

Univerzita Karlova v Praze
FILOZOFICKÁ FAKULTA
Katedra pedagogiky

**KRIZOVÁ INTERVENČNÍ DĚTÍ SE
SYNDROMEM CAN**

**CRISIS INTERVENTION OF CHILDREN
WITH CHILD ABUSE AND NEGLECT
SYNDROME**

Alexandra Paulů

Studijní obor: Pedagogika (Prezenční studium)

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Jitka Lorenzová, Ph.D.

2006

Prohlášení

Tímto prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci vypracovala samostatně, s využitím pramenů a literatury uvedených v seznamu v závěru práce.

V Praze dne 11.12.2006

.....
Alexandra Paulů

Poděkování

Velmi děkuji vedoucí své diplomové práce, PhDr. Jitce Lorenzové, Ph.D., za její vstřícnost, ochotu a odbornou a metodickou pomoc při realizaci práce.

OBSAH

ÚVOD	6
<u>Syndrom CAN</u>	7
1 DEFINICE SYNDROMU CAN	7
2 VÝVOJ POJMU	11
3 FORMY SYNDROMU CAN.....	12
3.1 Tělesné týrání.....	12
3.1.1 Formy tělesného týrání	14
3.1.2 Příčiny tělesného týrání	14
3.1.3 Příznaky tělesného týrání	14
3.1.4 Následky tělesného týrání.....	15
3.1.5 Výskyt tělesného týrání.....	16
3.2 Psychické týrání.....	16
3.2.1 Formy psychického týrání.....	18
3.2.2 Příčiny psychického týrání	18
3.2.3 Příznaky psychického týrání	19
3.2.4 Následky psychického týrání.....	19
3.2.5 Výskyt psychického týrání.....	19
3.3 Zanedbávání	20
3.3.1 Formy zanedbávání.....	21
3.3.2 Příčiny zanedbávání.....	22
3.3.3 Příznaky zanedbávání.....	22
3.3.4 Následky zanedbávání.....	23
3.4 Sexuální zneužívání.....	24
3.4.1 Formy sexuálního zneužívání.....	25
3.4.2 Příčiny sexuálního zneužívání	27
3.4.3 Příznaky sexuálního zneužívání.....	28
3.4.4 Průběh sexuálního zneužívání.....	29
3.4.5 Následky sexuálního zneužívání.....	30
3.4.6 Výskyt sexuálního zneužívání	31
3.5 Zvláštní formy CAN.....	33
3.5.1 Systémové týrání (druhotné ponižování)	33
3.5.2 Organizované zneužívání.....	34
3.5.3 Rituální zneužívání.....	35
3.5.4 Sexuální turismus	35
3.5.5 Münchhausenův syndrom by proxy (v zastoupení)	35
4 RIZIKOVÉ FAKTORY	36
4.1 Rizikové skupiny obyvatelstva	38
4.2 Rizikové situace	41
5 VÝSKYT SYNDROMU CAN V ČR	42
6 LEGISLATIVA	45
6.1 Práva dítěte	45
6.2 Právní normy na ochranu dětí v ČR	48

Krizová intervence	51
1 VYMEZENÍ POJMŮ KRIZE A KRIZOVÁ INTERVENCE	51
1.1 Krize	51
1.1.1 Průběh krize.....	53
1.2 Krizová intervence	54
2 FÁZE KRIZOVÉ INTERVENCE.....	56
3 FORMY KRIZOVÉ INTERVENCE	58
3.1 Specifika telefonické krizové intervence	62
3.2 Specifika internetové krizové intervence	62
3.3 Srovnání jednotlivých forem, jejich výhody a nevýhody.....	63
4 KRIZOVÁ INTERVENCE U DĚTÍ SE SYNDROMEM CAN.....	65
5 INSTITUCIONÁLNÍ POMOC DĚTEM SE SYNDROMEM CAN	71
5.1 Psychosociální síť krizové pomoci	71
5.1.1 Krizová centra	71
5.2 Role státu a krizová intervence	72
5.2.1 Orgány sociálně právní ochrany dětí (OSPOD)	72
5.2.2 Policie ČR a městská policie	73
5.2.3 Soudy	73
5.3 Pracoviště krizové pomoci	74
5.3.1 Školská zařízení	74
5.3.1.1 Středisko výchovné péče (SVP)	74
5.3.1.2 Diagnostický ústav	74
5.3.3 Nevládní sektor	75
5.3.3.1 Dětské krizové centrum (DKC)	75
5.3.3.2 Krizové centrum pro děti a mládež Spondea.....	76
5.3.3.3 Azylové domy.....	76
5.3.3.4 Nadace Naše dítě.....	77
5.3.3.5 Fond ohrožených dětí	77
5.3.4 Telefonické linky důvěry	78
5.3.4.1 Linka bezpečí Nadace Naše dítě.....	78
5.3.4.2 Linka důvěry Dětského krizového centra	78
5.3.4.3 Modrá linka důvěry	79
5.3.4.4 Růžová linka	79
5.3.4.5 Linka důvěry krizového centra Spondea	79
5.3.5 Linky důvěry na internetu	79
5.3.5.1 Internetová linka důvěry Dětského krizového centra	80
5.3.5.2 Internetová linka důvěry Modré linky	80
5.3.5.3 Internetová linka důvěry krizového centra Spondea	80
5.3.5.4 Internetová linka Sdružení Linky bezpečí.....	80
6 VLASTNÍ ZKUŠENOST Z PRÁCE S DĚTMI SE SYNDROMEM CAN	82
ZÁVĚR.....	86
ANOTACE.....	88
SEZNAM LITERATURY	89
PŘÍLOHY	94

ÚVOD

Pro svou diplomovou práci jsem si vybrala vcelku aktuální téma, které je v současné době velmi medializováno, a to především v souvislostech s konkrétními případy týraných, zneužívaných či zanedbávaných dětí. Problematika dětí se syndromem CAN se během posledních pár dní objevovala v médiích více i z důvodu, že 19. listopad je vyhlášen Světovým dnem prevence týrání a zneužívání dětí.

Od března 2003 do února 2004 jsem působila v Azylovém domě pro děti na Praze 2 jako dobrovolnice. Tento azylový dům se specializuje na děti týrané, zneužívané a zanedbávané. Práce s těmito dětmi ve mně vzbudila hlubší zájem o tuto problematiku, zejména o možné formy pomoci. Studovala jsem dostupnou literaturu a snažila se je konfrontovat s poznatky z praxe.

Hlavním cílem předložené práce je systematicky popsat a zhodnotit současnou situaci v oblasti krizové intervence dětí se syndromem CAN, shrnout a interpretovat různé názory a pohledy na tento jev a podat ucelený obraz celé problematiky tak, jak se vyskytuje v literatuře a stanoviscích odborné veřejnosti.

Při zpracovávání tématu jsem využívala především současnou českou, ale zčásti i zahraniční literaturu, ať už knižní či časopiseckou. Kromě toho jsem vycházela z informací z výročních zpráv Dětského krizového centra, z různých statistik a internetových zdrojů organizací zabývajících se pomocí dětem v krizi.

Práci jsem rozdělila na dvě hlavní části – část zabývající se syndromem CAN jako takovým a další týkající se krizové intervence tohoto syndromu. Cílem první je vymezit klíčové pojmy jako jsou tělesné týrání, psychické týrání, zanedbávání a sexuální zneužívání, analyticky zdokumentovat současnou legislativu týkající se této oblasti a přiblížit výskyt jevu pomocí statistických dat.

Druhá část má za úkol seznámit s pojmy krize a krizová intervence, představit jednotlivé formy intervence a posoudit činnost institucí, které se na pomoci týraným, zneužívaným či zanedbávaným dětem podílejí.

V obou částech jsem používala metodu teoretické analýzy.

Syndrom CAN

1 DEFINICE SYNDROMU CAN

Syndrom CAN – v anglosaské literatuře bývá obecně označován jako Child Abuse and Neglect (tedy v přesném překladu zneužívání a zanedbávání dítěte). U nás bylo do termínu přidáno navíc slovo týrání pro přesnější chápání pojmu – mluví se tedy o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.

Definice existuje několik.

Poprvé byl syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte vymezen na 3. evropské konferenci o zneužívaném a týraném dítěti v roce 1991 v Praze. Konference vymezila pět hlavních škodlivých prvků při zneužívání dětí¹:

1. *předávání traumat* – z dospělých na děti, ale také z autoritářského státu na občany
2. *ohrožení identity* – poškozování individuality dítěte dospělými, ale také paralelní poškozování smyslu občanů a rodin pro hodnoty a potřebu soukromí
3. *psychologické vydírání* – donucovací metody, hrozby a jiné formy verbálního násilí jdou v ruku v ruce s obdobným chováním státu vůči občanům, stejně jako zanedbávání potřeb občanů vede k emocionální nedostupnosti nejbližšího pečovatele
4. *vykořisťování* – děti se cítí vykořisťované, pokud je dospělí, kteří je mají v péči, využívají k uspokojování svých potřeb. Stejně tak se rodiny a profesionálové cítí vykořisťováni, když sobecké potřeby státu nabudou vrchu nad potřebami těch, o které se má starat
5. *adaptace* – adaptace dítěte na špatné zacházení je způsobena pudem sebezáchovy a dokonce může přijmout „zvláštní“ vztah dospělého, aby se mu nedostalo odsouzení a zavržení

Většina odborníků, kteří se syndromem CAN pracují, se odvolává na definici přijatou v roce 1992 zdravotní komisí Rady Evropy, která vymezuje odděleně jednotlivé formy syndromu, a to takto²:

¹ Dle Vaničková-Hadj-Moussová-Provazníková, 1995, s.7

² Viz Definice CAN podle zdravotní komise rady Evropy, 1993, roč.23

Tělesné týrání je definováno jako tělesné ublížení dítěti anebo nezabránění ublížení či utrpení dítěte, včetně úmyslného otrávení nebo udušení dítěte, a to tam, kde je určitá znalost či důvodné podezření, že zranění bylo způsobeno anebo že mu vědomě nebylo zabráněno.

Pohlavní týrání je nepatřičné vystavení dítěte pohlavnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoliv pohlavní dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoliv, komu bylo dítě svěřeno do péče, anebo kýmkoliv, kdo dítě zneužívá. Takovou osobou může být rodič, příbuzný, přítel, odborný či dobrovolný pracovník či cizí osoba.

Pohlavní týrání se dělí na bezdotykové (nekontaktní) a dotykové (kontaktní). Bezdotykové týrání např. zahrnuje setkání s exhibicionisty a účast na sexuálních aktivitách, kde nedochází k žádnému tělesnému kontaktu, např. vystavování dítěte pornografickým videozáznamům. Kontaktní týrání je takové, kde dochází k pohlavnímu kontaktu, včetně laskání prsou a pohlavních orgánů, pohlavnímu styku, orálnímu nebo análnímu pohlavnímu styku.

Citové týrání zahrnuje chování, které má vážný negativní vliv na citový vývoj dítěte a vývoj jeho chování. Citové týrání může mít formu verbálních útoků na sebevědomí dítěte, opakovaného ponižování dítěte či jeho zavrhování. Vystavování dítěte násilí nebo vážným konfliktům doma, násilná izolace, omezování dítěte, vyvolávání situace, kdy má skoro stále pocit strachu, což může též způsobit citové ublížení.

Zanedbávání je pojímáno jako jakýkoliv nedostatek péče, který způsobuje vážnou újmu vývoji dítěte anebo ohrožuje dítě.

Tělesné zanedbávání je pojímáno jako neuspokojování tělesných potřeb dítěte. To zahrnuje neposkytování přiměřené výživy, oblečení, přístřeší, zdravotní péče a ochrany před zlem.

Citové zanedbávání je neuspokojování citových potřeb dítěte, a to pokud se týče náklonnosti i pocitu dítěte, že někam patří.

Zanedbání výchovy a vzdělání je pojato jako neposkytnutí dítěti možnost, aby dosáhlo naplnění svého plného vzdělanostního potenciálu, a to např. neustálou absencí ve škole, dětskou prací v domácnosti i mimo ní. Takové urážení intelektuálního rozvoje dítěte (zanedbáváním, nedostatkem stimulace, zraněními) má své další důsledky: zaostávání a invaliditu.

Systémové týrání (druhotné ponižování) je dalším týráním anebo zanedbáváním dětí a je ublížením jejich rodinám, kterému lze zabránit. Je to týrání, které je způsobeno tím systémem, který byl založen pro pomoc a ochranu dětí a jejich rodin. Příklady takového týrání jsou:

- dítěti je upřeno právo na informace,
- je mu upřeno právo být slyšeno,
- dítě je neprávem odděleno od svých rodičů,
- zanedbávání anebo špatná péče v denních zařízeních, ve školách, pěstounském zařízení či domově nebo v jiném prostředí,
- trauma způsobené dítěti necitlivými či zbytečnými lékařskými prohlídkami,
- úzkost způsobená dítěti v rámci jeho kontaktu se soudním systémem (např. protahování slyšení či poškozování dítěte zkušenostmi, které podstupuje jako svědek),
- odepření rodičovských práv na informovanost a na účast na rozhodování, kdykoliv je to pro dobro dítěte,
- nedostatečné služby či zdroje pomoci týranému dítěti, aby mohlo zůstat se svou rodinou, kdykoliv je to možné.

Jiří Dunovský a jeho spolupracovníci si však na počátku devadesátých let vytvořili svou vlastní, takzvanou pracovní verzi definice syndromu CAN, ze které při své práci vycházeli. Přímou Prof. MUDr. Jiří Dunovský ve svém článku K problematice ohrožovaného dítěte definuje syndrom takto: „Za týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte považujeme: jakoukoliv nenáhodnou, preventabilní, vědomou či nevědomou aktivitu či neaktivitu rodiče, vychovatele, anebo jiné osoby vůči dítěti, jež je v dané společnosti nepřijatelná nebo odmítaná a jež poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popřípadě způsobuje jeho smrt. Za týrání dítěte považujeme i jeho pohlavní zneužívání.“³

V definici pracovního týmu Dunovského je rozlišována aktivita vůči dítěti, což znamená např. útok, násilí v jakékoliv formě, nejrůznější manipulace, a neaktivita, kterou se myslí zanedbávání, izolace, nedostatek péče, nedostatečná či nesprávná výživa apod.

³ Dle Dunovský, 1994, roč.20, s.7

Tyto aktivity či neaktivity mají určitý dopad na stav a vývoj dítěte, a to jak na oblast fyzickou, tak psychickou. K tělesným poškozením patří například zlomeniny, popáleniny, tržné a řezné rány, různě závažné strukturální i funkční postižení včetně smrti. Nepříznivé akce či reakce vůči dítěti se ovšem mohou dotýkat i jeho duševní, ale i emocionální oblasti – např. u psychologického týrání, ponižování, vydírání, nezájmu, podbízení se dítěti. Jako samostatnou formu ohrožení dítěte je zde uvedeno pohlavní zneužití, a to v jakékoli jeho podobě.

V zahraniční literatuře se objevují definice, které považují za týrané dítě až takové, které je poraněné⁴. Tělesné týrání bývá definováno jako aktivní nenáhodný, úmyslný akt, kdy dospělý způsobí dítěti užitím fyzické síly utrpení nebo tělesné poranění. Za týrání se tedy považuje jednání, které vede k viditelnému poranění nebo poškození (např. oděrky, podlitiny, zhmožděniny, řezné či bodné rány, popáleniny, zlomeniny, pokousání aj.). Jedná se o objektivní hledisko, které lze dobře doložit. Jeho nevýhodou je nemožnost postihnout veškeré, především potenciálně ohrožující, ale stopy nezanechávající případy tělesného týrání.

Ve své práci budu vycházet z definice Dunovského, která celou problematiku dobře vystihuje, ale i z definice syndromu CAN zdravotní komise Rady Evropy, která jednotlivé formy popisuje více dopodrobna. Zahraniční definice mi nepřipadají dostatečně výstižné pro široké spektrum situací, při kterých může dojít k týrání, zneužívání či zanedbávání dítěte. Jak už jsem psala výše, na základě těchto definic lze sice jednotlivé případy objektivně dobře zjistit a prokázat, ale z hlediska zachycení týraných dětí s méně viditelnými následky jsou nedostatečné.

Kromě syndromu CAN se užívá také pojem *syndrom CSA* (Child Sexual Abuse), kterým se označuje sexuálně zneužití dítě. Jedná se tedy o jednu z forem syndromu CAN, ale vzhledem k tomu, že patří mezi nejzávažnější formy, s nejtěžšími a komplexními důsledky, vyčlenil se pod pojmem CSA a někteří autoři o tomto syndromu pojednávají samostatně. Syndrom CSA se vyznačuje symptomy, jako jsou nízká sebeúcta, poruchy spánku, strach, deprese, sexuální dysfunkce a zneužívání jiných. Definice CSA je totožná s definicí pohlavního zneužívání zdravotní komise Rady Evropy z roku 1992.

⁴ Srov. Ashton, 2001, roč. 25, s.389-399

2 VÝVOJ POJMU⁵

V devatenáctém století se objevily první snahy společnosti, státu a dobrovolných organizací hledat způsoby, jak pečovat o děti a zároveň děti ochraňovat, a to především před fyzickým násilím. Problematika tělesného násilí se totiž v mezinárodních statistikách objevovala nejčastěji, a to z jednoduchého důvodu – jedná se o nejlépe doložitelnou a prokazatelnou formu syndromu CAN.

V roce 1883 vznikla v Liverpoolu jedna z prvních dobrovolných organizací Národní společnost prevence proti krutostem na dětech, která se věnovala právě fyzickému násilí a jeho důsledkům. Tato organizace existuje dodnes a patří mezi významné organizace zabývající se syndromem CAN. Díky těmto snahám se začala formulovat první, hlavní část syndromu CAN – *fyzické týrání* dítěte.

V zahraniční literatuře se fyzické týrání zpočátku označovalo jako špatné zacházení či nepečování o dítě. V polovině minulého století si chirurgové a rentgenologové začali všimnout neobvyklých zranění, které nemohly být způsobeny běžným úrazem. To vzbudilo mezi lékaři pozornost a začali se této problematice více věnovat. V roce 1962 popsal americký pediatr Dr. C. Henry Kempe syndrom bitého dítěte (Battered Child Syndrome), což znamenalo v této problematice průlom. Začalo se o ní veřejně hovořit, v USA se postupně začaly přijímat zákony, jejichž součástí bylo povinné hlášení týrání dítěte (tzv. Battered Child Law – zákon o bitém dítěti). Ovšem ve východoevropských zemích to v té době zůstalo bez odezvy. (Jen pro srovnání – u nás vešla oznamovací povinnost v platnost až v roce 1994.)

První, kdo poukázal na týrání dětí u nás, byl prof. Ringel, a to na první pediatrické konferenci na toto téma, pořádané v Praze v roce 1971. Výsledkem byla povinnost pro zdravotnické pracovníky hlásit týrání dítěte, a to i v případech pouhého podezření na ně. Byl zaveden termín „zranění nezaviněné nehodou“.

Díky dalším faktorům, jako například chudoba, nezaměstnanost, špatné bydlení, nedostatek zdravotní péče apod., se začala postupem času rozlišovat aktivní a pasivní forma fyzického týrání. U aktivní formy je dítě ohrožováno násilím, u pasivní je dítě tělesně poškozováno nedostatečnou péčí či nedostatečným uspokojováním potřeb.

⁵ S oporou o Dunovský-Dytrych-Matějček a kol., 1995, s.15-18; Dunovský, In Weiss, 2000, s. 126-128; Vaníčková-Hadj-Moussová-Provazníková, 1995, s.6-7

Čím více se odborníci zabývali fyzickým týráním, tím více bylo zřejmé, že týrané děti trpí také psychicky a emocionálně. Tak byli nuceni definovat další formu týrání – **psychické a citové týrání** – a to opět ve formě aktivní (ponižování, zesměšňování dítěte, ale i psychické tresty, šikana) a pasivní (nedostatečná stimulace, zanedbávání základních psychických i citových potřeb). Z pasivního psychického týrání se později vyvinula další část syndromu CAN – **zanedbávání** dítěte. Začalo se diagnostikovat především nepodávání stravy v dostatečném množství a kvalitě, nedostatečné ošacení, bydlení či nezajištění alespoň základní péče o děti.

V 70. letech 20. století se v různých studiích a popisovaných případech začala vynořovat relativně vysoká incidence a prevalence pohlavního zneužívání dětí v populaci. Výsledky anamnestických výzkumů v různých zemích vykazovaly od 10 % do 30 % výskytu u žen a poloviny u mužů. Tím se odhalila závažnost pohlavního zneužívání dítěte v populaci.

Tak došlo k zahrnutí do pojmu syndromu CAN i **sexuální zneužívání** dítěte. I zde rozlišujeme aktivní formy (zvané dotekové) a pasivní formy (zvané bezdotekové). V zahraniční literatuře začalo být pohlavní zneužívání dětí označováno odděleně, i když v rámci syndromu CAN, a to termínem syndrom CSA.

Kromě výše uvedených se do pojmu postupně připojily další, takzvané zvláštní formy CAN. Mezi ně patří **systemové týrání**, **organizované zneužívání**, **rituální zneužívání** dětí, **sexuální turismus** a **Münchhausenův syndrom by proxy**. Všemi těmito formami se budu zabývat více dopodrobna v dalších kapitolách.

3 FORMY SYNDROMU CAN

3.1 Tělesné týrání

Jedná se o nejdetajněji prozkoumaný a popsáný jev v rámci syndromu CAN. Někteří autoři rozlišují aktivní a pasivní fyzické týrání z hlediska aktivity pachatele. Tedy aktivní ve smyslu útoku, násilí a pasivní ve smyslu zanedbávání, neuspokojování základních potřeb dítěte. Já však v této části budu pojednávat

pouze o aktivním tělesném týrání, pasivním se budu zabývat v samostatné kapitole s názvem Zanedbávání.

Na tomto místě je také třeba rozlišit pojmy tělesné týrání a tělesný trest. Někteří odborníci tyto pojmy do jisté míry směšují, jiní je striktně oddělují jako dva naprosto odlišné jevy. Najít hranici mezi nimi je však velmi složité. Fyzické týrání jsem již definovala. Pro **tělesný trest** se nejčastěji užívá Strausova definice⁶, která jej popisuje jako užití fyzické síly pro usměrnění nebo kontrolu chování dítěte s úmyslem nechat mu pocítit bolest, ne jej však poranit. Je zřejmé, že tyto definice se nevyklučují, protože při užití fyzické síly může dojít, byť i neúmyslně, k ublížení dítěti. Podle Výboru pro práva dítěte OSN se tělesný trest stává tělesným týráním, dochází-li k potrestání za pomoci předmětu, je-li bití směřováno na citlivé části těla (hlava, břicho, oblast pohlavních orgánů, plosky nohou a dlaně), nebo také tehdy, zůstávají-li na těle po ranách stopy (modřiny, škrábance apod.). Existují však i země, kde jsou tělesné tresty ztotožňovány s tělesným týráním, respektive jsou považovány za jednu z forem týrání (např. v Norsku). V některých zemích jsou tělesné tresty formálně zakázány (např. v Rakousku, Německu apod.) a morálně odsuzovány.

V našich podmínkách bývá narozdíl od většiny evropských zemí „bití“ jako výchovný prostředek velmi často tolerován, proto je zde vymezení hranice mezi týráním a trestem ještě o něco složitější. Na toto téma bylo u nás provedeno několik studií. V další části mé práce uvedu některé z nich.

Česká republika byla za současný přístup k tělesným trestům Výborem pro práva dítěte OSN opakovaně kritizována⁷.

⁶ Straus, In Ryšánková-Bosák-Kučera-Lainová, 2004, roč.59, s.231

⁷ Poslední zpráva Výboru pro práva dítěte OSN byla zveřejněna dne 31.1.2003. Výbor kritizoval nedostatky dodržování práv dětí v ČR z hlediska systému a politiky péče o děti a rodinu. Mimo jiné se vyjádřil i k nedostatkům ochrany a péče o týrané, zanedbávané a sexuálně zneužívané děti. Doporučil vládě ČR, aby přijala opatření k zajištění účinné pomoci obětem domácího násilí a špatného zacházení a zamezila zneužívání dětí včetně pohlavního zneužívání. Výbor kladl důraz zejména na zajištění vhodných programů pomoci obětem, vytvoření vhodných podmínek k tomu, aby oběti násilí nebyly dále poškozovány současným systémem vyšetřování. Rovněž požadoval legislativní zakotvení a uvedení do praxe zákazu tělesného trestání ve školách, v ústavech, v rodině i jinde. Kritizoval zároveň nízké povědomí o těchto formách násilí mezi odborníky i veřejností.
URL: <<http://www.llp.cz/subdomains/cz/www.unhchr.ch/html/menu2/6/crc/doc/session32.htm>>

3.1.1 Formy tělesného týrání⁸

Nejčastěji se jedná právě o nadměrné trestání, bití rukou či různými nástroji, kopání do dítěte, údery pěstí, pálení, opaření horkou vodou, řezání, bodné rány, vytrhávání vlasů, nepřiměřené tahání za ušní boltce, odmrštění, odhození dítěte, škrcení, dušení, svazování, připoutání, silné třesení (zejména u malých dětí), odnímání spánku, potravy. Většina těchto mechanismů zanechává viditelné známky na těle dítěte, čehož se využívá pro rozpoznání týrání.

3.1.2 Příčiny tělesného týrání

Příčinou bývá nezvládnutá, nadměrná agrese a emoční nestabilita rodičů a ostatních osob. Pachatel prostřednictvím fyzického útoku ventiluje své napětí, agresi a využívá k tomu pro sebe bezpečný objekt, vůči němuž svou agresi obrací, a tím je bezbranné dítě. Nejvíce k tomu dochází u psychicky nevyrovnaných, neurotických jedinců, kteří mohou trpět nějakou formou úzkostné či depresivní poruchy. Takoví jedinci jednají často pro dítě nevypočitatelným způsobem, dítě nedokáže předvídat, kdy dojde k dalšímu útoku. Dítě má jen minimální možnost svým chováním situaci ovlivňovat a kontrolovat, přesto je na něj svalována vina. V kapitole Rizikové faktory popíšu příklady situací, při kterých k týrání dochází. Zároveň se budu zabývat rizikovými jedinci – oběťmi i agresory.

3.1.3 Příznaky tělesného týrání⁹

Dítě se obvykle nesvěří, proto jsou tak významné vnější známky, které týrání signalizují. Patří mezi ně například modřiny, zlomeniny, popáleniny na kůži dítěte ale i jiná poranění nevysvětlitelného původu, zvláště když se opakovaně vyskytují. Děti často uvádějí nepravděpodobná zdůvodnění těchto poranění, případně o nich nechťejí hovořit vůbec. Nápadná bývá také neochota dítěte odhalovat své tělo (i v teplých dnech). Fyzické násilí na dítěti se projevuje i změnami v jeho chování - vyplašené reakce, nejistota, úzkost. Někdy tyto děti bez příčiny napadají okolí, šikanují spolužáky, mají sklony k sebetýznění, jindy jsou naopak apatické a

⁸ Zpracováno dle Pöthe, 1999, s.35

⁹ Dle Elliotová, 2000, s.61-62; Vaničková, 2004, s.41-42

chovají se, jako by jim bylo všechno jedno. Dalšími příznaky mohou být celkový nešťastný vzhled dítěte, obtíže v sociální komunikaci, enuréza, enkopréza.

3.1.4 Následky tělesného týrání¹⁰

Tělesné týrání ohrožuje tělesné zdraví jednotlivce, závažné je, když se jedná o poškození ireverzibilní povahy, v extrémních případech může jít i o holý život. V publikaci Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě autoři odlišují podle následků dvě skupiny týraných dětí. První skupinu tvoří týrané děti s následným tělesným poraněním – v důsledku bití, popálení, opaření, nepřiměřeného trestání apod. Do druhé skupiny spadají děti týrané, které nemají bezprostřední známky tělesného poranění – příčinou bývá dušení, trávení, podávání alkoholu či drog a podobné násilí, ale také vystavování opakovaným lékařským vyšetřením.

Poranění způsobená opakovaným nebo excesivním týráním mohou vést k trvalým následkům i k trvalé invaliditě oběti. Popisovány jsou například poruchy hybnosti, zraku, sluchu, pórůzové epilepsie či deficity intelektu jakožto důsledek poškození CNS.

Vedle tělesných následků mívá fyzické týrání rovněž významné následky psychické. Traumatizace během kritických vývojových období vede k opoždění či k poruchám psychického vývoje, osobnosti, interpersonálních vztahů a sebehodnocení dítěte.

U dětských obětí tělesného týrání je v dospělosti detekován vyšší výskyt poruch osobnosti, dystymií, posttraumatických stresových poruch, depresí a pocitů beznaděje. U těžce či dlouhodobě tělesně týraných se objevují disociativní poruchy, sloužící k úniku z reality, bolesti, traumatických vzpomínek a afektů. Navíc bylo zjištěno, že oběti častěji podléhají abúzu psychoaktivních látek, vyskytují se u nich poruchy příjmu potravy, častější je i sebeпоškozování a sebevražedné chování.

Bývá popisováno i postižení regulace afektů a chování, včetně agresivity a antisociálního chování. Dochází k přejímání násilných vzorců chování a mnohé studie dokazují, že se kontakt s násilím v dětství stává významným predikačním faktorem pro agresivní chování v dospělosti.

¹⁰ S oporou o Ryšánková-Bosák-Kučera-Lainová, 2004, roč.59, s. 230-231; Dunovský-Dytrych-Matějček, 1995, s.41

Tělesné týrání postihuje i neuropsychické schopnosti – oběti mívají např. nižší celkový IQ, narušena bývá expresivní složka řeči, schopnost čtení, schopnost zobecnění a abstrakce, matematické schopnosti apod.

Deficity se vyskytují i v oblasti sociální. Oběti mívají omezené sociální kompetence, nedostatečné komunikační dovednosti, selhávají při řešení konfliktů v mezilidských vztazích.

3.1.5 Výskyt tělesného týrání

Největšímu riziku týrání, ale i zneužívání a zanedbávání jsou děti vystaveny ve svých primárních rodinách. Jak už jsem uvedla výše, tělesné tresty jsou v České republice společností tolerovány. Je to dáno naší autoritativní tradicí. V generaci našich prarodičů bychom jen těžko hledali dítě, které by nemělo zkušenost s tělesným trestem. I v dnešní době jsou tělesné tresty používány v mnoha rodinách. Výzkumy ukazují, že zhruba 20% dětí byla potrestána trestem, který naplňuje definici týrání, což je alarmující. Nicméně v posledních letech díky medializaci, snahám nevládních organizací a částečně i opatřením vlády došlo i v tomto ohledu k mírným změnám. Těžko říct, zda rodičů, kteří děti tímto způsobem trestají, ubývá či nikoliv. Ale je zde patrná tendence nepoužívat tak kruté tělesné tresty. Přesto statistiky vykazují stále vysoká incidenční čísla. Problém spatřuji především v nedostatečné legislativě, která by zakazovala tělesné tresty. Chybí i veřejná diskuse, která by násilí na dětech zavrhovala a případně nabízela jiné, alternativní formy a způsoby trestání. Podle výzkumu, který v roce 2005 provedla 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy mezi dětmi ze čtvrtých tříd základních škol, zažilo či zažívá některou z forem tělesného trestu 86 procent českých dětí. Děti, které rodiče fyzicky nikdy netrestají, je v České republice pouze necelých 14 procent.

Další statistické údaje uvedu v kapitole Výskyt syndromu CAN.

3.2 Psychické týrání

Psychické neboli citové týrání je další formou syndromu CAN. Dle definice Zdravotní komise Rady Evropy se jedná o chování vůči dítěti, které má negativní

vliv na jeho citový vývoj a vývoj jeho chování. Velmi často se jedná o neuspokojení jeho základních psychických potřeb. Zdeněk Matějček popsal pět psychických potřeb, které jsou nezbytné pro zdravý vývoj osobnosti¹¹:

1. Potřeba určitého množství, proměnlivosti a kvality vnějších podnětů. Její nasycení umožňuje udržovat organismus na přiměřené úrovni aktivity.
2. Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech, tj. smysluplného světa. Uspokojení této potřeby umožňuje, aby se z podnětů, které by jinak byly chaotické a nezpracovatelné, staly zkušenosti, poznatky a pracovní strategie. Jde tedy o základní podmínky pro jakékoli učení.
3. Potřeba prvotních emocionálních a sociálních vztahů, tj. vztahů k osobě matky a k osobám dalších primárních vychovatelů. Náležité uspokojování této potřeby přináší dítěti pocit životní jistoty a je podmínkou pro žádoucí vnitřní integraci jeho osobnosti.
4. Potřeba společenského uplatnění a společenské hodnoty, z jejíhož uspokojení vychází zdravé uvědomění vlastního já, vlastní identity. To je pak dále podmínkou pro osvojení užitečných sociálních rolí a hodnotných cílů životního snažení.
5. Potřeba otevřené budoucnosti nebo životní perspektivy. Její uspokojení dává lidskému životu časové rozpětí a podněcuje a udržuje v člověku jeho životní aktivitu.

V případě neuspokojení těchto potřeb dochází k psychické deprivaci dítěte.

Psychické týrání v podstatě vždy provází ostatní kategorie syndromu CAN, navíc se může vyskytovat samo o sobě. Ačkoliv v současné době existuje stále větší povědomí o závažnosti negativních důsledků psychického týrání dítěte a jevu vůbec, nebývá snadné je odhalit. Nezanechává jasně viditelné stopy, pouze změny v psychice dítěte, depresivní a úzkostné poruchy, změny v projevech chování či změny osobnosti, je proto obtížně prokazatelné.

¹¹ Viz Matějček-Bubleová-Kovařík, 1997, s. 8

3.2.1 Formy psychického týrání

Psychické týrání může mít mnoho různých podob, často jsou děti vystavovány kombinaci několika z nich. Mezi typické formy patří především¹²: opakované ponižování dítěte, snižování jeho sebehodnocení, zesměšňování, zastrašování, užívání častých nadávek, izolace od vrstevníků, nedůvěra, nepřijetí dítěte v rámci rodinného systému, nezáměr, nevšímavost, požadování neadekvátních výkonů a nepřiměřené zodpovědnosti v rámci domácích prací, ale také požadování nadměrných výkonů (zejména v rámci školních dovedností) přesahující rámec možností dítěte.

Dunovský zařazuje jako zvláštní formu psychického týrání šikanování. Definiuje ji jako „agresi, které se dopouští jedinec nebo skupina vůči jedinci nebo skupině víceméně bezbranným, ať už pro fyzickou nebo jinou slabost nebo nemožnost účinné obrany.“¹³ Charakteristické je opakování agrese vůči stejné oběti. Nejtypičtější bývá hrubé fyzické násilí, ovšem vyskytují se i nadávky, výsměch a posměšné poznámky. Šikana je velmi rozšířena na školách. Pavel Říčan (1993) provedl na pražských školách průzkum a zjistil, že obětí šikanování se stalo 18% dětí ve věku 11 až 12 let, z toho téměř pětina chlapců a 15% dívek. Toto číslo zahrnuje právě i psychické násilí mezi dětmi.

3.2.2 Příčiny psychického týrání¹⁴

Psychické týrání se velmi často odvíjí od nepřiměřených nároků ze strany rodičů či vychovatelů. Jedná se o nereálná očekávání školní úspěšnosti, výsledků ve sportu, hře na hudební nástroj či přehnané nároky na samostatnost či odpovědnost. Někteří dospělí nejsou schopni objektivně zhodnotit psychosociální zralost dítěte, někdy na něj kladou nároky nepřiměřené jeho věku či mentální vyzrálosti.

¹² Srov. Dušková a kol., 2004, s.71; Dunovský-Dytrych-Matějček, 1995, s.67

¹³ Dle Dunovský-Dytrych-Matějček, 1995, s.69

¹⁴ Viz Kramulová, 1998, roč.45, s.6

3.2.3 Příznaky psychického týrání¹⁵

Děti týrané psychicky se mohou opožďovat ve vývoji (ať už fyzicky, mentálně nebo emocionálně), často neúměrně silně reagují na své vlastní chyby, podceňují se, mívají neustálý pocit viny, obávají se nových situací, nedůvěřují dospělým lidem, ubližují si, nepřiměřeně reagují na bolest, chovají se neuroticky (např. si vytrhávají vlasy, koušou nehty, cucají prsty) a tíhnou ke drogám a alkoholu.

3.2.4 Následky psychického týrání¹⁶

Tato forma týrání může mít hluboký negativní dopad na duševní vývoj dítěte a v důsledku toho také na osobní život a sociální vztahy v dospělosti. Mnohdy zůstávají trvalé následky v oblasti intelektové a emoční.

Významnou roli samozřejmě hrají individuální dispozice jedince (např. temperament), ale záleží i na intenzitě, délce trvání týrání a vývojovém stupni rozvoje osobnosti dítěte v době, kdy k tomuto jednání dochází. V každém případě typickým jevem bývají problémy s utvářením a udržováním mezilidských vztahů, v jednání s lidmi, často mívají potíže se sebehodnocením (ať už se podceňují či přeceňují). V dětství se vyskytují poruchy chování, jako například lhaní, záškoláctví, útěky z domova. A neméně běžné jsou i psychosomatické potíže – od bolesti hlavy, břicha, kožních projevů až po zvýšené teploty či horečky.

3.2.5 Výskyt psychického týrání

Jak už jsem se zmínila, psychické týrání se velice často vyskytuje společně s týráním fyzickým a pohlavním, často mu předchází i psychické zanedbávání či další formy syndromu CAN. V knize Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě se uvádí, že „nejběžněji zvažovaný výskyt psychického týrání je u rozvádějících se rodičů či u rodičů, kteří se od dítě „přetahují“, ať již po rozvodu, nebo i během

¹⁵ Dle Elliotová, 2000, s.63-64

¹⁶ Srov. Dunovský-Dytrych-Matějček, 1995, s.68; Vaničková-Hadj-Mousová-Provazníková, 1995, s.35

soužití¹⁷. Dítě je běžně v takovýchto situacích zatahováno do konfliktu rodičů, bývá svědkem jejich hádek. Může dojít i k takzvanému “syndromu zavrženého rodiče¹⁸”.

Musím se zde také zmínit, že tato forma týrání se podle statistik vyskytuje častěji u rodin s vyšším vzděláním. Nezřídka rodiče vlastní vysokoškolský diplom. Odborníci si to vysvětlují tak, že s vyšším vzděláním bývá spojeno zřetelnější odmítání fyzických trestů a násilí, které však bývá nahrazováno násilím psychickým.

3.3 Zanedbávání

Negativní dopady na vývoj dítěte má i další forma CAN – zanedbávání péče o dítě. Někdy bývá označována jako tělesné týrání pasivního charakteru, což ale vymezuje jen část celého pojmu – tělesné zanedbávání, ale část citová a zanedbávání výchovy a vzdělání je zde okrajovým tématem. Dle Dunovského „jde o úmyslné, ale i nesmyslné nepečování při závažných psychických poruchách či značné nezralosti rodičů...Dále jde o opomenutí v péči o dítě či nepochopení rodičovské role, ať už z důvodů nezralosti, otupělosti, hledání jiných životních hodnot než spojených s dětmi.“¹⁹ Zdeněk Matějček²⁰ se zase snaží o oddělení pojmů psychická deprivace a zanedbanost. Deprivaci definuje jako výsledek životní situace, kdy u dítěte nejsou uspokojovány jeho základní psychické potřeby (v definici zdravotní komise Rady Evropy se toto vymezení ve velké míře shoduje s vymezením pojmu citové zanedbávání). Zanedbaností se dle něj míní zpravidla následky nedostatku výchovy v prostředí socioekonomicky nízké úrovně (což je blíže specifikované zanedbání výchovy a vzdělání dle výše uvedené definice Rady Evropy). Já budu ve své diplomové práci o této formě syndromu CAN pojednávat ve smyslu mezinárodně zavedené terminologie.

¹⁷ Dle Dunovský-Dytrych-Matějček, 1995, s.65

¹⁸ Syndrom zavrženého rodiče je jedna z forem psychického týrání dítěte. Vyznačuje se tím, že dítě je proti jednomu rodiči popouzeno do takové míry, že samo aktivně začne vyvíjet takovou vlastní dynamiku postojů vůči druhému rodiči, že ho nakonec zcela odmítne a zavrhne. (Dle URL: <<http://www.iustin.cz/art.asp?art=195>>)

¹⁹ Viz Dunovský-Dytrych-Matějček, 1995, s.59

²⁰ Srov. Dunovský-Dytrych-Matějček, 1995, s.87

3.3.1 Formy zanedbávání

Přímo v definici syndromu CAN jsou popsány i tři formy zanedbávání – tělesné, citové, výchovy a vzdělání. Dětské krizové centrum²¹ je doplňuje ještě o zanedbávání dozoru, což je charakterizováno jako ponechání zejména malých dětí bez adekvátního dozoru.

Jiří Dunovský uvádí pět základních forem pasivního fyzického týrání:²²

- *Nedostatek zdravotní péče.* Jedná se o vědomé a nevědomé odmítání preventivní a léčebné péče. Nevědomé odmítání zdravotní péče vzniká z nepochopení a neporozumění vážnosti zdravotního stavu dítěte a ohrožení jeho života. Do této skupiny patří případy, kdy dospělí způsobí dítěti nějakou újmu, bojí se následků a doufají ve spontánní uzdravení dítěte, čímž mu prakticky odírají první pomoc. Stejně tak sem patří případy, kdy rodiče nezabezpečují dítěti kvalitní hygienickou péči. Vědomé odmítání zdravotní je v našich podmínkách spíše vzácné.
- *Nedostatek přístřeší, ošacení a ochrany.* Ohroženými dětmi jsou děti bezprostředně trpící chudobou svých rodičů, děti bez domova, které o něj přišly buď z objektivních příčin (přírodní katastrofa, válka, emigrace, úmrtí apod.), případně subjektivních (útěk, izolace apod.).
- *Porucha v prospívání dítěte neorganického původu.* Vyskytuje se hlavně v extrémně chudých či sociálně nepřizpůsobivých rodinách. Jde o poruchu vzniklou z nedostatečné výživy jak po stránce kvantitativní, tak po stránce kvalitativní. Projevuje se výraznou podváhou a různými hypovitaminózami. V nejtěžších případech dochází k zastavení růstu dítěte.
- *Nedostatky ve vzdělání a výchově.* Tato problematika se podle autora týká spíše dětí z rozvojových zemí, kde je vysoké procento negramotných dětí. V našich podmínkách se setkáváme spíše s nedostatečnou stimulací a nedostatečným rozvinutím mentálních schopností dítěte.
- *Vykořisťování dětí.* Jedná se o nucení dětí k žebrání (dětí přistěhovalců, uprchlíků), v některých zemích pak zneužívání dětí jako levné pracovní síly.

²¹ Dle URL: <<http://www.ditekrize.cz>>

²² Viz podle Dunovský-Dytrych-Matějček, 1995, s.59-63. Zdůrazňuji, že Dunovský užívá pojem pasivní fyzické týrání ve smyslu zanedbávání.

3.3.2 Příčiny zanedbávání²³

Většina autorů mluví o zanedbávaných dětech v souvislosti s nízkým socioekonomickým statusem rodiny, ale často se jedná o děti z rodin s drogovou či alkoholovou závislostí, děti z rozvrácených, v menší míře neúplných rodin. Velmi často jde ovšem o kombinaci několika faktorů a přitěžujících okolností, které zvyšuje nebezpečí zanedbávání. Kromě výše uvedených se může jednat o promiskuitní sexuální vztahy, nestálost prostředí a další. Zatím jsem vypsala pouze vnější činitele přispívající k tomuto jevu, existují však i činitele či podmínky vnitřní. Těmi se myslí především psychika a celková osobnost primárních vychovatelů dítěte, případně jejich určité postoje a hodnoty. Matějček uvádí např. citovou nezralost a povahovou nevypěstlost matky či otce, případně obou, rodiče trpící duševními nemocemi či poruchami, rodiče s mentální retardací, s vážnými smyslovými poruchami, s pohybovou invaliditou aj. Mezi ohrožené skupiny dětí patří také děti některých etnických skupin obyvatelstva. A v neposlední řadě i děti z některých náboženských sekt a jiných skupin, které mají velmi neobvyklé životní zásady, postoje a praktiky.

3.3.3 Příznaky zanedbávání²⁴

Mezi lehce identifikovatelné příznaky patří nevhodné oblečení dítěte (neadekvátní počasí či roční době), nedostatečná osobní hygiena, chronická únava, neustálý hlad a s tím související vychrtllost dítěte. Dále sem patří poruchy příjmu potravy, neléčené zdravotní problémy, chronické útky z domova, vnitřní nutkání ke krádežím, neurotické chování, malá sebeúcta.

Stejně jako u ostatních forem CAN, i zde lze o zanedbávání péče hovořit až tehdy, když se vyskytuje více těchto faktorů, a to po delší dobu.

²³ S oporou o: Dunovský-Dytrych-Matějček, 1995, s.90-95; Vaničková-Hadj-Mousová-Provazníková, 1995, s.36

²⁴ Srov. Elliottová, 2000, s. 65; Vaničková-Hadj-Mousová-Provazníková, 1995, s.35-36; Dětské krizové centrum, 2002, s.13

3.3.4 Následky zanedbávání

Bezprostřední následky zanedbávání nemusejí být tak fatální jako u některých jiných forem špatného zacházení s dětmi (např. u tělesného týrání). Závažnější bývají důsledky, které se většinou projeví až za nějaký čas (např. u dlouhodobé nedostatečné výživy, nedostatku lékařské péče apod.). Je třeba brát v potaz typ, závažnost a celkovou dobu trvání neuspokojování potřeb dítěte – to vše se promítne v míře zanedbání dítěte. Pokud se dítě v takových nepříznivých podmínkách nachází již od útlého věku, dopad na jeho vývoj bývá katastrofální.

Psychické zanedbávání se týká především rozvoje psychických a poznávacích funkcí, což se v útlém věku projeví hlavně v celkovém psychomotorickém opoždění, v opoždění vývoje řeči a sociálních dovedností (neumějí navazovat kontakty a jsou často žárliví, vynucují si pozornost). Dítě ochuzené o podněty se může ve svých projevech blížit dítěti mentálně handicapovanému. V dospívání a dospělosti mají problémy s uzavíráním přátelství, manželství, špatně zvládají rodičovskou roli. Často si hledají za neuspokojivé vztahy k lidem náhradu, a to prostřednictvím závislosti na alkoholu, drogách či sexuálních aktivitách.

Takto poškozené děti bývají buď agresivní, nebo naopak uzavřené, depresivní a apatické. Bývají popisovány jako jedinci s nízkým sebevědomím a špatnou sebekontrolou, nezřídka tíhnou k delikventnímu chování.

Důsledkem zanedbávání bývá poměrně často psychická deprivace, o které jsem se již částečně zmínila. Nejzávažnější formu představuje deprivace citová, což je neuspokojení potřeby lásky, citové jistoty a bezpečí v dostatečné míře a po dostatečně dlouhou dobu. K dalším druhům psychické deprivace patří například nedostatek výchovy nebo smyslová deprivace (tj. nedostatek podnětů). Langmeier a Matějček rozlišují několik typů osobnosti deprivovaného dítěte²⁵:

1. *Typ „relativně dobře přizpůsobený“* – u tohoto typu nejsou následky deprivace bezprostředně patrné. Mohou se však projevit v chování dítěte v náročných a stresových situacích.

²⁵ Viz Langmeier-Matějček, 1974 In Kovařík, 1994, roč.49, s. 23-24

2. *Typ sociálně hypoaktivní či útlumový* – sem patří děti, kteří reagují na prostředí chudé na podněty a city pouze pasivně, apaticky. Orientují se více na věci a na předměty než na svět lidí.
3. *Typ sociálně hyperaktivní* – zahrnuje děti s rozptýlenou a přelétavou sociální aktivitou, bez schopnosti vytvářet hlubší citové vztahy.
4. *Typ sociálně provokativní* – tyto děti se snaží upoutat pozornost a zájem dospělých provokacemi. Platí pro ně, že nemohou-li dostat pohlázení, tedy aspoň pohlavek. V dětské skupině jsou takřka nesnesitelné, pokud však jsou s dospělým samy, mění se takřka k nepoznání.
5. *Typ náhradního uspokojení* – děti tohoto typu kompenzují nedostatek citových podnětů nadměrnou aktivitou v oblasti jiných základních potřeb a jiného chování: přejídání, masturbace, agresivita apod.

Zde je namístě zmínit i mírnější formu deprivace, takzvanou subdeprivaci²⁶, která je obtížně zjištělná. Může k ní docházet v rodinách bez nápadné patologie, často se jedná o rodiny s vyšší socioekonomickou úrovní, ale s nízkou mírou akceptace dítěte a nízkou empatií. Jedná se o úplné rodiny, rodiče mnohdy nemají na dítě dostatek času, což nahrazují dítěti materiálně. Dítě bývá předčasně odkládáno do jeslí, mateřských škol, později je ponecháváno samo doma u televize a videa, v důsledku čehož strádá především citově.

3.4 Sexuální zneužívání²⁷

Sexuální zneužívání (syndrom CSA) je nejzávažnější formou syndromu CAN. V České republice je pohlavní neporušenost uzákoněna v § 242 trestního zákona, a to do věku 15 let. Jakékoliv sexuální aktivity před tímto věkem jsou tedy považovány za zneužívání. Nicméně v současné době probíhají diskuse mezi odborníky i veřejností na téma snížení této věkové hranice, a to v souvislosti s posunutím (respektive snížením) věkové hranice trestní odpovědnosti. Důvodem je neustálý nárůst počtu i brutality násilných trestných činů páchaných mladistvými.

²⁶ Dle Hartl-Hartlová, 2000, s.574

²⁷ S oporou o Dunovský-Dytrych-Matějček, 1995, s.71; Dušková, 2004, s.39

Velmi často je zneužívající osobou člověk, kterého dítě dobře zná, povětšinou bývá dokonce s dítětem příbuzná. Nebezpečí, které přichází z vlastní rodiny, je pro dítě méně předvídatelné a méně očekávatelné, dítě bývá často zmatené. Nezřídka přisuzuje vinu samo sobě. Navíc dospělý dítě psychicky vydírá, vyhrožuje mu, nabízí různé odměny či jej trestá. To vše přispívá k tomu, že dítě o svých traumatických zkušenostech raději nemluví a k odhalení dochází náhodou nebo po delší době.

3.4.1 Formy sexuálního zneužívání²⁸

Již v samotné definici sexuálního zneužívání podle zdravotní komise Rady Evropy je rozlišována forma kontaktní a nekontaktní. Nekontaktní zneužívání zahrnuje pozorování nahého dítěte, záměrné odhalování pohlavních orgánů před dítětem, oplzlé řeči, prezentace pornoprodukce apod. Kontaktní zneužívání se ještě dále dělí na penetrační, kam patří koitus, orální a anální styk s dítětem, a nepenetrační, při kterém k pohlavnímu styku nedochází, ale dochází k tělesnému kontaktu, patří sem osahávání, líbání a masturbace. Petr Weiss k tomuto výčtu přidává ještě takzvané jiné formy obtěžování se sexuálním podtextem a jako příklad uvádí fotografování aktů. Jiní autoři však v tomto případě hovoří o komerčním sexuálním zneužívání, které zaznamenává v posledních letech díky rozvoji internetu a dalších technických vymožeností nárůst. O této formě se ještě zmíním v kapitole Zvláštní formy syndromu CAN.

Speciální formou sexuálního zneužívání je incest. Bývá definován jako kontaktní sexuální aktivita mezi dvěma osobami, jimž není zákonem dovoleno uzavřít sňatek. Jedná se o sexuální styk mezi dítětem a pokrevním rodičem. O nepravém incestu, neboli pseudoincestu mluvíme tehdy, pokud se jedná o incest nevlastního otce s dcerou. Dále může jít o styk mezi dítětem a příbuzným, případně mezi sourozenci – to je nazýváno sourozeneckým incestem.

Petr Pöthe vymezil hlavní charakteristiky rodin s incestem²⁹:

- uspokojování emočních potřeb na úkor ostatních členů rodiny
- závislost členů rodiny na zneužívajícím rodiči
- nedostatek pocitu bezpečí a podpory ze strany rodičů

²⁸ Srov. Dušková, 2004, s. 41-42; Weiss, 2000, s.10, 85-90

²⁹ Viz Pöthe, In Weiss, 2000, s.85

- odrazování dětí od vztahů s vrstevníky
- vyhýbání se extrafamiliárním sociálním kontaktům
- nedůvěřivost vůči autoritám, institucím
- narušení komunikace, odmítání verbální komunikace v rodině
- restrikce spontánních emočních projevů
- systematické narušování tělesných hranic členů rodiny
- přítomnost různých forem násilí
- zaměňování rolí

Jiné dělení sexuálního zneužívání jsem našla v článku u Milady Martinkové³⁰, která se inspirovala v zahraniční literatuře a podle Ch. Lawsonové popsala kategorie vztahující se k chování rodiče – abusora:

Rafinované pohlavní zneužívání (subtle abuse) – chování, které nemusí být úmyslně sexuální. Neobsahuje donucování, může, ale nemusí zahrnovat sexuální kontakt. Slouží k uspokojení emočních či sexuálních potřeb rodičů na úkor emočních a vývojových potřeb dítěte (např. dítě rodiče masíruje, spí s ním v posteli apod.).

Svádivé pohlavní zneužívání (seductive abuse) – jde o sexuální stimulaci, která je nevhodná vzhledem k věku dítěte. Obsahuje vědomé a záměrné sexuální nabuzení nebo sexuální stimulaci dítěte (např. exhibicionistické ukazování nahoty nebo sexuálního chování, slovní sexuální dráždění dítěte, ukazování pornografie apod.)

Perverzní pohlavní zneužívání (perversive abuse) – chování, které je zaměřeno na zeslabení a ponížení sexuality dítěte. Může být doplněno dalšími formami emočního a psychického týrání (např. vyhrožování dítěti homosexualitou, kritizování rychlosti jeho sexuálního vývoje, nucení chlapce nosit dívčí oblečení apod.)

Zjevné (otevřené) pohlavní zneužívání (overt sexual abuse) – zjevný sexualizovaný kontakt mezi dítětem a rodičem. Zahrnuje pokusy o sexuální styk, různé dotyky na intimních místech dítěte, milenecké polibky, přímé vystavování dítěte sexuálním aktivitám dospělých. Často rodič používá donucení či hrozbu k zastrašení dítěte, aby nic neprozradilo.

³⁰ Dle Martinková, 1994, roč.38, s.521

Sadistické pohlavní zneužívání (sadistic sexual abuse) – chování zaměřené na zranění dítěte nebo je součástí fyzického či psychického týrání dítěte. Liší se od zjevného zneužití úmyslem poškodit dítě, ublížit mu.

3.4.2 Příčiny sexuálního zneužívání³¹

Příčiny mohou být různé. Existuje velmi rozšířený mýtus, že abuserem bývá osoba duševně nemocná, která trpí sexuální deviací. Tito lidé však tvoří jen malé procento. Zneuživatelé může být kdokoliv, avšak, jak jsem se již zmínila, mnohem častěji to bývá osoba, kterou dítě dobře zná, méně často pak osoba zcela neznámá, cizí. Většina pachatelů si je svého jednání plně vědoma a dokáže ho dokonce předvídat. Ohrožené jsou především děti, které nemají potřebné znalosti a informace o svém těle a o sexuálním chování obecně, ty, které nevědí, jak se chovat v případě sexuálního obtěžování či ataku.

Weiss ve své knize *Sexuální zneužívání*, pachatelé a oběti uvádí, že incest je příznakem rodinné patologie. Dle jeho zkušeností v rodině nejčastěji bývá autoritativní otec a ve výchově absentující matka (např. dlouhodobě nemocná), často se jedná o rodinu s rigidními postoji k sexu a pokud zneužívá matka, nezřídka má sama obdobné zkušenosti se sexuálním zneužíváním ve svém dětství. Co se týče sourozeneckého incestu, k sexuální interakci přispívá nedostatečný dohled a kontrola dětí rodiči. Často se jedná i o skutečnost, že sourozenci opačného pohlaví sdílí společnou místnost na spaní.

Obecně se dá říci, že většinou jde o kombinaci několika rizikových faktorů, kterými se budu podrobněji zabývat v kapitole *Rizikové faktory*. Zde jen v krátkosti uvedu, že se může jednat například o kombinaci nevlastní otec, dospívající dcera a matka delší dobu mimo domov. Navíc zde hraje roli i citová vyprahlost dítěte, z hlediska abusera příležitost být s dítětem o samotě a například nespokojenost se svým sexuálním životem. U sourozenců se může jednat o sexuální zvědavost, hru nebo násilné uplatňování moci silnějším z nich.

Spouštěcích podnětů je také celá řada. Někdy se jedná o dlouhou sexuální abstinenci, jindy zneuživatel touží po změně, někdy není schopen najít si dospělou osobu, která by uspokojila jeho sexuální touhy.

³¹ S oporou o Pöthe, 1999, s. 54; Dunovský-Dytrych-Matějček, 1995, s.77-79; Weiss, 2000, s.10-11 a 102-104.

3.4.3 Příznaky sexuálního zneužívání³²

Všeobecně lze říci, že u dětí, které byly pohlavně zneužity, se vyskytují nápadné změny v chování. Manifestují se interně či externě. Pro děti s internalizovaným chováním je typické stáhnutí se do sebe, sklon izolovat se, nedostatečná komunikace s ostatními, negativní vidění sama sebe. Identifikují se s rolí oběti a často se stávají obětí jiných. Přijímají roli týrané, zneužívané, podřizující se osoby. Externalizující chování se vyskytuje více u chlapců. Charakteristický je nápadný neklid, agresivní chování, které je nepřátelské, destruktivní, provokativní, násilnické a negativistické vůči druhým. Nezřídka mučí či zabíjejí zvířata, identifikují se s násilnickou rolí. Takovéto děti jsou nápadnější, bývají odhaleny spíše, než děti uzavřené do sebe.

U zneužívaných dětí často dochází k nutkavému chování zaměřenému na nadměrnou hygienu. Mnohdy se objevují i psychosomatické obtíže, například opakované bolesti hlavy, břicha, nauzea, různé tiky, poruchy příjmu potravy, enuréza a vzácněji enkopréza. Občas dochází k regresi ve vývoji, děti jsou více emočně labilní. Nejnápadnějšími příznaky jsou strach, úzkost, afektivní chování, pocity viny a hanby, deprese a nízká sebeúcta.

Někteří autoři člení hlavní symptomy a příznaky podle věku dítěte v době zneužívání³³:

U předškolních dětí: poruchy chování, nápadná masturbace, sexuální hry neodpovídající věku, sebepoškozování, poruchy spánku, příjmu potravy, agresivní chování, stažení se do sebe, regrese, noční můry, hysterické projevy při svlékání, opakování neslušných výrazů, kreslení pohlavních orgánů.

U dětí mladšího školního věku: potíže s učením, neschopnost učit se, agresivita, antisociální chování, deprese, sebepoškozování, problémy ve vztahu k okolí i k ostatním dětem, neovladatelné sexualizované chování, útky z domova, počínající delikvence.

U dětí středního školního věku: úzkostnost, deprese, zlost, zhoršení školních výsledků, sebepoškozování až suicidální tendence, chronické noční můry a sny se sexuálním nábojem, izolace od vrstevníků i dospělých.

³² Srov. Weiss, 2000, s. 79; Procházková, In Sborník přednášek, 2000, s.134-136; Spilková, In Sborník z konference, 1997, s. 106

³³ S oporou o Elliottová, 1995, s.50-56; Weiss, 2000, s.76

U mladistvých: zvýšené sexuální chování, prostituce, pocity strachu, zlosti a agrese, prudké výbuchy hněvu, podrážděnost, deprese, abúzus alkoholu a drog, sebepoškozující až sebevražedné jednání, výchovné obtíže, zhoršení školních výsledků, neschopnost soustředit se, útky z domova.

3.4.4 Průběh sexuálního zneužívání

Pokud jde o dlouhodobé intrafamiliární zneužívání dítěte, existují zde určitá specifika. Petr Pöthe popsal specifické časové a vztahové dynamiky při sexuálním zneužívání dítěte rodičem³⁴. Jedná se o průběh na základě vývoje vzájemných emočních a sexuálních interakcí.

1. dynamika sexuální interakce – vstup do intimity dítěte, obvykle se tak děje jakoby náhodou. Zneužívající rodič má dostatek příležitostí být s dítětem sám, a tak dochází k postupnému vzájemnému odhalování, většinou formou hry. Závažnost zneužívání se stupňuje - zpočátku dochází k nekontaktním sexuálním aktivitám (autostimulaci), které obvykle přejdou v kontaktní formy. Průběh mateřského i paternálního incestu se vyznačuje relativně dlouhou dobou trvání.
2. dynamika utajování – rodiče používají k utajení zneužití různé strategie:
 - *důsledná neverbální komunikace* – rodiče se tváří jakoby zneužívání neexistovalo, případně jen ve fantazii dítěte; nikdy o tom s dítětem nemluví
 - *vyhrožování tělesným násilím* – hrozby se týkají samotného dítěte, nebo někoho, na kom mu hodně záleží; jde jen o vydírání, zřídka k násilí dojde
 - *zastašování separací od rodiny* – vyhrožování odchodem z rodiny, rozpadem rodiny či ztrátou matky apod.
 - *vyvolávání v dítěti pocitu výjimečnosti a významnosti* – rodič se tváří jakoby dítě už bylo skoro dospělé, zralé na sexuální chování, odměňuje ho za mlčení
3. dynamika odhalení – k odhalení může dojít náhodně, když dojde k tělesnému poranění dítěte, graviditě, k nápadným změnám v chování

³⁴ Viz Pöthe, In Weiss, 2000, s.96-100

dítěte, kterých si někdo všimne, případně se někdo stane svědkem zneužití. Nebo se vše prozradí z iniciativy některého z účastníků. Většinou z iniciativy dítěte, kdy se někomu svěří, ať už spontánně (u mladších dětí), nebo vědomě (u starších).

4. reakce na odhalení – zde velmi záleží na reakcích členů rodiny. Nejčastější reakcí abusora je snaha vše bagatelizovat a popřít. Obhajuje se tím, že si dítě vše vymyslelo, případně že si zneužívání samo přálo.

3.4.5 Následky sexuálního zneužívání³⁵

Každé takovéto trauma je pro dítě bolestnou zkušeností. Zasahuje celou jeho osobnost, jak psychickou, tak fyzickou a zdravotní stránku. Zážitek sexuálního zneužívání se může promítat do celého dalšího života oběti, může snížit jeho kvalitu.

Následky CSA mohou být krátkodobé či dlouhodobé. Hloubka a rozvoj dlouhodobějších následků závisí na mnoha okolnostech – na formě zneužití, zda se to stalo jen jednou či opakovaně, jak dlouho zneužívání trvalo, zda byl abuserem někdo z rodiny či cizí člověk, záleží na věku při zahájení sexuálního zneužívání i na stupni psychosexuálního vývoje oběti, na odolnosti dítěte vůči zátěži a stresu a na reakcích okolí. Nepříznivá prognóza se podle Pötheho³⁶ vyskytuje tehdy, jestliže jde o závažnou formu zneužití, záleží tedy na četnosti, trvání i konkrétní formě, dále pokud byla oběť zneužita za použití fyzické síly a násilí a pokud má či měla blízký vztah k abuserovi.

Mezi krátkodobé následky zneužívání dětí patří strach, hanba, smutek, narušení sebeúcty, poruchy spánku a příjmu potravy, změny v sociálním a sexuálním chování. Vzácněji se vyskytují sexuálně přenosné choroby a těhotenství.

Mezi dlouhodobé, někdy dokonce trvalé následky patří například rozvoj neurotické symptomatiky, disharmonický rozvoj osobnosti, poruchy osobnosti, poruchy příjmu potravy, různé závislosti, narušené vzorce sociálního chování, zhoršená schopnost navazovat adekvátní a funkční partnerské vztahy, předčasná

³⁵ Srov. Pöthe, 1999, s. 55-57; Weiss, 2000, s. 9-12, 105; Dušková, 2004, s.55-58;

³⁶ Dle Pöthe, In Sborník z konference East-West, 1996, s.112

erotizace a promiskuita, někdy i sklony k prostituování se. Navíc se zneužívané děti mohou stát samy zneuživateli.

V mnoha publikacích se uvádí, že pokud je dítě zneužíváno osobou, ke které má silný citový vztah, může i relativně nenásilný způsob zneužití vést k významnému psychickému poškození dítěte. Pokud je dítě zneužíváno vlastní matkou, mívají následky trvalejší charakter, zasahují celou osobnost až na úroveň základních fyziologických potřeb a pocitů. U zneužitých dětí se může rozvinout takzvaná posttraumatická reakce³⁷. Vracejí se jim vzpomínky na celou událost, často se stáhnou do sebe, izolují se od ostatních, bývají emočně otupělé, mají pocit vnitřní prázdnoty.

V roce 1986 popsal David Finkelhor způsob, jakým dítě zpracovává trauma zneužití. Vypracoval takzvaný model čtyř traumatogenních dynamik sexuálního zneužití dítěte. Jsou to bezmocnost, stigmatizace, vina a traumatická sexualizace. Pocit bezmocnosti vyplývá z neustálého narušování tělesné integrity dítěte, ze selhání veškerých obranných mechanismů a z nedůvěry dítěte vůči nejbližším osobám. Stigmatizace znamená, že je dítě přesvědčeno o své špinavosti, má pocit, že je trvale a viditelně poznamenané a že se již nemůže zařadit zpět do společnosti. Pachatel zneužívá přirozenou důvěru dítěte, čímž dítě zradí, takže přestává věřit i dalším dospělým osobám. Příčinou traumatické sexualizace dítěte je jeho nadměrná sexuální stimulace, která odpovídá sexuální stimulaci dospělého. Dětské tělo na stimulaci reaguje, takže dochází k potřebě sexuálního napětí, které dítě potřebuje vybit. Díky tomu se pohybuje v bludném kruhu příjemných pocitů a následných výčitek a pocitů hanby. Následkem je vznik psychického traumatu různého stupně.

3.4.6 Výskyt sexuálního zneužívání

Už jsem se zmínila, že se může jednat o jednorázové ohrožení, nebo o opakované, dlouhodobé zneužívání. Odhady počtu zneužívaných dětí u nás se liší, ale některé studie hovoří až o každé 4. dívce a každém 6. chlapci. Weiss uvádí, že se jedná o 8,7% dívek a 4,6% chlapců. Většina odborníků předpokládá, že

³⁷ Posttraumatická reakce se vyvíjí buď brzy po prožitém traumatu, nebo o několik týdnů či měsíců později v souvislosti s menším stresem.

skutečný počet zneužívaných je vyšší, než se obvykle uvádí, protože je obvykle skrýváno všemi členy rodiny. Rodina i dítě se za své chování stydí.

K započetí intrafamiliárního sexuálního zneužívání dochází v raném věku dítěte. Nejčastěji to bývá kolem 5. až 6. roku věku dítěte. Ovšem je možné, že k němu ještě hojněji dochází již dříve – mladší dítě však neumí dostatečně vyjádřit či popsat svůj traumatický zážitek.

Extrafamiliárním zneužitím neznámou osobou bývají ohrožené spíše starší děti. Bývá to obvykle jednorázový akt, ovšem s možností větší brutality a ve většině případů ve formě znásilnění či pokusu o něj.

Výskyt pohlavního zneužívání bývá zkreslen ještě další okolností. Bylo zjištěno, že mnoho obětí své výpovědi po čase odvolávalo. C. R. Summit tento jev nazval syndromem dětského přizpůsobení pohlavnímu zneužití (Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome)³⁸. Má několik fází:

1. *utajování* – oběť je většinou na pachateli závislá. Ten ji ještě psychicky vydírá, vyhrožuje, že dojde k rozpadu rodiny, že matka už dítě nebude mít ráda, že jej fyzicky potrestá.
2. *bezmocnost* – ta se zvětšuje svěřením do péče pachatele.
3. *svedení a přizpůsobení* – jelikož obvykle bývá sexuální zneužívání v rodině dlouhodobou záležitostí, dítě vidí jako jediné východisko přizpůsobit se. Vzniká těžko zvládnutelný konflikt. Nevyjasněné pocity studu a viny, patologická závislost, sebetrestání a narušení osobnosti. Sebeobviňování vede k rozštěpení morálních hodnot. U mnoha obětí se objeví vzorec zneužívání vůči vlastním potomkům.
4. *opožděné, konfliktní a nespravedlivé odhalení* – pozdní ohlášení „tajemství“ působí nevěrohodně.
5. *odvolání výpovědi* – oběť vezme svá tvrzení zpět, má ambivalentní pocit viny a tíživý pocit, že musí chránit rodinu i pachatele. Významnou roli zde hraje strach ze zavržení rodiči, z výslechů, z rozbití rodiny, takže následuje připuštění, že si svou historku vymyslela.

³⁸ Podle Dunovský-Dytrych-Matějček, 1995, s.72-74

3.5 Zvláštní formy CAN

3.5.1 Systémové týrání (druhotné ponižování)³⁹

Vymezení systémového týrání je uvedeno v definici zdravotní komise Rady Evropy. Stručně lze říci, že se jedná o týrání dítěte systémem, který původně vznikl na jeho ochranu. Patří sem například automatické odebrání dítěte z rodiny, aniž by jí byla nejdříve poskytnuta pomoc. Dalším příkladem je nedostatečná péče o děti v problémových a dysfunkčních rodinách, školách a dalších zařízeních. Systémové týrání zahrnuje i zbytečné, opakované, necitlivě prováděné a osobnost dítěte nešetřící vyšetření různými odborníky.

Při vyšetřování syndromu CAN často dochází k takzvané *sekundární viktimizaci*⁴⁰, což je definováno jako druhotné zraňování a vystavování dítěte nadbytečné psychické zátěži v průběhu vyšetřování. Dítě jako oběť trestného činu se tak stává ještě obětí vyšetřování. Mnoho zdrojů, včetně Jiřího Dunovského, pojmy systémové týrání a sekundární viktimizace zaměňují a používají je jako synonymum. Dětské krizové centrum však mluví o dvou formách syndromu CAN. Jako příklady takového jednání uvádí opakované výpovědi, nedůvěra v to, co dítě říká, obviňování dítěte z úmyslu, přenášení zodpovědnosti na dítě či odebrání dítěte z rodiny.

Z definice obou pojmů je zřejmé, že se navzájem překrývají. Osobně se přikláním k názoru, že sekundární viktimizace je součástí systémového týrání, tyto dva pojmy by se však neměly svévolně zaměňovat.

Vyšetření dítěte s podezřením na syndrom CAN je velice náročné, ať už z hlediska odborného, humánního i etického. Všechna šetření by měla být zaměřena tak, aby nedocházelo k dalšímu poškozování dítěte. Přístup k řešení problému těchto dětí by měl být vždy komplexní, interdisciplinární, orientovaný na zájmy dítěte. Bohužel se tak mnohdy neděje.

³⁹ Srov. Vaníčková-Hadj-Mousová-Provazníková, 1995, s.36-37; Dunovský-Dytrych-Matějček, 1995, s.97-98

⁴⁰ Viz URL: <<http://www.dkc.cz>>

3.5.2 Organizované zneužívání⁴¹

Organizované zneužívání dětí je závažnější formou sexuálního, extrafamiliárního zneužití. Jde o zneužití mnoha pachatelů.

Tento typ syndromu CAN je tvořen:

- a) sítí či společenstvím zneuživatelů, kteří se kolektivně účastní na sexuálních aktivitách s dětmi
- b) sítí či společenstvím zneuživatelů, kteří samostatně získávají děti k sexuálnímu zneužívání, ale své oběti si předávají
- c) prostitucí dětí (nejčastěji dívek)
- d) pornografickým kruhem dětí (chlapců i dívek)
- e) každým sexuálním zneužitím, které bylo způsobeno více než jednou osobou; zde přichází v úvahu buď záměrný, připravovaný skupinový sex, anebo událost, která se stala náhodně, ale může být stejně nebezpečná

Zde jsem opět narazila na překrývání pojmosloví, neboť dle výše uvedené definice a výčtu možných aktivit se může jednat i o takzvané **komerční sexuální zneužívání**, které má tři formy⁴²:

1. *dětská prostituce* – je definována jako zjednání nebo nabízení služeb dítěte k provádění sexuálních aktů za peníze nebo jinou odměnu.
2. *dětská pornografie* – jedná se o zobrazování dítěte při výslovně sexuální činnosti, skutečné nebo simulované, nebo vystavování pohlavních orgánů pro sexuální uspokojení uživatele. Zahrnuje výrobu, rozšiřování nebo používání obrazového nebo zvukového materiálu. Specifickým problémem je dětská pornografie na internetu.
3. *obchodování s dětmi* – sem patří všechny aktivity zahrnující získávání dětí za účelem sexuálního vykořisťování jakýmkoliv prostředky, tzn. únos, prodej, nákup, poskytnutí útulku, fingoané domácí práce, nabídka brigád, stáže apod. Významným rizikovým faktorem je v tomto případě chudoba a děti ulice, ale také internet, který zprostředkovává různé formy komunikace a nabídek.

⁴¹ Srov. Dunovský-Dytrych-Matějček, 1995, s.98-101

⁴² Dle URL: <<http://www.ruzovalinka-praha.cz/formy.htm>>

Podle mého názoru jde v tomto případě o stejný jev, pro který různí autoři používají dva různé pojmy.

3.5.3 Rituální zneužívání⁴³

Tento typ syndromu CAN je možné označit za nejpodivuhodnější, projevující se mnohdy bizarními či alespoň neuvěřitelnými příznaky a rysy. Jedna z definic, kterou uvádí Tinkelborn, říká, že se jedná o takové zacházení s dětmi, které se uskutečňuje v souvislosti s nějakými symboly, které mají náboženskou, magickou či nadpřirozenou charakteristiku a jsou součástí nějakého organizovaného společenství. Vyzývání těchto symbolů nebo provozování takových aktivit, většinou opakovaných, se užívá také k nahnání strachu dětem. Někteří odborníci se ohrazují, že nemusí jít vždy o skupinový jev, jsou známy i případy, kdy došlo k rituálně motivovanému zneužívání dětí jedním člověkem.

Proto je více užívaná definice Mc Fadyena, který vymezuje rituální zneužívání jako fyzické, psychické nebo sexuální ubližování dítěti spojené s opakovanými aktivitami ("rituálem"), jejichž účelem či smyslem je spojit toto zneužívání s náboženským, magickým nebo nadpřirozeným kontextem.

3.5.4 Sexuální turismus

Sexuální turismus praktikují cizinci přijíždějící do cizí země se záměrem vyhledat dítě, pomocí kterého by se sexuálně uspokojili. Tyto případy jsou zaznamenávány hlavně v příhraničních oblastech ČR a ve velkých městech.

3.5.5 Münchhausenův syndrom by proxy (v zastoupení)⁴⁴

Název této formy CAN je odvozen od jména německého barona von Münchhausena (u nás zvaného barona Prášila), známého jako chorobného lháře a

⁴³ Srov. Dunovský-Dytrych-Matějček, 1995, s.101-102

⁴⁴ S oporou o Dunovský-Dytrych-Matějček, 1995, s.51-52;

URL: <http://www.tyrane-deti.cz/cz/projevy.php?sekce=zvlastni_formy>

fantasty. Münchhausenův syndrom jako takový spočívá ve vymyšlení či zveličování příznaků tělesného či duševního onemocnění nebo postižení, v důsledku čehož dochází k opakování vyšetření či léčení v míře, která neodpovídá objektivní skutečnosti.

Existují však případy, kdy tyto aspekty přenáší dospělý (většinou matka) na své dítě. Tehdy mluvíme o Münchhausenově syndromu by proxy, protože iniciátorem falešných příznaků není pacient sám, nýbrž jiná osoba. Tuto specifickou formu týrání popsal v 70. letech britský lékař R. Meadow.

Motivací dospělého pro takovéto jednání může být obdiv jeho osoby coby zodpovědného a starostlivého pečovatele, pozornost lékařů, upřímná lítost okolí, výhody v podobě sociálních dávek apod.

Dle závažnosti byly popsány tři stupně Münchhausenova syndromu by proxy:

- nejnižší stupeň – rodič jen přehnaně fabuluje a falšuje některé dokumenty
- střední stupeň – rodič poškozuj vzorky krve, moči a jiných materiálů tak, aby vyzněly patologicky
- nejvyšší stupeň – rodič se zmocní samotného těla dítěte, zasahuje do něj lékařskými nástroji (např. katetry, infuze) nebo jej přímo poškozuj. V tomto stadiu může dojít i k usmrcení dítěte.

4 RIZIKOVÉ FAKTORY

Pro vlastní detekci CAN je důležitá znalost rizikových faktorů, které jsou pro dítě z hlediska týrání, zneužívání a zanedbávání potenciálně ohrožující. Existují různé metody a způsoby odhalování těchto rizik. Jiří Dunovský vytvořil v roce 1986 takzvaný Dotazník funkčnosti rodiny⁴⁵, který se opírá o hodnocení osmi diagnostických kritérií: složení rodiny, stabilita rodiny, sociálně-ekonomická situace (vycházející z věku, z rodinného stavu, vzdělání, zaměstnání rodičů, z příjmu a bydlení rodiny), osobnost rodičů (jejich zdravotní i psychický stav a

⁴⁵ Viz Lovasová, 2005, s.2-3

úroveň jejich společenské adaptace), osobnost sourozenců, osobnost dítěte, zájem o dítě, péče o dítě.

Dotazník se vyhodnocuje pro každé dítě zvlášť, a to vždy pro aktuální rodinu. Jeho opakované použití umožňuje hodnotit vývoj situace ve sledované rodině včetně účinnosti terapeutických a rehabilitačních aktivit. Dotazník funkčnosti rodiny byl začleněn i do systému preventivních prohlídek v pediatrii jako diagnostický nástroj dětského lékaře.

Na základě výsledného skóre byly autorem definovány čtyři typy rodin:

1. *funkční rodina* – v podstatě intaktní, v níž je zajištěn dobrý vývoj dítěte a jeho prospěch. Takových rodin je v běžné populaci většina, až 85%.
2. *problémová rodina* – rodina, v níž se vyskytují závažnější poruchy některých nebo všech funkcí, které však vážněji neohrožují rodinný systém či vývoj dítěte. Rodina je schopna tyto problémy vlastními silami řešit či kompenzovat za případné jednorázové či krátkodobé pomoci zvenčí. Problémových rodin se v populaci vyskytuje okolo 12-13%.
3. *dysfunkční rodina* – je chápána jako rodina, kde se vyskytují vážné poruchy některých nebo všech funkcí rodiny, které bezprostředně ohrožují nebo poškozují rodinu jako celek a zvláště vývoj a prospěch dítěte. Tyto problémy již není rodina schopna zvládnout sama, a je proto nutno učinit řadu opatření zvenčí, známých pod pojmem sanace rodiny. Tyto rodiny tvoří asi 2%.
4. *afunkční rodina* – poruchy jsou tak velkého rázu, že rodina přestává plnit svůj základní úkol a dítěti závažným způsobem škodí nebo je dokonce ohrožuje v samotné existenci. Sanace takové rodiny je bezpředmětná a zbytečná. Jediným řešením, které může dítěti prospět, je vzít ho z této rodiny a umístit do náhradní rodiny či institucionální péče. V populaci se vyskytuje asi 0,5% takových rodin.

Světová zdravotnická organizace (WHO) popisuje rizikové faktory syndromu CAN z globálního pohledu⁴⁶. U dítěte zohledňuje faktory jako jsou pohlaví dítěte (ve většině zemí bývají častěji zneužívány dívky), předčasná vyspělost, jako rizikové uvádí i děti nechtěné a tělesně postižené. Z hlediska

⁴⁶

<http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/chap3.pdf>

URL:

rodičů je popsán jako rizikový jejich nízký věk, nedostatečné výchovné rodičovské kompetence, osobní zkušenost s týráním v dětství, drogová závislost, fyzická nebo psychická nemoc, problémy v partnerském vztahu, absence jednoho z rodičů, ale jako významné faktory jsou sem zařazeny i nechtěné těhotenství či nedostatečná předporodní péče. WHO se zabývá také rodinou, tedy její velikostí (čím početnější rodina, tím vyšší riziko násilí), jako další rizikové rysy uvádí nízký socioekonomický status rodiny, společenskou izolaci, vysoký stupeň stresu a násilí či zneužívání v rodině v minulosti. Kromě toho se zabývá komunitou či společnostmi, kde zařazuje faktory jako neexistence nebo nerespektování dětských práv, neuznávání hodnoty dítěte (diskriminace podle pohlaví, děti menšinových skupin obyvatel, postižené děti), sociální nerovnost, organizované násilí (války, vysoká kriminalita, akceptace násilí ze strany společnosti, násilí prezentované v médiích a kulturní normy dané společností).

4.1 Rizikové skupiny obyvatelstva⁴⁷

Nejdříve bych se ráda zabývala rizikovými dospělými, tedy potenciálními pachateli týraní, zneužívání a zanedbávání dětí. Obecně lze říci, že potenciálním zdrojem ohrožení dítěte může být osobnost dospělého jedince, jeho vlastní vývoj, kulturní a sociální podmínky, v nichž žije, a pokud se jedná o týraní v rámci rodiny, jsou významnými faktory i partnerský vztah rodičů k sobě navzájem a okolnosti početí a narození dítěte.

Týrajícím a zneužívajícím pachatelem bývá častěji muž, nejčastěji vlastní či nevlastní otec dítěte. Některé matky v takových situacích zaujímají roli pasivních účastnic. Násilný způsob zacházení s dítětem pak z různých důvodů tolerují. Ženy jako pachatelky se dopouštějí častěji zanedbávání péče o dítě.

Dytrych a Matějček rozdělují rizikové skupiny i situace z hlediska jednotlivých forem CAN. Jako rizikové dospělé vidí:

U fyzického týraní

- lidi s abnormálním vývojem osobnosti (psychopatie), zvláště pokud mají agresivní povahové rysy, jsou impulzivní, nezdrženliví

⁴⁷ S oporou o Dunovský-Dytrych-Matějček, 1995, s.107-140; Vaničková-Hadj-Moussouová-Provazníková, 1995, s.22-25; Dytrych-Matějček, 1995, s.2-3

- některé psychicky nemocné (psychotici), některé lidi s neurotickými obtížemi
- alkoholiky, toxikomany
- mladistvé rodiče, kteří jsou povahově nezralí a nevyspělí
- lidi se zvláštním životním stylem, příslušníky některých společenských skupin s agresivním programem (např. sekty) apod.
- lidi, kteří jsou dlouhodobě ve stresové situaci, např. nezaměstnaní

U zanedbávání

- mentálně retardované, kteří na péči o dítě “nestačí“
- somaticky nemocné, smyslově či pohybově postižené, invalidní či psychicky nemocné
- osaměle žijící osoby
- opět alkoholiky a toxikomany
- stejně tak mladistvé rodiče
- lidi s deprivací či subdeprivací životní historie
- lidi v hmotné bídě, nezaměstnané, bezdomovce, lidi žijící na okraji společnosti
- workaholiky, lidi příliš zaujaté jinými zájmy či povinnostmi

U sexuálního zneužívání

- sexuální devianty
- lidi, především muže, staršího věku, kteří špatně kontrolují své pudové jednání
- lidi sexuálně hyperaktivní
- alkoholiky a toxikomany

Eva Vaničková tento výčet ještě doplňuje o jiný činitel, a to vztahy v rodině, především vztah rodičů k sobě navzájem, který může být příčinou negativního chování vůči dítěti. Dítě se tehdy stává terčem, na němž si rodič vylévá svou nevráživost vůči druhému z partnerů. Hovoří také o takzvaném dítěti-symptomu, kdy je problém týrání dítěte zabudován do systému rodiny tak, že když dojde k pomoci dítěti, rodina přestává jako celek fungovat. Řešení je proto z hlediska rodiny nežádoucí.

Co se týče obětí týrání, zneužívání a zanedbávání – dítě se často stává terčem agresivního chování z důvodu, že je bezmocné, závislé a slabší. Jsou však děti, které podobné chování postihuje častěji. Patří sem děti, jejichž projevy jsou z různých důvodů pro jejich sociální okolí nesrozumitelné, takže je obtížné je výchovně zvládat. Dále pak děti, které svým chováním vychovatele vyčerpávají, dráždí, popřípadě provokují a svádějí. Za rizikové děti z hlediska CAN lze proto považovat:

U fyzického týrání

- děti s lehkými mozkovými dysfunkcemi, děti neklidné, nesoustředěné, s nápadnými výkyvy nálad, se sklonem ke zkratkovitému chování apod.
- děti zlostné, nadměrně dráždivé a neklidné z jiných důvodů (často z důvodu somatického onemocnění), ale také děti úzkostné
- děti mentálně retardované, zvláště, když jejich vývojové opoždění vyvolává v rodičích pocit zklamání a trvalé frustrace
- děti neprospívající ve škole, se sníženým intelektem, se specifickými poruchami učení, tělesně či sociálně neobratné děti, děti jakkoliv nezapadající do běžné normy a rodičovského očekávání

U zanedbávání

- děti svým temperamentem neaktivní, pomalé, “málo živé“, které samy zájem okolí nepřitahují
- i zde mentálně retardované děti, děti se smyslovými vadami, pohybovým omezením
- děti somaticky nemocné, vyčerpané, apatické
- děti podvyživené

U sexuálního zneužívání

Stejně jako WHO, i Matějček s Dytrychem uvádějí jako významný rizikový faktor pohlaví. Upřesňují však, že u nejmenších dětí pohlaví nerozhoduje. Až u dětí předškolního věku a starších dochází mnohem častěji ke zneužívání dívek, a to především:

- u dívek výrazných ženských tvarů
- u dívek mazlivých až koketních, se “sváděč“ ženským chováním

4.2 Rizikové situace⁴⁸

Vyvolávacím momentem rizikové situace bývá nejčastěji akutní stres dospělého, přičemž důvody tohoto stresu mohou být velmi různé. Může se jednat o tyto situace:

- rodinné konflikty, rozvodové situace, porozvodové spory o děti
- hmotná bída rodiny, nezaměstnanost, sociální nejistota
- stresové situace při somatickém onemocnění, při fyzické nebo psychické vyčerpanosti
- alkoholová či drogová intoxikace
- stísněný životní prostor rodiny (u zneužívání dětí bývá prvotním impulsem např. spaní rodičů a dětí v jedné posteli)
- u sexuálního zneužívání sem patří "cizí" muži žijící v rodině, celkově uvolněná sexualita v rodině a "příležitosti" (např. opětovné ponechání s dítětem o samotě, pečování o nemocné dítě, které vyžaduje intenzivní tělesný kontakt)

Vaničková mluví v souvislosti s rizikovými situacemi také o náhradní rodinné péči, která má trochu jiná specifika. Adoptované dítě přichází zpravidla do rodiny, která se dlouho marně snaží o vlastní dítě, takže má předem na dítě velká očekávání. Dítě, které má mnohdy za sebou pobyt v ústavní péči a někdy i velmi negativní zážitky z vlastní rodiny častokrát nezvládá tato očekávání naplňovat. Někdy jsou problematické i genetické předpoklady dítěte. Dochází tedy k mnoha náročným životním situacím, které adoptivní rodiče (či pěstouni) nemusí vždy zvládnout bez násilí na dítěti.

Potenciálně ohrožující a pro přechod od trestu k týrání jsou významné i další faktory: frekvence trestů, jejich intenzita, délka časového období, během něhož je dítě opakovaně trestáno, zda byl zvolen typ trestu odpovídající vývojovému stupni dítěte nebo ne.

⁴⁸ S oporou o Dunovský-Dytrych-Matějček, 1995, s.107-111 a 141-162, Dytrych-Matějček, 1995, s.2-3

5 VÝSKYT SYNDROMU CAN V ČR⁴⁹

V roce 1990 bylo v rámci dispenzární péče nahlášeno pediatry 248 týraných, zneužívaných nebo zanedbávaných dětí ve věku do 15 let. Roční incidence hlášených případů dětí se syndromem CAN tak v České republice činila 0,1 případu na 1000 dětí.

V roce 1995 byla data řádově stejná: roční incidence syndromu CAN činila 0,28 na 1000 dětí do 15 let a 0,26 případu na 1000 dětí od 16 do 18 let.

V roce 2000 incidence případů CAN činila 0,26 případu na 1000 dětí do 15 let a 0,29 na 1000 dětí od 16 do 18 let.

Podle údajů Ministerstva vnitra České republiky bylo v roce 1995 registrováno 2253 případů násilných trestných činů spáchaných na dětech do 15 let a 1170 případů násilných trestných činů spáchaných na dětech ve věku od 16 do 18 let. Roční incidence násilných trestných činů spáchaných na dětech do 15 let tak byla 1,1 na 1000 dětí, u dětí ve věku od 16 do 18 let 1,9 na 1000 dětí.

V roce 2000 byla podle téhož zdroje situace podobná. Incidence násilných trestných činů spáchaných na dětech do 15 let byla 1,2 na 1000 dětí a od 16 do 18 let 1,8 na 1000 dětí.

Tyto údaje svědčí o nedostatečné detekci dětí se syndromem CAN, protože ve srovnání s incidenčními údaji tohoto problému v zahraničí jsou extrémně nízké. Například v USA byla v roce 1993 incidence dětí s CAN 45 případů na 1000 dětí, v Kanadě 21 na 1000 dětí a v Anglii 18 případů na 1000 dětí.

Dětské krizové centrum si vede své vlastní statistiky, které se netýkají celkového počtu dětí se syndromem CAN, ale počtu klientů, kteří se na DKC v tom kterém roce obrátili. V roce 2005 poskytli 3 673 konzultací v rámci ambulantního provozu. Nejčastěji se konzultace týkaly problematiky sexuálního zneužívání (celkem 1 333 konzultací). Z nově přijatých klientů v loňském roce celkem 70% klientů přišlo do DKC s problematikou syndromu CAN. Přehledná

⁴⁹ S oporou o Halfarová, 2002, roč.57, s. 380-384

tabulka s informacemi o počtech klientů dle diagnostických kategorií je v příloze.⁵⁰

Ve stejném roce DKC přijalo 2 758 kontaktů prostřednictvím Linky důvěry. Převažující problematikou zde byl opět syndrom CAN, a to u 1 095 kontaktů.⁵¹

Jistou představu o výskytu syndromu CAN v ČR můžeme získat také z různých studií či výzkumných prací. Jednou z nich je například pilotážní studie monitorující výskyt syndromu CAN v České republice v roce 1994⁵². Vypracovalo ji Dětské krizové centrum ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí. DKC připravilo dotazník, který byl zadán v osmi okresech vybraných ministerstvem. Bylo zjištěno 118 oznámených případů CAN, což představuje relaci 0,047% ročního výskytu CAN. Z těchto případů více než polovinu představovalo tělesné týrání (56,1%), více jak třetinu sexuální zneužívání (34,6%) a psychickým týráním bylo postiženo 9,3% dětí.⁵³

U sexuálního týrání výrazně dominují dívky, u psychického týrání převažují chlapci a tělesným týráním jsou rovnoměrně postižena obě pohlaví. Abusory byli převážně rodiče. Údaje týkající se typu rodin, z nichž děti pocházely, ukazují jednoznačně na převahu rodin nějakým způsobem ve své struktuře narušených. Jen necelá třetina dětí s CAN pocházela z úplné rodiny. Téměř polovina dětí byla z problémové rodiny, třetina z dysfunkční a afunkční rodiny.

Tato studie poskytuje další incidenční data syndromu CAN v populaci. Tím, že se autoři zabývali pouze nahlášenými případy, vyšly jim údaje asi třicetkrát až čtyřicetkrát nižší než v řadě jiných evropských zemí. Nicméně získali i důležitá data týkající se základní charakteristiky obětí a jejich rodin.

Poněkud jiné údaje ukazuje deskriptivní studie, která byla provedena v jednom pražském regionu formou anonymního dotazníku⁵⁴. Soubor respondentů tvořilo 358 dětí ve věku 10 až 11 let. Studie posuzovala tělesné násilí jako součást výchovy v rodinách. Bylo zjištěno, že fyzicky nebylo potrestáno pouze 7,6% dětí,

⁵⁰ Dle Výroční zpráva DKC, 2005, s.20; V příloze viz Tab.2 (Počty klientů DKC v roce 2005 dle diagnostických kritérií)

⁵¹ Dle Výroční zpráva DKC, 2005, s.32; V příloze viz Tab.3 (Převažující problematika v kontaktech přijatých Linkou důvěry DKC v roce 2005)

⁵² Viz Dunovský, 1996, roč. 22, s. 13-16

⁵³ Viz Tab.4 v příloze (Oznámené případy CAN podle základních forem a pohlaví dle pilotážní studie DKC a MPSV)

⁵⁴ Podle Vaníčková-Provazníková-Provazník-Havlínová, 1994, roč. 39, s.159-165

70,2% dětí byly fyzicky trestány jen výjimečně, ale 22,2% dětí bylo takto trestáno často – jednou týdně až jednou měsíčně. Škála fyzických trestů zahrnovala výprask, kopance a fackování. Nejčastěji používaným trestem byl výprask⁵⁵. Tresty, které jsou na hranici tělesného týrání (bití nějakým předmětem, bití na citlivou část těla či tresty zanechávající stopy na těle) se pohybovaly v rozmezí 23,4% až 39,7%.⁵⁶ Nejčastěji trestala matka, tresty menší intenzity častěji udávaly dívky, tělesné tresty na hranici týrání udávali častěji chlapci a byly typické pro otce. Uvedené rozdíly byly statisticky významné.

V roce 2004 byl dokončen tříletý výzkumný projekt pracovníků Sdružení Linka bezpečí dětí a mládeže, který vedle tělesného týrání a trestání mapuje i prevalenci psychického týrání dětí v české společnosti⁵⁷. Jeho součástí je první reprezentativní retrospektivní studie o výskytu tělesného týrání a trestání v dětství u dospělé populace České republiky.

Terénní šetření bylo provedeno částečně technikou standardizovaného řízeného rozhovoru a částečně technikou dotazníku. Dotazováno bylo 1104 respondentů, kteří byli náhodně vybíráni pomocí kvót tak, aby představovali reprezentativní vzorek populace ČR ve věku od 18 do 44 let z hlediska pohlaví, věku a regionální příslušnosti.

Autoři ve studii užívají termín „záměrné užití síly“ namísto termínu „násilí“, a to z toho důvodu, že v češtině bývá termín násilí používán nejčastěji v souvislosti se záměrným napadením či napadením závažnějšího charakteru, což nekoresponduje se všemi nabízenými alternativami. Výskyt jednotlivých forem záměrného užití síly dokládá tabulka⁵⁸.

Více než dvě třetiny respondentů vypovědělo, že nejčastěji byli trestáni pohlavkem (70,4%) nebo uhozením rukou v oblasti hýždí či přes ruce (69,5%). O něco méně časté je tahání za vlasy či uši (23,1%) a bohužel také bití nějakým předmětem na těle (17,8%). K nejčastěji označovaným předmětům, které dospělí používali k bití dětí, patřily opasek a vařečka, ale často se objevovaly také rákoska, klacek (hůl), šňůra od vaříče, prut, ukazovátko, plácačka a důtky.

⁵⁵ Viz Obr.1 v příloze (Tělesné tresty dětí v rodině dle deskriptivní studie 3.LF UK Praha)

⁵⁶ Viz Obr.2 v příloze (Tělesné týrání dětí v rodině dle deskriptivní studie 3.LF UK Praha)

⁵⁷ Podle Ryšánková-Bosák-Kučera-Lainová, 2004, roč.59, s.229-241

⁵⁸ Viz Tab.6 v příloze (Výskyt jednotlivých forem záměrného užití síly ve sledovaném souboru dle retrospektivní studie Sdružení Linka bezpečí a mládeže)

83,1% respondentů výzkumu uvedlo, že v dětství zažilo některou z forem násilí v podobě tělesných trestů nebo tělesného týrání. 24,4% dotazovaných se svěřilo, že byli v dětství vystaveni fyzickému týrání. 19,2% uvedlo, že v důsledku použitého fyzického násilí mělo tělesné následky⁵⁹.

Zatímco oficiální incidenční údaje syndromu CAN a údaje poskytované Ministerstvem vnitra České republiky jsou jen špičkou ledovce (což dokazují i srovnání s podobně vyspělými zeměmi Evropy či Ameriky), výzkumné studie nás přesvědčují, že skutečný výskyt syndromu CAN je v ČR v dětské populaci kolem 20 až 25%, na čemž se shodují i odborníci pracující s týranými, zneužívanými a zanedbávanými dětmi.

Odborné odhady uvádějí, že v ČR je týráno ročně 20 000 dětí a zhruba 50 jich každý rok na následky týrání zemře. V roce 2004 policie prošetřila přes 1000 případů sexuálního zneužívání dětí, včetně zneužívání komerčního.⁶⁰

V roce 2005 zaznamenali sociální pracovníci 1983 případů, kdy bylo dítě sexuálně zneužito nebo tělesně a psychicky týráno (oproti roku 2000 se jedná o nárůst 626 případů). Tři děti prokazatelně na následky týrání zemřely.

Podle policejních zdrojů bylo od roku 2001 až 2004 znásilněno nebo pohlavně zneužito téměř 4300 dětí. V roce 2005 Policie ČR řešila 875 případů pohlavního zneužívání dětí a dalších 9 případů, kdy šlo o komerční formu sexuálního zneužívání nezletilých.⁶¹

6 LEGISLATIVA

6.1 Práva dítěte⁶²

Dítě mělo v minulosti ve společnosti nerovnoprávné postavení. Otec měl právo jednat s dítětem podle své vůle - mohl mu ublížit, odložit jej i třeba zabít.

⁵⁹ Viz Tab.7, Tab.8 a Tab.9 v příloze (Záměrné užití síly u dospělých vůči dětem; Fyzické týrání podle ohrožení; Fyzické týrání podle následků – dle retrospektivní studie Sdružení Linka bezpečí a mládeže)

⁶⁰ Dle <http://www.nasedite.cz/webmagazine/home.asp?idk=175>

⁶¹ V příloze dokládám tabulku počtů týraných a zneužívaných dětí v ČR v letech 2000-2005 (viz Tab.5)

⁶² S oporou o Vaníčková-Hadj-Mousová, Provazníková, 1995, s.5-6; Novotná, 1995, roč. 21, s.12-13; Dunovský, 1995, roč.3, s.77-79

Matčino právo se odvozovalo od otcova. Teprve koncem 19. a začátkem 20. století se odborníci, kteří se zabývali péčí o dítě, začali pozvolna zabývat postavením dítěte ve společnosti. Především nutností zvýšit ochranu dítěte a zabezpečit rozvoj jeho sil a schopností. Z těchto důvodů zřejmě vznikly první dokumenty zabývající se právy dítěte, a to v roce 1924 *Ženevské deklarace dětských práv*⁶³ a v roce 1959 *Charta práv dítěte*⁶⁴.

Těmito dokumenty se změnila charakteristika vztahu rodičů a dětí. Jde zejména o zrovnoprávnění postavení matky a otce ve vztahu k dítěti. Nicméně tento vztah byl i nadále chápán jako moc rodičů nad dítětem. Dítě bylo stále vnímáno jako objekt, o němž mohou rodiče rozhodovat a manipulovat s ním podle své vůle. Navíc deklarace jsou jen jakýmsi slavnostním vyhlášením určitých zásad, ale nezavazují státy k žádnému plnění povinností.

Pod vlivem Charty práv dítěte u nás v roce 1963 vyšel nový *zákon o rodině* (94/1963 Sb.), který opouští pojem moci a formuluje vztah rodičů a dětí jako práva a povinnosti rodičů. Na rozdíl od výše zmíněných dokumentů navíc zavazuje dítě k povinnostem zapojit se do života rodiny a podílet se na něm podle svých schopností, možností a věku. Tento zákon byl několikrát novelizován, za nejvýznamnější můžeme považovat novelu, která vešla v platnost v roce 1999, kde je místo pojmu práva a povinnosti rodičů zaveden institut "rodičovská odpovědnost".

20. listopadu 1989 byla OSN přijata *Úmluva o právech dítěte*, která vstoupila v platnost v září 1990. Dítě je zde definováno jako lidská bytost mladší 18 let, již je přiznána právní subjektivita, i když v případě potřeby je zastoupeno zákonem stanoveným opatrovníkem. Dítěti jsou zde přiznána v podstatě všechna lidská práva.

Českou a Slovenskou federativní republikou byla *Úmluva o právech dítěte* ratifikována v roce 1991. Na Českou republiku jako následnický stát přešla platnost dnem rozdělení republiky. Nachází se ve Sbírce zákonů pod č. 104/1991 Sb.

Úmluva o právech dítěte zahrnuje právo:

⁶³ Tato deklarace byla přijata Shromážděním Společnosti národů a byla v ní krátce a všeobecně definována základní práva dítěte. Tato listina si vůbec všimla problému zvláštní ochrany dětí.

⁶⁴ Organizace spojených národů přijala nejdříve Všeobecnou deklaraci lidských práv (1948) a na jejím základě pak vytvořila Chartu nebo-li Deklaraci práv dítěte.

- na život, přežití a rozvoj
- na jméno, národnost a zachování identity
- na svobodu a bezpečnost jednotlivce
- nebýt týrán a mučen
- nebýt vzat do otroctví
- na lidskou důstojnost
- na pomoc a podporu národního i mezinárodního zákonodárství
- na spravedlivé a veřejné jednání u soudů
- na soukromí domova a korespondence
- na ochranu při nezákonné urážce cti a pověsti
- na vzdělání
- na volný čas, hry a umělecké činnosti
- na vlastní majetek
- na přiměřenou životní úroveň
- na uzavírání sňatku a založení rodiny
- na účast v občanských hnutích

a současně i svobodu:

- myšlení, svědomí a náboženského vyznání
- názorů a jejich vyjadřování
- pokojného shromažďování
- pohybu a pobytu

Úmluva sleduje zájem, prospěch a ochranu dítěte, přičemž zdůrazňuje primární a společnou odpovědnost rodičů za výchovu a vývoj dítěte. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, mají činit všechna potřebná zákonodárná, správní, sociální a výchovná opatření k ochraně dětí před jakýmkoli tělesným či duševním násilím, urážením nebo zneužíváním včetně sexuálního zneužívání. Rovněž tak před zanedbáváním nebo nedbalým zacházením, trýzněním nebo vykořisťováním. Obsahuje i řadu dalších ustanovení, kterými se děti chrání.

Z vnitrostátních norem se právy dětí zabývá *Listina základních práv a svobod*, která je součástí ústavního zákona s číslem 2/1993 Sb. V článku 32 se říká, že rodičovství a rodina jsou pod ochranou zákona, přičemž je zdůrazněna zvláštní ochrana dětí a mladistvých.

6.2 Právní normy na ochranu dětí v ČR⁶⁵

Základ právního postavení dítěte je obsažen, mimo právo ústavní, v právu rodinném. Vliv Úmluvy se do zákona o rodině promítl (již zmiňovanou novelou z. č. 91/1998 Sb.) především v ustanovení o sociálně právní ochraně (§ 41), jejíž cílem je blaho dítěte. Následně přijatý *zákon o sociálně právní ochraně dětí* (č. 359/1999 Sb.) stanovil rovněž jako přední hledisko zájem o blaho dítěte (§ 5). Mimo jiné zákon stanovuje povinnost státu a státních orgánů poskytovat účinnou pomoc rodinám s dětmi, povinnost státních orgánů chránit děti před tělesným a duševním násilím i povinnost státu zajistit reintegraci a zotavení dítěte, které se stalo obětí týrání, zneužívání, zanedbávání nebo jiného omezujícího zacházení. Tento zákon byl novelizován naposledy 1. 6. 2006 (č.134/2006 Sb.).

V souladu s Úmluvou byl novelizován *zákon o přestupcích* (č. 200/1990 Sb.). Byly uzákoněny nové přestupky na ochranu dětí, např. za přestupek je považováno ponechání nezletilého dítěte bez náležitého dozoru, a pokud je tím vystaveno nebezpečí vážné újmy na zdraví nebo pokud tím způsobí újmu na zdraví jiné osobě nebo škodu na majetku. Za přestupek je nově považováno i ponížení lidské důstojnosti nezletilého dítěte použitím nepřiměřených opatření.

Další z norem, které upravují ochranu dětí a rodiny, je *trestní zákon* (140/1961 Sb., úplné znění vyhlášené pod č. 65/1994 Sb.). Ten v hlavě šesté vymezuje skutkové podstaty trestných činů proti rodině a mládeži a také tresty za tyto trestné činy. Od 1. 1. 1994 došlo k novelizaci ustanovení §167 trestního zákona, který hovoří o nepřekažení trestného činu a ustanovení §168 o neoznámení trestného činu. Mezi výčet trestných činů, jejichž nepřekažení či neoznámení je samo o sobě trestným činem, byl zařazen trestný čin týrání svěřené osoby. Tím vznikla oznamovací povinnost a povinnost zabránit týrání, která se týká každého, kdo se „hodnověrným způsobem dozví, že jiný spáchal (příp. připravuje či páchá) trestný čin týrání svěřené osoby podle §215 tr.zák.“. Týrání svěřené osoby se podle zákona dopustí trestně odpovědný pachatel, který týrá osobu, svěřenou jeho péči nebo výchově. Stejný paragraf mluví i o trestném činu, kterého se dopustí osoba, která opomine povinnou péči, tj. dítě zanedbává.

⁶⁵ S oporou o Novotná, 1995, roč.21, s.12-13; Sovák, 1995, roč.3, s.82-85; Zoubková, 2001, roč.34, s.83-95; Novotná, 2000, roč.30, s.31; URL <<http://www.epravo.cz>>

Trestní zákon myslí i na opuštění dítěte či zanedbání povinné výživy (§ 212, 213 tr. zák.). Záměrem legislativy je postihnout určitý druh pasivity těch, kteří mají ze zákona povinnost o dítě pečovat a kteří je opustí nebo neplní zákonnou vyživovací povinnost a vystaví je nouzi nebo jiným závažným následkům, jako je újma na zdraví až smrt.

Dále ochraňuje děti před různými formami násilného jednání jako je například únos (§ 216), před obchodováním s dětmi, kdy má být podle zákona potrestán ten, kdo za odměnu svěří dítě do moci jiného za účelem adopce, využívání dětské práce nebo pro jiný účel (§ 216a), před ohrožováním mravní výchovy mládeže (§217) či před trestným činem vraždy a vraždy novorozeného dítěte matkou (§ 219 - 220).

Je zde zakotveno i pohlavní zneužívání (§ 242, 243) a znásilnění, kdy je přísněji postihován pachatel, pokud jeho jednání směřuje proti osobě mladší 15 let (§ 241 odst. 2 písm. b). Spadá sem i trestný čin obchodování se ženami mladšími 18 let (§ 246 odst. 2 písm. b) a kuplířství (§ 204 odst. 3 písm. c, odst. 4). A v neposlední řadě chrání děti a mládež před nabízením, přenecháním či zpřístupněním pornografických děl nebo jejich vystavením či zpřístupněním na takových místech, která jsou osobám mladším 18 let přístupna (§ 205 odst. 2).

Kromě výše zmiňovaných právních norem existují i různé *závazné pokyny policejního prezidenta*, které pomáhají v ochraně dětí ohrožených syndromem CAN. Jedná se např. o závazný pokyn policejního prezidenta č.9, kterým se upravuje systém práce na úseku kriminality mládeže a trestné činnosti páchané na mládeži, či závazný pokyn č.11, kterým se zavádí do praxe demonstrační pomůcka (dvojice loutek “Jája a Pája“) pro objasňování mravnostní trestné činnosti spáchané na dětech, mentálně postižených osobách a jiných osobách se ztíženou nebo znemožněnou verbální komunikací.

Významné jsou i *dokumenty Rady Evropy* jako např. Doporučení RE o mediko-sociálních aspektech v péči o zneužívané děti nebo Doporučení RE č. 1286 z počátku roku 1996 o Evropské strategii pro děti, Doporučení č. R 17 (79) a R 41 (85) o ochraně dětí před špatným zacházením nebo násilím či Doporučení

č.11 (91) týkající se sexuálního vykořisťování, pornografie, prostituce a obchodování s dětmi a mladistvými.

Nejnovějším dokumentem týkajícím se ohrožených dětí, který schválila dne 18. 10. 2006 Vláda ČR, je *Koncepce péče o ohrožené děti a děti žijící mimo rodinu*⁶⁶. Cílem této koncepce je především sjednotit problematiku sociálně právní ochrany dětí do jednotného materiálu, který by mimo jiné stanovil priority řešení základních aktuálních problémů. Koncepce se zaměřuje i na ohrožené děti syndromem CAN. Jako základní úkoly u tohoto jevu vidí posílení spolupráce sociálních pracovníků s dětskými lékaři při detekci CAN, podporu dalšího vzdělávání pracovníků sociálně právní ochrany v této oblasti a zvyšování povědomí veřejnosti o této problematice. Jako hlavní úkol v péči o ohrožené děti je stanoveno navázání účelné mezirezortní spolupráce při řešení problémů v sociálně právní ochraně dětí.

Je zřejmé, že existuje mnoho právních úprav týkajících se ochrany týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí. Na mnoha konkrétních případech je však patrné, že v legislativě jsou jisté mezery či nedostatky, které pomoc dětem se syndromem CAN (a nejen jim) přinejmenším komplikují. Fond ohrožených dětí na toto téma zveřejnil Prohlášení 14. Členského shromáždění FOD, které sděluje mimo jiné toto: „Členské shromáždění FOD s lítostí konstatuje, že sociálně-právní ochrana dětí v ČR je na nedostatečné úrovni a výrazné zlepšení nepřináší ani novela č. 134/2006 Sb., která nabyla účinnosti 1. června 2006. Česká republika stále patří k zemím s nejvyšším počtem týraných a utýraných dětí a dětí vyrůstajících v ústavní výchově. Úmluva o právech dítěte je u nás v praxi často porušována – není brán zřetel na přání a pocity dítěte, výkony rozhodnutí jsou prováděny necitlivě a nezřídka zbytečně, ačkoli mohou těžce poškodit psychický a citový vývoj dítěte, děti jsou odebírány z rodin z důvodů hmotné a bytové nouze, počet dětí starších tří let v ústavní výchově stoupl za deset let o čtvrtinu (z 5 839 v roce 1993 na 7 260 v roce 2003, tj. o 24,17 %), sociálně-právní ochrana dětí je vykonávána nejednotně, s velmi rozdílnou úrovní v jednotlivých obcích, bez zajištění vertikálního odborného řízení.“⁶⁷

⁶⁶ Viz URL: <<http://www.noviny-mpsv.cz>>

⁶⁷ Dle URL: <<http://www.fod.cz>>

Krizová intervence

1 VYMEZENÍ POJMŮ KRIZE A KRIZOVÁ INTERVENCE

1.1 Krize⁶⁸

Pojem krize vymezila obecně Daniela Vodáčková v publikaci *Krizová intervence* jako „subjektivně ohrožující situaci s velkým dynamickým nábojem, potenciálem změny.“ K této definici ještě dodává, že bez ní by nebylo možné dosáhnout životního posunu, zrání. Oproti tomu Richard Jedlička preferuje definici H. Koltzuse a W. Feuerleina z Krizového centra Psychiatrického institutu Maxe Placka v Mnichově, kteří krizi popisují jako v krátkém čase se vyostřující situaci, kterou postižený již není schopen překonat a pomocí vlastní strategie zvládnout vnější nebo vnitřní zátěže.

Příčiny krizí mohou být velmi rozmanité. René Thom vyjmenovává vnější i vnitřní urychlovače (precipitory) krize, které jsou v podstatě jejím spouštěčem. Mezi vnější precipitory patří ztráta objektu, což je např. smrt, rozchod, zklamání, zrada, zranění, rozplynutí očekávaného. Dalším vnějším precipitorem je změna. Jedná se ku příkladu o změnu zdravotního stavu, rodinného či pracovního stavu, atmosférické změny, změna letního a zimního času. A posledním jmenovaným je volba mezi dvěma stejnými kvalitami. Co se týče vnitřních precipitorů, autor mluví o urychlovačích týkajících se vlastního vývoje, tedy např. neschopnost vyhovět požadavkům vývoje, nárokům, zodpovědnosti. Druhou skupinou vnitřních precipitorů je jev, který nazývá náhradní opatření. To je občas třeba přijmout za nepříznivých podmínek, aby nedošlo k narušení plynulého vývoje. Je to však opatření dočasné, takže krize může nastat v případě, že situaci nevyřešíme konstruktivněji.

⁶⁸ Srov. Vodáčková a kol., 2002, s.27-40; Jedlička-Klíma-Kořa-Němec-Pilař, 2004, s.163-165 a 178-204

Podle příčin vzniku krizí vytvořil Baldwin⁶⁹ typologii krizových situací. Ty pak seřadil dle jejich závažnosti od méně naléhavých až po ty nejvíce závažné, akutní:

1. *Situační krize* – jedná se o události které jsou precipitovány nepředvídatelným stresem. Převládají zde vnější precipitory, kterými mohou být ztráta a její hrozba (ztráta blízkého člověka, hrozba neúspěchu při zkoušce), změna a její anticipace (rozvod, stěhování, změna zaměstnání) nebo volba (rozhodování mezi dvěma partnery, o budoucím studiu).

Krizová intervence: navození klimatu, které zajišťuje rozpoznání zdrojů krize s přihlédnutím k individuální zranitelnosti vůči nim. Terapie podle potřeb klienta.

2. *Krize z očekávaných životních změn (tranzitorní krize)* – jsou precipitovány předvídatelnými událostmi, vývojovými nároky. Jedná se o krizi zrání v rámci života jednotlivce (puberta, adolescence, klimakterium) nebo rodiny (výběr partnera, sňatek, narození prvního dítěte).

Krizová intervence: pomoci klientovi a rodině, aby prošli úskalím změn, porozuměli jim a přezkoumali, jaký mají pro ně význam.

3. *Krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresu* – jsou precipitovány silnými vnějšími stresory, které klient neočekává a nad nimiž nemá téměř žádnou kontrolu (náhlé úmrtí blízké osoby, znásilnění, přírodní katastrofy, válečný stres). Klienti se mohou cítit těmito událostmi zdrceni a ochromeni.

Krizová intervence: poskytnutí a mobilizace podpory, možnosti autenticky vyjádřit své prožívání

4. *Vývojové krize* – k vývojové krizi dochází obvykle tam, kde nemohla zdárným způsobem proběhnout krize tranzitorní. Během vývojové krize tak člověk dodatečně řeší to, co ve svém životě přeskočil a vyřešil náhradním opatřením. Ke krizi dochází v kontextu mezilidských vztahů a může se týkat například témat: bezpečí, jistota, symbióza – separace, intimita – neohraničenost, zralost – nezralost, sexualita.

Krizová intervence: práce s manifestním problémem a vytvoření klimatu, v němž by klient přijal krizi jako vývojovou výzvu. Pomoc s vyhledáním následné psychoterapie.

⁶⁹ Viz Baldwin, In Vodáčková a kol., 2002, s.34-39

5. *Krize pramenící z psychopatologie* – bývá často krizí lidí s psychiatrickou zkušeností (poruchy osobnosti, závažné neurotické obtíže, závislosti, deprese, psychózy). Příčiny bývají také jako v předchozím případě v neřešených či provizorně řešených vývojových otázkách, kořeny obtíží ovšem bývají v ranějších vývojových stádiích.

Krizová intervence: reakce na aktuální problém, stabilizace klienta na co nejvyšší úrovni fungování, čímž se může často předejít dlouhodobější hospitalizaci. Po odeznění krize ambulantní psychiatrická péče.

6. *Neodkladné krizové stavy* – jedná se o naléhavé, akutní stavy, které někdy mohou provázet probíhající psychické onemocnění. Patří sem akutní psychotické stavy, panická úzkost, stavy spojené s extrémním psychickým vypětím, alkoholové a drogové detoxikace, sebevražedné či vražedné chování, nekontrolovatelná agrese.

Krizová intervence: pomoci klientovi nalézt alespoň minimální stabilitu a zajistit hospitalizaci.

1.1.1 Průběh krize

Vývoj krizového stavu můžeme rozfázovat do určitých etap, které bývají různě dlouhé. Jedlička mluví o třech charakteristických, po sobě jdoucích vývojových etapách životní krize: alarmující (šoková), kritická a integrační (restituční/ reparační).

1. *alarmující fáze* – první signály ohrožení, kdy se jedinec snaží k situaci přistupovat s nadhledem, snaží se kontrolovat úzkostné impulzy, ale není schopen soustředit se na řešení problému. Charakteristickými příznaky této fáze jsou úzkost, psychomotorický neklid, poruchy myšlení, někdy agresivní reakce, ale i somatické příznaky jako bolesti hlavy, podrážděnost, návaly horka a zimy, třes, bušení srdce či dýchací obtíže. U dětí bývají časté noční děsy a noční můry. Fáze šoku trvá zpravidla hodiny až dny.

2. *kritická fáze* – na jedince začíná plně doléhat tíživost situace. Dochází ke ztrátě běžné sebekontroly a je utlumena rozumová složka osobnosti. Pokud se postiženému nedostane včas psychologické podpory a pomoci, může se objevit ochromení, psychická regrese, deprese. Následkem může být násilné jednání vůči

okolí či sobě samému, velmi často abúzus psychoaktivních látek, občas i delikventní jednání. Tato fáze trvá dny či týdny, v nepříznivých situacích i měsíce.

3. *integrační fáze* – jde o stádium vyrovnání se s utrpenými ztrátami a navrácení se k normálnímu životu. Vyznačuje se mobilizací sil pro nová řešení, rozvažováním o dalších životních možnostech, dochází k přeorientování se na jiné činnosti a k obnovení narušeného sebevědomí. Trvá většinou půl roku až rok.

U dětí a dospívajících může být průběh krizové situace o něco závažnější, protože většinou ještě nemají dostatek zkušeností k jejímu rychlému a úspěšnému překonání. Roli u nich hraje i citová nestabilita, nezakotvenost a nedostatečná sebekontrola.

1.2 Krizová intervence⁷⁰

Nejdříve bych se chtěla pokusit oddělit pojmy krizová intervence a psychoterapie. V mnoha odborných publikacích totiž mezi nimi není jasná hranice. Obě disciplíny jsou si blízké, nejsou však totožné. Obecně lze říci, že krizová intervence je specializovaná pomoc osobám, které se ocitly v krizi. Zahrnuje především psychologickou, lékařskou, sociální a právní pomoc.

Eis definoval krizovou intervenci jako na minimum omezený terapeutický zásah vždy tam a tehdy, kde je krizový stav takový, že jinou psychoterapeutickou volbu v daném okamžiku nepřipouští. Uvádí, že krizová intervence je zápas s časem, protože je třeba poskytnout klientovi pomoc v co nejkratším čase, co nejefektivněji. Navíc terapeut nemůže zdaleka využít celou škálu terapeutických prvků, které se využívají v dlouhodobější terapii.⁷¹

Velmi detailně vymezuje krizovou intervenci Vodáčková, a to jako „odbornou metodu práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby

⁷⁰ S oporou o Vodáčková a kol., 2002, s.59-70; Špatenková a kol., 2005, s.15-17

⁷¹ Viz Eis, 1993, s.11-13

dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rovině řešení klientova problému a překonávání konkrétních překážek.⁷²

Psychoterapii pak stejná autorka definuje jako „odbornou metodu, vhodnou v určitém období klienta, v němž se zvýšila jeho vnímavost k otázkám kvality vlastního života natolik, že se odhodlal hledat cestu vnitřní změny. Psychoterapie přináší možnost reflektované změny v klientově prožívání a chování prostřednictvím systematické práce s trsem problémů či se strukturou klientovy osobnosti pomocí psychotherapeutického vztahového rámce a dalších specifických nástrojů umožňujících dosáhnout vyšší stupeň náhledu a učinit zkušenost se zralejšími formami chování a prožívání. Psychoterapie se odehrává v rovině systematické změny určitých parametrů klientovy osobnosti.“⁷³

Už z těchto definic jsou patrné jisté odlišnosti obou metod. Hlavní rozdíl vidím v tom, že krizová intervence by měla znamenat okamžitou, ale komplexní pomoc, která by byla snadno dosažitelná. Psychoterapie jde zase více do hloubky problému. Krizová intervence se od psychoterapie liší také dobou trvání. Bývá kratší, někdy se definuje jako terapie šesti sezení. Jen pro představu – krátkodobá psychoterapie bývá do 20 sezení, střednědobá do 50 sezení a nad 50 sezení se už mluví o dlouhodobé psychoterapii.

Nyní ještě shrnutí specifických znaků krizové intervence⁷⁴:

- okamžitá pomoc (co nejrychleji to je možné)
- redukce ohrožení (utváření emocionální podpory, zajištění pocitu bezpečí a materiální pomoc)
- koncentrace na problém “tady a teď” (analýza historie krize a historie klienta je třeba pro porozumění podstaty a hloubky krizových reakcí, ale krizová intervence jako taková se zaměřuje na aktuální situaci a problém)
- časové ohraničení (6-10 pravidelných setkání, přinejmenším jednou za týden)
- intenzivní kontakt krizového intervenanta s klientem (četnost kontaktů může být každodenní)

⁷² Dle Vodáčková a kol., 2002, s.60

⁷³ Tamtéž, s.61-62

⁷⁴ Podle Špatenkova a kol., 2005, s.16

- strukturovaný, aktivní, někdy i direktivní přístup krizového intervenanta (od trpělivého, empatického naslouchání až po direktivní zásah v situaci ohrožení zdraví či života)
- individuální přístup ke klientovi (krize je subjektivní záležitost, proto mohou různí lidé reagovat na stejné krizové situace různými způsoby a za daných okolností budou potřebovat “něco jiného“)

2 FÁZE KRIZOVÉ INTERVENCE⁷⁵

Krizová intervence musí být velice pečlivě plánována, nesmí být vedena chaoticky nebo bezhlavě. Proto je tak důležité znát rozvržení jednotlivých etap intervence, jejich náplň a posloupnost.

Existuje mnoho variant rozfázování krizové intervence. Mně osobně připadá výstižný takzvaný třífázový model, který se sestává z navázání kontaktu, shromažďování informací a ukončení a zhodnocení intervence⁷⁶.

Během první fáze by mělo dojít, jak je patrné z názvu, k *navázání kontaktu* krizového intervenanta s klientem. Je třeba vytvořit bezpečné prostředí, kde intervent akceptuje klienta se všemi jeho projevy (někdy se může chovat neadekvátně situaci). U dětského klienta, ale nejen u něj, je pak základním pravidlem důvěra (dospělí mívají občas tendenci výpovědi dítěte nevěřit).

Již na počátku by měl být uzavřen kontrakt. Jedná se o jakousi dohodu mezi krizovým interventem a klientem vymezující podmínky jejich spolupráce. Může být písemná, nebo jen probrána ústně. Součástí kontraktu by měly být především formální otázky jako například počet společných setkání, jejich délka (obvykle se jedná o 50-60 minut), zda jsou konzultace bezplatné, nebo hrazené zdravotní pojišťovnou apod., ale může zahrnovat i definici problému a cíle terapie.

Pro druhou, nejdelší etapu je příznačné *shromažďování informací*. Pracovník by měl na základě těchto informací posoudit rozsah krizové reakce (včetně psychického stavu), příčiny krize a okolnosti, za jakých k ní došlo, objasnit přetrvávající ohrožení, posoudit stupeň dezorganizace ve způsobu chování a zachované možnosti k překonání krize. Konkrétně je třeba zjistit dobu trvání

⁷⁵ S oporou o Špatenková a kol., 2005, s.19-21; Spilková in Weiss a kol., 2000, s. 65-71

⁷⁶ Trochu jiný třífázový model nabízí např. Golanová. Viz Tab.10 v příloze.

příznaků krize, za jakých okolností k nim dochází, jak klient subjektivně chápe příčiny krize, jaký význam jí přikládá a jaký vliv má na jeho nejbližší okolí. Také je důležité se během rozhovoru informovat, které z potíží považuje klient za hlavní a nejdůležitější a které by se měly řešit nejdříve.

Na základě získaných údajů vzniká plán, jak krizi řešit. Pro řešení je třeba znát konkrétní systém sociální opory klienta, to znamená jestli existuje v jeho okolí někdo, kdo ho může podpořit, případně do jaké míry. Do tohoto systému ale patří i instituce poskytující pomoc (např. zdravotnické instituce, krizová centra, linky důvěry, občanská sdružení zaměřená na pomoc lidem v krizi aj.). Existence či případná neexistence sociální opory má velký vliv na hloubku a délku trvání krizového stavu.

Z tohoto hlediska se jedinec v krizi může nacházet v jedné z těchto situací⁷⁷:

- má k dispozici systém sociální opory, který je mu schopen a ochoten poskytnout nezbytnou pomoc
- systém sociální opory sice existuje, ale není aktivizován, což se pak stává jedním z úkolů krizové intervence (tzv. mobilizace sociální opory)
- systém sociální opory z nějakých důvodů neexistuje, absentuje; v tom případě může být instituce jakýmsi náhradním poskytovatelem této opory do doby, než bude přirozený systém sociální opory klienta vybudován

V této chvíli už klient získává schopnost samostatně rozhodovat, ale někdy ještě potřebuje pomoci s realizací plánu řešení krize. Pokud je ovšem krizový stav klienta vážný a není tedy možné, aby se vrátil do svého přirozeného prostředí, je nutná hospitalizace.

Závěrečná fáze nastává tehdy, když je krize překonána a když klient získá nad krizi nadhled. Je nezbytné, aby pochopil co ke krizi vedlo a jaké měl možnost použít prostředky a metody k jejímu překonání. V tu chvíli můžeme mluvit o **ukončení** krizové intervence. Následuje ještě **zhodnocení** intervence, kdy je třeba s klientem probrat dosažené pokroky a průběh intervence jako takové s návazností

⁷⁷ Dle Špatenková a kol., 2005, s.20

na prodiskutování, případně naplánování jeho budoucích kroků (např. následné spolupráce s institucemi poskytujícími pomoc).

3 FORMY KRIZOVÉ INTERVENCE⁷⁸

Formy krizové intervence můžeme klasifikovat podle různých kritérií. Takovým základním kritériem může být například typ kontaktu krizového pracovníka s klientem, pak rozlišujeme prezenční formu pomoci a distanční formu pomoci.

Prezenční pomoc (neboli intervence tváří v tvář) zahrnuje ambulantní formu pomoci v krizi, hospitalizaci, terénní a mobilní služby.

- *Ambulantní pomoc* je poskytována klientům, kteří se osobně dostaví do ambulance (respektive poradny) nějaké instituce určené k poskytování pomoci lidem v krizi.
- *Hospitalizace* je krátkodobé umístění klienta v krizi na tzv. “krizové“ lůžko, nejlépe v zařízení k tomu určeném, tedy v krizovém centru. K hospitalizaci se přistupuje jen tehdy, pokud je stav klienta takový, že neumožňuje setrvání v domácím prostředí a poskytování jiných forem pomoci.
- *Terénní a mobilní služby* spočívají v přenesení procesu krizové intervence (a tedy i krizového interventa) na místo, kde se nachází osoba v krizi.

Krizová intervence tváří v tvář začíná už přípravou na konzultaci v krizovém centru, tedy příchodem klienta na toto pracoviště. Klient by měl již při vstupu zaznamenat, že jde o laskavé a přátelské prostředí, které je navíc vybavené sociálním zařízením, tekutinami (vlivem úzkosti mívá člověk sucho v ústech), ale třeba i časopisy, hračkami apod. Navíc by měl co nejdříve získat informace ohledně doby, po jakou bude muset čekat, ohledně jména krizového pracovníka a na koho se může obrátit kdyby něco potřeboval. Vodáčková zdůrazňuje, že ačkoliv jde “pouze“ o základní projevy slušnosti a základní vybavení, je to pro vstupní kontakt s člověkem prožívajícím krizovou situaci důležité.

⁷⁸ Srov. Špatenková a kol., 2005, s.23-42; Vodáčková a kol., 2002, s.70-114

Následuje úvodní fáze konzultace, během níž dochází k seznámení, navození pocitu bezpečí a poté vytvoření kontraktu. Po celou dobu je třeba klienta sledovat, i z hlediska jeho nonverbálních projevů, aby si krizový pracovník udělal představu o klientově vstupním emočním stavu a mohl pak sledovat jeho vývoj. Pracovník by měl být již od začátku laskavý, přátelský a měl by reflektovat klientův stav.

Teprve nyní nastává čas na rozhovor o problému, s nímž klient přichází. Na základě vybidnutí pracovníkem začíná popisovat situaci – co se mu stalo či co se mu děje a jaké jsou jeho současné obtíže. Během tohoto rozhovoru získává pracovník základní informace o klientovi (např. ohledně věku, rodinného stavu, sociální situace, zaměstnání, eventuálně předchozího léčení) a o souvislostech týkajících se krize (především precipitorech a vztahovém rámci). Pokud klient mluví spontánně, doporučuje Vodáčková příliš do vyprávění nezasahovat, případně jen jednoduchými otázkami.

V určitém stádiu rozhovoru je třeba zjistit, jaká je klientova zakázka. Po jejím zformulování klient často přichází na spouštěč své krizové situace. Konzultant následně používá shrnující formulaci, kdy se stručně dotkne jak zakázky, tak spouštěče. V tu chvíli se klient dostává do bodu, který je označován jako katastrofický scénář. V krizi obvykle existuje reálná překážka a reálné nebezpečí, které zastíňují klientův obzor. Úkolem krizového pracovníka je tímto úskalím s klientem projít, a to prostřednictvím porovnávání čím a jak je klient reálně ohrožen a jak se cítí být subjektivně ohrožen. Je zapotřebí se klienta zeptat i na sebevražedné úvahy.

Pracovník nyní může klienta navést na zkušenosti s podobnou situací v minulosti, aby zjistil, jaké klient použil vyrovnávací strategie (zda adaptivní či maladaptivní). V případě těch adaptivních by se klient mohl soustředit na dovednosti, které tehdy získal a které se osvědčily. V opačném případě je možné využít tzv. psychodynamických souvislostí. Krizový příběh má svůj vztahový rámec a svou historii a je možné tyto souvislosti poodhalit, aby klient pochopil alespoň dílčí smysl celé situace.

Na konci sezení ještě dochází k rekapitulaci zakázky a kontraktu s klientem o dalším postupu, který by měl být konkrétní a splnitelný. Měl by se týkat nejbližších dnů. Ještě je nezbytné vybavit klienta důležitými telefonními čísly a dát mu zřetelné instrukce, jak si počínat v období mezi tímto a dalším setkáním, kdyby se dostal do situace, na kterou by nestačil.

Distanční forma pomoci představuje proces krizové intervence, kdy je krizový intervent prostorově vzdálen od klienta. Distanční pomoc zahrnuje zejména telefonický nebo v dnešní době i internetový kontakt s klientem.

- *Telefonická pomoc* nabízí klientům pomoc a podporu přes telefon. Obvykle ji zajišťují linky důvěry.
- *Internetová pomoc* je realizována prostřednictvím internetu. O tuto formu je stále větší zájem.

Tyto formy zpřístupňují pomoc řadě klientům, kteří nejsou schopni si o ni říci jiným způsobem, případně ji jiným způsobem obdržet. Jsou vhodné i pro klienty, kteří z nějakého důvodu nemohou do poradny nebo ambulance přijít sami (např. malé děti, staří lidé, lidé nemocní či imobilní). Jedná se většinou o pomoc jednorázového charakteru, ale existuje určitá skupina klientů, která se obrací na pracovníky tohoto typu pomoci opakovaně.

Průběh **telefonické krizové intervence** se do značné míry shoduje s průběhem krizové intervence tváří v tvář. Počíná **navázáním kontaktu** s klientem, kdy je důležitý především tón a zvolený způsob pronesených slov již u počátečního uvítání klienta. I v této prvotní fázi mohou nastat komplikace – např. projevy ambivalence (ano i ne), které signalizují většinou nejistotu volajícího, jeho stud, obavy. Komplikací může být i ventilace nejednoznačných emocí jako je např. rychlé střídání smíchu a pláče nebo pláč samotný. Když klient pláče, bývá jeho projev trhaný, nesrozumitelný, krizový intervent pak nemůže dělat nic jiného, než nechat ho vyplakat a jeho projev zrcadlit. Také mlčení klienta může situaci ztížit. Pracovník by měl dát prostor i tomuto projevu klienta. Je třeba naslouchat signálům, zrcadlit je, případně reflektovat situaci a referovat, co mu během mlčení běželo hlavou. Tím se většinou rozovídá i klient.

Během **rozhovoru** je nutné dodržovat podobné zásady jako u krizové intervence tváří v tvář. Ovšem není zde možnost pozorovat neverbální projevy klienta. Ovšem ani klient nevidí pracovníka, mají tedy oba znesnadněnou situaci. Pracovník by měl tedy o to lépe aktivně naslouchat – musí být soustředěný, omezit rušivé vlivy na minimum, připravit si odpověď, ale nemluvit unáhleně, dávat

volajícimu najevo, že ho opravdu poslouchá a sledovat o to ostražitěji jeho verbální projev (je vhodné dělat si poznámky).

Vytvoření zakázky je v podstatě stejné, co se týče očekávání klienta, je možné se ho přímo zeptat. Při této formě intervence se používá dotazování o něco častěji. Otázky by měly být konstruktivní a měly by směřovat ke zmapování situace a k tomu, aby se krizový intervent rychle zorientoval v daném problému. Je však nutné respektovat individuální potřeby klienta, protože každý klient je má poněkud odlišné. Někdo potřebuje více povzbuzovat, jiný mluví spontánně, tak je lepší mu více naslouchat.

Pracovník by neměl klientovi okamžitě nabízet řešení, je vhodnější nechat napřed klienta vyjádřit jeho pocity a pokusit se ho na řešení jen navést. Před **ukončením rozhovoru** je dobrý průběh dialogu stručně zrekapitulovat a rozloučit se s tím, že se klient může na linku zase kdykoliv obrátit, případně je možné doporučit klientovi adekvátní kontakt na odborníka.

Nyní se zaměřím na techniky používané při tomto typu intervence:

1. *technika provázení* – jedná se o „zpětnovazebné následování klientova zjevného chování, na úrovni verbální i neverbální“⁷⁹ (v telefonickém rozhovoru paraverbální), což lze vysvětlit jako držení kroku s klientem například pomocí užívání podobných výrazů a jazyka, podobných zvuků, dýchat podobným rytmem, občas dát najevo, že nasloucháme prostřednictvím citoslovce „hmm“ apod. Jednou z forem provázení je zrcadlení (v tomto případě mluvíme o ozvěně). Ozvěnu je možné definovat jako „úplné nebo částečné napodobování paraverbálních obsahů“, tedy hlasitosti, intonace, modulace hlasu, tempa, zvuků, citoslovcí apod. Smyslem je projevit, že chápeme, jak se volající cítí.

2. *technika vedení* – navazuje na provázení. „Pokud provázení a zrcadlení v klientovi navozují stav přijetí a souhlasu s tím, co terapeut říká a dělá, který vyplynul z pocitu ‚on je v souladu se mnou‘, pak vedení nabízí jedinci výměnu rolí tak, aby byl dosavadní soulad zachován.“⁸⁰ Pracovník linky tedy nyní jde malý krůček před klientem. Tyto dvě techniky se mohou během rozhovoru neustále střídat či prolínat.

⁷⁹ Viz Dvořáček in Vodáčková, 2002, s. 98

⁸⁰ Viz Dvořáček in Vodáčková, 2002, s. 99

3. *techniky efektivní komunikace* - vést je možné prostřednictvím otázek nebo formulací, které rozvíjejí dialog. Cílem je rozšíření klientova percepčního pole. Může se jednat o:

- rekapitulaci – vlastními slovy vyjádříme klientovy základní myšlenky a fakta
- parafráze – zde zapojujeme více vlastních myšlenek, abychom převyprávěli obsah a posunuli ho do jiného světla
- kotvení – kotva je zpevňující a stabilizující prostředek, jde tedy o zpevňování některých odpovědí klienta (pomocí slov hmm, aha), zatímco jiné se nechávají vyhasnout
- zhodnocující formulace – klade si za cíl dát najevo, že klientovo sdělení má váhu, že je podstatné

3.1 Specifika telefonické krizové intervence

Pro zajištění dobře fungující telefonické krizové intervence by měly být zabezpečeny vhodné podmínky, a to vnější i vnitřní. Vnější podmínky se týkají hlavně celkového vzhledu a organizace pracoviště linky důvěry. Pracoviště by mělo splňovat určitá ergonomická kritéria (tzn. mělo by mít jak pracovní část, tak klidovou zónu), ale i požadavky duševní hygieny (příjemné barvy, květiny, vhodná výzdoba apod.) a bezpečnosti. Vnitřní podmínky se týkají pracovníka krizové intervence – jeho osobnosti, ale i jeho naladění. Měl by odložit své vlastní problémy, aby se mohl plně věnovat klientovi.

Cílem této formy intervence je především poskytnout klientovi podporu a zplnomocnit ho k vlastnímu řešení jeho problémů a snášení jeho starostí.

3.2 Specifika internetové krizové intervence

Internet jako stále se rozvíjející komunikační médium nabízí určité možnosti, ale také limity v procesu krizové intervence. Lze rozeznat tři úrovně možností využití internetu v tomto kontextu (tyto úrovně se však velmi často prolínají)⁸¹:

⁸¹ Dle Veselský, in Špatenkova a kol., 2005, s.40-41

- *Jednoduché stránky jednotlivých pomáhajících organizací* – poskytují jednoduché informace o samotné organizaci, o poskytovaných službách kontaktní informace apod. Potenciálnímu klientovi krizové intervence tedy zprostředkovávají jen informace o poskytovaných službách.
- *Sofistikované webové stránky, které mohou klientovi napomoci získat informace, které potřebují pro svoji orientaci a rozhodování* – zde jsou také informace o organizaci jako takové, ale důraz je kladen na přehledné shromáždění informací z určité tématické oblasti. Návštěvník má většinou možnost navázat interaktivní kontakt prostřednictvím e-mailu.
- *Projekty a webové stránky, jejichž aktivity lze považovat za specifickou formu psychosociální pomoci* – pro tyto stránky je charakteristická zejména vyšší míra interaktivity a propojení návštěvníka s odborníky z příslušné oblasti.

3.3 Srovnání jednotlivých forem, jejich výhody a nevýhody

Základní charakteristikou, která odlišuje distanční pomoc od prezenční, je oddělení krizového intervenanta a klienta v průběhu krizové intervence. Díky tomu je možné poodhalit většinou jen „špičku ledovce“, tedy jen problém (nebo jeho část), který je pro klienta urgentní. Pracovníci distanční formy intervence tedy často neznají a ani nepotřebují znát klientovu životní historii. Navíc jde o nezávazný kontakt, o jehož době, začátku i ukončení bude rozhodovat výhradně klient. Prezenční forma je limitována určitým časovým rámcem, délka telefonického kontaktu je podřízena potřebě volajícího. Může se však stát, že aniž by došlo k cílené pomoci, klient např. u telefonické intervence zavěsí.⁸² Velkou nevýhodou z tohoto hlediska také je, že někdy není zajištěna zpětná vazba. Pracovník občas od klienta potřebuje bezprostřední zpětnou informaci, třeba o účinnosti zásahu, jelikož se však mnohdy jedná o anonymní kontakt, nemusí jí získat.

⁸² Odborníci mluví o kritické době během první až druhé minuty spojení, kdy pokud se nepodaří rychle navázat kontakt a vybudovat určitý stupeň důvěry, volající s velkou pravděpodobností zavěsí. V rámci krizové intervence tváří v tvář je situace odlišná, bývá mnohem více času k navázání kontaktu s klientem.

Během telefonické intervence může také dojít k přerušení spojení, např. v důsledku poruchy telefonní sítě, slabého signálu mobilního operátora, klientovi dojdou prostředky k telefonování (mince, kredit nebo se vybité baterka mobilního telefonu) nebo do hovoru vstoupí omylem někdo jiný.

Výhodou těchto forem je však snadná dostupnost. Služby distanční pomoci mohou, jak už jsem se v krátkosti zmínila, využívat i klienti s omezeným přístupem k prezenčním formám (i když u internetu je zase zapotřebí určitých kompetencí pro užívání internetu a samozřejmě i přístup k němu). Kromě toho je u telefonické intervence možné vyhledat pomoc v kteroukoliv denní i noční dobu (u internetu bývají takzvané e-linky důvěry časově omezeny), což pomáhá klientům nacházejícím se v akutní situaci. U intervence tváří v tvář se klient obvykle musí objednat, dostavit se na konkrétní místo, je nutná určitá úprava zevnějšku apod.

Prostřednictvím internetu mohou být klientovi poskytnuty informace z několika zdrojů najednou. Na některých portálech může každý z odborníků v jím příslušné oblasti přidat autorizovanou odpověď a komentář týkající se klientova problému.

Přístup pracovníka je zhruba stejný jak v telefonické intervenci, tak v intervenci tváří v tvář. Pracovník linky důvěry však musí být vyladěn na široké spektrum projevů klienta – může se setkat s klientem, který linku testuje, potřebuje hodně mluvit, aby vyplavil své napětí, potřebuje vyjádřit (leckdy i nevybíravým způsobem) své emoce. Pracovník této formy pomoci musí tedy být velmi pružný. Navíc, jak jsem už uvedla výše, nevidí neverbální projevy klienta, má k dispozici jen akustické signály (slovní i mimoslovní). Mezi paraverbální signály patří například tempo řeči, hlasitost, přízvuk, pomlky, mlčení, smích, pláč, plynulost řeči, výslovnost, spisovný či hovorový jazyk, přeríkávání se, důraz na jednotlivá slova aj. V osobním kontaktu s klientem je možné vnímat daleko více podnětů (vizuálních, hmatových i čichových).

Nespornou výhodou jak telefonické, tak internetové pomoci je zachování anonymity, a to ze strany klienta i intervenanta. Anonymita usnadňuje klientovi otevření se, redukuje jeho strach ze zesměšnění, odsouzení či zneužití poskytnutých informací. Existují u jistá témata, u kterých klienti rádi volí anonymitu (např. drogy, odlišná sexuální orientace, AIDS, násilí, sexuální zneužití apod.). Intervenanta zase anonymita chrání před nezdravou fixací klienta, pronásledováním klientem apod.

4 KRIZOVÁ INTERVENCE U DĚTÍ SE SYNDROMEM CAN⁸³

Zkušenost s týráním či zneužitím bývá velmi traumatickou záležitostí, která je obvykle provázena strachem, studem a pocity viny. Proto je pro oběti nesmírně obtížné o tomto zážitku s kýmkoliv mluvit. O ubližování se však nemusíme dozvědět jen od dítěte samého, k oznámení může dojít od někoho z rodiny, ale i od třetích osob - ze strany školy, dětského lékaře⁸⁴, kamarádů dítěte, sousedů, známých rodiny apod. Proto je třeba všimnout si známek na těle i na duši dítěte, které se promítá do jeho chování (viz příznaky jednotlivých forem CAN).

Samy děti se často dlouhou dobu potýkají s tendencí raději se nesvěřit a zůstat v anonymitě. Bohužel, nezdědka dochází i k tomu, že v sobě najdou odvahu vyjít s celou záležitostí “na světlo“, ale reakce okolí jsou negativní, odmítavé, dospělí dítěti nevěří a jeho výpověď zpochybňují. Proto je při vedení rozhovoru s touto tematikou kladen důraz na vytvoření prostředí přijetí, respektu a podpory.

Velmi často se děti se syndromem CAN obracejí nejdříve na krizové linky důvěry. Preferují anonymní kontakt s pracovníky linky. Jejich hlavním úkolem je navázat kontakt a hledat další adekvátní krok v procesu řešení situace dítěte. Pracovník by měl dát dítěti najevo, že mu věří, je na jeho straně a že není jeho vina, co se stalo. Před ukončením rozhovoru je dobré dítě podpořit, aby se obrátilo na osobu, které důvěřuje a s ní navštívilo dětské krizové centrum, v problematice orientovaného psychologa nebo aby znovu kontaktovalo linku důvěry.

Při krizové pomoci tváří v tvář, a nejen při ní, je výhodné porozumět potřebám klienta, abychom tyto potřeby mohli podporovat v procesu hledání řešení. Yvonne Lucká a Lubomír Koblre uvádějí přehledný vývojový model Alberta Pessa a Diany Boydenové, který se zabývá okolnostmi traumatizace v souvislosti s uspokojováním, respektive neuspokojováním pěti vývojových potřeb⁸⁵:

1. potřeba místa – po celé dětství získáváme mnoho dojmů, které nám dávají pocit, že někam patříme, že máme své místo a že toto místo je buď příjemné,

⁸³ S oporou o Vodáčková a kol., 2002, s.462-473; Špatenková a kol., 2005, s.128-130; Spilková, In Weiss a kol., 2000, s. 65-71

⁸⁴ Doporučené postupy pro praktické lékaře ohledně syndromu CAN v příloze

⁸⁵ Dle Lucká-Koblre, In Vodáčková a kol., 2002, s.469-473

voňavé, klidné a tělesně pohodlné, nebo hlučné, neklidné, neuspořádané, nepohodlné. Máme v paměti dojmy z toho, jaké máme místo v náručí rodičů, v rodině, mezi sourozenci, v komunitě. Pokud je tato potřeba dobře uspokojená, jsme schopni se lépe adaptovat v novém prostředí, lépe si hledáme místo mezi kamarády, vedle partnerů a neseme si do života zprávu, že svět je dobré místo.

Obava ze ztráty místa nebo zážitek ztráty se často podílí na vzniku krize. Velmi silným stresorem je ohrožení místa, které obýváme. U lidí, kteří zažili týrání a zneužívání, se častěji objevují pocity, že na tomto světě pro ně není dobré místo. Při poskytování krizové intervence je důležité mít tuto potřebu na mysli, takže je zapotřebí dávat klientovi najevo, že je na správném místě, ujišťovat ho, že pracovník pro něj má vyhrazené místo (ve smyslu času), nechat ho vybrat si místo, kde se cítí pohodlně a hledat, co by mohlo pozitivně ovlivnit vnímání jeho vlastního místa na světě.

2. potřeba podpory – když se dítě narodí, poskytujeme mu všemožnou podporu (chováme ho, houpeme ho). Když pak povyroste, podporujeme jeho chůzi, zvedáme ho, když padá. U většího dítěte je důležité podporovat jeho nadání a ojedinělost. Máme-li dobře uspokojenou potřebu podpory, naučíme se podporovat v tom, co je pro nás dobré. A když se vyskytne problém, máme schopnost hledat oporu sami v sobě. Naučíme se podporovat blízké lidi. Jestliže tato naše potřeba nebyla uspokojována, projeví se to neschopností odolávat tlaku, tendencí podvolovat se, což je predispozicí k manipulaci a zneužívání.

Při krizové intervenci je třeba zjistit, jestli byla narušena potřeba podpory. Je prospěšné dát klientovi najevo, že ho pracovník podporuje, že mu “drží palce“ a zároveň hledat kroky a řešení, která jsou podpůrná a nezvyšují závislost klienta.

3. potřeba bezpečí – ta je velmi důležitá pro všechny oběti týrání a zneužití. Dítě od malička chráníme před jakýmkoliv nebezpečím, které by mohlo přijít zvenku, zároveň ho však musíme sledovat, aby neublížilo samo sobě. Dítě by se mělo naučit rozeznávat, co je bezpečné a co není – tím v dospělosti získává schopnost chránit se.

Zanedbávané děti tuto potřebu uspokojenou nemívají. Zažívají strach a bezmoc. Narušení pocitu bezpečí mají i zneužívané děti, které mnohdy ani nerozeznají, že se jim děje něco, co se “nemá“.

Krizová intervence má podporovat vyjádření emocí ohledně prolomení bezpečí v minulosti či současnosti. Krizový pracovník by měl vyslovit pochopení

pro projevy obranných reakcí dítěte, jeho emoce, úzkost atp. a označit je za normální reakce na nenormální podněty. Měl by zjistit, co by klientovi pomohlo cítit se bezpečněji a podporovat jeho další kroky tak, aby byly bezpečné.

4. potřeba péče – zpočátku je spojená jen s péčí o výživu, ale záhy je nutné poskytovat mu též pozornost, něhu a zájem. To, jak si s dítětem hrajeme, jestli podnikáme to, co se mu líbí, souvisí s pocitem vnitřního naplnění. V opačném případě má pocit prázdnoty, nudy. Lidé, kteří v dětství strádali po této stránce, mají tendenci zaplňovat“prázdné místo“ alkoholem či drogami, mívají často poruchy potravy, sebepoškozují se.

Během krizové intervence má pracovník věnovat pozornost bazálním potřebám klienta, “naplnit“ ho jídlem, pitím, informacemi, zájmem.

5. potřeba limitu – má dvě podoby. První souvisí s tím, že v útlém věku je uspokojování našich potřeb zcela závislé na okolí. Závisí na převažující zkušenosti – buď někdo přijde a uspokojí je, nebo ne, ale pak získáme zkušenost, že nepříjemné prožitky nemají konec. To u dětí se syndromem CAN vytváří dojem, že se nemohou spolehnout na to, že přijde pomoc.

Druhá souvisí s potřebou dítěte dostávat jasné poselství, že věci na tomto světě mají řád a míru. Pokud se dítě setkává s tím, že se dospělí sami chovají nelimitovaně, že překračují běžné normy, vytváří to v nich pocity viny a úzkosti.

V krizové intervenci se má klientovi dát najevo, že vše má svůj konec i začátek – i velmi těžké události. Klient by se měl ohraničit vůči okolí, které ho poškozuje. A je nezbytně nutné, aby pracovník dodržoval dohodnuté kroky v řešení, aby dodržoval časový kontakt, a tím zvyšoval u klienta pocit jistoty.

Kromě potřeb je třeba zaměřit se i na další aspekty a okolnosti. Konkrétně jde o několik důležitých zásad:

- Krizový intervent by měl identifikovat příznaky násilí na dětech.
- V případě zranění zajistit lékařské vyšetření.
- Během rozhovoru nashromáždit co nejvíce informací o celé situaci.
- Kontaktovat další instituce (např. policii, zdravotnické zařízení, pedagogicko-psychologickou poradnu, orgány sociálně právní ochrany dětí apod.).

Terapie a rehabilitace dítěte zasaženého CAN vychází ze stanovení diagnózy, ze zjištění škod a poruch struktury a funkce organismu dítěte a z analýzy prostředí, v němž se toto zasažení odehrává. Terapii dětí postižených některou formou syndromu CAN můžeme rozdělit do tří základních rovin⁸⁶:

1. *emergentní pomoc a podpora týraného dítěte* – jedná se o poskytnutí první pomoci dítěti a o odvrácení nepříznivých důsledků násilí či zanedbání povinné péče. Je třeba pomoci dítěti zvládnout akutní posttraumatický šok, pokud vznikl. Při těžších poraněních a zasažení psychiky je vhodné převést dítě na pediatrické oddělení či jednotku intenzivní péče. Na této úrovni se také sbírají, hledají a hodnotí známky a důkazy pro potvrzení diagnózy syndromu CAN a rozhoduje se o dalším osudu dítěte (dle funkčnosti jeho rodiny). Jestliže jsou rodiče v podezření, že byli abusory, je na soudu, aby určil opatrovníka dítěte.

2. *střednědobá terapie* – obsahuje potvrzení diagnózy v rámci interdisciplinárních aktivit, stanovení léčebného plánu a dohodu s rodiči či opatrovníkem o jeho plnění. Jedná se hlavně o léčbu zranění a psychologickou léčbu. V rámci tohoto stupně dochází k posouzení dalšího umístění dítěte. Pokud rodina nepřichází v úvahu, zkoumá se širší rodina, v závažnějších případech je dítě možné umístit do dětského azylového domu, náhradním umístěním může být i krátkodobá pěstounská péče. Jestliže jde o závažné psychické zasažení dítěte, dítě přechází do péče dětského psychiatrického oddělení, které mu zajistí náležitou péči a terapii.

3. *dlouhodobá rovina léčby a rehabilitace dítěte se syndromem CAN* – je aplikována hlavně tam, kde dosavadní úsilí nebylo příliš úspěšné. Jedná se především o psychiku dítěte, ale svou důležitou roli zde hrají i tělesné poruchy a vady, které vyžadují trvalou rehabilitaci, případně chirurgické zákroky. O typu, délce a intenzitě psychoterapie rozhoduje psycholog, popřípadě psychiatr (jestliže se následné poruchy stávají trvalými).

Pokud jde o podezření na sexuální zneužívání dítěte, je nezbytné postupovat velmi obezřetně. Jedná se o obtížně prokazatelný problém.

⁸⁶ Viz Dunovský, In Weiss a kol., 2000, s.130-131

Hlavním cílem krizové intervence po zneužití je zmírnit negativní emoce a navrátit alespoň částečně pocit bezpečí a kontroly. Postup při krizové intervenci u sexuálně zneužívaného dítěte má určité zvláštnosti.⁸⁷

Od počátku je důležité budovat vztah, kdy si pracovník s dítětem budou navzájem důvěřovat. Při stanovení diagnózy se vychází z podrobné sociální anamnézy, objektivního pediatrického nálezu současného zdravotního stavu dítěte, psychologického vyšetření zaměřeného na aktuální psychický stav dítěte, samozřejmě obsahu výpovědi, z osobnosti dítěte a jeho intelektu, z gynekologického vyšetření (to zjišťuje rozsah poškození v oblasti genitálu a konečníku) a z laboratorních vyšetření na sexuálně přenosné choroby. Důkladné vyšetření je nezbytné pro podpoření věrohodnosti dítěte.

Rozhovor s dítětem by měl vést odborník – psycholog. Bývá zaznamenán na videozáznam, který je později analyzován z hlediska obsahového i z hlediska nonverbálních projevů. Navíc se tím předchází sekundární viktimizaci. Další přítomní (např. kriminalista, právní zástupce pachatele, sociální pracovník) mohou rozhovor sledovat za jednosměrným zrcadlem. Videozáznam mají možnost později posoudit i další odborníci z týmu krizového centra.

Jako jedna z metod, které pomáhají při diagnostice zneužitých dětí, se používá metoda demonstrace s anatomickými panenkami⁸⁸. Využívá se především u malých dětí, které mají omezený slovník, případně u dětí handicapem, které nedokáží určitě věci či situace pojmenovat. Někdy se používá i u starších dětí, aby překonali stud a úzkost. Využívají se i jiné hračky, kresby apod.

Pokud je dítě psychicky zasaženo, je vhodné ho umístit například do azylového domu pro děti v nouzi. V neutrálním prostředí si dítě odpočine a uleví se mu.

Odborníci mluví o tom, že intenzita následků zneužívání na straně dítěte je závislé mimo jiné na tom, jak na celou situaci zareagují nejbližší lidé v okolí dítěte, tj. rodina a především matka. Ta sama se dostává do zátěžové situace, do stavu silného akutního stresu. Může to pro ní, v případě, že zneuživatelé je otec dítěte či její stávající partner, znamenat zhroucení představ a plánů o dalším

⁸⁷ Srov. Dunovský-Dytrych-Matějček a kol., 1995, s.82-83; Dunovský, In Weiss a kol., 2000, s.128-130

⁸⁸ Anatomické panenky představují čtyři postavy (chlapce, dívku, ženu a muže), které mají sekundární pohlavní orgány (viz Obr.3 v příloze). Zneužitě dítě si s panenkami obvykle nehraje, ale agresivně reagují na mužskou postavu.

životě. Navíc se může s odchodem živitele dostat i do stavu finanční tísně, ale někdy i do tísně bytové. Pokud do té doby matka zažívá subjektivně pozitivní citovou vazbu se zneužívatelem, může se dostat do silného vnitřního konfliktu, neví komu má věřit.

Rodina se ocitá v krizi, která má svou vlastní dynamiku⁸⁹:

1. *stadium* – rozhořčení, podráždění, rozzlobení, tendence popírat či podceňovat. Rodič či rodiče často nejsou schopni v této fázi dítě emocionálně podporovat – sami potřebují psychologickou pomoc. Vytvoření společného názoru na událost pomáhá rodině se s celou věcí vypořádat.
2. *stadium* – v chování rodiče/ rodičů se projeví jejich obranné mechanismy: mají tendenci se od záležitosti separovat, snaží se vše zapomenout, případně dítě kritizují a vyloučí ho z rodiny. V této fázi je těžké vrátit se k traumatické události, napřed je třeba zpracovat obranné mechanismy.
3. *stadium* – vypořádání se s krizí

Pro dítě je velice důležité, jak se s událostí rodina, a především matka, vyrovná. Často právě podle toho, jaký postoj zaujme ona, takový zaujme i dítě. Postoje rodiny i dítěte mohou být, jak jsem již naznačila, různé:

- dítě odmítá pomoc, rodiče také nespolupracují – je nutné provést zákonem předepsané postupy a oddělit dítě od rodiny
- dítě odmítá spolupracovat, ale rodiče jsou spolupráci nakloněni – je nezbytné poučit rodiče, jak svému dítěti pomoci
- dítě vyhledává pomoc, otevřeně mluví o zneužití, ale rodiče jsou nedůvěřiví – cílem terapie se v tomto případě stává zdat odpor rodičů

⁸⁹ Dle Dobrznynka-Mesterhazy, in Sborník přednášek, 2000, s.13-16

5 INSTITUCIONÁLNÍ POMOC DĚTEM SE SYNDROMEM CAN

5.1 Psychosociální síť krizové pomoci⁹⁰

Psychosociální sítí obvykle nazýváme systém propojení nejrůznějších subjektů – institucí, které pomáhají řešit občanům obtížnou psychosociální situaci tím, že jsou k dispozici v dostatečné hustotě a variabilitě. Jde především o zabezpečení návaznosti kvalitní péče.

Psychosociální síť bychom mohli zjednodušeně rozčlenit na tři sektory :

- *státní, veřejný sektor* – zahrnuje především veškeré úřady státní správy a samosprávy a jimi zřizované subjekty poskytující státem zaručené sociální služby
- *soukromý, podnikatelský sektor* – poskytuje služby, které byly ještě nedávno státní doménou, a to na komerční bázi
- *neziskový sektor* – tvoří jej nestátní neziskové organizace, které jsou nezávislé na státě a veškerý dosažený zisk vkládají zpět k dosažení svých cílů; patří sem občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti, nadace, nadační fondy, církevní společnosti a jejich účelové organizace, svépomocná sdružení; často poskytují takové služby, které státní sektor z nejrůznějších příčin nepokrývá

Síť psychosociálních pracovišť je velmi rozsáhlá, soustředím se tedy na nejdůležitější instituce, které se podílí na problematice, kterou se ve své diplomové práci zabývám, totiž na krizové intervenci dětí se syndromem CAN.

5.1.1 Krizová centra⁹¹

Instituce poskytující většinou primárně krizovou intervenci nazýváme krizová centra. Jedná se o specializovaná interdisciplinární pracoviště, která poskytují komplexní krizovou intervenci (bio-psycho-sociální). Disponují

⁹⁰ S oporou o Nováková, In Vodáčková a kol., 2002, s.500-515

⁹¹ S oporou o Špatenková a kol., 2005, s.23-24; Vodáčková a kol., 2002, s.202-206 a 210-212

krizovými lůžky a obvykle také poskytují ambulantní služby. Mohou také provozovat linku důvěry.

Krizová centra mohou mít různého zřizovatele, různého provozovatele, mohou být součástí jiných institucí (např. institucí poskytujících sociální služby), ale mohou být i samostatnou institucí kooperující s jinými zařízeními. Některá krizová centra fungují nonstop, jiná pouze ve vymezených hodinách.

V krizovém centru působí multidisciplinární tým, jehož členy jsou zpravidla psychologové, sociální pracovníci, lékaři i zdravotní sestry. Mohou být ve velmi úzké spolupráci i s dalšími odborníky (např. právníky), ale většinou jim pomáhají i dobrovolníci a školení laici (např. studenti sociálních oborů).

Spolupracují se zdravotními, školskými zařízeními, orgány činnými v trestním řízení, azylovými domy, nestátními neziskovými organizacemi a hlavně s orgány péče o dítě.

5.2 Role státu a krizová intervence⁹²

V roli ochránce dítěte vystupují současně tzv. orgány sociálně-právní ochrany, jimiž jsou okresní úřady, obce, kraje, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí, dále pak soudy, Policie, Ministerstvo školství, Ministerstvo zdravotnictví aj. Pro účinnou pomoc dítěti v krizi je velmi důležité, aby všechny tyto státní subjekty úzce spolupracovaly a aby využívaly právní normy ČR s ohledem na zájmy dítěte.

5.2.1 Orgány sociálně právní ochrany dětí (OSPOD)

Orgány sociálně právní ochrany dětí poskytují pomoc dětem v různých sociálních situacích, které ohrožují jejich život a příznivý vývoj. K těmto situacím patří tedy i případy týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. V ČR zabezpečují sociálně právní ochranu dětí úřady městských obvodů či městských úřadů a magistráty statutárních měst.

Každý, kdo je obeznámen s případem dítěte strádajícího v důsledku trestného činu či přestupku, by měl informovat sociální pracovníky místně příslušného úřadu (telefonicky, písemně, nejlépe však osobně). Oznamující osoby jsou chráněny

⁹² S oporou o Vodáčková a kol., 2002, s.500-515

anonymitou. Sociální pracovníci jsou povinni na každé oznámení reagovat, zjistit závažnost situace a po vyhodnocení přijmout opatření k ochraně dítěte.

Orgány sociálně právní ochrany dětí by měly poskytnout obětem (i dalším zúčastněným osobám) rady a informace ve věcech právních (péče o děti, rozvod, sociální dávky, trestní oznámení aj.). Podle povahy případu mají za úkol jednat i s dalšími institucemi (policí, soudy aj.), mohou obětem poskytnout doprovod k jednání. Provádějí šetření a k soudu podávají návrhy na zahájení řízení o předběžném opatření.

Zprostředkovávají obětem ubytování v azylovém domě. Zajišťují ozdravný pobyt pro dítě. V nezbytných případech zajišťují ústavní výchovu dítěte.

5.2.2 Policie ČR a městská policie

Městská policie stejně jako Policie ČR poskytuje v rozsahu své působnosti pomoc každému, kdo se na ni obrátí. Městská policie zabezpečuje místní záležitosti veřejného pořádku a plní další úkoly podle zákona. Nemohou řešit konflikty v rodinných vztazích, avšak mají povinnost zasáhnout při protiprávním jednání v rodině vůči zájmům chráněným zákonem, což jsou zejména život a zdraví občanů, jejich práva a majetek (tedy i při týrání, zneužívání a zanedbávání dětí). Při podezření ze spáchání trestného činu přivolají na místo Policii ČR, v ostatních případech postoupí úřední záznam o incidentu příslušnému orgánu.

Police ČR přijímá trestní oznámení na pachatele. Trestní oznámení může podat kdokoliv (oběť, svědek apod.), a to ústně nebo písemně, nejlépe na nejbližším obvodním oddělení Policie ČR. Policisté jsou vždy povinni přijmout oznámení případu a provést další služební úkony.

5.2.3 Soudy

Soud je instituce (státní úřad v širším smyslu), která poskytuje ochranu porušeným a ohroženým právům fyzických a právnických osob a chrání zájmy společnosti tam, kde jí to ukládá zákon.

Soud může vydat takzvané předběžné opatření podle zákona o rodině. Na jeho základě může být dítě z rodiny odebráno a umístěno například v dětském diagnostickém ústavu, v azylovém domě pro děti, v Klokánku, případně v zařízení náhradní výchovné péče či v náhradní rodině.

5.3 Pracoviště krizové pomoci

5.3.1 Školská zařízení⁹³

Školská zařízení jsou spravována Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy. Patří sem například středisko výchovné péče, dále zařízení náhradní výchovné péče jako jsou diagnostický ústav, dětský domov, dětský domov se školou, výchovný ústav. Z hlediska krizové intervence dětí se syndromem CAN jsou důležitá především ta první dvě jmenovaná zařízení.

5.3.1.1 Středisko výchovné péče (SVP)

SVP je jedním ze zařízení výchovného typu, které se soustřeďuje na prevenci a terapii sociálně patologických jevů u dětí a mládeže a na poradenství v této oblasti. Pracovníky ve Středisku výchovné péče jsou především speciální pedagogové, psychologové, sociální pracovníci a další.

Poskytuje ambulantní, celodenní nebo internátní preventivní výchovnou péči a psychologickou pomoc dětem a mládeži s rizikem či s projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji. Ale poskytuje i konzultace, odborné informace a pomoc v oblasti výchovy a vzdělávání těchto dětí.

Na vyžádání soudů, policie a orgánů sociálně právní ochrany zpracovává SVP posudky a jiné odborné podklady ohledně sociálně patologických jevů a závislostí u dětí a mládeže. Také zpracovává podklady, které jsou třeba pro rozhodnutí o nařízení ústavní výchovy a ochranné výchovy.

5.3.1.2 Diagnostický ústav

Jde o diagnostické zařízení prvního kontaktu pro děti a mládež, které mají být umístěny v zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy. Dětem a mladistvým s nařízenou ústavní výchovou, uloženou ochrannou výchovou nebo u nichž bylo nařízeno předběžné opatření poskytuje péči jinak poskytovanou zákonnými zástupci dítěte. Během diagnostického pobytu, který trvá zpravidla osm týdnů, jsou děti podrobeny komplexnímu vyšetření zdravotnímu (včetně

⁹³ Viz Jedlička-Klíma-Koťa-Němec-Pilař, 2004, s.288-289 a 308-310

odborných vyšetření), psychologickému, speciálně pedagogickému, didaktickému, probíhá sociální šetření.

Diagnostické ústavy bývají diferencovány podle věku svěřenců, někdy i podle pohlaví. Vnitřně se člení na čtyři pracoviště: diagnostické, výchovně vzdělávací, sociální práce a záchytné.

Na základě komplexního vyšetření, zdravotního stavu dětí a volné kapacity jednotlivých zařízení jsou děti a mladiství posléze umisťováni do dětských domovů, dětských domovů se školou nebo výchovných ústavů. Ve zvlášť odůvodněných případech je možné dítě umístit mimo zařízení do smluvní rodiny.

5.3.3 Nevládní sektor

5.3.3.1 Dětské krizové centrum (DKC)⁹⁴

Dětské krizové centrum bylo založeno v roce 1992 z podnětu sociálních pediatriů, v čele s prof. Jiřím Dunovským, jako klinické pracoviště zaměřené především na detekci, diagnostiku, terapii a prevenci syndromu CAN. V roce 1994 získalo právní subjektivitu jako občanské sdružení. Sídlí na Praze 4, v Michli. DKC má dva samostatné úseky s oddělenými pracovními týmy: abulantní provoz nabízející přímou práci s klienty v sekci psychosociální a zdravotnické a distanční krizovou pomoc, jejíž součástí je nonstop telefonická a internetová Linka důvěry. Do konce roku 2005 vstoupilo do péče DKC přes 3300 klientů a jejich rodin⁹⁵.

Poskytuje tyto služby zacílené na děti: krizovou intervenci v naléhavých životních situacích, detekci dětí s CAN, diagnostiku, terapeutickou péči, sociálně právní ochranu dítěte, odborné doprovázení dítěte (k soudu, k výslechu aj.), dlouhodobé sledování dětí, u kterých je zvýšené riziko rozvoje psychických poruch, prevence syndromu CAN, výchovné a právní poradenství a terapii. Ale má i služby zacílené na rodiče: poradenství výchovné a právní, terapie, řízený styk s rodičem (v případech, kdy je oprávněný důvod vyžadovat přítomnost další osoby během rodičovského styku s dítětem), návštěvní činnost v rodinách, společná setkání rodičů a mediace.

⁹⁴ Podle Dušková a kol., 2004, s.6-13; URL<<http://www.dkc.cz>>

⁹⁵ V příloze uvádím tabulku klientely DKC podle diagnostických kategorií (viz Tab.1 Počty klientů DKC v letech 1992-2005 dle diagnostických kategorií)

Jedná se o jednu z předních institucí psychosociální sítě České republiky zabývající se problematikou syndromu CAN. Ovšem nejen tou – pomáhá i dětem nacházejícím se ve zvláště závažných životních situacích, dětem ohroženým nepříznivou rodinnou situací (jako je rozvod, domácí násilí), negativními vlivy prostředí (závislost rodičů, nezaměstnanost aj.) či jinou traumatizující situací, jíž je dítě vystaveno.

Každý rok pořádá DKC projekt Darujte sebe!, jehož hlavním cílem je seznámit širokou veřejnost s existencí Dětského krizového centra a upozornit na problematiku dětí se syndromem CAN. Projekt se skládá z dne otevřených dveří, Dne Darujte sebe!, což je sportovně zábavný den pro rodiče s dětmi a další součástí je přehlídka filmů a dokumentů s tematikou týrání, zanedbávání a zneužívání Odvrácená strana dětství.

5.3.3.2 Krizové centrum pro děti a mládež Spondea

Zařízení poskytující sociálně-právní ochranu, pomoc, poradenství a terapii dětem a mládeži, kteří nemají uspokojeny své základní životní potřeby, jsou duševně, tělesně a fyzicky týrané, sexuálně zneužívané, zanedbávané, potřebují psychologickou, lékařskou či právní pomoc. Je zaměřeno na děti a mládež od 3 do 18 let, u studujících až do 26 let.

Nachází se v Brně. Svůj provoz zahájilo v listopadu 1998 a poskytuje služby sociální, psychologické, zdravotnické a služby z oblasti prevence kriminality. Nabízí i možnost azylového ubytování.

5.3.3.3 Azylové domy

Zařízení pro ubytování osob, které se ocitly v sociální nouzi a bez přístřeší. Měly by zajišťovat okamžitou, časově omezenou pomoc v nouzi. V souvislosti s pomocí dětem se syndromem CAN je třeba jmenovat především Azylové domy pro matky s dětmi a Azylové domy pro děti. Mohou být zřizovány jak státními subjekty, tak občanskými sdruženími, církvemi nebo jinými nestátními neziskovými organizacemi.

5.3.3.4 Nadace Naše dítě⁹⁶

Posláním a cílem nadace je od počátku činnosti, tj. od roku 1993, pomoc týraným, zneužívaným, handicapovaným, ohroženým a opuštěným dětem. Zakladatelkou nadace je Ing. Zuzana Baudyšová. V roce 1994 založila nadace sdružení s názvem Sdružení Linka bezpečí a mládeže, kterému svěřila nepřetržitý provoz Linky bezpečí. Později došlo k rozšíření o projekty Rodičovská linka⁹⁷ a Linka vzkaz domů⁹⁸, dále o internetovou linku a další aktivity na poli dětských práv. V říjnu 2004 došlo k osamostatnění Sdružení Linka bezpečí a mládeže. Sdružení na sebe převzalo jmenované hlavní projekty nadace.

Nadace nyní usiluje o vytvoření účinného systému ochrany dětí v České republice. Zaměřuje se na vzdělávací projekty v oblasti dětských práv, osvětovou činnost, uděluje granty, vyřizuje individuální žádosti o pomoc, spolupracuje s dětskými domovy a je v kontaktu s podobně zaměřenými organizacemi.

5.3.3.5 Fond ohrožených dětí⁹⁹

Fond ohrožených dětí je občanské sdružení na pomoc týraným, zanedbávaným, zneužívaným, opuštěným nebo jinak sociálně ohroženým dětem, s působností na celém území České republiky, a to od roku 1990. Hlavní náplní FOD je:

- vyhledávání náhradních rodin pro obtížně umístitelné děti
- vyhledávání a pomoc dětem týraným i jinak sociálně ohroženým
- projekt Klokánek¹⁰⁰ - rodinná péče jako alternativa ústavní výchovy
- provoz azylových domů Střecha pro rodiny s dětmi a mládež bez domova
- poradenská a hmotná pomoc náhradním i potřebným vlastním rodinám s dětmi
- osvěta a snaha o změnu legislativy

⁹⁶ Dle URL: <<http://www.nasedite.cz>>

⁹⁷ Rodičovská linka je určena dospělým, kteří chtějí poradit s výchovou dětí.

⁹⁸ Linka vzkaz domů je určena dětem na útěku z domova nebo z ústavního zařízení.

⁹⁹ Dle URL: <<http://www.fod.cz>>

¹⁰⁰ Klokánek je projekt Fondu ohrožených dětí, jehož cílem je změnit dosavadní nevyhovující systém ústavní výchovy a nahradit jej v co největší míře přechodnou rodinnou péčí na dobu, než se dítě může po vyřešení nebo zlepšení situace vrátit domů, nebo než je pro něj nalezena trvalá náhradní rodina (osvojení, pěstounská péče).

5.3.4 Telefonické linky důvěry¹⁰¹

Telefonické linky důvěry umožňují nepřetržitou, případně časově ohraničenou možnost telefonické krizové pomoci. Tento způsob komunikace volí převážně klienti, kteří nechtějí se svým trápením přijít osobně a více jim vyhovuje bavit se oněm přes telefon, nebo se chtějí jenom poradit či získat kontakt na jiné zařízení. Pracovníky linek důvěry bývají psychologové, sociální pracovníci, právníci a další odborníci se speciálním vzděláním v telefonické krizové intervenci. Služby linky důvěry jsou poskytovány na principech anonymity a důvěrnosti, všichni pracovníci jsou vázáni mlčenlivostí a etickým kodexem linek důvěry. Pomoc bývá bezplatná.

Vzhledem k tomu, že existuje velké množství linek důvěry, uvedu jen několik nejvýznamnějších.

5.3.4.1 *Linka bezpečí Nadace Naše dítě*

Byla vytvořena podle vzoru anglické Child Line a svůj provoz zahájila v roce 1994. Na Lince pracují odborní pracovníci a externí konzultanti. Jedná se o bezplatnou, čtyřadvacetihodinovou krizovou telefonní službu. Pomáhá dětem a dospívajícím řešit těžké životní situace. Na Lince bezpečí mohou najít podporu, porozumění, radu nebo se mohou domluvit na zprostředkování konkrétní pomoci. Tu však již neposkytuje Linka, ale dále ji zajišťují jiné instituce (např. orgány sociálně právní ochrany dítěte, policie, apod.).

5.3.4.2 *Linka důvěry Dětského krizového centra*

Dětské krizové centrum provozuje nonstop telefonickou krizovou Linku důvěry, a to od roku 1996. Hlavní zaměření LD koresponduje se zaměřením DKC. Jedná se o linku důvěry, která je specializována na odbornou distanční pomoc se zaměřením na problematiku dětí týraných, zneužívaných, zanedbávaných či traumatizovaných a dětí ve zvlášť závažných životních situacích.

¹⁰¹ Viz URL: <<http://www.nasedite.cz>>; URL: <<http://www.ruzovalinka-praha.cz>>; URL: <<http://www.spondea.cz>>

5.3.4.3 Modrá linka důvěry

Jedná se o linku důvěry brněnského občanského sdružení Modrá linka a je určena zejména dětem a mladým lidem, ale i jejich rodičům. Je zaměřená na řešení osobních, rodinných a výchovných problémů. Bohužel zde není zaveden nepřetržitý provoz, linka je dostupná denně od 9 do 21 hodin.

Zajímavostí této linky je, že ji klienti mohou kontaktovat i prostřednictvím programu Skype, který začíná být velmi rozšířený a je velmi používaný zejména u dětí staršího školního věku a mladistvých.

5.3.4.4 Růžová linka¹⁰²

Jedná se o telefonickou linku pro děti a mladé lidi ve stavu akutní nouze či krize, kteří cítí se ohrožení, poškození, nebo je trápí nějaký problém. Nabízí dětem pomoc formou krizové intervence po telefonu, ovšem tato pomoc je časově limitována – ve všední dny linka přijímá hovory od 8 do 20 hodin a o víkendech a svátcích od 14 do 20 hodin. Zřizovatelem je Česká společnost na ochranu dětí a autorkou celého záměru je MUDr. Eva Vaníčková, CSc. Hlavním cílem Růžové linky je prosazovat, aby byla ve společnosti respektována práva dítěte na ochranu před jakýmkoliv typem zneužívání a násilí.

5.3.4.5 Linka důvěry krizového centra Spondea

24 hodinová pomoc dětem a mladistvým v krizi, ale nejen jim. Krizovou telefonní linku obsluhují psychologové a pracovníci vyškolení v telefonické krizové intervenci.

5.3.5 Linky důvěry na internetu¹⁰³

Díky novým technickým možnostem se rychle rozšířil relativně nový typ distanční pomoci, a pomoc prostřednictvím internetu. Na specializovaných internetových stránkách vznikají linky důvěry, které zde o sobě zveřejňují základní informace a nabízejí e-mailovou formu krizové intervence. Někdy zde zveřejňují vybrané e-mailové rozhovory. Samozřejmě anonymně.

¹⁰² Srov. Vaníčková, 1996, roč.99, s.18; URL: <<http://www.ruzovalinka-praha.cz>>

¹⁰³ Dle Špatenková a kol., 2005, s.41-42; URL: <<http://www.ditekrize.cz>>; URL: <<http://www.linkabezpeci.cz>>; URL: <<http://www.modralinka.cz>>; URL: <<http://www.spondea.cz>>

5.3.5.1 Internetová linka důvěry Dětského krizového centra

Internetová linka důvěry DKC zahájila provoz v roce 2000. Má podobné cíle i zaměření jako Linka důvěry DKC, jen s tím rozdílem, že se jedná o písemnou formu dotazů a odpovědí. Odborníci odpovídají na dotazy do dvou pracovních dnů.

E-mailová adresa: problem@ditekrize.cz

5.3.5.2 Internetová linka důvěry Modré linky

Zajišťuje internetové poradenství především dětem a mladistvým v obtížných životních situacích s odpovědí do dvou pracovních dnů.

E-mailová adresa: help@modralinka.cz

5.3.5.3 Internetová linka důvěry krizového centra Spondea

Nejpozději do 24 hodin obdrží klient odpověď od odborného pracovníka (psychologa, speciálního pedagoga či sociální pracovníce).

Od konce loňského roku poskytují poradenství také formou chatu (prostřednictvím programu ICQ) a formou videochatu¹⁰⁴ (prostřednictvím programu Skype).

E-mailová adresa: krizovapomoc@spondea.cz

5.3.5.4 Internetová linka Sdružení Linky bezpečí

Děti, které nemají možnost využít telefonu, ale mají přístup k internetu, se mohou na Linku bezpečí obrátit přes e-mail a konzultovat zde své problémy. Odborníci ze Sdružení Linky bezpečí se snaží odpovídat na dotazy v co nejkratším možném termínu, zpravidla do 3 pracovních dnů.

E-mailová adresa: ilb@linkabezpeci.cz

Mezi těmito subjekty by mělo fungovat propojení na úrovni velmi dobré spolupráce. Krizoví pracovníci a odborníci zabývající se syndromem CAN však

¹⁰⁴ Videochat využívá ke komunikaci webovou kameru, která přenáší obraz i zvuk do vzdáleného počítače. Klient tak nemusí dojíždět do Krizového centra, a přesto mu je zajištěna okamžitá odborná pomoc.

současný stav kritizují. Spolupráce mezi jednotlivými institucemi není příliš funkční. Nestátní neziskové organizace ukazují, že je taková součinnost možná, dokáží mezi sebou vcelku dobře komunikovat, předávat si zkušenosti s řešením jednotlivých případů i řešením systémovým. Co se týče státních organizací, v průběhu posledních pár let došlo k výraznému zlepšení v předávání informací i spolupráci jako takové, stále však existují jisté nedostatky, které by bylo třeba systémově a legislativně řešit.

Na způsob řešení problémů orgány sociálně právní ochrany dětí a mládeže se hromadí stížnosti i v kanceláři ombudsmana ČR.¹⁰⁵ Nejvíce stížností se týká práce sociálních pracovníků, kteří v případě krize v rodině uplatňují především restriktivní opatření, ve většině případů navrhnou odebrat děti rodině a poslat je do ústavní péče. Sociální pracovníci mnohdy nemají dostatečné znalosti ohledně fyzických, psychických a sociálních příznaků syndromu CAN, dětské oběti se u nich často setkávají s nedůvěrou, neochotou, bagatelizací. Tito pracovníci se většinou řídí hlavně všeobecně platnými předpisy a normami a nepřihlížejí k sociálním právům a ochraně dětí podle mezinárodně doporučených principů. Podobná situace je u lékařů, policistů, soudců. Dochází tak často k systémovému týrání dítěte. Ombudsman prohlásil, že považuje sociální služby v českém státě za nekvalitní a nefunkční, neboť nepodporují správná a optimální řešení krizových procesů v rodinách.

Navíc bývají preferována státní zařízení před nestátními. Děti, o které se rodiče nemohou, nechťejí nebo nejsou schopni starat, končí obvykle v ústavní péči, kde nejsou respektovány sourozenecké vazby (děti do tří let jsou umístovány nejčastěji do kojeneckých ústavů, starší děti do školských zařízení, případně do ústavů sociální péče). A to i přes známý fakt, podložený několika studiemi, že ústavní péče má za následek psychickou deprivaci dětí. Oproti tomu nestátní zařízení, jako například Klokánky, bývají rodinného typu, kdy se v jedné “rodině” nachází obvykle čtyři děti (v případě větších sourozeneckých skupin i šest dětí), stará se o ně manželský pár, případně “teta“. Děti zde bývají jen na dobu nezbytně nutnou, než se mohou vrátit zpět do rodiny. V případě, že to není z nějakého důvodu možné, je zde ze strany organizace tendence umisťovat tyto děti do náhradních rodin.

¹⁰⁵ Dle Sedlák, 2003/04, roč.58, s.27-28

I státní subjekty však začínají zohledňovat některá z těchto kritérií, proto v čím dál větší míře vznikají dětské domovy rodinného typu, kde mohou být sourozenci (ve většině případů) pohromadě. V těchto domovech se děti věnují podobným činnostem jako v rodině, to znamená, že vaří, uklízí, perou apod., ale učí se i jiným praktickým dovednostem, např. jak hospodařit s penězi apod. To však jen na okraj, mým cílem není zabývat se jednotlivými typy zařízení ústavní péče.

6 VLASTNÍ ZKUŠENOST Z PRÁCE S DĚTMI SE SYNDROMEM CAN

Od začátku března roku 2003 do konce února 2004 jsem pracovala jako dobrovolnice v Azylovém domě pro děti, který sídlí Na Slupi 1445/19, na Praze 2. Je určený pro děti od tří do osmnácti let, které potřebují okamžitou pomoc. Azylový dům je zaměřen především na děti se syndromem CAN, ale i děti opuštěné, děti, které žijí na ulici, které utíkají z domova, z dysfunkčních rodin či jinak ohrožené děti. Hlavním úkolem azylového domu je výkon sociálně právní ochrany těchto dětí.

Azylový dům je občanským sdružením, které dětem zajišťuje nejen ubytování, stravu a jisté ochranné zázemí, ale i odbornou péči – psychodiagnostickou, psychoterapeutickou a rodinně terapeutickou. Velký důraz kladou především na spolupráci s rodinou. Cílem je korekce problému a zároveň i vztahů v rodině tak, aby se – pokud je to možné – dítě do rodiny mohlo vrátit. O to se snaží ve spolupráci se státními orgány a dalšími institucemi. V případě, že je návrat dítěte do rodiny nemožný, je snaha umístit dítě do širší rodiny (často k prarodičům), pokud ani to není možné, do náhradní rodinné péče či ústavního zařízení.

Kapacita azylového domu je uzpůsobena pro deset dětí, mají zde dva pokoje – jeden pro chlapce a jeden pro dívky. Malým počtem dětí je zajištěn individuální přístup ke každému z nich. Během jednoho roku se toto zařízení postará asi o 60 dětí. Dům funguje nepřetržitě, střídá se zde několik odborných vychovatelů, kteří mají pedagogické vzdělání. Kromě nich v azylovém domě působí klinický

psycholog, sociální pracovníce, psychoterapeut a dobrovolníci z řad odborníků i studentů psychologie, pedagogiky a sociálních prací. Zaměstnanci Azylového domu pro děti mají zajištěnu supervizi.

Občanské sdružení spolupracuje s dalšími institucemi, především s OPD, s policií, soudy, školami, lékaři, poradnami a městskými částmi. Kromě státních institucí spolupracují také s nestátními, neziskovými organizacemi jako jsou Linka bezpečí či občanské sdružení STŘEP (Středisko pomoci dětem a rodinám), ale i různými nadacemi. Spolupráci se státním sektorem si vcelku chválí. Ze strany jiných neziskových organizací cítí spíše jistou rivalitu, která je způsobena především finančními problémy všech těchto institucí.

Co se týče materiálního zázemí, část financí získávají prostřednictvím různých grantů – hlavně z Ministerstva práce a sociálních věcí a Magistrátu hlavního města Prahy – část financí získávají od sponzorů a od různých nadací. Většinu těchto prostředků použijí na platy zaměstnanců, nájemné (to mají z velké části hrazeno Městskou částí Prahy 2, která touto formou také přispívá), ostatní na vybavení a provoz domu.

S financemi jsou spjaty nejvýraznější problémy, na které si zaměstnanci stěžují. Finance jsou totiž základní otázkou, která rozhoduje o existenci či neexistenci tohoto zařízení. Bohužel, s problémem zabezpečení dostatečné finanční částky pro provoz domu se setkávají každý rok.

Během svého působení zde jsem se setkala s dětmi zanedbávanými, zneužívanými a týranými, s dětmi, jejichž rodina se dostala do těžké životní situace, s dětmi z rodiny alkoholiků, s dětmi, které utíkají z domova a dětmi, jejichž rodiče jsou hospitalizováni. Doba pobytu se u jednotlivých dětí velmi liší. Některé děti jsou sem umístěny jen na pár dní (např. děti, jejichž rodiče jsou momentálně v tíživé finanční situaci, ale řeší ji), jiné i na několik měsíců (např. pokud rodina nejeví o dítě zájem, případně není schopna zjednat nápravu a o dítě se náležitě starat). V podstatě záleží na konkrétní situaci, ve které se dítě i rodina nachází.

Do tohoto zařízení jsem chodila pravidelně jednou týdně odpoledne na dvě až tři hodiny a snažila jsem se vyplnit volný čas dětí. Nečastěji formou her – ať už pohybových, interakčních či her zaměřených na osobnostní a sociální rozvoj dětí. Zařazovala jsem i kreativní činnosti a někdy jsem využívala i různých relaxačních technik. Musím předeslat, že nebylo lehké zkoordinovat činnost dětí, které často

bývaly různého věku (už jsem se zmínila, že azylový dům přijímá děti od tří do osmnácti let) a hlavně mnohdy z týdne na týden některé odešly a přišly děti jiné. Často jsem je tedy rozdělovala podle věku do skupinek a s těmi jsem pak pracovala odděleně, případně jsem zapojení menších dětí svěřovala těm nejstarším (formou pomoci a částečně i péče o ně).

Vzhledem k tomu, že děti se syndromem CAN, kterých bylo v této instituci nejvíce, trpí často nízkým sebevědomím, obvykle neumějí navazovat adekvátní vztahy mezi vrstevníky, některé jsou velmi agresivní, jiné zase introvertní až pasivní apod., snažila jsem se pokaždé alespoň část odpoledne soustředit na určité téma, které by pro ně mohlo být prospěšné. Například na komunikaci, kooperaci, na sebepoznání, mezilidské vztahy aj.

Nedalo se plně navazovat na předešlou práci, kterou jsem s nimi už vykonala, přesto jsem se snažila, aby mé působení v azylovém domě mělo určitou posloupnost, aby se určitým způsobem vyvíjelo.

V diplomové práci jsem popsala celou řadu příznaků, symptomů i následků různých forem syndromu CAN. Ve své praxi jsem se s nimi také setkala. Například týrané děti se vyznačovaly svou agresivitou, nevráživým až násilným chováním vůči svým vrstevníkům, ale na druhé straně si většinou nevěřily, i když jejich chování mělo zřejmě ukázat, že jsou pány situace. Mnohokrát mě zarazilo, i když jsem s tím časem již počítala, že když jsem je chtěla pohladyt, pokaždé před rukou uhnuly. Byl to jakýsi reflex, zřejmě vypěstovaný jako obrana před pohlavkem či jiným druhem tělesných trestů. Některé za sebou měly zkušenost s delikvencí. Vyskytovaly se u nich problémy s navazováním přátelských vztahů s vrstevníky, a to především díky svým výbušným reakcím a náladovosti. Tyto děti byly typickými narušiteli během činností, které vyžadovaly soustředění, uvolnění se, případně činností, kde „nehrály hlavní roli“.

Sexuálně zneužívané děti, respektive dívky (za rok praxe v azylovém domě jsem se neseťkala se sexuálně zneužívanými chlapci), které jsem měla možnost poznat, byly na svůj věk velmi sexuálně vyspělé, což rády demonstrovaly vyzývavým chováním. Zároveň si tím zajišťovaly jistou přízeň u chlapců. I u nich se často objevovala náladovost, některé dívky byly schopné kvůli malým „nezdarům“ upadat skoro až do depresí. Jejich přístup k životu by se leckdy dal vyjádřit slovy „Mě už nic nezachrání“. Proto přistupovaly k většině činností, které neznaly, laxe, přezíravě a dokud nezjistily, že se jedná o něco, co by mohlo být

zajímavé nebo co by je bavilo, stály většinou stranou. Často se zapojovaly až po určité chvíli.

Zanedbávané děti v azylovém domě byly povětšinou introvertní, velmi plaché a stydlivé. Z vnějších příznaků byly typické špatná hygiena, lépe řečeno nedostatečné hygienické návyky, některé děti se neuměly ani samy ustrojít, jíst příborem, v jednom případě chlapec (tuším, že mu bylo kolem 7 let) neuměl ani pořádně rozkousat tuhou potravu. Reakce ostatních dětí vůči těm zanedbávaným byly nevybíravé. Bylo těžké zapojit je do her, protože se s nimi nechtěl skoro nikdo kamarádit a navíc jim překážela jejich uzavřenost. Nicméně když překonaly ostych, dost často dominovaly v individuálních činnostech, zejména pokud byla předpokladem koncentrace.

ZÁVĚR

V práci „Krizová intervence dětí se syndromem CAN“ jsem se snažila o co nejsystematičtější zpracování celé problematiky. Šlo mi především o vystižení hlavních charakteristik syndromu CAN, nastínění způsobu krizové intervence a zmapování situace v České republice.

Statistické údaje ukazují, že se řadíme na přední místa ve světě s velmi vysokým počtem týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí, a to i přes to, že oficiálně vykazujeme jen případy zachycené policií. Ročně se jedná asi o 20 000 dětí.

Za největší problém, na který diplomová práce poukazuje, považuji absenci samostatného úřadu, který by koordinoval práci resortů a institucí v této oblasti. Řešení problému dětí se syndromem CAN totiž spadá do resortů několika ministerstev – Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva vnitra a Ministerstva spravedlnosti.

Jednotlivé instituce často nejsou schopny se domluvit, mnohé úkony se dějí na úkor dítěte opakovaně, případně kvůli chybějícímu koordináčnímu článku se nezřídka nesmyslně protahuje soudní řízení.

Ráda bych naopak vyzdvihla činnost nestátních, neziskových organizací, které většinou krizovou intervenci zajišťují dobře a jejich základní snahou není dítě umístit v zařízení ústavní péče, ale pokud možno ho navrátit do rodiny zpět, případně do rodiny náhradní.

Dlouholetou zkušenost s poskytováním pomoci dětem se syndromem CAN mají krizová centra, kde spolupracuje celý tým odborníků – psycholog, terapeut, sociální pracovník, lékař a právník. Zároveň však spolupracují s orgány sociálně právní ochrany dětí, policií, soudy, aj. Takovýchto zařízení by podle mého názoru mělo být více, stejně jako azylových domů, protože zabezpečují okamžitou a účinnou pomoc a zohledňují především zájmy dítěte.

Má práce je teoretická, ale celkem obsáhlá a je zpracována z velkého množství různých zdrojů. Její význam vidím v systematickém uspořádání informací týkajících se syndromu CAN i krizové intervence. Mohou ji jako základ využít například studenti, které tato problematika zajímá a chtějí se jí zabývat,

případně mohou některé části propracovat do hloubky. Lze ji použít i jako podklad k výzkumnému šetření jevů v oblasti týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí. Může také sloužit jako potenciální zdroj teoretických informací.

Snažila jsem se práci obohatit o vlastní, praktické zkušenosti s dětmi se syndromem CAN, které jsem získala během svého působení v Azylovém domě pro děti.

ANOTACE

Diplomová práce na téma „Krizová intervence dětí se syndromem CAN“ je čistě teoretická. První část nabízí deskripci základních pojmů týkajících se problematiky syndromu CAN, analýzu statistických dat a přehled současné legislativy. Část druhá pojednává o krizové intervenci, především o její konkrétní podobě u týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí a o činnosti institucí, které těmto dětem pomáhají.

Poslední kapitola je věnována Azylovému domu pro děti v Praze, jeho aktivitám a spolupráci s dalšími organizacemi ze soukromého i státního sektoru.

RÉSUMÉ

Graduation thesis called “Crisis Intervention of Children with Child Abuse and Neglect Syndrome” is purely theoretical. The first part offers a description of fundamental terms relating to the subject of Child Abuse and Neglect Syndrome, statistical data analysis, and a compendium of current legislation. The second part disserts on crisis intervention, especially on the specific form of help to abused and neglected children, and on institutional help.

Last chapter presents Sanctuary for Children in Need in Prague, its activities and cooperation with other non-governmental or public organisations.

SEZNAM LITERATURY:

- AGATHONOS, Helen. Shrnutí jednání 3. evropské konference o zneužívaném a zanedbávaném dítěti, konané ve dnech 23. – 26. června 1991 v Praze. *Československá pediatrie*, 1992, roč.47, č.2, s.69-72.
- ASHTON, Vicki. The relationship between attitudes toward corporal punishment and the perception and reporting of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 2001, roč.25, č.3, s.389-399.
- BEROUŠEK, Petr. Varování odborníků. Čeká nás pandemie syndromu CAN? *Za školou*, 1995, roč.6, č.7/8, s.20.
- BISKUP, Pavel. Spoluúčast obce. *Státní správa a samospráva*, 1994, roč.5, č.7, s.21.
- Definice CAN podle zdravotní komise Rady Evropy z r.1992. *My a děti*, 1993, roč.23, č.4, s.9.
- DOKOUPILOVÁ, Regina. Týrané děti. *Učitelské noviny*, 1996, roč.99, č.1, s.10.
- DUNOVSKÝ, Jiří – DYTRYCH, Zdeněk – MATĚJČEK, Zdeněk. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-192-5.
- DUNOVSKÝ, Jiří. Dětské krizové centrum: význam a možnosti. *Sociální politika*, 1995, roč.21, č.2, s.7-10.
- DUNOVSKÝ, Jiří. Děti bez dětství, děti bez lásky. *Česká škola*, 1995, roč.1, č.8, s.3.
- DUNOVSKÝ, Jiří. K problematice ohrožovaného dítěte. *Sociální politika*, 1994, roč.20, č.3, s.6-8.
- DUNOVSKÝ, Jiří. K problematice násilí na dětech v ČR. *Sociální politika*, 2002, roč.28, č.3, s.4-5.
- DUNOVSKÝ, Jiří. Přístupy a pojetí syndromu zneužívaného a zanedbávaného dítěte v Československu v evropském kontextu. *Československá pediatrie*, 1992, roč.47, č.2, s.65-68.
- DUNOVSKÝ, Jiří. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě ve světě a u nás. *Amireport. Aktuální medicínské informace*, 1995, roč.3, č.2, s.77-79.
- DUNOVSKÝ, Jiří. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě ve světle Úmluvy o právech dítěte z roku 1989 a Doporučení Rady Evropy z roku 1992. *Amireport*, 1995, roč.3, č.2, s.73-77.
- DUNOVSKÝ, Jiří. Syndrom týraného dítěte v pilotážní studii pro monitoring v České republice. *Sociální politika*, 1996, roč.22, č.1, s.13-16.

- DUNOVSKÝ, Jiří. Syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte a dětská krizová centra u nás. *Československá pediatrie*, 1997, roč.52, č.5, s.247-251.
- DUNOVSKÝ, Jiří. Ublížené dítě ve velkém městě a škola. *Informatorium*, 1994/95, roč.2, č.5, s.6-7.
- DUŠKOVÁ, Zora a kol. *Obraz problematiky týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte v letech 1992-2003*. Praha: Dětské krizové centrum, 2004.
- DYTRYCH, Zdeněk – MATĚJČEK, Zdeněk. Týrané a zneužívané dítě. *Otec, dítě, rodina*, 1995, roč.2, č.1, s.1-3.
- EIS, Zdeněk. *Volejte linku důvěry: Co s krizemi, které nás potkávají?* Jinočany: H&H, 1993. ISBN 80-85467-20-8.
- ELLIOTTOVÁ, Michele. *Jak ochránit své dítě*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-419-2.
- HALFAROVÁ, Hana. Bezbranný mezi svými. *Psychologie dnes*, 2001, roč.7, č.11, s.16-17.
- HALFAROVÁ, Hana. Výskyt násilí na dětech v České republice. *Česko-slovenská pediatrie*, 2002, roč.57, č.7, s.380-384.
- HARTL, Pavel - HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- JEDLIČKA, Richard – KLÍMA, Petr – KOŤA, Jaroslav – NĚMEC, Jiří – PILAŘ, Jiří. *Děti a mládež v obtížných životních situacích. Nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí*. Praha: Themis, 2004. ISBN 80-7312-038-0.
- KOŠULICOVÁ, Marie – KRATOCHVÍL, Josef – MARTINKOVÁ, Milada – SOVÁK, Zdeněk – SLUNEČKO, Petr. Ještě jednou o dětech týraných. *Otec, dítě, rodina*, 1995, roč.2, č.2, s.2-6.
- KOVAŘÍK, Jiří. Ohrožené děti po dvaceti letech (I). *Česko-slovenská pediatrie*, 1994, roč.49, č.1, s.23-27.
- KRAMULOVÁ, Daniela. Týrání bez modřin. *Rodina a škola*, 1998, roč.45, č.5, s.6.
- KUBÍČKOVÁ, Zdeňka. Kritické životní situace dětí a mládeže a jejich důsledky v dospělosti. *Speciální pedagogika*, 1994/95, roč.5, č.4, s.1-9.
- LOM, Petr. O týraných dětech. *My a děti*, 1993, roč.23, č.4, s.7-8.

- LOVASOVÁ, Lenka. Rodinné vztahy. In *Bulletin sdružení Linka bezpečí*. Praha: Sdružení Linka bezpečí dětí a mládeže, 2005, č.3. Část Odborná příloha časopisu Linka bezpečí. s.2-5.
- MARTINKOVÁ, Milada. Špatné zacházení s dětmi a mladistvými v rodině – některé současné přístupy a vymezování pojmů. *Československá psychologie*, 1994, roč.38, č.6, s.514-529.
- MAŠKOVÁ, Marta. Linka pro děti. *Za školou*, 1995, roč.5, č.12, s.6-7.
- MATĚJČEK, Zdeněk. Ublíživání dítěti – psychologie prevence. *Československá pediatrie*. 1994, roč.49, Suppl.1, s.20-22.
- MATĚJČEK, Zdeněk – BUBLEOVÁ, Věduna – KOVAŘÍK, Jiří. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: Psychiatrické centrum, 1997. ISBN 80-85121-89-1.
- NOVOTNÁ, Věra. Jak pomoci týranému, zneužívanému a zanedbávanému dítěti? *Děti a my*, 2000, roč.30, č.1, s.30.
- NOVOTNÁ, Věra. Legislativní úprava ochrany dětí a mládeže před zanedbáváním, zneužíváním a týráním. *Sociální politika*, 1995, roč.21, č.6, s. 12-13.
- PALARDY, Michael. Some Types of Children-at-Risk. *Education*, 1994/95, roč.115, č.4, s.633-636.
- PÖTHE, Peter. *Dítě v ohrožení*. Praha: Nakladatelství G plus G, 1999. ISBN 80-86103-21-8.
- PÖTHE, Peter. Proč rodiče týrají své děti?. *Propsy*, 1997, roč.3, č.5, s.4-7.
- RYŠÁNKOVÁ, Magdalena - BOSÁK, Viktor – KUČERA, Zdeněk – LAINOVÁ, Monika. Tělesné týrání v dětství u dospělé populace ČR: výskyt a některé souvislosti. *Československá pediatrie*, 2004, roč.59, č.5, s.229-241.
- ŘÍČAN, Pavel. Šikanování jako psychologický problém. *Československá psychologie*, 1993, roč.37, č. 3, s.208-217.
- Sborník přednášek přednesených na 2. East-West konferenci o sexuálním zneužití dětí, sexuálním násilí a PTSP, Praha, Česká republika 1999*. Praha: Společnost pro podporu zdraví dětí a dospívajících, 2000.
- SEDLÁK, Jiří. Domácí násilí a sociálně právní ochrana v praxi. *Předškolná výchova*, 2003/04, roč.58, č.1, s.27-30.
- SEDLÁK, Jiří. Příznaky psychického týrání dětí v domácím prostředí. *Předškolná výchova*, 2001/02, roč.56, č.2, s.19-22.

- SEDLÁK, Jiří. Znaky domácího násilí u dětí předškolního věku. *Předškolná výchova*, 2002/03, roč.57, č.2, s.1-3.
- Sexuální zneužívání dětí a sexuální násilí. Sborník z konference East-West, Praha 1996.* Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 1997. ISBN 80-85529-31-9.
- SOVÁK, Zdeněk. Týrání dětí z pohledu trestního práva. *Amireport. Aktuální medicínské informace*, 1995, roč.3, č.2, s.82-85.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. *Krizová intervence pro praxi.* Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0586-9.
- ŠTASTNÁ, Jana. K výkonu sociálně-právní ochrany dětí obecními úřady obcí s rozšířenou působností. *Sociální politika*, 2003, roč.29, č.10, s.4-6.
- VANÍČKOVÁ, Eva – HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana – PROVAZNÍKOVÁ, Hana. *Násilí v rodině: Syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte.* Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-008-4.
- VANÍČKOVÁ, Eva – PROVAZNÍKOVÁ, Hana – PROVAZNÍK, Kamil – HAVLÍNOVÁ, Miluše. Násilí v rodině – syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte. *Hygiena*, 1994, roč.39, č.3, s. 159-165.
- VANÍČKOVÁ, Eva. 6. seminář České společnosti na ochranu dětí. *Hygiena*, 1996, roč.41, č.3, s.189-190.
- VANÍČKOVÁ, Eva. Růžová linka sedmiletá. *Děti a my*, 2001, roč.31, č.4, s.30.
- VANÍČKOVÁ, Eva. *Tělesné tresty dětí. Definice, popis, následky.* Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0814-0.
- VANÍČKOVÁ, Eva. Víte, že existuje Česká společnost na ochranu dětí? *Učitelské noviny*, 1996, roč.99, č.14, s.18.
- VOCILKA, Miroslav. Týrané děti. *Učitelské noviny*, 1994, roč.97, č.16, s.12-13.
- VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence.* Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.
- VODIČKOVÁ, Marie. Ohrožené děti nemají čas čekat... *Děti a my*, 1995, roč.25, č.1, s.3-4.
- VYMĚTAL, Jan. Pohlavní zneužívání dětí. *Propsy*, 1998, roč.4, č.7, s.8-9.
- Výroční zpráva 2002.* Praha: Dětské krizové centrum, 2003.
- Výroční zpráva 2003.* Praha: Dětské krizové centrum, 2004.
- Výroční zpráva 2004.* Praha: Dětské krizové centrum, 2005.

Výroční zpráva 2005. Praha: Dětské krizové centrum, 2006.

WEISS, Petr a kol. *Sexuální zneužívání, pachatelé a oběti*. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-795-8.

ZOUBKOVÁ, Ivana. Kriminalita páchaná na mládeži. *Kriminalistika*, 2001, roč.34, č.2, s.83-95.

Internetové odkazy:

URL: <<http://www.ditekrize.cz>>

URL: <<http://www.dkc.cz>>

URL: <<http://www.epravo.cz>>

URL: <<http://www.fod.cz>>

URL: <<http://www.linkabezpeci.cz>>

URL: <<http://www.modralinka.cz>>

URL: <<http://www.nasedite.cz>>

URL: <<http://www.noviny-mpsv.cz>>

URL: <<http://www.spondea.cz>>

URL: <<http://www.tyrane-deti.cz>>

URL:<http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/chap3.pdf> [cit. 2006-11-25]

URL:<<http://www.llp.cz/subdomains/cz/www.unhchr.ch/html/menu2/6/crc/doc/session32.htm>> [cit. 2006-05-10]

URL: <<http://www.iustin.cz/art.asp?art=195>> [cit.2006-10-28]

PŘÍLOHY

Tab. 1 Počty klientů DKC v letech 1992–2005 dle diagnostických kategorií

Diagnostická kategorie	Počet	%
fyzické týrání	265	7,8
psychické týrání	76	2,3
sexuální zneužívání	618	18,3
ohrožující prostředí	684	20,3
spor o dítě	871	25,8
zanedbávání	174	5,2
jiná problematika	686	20,3
Celkem	3 374	100,0

Tab. 2 Počty klientů DKC v roce 2005 dle diagnostických kategorií

Kategorie	Nově zahájené péče	Pokračující péče	Počet klientů	Konzultace
fyzické týrání	12	11	23	347
psychické týrání	3	5	8	121
sexuální zneužívání	68	34	102	1 333
ohrožující prostředí	25	26	51	411
spor o dítě	58	38	96	766
jiná problematika	59	25	84	695
Celkem	225	139	364	3 673

Tab. 3 Převažující problematika v kontaktech přijatých Linkou důvěry DKC v roce 2005

Převažující problematika	Počet
syndrom CAN	1 095
závislosti	106
sexuální problematika	26
zdravotní problematika	189
sociálně právní problematika	165
náhlá traumatizující událost	140
vztahová problematika	491
existenční problematika	706
Celkem	2 918*

* v některých kontaktech se stejnou měrou vyskytuje více problematických oblastí, proto číslo převyšuje počet přijatých kontaktů

Tab. 4 Oznamené případy CAN podle základních forem a pohlaví dle pilotážní studie DKC a MPSV

Druh týrání	Pohlaví		CELKEM	
	mužské	ženské	počet	%
tělesné týrání	30 50,0%	30 50,0%	60	56,1
sexuální zneužití	2 5,4%	35 94,6%	37	34,6
psychické týrání	6 60,0%	4 40,0%	10	9,3
CELKEM	38 35,5%	69 64,5%	107	100

Tab.5 Počty týraných a sexuálně zneužívaných dětí v ČR dle statistických údajů MPSV

Počty týraných a sexuálně zneužívaných dětí v ČR			
Rok	Počet týraných dětí (psychické a tělesné týrání)	Počet sexuálně zneužitých dětí	Celkem
2000	743	614	1357
2001	884	522	1406
2002	698	537	1235
2003	950	665	1615
2004	1028	698	1726
2005	1319	664	1983
Celkem	5622	3700	9322

Tab. 6 Výskyt jednotlivých forem záměrného užití síly ve sledovaném souboru dle retrospektivní studie Sdružení Linka bezpečí a mládeže

Stalo nebo stávalo se někdy, že nějaký dospělý:	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
Vám dal facku nebo pohlavek.	428	76,2 %	349	64,4 %	777	70,4 %
Vás uhodil rukou v oblasti hýždí nebo přes ruce.	403	71,7 %	364	67,2 %	767	69,5 %
Vás tahal za vlasy nebo uši.	163	29,0 %	92	17,0 %	255	23,1 %
Vás uhodil nebo bil nějakými předměty jinde na těle.	110	19,6 %	87	16,1 %	197	17,8 %
Vámi cloumal nebo do Vás strkal.	76	13,5 %	44	8,1 %	120	10,9 %
Vás uhodil nebo bil nějakým(i) předmětem (předměty) do hlavy.	38	6,8 %	34	6,3 %	72	6,5 %
Vás tloukl pěstí jinde na těle.	24	4,3 %	18	3,3 %	42	3,8 %
Vás kousal nebo štípál.	18	3,2 %	10	1,8 %	28	2,5 %
Do Vás kopal.	11	2,0 %	16	3,0 %	27	2,4 %
Vám tloukl hlavou o něco.	11	2,0 %	14	2,6 %	25	2,3 %
Vás tloukl pěstí do hlavy.	18	3,2 %	6	1,1 %	24	2,2 %
Vás dusil nebo škrtil.	3	0,5 %	10	1,8 %	13	1,2 %
Vás svazoval nebo k něčemu přivazoval.	6	1,1 %	3	0,6 %	3	0,6 %
Vás postřelil.	5	0,9 %	2	0,4 %	7	0,6 %
Vás opařil nebo popálil.	3	0,5 %	3	0,6 %	6	0,5 %
Vám tělesně ubližoval i jiným způsobem.	1	0,2 %	5	0,9 %	6	0,5 %
Vás pořezal nožem či jiným ostrým předmětem.	2	0,4 %	3	0,6 %	5	0,5 %
N	562	-	542	-	1104	-

Tab. 7 Záměrné užití síly dospělých vůči dětem dle retrospektivní studie Sdružení Linka bezpečí a mládeže

	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
Záměrné užití síly	483	86,0 %	434	80,0 %	917	83,1 %
Bez zkušenosti	79	14,0 %	108	20,0 %	184	16,9 %
Celkem (N)	562	100,0 %	542	100,0 %	1104	100,0 %

Tab. 8 Fyzické týrání podle ohrožení dle retrospektivní studie Sdružení Linka bezpečí a mládeže

	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
Fyzické týrání (podle ohrožení)	150	26,7 %	119	22,0 %	269	24,4 %
Bez zkušenosti	412	73,3 %	423	78,0 %	835	75,6 %
Celkem (N)	562	100,0 %	542	100,0 %	1104	100,0 %

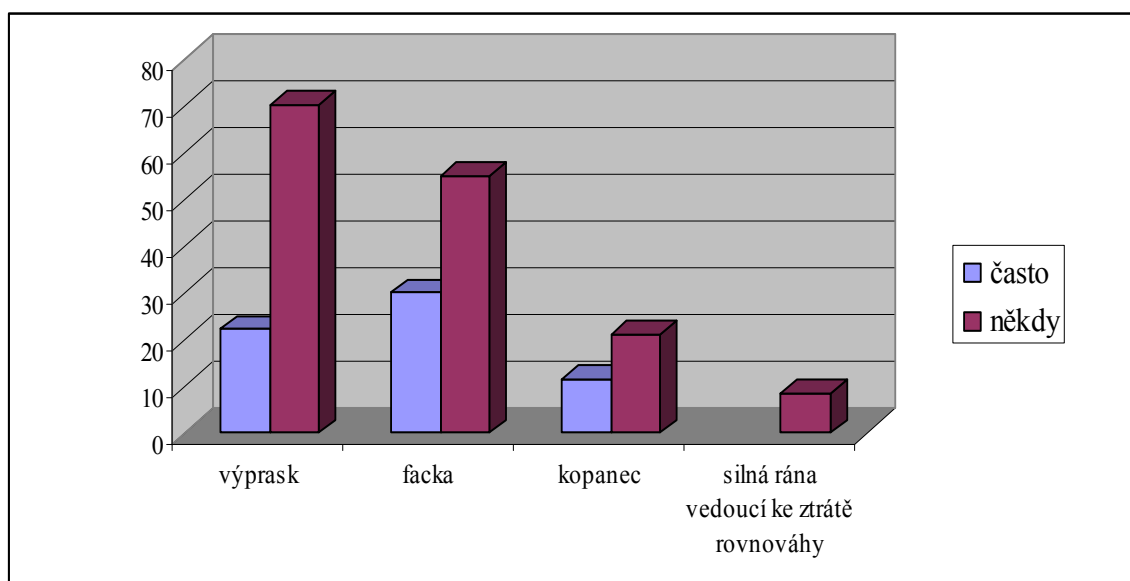
Tab. 9 Fyzické týrání podle následků dle retrospektivní studie Sdružení Linka bezpečí a mládeže

	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
Fyzické týrání (podle následků)	122	21,7 %	90	16,6 %	212	19,2 %
ZUS bez následků	361	64,2 %	344	63,5 %	705	63,9 %
Bez zkušenosti	79	14,1 %	108	19,9 %	187	16,9 %
Celkem (N)	562	100,0 %	542	100,0 %	1104	100,0 %

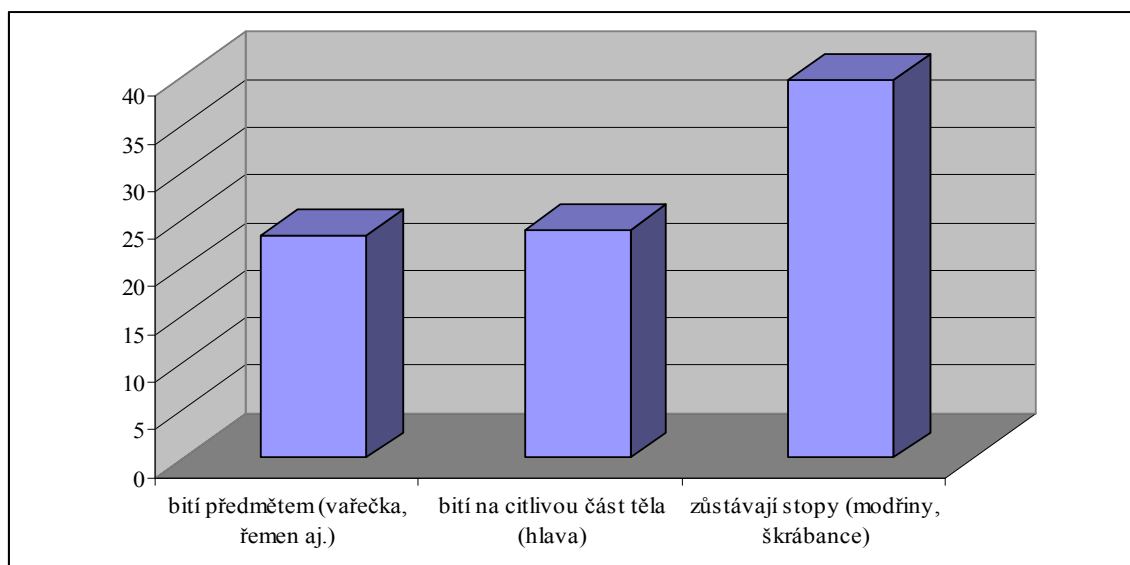
Tab. 10 Model krizové intervence podle Golanové

Počáteční fáze – formulace	Střední fáze – realizace	Konečná fáze – ukončení
první kontakt	první až šestý kontakt	sedmý a osmý kontakt, pokud je to nutné
<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zaměřit se na stav krize • koncentrovat se na „ted“ hned“ • ventilace emocí • prozkoumat rizikovou událost • zhodnotit dopad události 	<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • doplnění chybějících informací • zkontrolovat nesrovnalosti • vybrat hlavní témata (ztráta, změna, výzva) 	<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rozhodnutí o ukončení • pomoci klientovi vyrovnat se s ukončením procesu krizové intervence • nabídnout pokračování péče a pomoci v jiné formě (např. psychoterapie)
<p>B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vyhodnocení • konstatování rozhodnutí • seznam okolností a prvořadých problémů • ověřit klientovy priority • určit hlavní problém 	<p>B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • změna chování • ověřit klientovy adaptační mechanismy • stanovit realistické, krátkodobé a dosažitelné cíle 	<p>B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prozkoumat pokrok • posoudit hlavní témata • připomenout dosažené cíle, úkoly, změny, nedokončenou práci
<p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> • smlouva (kontrakt) • definovat pro klienta i pro pracovníka cíle a problémy; 	<p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> • identifikovat obecné problémy a úkoly • společně vypracovat plán • řešení úkolů a problémů 	<p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> • naplánovat budoucnost • diskutovat o současných problémech • probrat klientovy plány • pomoci klientovi, aby měl pocit, že proces intervence je ukončený

Obr. 1 Tělesné tresty dětí v rodině dle deskriptivní studie 3.LF UK Praha (v %)



Obr. 2 Tělesné týrání dětí v rodině dle deskriptivní studie 3.LF UK Praha (v %)



Obr. 3 Anatomické panenky používané k diagnostice sexuálně zneužitých dětí



Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

DOPORUČENÉ POSTUPY PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE

Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ
ČR 5390-3

Reg. č. o/086/071

**Syndrom zanedbávaného, zneužívaného a týraného
dítěte**

Autor: MUDr. Pavel Biskup

Gesce: Společnost sociální pediatrie ČLS JEP

Oponenti: MUDr. Zdeněk Novotný
MUDr. Petr Karger

DEFINICE: *Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, dle anglosaské literatury Child Abuse and Neglect, (dále jen sy.CAN), je soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti, v rodině především. Jsou výsledkem převážně úmyslného ubližování dítěti, způsobeného nebo působeného nejčastěji jeho nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči. Jejich nejvyhraněnější podobou je úplné zahubení dítěte. Za týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte považujeme jakékoliv nenáhodné, preventabilní, vědomé (případně i nevědomé) jednání rodiče, vychovatele anebo jiné osoby vůči dítěti, jež je v dané společnosti nepřijatelné nebo odmítavé a jež poškozují tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popřípadě způsobuje jeho smrt (1). Sy.CAN nerespektuje vzdělání rodičů. Na jedno fyzicky týrané dítě připadají zpravidla tři zanedbávané děti. Nejhuře prokazatelné je psychické týrání dítěte. Sexuální zneužití v dětském a adolescentním věku je častější, než-li se obecně míní. Nejčastěji jsou pachateli osoby z nejbližšího okolí dítěte.*

VYMEZENÍ sy.CAN: Základní klasifikace: T 74 Syndromy týrání. Podpurná klasifikace: F 40 – 48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, Z 55- 65 Osoby s potencionálně ohroženým zdravím ve vztahu k socioekonomickým a psychologickým okolnostem (MSKN ve znění desáté decennální revize, 1992).

CHARAKTERISTICKÁ RIZIKA VEDOUcí K sy.CAN (2): neexistuje jednoznačná predikce sy.CAN. Avšak ze společenské situace, ze sociálního prostředí dítěte a z aktuálního zdravotního a psychického vývoje dítěte samého již lze vyslovit podezření. Pokud zdravotnické zařízení rozezná, že dítě a nebo i jeho sourozenci žijí v rizikovém prostředí, pak se jedná o děti ve zvlášť obtížné situaci, které potřebují zvláštní pomoc společnosti (multidisciplinární a mezirezortní přístup), viz Úmluva o právech dítěte. Již podezření ze sy.CAN podléhá oznamovací povinnosti dle §§ 53, 10, odst.4, Zá.č. 359/1999 Sb., O sociálně právní ochraně dítěte.

Celospolečenská rizika: národnost, příslušnost k určité etnické skupině, neschopnost komunikovat českým jazykem, místo pobytu v městské aglomeraci či venkově, ohrožení válečným konfliktem, zasažení přírodní katastrofou, vtažení do ekonomických problémů národa či rodičů. **Rizikové vztahy v rodině:** děti nezletilého rodiče, děti mladé matky samoživitelky, děti imigrantů, děti uprchlíků hledajících azyl, děti minorit, děti vyrůstající ve zločineckém

prostředí, děti rodičů s HIV/AIDS, nemanželské děti, děti z incestního spojení. Děti narozené v rodině s etnickými, náboženskými či národnostními rozdíly. **Rizikové dítě:** nezaregistrované úřady během porodu, z mnohočetných gravidit, s postižením, podrobené násilí, s HIV/AIDS, bez domova, sirotek. Narozené rodičům se zvláštním životním stylem, žebrákům či toxikomanům.

KLINICKÝ OBRAZ sy.CAN podrobně viz (1), (3), (4), zde jen zákl.dělení a příklady:

Klasické příznaky **fyzického týrání** jsou modřiny, popáleniny, zlomeniny. Modřiny jsou nejčastější známkou fyzického týrání. Nejčastěji vznikají úderem či údery, kroucením kůže končetin či uší. Typickým místem nálezu jsou zadeček, záda, stehna. Rozsah i tvar modřiny mnohdy naznačuje předmět, kterým byla způsobena. Nejčastěji se jedná o elektrickou šňůru spotřebiče. Švih zanechává úzkou modřinu se smyčkou ve tvaru „U“. Modřiny mohou být po celém těle, např.stopy prstů na kůži krku po škrcení. Modřina v obličeji či obočí nebo jeho natržení svědčí o úderu pěstí. Opakující se nález modřin na typických místech znamená vždy fyzické násilí. Důležité je správně popsat lokalizace, velikosti a barvy modřin, roztržení kůže či oděrek. U popálenin je vždy podezřelý mechanismus vzniku, který doprovodná osoba uvádí. Typický způsob popálení je od cigaretového oharku. Fyzicky týrané děti jsou páleny na místech, která se běžně při vyšetřování dětí neodhalují, např.na chodidlech. Čerstvá popálenina je charakteristická svým cirkulárním tvarem s hlubokým defektem. V pozdějším období se rána impetiginizuje. Cigaretové spáleniny zanechávají jizvy. Při nálezů jedné podezřelé cirkulární spáleniny či jizvy je třeba hledat na těle další. Opaření vařící vodou je časté u dětí kojeneckého a batolecího věku. Typickým místem opaření je rozkrok- zadeček a genitál, s opařením dolních končetin. Symptomy spálení žhavým předmětem (plotna, žehlička) jsou typické na dlaních, chodidlech a zadečku. 15%-20% týraných dětí utrpí frakturu končetin, žeber, lebky. U dítěte mladšího 2 let je každá fraktura podezřelá z fyzického týrání, resp.ze zanedbávání péče vždy. Opět je potřeba bedlivě zvažovat autenticitu mechanismu úrazu, správným vodítkem je i úroveň psychomotorického vývoje zraněného dítěte. Podezření ze sy.CAN již musí vzbudit pozdní příchod zraněného k prvotnímu lékařskému ošetření (i za

několik dní), opakující se úrazy a fraktury, mnohdy na různých částech těla a v různých fázích hojení.

Charakteristickým úrazem fyzického týrání jsou zlomeniny žeber. Fraktury dlouhých kostí jsou u dětí většinou spirální a mohou vzniknout též kroucením, škrubnutím a silným úderem. Fraktury lebky vzniknou úderem předmětu anebo úderem lebky do tvrdého předmětu. Poranění centrálního nervového systému vzniká úderem nebo nárazem hlavy do tvrdého předmětu. U kojenců může dojít k poranění mozku hrubým a intenzivním zatřesením těla. Následkem hrubého úrazu mozku se rozvine subdurální hematom s dalšími klinickými projevy. Poraněné oči a vyražené zuby jsou neobvyklé úrazy dětí a je potřeba dohledat další symptomy sy.CAN. U kojenců bývá, po surovém krmení lžičkou, časté natržení uzdičky horního rtu. Poranění nitrobřišních orgánů je většinou přidruženým nálezem fyzicky týraného dítěte. Mnohdy se jedná o natrženou slezinu, játra, roztržený žaludek, duodenum, hematom v břišní stěně, traumatickou pankreatitidu, pseudocystu pankreatu. Roztržení či utržení ledviny je též možné. Při podezření na sy.CAN je třeba vždy vyloučit poranění genitálu. Klasickými příznaky **psychického týrání a šikanování** je zesměšňování, kritizování, ponižování a terorizování dítěte v soukromí i na veřejnosti nebo naopak, nepřiměřené nároky na ně. Rodič ignoruje adekvátní potřeby dítěte a vědomě je terorizuje. V dítěti postupně narůstá pocit neštěstí, podceňování, neúspěšnosti a beznaděje. Navenek je dítě samotářské, bez kamarádů, mnohdy vystaveno šikanování spolužáků (viz dále). Psychické týrání dítěte zahrnuje též zřeknutí se dítěte, resp.prosazování ústavní péče a výchovy. Typickým znakem psychického týrání je zamykání ve sklepě, na toaletě nebo ve chlévě se zvířaty. U dětí psychicky týraných se zhoršuje školní prospěch, objevují se nevysvětlitelné teploty, bolesti břicha, bolesti hlavy, pomočování i pokálení. Podobné příznaky jsou popisovány u dětí, o které rodiče nadměrně pečují. Nejčastější forma psychického mučení je tam, kde jsou spory o to, kým bude vychováváno, s kým bude žít, s kým se smí či nesmí stýkat. Tato situace je v mnoha rodinách v rozvodovém řízení. Šikanování se obvykle definuje jako agrese, které se dopouští jedinec nebo skupina vůči jedinci nebo skupině víceméně bezbranným, ať už pro fyzickou nebo jinou slabost nebo nemožnost účinné obrany. Za charakteristické se považuje opakování agrese vůči téže oběti. Klasickými příznaky **sexuálního týrání a**

zneužívání jsou zranění genitálu a konečníku oběti. Klinická manifestace sexuálně zneužitého dítěte je specifická a nespecifická. Mezi specifické symptomy patří např. pohlavně přenosné choroby, včetně HIV/AIDS, ragády a poranění oblasti anální a genitální, hematomy na pohlaví, atd. Mezi nespecifické symptomy patří poruchy spánku, enkompresie, enureza, bolesti břicha, nechutenství, zvracení, poruchy řeči, tiky, hysterie, asociální chování, psychosomatické potíže, deprese, útoky z domova, atd. **Zanedbávání péče** je nejčastějším projevem sy.CAN. Může, ale nemusí současně probíhat s týráním dítěte. Ohrožuje však dítě na životě a způsobuje jeho opožďování ve vývoji. Zanedbávání péče většinou pozorují a posléze popisují sousedé v místě bydliště. Pokud má lékař podezření ze zanedbávání péče, vždy získá validní informace od pedagogů. U zanedbávaných dětí je charakteristická: retardace vývoje, včetně netypického průběhu růstové křivky, absence dítěte při pozvání na systematickou prohlídku, absence při depistážích a očkovacích programech, ignorace doporučených diagnostických a léčebných postupů, vyšší úrazovost. Objektivní názor na péči o dítě získá praktický lékař pro děti a dorost jedině z opakované návštěvy v bytě rodiny a prohlédnutím si místa, kde se dítě učí, stravuje a spí.

DIFERENCIÁLNĚ DIAGNOSTICKÝ POSTUP PŘI PODEZŘENÍ ZE sy.CAN

A) Důvody, které vedou lékaře k podezření ze sy.CAN:

Před vyslovením podezření ze sy.CAN je nezbytné, současně s převzetím dítěte do péče, aby praktický lékař pro děti a dorost získal Zprávu o propuštění novorozence či Protokol o předání pacienta (viz prevence, dispenzarizace) a aktivně zjišťoval a zapisoval do dekurzu aktuální společenské a rodinné zázemí dítěte a jejich změny. V případě, že zákonný zástupce dítěte odmítl udat jméno a adresu posledního praktického lékaře již pojal podezření na dítě žijící v rizikovém prostředí. Vycítil podezření na dítě žijící v rizikovém prostředí u rodičů, kteří často mění ošetřujícího lékaře nebo vyhledali opakovaně lékaře a uváděli nedůvěryhodnou anamnesu potíží dítěte, rozeznal užívání nedoporučených postupů v léčbě dítěte, rozeznal chybné způsoby stravování dítěte. Při převzetí dítěte do péče provedl komplexní vyšetření včetně výšky, hmotnosti, obvodu hlavičky, BMI, vyšetření moče a popisu stavu dítěte. Důležité je postřehnout anomálie v oblečení, chování a v navazování kontaktu s dítětem.

Obzvláštní pozornosti je potřeba věnovat popisu zhojených poranění, jizvám, tetovážím, opruzeninám či nepřiměřenostem v chování dítěte, řádně, čitelně a úplně provedl o vyšetření zápis do dekurzu.

Při podezření ze sy.CAN lékař musí:

- a) zachovat profesionální jistotu v komunikaci s dítětem a jeho doprovodem,
- b) zabránit konfrontačnímu pohovoru s doprovodem dítěte,
- c) zaznamenat údaje získané od doprovodu dítěte ve vztahu k aktuálním potížím,
- d) pokud lze, zeptat se i dítěte co se mu stalo,
- e) provést cílené vyšetření dítěte, včetně výšky, hmotnosti, obvodu hlavičky, BMI, vyšetření moče a popis stavu dítěte. Důležité je postřehnout úroveň oblečení, způsob chování a případné obtíže s navazováním kontaktu s dítětem. Obzvláštní pozornosti je potřeba věnovat popisu poranění či změnám v chování dítěte,
- f) v případě podezření na sexuální zneužívání zvláště pozorně vyšetřit genitál a řitní otvor. Mnohdy jsou známky násilí patrné na prádle, které je potřeba zajistit (stopy krve, spermatu),
- g) písemně zaznamenat všechny údaje ze svého vyšetření do dekurzu (viz dále),
- h) na základě subjektivních i objektivních údajů lékař **okamžitě** telefonicky informovat o svém podezření Orgán sociálně právní ochrany dětí (dále jen OSPOD). Dle reálné situace oznámí OSPOD svůj další postup a kam dítě odesílá. Každému dítěti s podezřením na sy.CAN **okamžitě** zařídí hospitalizaci na dětském oddělení nemocnice.

Další postup lékaře (alternativy):

- u dítěte, které vyhledalo lékařskou péči samo, zařídí jeho převoz k okamžité hospitalizaci na dětském oddělení nemocnice (vždy osobně či v doprovodu zdravotní sestry) nebo

- u dítěte, jehož doprovod upozornil lékaře na své podezření ze sy.CAN (např. učitel, instruktor, soused, příbuzný dítěte atd.), zařídí převoz dítěte k okamžité hospitalizaci na dětském oddělení nemocnice. Z důvodu budoucích svědeckých výpovědí si lékař vyžádá od doprovodu spojení (jméno, bydliště, telefon atd.) nebo

- v případě dítěte, jehož doprovod může být pachatelem sy.CAN (rodič, pěstoun), musí postupovat rozhodně, neboť dítě je v ohrožení života. Vždy předá doprovodu písemné doporučení dítěte k okamžité hospitalizaci na dětském oddělení nemocnice. Lékař se za vhodnou dobu ujistí, zda dítě bylo hospitalizováno.

POZOR ! V případě existence reálného nebezpečí další agrese doprovodu vůči dítěti musí lékař zajistit jeho převoz za asistence Policie ČR. Pokud doprovod odmítl respektovat doporučení k okamžité hospitalizaci dítěte nebo dítě nepředal do nemocniční péče, lékař tuto skutečnost neprodleně nahlásí OSPOD a Policii ČR.

B) Splnění oznamovací povinnosti při podezření ze sy.CAN zdravotník splní tím, že podá **okamžitou** telefonickou zprávu Orgánu sociálně právní ochrany dítěte (oznamovací povinnost ve smyslu §8 odst. 1 trestního zákona). Příslušnému pracovníkovi vždy lékař sdělí, kam dítě s podezřením ze sy.CAN odesílá - viz příloha 1.

C) Zápis do Záznamu o zdraví a nemocech dítěte musí obsahovat:

1. datum a čas prvotního podezření ze sy.CAN,
2. jméno doprovodu dítěte,
3. záznam vlastního šetření:
 - 3.1. subjektivní popis potíží vyslovený dítětem a nebo doprovodem,
 - 3.2. komplexní vyšetření dítěte **s popisem nálezu !!!**,
4. jméno pracovníka OSPOD, kterému lékař podezření ze sy.CAN nahlásil,
5. kam dítě s doprovodem odeslal.

D) Kopii zápisu vyšetření předá na vyžádání Policii ČR či OSPOD (podrobně Zá.č.359/1999 Sb. o sociálně právní ochraně dítěte, Zá.č.283/1991 Sb. o policii). Zaměstnanci OSPOD a Policie ČR jsou povinni zachovat mlčenlivost o osobě, která upozornila na skutečnosti ve smyslu ochrany zájmů dítěte. K porušení povinnosti mlčenlivosti zdravotníka podle zvláštních právních předpisů nedojde, pokud bude důvodná obava lékaře z týrání, zneužívání a zanedbávání vyšetřovaného dítěte.

STATISTIKA A VÝKAZNICTVÍ: praktický lékař pro děti a dorost je, dle Zá.č.89/1995 Sb. o státní statistické službě, povinen vést evidenci dětí s prokázaným nebo oprávněným podezřením na týrání (zjištěné v průběhu roku). Počet takto evidovaných dětí vykazuje, dle metodiky ÚZIS, do formuláře A(MZ)101 „Roční výkaz o činnosti zdravotnických zařízení pro obor 002“.

DIAGNOSTIKA: diagnózu sy.CAN, stvrzující podezření na sy.CAN u dítěte, dokáže stanovit až multidisciplinární tým odborníků dětského oddělení nemocnice nebo zvláštního dětského zařízení (kojenecký ústav, dětský domov, dětské centrum).

TERAPIE: terapeutická práce je realizována v širokém záběru sahajícím od jednorázové krizové intervence (spojené s diagnostikou) přes krátkodobou individuální, skupinovou či rodinnou terapii, až k dlouhodobé formě psychoterapie, kdy je potřeba několikaměsíční péče. Důležitou složkou terapie je i forma socioterapie (5). V praxi praktického lékaře pro děti a dorost se terapie řídí dle doporučení odborných ambulancí a sociálním statutem dítěte, které se nachází v biologické rodině nebo v náhradní rodinné péči a nebo v ústavní péči.

DISPENZÁRNÍ PÉČE (6): děti v těžkých sociokulturních podmínkách (dětí týrané, sexuálně zneužívané), doporučená frekvence dispenzárních prohlídek 4-6x za rok.

ÚČTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍM POJIŠŤOVNÁM: vždy dle smluvního ujednání mezi zdravotnickým zařízením (tj.praktickým lékařem) a pobočkou zdravotní pojišťovny, zakotveného ve Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče.

PREVENCE sy.CAN V PRAXI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE: 1. **Primární prevence** vyžaduje informování veřejnosti o syndromu, spolupráci s obcí a jeho

samosprávou a spolupráci s důvěryhodnými nestátními organizacemi. Znamená vědomé a cílené zaměření se na zaregistrované děti z rizikových rodin (viz dispenzarizace). **2. Sekundární prevence** je závislá na včasné diagnostice sy.CAN a spolupráci mezi pediatry, pedagogy, psychology a sociálními pracovníky. **3. Terciární prevence** zahrnuje resocializaci zraněného dítěte a jeho rodiny pomocí multidisciplinárního týmu.

PROGNOZA je závislá na profesionální práci kvalifikovaných. Prognózu limituje spolupráce praktického lékaře s odbornými ambulancemi, komunikace se sociálními pracovníky, pedagogy dítěte a jeho rodinou.

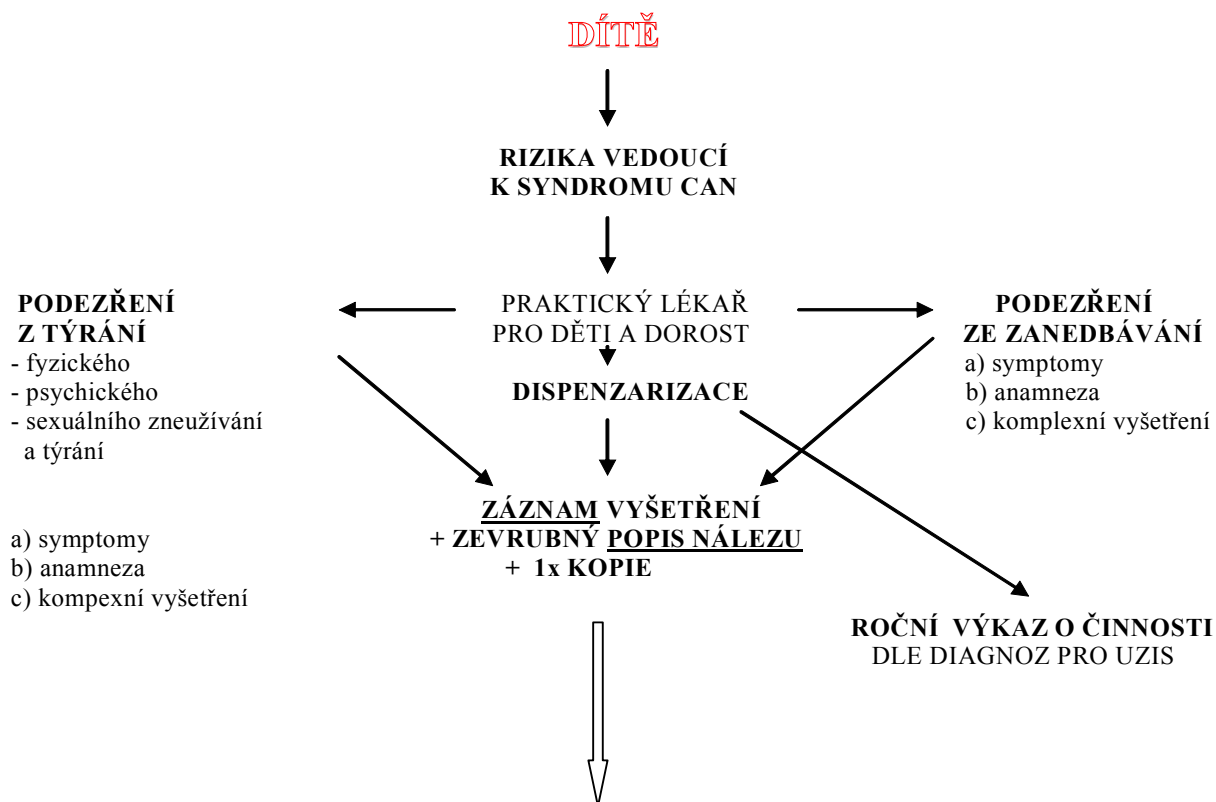
Literatura:

- 1) *Dunovský, J, Dytrych, Z., Matějček Z. a kolektiv: Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*, Grada Publishing, 1995
- 2) *UNICEF: Implementation Handbook for the Convention on the Rights of the Child*, 1998
- 3) *Kolektiv autorů: Soudní lékařství*, Grada, 1999
- 4) *Summit, R.L.: Comprehensive pediatrics*, The C.V.Mosby Company, 1990
- 5) Účelová publikace Kolektivu autorů Dětského krizového centra v Praze, Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Agresivita očima dětí, 1997
- 6) Sběrka zákonů č.60/1997, str. 1589

Ve Strančicích 29.října 2000

Zpracoval: MUDr.Pavel Biskup

Algoritmus postupu praktického lékaře pro děti a dorost při podezření ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte



TELEFONICKY OZNÁMIT SVÉ PODEZŘENÍ ZE sy.CAN

ORGÁNU SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ OCHRANY DÍTĚTE *)

TEL.ČÍSLO:

JMÉNO:

NEBO TAKÉ

POLICII ČESKÉ REPUBLIKY *)

TEL.ČÍSLO:

JMÉNO:

*) doplní praktický lékař

Souhlas

Souhlasím s tím, aby moje diplomová práce byla půjčována k studijním účelům. Žádám, aby citace byly uváděny způsobem užívaným ve vědeckých pracích a aby se vypůjčovatelé řádně zapsali do přiloženého seznamu.

V Praze dne 11.12.2006

.....

Alexandra Paulů

POŘAD. ČÍSLO	JMÉNO ČTENÁŘE	ČÍSLO OP	BYDLIŠTĚ	DATUM