	71
Tabulka 8. Neurotické obtíže – přehled zachycených signálů	72
Tabulka 9. Regresivní chování – přehled zachycených signálů.....	72
Tabulka 10. Problémy s realitou – přehled zachycených signálů.....	73
Tabulka 11. Hyperaktivita – přehled zachycených signálů.....	73
Tabulka 12. Strach – přehled zachycených signálů.....	74
Tabulka 13. Sociabilita – přehled zachycených signálů.....	74
Tabulka 14. Nesnáze v oblasti vztahů – přehled zachycených signálů.....	75
Tabulka 15. Přejímání odpovědnosti – přehled zachycených signálů.....	76
Tabulka 16. Manipulace dítěte – přehled zachycených signálů	76
Tabulka 17. Spánek (nesnáze v oblasti spánku) – přehled zachycených signálů.....	76
Tabulka 18. Potíže s jídlem – přehled zachycených signálů	77
Tabulka 19. Psychosomatické obtíže – přehled zachycených signálů	77
Tabulka 20. Školní problémy – přehled zachycených signálů	78
Tabulka 21. Agrese – přehled zachycených signálů.....	78
Tabulka 22. Rizikové chování – přehled zachycených signálů.....	79
Tabulka 23. Sebepojetí – přehled zachycených signálů	80
Tabulka 24. Sebedestrukce – přehled zachycených signálů.....	80
Tabulka 25. Jiné – přehled zachycených signálů	81

Seznam zkratk

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
APA	American Psychological Association
CAN	Child Abused and Neglect
ČMPS	Českomoravská psychologická společnost
DKC	Dětské krizové centrum
EFPA	Evropská federace psychologických asociací
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder
ZDVOP	Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

Příloha 1.

Zákon č. 359/1999 Sb. - Zákon o sociálně-právní ochraně dětí, část druhá – základní ustanovení sociálně právní ochrany dětí

§ 6

Sociálně-právní ochrana se zaměřuje zejména na děti,

a) jejichž rodiče

- 1.** zemřeli,
- 2.** neplní povinnosti plynoucí z rodičovské odpovědnosti, nebo
- 3.** nevykonávají nebo zneužívají práva plynoucí z rodičovské odpovědnosti;

b) které byly svěřeny do výchovy jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte, pokud tato osoba neplní povinnosti plynoucí ze svěřeni dítěte do její výchovy;

c) které vedou zahálčivý nebo nemravný život spočívající zejména v tom, že zanedbávají školní docházku, nepracují, i když nemají dostatečný zdroj obživy, požívají alkohol nebo návykové látky, jsou ohroženy závislostí, živí se prostitucí, spáchaly trestný čin nebo, jde-li o děti mladší než patnáct let, spáchaly čin, který by jinak byl trestným činem, opakovaně nebo soustavně páchají přestupky podle zákona upravujícího přestupky nebo jinak ohrožují občanské soužití;

d) které se opakovaně dopouští útěků od rodičů nebo jiných fyzických nebo právnických osob odpovědných za výchovu dítěte;

e) na kterých byl spáchán trestný čin ohrožující život, zdraví, svobodu, jejich lidskou důstojnost, mravní vývoj nebo jmění, nebo je podezření ze spáchání takového činu;

f) které jsou na základě žádostí rodičů nebo jiných osob odpovědných za výchovu dítěte opakovaně umístovány do zařízení zajišťujících nepřetržitou péči o děti nebo jejich umístění v takových zařízeních trvá déle než 6 měsíců;

g) které jsou ohrožovány násilím mezi rodiči nebo jinými osobami odpovědnými za výchovu dítěte, popřípadě násilím mezi dalšími fyzickými osobami;

h) které jsou žadateli o udělení mezinárodní ochrany, azylanty nebo osobami požívajícími doplňkové ochrany, a které se na území České republiky nacházejí bez doprovodu rodičů nebo jiných osob odpovědných za jejich výchovu;

pokud tyto skutečnosti trvají po takovou dobu nebo jsou takové intenzity, že nepříznivě ovlivňují vývoj dětí nebo jsou anebo mohou být příčinou nepříznivého vývoje dětí.

Příloha 2.

Počet týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí podle týrajících a zneužívajících osob v roce 2013 (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014, s. 100)

									Relativní zastoupení (%)
		tělesné týrání	psychické týrání	sexuální zneužívání	dětská pornografie	dětská prostituce	zanedbávání dětí	celkem	
Zneužívající nebo týrající osoba	matka	255	139	16	12	0	2007	2429	32,8
	otec	260	507	119	1	0	748	1635	22,1
	oba rodiče	97	180	5	0	0	1580	1862	25,1
	partner matky	140	137	102	2	0	72	453	6,1
	partnerka otce	17	2	6	0	0	24	49	0,7
	sourozenec	5	3	21	1	0	2	32	0,4
	prarodič	8	13	24	0	0	53	98	1,3
	jíný příbuzný	11	9	55	0	0	9	84	1,1
	jiná osoba	55	52	481	13	7	16	624	8,4
	nevlastní sourozenec	3	1	17	0	0	0	21	0,3
	jiná zodpovědná osoba (učitel, vychovatel)	8	3	12	1	0	14	38	0,5
	nezjištěno	12	12	25	4	9	21	83	1,1
Celkem		871	1058	883	34	16	4546	7408	100

Příloha 3.

Podrobný popis sběru dat v Dětském krizovém centru v rámci projektu “Čím dřív, tím lépe a efektivněji” – detekce ohrožených dětí a rodin

V následujícím textu uvádím doplňující informace ohledně sběru dat v Dětském krizovém centru. V příloze jsou tyto informace uvedeny z důvodu, že dané postupy nebyly přímou součástí mé výzkumné práce. Informace jsem získala z výzkumné zprávy věnující se výzkumnému projektu “Čím dřív, tím lépe a efektivněji” – detekce ohrožených dětí a rodin (Andrtová & Dušková, 2021) a z osobních rozhovorů s autorkou výzkumné zprávy - která je zároveň sociální pracovnící Dětského krizového centra - Mgr. Veronikou Andrtovou.

Jednotlivé fáze sběru dat

1. Předvýzkum

V červnu 2018 byla zahájena přípravná fáze výzkumu, kdy došlo k vytipování vhodných rodin, odpovídajících cílům projektu (tak, aby byly v souladu se stanovenými požadavky cílové skupiny – věk a stanovená forma ohrožení dítěte). Do této předvýzkumné fáze bylo zahrnuto 23 dětí a jejich rodin (z celkového počtu 109 dětí). Byla zde zachována snaha o rovnoměrné zastoupení pohlaví, věkových skupin i typu ohrožení. V této předvýzkumné fázi byly rodiny, případně instituce žádající Dětské krizové centrum o péči dotazovány na signály, které vedly k označení dítěte za ohrožené, a do kdy po tomto označení následovalo vyhledání služeb Dětského krizového centra pro rodinu a ohrožené dítě. Toto dotazování probíhalo při osobním kontaktu s klienty prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru, v případě institucí prostřednictvím telefonického hovoru nebo v rámci osobní konzultace. Dotazování bylo prováděno minimálně dvěma pracovníci Dětského krizového centra (psycholožkou a sociální pracovnící). Tato přípravná fáze trvala do konce ledna 2019.

V této výzkumné fázi došlo k tzv. *rámcové analýze dat*, která zahrnuje pečlivou organizaci a rozřídění kvalitativních dat a jejich vlastní interpretaci. Dochází v ní k prvotnímu prozkoumání získaných dat, na základě kterých se sestaví *základní témata* (v tomto případě kategorie klíčových signálů) – identifikuje se tematický rámec, kdy se vychází ze zadaných cílů, ale také ze samotných odpovědí respondentů. Výsledkem je seznam těchto témat/kategorií. Tento vytvořený teoretický rámec je aplikován na analýzu

dalších odpovědí. Vznikající koncepty jsou zachycovány tak, aby byly zdůvodněny především samotnými daty a ne pouze dosavadními známými teoriemi. Získaná data je možné systematicky posuzovat, porovnávat je mezi sebou apod. (Hendl, 2005).

Výsledkem tohoto sběru a analýzy dat bylo vytvoření skupin signálů, kterým by měla být v rámci detekování ohroženého dítěte věnována pozornost (Andrtová & Dušková, 2021). Podrobnější popis sběru dat je popsán ve 4. bodě (sběr dat v rámci předvýzkumu i vlastního výzkumu má totožný postup).

2. Tvorba skupin klíčových signálů důležitých pro detekci ohrožení dítěte

Ze získaných dat od probandů v rámci předvýzkumu byly vytvořeny skupiny klíčových signálů typických při různých typech ohrožení dětí. Na tvorbě těchto skupin signálů se podílel celý tým Dětského krizového centra, poskytující odborné služby ohroženým dětem a rodinám, který čítal dohromady 5 sociálních pracovníků a 6 psychologek (Andrtová & Dušková, 2021). Díky vytvoření systematického přehledu skupin signálů mohl být pak následně vytvořen záznamový arch pro další potřeby výzkumu.

Tvorba skupin klíčových signálů probíhala za pomoci kódování, jemuž předcházela **definice jednotek kódování**. Tuto fázi Dvořáková (2010) nazývá *určení úrovně analýzy*, tzn. definování toho, co bude v textu „hledáno“. Pro potřeby výzkumného projektu byla zvolena *tematická analýza* – při analýze byla vyhledávána *témata*. Tzn. že např. pro zařazení položky *úzkost* nebylo potřeba, aby zaznělo přímo slovo *úzkost*, ale stačilo, aby rodič popsal projevy dítěte, které mohla pracovnice Dětského krizového centra na základě svých odborných znalostí zařadit právě do předem určené kategorie nazvané „úzkost“ (s přiřazeným kódem 6a). Takové odvozování témat z výpovědí klientů je označováno jako *konceptualizace údajů*. Při té se přechází z deskriptivní roviny k nacházení toho, co je „skryto“ za touto deskripcí. Jedná se o postup interpretativní (pro takovou interpretaci je potřeba mít oporu jak v datech samotných, tak v dosavadních odborných znalostech apod.; Miovský, 2006).

Samotné **kódování** probíhalo společně s definicí jednotek kódování a také konstrukcí kategoriálního systému. Použita byla metoda *otevřeného kódování*, která se běžně používá při prvním průchodu dat pro odhalení témat ve sdělovaném obsahu. Tato témata mají vztah k položeným výzkumným otázkám, přečtené literatuře, k pojmům používaným respondenty apod. (Hendl, 2005).

Signály, které vzešly z otevřeného kódování, jsou stanoveny jako nositelé validních informací o ohrožení dítěte. Ve výzkumu se toto tvrzení opírá nejen o data, získaná od klientů v rámci výzkumu, ale také o tzv. *kvalifikovaný odhad*, který vychází z 27leté praxe v odborné práci s ohroženými dětmi v rámci Dětského krizového centra. Miovský (2006) definuje kvalifikovaný odhad jako metodu:

„[...] postavenou na předpokladu, že člověk, přicházející s určitým výzkumným fenoménem do pravidelného a intenzivního kontaktu, má o tomto fenoménu dobrou představu podpořenou právě svojí zkušeností. Tuto zkušenost pak dokáže vyjádřit tak, aby to bylo využitelné pro výzkumné účely.“ (Miovský, 2006, s. 187).

Díky kódování se z kvalitativních dat stala data kvantitativní, mluvíme zde o užití *kvazistatistických postupů* (typické pro kvantitativní obsahovou analýzu; Hendl, 2005).

Z nashromážděných dat byl vytvořen **kategoriální systém**, který slouží k jejich systematické klasifikaci a rozřídění (Hendl, 2005). V rámci výzkumného projektu byl kategoriální systém tvořen na základě deskriptivního přístupu, kdy systém kategorií vznikal v průběhu analýzy, ruku v ruce se stanovením jednotek kódování. Částečně však do tvorby kategorií zasahuje teoretický přístup, při kterém se při stanovování kategorií vychází z dostupné teorie o dané problematice (Miovský, 2006).

Tímto postupem byly klíčové signály rozříděny do 25 skupin signálů ohrožení. Skupiny signálů byly označeny číslem, dílčí signály pak malým písmenem, podle abecedy. Přehled jednotlivých kategorií signálů i dílčích signálů, včetně jejich kódů je uveden v Příloze 3. (*Terminologie používaná ve výzkumu*).

3. Tvorba záznamového archu

Záznamový arch slouží pouze pro potřeby výzkumu a zajišťuje lepší přehled při zpracování dat, protože ihned po intervenci s dítětem může pracovnice Dětského krizového centra systematicky a přehledně zaznamenat zjištěné signály pomocí předem vytvořeného kódovacího systému.

Arch obsahuje záznam o pohlaví dítěte (dívka/chlapec), konkrétním věku a označení věkové skupiny, do které dítě spadá (0-5 let, 6-11 let, 12-18 let) a typu ohrožení, pro které se dítě stalo klientem Dětského krizového centra - fyzické týrání, sexuální násilí na dětech, psychické týrání, zanedbání, sexuální experimentování, domácí násilí, konfliktní, před/po-

rozvodové situace v rodině, rizikové chování dětí (alkohol, útky, aj.), ohrožující prostředí (závislost rodiče, nezaměstnanost, zadluženost, psychiatrické onemocnění, aj.), sebepoškozování.

Po této části s demografickými údaji následuje část nazvaná „detekce“, do které pracovnice Dětského krizového centra zaznamenávaly signály, které během rozhovoru zaregistrovaly. Celkem hodnotily psycholožky 25 skupin signálů ohrožení, které pak pokrývaly různé množství jednotlivých signálů (např. skupina signálů *sexualizované chování* obsahovala 14 dílčích signálů (*sexualizovaná hra, sexualizované chování, zavádění předmětů do vaginy, do konečníku, výrazná nebo veřejná masturbace, vyžadování sexuální stimulace od dospělých nebo jiných dětí, svůdné, vyzývavé chování, věku neadekvátní sexuální znalosti, nápadnosti v kresbě, sledování pornografie (až závislostní), problémy s nahotou (ve smyslu i odhalování), opoždění psychosexuálního vývoje, obsazení sexuálními tématy, pocity nadměrného studu, jiné sexualizované chování* (uvádí se jaké). V tomto záznamovém archu má již každý signál přiřazený svůj vlastní kód (skládající se z čísla a písmena), pracovnice tedy může uvádět signály již pomocí těchto kódů.

V záznamovém archu byly uváděny:

- signály (kódy signálů), které sdělila osoba žádající o péči při objednání či konzultaci (rozlišuje se mezi těmito osobami: rodič, dítě (přijde-li do péče samo), OSPOD, pěstoun, pobytové zařízení, jiná osoba či zařízení – je uváděn konkrétní vztah k dítěti),
- signály, které osoba žádající o péči objevila při spolupráci s pracovnící Dětského krizového centra (při doptávání se na tyto signály),
- signály, které osoba žádající o péči při rozhovoru potvrdila, ale sama je nepovažovala za signifikantní vzhledem k danému ohrožení,
- signály, které zaznamenaly pouze psycholožky při práci s dítětem.

Další část záznamového archu je nazvaná „vyhodnocení signálů“ – zde jsou signály rozděleny podle toho, zda se v průběhu psychologického vyšetření potvrdí či nepotvrdí jejich přítomnost. Třetí kategorií jsou nově objevené signály.

Potvrzené signály jsou ty, které byly zjištěny při psychologickém vyšetření dítěte a shodují se se signály sdělenými pečující osobou (ať už samovolně či za pomoci doptávání pracovnice Dětského krizového centra). Nepotvrzené signály jsou ty, které při psychologickém vyšetření zjištěny nebyly, a které zároveň osoba žádající o péči udávala.

Nově objevené signály jsou ty, které psychologky při práci s dítětem objevily, ale pečující osoba se o nich nezminila, a to ani po doptávání psychologkou či sociální pracovnící.

4. Sběr dat v rámci vlastního výzkumu při terapeutické práci s ohroženým dítětem a osobami žádající o péči

Na předvýzkum navazoval vlastní výzkum, který probíhal od února 2019 do dubna 2020. Do této výzkumné fáze částečně zasáhla pandemie covid-19, kdy především ke konci období sběru dat muselo dojít vzhledem k nařízení vlády k přerušení některých typu služeb, a to i těch, které poskytovalo Dětské krizové centrum. V tomto období docházelo tedy už jen k dovyhodnocení započaté péče (Andrtová & Dušková, 2021).

Způsob zjišťování dat byl totožný jako v rámci předvýzkumu. Do výsledků výzkumu byla zahrnuta jak data z předvýzkumu, tak data z vlastního výzkumu. Data byla v obou případech sbírána v rámci standardní péče o klienty Dětského krizového centra, včetně podpory a snahy o eliminaci nárůstu dalšího potenciálního ohrožení dítěte, a výzkum nijak nenarušoval samotný terapeutický proces.

Při běžném postupu práce s klienty Dětského krizového centra navazuje první kontakt s Dětským krizovým centrem osoba žádající o péči (rodič, policie, OSPOD, případně jiný zadavatel). Poté proběhne úvodní rozhovor s rodičem či jinou pečující osobou, ve kterém mapuje pracovnice Dětského krizového centra situaci klienta (motivace pro vstup do služby Dětského krizového centra, způsob ohrožení dítěte, kým je dítě ohroženo, jak dlouho o ohrožení přicházející osoba ví, jestli a jak dlouho pozoruje určité změny v chování či prožívání dítěte apod.). Pro účely výzkumu je především kladen důraz na to, co osoba sděluje ohledně signálů, na základě kterých vzniklo podezření na ohrožení dítěte. Poté, co osoba sdělí tyto příznaky sama, se pracovnice Dětského krizového centra dále doptává na další možné příznaky, kterých si osoba všimla, ale sama by je v rozhovoru neuvedla, protože je např. nepovažovala za důležité, opomenula je zmínit apod. Po této konzultaci s přicházející osobou probíhá samotné vyšetření dítěte. Při tomto vyšetření jsou kromě rozhovoru s dítětem využívány i další metody sběru dat, jako je pozorování či specifická a standardní diagnostika dítěte, dle běžných postupů Dětského krizového centra. Pozorování dítěte bylo řízené, strukturované a přímé a bylo směřováno ke specifickému typu ohrožení, se kterým dítě vstoupilo do péče, byl kladen důraz na postřehnutí jednotlivých signálů tak, aby byl splněn požadavek výzkumu. S menšími dětmi se využívá především herní terapie. Vyšetření s dítětem trvá vždy přibližně hodinu. Tato setkání proběhla v rozsahu 5 až 6 intervencí, které

zahrnují také vstupní a výstupní pohovor s rodiči, tzn., že samotná intervence s dítětem se uskutečnila v rámci 3 až 4 sezení. U některých klientů byla data doplněna informacemi od institucí, které se v současné době podílely na péči o ohrožení dítě (OSPOD, ZDVOP, soudy, policie, školy, aj.) – informace byly buď získány z dostupných písemných materiálů, či prostřednictvím dotazování se (osobně, telefonicky, nebo emailem; Andrtová & Dušková, 2021).

Údaje získávané od klientů (dětí a osob žádajících o péči v Dětském krizovém centru) byly zaznamenávány do podoby písemné zprávy z vyšetření (ve formátu běžné psychologické zprávy). Z těchto zpráv se pak vycházelo v další analýze, kódování apod. Po každém rozhovoru (s osobou žádající o péči či s dítětem) vyplnila také pracovnice Dětského krizového centra záznamový arch, jehož princip byl již popsán.

Vzhledem k tomu, že se na získávání i ověřování výstupních signálů podílel celý tým Dětského krizového centra, můžeme mluvit o zajištění *triangulace výzkumníků*. Ta slouží především k zamezení zkreslení při získávání dat, způsobeného chybou lidského faktoru, a také při analýze dat (zde při hodnocení výstupních signálů), kdy je umožněno díky většímu počtu výzkumníků korigovat subjektivní pohledy jednotlivých výzkumníků (Denzin, 1989).

Po sesbírání dat od konečného počtu respondentů došlo k jejich zpracování a vyhodnocení. Pro svůj výzkumný projekt zpracovávalo Dětské krizové centrum data samostatně, pro výstupy z projektu nebyla použita analýza dat, kterou jsem zpracovala pro účely diplomové práce. Jelikož se však pracovalo s totožnými daty, byly také závěry podobné.

5. Etika výzkumu

Pracovnice Dětského krizového centra dodržují základní etické principy po celou dobu výzkumu, a to jak při práci s klienty, tak při sběru dat i jejich vyhodnocování. Při práci s klienty ohroženými syndromem CAN je třeba dbát na zvýšenou opatrnost a citlivost v přístupu ke klientům, jsou dodržovány základní etické principy psychologa - viz např. Etický kodex psychologické profese (ČMPS, 2017), Etický metakodex (EFPA, 2005) apod.

Před samotným zahájením péče podepisují zákonní zástupci dětí informovaný souhlas, ve kterém získají dostatečné informace o postupu práce Dětského krizového centra, včetně postupu při pořizování záznamů a psaní zpráv, zpracování a uchovávání údajů, pravidel pro sdílení informací, souhlasu s případným nakládáním s údaji apod. Za nezletilé

klienty poskytuje informovaný souhlas zákonný zástupce (Hendl, 2005). Klienti Dětského krizového centra mohou kdykoli odmítnout poskytnutí svých údajů pro výzkumné účely, stejně tak mohou kdykoli ukončit péči v Dětském krizovém centru. Klienti Dětského krizového centra nezískávají za souhlas s poskytnutím dat pro výzkum žádnou finanční odměnu.

Ve výzkumu je dbán zvýšený důraz na anonymizování dat klientů při dodržení Všeobecného nařízení o ochraně osobních údajů, definovaném v Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 (tzv. GDPR; Andrtová & Dušková, 2021). V rámci výzkumu byla použita pouze data, která jsou nezbytně nutná (Miovský, 2006) a s osobními údaji klientů se tudíž ve výzkumu vůbec nepracuje. Hendl (2005) uvádí, že anonymita klientů nemusí být dokonalá, je-li uvedeno např. místo výzkumu. S daty v tomto výzkumu se však nakládá tak, aby to klienty nijak nepoškodilo ani neodhalilo (nejsou uváděny např. konkrétní kazuistiky, ze kterých by mohl být klient odhalen).

Příloha 4.

Terminologie používaná ve výzkumu

V rámci výzkumu je užitá terminologie, která nemusí být pro čtenáře jasná, proto považuji za důležité alespoň okrajově vysvětlit, s jakými pojmy se ve výzkumu pracuje.

1. Druh ohrožení

Děti, které byly součástí výzkumu, jsou v péči Dětského krizového centra z různých důvodů (jsou vystaveny různému druhu ohrožení). Ve výzkumu se pracuje s těmito druhy ohrožení: fyzické týrání, sexuální násilí na dětech, psychické týrání, zanedbávání, sexuální experimentování dětí, domácí násilí, konfliktní, předrozvodové a porozvodové situace v rodině, rizikové chování dětí (alkohol, útěky), ohrožující rodinné prostředí (závislost rodiče, nezaměstnanost, zadluženost, psychiatrická diagnóza rodiče aj.), sebepoškozování dětí.

a) Fyzické týrání

Jedná se o všechny akty násilí na dětech, při kterých dochází ke zranění dítěte. Toto chování vůči dítěti je pravidelné, úmyslné, se záměrem způsobit dítěti bolest. Často je užíván předmět, kterým je dítě bito na citlivé části těla, a zůstávají po nich na těle dítěte viditelné stopy (Bukovská et al., 2010). V textu již byly formy fyzického týrání popsány, ne však systematicky, proto zde uvádím znova shrnutí: mezi mechanicky páchané fyzické násilí patří např. bití rukou, kopání, mrštění dítěte o zem či na tvrdou překážku apod., údery pěstmi, vytrhávání vlasů, kousání, kroucení končetin, třesení, apod. Další formou týrání může být ubližování za pomoci různých předmětů, jako jsou vařečky, dűtky, gumové hadice, dále také pálení cigaretou, opaření vodou, svazování, otravy jedy a chemikáliemi, pořezání apod.; Dunovský et al., 1995; Zoubková, 2001).

b) Sexuální násilí na dětech

Za sexuální násilí či zneužívání považujeme nevhodné či nežádoucí vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu nebo aktivitě. Aby mohl být sexuální kontakt považován za zneužívání, musí splňovat tři podmínky: 1. aktér je mnohem starší a zralejší než dítě, 2. aktér je v pozici autority nebo v pečovatelském vztahu k dítěti, 3. aktér vymáhá aktivity silou nebo podvodem (vyhrožování, lhaní, slibování; Täubner, 1996).

Sexuální zneužívání může probíhat buď formou dotykovou, nebo bezdotykovou. Mezi „dotykové“ způsoby zneužívání patří pohlavní styk vaginální, intrafemulární (styk mezi stehna), orální (ať už v aktivní či pasivní formě) nebo anální sex (aktivní je pachatel), ejakulace do úst dítěte, laskání pohlavní orgánů (vnikání do tělních dutin dítěte prstem, jazykem, předměty apod., či stimulace pohlavních orgánů, nucená masturbace, či naopak vyžadování těchto praktik od dítěte), ale také nepříjemné mazlení, dotýkání se intimních oblastí dítěte nebo naopak nucení dítěte, aby se dotýkalo intimních oblastí dospělé osoby. Mezi „bezdotykové“ způsoby patří exhibicionismus, slovní obtěžování, nucení ke svlékání se před dospělou osobou, nucení k přihlížení sexuálním aktivitám či k sledování pornografických videozáznamů apod.

Někdy je používán termín *nežádoucí sexuální zkušenost*, k označení jakéhokoliv druhu sexuálního kontaktu, který je pro dítě špatný, nepříjemný či vynucený. Jsou to aktivity, kterým dítě nemůže rozumět, nebo pro ně není vývojově připraveno a tím pádem k nim také nemůže podat souhlas. Na tuto definici je potřeba nahlížet v kontextu naší kultury, jelikož v některých kulturách mohou být některé z aktivit v různé míře tolerovány (Krejčová, 2007; Pemová & Ptáček, 2012; Vaníčková, 1999).

c) Psychické týrání

Psychické týrání zahrnuje množství nežádoucího chování vůči dítěti, které narušuje jeho zdravý vývoj v oblastech jeho duševního i sociálního růstu. Mezi takové chování patří zesměšňování, kritizování, ponižování, opovrhování, nedůvěra, vyhrožování, nerespektování potřeb dítěte, nepřiměřené nároky na dítě, přítomnost při konfliktech rodičů atd. To vše se může dít jak v soukromí, tak na veřejnosti. Tato forma týrání se považuje za nejobtížněji detekovatelnou (Pemová & Ptáček, 2012). V určité formě je psychické týrání přidruženo ke každé jiné formě ohrožení dítěte, protože při jakékoli jiné formě ohrožení prožívá dítě vždy silný stres.

d) Zanedbávání

Zanedbáváním rozumíme nedostatek péče o dítě, které dítěti způsobuje vážnou újmu v jeho vývoji nebo jej nějakým způsobem ohrožuje (Vaníčková, 2009). Existují různé formy zanedbávání např. tělesné (zanedbávání výživy, hygieny, odívání, vhodných ubytovacích podmínek, lékařské péče a celkového fyzického zdraví apod.), citové (zanedbávání psychického zdraví, nedostatek zájmu, lásky, péče, přijetí apod.), zanedbávání výchovy

a vzdělání (opuštění dítěte, nedostatečný dohled nad dítětem, vystavení dítěte společenským rizikům, zanedbání rozvoje osobnosti, ale také např. nezaopatření školních pomůcek apod.), environmentální zanedbávání (rodina žije v nebezpečném prostředí, s vysokou mírou násilí, nemá dostatek sociální opory apod.). Tato forma ohrožení dítěte patří k jedné z nejčastějších a zároveň k nejobtížněji definovaných (hraje zde roli např. kulturní podmíněnost). Často se objevuje v kombinaci s jinými formami syndromu CAN, nejčastěji s fyzickým týráním (Pemová & Ptáček, 2012; Vaníčková, 2009).

e) Sexuální experimentování dětí

Za sexuální experimentování jsou považovány sexuální a erotické aktivity mezi dětmi mladšími 15 let či se sebou samým, jako například svlékání se před ostatními nebo dotýkání se na intimních místech na svém těle či na těle někoho druhého, výjimkou však nemusí být ani vyhledávání a ukazování pornografie vrstevníkům či vyžadování pohlavního styku (vaginálního, análních či orálního) apod. I když může jít o přirozenou zvědavost dítěte či touhu objevovat něco nového, je potřeba myslet na to, že tyto aktivity vždy ubližují druhému dítěti a to i ve chvíli, kdy zdánlivě souhlasí. Atakované dítě tak může prožívat nejrůznější obtíže, jaké byly popsány u obětí sexuálního zneužívání dospělými, jak je např. zmatek, smutek, sklíčenost, vtíravé vzpomínky na sexuální experimentování apod. Sexuální experimentování rovněž může být následkem (či součástí) ohrožení dítěte, např. při sexuálním násilí (včetně nežádoucího vystavování dítěte pornografii či vlastní sexualitě rodičů), nefungujícím rodinném prostředí, rozvolněné výchově (včetně rozvolněných hranic intimity v rodině) apod. (Dušková & Andrtová, 2018). Mezi následky sexuálního násilí vůči dítěti řadíme totiž mimo jiné i urychlený psychosexuální vývoj, který u některých dětí vede ke zvýšení potřebě masturbovat již od útlého věku, či potřebu dětí zkoušet opakovat to, co jim bylo prováděno dospělým zneuživatelé, a to např. na jiných dětech (Dušková & Andrtová, 2021).

f) Domácí násilí

Jako domácí násilí se obecně označují všechny druhy fyzického, sexuálního, psychického a ekonomického násilí vůči členovi či více členům rodiny. Často nemusí být dítě účastníkem (není však výjimkou, že agrese vůči partnerovi jde ruku v ruce s agresí vůči dítěti) a násilí „pouze“ přihlíží, i to však má na jeho prožívání negativní vliv a považujeme tak dítě za ohrožené (Barvíková & Palonciová, 2016). V takových rodinách často selhává péče o dítě (mj. vlivem psychického stavu matky dítěte), vnímání jeho potřeb či schopnost

jej adekvátně ochránit (Pemová & Ptáček, 2012). Situaci dítěte, které se nachází v rodině ohrožené domácím násilím někteří autoři ztotožňují s psychickým týráním (Júzová Kotalová et al., 2019).

g) Konfliktní, předrozvodové a porozvodové situace v rodině

Spory ohledně rozvodu jsou přítomny v období před rozvodem, během rozvodu, ale také dlouho po něm. Pokud jsou příliš vyhocené, mohou pro dítě představovat ohrožující situaci, ovlivňující jeho zdravý vývoj. To, do jaké míry ponese dítě následky, ovlivňuje například délka konfliktní situace, ale také zatahování dítěte do sporu, jako je cílená manipulace s dítětem, odmítání styku s rodičem, citové a emoční deformování (např. zakazování mít rádo druhého rodiče), narušování vnímání reality (např. dezinterpretace minulých zkušenosti) apod. Kromě toho nesmíme zapomínat na to, že rodiče v rozvodovém sporu mohou být situací tak pohlceni, že zapomínají běžně fungovat, a to i směrem v péči o dítě a jeho potřeby (především psychické), do popředí se dostávají potřeby a zájmy rodičů, motivace poškození druhého rodiče apod. Mnoho lidí si neuvědomuje, jak může být pro dítě vyhocený rodinný spor zátěžový, mnohdy přechází až do formy psychického týráním. V dnešní době vzniká k této formě zátěže již značná tolerance a v tom spočívá nejzásadnější riziko pro dítě. Závažnost a hloubka traumatizace pro dítě přitom často nabývá podobné intenzity jako psychické týráním (Dušková & Andrtová, 2021).

h) Rizikové chování dětí

Za rizikové chování, někdy také sociálně nežádoucí chování, považujeme takové vzorce chování, kdy dítě dlouhodobě, nepřiměřeně a negativním způsobem překračuje společensky stanovené normy chování, kdy toto chování neodpovídá jeho věku a rozumových schopnostem. V důsledku takového chování dochází k nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik jak pro jedince, tak pro celou společnost (především v jeho bezprostředním okolí). Do rizikového chování spadá např. sebepoškozování, sexuální experimentování (tyto dvě kategorie jsou ve výzkumu posuzovány zvlášť), krádeže, lhaní a podvody, agresivita (vůči sobě, ostatním lidem, zvířatům, věcem; verbální agrese), šikanování druhých, užívání návykových látek, útky z domova apod. (Dušková & Andrtová, 2021). V textu zmiňuji nárůst rizikového chování především jako důsledek ohrožení dítěte (dítě se např. učí některé vzorce chování nápodobu, jindy je to forma úniku od toho, co se mu v rodině děje).

i) Ohrožující rodinné prostředí

Zde řadíme nepříznivé faktory v rodině, které zásadně ohrožují zdravý vývoj dítěte, představují pro něj psychickou zátěž a posouvají hranice pro vnímání běžných sociálních norem. Do této kategorie mohou spadat v podstatě všechny již zmíněné formy ohrožení - zanedbávání, týrání (psychické i fyzické), domácí násilí, sexuální zneužívání apod. Pro účely výzkumu zde spadají další formy ohrožujícího prostředí, které nemají své zastoupení v jiných kategoriích – např. závislosti rodiče (na alkoholu, návykových látkách, hraní na automatech), závažné onemocnění člena rodiny (psychické i somatické), opakované vyhrocené konflikty v rodině, výskyt silných stresorů v rodině (nezaměstnanost, existenční nejistota), delikvence rodiče, nestabilní prostředí (častá změna prostředí, včetně školy, střídání partnerů rodičem), snížené schopnosti rodičů při péči o dítě, příliš rozvolněná či příliš přísná výchova (Dušková & Andrtová, 2021).

j) Sebepoškozování dětí

Sebepoškozováním rozumíme jakékoliv záměrné ubližování si bez vědomého záměru ukončit svůj život. Nabývá různých forem, nejčastějšími jsou řezání se do kůže (různými ostrými předměty na různých částech těla), bouchání do tvrdých ploch, kousání se, vytrhávání vlasů, škrábání až drásání kůže atd. Sebepoškozování je pro účely výzkumu nazíráno jako následek ohrožení dítěte. Spouštěčem bývají stavy silných emocí, jako jsou úzkost, hněv, pocity viny, vnitřní zmatek atd. Mohou být informací o prožité traumatizaci dítěte, se kterou se dítě tímto způsobem vyrovnává (Dušková & Andrtová, 2021).

2. Klíčové signály

Níže uvádím jednotlivé klíčové signály, zařazené do skupin tak, jak se s nimi pracovalo ve výzkumu (včetně uvedeného kódu, složeného z písmena a čísla). Jejich výčet jsem se rozhodla uvést právě v této kapitole, abych případně rovnou vysvětlila možné nejasnosti v terminologii.

1. Sexualizované chování

1a - sexualizovaná hra

Dítě demonstruje ve hře prvky sexualizovaného chování (např. názorně předvádí různé formy pohlavního styku mezi panenkami apod.).

1b - sexualizované chování

V běžné chování dítěte se nadměrně vyskytuje i takové, které je vázáno na intimní oblasti (např. sahání na intimní partie, nadměrné zabývání se těmito partiemi). Je nutné myslet na to, že do určité míry patří tyto projevy k běžnému psychosociálnímu vývoji dítěte a mnohdy se jedná pouze o zvědavost a touhu objevovat (Johnson, 2008).

1c - zavádění předmětů do vagíny, do konečníku

1d - výrazná nebo veřejná masturbace

Děti běžně objevují příjemné pocity při dotkání se intimních partií již od útlého věku. Děje-li se to výjimečně, např. při přebalování, usínání, když je dítě nervózní, vzrušené nebo vystrašené, můžeme to považovat za normální projev vývoje. Pozornost toto chování vyžaduje v případě, děje-li se to pravidelně, i přes upozornění dospělých vyhledávat soukromí to dítě nadále dělá veřejně, nahrazuje-li si masturbací jiné dětské aktivity či ji používá jako pravidelný způsob pro zbavování se silných emocí, případně se při tom opakovaně zraňuje apod. (Johnson, 2008).

1e - vyžadování sexuální stimulace od dospělých nebo jiných dětí

1f - svůdné, vyzývavé chování

Do určité míry může být takové chování, především u malých holčiček, běžné, je potřeba rozlišit, kdy toto chování nabývá rozměrů za hranici normy (dítě to dělá velmi často, i přes vymezení hranic dospělou osobou, často na ostatní děti a dospělé sahá, včetně intimních míst apod.; Johnson, 2008).

1g - věku neadekvátní sexuální znalosti

Děti přirozeně získávají určité znalosti z časopisů, televize, internetu apod. Je-li dítě příliš vystaveno sexuálnímu chování, pornografii, či přímému sexuálnímu zneužívání, může se více zajímat nebo více mluvit o věcech souvisejících se sexem, o kterých by ve svém věku ještě nemělo vědět (Johnson, 2008).

1h - nápadnosti v kresbě

Při kresbě u postav příliš zdůrazňuje genitálie, kreslí motivy soulože, sexu se zvířaty, sadismu, masochismu apod. (Johnson, 2008).

1i - sledování pornografie (až závislostní)

1j - problémy s nahotou (ve smyslu i odhalování)

Dítě se extrémně stydí (když je např. přistiženo při převlékání) či se naopak příliš odhaluje neadekvátně dané situaci, často vyžaduje být nahé apod. (Johnson, 2008).

1k - opoždění psychosexuálního vývoje

1l - obsazení sexuálními tématy

Obvyklým tématem rozhovoru dítěte s vrstevníky či dospělými je sex a sexuální činnosti, dospělých se často dotazuje na mnohé intimní věci, a to jak příbuzných osob, tak i cizích lidí (Johnson, 2008).

1m - pocity nadměrného studu

Oproti 1j se stud vztahuje i k jiným situacím, než jen k nahotě jako takové.

1n - jiné sexualizované chování

U této položky bylo nutno uvést, o jaké jiné sexualizované chování se jedná. Ve výzkumu bylo uvedeno navíc toto chování: osahávání matky na intimních místech, zasílání svých intimních fotografií přes internet, brzké soužití s dospělým mužem (15letá dívka), brzké sexuální zkušenosti, škrábání na genitáliích, vulgarita, touha mít dítě. Některé z těchto odpovědí by mohly být zařazeny do jiných, výše uvedených kategorií.

2. Poranění jinou osobou/osobami

Nález níže uvedených zranění se může vyskytovat na jakékoli části těla.

2a - modřiny

2b - zlomeniny

2c - jizvy

2d – popáleniny

2e - jiná poranění

U této položky bylo nutno uvést, o jaké jiné poranění se jedná. Ve výzkumu bylo uvedeno jako jiné poranění boule, u ostatních dětí pracovnice Dětského krizového centra odpověď na tuto položku nespecifikovaly.

3. Zanedbávání

4. Sdělení dítěte

Tato položka vypovídá o situaci, kdy se dítě samo svěřilo dospělé osobě (rodiči, prarodiči, učitelům apod.) či vrstevníkům (kamarádům, sourozencům), že je ohroženo.

5. Posttraumatická problematika

5a - záblesky minulosti (vracení se k události – slovně/myšlenky/hlasy)

5b - symptomy posttraumatické stresové poruchy

Tato položka není více specifikována. Předpokladem je, že pracovnice Dětského krizového centra, které vedly s pečující osobou či s dítětem rozhovor, mají dostatečné teoretické znalosti o symptomech PTSD a jsou schopny je jasně identifikovat a posléze do této kategorie zařadit (symptomy PTSD jsou popsány také v diplomové práci, v kapitole 4.1 (*Psychická úroveň*)).

5c - disociace

5d - anhedonie

Ve smyslu neschopnosti prožívat kladné emoce, jako je radost, těšení se apod.

5e - jiné příznaky PTSD

U této položky bylo nutno uvést, o jaké jiné příznaky se jedná. Ve výzkumu byla uvedena depersonalizace a desenzibilizace, tyto odpovědi by se však daly obsáhnout v odpovědi 5b.

6. Nesnáze v oblasti úzkosti

6a - úzkost

6b - ostražitost

6c - odmítání osoby

Negování navazování kontaktu s této osoby s dítětem (např. odmítání rodiče, partnera rodiče, ale i psychologů).

6d - fobie

6e - panické záchvaty

6f - snaha o kontrolu

Snaha o kontrolu situace, ve které se nachází, kontaktu s druhou osobou (např. psychologem), svého chování, prožívání apod.

6g - úlekové reakce (před osobou, zvuk, aj.)

6h - jiné nesnáze v oblasti úzkosti

U této položky bylo nutno uvést, o jaké jiné nesnáze se jedná. Ve výzkumy byly uvedeny navíc tyto nesnáze: bez spontaneity, křečovitost, nespecifikované záchvaty, zvýšená sebekontrola, vyhýbání se (některé položky by možná šlo zařadit do jiných kategorií). U některých dětí pracovníci Dětského krizového centra odpověď na tuto položku nespecifikovaly.

7. Depresivní projevy

7a - deprese

7b - depresivní chování

Pro rodiče, případně psychologku či sociální pracovníci, mohlo být těžko odlišitelné skórování u položky 7a či 7b. Oproti této položce by se k položce 7a dalo přistupovat jako k diagnostikované poruše.

7c - nevykonnost

7d - pocity beznaděje

7e - dysforie

7f - rozlady

7g - pesimistický postoj k budoucnosti

7h - náladovost

7i - plačtivost (zvýšená)

7j - zvýšený smutek

7k - zvýšená unavitelnost

7l - jiné depresivní projevy

U této položky bylo nutno uvést, o jaké jiné depresivní chování se jedná. Ve výzkumu byly uvedeny navíc tyto depresivní projevy: apatie, depresivní obrázky, ruminace, nezájem.

8. Neurotické obtíže

8a - obsese

8b - tiky (motorické, vokální)

8c - kousání nehtů

8d- zadržávání v řeči

8e - trhání vlasů

8f - skřípání zubů

8g - sekundární enuréza

8h – sekundární enkopréza

8i - jiné neurotické obtíže

U této položky bylo nutno uvést, o jaké jiné neurotické obtíže se jedná. Ve výzkumu byly uvedeny navíc tyto neurotické obtíže: škrábání, třes, nespecifikované záchvaty, neklid rukou, lapání po dechu.

9. Regresivní chování

9a - šišlání

9b - závislost na pečující osobě (vrstevníkovi, prarodiči, rodiči, aj. – ve smyslu vzniklé po události)

9c - jiné regresivní chování

U této položky bylo nutno uvést, o jaké jiné regresivní chování se jedná. Ve výzkumu byla uvedena navíc položka dětský pohled na život.

10. Problémy s realitou

10a - útěky do fantazie

10b - konfabulace

10c - desorganizace (myšlení, chování)

Zmatená mluva, neobvyklé řešení problémů apod.

10d - jiné problémy s realitou

U této položky bylo nutno uvést, o jaké jiné problémy s realitou se jedná. Ve výzkumu byly uvedeny navíc tyto problémy s realitou: halucinace, hlasy, přání být jinou osobou, nesdílení běžné reality s druhými.

11. Hyperaktivita (přímá, skrytá)

11a - zvýšená dráždivost

11b - zvýšený neklid

11c - hyperaktivita

11d – agitovanost

Psychický neklid, stav neúčelné a dezorganizované psychomotorické aktivity.

11e - jiné projevy hyperaktivity

U této položky bylo nutno uvést, o jaké jiné projevy hyperaktivity se jedná. Ve výzkumu žádné jiné projevy uvedeny nebyly.

12. Strach

12a - strach z mužů

12b - strach z žen

12c - strach z prostoru (tzn. z konkrétního místa)

12d - strach o bezpečí druhých lidí

12e - strach ze zabití

12f - strach z pronásledování

12g - strach z opuštění

12h - jiný strach

U této položky bylo nutno uvést, o jaké jiné formy strachu se jedná. Ve výzkumu byly uvedeny navíc tyto strachy: strach z troubení, strach z napadení matky jiným řidičem, strach z otce, strach z partnera matky, strach z bubáků, strach ze tmy, strach z odebrání otci, strach z trestu, strach, že je pod postelí člověk, co dítěti ublížil.

13. Sociabilita

13a - nedostatek otevřenosti

13b - zvýšená uzavřenost

13c - samotářské chování

13d - izolování se

13e - nadměrné poutání pozornosti

13f – jiné nesnáze v oblasti sociability

U této položky bylo nutno uvést, o jaké jiné nesnáze v oblasti sociability se jedná. Ve výzkumu byly uvedeny navíc tyto nesnáze: agresivita k druhým, nedůvěra, nejistota ve vztazích, ztráta bezpečí, absence očního kontaktu během vyšetření, odvrácení tváře, sezení zády.

14. Nesnáze v oblasti vztahů

14a - narušené vztahové pole k matce

14b - narušené vztahové pole k otci

14c - narušené vztahové pole k sourozenci

14d - narušené vztahové pole k prarodičům

14e - narušené vztahové pole k vrstevníkům

14f - rivalita sourozenecká

14g - hostilní chování

14h - odmítavé chování

14i - vyhýbání se někomu

14j - zesílená touha po druhých

14k - jiné nesnáze v oblasti vztahů

U této položky bylo nutno uvést, o jaké jiné nesnáze v oblasti vztahů se jedná. Ve výzkumu byly uvedeny navíc tyto nesnáze: problém s partnerkou otce, nedůvěra ve vztahy, ambivalentnost vztahu k pachateli, snaha zavděčit se, povrchnost vztahů.

15. Přijímání odpovědnosti

15a - přijímání rolí, odpovědnosti (za rodiče, role partnerů, aj.)

**15b - pseudodospělost, předčasná samostatnost, slovník odpovídající staršímu dítěti/
dospělé osoby**

15c - jiné

U této položky bylo nutno uvést, o jaké jiné projevy přijímání zodpovědnosti se jedná. Ve výzkumu žádné jiné projevy uvedeny nebyly.

16. Manipulace s dítětem

Jedná se o manipulaci dítěte rodičem, ve výzkumu bylo např. uvedeno přijímání sdělení matky.

17. Spánek (nesnáze v oblasti spánku)

17a - nespavost

17b - nadměrná spavost

17c - problémy s usínáním

17d - noční můry

17e - problémy s probouzením

17f - náměsíčnost

17g - jiné nesnáze v oblasti spánku

U této položky bylo nutno uvést, o jaké jiné nesnáze v oblasti spánku se jedná. Ve výzkumu byly uvedeny navíc tyto nesnáze: divné sny, dívka spí s otcem v posteli bez oblečení (tato položka by možná patřila do skupiny 1 – sexualizované chování).

18. Potíže s jídlem

Tato skupina signálů má jen drobné rozdíly mezi jednotlivými kategoriemi, mohou se vzájemně prolínat, je potřeba správně zařadit daný signál.

18a - poruchy příjmu potravy

18b - potíže s jídlem (jí málo, jí hodně, zajídání)

18c - zažívací problémy (cílené, vyvolávané), např. zvracení, projímadla

18d - jiné potíže s jídlem

U této položky bylo nutno uvést, o jaké jiné potíže s jídlem se jedná. Ve výzkumu byly uvedeny navíc tyto potíže: strach z toho, že jí pomalu, výrazné zhubnutí. U ostatních dětí pracovnice Dětského krizového centra odpověď na tuto položku nespecifikovaly.

19. Psychosomatické obtíže a somatické stížnosti

19a - bolesti hlavy

19b - bolesti břicha

19c - nevolnosti

19d - zesílený, zrychlený tlukot srdce

19e - zrychlený dech (problémy s dechem)

19f - dechová nedostačivost, sevření, lapání po dechu

19g - častá nemocnost

19h - opakované infekce v urogenitální oblasti

19i – jiné psychosomatické obtíže

U této položky bylo nutno uvést, o jaké jiné somatické obtíže se jedná. Ve výzkumu byly uvedeny navíc tyto obtíže: časté úrazy, záněty, astma, ekzém.

20. Školní problémy (ve smyslu problémy s prospěchem – výkonem)

20a - problémy s pamětí

20b - problémy s pozorností

20c - nápadné zhoršení školního prospěchu

20d - jiné školní problémy

U této položky bylo nutno uvést, o jaké jiné školní problémy se jedná. Ve výzkumu byly uvedeny navíc tyto školní problémy: poruchy učení, podezření na poruchu autistického spektra/dysfázií, „vypínání“ při výuce, rozčilování se při přípravě do školy, pomalost pracovního tempa.

21. Agrese

21a - záchvaty nevyprovokovaného prudkého vzteku

21b - krutost k osobám

21c - krutost k zvířatům

21d - opakující se destruktivní chování

21e - nadávky, verbální útok

21f - fyzický útok

21g - agresivní prvky zaznamenané v kresbě

21h - agresivní prvky zaznamenané ve hře

21i - jiné projevy agrese

U této položky bylo nutno uvést, o jaké jiné projevy agrese se jedná. Ve výzkumu byly uvedeny navíc tyto projevy agrese: fascinace násilím, agrese vůči sestře (tato odpověď by mohla spadat do jedné z předem stanovených kategorií, např. 21b).

22. Rizikové chování

22a - kriminalita

22b - promiskuita

22c - rizikové chování

22d - užívání návykových látek (alkohol, drogy, léky)

22e - lhaní

22f - vulgarita

22g - neposlušnost

22h - výchovné problémy

22i - obecně problémové chování (vážné porušování pravidel)

22j - nepoctivost a krádeže

22k - destrukce majetku a vlastnictví

22l - problémy s respektováním autority

22m - útěky

22n - šikana

22o - jiné projevy rizikového chování

U této položky bylo nutno uvést, o jaké jiné projevy rizikového chování se jedná. Ve výzkumu byly uvedeny navíc tyto projevy: výskyt v partě (kterou rodič pravděpodobně považuje za nevhodnou), brzký partnerský vztah, koketní chování s muži. U ostatních dětí pracovnice Dětského krizového centra odpověď na tuto položku nespecifikovaly. Poslední dvě položky by bylo možné zařadit rovněž do skupiny signálů 1 – sexualizované chování.

Položka 22c by mohla být vynechána, vzhledem k tomu, že nese stejný název jako celá skupina signálů.

23. Sebepojetí

23a - snížené sebehodnocení

23b - sebenenávist

23c - pocity viny

23d - pocity ostychu

23e - zvýšená tréma

23f - zvýšená nejistota

23g - pocity odlišnosti od jiných

23h - zvýšená ostýchavost

23i - odmítání svého těla

23j - sebedevalvování

23k - jiné potíže v oblasti sebepojetí

U této položky bylo nutno uvést, o jaké jiné potíže v oblasti sebepojetí se jedná. Ve výzkumu byly uvedeny navíc tyto potíže v oblasti sebepojetí: obava z konfrontace, pochybování o vlastní paměti, nedostatek zdrojů, vnímání podoby s otcem.

24. Sebedestrukce

24a - sebepoškozující chování

24b - suicidální chování

24c - jiné projevy sebedestrukce

U této položky bylo nutno uvést, o jaké jiné projevy sebedestrukce se jedná. Ve výzkumu byly uvedeny navíc sebevražedné myšlenky. U ostatních dětí pracovníci Dětského krizového centra odpověď na tuto položku nespecifikovaly.

25. Jiné

Tato kategorie zahrnuje odpovědi, které nebylo možné zařadit do žádné z předchozích kategorií.

25a - těhotenství

25b jiné

U této položky bylo nutno uvést, o jaké jiné projevy chování či prožívání dítěte se jedná. Ve výzkumu byly uvedeny navíc tyto projevy: celková inhibice emocí, velké „pubertální“ výkyvy v chování, vytváření komiksů s negativním obsahem. Tyto položky by bylo možné zařadit také do jiných kategorií (např. 7 – depresivní projevy). U ostatních dětí pracovníce Dětského krizového centra odpověď na tuto položku nespecifikovaly.

Nebylo podmínkou, aby osoba žádající o péči pojmenovávala signály přesně tak, jak jsou uvedeny, jedná se mnohdy o odborné termíny, které lidé běžně nemusí používat ani znát a proto by nemohli pojmenovat signál právě tímto způsobem. Bylo předpokladem, že pracovníce Dětského krizového centra musí vycházet ze svých teoretických znalostí, praxe a na základě uvedeného popisu by měly umět správně zařadit projev do určené kategorie.

Příloha 5.

Zastoupení dětí v jednotlivých kategoriích ohrožení a jejich případné kombinace s dalšími druhy ohrožení

Fyzické týrání – 26 dětí (z toho 10 dívek a 16 chlapců)

Kombinace s dalším druhem ohrožení:

- sexuální násilí – 2 děti (z toho 1 dítě navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- psychické týrání – 4 děti (z toho 1 dítě navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- zanedbávání – 6 dětí (z toho 2 děti navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- sexuální experimentování – 1 dítě (navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- domácí násilí – 6 dětí (z toho 3 děti navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- konfliktní, předrozvodové a porozvodové situace v rodině – 2 děti (navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- ohrožující prostředí – 3 děti (z toho 2 děti navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- sebepoškozování – 1 dítě (navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)

Sexuální násilí na dětech – 47 dětí (z toho 36 dívek a 11 chlapců)

Kombinace s dalším druhem ohrožení:

- fyzické týrání – 2 děti (z toho 1 dítě navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- sexuální experimentování – 1 dítě (navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- konfliktní, předrozvodové a porozvodové situace v rodině – 5 dětí
- ohrožující prostředí – 2 děti

Psychické týrání – 6 dětí (z toho 2 dívky a 4 chlapci)

Kombinace s dalším druhem ohrožení:

- fyzické týrání – 4 děti (z toho 1 dítě navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- domácí násilí – 1 dítě (navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- ohrožující prostředí – 1 dítě (navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)

Zanedbávání – 7 dětí (z toho 2 dívky a 5 chlapců)

Kombinace s dalším druhem ohrožení:

- fyzické týrání – 6 dětí (z toho 2 děti navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)

- domácí násilí – 2 děti (navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- konfliktní, předrozvodové a porozvodové situace v rodině – 1 dítě (navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- ohrožující prostředí – 1 dítě (navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)

Sexuální experimentování dětí – 10 dětí (pouze chlapci)

Kombinace s dalším druhem ohrožení:

- fyzické týrání – 1 dítě (navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- sexuální násilí – 1 dítě (navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)

Domácí násilí – 10 dětí (z toho 7 dívek a 3 chlapci).

Kombinace s dalším druhem ohrožení:

- fyzické týrání – 6 dětí (z toho 3 děti navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- psychické týrání – 1 dítě (navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- zanedbávání – 2 děti (navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- konfliktní, předrozvodové a porozvodové situace v rodině – 1 dítě (navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- ohrožující prostředí – 4 děti (z toho 3 děti navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- sebepoškozování – 1 dítě (navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)

Konfliktní, předrozvodové a porozvodové situace v rodině – 10 dětí (z toho 7 dívek a 3 chlapci)

Kombinace s dalším druhem ohrožení:

- fyzické týrání – 2 děti (navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- sexuální násilí – 5 dětí
- zanedbávání – 1 dítě (navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- rizikové chování – 1 dítě (navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- sebepoškozování – 1 dítě (navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)

Rizikové chování dětí (alkohol, útěky) – 2 děti (pouze dívky)

Kombinace s dalším druhem ohrožení:

- konfliktní, předrozvodové a porozvodové situace v rodině – 1 dítě

- ohrožující prostředí – 1 dítě (navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- sebepoškozování – 1 dítě (navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)

Ohrožující rodinné prostředí -18 dětí (z toho 10 dívek a 8 chlapců)

Kombinace s dalším druhem ohrožení:

- fyzické týrání – 3 děti (z toho 2 děti navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- sexuální násilí – 2 děti
- psychické týrání – 1 dítě (navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- zanedbávání – 1 dítě (navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- domácí násilí – 4 děti (z toho 3 děti navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- rizikové chování – 1 dítě (navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- sebepoškozování – 3 děti (z toho 2 děti navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)

Sebepoškozování dětí – 12 dětí (z toho 11 dívek a 1 chlapec)

Kombinace s dalším druhem ohrožení:

- fyzické týrání – 1 dítě (navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- domácí násilí – 1 dítě (navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- konfliktní, předrozvodové a porozvodové situace v rodině – 1 dítě (navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- rizikové chování – 1 dítě (navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)
- ohrožující prostředí – 3 děti (z toho 2 děti navíc v kombinaci s dalšími druhy ohrožení)