

Syndrom CAN, sociálně právní ochrana dětí, sanace rodiny

Jitka Nováková ¹, Doc. PhDr. Helena Záškodná, Csc. ²

¹ Ordinance MUDr. Víta Theimera, Hranice, ² Katedra Psychologie a sociální práce FF Ostravské univerzity v Ostravě

Abstrakt

Bakalářská práce se věnuje problematice syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syndrom CAN), který je v současné společnosti, podporující prosazování dětských práv, chápán jako významný aktuální společenský problém, ovlivňující zdravý vývoj dítěte.

První část se zaměřuje na vysvětlení syndromu CAN, jeho příčin, následků na zdraví a vývoj dítěte. Popisuje výskyt tohoto jevu, možnosti preventivních opatření k ochraně dětí i léčby již zasažených dětí. V další části se práce věnuje postavení dítěte ve společnosti i v rodině, která je přirozeným prostředím pro vývoj dítěte, a kde k projevům syndromu CAN nejčastěji dochází. Práce se dále věnuje sociálně právní ochraně ohrožených dětí ze strany společnosti. Jsou zde popsány možnosti odhalování a diagnostiky syndromu CAN i právní aspekty tohoto jevu. Závěrečná část práce představuje sanaci rodiny, jako jednu z forem sociální práce s ohroženým dítětem a jeho rodinou. Cílem této metody je taková práce a podpora rodiny, která by měla zabránit odebrání dětí z rodin, nebo umožnit jejich návrat z ústavní péče zpět do rodiny.

Abstract

The bachelor thesis deals with the issue of child abuse and neglect (CAN syndrome) which the contemporary society supporting the advocacy of children's rights considers an important topical social problem affecting the child's healthy development.

The first part focuses on an explanation of the CAN syndrome, its causes and impacts on child's health and development. It describes the appearance of the phenomenon, possibilities of preventive measures both in protection of children and in treatment of the already affected ones. The next part of the thesis deals with the status of child both in the society and in the family that is the natural environment for child's development and where the CAN syndrome is present most often. The thesis further deals with the social and legal protection of endangered children provided by the society. It describes the possibilities of detecting and diagnosing the CAN syndrome as well as the legal aspects of the phenomenon. The final part of the thesis introduces the improvement of family life as one form of social work with endangered child and his/her family. The goal of the method is to work and provide support to families in order to prevent depriving the families of children, or enable their return from the institutional care back to the family.

Citace

Nováková J, Záškodná H. Syndrom CAN, sociálně právní ochrana dětí, sanace rodiny. *Zdravotníci sobě*. 2016; 4: 1–30. ISBN: 978-80-905751-3-4.

KLÍČOVÁ SLOVA

Syndrom CAN, tělesné a psychické týrání, sexuální zneužívání, zanedbávání, rizikové faktory, psychická deprivace, dítě, sociálně právní ochrana dítěte, rodina, sanace rodiny

KEYWORDS

CAN syndrome, physical and psychological abuse, sexual abuse, neglect, risk factors, psychological deprivation, child, social and legal protection of child, family, improvement of family life

ÚVOD

Děti naplňují náš život, jsou naší nadějí, pokračováním a budoucností, proto si většina z nás přeje, aby jejich vývoj probíhal optimálně. Snažíme se, aby měly pro svůj život co nejlepší podmínky a aby byly šťastné. Drobná traumata, zklamání a frustrace, které dítě v průběhu svého vývoje může zažít, mají většinou pozitivní vliv na upevňování dětské osobnosti a jejího psychického a fyzického zdraví. Avšak psychické a fyzické týrání dítěte, sexuální zneužívání a celkové zanedbávání citových a jiných potřeb dítě trvale poškozuje, vede k nepříznivému vývoji osobnosti a k ohrožení jeho zdraví. Nejvýznamnější je pro tyto děti fakt, že týrání, zneužívání a zanedbávání zakoušejí nejčastěji od osob, které by jim měly poskytovat péči, ochranu, lásku a pocit bezpečí, tedy od rodičů.

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte jsem si jako téma své práce zvolila z několika důvodů. Domnívám se, že je to téma velice aktuální, naše společnost však k němu ještě není dostatečně citlivá, a proto je třeba na ně stále upozorňovat. Ve své praxi dětské sestry jsem se setkala s jeho různými formami a dotýká se mě také jako ženy a matky.

Cílem mé bakalářské práce je objasnit problematiku syndromu CAN v jeho příčinných souvislostech, následcích i možnostech jeho eliminace. Dále se chci zaměřit na možnosti sociálně právní ochrany dětí a odhalování tohoto patologického jevu a rovněž představit čtenáři sanaci rodiny, jako jednu z protektivních forem pomoci dítěti a jeho rodině.

Práci jsem rozčlenila do čtyř hlavních kapitol. První kapitola se věnuje problematice syndromu CAN, sleduje vývoj tohoto pojmu a jeho výskyt v dětské populaci. Popisují zde formy tohoto jevu, jeho příčiny a následky na zdraví a vývoj dítěte, zabývám se možnostmi prevence, které by měly zabránit vzniku projevů syndromu CAN i možnostmi léčby již vzniklých případů. V další kapitole se zaměřuji na postavení dítěte ve společnosti, popisují jeho základní potřeby s vazbou na rodinu, jeho nejbližší prostředí, ve kterém vyrůstá a jež ovlivňuje v pozitivním i negativním smyslu jeho vývoj. Třetí kapitola jsem věnovala sociálně právní ochraně dítěte z pozice společnosti, popisují v ní možnosti odhalování projevů syndromu CAN různými institucemi, zaměřuji se na nesnadnou diagnostiku i právní aspekty tohoto jevu. V poslední kapitole představuji sanaci rodiny, poměrně novou metodu sociální práce s rodinou ohroženého dítěte, která je součástí aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi.

1 SYNDROM CAN

„...nad zlato dražší klenot jest dítě, avšak nad sklo křehčí, rozraziti se neb naraziti snadno můž a škoda odtud nenabytná (nesmírná)...“

Jan Amos Komenský

Úvodní kapitola mé práce se věnuje vysvětlení pojmu syndrom CAN ve všech jeho formách. Jejím úkolem je přiblížit čtenáři příčiny, rozsah, aktéry i smutné důsledky tohoto patologického jevu. Nabízí rovněž pohled na možnosti prevence tohoto fenoménu a léčby již postižených dětí. Vychází z teoretických poznatků studované literatury i zkušeností z mé vlastní praxe.

Syndrom CAN (Child Abuse and Neglect), tedy syndrom

týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte je **soubor nepříznivých příznaků z nejrůznějších oblastí stavu a vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti, v rodině především. Je výsledkem převážně úmyslného ubližování dítěti, způsobeného nebo působeného nejčastěji jeho nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči. Jeho nejvyhraněnější podobou je úplné zahubení dítěte. Současně však zdaleka nejde jenom o jednostranný akt ze strany původce či pachatele, ale jde o zvláštní interakci všech zúčastněných osob a podmínek** (Dunovský, 1995).

Tělesné týrání způsobuje dětem psychické i emocionální utrpení a často bývá spojeno s aktivní či pasivní formou týrání duševního či citového. Aktivní forma představuje nadávky, ponižování, výsměch, šikanu, pasivní formu tvoří zanedbávání základních psychických i citových potřeb. Zanedbávání znamená všechny formy ne-péče s důsledky na tělesný, psychický i emocionální vývoj dítěte (Hanusová, 2006a).

Můžeme tedy říci, že se jedná o složitý multifaktoriální problém, týkající se jeho vzniku, projevů i důsledků. Nedostatek interakčních schopností a empatie rodičů způsobuje narušení vazby mezi nimi a dítětem, což představuje velké nebezpečí pro vznik násilného chování. Opakované projevy často hrubého a surového násilí na dítěti, nebo naprostého nezájmu o dítě a jeho potřeby ukazuje na selhání rodičů v jejich roli. Důsledky těchto projevů vůči dítěti podstatně ovlivňují tělesné, psychické i sociální zdraví dítěte a jeho vývoj.

1.1 Vývoj pojmu CAN a jeho výskyt

1.1.1 Vývoj pojmu CAN

Syndrom CAN nepředstavuje nový problém, naopak, vyskytoval se již u přírodních národů, svědčí o tom mnohé historické doklady o dětských obětech božstvu. Existoval v historii jako součást společnosti, její kultury, hodnot, způsobu života a výchovy dětí. Různé rituály uvádění dětí do světa dospělých, účelové tělesné poškozování, prodávání dětí do otroctví či zabíjení handicapovaných dětí byly ve své době běžné a společností akceptované. Dítě bylo považováno za majetek rodičů, se kterým mohli krutě zacházet, zaměstnávat těžkou prací v manufakturách a tvrdě trestat. Teprve v průběhu 19. století se postupně měnily názory na postavení dítěte v rodině, péči o něj a jeho ochranu před násilím. V roce 1883 byla v Liverpoolu a v roce 1884 v Londýně založena **Národní společnost prevence proti krutostem na dětech NSPCC** (National Society for the Prevention of Cruelty to Children), která v oblasti ochrany práv dětí působí dodnes.

Různých závažných poranění a jiných somatických poškození, které byly dětem zjevně způsobeny záměrně si ve větší míře začali všimnout zdravotníci v polovině minulého století a nazvali je „**neúrazová zranění**“. **Caffey a Silverman** je označili jako NAI (Non-accidental injuries), neúrazově vzniklé zlomeniny a hematomy, intrakraniální krvácení bez zvyklé traumatologické anamnézy. Jako původci byli šetřením odhaleni nejbližší členové rodiny dítěte (Slaný, 2008).

V roce 1962 provedl Američan **Dr. Kempe** výzkum neúrazově poraněných dětí a tento jev nazval „**syndrom bitého dítěte**“ (Battered Child Syndrome). Na jeho základě začal být fenomén násilí na dětech vnímán a chápán v širších souvislostech a začalo se prosazovat přijímání nových zákonů na ochranu práv dítěte. Došlo k rozšíření pojmu syndromu

CAN o zneužití dítěte (Child abuse) a rozlišila se aktivní forma fyzického ubližování. Pasivní psychické a emocionální týrání pak bylo formulováno v druhé části syndromu CAN, jako zanedbávání dítěte (Child neglect). Vyšetřování pro CAN, často nadbytečné a vynucené přineslo řadu poznatků o sekundární viktimizaci, vedoucí k dalšímu komplikovanému typu CAN, systémovému týrání. Pojetí a rozsah syndromu CAN se dále rozšířilo zahrnutím sexuálního zneužívání v jeho aktivních i pasivních formách, včetně organizovaného zneužívání dětí i rituálních praktik (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995).

V naší zemi se odborníci těmito problémy začali zabývat až v sedmdesátých letech. V roce 1990 byla u nás poprvé zavedena evidence případů CAN a v následujícím roce vstoupila v platnost Úmluva o právech dítěte. V devadesátých letech se postupně začaly rozvíjet linky důvěry, krizová centra a neziskové organizace, které se zaměřovaly na pomoc ohroženým dětem.

1.1.2 Výskyt CAN

Výskyt je možno dle J. Dunovského (1995) charakterizovat jako **počet nových případů dětí, zasažených CAN v určitém společenství a v daném čase**.

V současné době sledujeme nárůst výskytu syndromu CAN, což může být dáno osvětou či zaměřením se na tuto problematiku, ale i obecným nárůstem agresivity v chování lidí a výskytem různých nežádoucích jevů, provázejících dnešní společnost. Násilí, agresivita a brutalita ve společnosti stále stoupá, je prezentována v televizi, kyberprostoru, vyskytuje se však i v samotných rodinách. Pokud se jedná o hodnocení výskytu CAN, pak je důležitá otázka definice jevu, tedy co všechno je možno za týrání, zneužívání a zanedbávání pokládat. Přestože je tento jev studován a sledován na celém světě, stále nebyly stanoveny jednotné definice tohoto jevu, čímž se jeho evidence a zkoumání značně ztěžuje.

Získávaná data jsou dle J. Slaného (2008) jen „špičkou ledovce“, protože nejlépe prokázat lze jen fyzické týrání, které po sobě zanechává zřetelné stopy, psychické a emoční týrání lze prokazovat podstatně hůře a sexuální zneužití řada obětí ani neohlásí.

Syndrom CAN se v evropských zemích vyskytuje u **1–2% dětské populace**, což představuje **dvacet až čtyřicet tisíc dětí mladších patnácti let**. Srovnání mezi jednotlivými státy není možné pro různé pojetí syndromu CAN a odlišná zákonná opatření. Naprosto přesné statistiky o počtech zasažených dětí neexistují, absolutní cifry se dají jen odhadovat. Určité počty uvádějí zdravotnická zařízení, v praxi se např. postupně realizuje Národní registr dětských úrazů, shrmažďující data dětských úrazů a smrtelných zranění. Jiné počty vykazují orgány SPOD, odlišnými údaji disponuje policie a svá čísla mají nevládní organizace.

Zanedbáváním i týráním bývají podle J. Dunovského (1995) ve **stejně míře postiženi chlapci i dívky**. Ve většině případů jsou postiženi děti mladší šesti let, nejčastěji děti kojeneckého a batolecího věku. Odhaduje se, že ročně u nás na následky týrání a zanedbávání péče umírá nejméně padesát dětí. E. Vaníčková et al. (1999a) udává, že **s psychickým týráním**, které je pravděpodobně běžnější než týrání fyzické, má zkušenost **69 % českých dospělých**. Z katamnestických studií vyplývá, že **20–25 % dospělé populace** má z dětství nějakou

sexuální zkušenost s dospělou osobou, v České republice to bylo 33 % žen a 17 % mužů. Sexuálním zneužíváním jsou ohroženy mnohem více dívky než chlapci.

Podle statistických údajů WHO je ročně vystaveno týrání na celém světě více než **čtyřicet milionů dětí** a více než milion dětí ročně je zavlčeno do komerčního sexuálního zneužívání. Sebevraždy dětí a mladistvých jsou celosvětově třetí nejčastější příčinou jejich úmrtí (www.who.int). Nedávne celosvětové odhady zaznamenané Mezinárodní pracovní organizací uvádějí více než dvanáct milionů lidí, kteří jsou oběťmi nucených prací, téměř jeden a půl milionu z nich je zapojeno do nuceného sexuálního zneužívání a 40–50 % z tohoto počtu jsou děti (www.unicef.org).

Z hlediska prokazování můžeme dle J. Slaného (2008) rozdělit případy CAN na **jisté**, kdy z kontextu případu je nepochybné, že se o CAN jedná, **pravděpodobné a suspektní**, kdy je důležité případ důkladně prošetřit, **falešně pozitivní**, často ohlašované s cílem poškodit partnera a **falešně negativní**, kdy se o CAN jedná, ale není rozpoznán.

Z uvedených skutečností vyplývá, že je potřeba se tomuto nepříznivému fenoménu daleko více věnovat a informovat o něm širokou laickou i odbornou veřejnost. Podrobnější data o jeho výskytu, dle statistiky MPSV, jsou obsahem přílohy č. 1.

1.2. Definice CAN

Špatné zacházení s dítětem je takové chování pečující osoby, které se vyznačuje necitlivostí, bezohledností k dítěti, vymyká se společenským normám a dítě ohrožuje. Představuje interdisciplinární problém, což se projevuje i ve způsobech, jakými různí autoři, podle svého odborného zaměření tento jev definují.

Nejvýstižnější a také nejčastěji citovaná je v současné době definice J. Dunovského, Z. Dytrycha a Z. Matějčka (1995, s. 24), podle níž se jedná o „*jakoukoliv nenáhodnou, preventabilní, vědomou či nevědomou aktivitu či neaktivitu, jíž se dopouští rodič, vychovatel nebo jiná osoba a 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 považujeme i jeho pohlavní zneužívání*“.

Chtěla bych zde zdůraznit myšlenku, že násilné chování rodičů vůči dítěti není omluvitelné, ani slučitelné s kulturou dnešní společnosti a zpravidla mívá pro zdraví a život dítěte závažné a nenapravitelné důsledky.

Syndrom CAN byl poprvé popsán na III. evropské konferenci pro prevenci týrání dětí, která se konala v roce 1991 v Praze. Zdravotní komise Rady Evropy pak na základě poznatků z této konference definovala v roce 1992 jednotlivé formy syndromu CAN. V současnosti jsou popisovány čtyři typy tohoto poškození dětí – **zanedbávání, fyzické týrání, psychické týrání a sexuální zneužívání**. Kromě těchto základních forem se vyskytují i zvláštní formy, jako je například rituální zneužívání, Münchhausenův syndrom by proxy, sexuální turistika nebo organizované násilí na dětech. Všechny tyto formy jsou projevem zneužití rodiče v postavení autority vůči dítěti, které je na něm závislé.

1.2.1 Zanedbávání

Zanedbávání můžeme charakterizovat jako složitý mnohotvárný jev, různorodý ve svých příčinách, projevech i ná-

sledcích na dítě. Vyskytuje se ze všech forem špatného zacházení s dítětem nejčastěji, přesto je mu věnována v odborné literatuře nejmenší pozornost. Působí dlouhodobě a mnohdy skrytě, velmi špatně se identifikuje a představuje pro vývoj dítěte vážné ohrožení. Často se proto v odborné literatuře hovoří o zanedbávání zanedbávání.

Zanedbávání dětí je obvykle definováno jako takové chování rodičů, jehož výsledkem je **významné ohrožení nebo riziko významného ohrožení dětí** (Dubowitz, DePanfilis, 2000). Právní systémy jednotlivých států většinou definují jen nejzávažnější formy zanedbávání, např. opuštění dítěte, ale nespecifikují, co vlastně znamená „významné ohrožení“ nebo „riziko významného ohrožení“.

J. Dunovský (1995) je charakterizuje jako všechny škodlivé formy ne-péče o dítě s nepříznivými důsledky pro jeho život a vývoj v oblasti tělesné, psychické, emoční i sociální. Vždy jde o poškozování osobnosti dítěte, v nejvážnějších případech o jeho zahubení.

Jiné definice nás upozorňují na pasivní formy zanedbávání. Rodiče často nejsou schopni přiměřeně reagovat na projevy a potřeby svých dětí. Jejich chování vůči dítěti je nerosozumitelné, nebo mu věnují jen minimální pozornost. Děti špatně prospívají, trpí nedostatkem podnětů a mohou tak být více ohroženy, než děti týrané, jimž rodiče věnují aspoň negativní pozornost. Jako příklad může sloužit kasuistika Pepíka v příloze č. 2.

D. Krejčířová (2007) rozděluje **zanedbávání na tělesné, zdravotní, kulturní či výukové a emoční**, představující různé stupně psychické deprivace. Tělesné zanedbávání se vyskytuje často v rodinách s nízkou sociokulturní a ekonomickou úrovní. Představuje nedostatek výživy, oblečení, hygieny, nezbytného přístřeší a ochrany, nedostatek dohledu, léčby, vystavování nebezpečí a stresu mimo domov. Ve školním věku se vyskytuje zanedbávání výchovné a výukové, nedostatečný dohled nad školní docházkou a přípravou do školy. Vyskytuje se současně i nezáměr o školní prospěch a volný čas dítěte, což vede ke kulturní deprivaci.

Ve všech případech je dle mého názoru třeba rozlišovat, zda jde o úmyslné zanedbávání péče, nebo o důsledek špatné sociální situace rodiny či jiných kulturních norem. Nepříznivé socioekonomické postavení může sice rodinu v její adekvátní péči o své děti omezovat, ale nevede vždy k jejich zanedbávání. Záleží na tom, jakou pozornost rodiče svým dětem věnují, zda jsou citovou oporou svým dětem i v nuzných podmínkách, nebo je nechají citově strádat v ekonomickém luxusu, obklopené drahými hračkami bez potřebné interakce.

Podle H. B. Cantwel (1997) by se fenoménu zanedbávání mělo dostat větší pozornosti už v prenatalním období, kdy může být plod ohrožen užíváním různých návykových látek a nedostatečnou prenatalní péčí. Již v tomto období mohou být zachyceny signály, svědčící pro možné riziko ohrožení dítěte v poporodním období. Autorka hovoří přímo o **zanedbávání zanedbávání** v této oblasti.

1.2.2 Týrání tělesné a psychické

Tělesné týrání představuje záměrné, často surové a neúměrně kruté násilné zacházení s dítětem. Východiskem k němu často bývá užití tělesného trestu, který je dosud v naší kultuře považován za přijatelný výchovný prostředek. Ve

snaze usměrnit temperament nebo povahové rysy dítěte a dosáhnout jeho žádoucího chování, rodiče často zapomínají na to, že se dítě na tělesné tresty může adaptovat a zvyšují frekvenci a intenzitu trestů. Tím může snadněji dojít k překročení hranice mezi trestem a týráním.

Definice zdravotní komise Rady Evropy rozlišuje **aktivní a pasivní formu** tělesného týrání, kdy se jedná o tělesné ublížení nebo nezabránění ubližování či utrpení dítěti, včetně úmyslného otrávení nebo udušení dítěte, a to tam, kde je určitá znalost či důvodné podezření, že zranění bylo způsobeno, nebo mu vědomě nebylo zabráněno (Pöthe, 1996).

Až 10 % případů dětských úrazů vzniká důsledkem fyzického týrání a jeho formy a následky mohou být různé. Tělesné týrání aktivní povahy můžeme rozdělit na týrání a zneužívání s následným poraněním. Děti jsou bity nejruznějšími předměty, které zanechávají specifické modřiny, často opakovaně a na typických místech, mívají tržné rány, zlomeniny, popáleniny. Tlučení dítětem o stěnu nebo o zem a třesení dítětem často způsobuje bezvědomí, nitrolební krvácení a smrt. Druhou podskupinou jsou formy týrání, které nezanechávají zjevné známky tělesného poranění. Bývají způsobeny otravami, dušením, opakovaným lékařským vyšetřováním či sexuálním zneužíváním (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995).

Citové týrání je dle zdravotní komise Rady Evropy takové **chování, jež má vážný negativní vliv na citový vývoj dítěte a vývoj jeho chování.** Jedná se o různé formy verbálních i neverbálních útoků dospělého vůči dítěti, které vedou k narušení jeho sebepojetí. Dotýkají se sociálních schopností dítěte do té míry, že vedou k narušení vztahů nejen s rodiči, ale s lidmi jako takovými. Následky jsou pro dítě a jeho psychický a emocionální vývoj tím horší, čím je dítě mladší a čím jsou útoky dospělého častější a intenzivnější. Častou a domnívám se, že dosti přehlíženou formou týrání, je manipulace s dítětem po rozvodu, kdy je dítě jedním z rodičů popuzováno proti druhému, nebo si je rodič, který si to může dovolit kupuje drahými dárky, popřípadě se snaží izolovat dítě od druhého rodiče.

Psychické týrání, jak uvádí D. Krejčířová (2007), má mnoho různých podob. Patří k nim pohrdání, posměch, ponižování, nadávky, zavrhování či zdůrazňování neschopnosti dítěte. Další formou je terorizování, hrozba fyzického násilí nebo smrti a také přihlížení fyzickému násilí v rodině. Patří sem rovněž izolování od vrstevníků, zavírání do tmavých místností, korumpování, vybízení k antisociálnímu chování, užívání návykových látek nebo alkoholu a také odírání emoční podpory a psychologická nedostupnost. Následky takového zacházení mohou být stejně závažné, ne-li závažnější než fyzické týrání. Bolest psychická či bolest duše, jak říká P. Pöthe (1996), je neměřitelná a přetrvává dlouho po ublížení.

M. Elliottová (2000) pojednává o jiné formě násilí, kterou je **šikana**. Definuje ji jako často se opakující agresi skupiny nebo jedince vůči jinému jedinci, který je bezbranný nebo má sníženou možnost obrany. Jedná se o fyzické násilí a ponižování vrstevníky, učiteli, rodiči či sourozenci. Projevuje se jako strkání do někoho, kopání, bití i nebezpečné údery předměty, ponořování do vody, vystavování horkým předmětům či ohni. Může jít o ničení věcí, školních prací, oblečení, nebo ponižování svlékáním či nucením k různým nepříjemnostem. Stejný vliv mají slovní urážky, nebo hanlivé a ponižující nápisy na tabuli, zdech a chodnících.

Šikana může způsobovat dětem takovou bolest, že si přestávají hrát, utíkají z domova, jsou vyděšené, nešťastné a nezúčastněné. Může dítě přivést až k pokusu o sebevraždu, nebo k pokusu zranit či zabít svého učitele. Proto je třeba se jí věnovat a nebrat ji jen jako nedílnou součást dospívání, kterou si každý musí projít, aby obstál v každodenním životě.

1.2.3 Sexuální zneužívání

Snad nejzávažnější a nejsledovanější formou syndromu CAN je dle mých zkušeností sexuální zneužívání dětí. Je to tragický a neomluvitelný akt násilí na dítěti, které je nezkušené, nechápe jeho význam a navíc je vůči dospělému v podřízeném a často i závislém postavení. Přestože je známo, že i ojedinělý akt sexuálního násilí může mít pro další vývoj dítěte závažné následky, vyskytuje se v rodinách poměrně často. Příklad sexuálního zneužití ilustruje kasuistika Nely v příloze č. 2.

V anglosaské literatuře se sexuální zneužívání označuje jako Child Sexual Abuse (CSA), jeho poměrně širokou definici vymezila zdravotnická komise Rady Evropy v roce 1992. Za sexuální zneužití dítěte je považováno **jakékoli nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, činnosti či chování**. Zahrnuje jakékoli sexuální dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoli, komu bylo dítě svěřeno do péče, anebo kýmkoli, kdo se s dítětem dostal do nějakého kontaktu. Takovou osobou může být rodič, příbuzný, přítel, odborný či dobrovolný pracovník či cizí osoba. Pohlavní zneužívání se dělí na dotykové a bezdotykové. Bezdotykové zneužití zahrnuje setkání s exhibicionisty a účast na sexuálních aktivitách, kde nedochází k žádnému tělesnému kontaktu, např. vystavení dítěte pornografickým videozáznamům. Kontaktní zneužití je takové, kde dochází k pohlavnímu kontaktu, včetně laskání prsou a pohlavních orgánů dítěte, pohlavnímu styku, orálnímu či análnímu sexu (Vaničková et al., 1999a).

Domnívám se, že jako předstupeň sexuálního zneužití a obtěžování je třeba posuzovat i takové chování dospělé osoby, které přivádí dítě do rozpaků a kontakt s ní je mu nepříjemný. O sexuální zneužívání se rovněž jedná, je-li dítě zapojeno do takových sexuálních aktivit, kterým nemůže pro svůj nedostatečný vývoj rozumět a dát k nim souhlas. Za sexuální zneužívání se tedy označuje takový akt, kdy je aktér mnohem starší a zralejší než dítě, je vůči němu v pozici autority a sexuální aktivity vymáhá silou nebo podvodem.

P. Pöthe (1996) popisuje případy sexuálního zneužívání, kdy je pachatelem vlastní rodič nebo sourozenec dítěte. Označuje je za nejzávažnější formy sexuálního zneužívání dětí a rodiny, ve kterých je dítě sexuálně zneužíváno dlouhodobě a s různou frekvencí, nazývá rodinami incestními. Podle O. Matouška (2003) je incest nejčastějším případem sexuálního zneužívání dětí, a to přesto, že je jeho zákaz jedním z nejrozšířenějších tabu ve všech kulturách a je odmítán pro svůj negativní vliv na vztahy v rodině. Jak dále autor uvádí, rodina může dobře fungovat jen tehdy, nejsou-li porušeny její mezigenerační hranice. V incestních rodinách jsou její funkce porušeny ve všech podstatných aspektech. Sebehodnocení jako základní aspekt funkce rodiny je zde dotčen dvěma způsoby, na jedné straně je incestní rodič, jehož narušené sebevědomí je příčinou a na druhé straně dítě, pro které se snížení sebevědomí stává následkem incestu.

Intrafamiliární zneužívání dítěte má utajovaný a latentní

charakter, proto můžeme jeho skutečný výskyt pouze odhadovat. Dle D. Finkelhora (1994) se sexuální vztah mezi otcovskou postavou a dcerou vyskytuje u jednoho ze 70 dětí. Nejobjektivnější data vycházejí z retrospektivních výpovědí dospělých osob, vyplývá z nich, že třetina až polovina všech pachatelů pochází z rodinného okruhu dítěte, intrafamiliární zneužívání trvá déle a má závažnější následky, než zneužívání extrafamiliární.

1.2.4 Jiné formy CAN

Zvláštní formou syndromu CAN je **Münchhausenův syndrom v zastoupení** (by proxy). Byl pojmenován podle historické osobnosti barona H. K. F. Münchhausena z Hanoveru, popsán v románu R. E. Raspeho jako baron „Prášil“, pro jeho vymyšlené příhody. Jedná se o situaci, kdy mají rodiče patologickou představu o vážné chorobě svého dítěte. Příčina nemoci bývá vymyšlena, jedná se o způsob agrese rodičů vůči dítěti, kteří vyžadují opakovaná, mnohdy bolestivá vyšetření svého dítěte. Obvyklými oblastmi potíží jsou akutní břišní příhody, různé krvácivé stavy, bolesti hlavy, záchvaty a kožní projevy. Tyto projevy jsou vyvolané mechanickým drážděním, záměrnými otravami léky, chemickými prostředky a nadměrným množstvím soli nebo koření a mohou dítě ohrozit na životě.

Mezi zvláštní formy syndromu CAN patří dále **rituální zneužívání dětí, organizované násilí na dětech, sexuální turismus** a jiné. R. Milfait (2008) charakterizuje komerční sexuální zneužívání dětí jako jejich sexuální vykořisťování za účelem ekonomického zisku třetích osob. Patří sem prodej dětí, dětská prostituce, dětská pornografie a také snuff movies (filmovaná sexuální vražda). Sexuální násilí na dětech může být i součástí rituálních obřadů sekt a uskutečňuje se v souvislosti s náboženskou, magickou a nadpřirozenou symbolikou.

Zvláštní formou CAN je rovněž **týrání dětí systémem**, který byl původně vytvořen pro jejich ochranu a pomoc. Dítě je jím paradoxně poškozováno, ač by mu měl být ku prospěchu. Jde o různá bolestivá lékařská či psychologická vyšetření, opakované výslechy, konfrontace s pachateli, soudní líčení a jiná dokazovací řízení, která jsou sice nutná k ochraně a pomoci dětem, ale dítě druhotně poškozují.

Potíže těchto dětí, uvádí D. Krejčířová (2007), se stupňují při opakovaných traumatických zážitcích i při reviktimizaci jinými osobami a různé způsoby ohrožení psychomotorického vývoje na sebe často navazují. Děti, odebrané z rodin, kde se vyskytl nějaký způsob zneužívání, strádají psychicky v ústavních zařízeních. Často pak nedovedou být dobrými rodiči, dopouštějí se kriminální činnosti, nebo se stávají jejími oběťmi. Tak se uzavírá kruh neblahých zkušeností se zneužíváním v rodině, psychickou deprivací v ústavu, zneužitím mimo ústav a reviktimizací při vyšetřování.

1.3 Příčiny vzniku

1.3.1 Příčiny násilí na dětech v rodině

Je pro mě těžké porozumět tomu, proč se někteří lidé chovají ke svému dítěti krutě a používají vůči němu hrubého násilí. Mohlo by se zdát, že je toho schopen pouze člověk s pokřiveným charakterem nebo duševně nemocný. Takto jed-

noznačně se však tento jev vysvětlit nedá, dle nových poznatků jen méně než 10 % všech dospělých agresorů má duševní nemoc.

Faktem zůstává, říká E. Vaníčková (2007), že většina agresorů své děti miluje, ale jejich osobnost je nezralá, mají nižší míru tolerance vůči stresu a své city neumí dát dětem najevo. Každý případ špatného zacházení s dítětem má multifaktoriální etiologii a je výsledkem komplexního působení **řady osobnostních, sociálních a kulturních faktorů**. Jedním z nich je **cykličnost násilí**, tedy transgenerační přenos rodinného násilí a převod vzorců chování. A. Bentovim (1998) uvádí, že čím větší je násilí rodičů vůči dětem, tím hrubější jsou tyto děti ke svým sourozencům, čím hrubější jsou muži ke svým partnerkám, tím hrubější jsou tyto ženy ke svým dětem. Násilí v dětství se opakuje o generaci později a jeho míra závisí na délce a intenzitě týrání a zneužívání.

K tomuto názoru bych ráda dodala, že se naštěstí neobjevuje ve všech případech. Existují jedinci, jejichž psychika je odolnější, neidentifikují se s rolí agresora, ani s rolí oběti a transgenerační řetězec jsou schopni přerušit. Svou situaci dokázali zřejmě intrapsychicky zpracovat na jiné úrovni, nebo mají pozitivní vztah či sociální podporu jiného pro ně významného člověka.

A. C. Seng a R. J. Prinz (2008) poukazují na výskyt násilí na dětech v **ekologické souvislosti**, zahrnující jednotlivce, rodinu, sociální okolí a společenské vlivy. Souvisí s kognitivními procesy, které se vyskytují na individuální úrovni, jsou ovlivněny interpersonálně, intrapersonálně i prostředím. Mohou být spojeny s deficitem osobními, rodinnými, blízkého sociálního prostředí i společenských zdrojů.

Často uváděným faktorem je **sociální postavení rodiny** a její nízká ekonomická úroveň, zvyšující toleranci k násilnému chování. Rodiče, kteří zneužívají své děti, mají tendenci držet rodinu v sociální izolaci. Málo se zapojují do společenského života a mají méně příbuzenských a přátelských kontaktů, což je příčinou deficitu sociální podpory. Členové rodiny, zejména děti, tak nemají nadhled nad svojí situací, ani sociální dovednosti k vyhledání pomoci, a tak mohou přijímat daný stav věcí jako neměnný.

V těchto rizikových rodinách chybí rodičovská odpovědnost, rodiny nejsou dostatečně strukturované a sociálně se izolují. Žijí v marginalizovaných subkulturách, nenavštěvují s dětmi jejich praktického lékaře, rodiče tolerují záškoláctví svých dětí, nebo vykazují známky závislosti (Milfait, 2008).

1.3.2 Rizikové děti

Nazývám-li děti rizikovými, neznamená to, že by snad měly cítit za své zneužití či týrání vinu nebo odpovědnost. Je však potřeba popsat všechny faktory, které zvyšují riziko jejich zneužití nebo napadení bez toho, že by si tohoto rizika byly děti vůbec vědomy.

Rizikovými dětmi bývají podle Z. Matějčka a Z. Dytrycha (1994) děti těžce výchovně zvladatelné, dále ty, které svým zvláštním chováním dospělě dráždí, unavují a provokují. Jsou to děti s LMD, děti z jiných příčin více dráždivé, úzkostné, plačtivé, zlostné, např. v důsledku somatických onemocnění, podvýživy, vyčerpání z organické nebo psychické příčiny. Mohou to být děti mentálně retardované, které jsou pro své rodiče zklamáním a podnětem k omezení jejich zájmu, děti se specifickými poruchami učení, se sníženým intelektem,

neprospívající, neaktivní, utlumené, s omezenou schopností sociální odezvy a rovněž děti nechtěné.

Pokud se týká pohlavního zneužívání, jsou to děvčátka plnějších ženských tvarů, s mazlivým, koketním ženským chováním. Mohou to být rovněž děti postižené, a tedy závislejší a bezbrannější. Nižší vývojová úroveň snižuje riziko prozrazení a pochopení významu sexuální aktivity.

Z hlediska komerčního sexuálního násilí tyto děti žijí v okolí nevěstinců a územních částí, kde se vyskytuje více mužů bez závazku, pracujících na ulici v neformálním sektoru, jsou postižené, nebo děti uprchlíků. Obecně jsou to obětní typy dětí s malou sebedůvěrou, emocionálně nejisté, osamocené, zanedbané po stránce tělesné, duševní i duchovní, kterým se dostává jen málo lásky, pozornosti, pochopení, uznání a tělesného kontaktu a ty, které nemají dostatečné informace v rámci sexuální výchovy (Milfait, 2008).

Z uvedeného je zřejmé, že se jedná převážně o děti, které pro svůj tělesný a duševní stav potřebují více péče a pozornosti. Tím se mohou stát pro své rodiče nejen zátěží, ale i objektem nezájmu, nebo naopak náhradním objektem uvolnění napětí a agrese.

1.3.3 Rizikové rodiče

Otázkou, proč rodiče týrají své děti se zabývá mnoho teorií. Můžeme definovat tři hlavní faktory, a to vystavení agrese či násilí v rodině, i jako svědek, opakované vystavování stresorům a omezený přístup k pomoci a podpoře, jako jsou hmotné prostředky, fyzická síla, znalosti a podpora bližšího sociálního prostředí (Langmaier, Krejčířová, 2006).

V charakteristice rizikových rodičů se mnoho autorů shoduje na tom, že základem jsou nedostatečné kompetence a motivace pro rodičovskou roli. Většinou to bývají lidé, trpící depresí, závislí na alkoholu nebo jiných návykových látkách, nebo lidé s psychotickými poruchami nebo anomálním vývojem osobnosti, kteří se často s podobným zacházením sami v dětství setkali. Mezi rizikové patří rovněž velmi mladí, emočně nezralí rodiče a svobodné matky. Mohou to být rovněž lidé impulsivní s nízkou hladinou frustrační tolerance, nebo lidé s přemrštěnými ambicemi a požadavky na své děti, rodiče, kteří si narození dítěte nepřáli, nebo ti, kteří uplatňují výchovný styl, založený na autoritě a strachu z trestu.

Dítě může být ohroženo rovněž pasivitou rodičů, tedy úmyslným neposkytnutím ochrany a péče, nedostatečnou výživou. V tomto případě, jak uvádí M. Vágnerová (2004) jsou rodiči lidé psychicky nemocní, mentálně retardovaní, osoby s deprivací nebo subdeprivací osobní historie a také lidé přezaměstnaní. V případech pohlavního zneužívání jsou to sexuální devianti, pedofilové, muži s oslabenou sebekontrolou a sexuální hyperaktivitou, kteří nejsou přímo zaměřeni na děti, ale využívají příležitosti a bezbrannosti dítěte. Muži, kteří experimentují s různými sexuálními objekty, nebo nejsou schopni získat přijatelnější sexuální kontakt s dospělou ženou i ti, kteří ztrácejí schopnost kontroly pudového jednání z důvodu psychického onemocnění, demence či v důsledku abúzu alkoholu nebo návykových látek.

1.3.4 Rizikové faktory

Vyvolávajícím momentem rizikových situací může být akutní stres dospělého, pramenící z rodinných či partner-

ských konfliktů, akutní intoxikace alkoholem nebo drogami, z hmotné bída, sociální nejistoty a izolace. Přidat se může psychické a fyzické vyčerpání, chronická nemoc nebo situace, kdy se setkávají rizikovní dospělí s rizikovými dětmi (Matějček, Dytrych, 1994).

Z. Matějček (1995) dále připomíná význam situačních faktorů, které mohou působit jako spouštěče násilného chování. Typickou variantou je situace, kdy jeden partner trestá druhého prostřednictvím dítěte (například ho bije), protože dospělému přímo ubližovat nemůže.

Z hlediska sexuálního násilí patří mezi rizikové faktory dle R. Milfaity (2008) především ekonomická chudoba, osobní zkušenost se sexuálním zneužitím, perzekuce, diskriminace, nerovnost v postavení děvčat a chlapců ve společnosti, interpersonální a organizované násilí, rozšíření infekce HIV/AIDS, dysfunkční rodina, stoupající kriminalita, nebo nedostatečné naplňování práv dítěte ve společnosti.

Rizikové situace jsou takové, kde například může dítě přijít do syku s pedofilem, třeba na veřejných toaletách, nebo se děti mohou setkat s dohazovači sexuálních služeb na bazénech či s pachatelem v prostředcích HD. Rizikové je volné trávení času dětí kolem škol a v parcích bez povědomí rodičů, tady všude je mohou sledovat a pod různými záminkami kontaktovat cizí lidé. Rizikovou situací je útěk dítěte z dětského domova nebo ústavu, odjezd na neověřenou brigádu, všudypřítomná sexualizovaná reklama a nevhodná mediální prezentace fenoménu prostituce a sexu a rovněž poměrně snadný přístup na webové stránky s pornografií. Mezi rizikové faktory bych zařadila i přezaměstnanost matek, jejich preference kariéry a partnerského života. Na nic není čas, chybí verbální komunikace, láskyplné objetí, společné prožitky a péče o dětskou duši.

1.4 Následky syndromu CAN

Jak upozorňuje H. Dubowitz (1991), existuje důležitá **souhra fyzických, psychických a sociálních faktorů, které ovlivňují zdraví**. Chceme-li prověřit důsledky špatného zacházení s dětmi, musíme jasně definovat zdravotní stav a být schopni operacionalizace definic. Náhlá a vážná zranění dětí v důsledku týrání se stala terčem pozornosti médií i profesionálů. Naproti tomu méně dramatické a dlouhodobé zdravotní následky týrání dětí byly dlouhou dobu přehlíženy. Hodnocení následků týrání dětí vyžaduje uvědomit si jejich dlouhotrvající i krátkodobé účinky, které negativně působí na psychické i fyzické zdraví daného dítěte. V závislosti na specifické události, náhlé, trvající několik hodin, dnů nebo dokonce stávající se permanentním jevem se může postupně vynořit široké pole různých jevů, změn a negativních následků na dětské zdraví.

1.4.1 Psychická deprivace

Jako **psychickou deprivaci** popisují Z. Matějček a J. Langmeier (1974) stav, kdy **dítě nemá dlouhodobě dostatečně uspokojovány některé ze svých základních psychických potřeb, zvláště potřebu stabilního vřelého citového vztahu a potřebu stimulace**.

Je známo, že dítě pro svůj vývoj potřebuje určité adekvátní množství kvalitních a proměnlivých podnětů z prostředí, určitou volnost k aktivitě a smysluplný řád. Psychickou deprivaci

jsou proto ohroženy děti z podnětně chudého prostředí s hostejným přístupem rodičů, kteří mohou mít snížený intelekt, smyslové vady nebo výchovu dětí zanedbávají. Pokud dítě nemůže navázat citové pouto s blízkou osobou, nejčastěji matkou, může být narušena jeho integrace s okolím a dítě může trpět často dlouhodobými poruchami chování. Chyběli v rodině podmínky pro osobní sociální uplatnění, nemůže autonomie a integrace dosáhnout takového stupně, aby se z dítěte stala samostatná osobnost. V rodině s nízkou sociokulturní úrovní, kde jsou hodnoty odlišné od většiny, může dítě jen těžko poznat role důležité pro širší okolí.

Důsledkem psychické deprivace, uvádí P. Říčan a D. Krejčířová (2006), může být narušení kognitivního a motorického vývoje dětí a vývojová retardace různého stupně. U těžkých případů je postižen rovněž somatický vývoj a dítě může být ohroženo na životě. Narušení osobnostního vývoje se sníženou schopností navazovat hlubší sociální vztahy může vést v dospělosti k asociální poruše osobnosti. V chování dětí se často projevuje sociální hyperaktivita. Děti se dožadují pozornosti a kontaktu s dospělými, chybí jim strach z cizích lidí a sociální odstup, jejich vztahy jsou však povrchní. Dalším projevem je sociální provokace, což je snaha o upoutání pozornosti vzdorovitostí, agresivitou vůči druhým dětem i dospělým. Časté je destruktivní chování, úzkostnost a nezralost. Pokud děti nenaleznou vhodný citový objekt, přetrvává obvykle toto chování i ve vyšších vývojových fázích. Naopak děti hypoaktivní, útlumového typu se vzdávají snahy po dosažení vlastní autonomie a sebeprosazení v sociálním prostředí. Jsou pasivní až apatické a mají nedostatek iniciativy. Časté je náhradní uspokojování citových a sociálních potřeb zaměřením se na biologické potřeby, jako je jídlo, masturbace a pohybové stereotypy.

Následky psychické deprivace se podle J. Langmeiera a Z. Matějčka (1974) projevují v opožděném vývoji řeči, kdy je kromě patlavosti opožděna i stránka skladebná a obsahová s chudou slovní zásobou. Děti pojmenují předměty na obrázku, ale nedovedou vysvětlit děje a smysl, opožděno je i chápání symboliky grafického znaku, což jim ztěžuje čtení a psaní. Opožděná bývá i tvorba sociálních a hygienických návyků, při nichž je důležitá spolupráce dospělého. Rovněž jemná motorika se opoždí v kontrastu s dobře vyvinutou hrubou motorikou v důsledku nedostatečného přívodu podnětů z okolního prostředí. Adaptivní funkce (percepce, hra, užívání nástrojů) jsou rozvinuty na střední úrovni, inteligenční výkonnost je na nižší úrovni s převahou názorové složky nad pojmovou. Dítě obtížně navazuje pracovní kontakt, je nesamostatné, potřebuje vedení. U těchto dětí se projevují různé formy poruch chování a povahového vývoje, často bývají ve starším věku delikventní, ale spíše jako samotáři, jsou svárlivé, svádějí vinu na jiné, zdánlivě neznají lítost a hanbu.

1.4.2 Psychická subdeprivace

Subdeprivace je termín, který označuje **lehčí formu deprivace v méně výrazné a méně dramatické podobě**. Jednotlivé zachycené příznaky jsou zpravidla jen lehké, jemné, nenápadné a nápadnými se stávají až teprve ve svém souhrnu. V dnešní době se setkáváme spíše s různými formami subdeprivace, než s deprivací jako takovou.

Podle Z. Matějčka (1992) se celý problém dá přirovnat k plouvoucímu ledovci, jehož špička představuje sociální pato-

logii, ke které subdeprivace přispěla (alkoholismus, drogy, kriminalita), a jehož podstatou je citové ochuzení. V posledních letech se pozornost odborníků obrací k problému, označovanému jako **attachment**, který zachycuje problematiku raného vývoje dítěte a jeho vazbu na primární pečující osobu.

Anglický vývojový psycholog J. Bowlby vytvořil teorii vazby, která interpretuje vztah poskytování a přijímání bezpečí mezi matkou a dítětem. Chování dítěte spočívá ve vyhledávání tělesné blízkosti, držení se matky, v emočních projevech a orientaci v prostoru. Na její straně vyvolává specifickou odpověď, jejímž cílem je poskytnutí bezpečí, odstranění existenciální úzkosti a umožňuje dítěti přežít fyzicky i emočně. Během prvních let života se tato zkušenost formuje do intrapsychických pracovních modelů, jež jsou určitou kognitivně behaviorální strategií zvládnání vnějšího a vnitřního ohrožení (Weiss, 2005).

K vytvoření této vazby přispívá bonding, jehož důležitost byla výzkumně ověřena a začíná se prosazovat i v některých našich porodnicích. Tvůrci této teorie, američtí pediatři M. Klaus a J. Kennel se domnívali, že v prvních 12 hodinách po porodu existuje biologicky naprogramované období, kdy si matky se svými dětmi budují základy emočních vazeb a jsou proto pro oba životně důležité. Dítě má po porodu neobyčejný behaviorální potenciál, uvádí M. Mrowetz (2009), který mu umožňuje navázat vztah s matkou. Také matka se díky procesu integrace mentálního obrazu dítěte, získaného čekáním na porod s jeho skutečným obrazem, chová ke svému dítěti velmi citlivě a otevřeně, pokud s ním může zůstat nerušeně o samotě. Matky, jimž byl bonding umožněn, proto lépe zvládají stres, spojený s mateřstvím a mají tendenci se o své novorozence déle starat s větším pocitem radosti z kontaktu s ním.

Na konci prvního roku má dítě dle Bowlbyho základní znalosti o svém blízkém prostředí a v dalších letech jsou tyto poznatky organizovány do „vnitřních modelů“, včetně obrazu sebe sama a matky. V pěti letech už má dítě vytvořen model fungování matky včetně znalosti jejích zájmů, postojů, hodnot i vztahů, mezi které je zařazeno i ono samo (Šulová, 2007).

P. Weiss (2005) poukazuje na možnost vzniku různých typů vazeb dítěte s matkou. Může se vyvinout vazba nejistá v důsledku odmítavých reakcí matky, nebo se dítě naučí nedávat svoje negativní emoce najevo a vzniká vazba vyhýbavá. Ambivalentní vazba vzniká, nejsou-li reakce matky na projevy dítěte konzistentní, matka reaguje jen občas a podle nálad. V tom případě dává dítě najevo svou nejistotu přehnaným způsobem. Je-li matka pro dítě zdrojem bezpečí i ohrožení, vzniká vazba dezorganizovaná, zvláště u dětí týraných a zneužívaných.

Rodiče si, dle mých zkušeností, často své chování, které v dětech podnítl vznik vazby nejisté či ambivalentní, ani neuvědomují, protože byli sami v dětství vychováni podobně. Setkala jsem se rovněž s tím, že si své chování různým způsobem racionalizovali, například tak, že jim dítě brání v jejich vlastní kariéře, osobnostnímu růstu, nebo vztahu s partnerem.

1.4.3 Psychické důsledky týrání

Tělesné týrání se, dle mnohých výzkumných studií, často pojí s různými dalšími faktory, jako je emoční týrání, zane-

dbávání, psychická deprivace a další typy rodinného násilí. **Kognitivní, emoční i tělesný vývoj dítěte tak může být vážně i celoživotně poškozen.** Symptomy, jako jsou úzkost, deprese, nízké sebevědomí, sebevražedné sklony, zneužívání návykových látek, problémy se sociálním začleněním a protispolečenské jednání se pojí s dřívějším vystavením jedince terorizování rodičů a s jejich celkově odmítavým postojem ke svému dítěti.

Dlouhodobý stres, spojený s týráním může vést ke změnám na úrovni centrální nervové soustavy a způsobuje nevratné změny v biologických stresových systémech, spojených se zrání mozku. Děti, které zažily dlouhodobé týrání proto trpí poruchami adaptace, různými psychologickými a sociálními problémy a poruchami chování. Mají snížené kognitivní schopnosti a nedosahují dobrých školních výsledků (Watts-English, et al., 2008).

Mezi rodiči a dítětem se vyvíjí specifický vzorec interakce. P. Říčan a D. Krejčířová (2006) tuto situaci popisují tak, že dítě nezahajuje sociální kontakt ani jej nepřijímá, odtahuje se, jeho emoce jsou nepředvídatelné, chování ambivalentní, vyjadřující potřebu a současné odmítání tělesného kontaktu. Charakteristickým vyhýbavým chováním je nepřímý příklon, kdy se dítě přibližuje k cíli stranou, v kruzích, přistupuje a zároveň několik krůčků couvne. Emoční projevy těchto dětí jsou slabé a méně časté, ale objevují se i záchvaty vzteku bez varování. V případě strachu se aktivuje potřeba blízkosti matky, pokud však z této strany hrozí nebezpečí, vzniká neřešitelný konflikt mezi potřebou jistoty u matky a útekem, hostilita se tak může projevat i mimo kontext. Extrémní vyhýbavé chování týraných dětí v případě snahy dospělých o sociální kontakt s nimi, projevující se například chůzí pozadu nebo s odvráceným pohledem k cíli, se označuje jako reaktivní porucha přichylnosti v dětství.

U dětí školního věku se nejčastěji vyskytuje úzkost, deprese, autodestruktivní chování, nízké sebehodnocení, sociální odtaziťost, neposlušnost a agresivní a hostilní styl, kdy dítě připisuje i drobným neshodám hostilní úmysl a reaguje agresivně, což je v jeho pojetí legitimní reakce. V dospívání je zvýšené riziko útěků z domova a delikvence, přecházející do kriminálního násilného chování v dospělosti. V dospělosti se vyskytují antisociální poruchy osobnosti, či jiné osobnostní poruchy.

1.4.4 Psychické důsledky sexuálního zneužívání

Sexuální zneužívání je pro dítě velmi bolestný zážitek, zasahující do všech oblastí jeho psychického zdraví. Vyvolává u něj řadu nezvládnutelných pocitů, které často potlačuje a přesouvá do jiné roviny. Následkem je narušený vztah k sobě, změna v interpersonálních vztazích, v chování, prožívání, nedůvěra k lidem, změna postojů i řada somatických obtíží.

R. Milfait (2008) poukazuje na měnící se pohled dítěte na společenské normy a morálku, což působí jako rizikový faktor v rozvoji sociálně-patologického jednání. **Následky mají hlubší charakter v závislosti na věku dítěte, trvání zneužívání, počtu ataků, brutalitě pachatele, na jeho citové vazbě s dítětem a na postoji nejbližšího okolí.** Negativně působí rovněž vleklé vyšetřování a soudní řízení, které vede k reviktimizaci dítěte.

U více než 50 % zneužitých dětí popisují J. Elliott a M. Place (2002) následky na úrovni vnitřního prožívání, jako je úz-

kost, strach, pocity viny, vzteku a bezmoci. Děti se stahují do sebe, identifikují se s rolí oběti, podřizují se, mají různé psychosomatické potíže, poruchy příjmu potravy a závislosti. Na úrovni vnějšího chování se objevuje sebepoškozování, školní neúspěšnost, agrese, nepřátelství, negativismus, násilnictví, chování se znaky sexualizace, mučení nebo zabíjení zvířat.

Ze studií mnoha autorů vyplývá, že dlouhodobé následky sexuálního zneužívání se mohou projevit pozdějšími psychopatologickými symptomy. Jednorázové či opakované trauma, kterému děti musí čelit, ohrožuje jejich integritu, bezpečí, či dokonce život. Může být porušen rovněž vývoj sexuální role, osobní identity a intimních vazeb. Předškolní děti trpí strachem, děsivými sny, regresí a internalizovaným a sexualizovaným chováním. Školní děti mají navíc problémy ve škole s nezralým, hyperaktivním nebo agresivním chováním. U adolescentů jsou to hlavně deprese, psychosomatické potíže a suicidální pokusy, útoky z domova, promiskuitní chování a zneužívání návykových látek. Závažnost těchto symptomů souvisí se strategiemi zvládnání. Často dochází k cyklickému generačnímu opakování incestu v rodinném systému. Ztráta kontroly, nepředvídatelnost a extrémně agresivní povaha událostí jsou hlavními patogenními faktory.

J. Hanušová (2006b) poukazuje na další závažné poruchy a somatické těžkosti, spojené s posttraumatickou stresovou poruchou, kdy dochází k znovuprožívání traumatu v představách (flashback) a vyhýbání se situacím, připomínajícím trauma. Jak dále upozorňuje A. P. Gardino et al. (2009), fyziologická odpověď dětského organismu na trauma může být tak významná, že může nastavit úroveň pro trvalé symptomy. Změny v mozkové struktuře, spojené s odlišným neuronovým spojením se odráží v jeho funkci a bývají příčinou tzv. vývojového traumatu, které ovlivňuje pozdější neurofyziologické odpovědi. Dítě proto může později reagovat i na situace, které běžně nejsou stresující, ale původnímu traumatu se podobají, nadměrným podrážděním a extrémní reakcí.

J. Soukup a H. Papežová (2008) popisují disociaci, jiný obranný mechanismus, pomocí něhož zvládá dítě situace, přesahující jeho integrační kapacitu. Traumatizující situace vyvolává strach, a pokud dítě nemá možnost úniku, prostřednictvím disociace uniká vnitřně „do jiného života“, kde se bolestné vzpomínky nevyskytují. Pro disociaci jsou typické projevy denního snění, amnézie nebo stavy podobné transu, kdy dítě má víc zcela jiných „osobností“, což může mít destruktivní vliv na jeho život v dospělosti. Konkrétně to může být hluk v hlavě, náměšičnost, trhané pohyby, hlazení se, řečové projevy bez toho, aby dítě chtělo, nepřítomnost duchem v drobných stresových situacích, zmatenost, věku nepřiměřené chování, sebeubližování, či vyhýbání se škole.

Specifické následky komerčního sexuálního zneužívání dětí popisuje R. Milfait (2008). Moderní otroci, tedy děti a ženy přinucené k prostituci jsou dnes masovým, snadno nahraditelným zbožím a podle toho je dána i jejich hodnota. Mnohé z nich nemají rodinný život, často si nepamatují odkud pocházejí, bez podpory a pomoci, odtrženy od běžných sociálních aktivit nejsou schopny rozvinout svůj potenciál. V případě prostituce se kromě primární traumatizace dětí přidává sekundární traumatizace a viktimizace, která spočívá v sexuální násilí, tělesných trestech a psychickém násilí s cílem obět zcela ovládnout. Další traumata pocházejí od kuplířů, zákazníků, vrstevníků, lékařů, učitelů, sociálních pracovníků nebo policistů formou neuctivého a ponižujícího

chování. Osobnost těchto dětí bývá narušená poruchami v psychickém a sociálním vývoji, rozvíjí se psychické stigma, jehož intenzita prožívání souvisí s věkem dítěte, jeho sociálním zázemím a s tím co ho přimělo k prostituci. Následkem dětské pornografie jsou zvláště těžké traumatizace a častější výskyt disociativních poruch, což je způsobeno intenzitou sexualizovaného násilí, strategií pachatele, okolnostmi činu a použitím obrazového materiálu. Komerčností pornodokumentů jsou děti degradovány na zboží a tím vlastně zneužity dvakrát. Pomocí tohoto materiálu, který má být důkazem jejich spoluviny jsou vydírány a nuceny k zneužívání jiných dětí, což podporuje jejich stud a pocit viny. Pro děti zneužitě v pornografii je charakteristický zesílený stud, ponížení, bezmoc a pocity viny a zodpovědnosti za pornografický materiál.

1.5 Prevence syndromu CAN

1.5.1 Primární, sekundární a terciární prevence

Skutečnosti, popisované v předchozích kapitolách ukazují, jak závažný a složitý problém představuje syndrom CAN. Proto ani jeho řešení není jednoduché, vždy jde o zásah do intimního rodinného života a rodičovských kompetencí. **Prvořadá a klíčová je primární prevence**, jež má zabránit vzniku psychického a tělesného ohrožování dítěte dříve, než nastane působením na veřejnost, rodiče, vychovatele a odborné pracovníky.

Vláda v roce 2008 schválila **Národní strategii prevence násilí na dětech pro roky 2008–2018**, která by měla prevenci násilí na dětech řešit. Zaměřuje se na sedm hlavních cílů, a to podporu rozvoje rodičovských kompetencí, klima rovnocenného partnerství a sociální komunikace ve školách a na pracovištích, dostupnou nabídku volnočasových aktivit, speciální práva dětí umístěných do zařízení ústavní výchovy, vytváření bezpečných komunit, porozumění právu dětí na ochranu před násilím s cílem změny jejich postojů a koordinaci multioborového přístupu (Věstník vlády ČR, 2008).

Primární prevence se tedy týká široké osvěty veřejnosti a obecných opatření ve prospěch rodin. Jde o vytvoření dětem příznivé společenské atmosféry, kde je vysoce ceněna hodnota dítěte a dobře fungující rodiny. Důležitou úlohu zde sehrávají sdělovací prostředky, instituce zabývající se rodinou a škola. Patří sem i příslušné zákony, vyhlášky a směrnice. Dalším bodem je specifická osvěta primárních vychovatelů dítěte, a to v prvé řadě rodičů, o postojích a péči o dítě s důrazem na jejich rodičovskou zodpovědnost a na posílení role otce. Podstatnou roli hraje výchova k manželství a rodičovství ve školách, propagace antikoncepce, nových způsobů vedení porodu a roaming-in. Rovněž pomocná opatření pro rodiny v tísní a vytipování rizikových skupin a životních situací obyvatelstva z hlediska CAN, skríníngem v prenatálních a pediatrických ambulancích, patří k opatřením, které přispívají k předcházení vzniku situací, ve kterých dochází k projevům násilí.

Sekundární prevence následuje po té, co již k určitému násilí došlo, má omezené možnosti, protože se částečně kryje s terapeutickými zásahy. Terciární prevence se s nimi kryje zcela. Jejím účelem je zabránit prohloubení traumatu a rozvoji nevratných následků, ale také zabránit systémovému násilí. Jde především o to, aby dítě nebylo dále ohrožováno a dů-

sledky násilí byly co nejmenší. Je nutno rozhodnout o tom, zda dítě zůstane dále v rodině, nebo se budou hledat jiná optimální řešení jeho životní situace. Důvody pro změnu životních podmínek dítěte musí být dobře ověřené, s jeho osudem není možno libovolně manipulovat. V tomto smyslu je důležitá osvěta i v odborných kruzích (Matějček, Dytrych, 1994).

J. Langmaier a D. Krejčířová (2006) zdůrazňují posilování protektivních faktorů, empatie, vztahů v rodině, rodičovských postojů, vztahů ke kladným vzorcům ve společenství vrstevníků a zlepšení životních podmínek ohrožených skupin. Z vývojového hlediska jsou postupy rozděleny podle vhodnosti k určitému vývojovému období. K opatřením, zaměřeným na prenatální období patří podpora rodičů, nebo program překonání minulosti pro oběti týrání v dětství. Zvyšování empatie matky po porodu, bonding, přirozené porody a posilování komunikace mezi rodiči a dítětem vedou k lepší schopnosti matky rozeznávat stavy bdělosti, rozumět citlivosti dítěte, jeho sociální reaktivitě a temperamentu. Patří sem různé specificky zaměřené programy, například videotrénink interakcí. Pozornost musí být věnována i ostatním věkovým skupinám. Příkladem je rodinná a sexuální výchova ve školách, trénink dovedností v případě ohrožení, péče o dospívající či prevence užívání návykových látek.

Při rozhodování zdůrazňují Z. Matějček a Z. Dytrych (1994) potřebu vycházet ze studií o psychické deprivaci dětí. Často k ní dochází při nenaplnění jedné ze základních potřeb, kterou je potřeba životní jistoty. V rodině, kde je dítě týráno, zneužíváno nebo zanedbáváno, tato potřeba nemůže být naplněna, dochází naopak k dlouhodobé životní nejistotě. Rodiny s patologickými osobnostními problémy svých členů si často udržují svou patologickou rovnováhu na úkor dítěte, které se stává obětí beránkem. Zde je nutné brát v úvahu věk dítěte, protože doba, ve které je dítě vystaveno násilí má různý význam z hlediska jeho vývojových období a má pro ně jinou hodnotu, než pro dospělého. Zásadní rozhodnutí by se tedy nemělo příliš odkládat, osvobození dítěte z ohrožujícího prostředí znamená mnohdy záchranu jeho psychického a někdy i fyzického života.

K posílení prevence násilí na dětech přispívá svou činností řada nevládních organizací. Vyhlásují různé kampaně, například Stop násilí na dětech, kterou vyhlásila Nadace Naše dítě, organizují výzkumné projekty, jako je Monitoring problematiky ohrožených dětí v ČR, organizovaný Nadací Sírius. Poskytují krizovou pomoc zasaženým dětem (DKC), zabývají se právy dětí (DCI), náhradní rodinnou péčí (SNRP, DOM), sanací rodiny (STŘEP) či přímo prací s ohroženými dětmi (FOD). Práci těchto neziskových organizací považují za velmi potřebnou, ale domnívám se, že je poměrně roztržštěná a měla by se dle mého názoru prolínat s činností státních institucí pod jednotným metodickým vedením.

1.5.2 Prevence CAN ve světě

Násilí na dětech je celosvětový problém, každým rokem ovlivňuje milióny osob a představuje rizikový faktor ve vzniku psychických poruch, depresí, posttraumatických stresových poruch, poruch chování, sebevražd, agrese a jiných celoživotních následků. Jeho prevence tedy představuje prevenci vzniku celého spektra zdravotních a psychických následků. Tyto skutečnosti zdůraznila WHO ve Světové zprávě o násilí a zdraví, která je nedílnou součástí její Globální kam-

paně pro prevenci násilí.

Ve spolupráci s Mezinárodní společností pro zneužívání a zanedbávání dětí (ISPCAN) vydala WHO příručku **Prevence špatného zacházení s dětmi: příručka pro přijetí opatření a generování důkazů** (Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence), jako praktický nástroj pro tvorbu preventivních programů proti násilí na dětech v jednotlivých zemích. Je rozdělena do pěti částí, první poskytuje přehled o rozsahu, důsledcích a nákladech jevu. Druhá část poskytuje přehled metod, užívaných k identifikaci syndromu CAN a třetí kapitola se zaměřuje na podporu prevence špatného zacházení s dětmi. Následující kapitola se zabývá službami pro oběti týrání a poslední část obsahuje závěrečné poznámky s důrazem na potřebu systematického využití doporučení (Butchart et al., 2006).

Boj proti násilí na dětech se stal jedním z prvořadých zájmů mnohých světových organizací, jako je WHO, UNICEF, NICHD, WWF, OSN a dalších. Tyto organizace usilují o vytvoření kultury prevence násilí na dětech po celém světě, prostřednictvím podpory vlád a nevládních institucí a jejich aktivnější role v ochraně dětí. V roce 2000 byl proto ustaven 19. listopad Světovým dnem prevence týrání dětí, aby se zvýšilo povědomí o zneužívání dětí a násilí vůči dětem, aby byla respektována práva dítěte a aby se prevence zneužívání dětí stala jednou z hlavních priorit politiky jednotlivých států.

V současné době se v mnoha zemích používají různé **preventivní programy zaměřené na budoucí rodiče, znevýhodněné skupiny obyvatelstva, dospívající mládež, posílení otcovské role v rodině** a podobně. Jako neefektivnější se jeví **návštěvní rodinné programy**, posilující pozitivní rodičovské postoje přímo v rodině. Programy mají výchovné, edukační zaměření, s cílem posílit vědomosti, životní schopnosti a rodičovskou zodpovědnost pečujících osob (Wolfe, 1993).

Jak uvádějí K. S. Howard a J. Brooks-Gunn (2009), programy domácích návštěv nemohou přímo zabránit tomu, aby v rodinách docházelo k projevům týrání, ale mohou podpořit budování blízkého vztahu mezi matkou a dítětem, zlepšit rodičovské dovednosti, kvalitu domácího prostředí a rozvoj dětí. Dle autorů jsou tyto programy nejpřínosnější pro rodiny s nízkými příjmy a mladistvé matky. Zlepšení jejich rodičovských dovedností je předpokladem lepší pohody dětí a snížení projevů špatného zacházení s nimi v průběhu času.

Dalším příkladem ze zahraničí může být americký program **Zdravá rodina** (Healthy Families America), který se rozšířil i do dalších zemí Evropy a Austrálie. Tento program je zaměřený zejména na sociálně ohrožené rodiny a jeho cílem je posilovat rodičovské kompetence a dovednosti a budovat pevnou vazbu mezi matkou a dítětem, která je nejlepší prevencí různých negativních jevů. Bývá zahájen ještě před narozením dítěte nebo krátce po něm a vytipované rodiny jsou do něj zařazovány dobrovolně, na základě důvěry. Služba je poskytována dlouhodobě a její intenzita záleží na momentálních potřebách konkrétní rodiny.

Služba je přizpůsobena kulturním zvláštnostem rodin z různých socio-etnických skupin. Zaměřuje se na rozvoj dítěte, rodičovských dovedností, vztahů v rodině a zprostředkování dalších potřebných služeb. Počet rodin na jednoho rodinného asistenta, kteří jsou vybíráni na základě profesionálních dovedností a osobnostních předpokladů, je omezen. Speciálně vyškolení pracovníci oslovují vytipované matky již

v porodnici. Nabízejí jim zařazení do programu s balíčkem, který obsahuje videokazetu, jednoduchou příručku, kontakt na instruktora a další praktické maličkosti. Matce je nabídnuta možnost první návštěvy, které se pak uskutečňují podle potřeby, zpravidla jednou týdně. Matka je v jejím domácím prostředí nenásilnou a přirozenou formou instruována a zcvičována do péče o dítě, získává základní hygienické a zdravotní dovednosti, rozvíjí se její rodičovské dovednosti. Cílem služby není péče o dítě místo matky, ale posílení schopností matky starat se o dítě v jeho jednotlivých vývojových etapách. Instruktorky současně působí jako prostředníci pro navázání kontaktů rodiny s jejím sociálním okolím. Tato práce v rodinách trvá do tří let věku dítěte, kdy se předpokládá, že dítě bude schopné navštěvovat předškolní zařízení a minimalizuje tak ohrožení zdravého vývoje dítěte (Bubleová, 2007).

1.6 Možnosti léčby syndromu CAN

Násilí na dětech nelze ospravedlnit. Společnost, ve které žijeme by měla zavést takový systém péče o ohrožené děti, který by tento problém dostatečně legislativně upravoval, obsahoval by prvky kvalitní institucionální a terénní práce s rodinami, kvalitní prvky edukace a dostatečnou síť dětských psychiatrických ambulancí. Prostřednictvím svých institucí by měla být společnost schopna zjistit, zda bylo dítěti ublíženo, poskytnout mu ochranu a potrestání pachatele. Odhalování tohoto problému však může být pro postižené dítě nejen pomocí, ale často vede k jeho další traumatizaci.

Profesionálové se svými postoji k rodině mohou stát součástí systému, který se podílí na vytváření traumatu. Proto je třeba hledat takové přístupy k rodině, aby k tomuto jevu nedocházelo. Jedním z nich je vyjasnění a zřetelné pojmenování funkcí a kompetencí všech, kteří na daném případě spolupracují. Role pomáhajících, ve kterých vystupují psychoterapeuti musí být zřetelně odlišeny od rolí kontrolujících pracovníků, pověřených soudem nebo jiných odborníků v souvislosti s ohlašovací povinností (Gjuričová, Kocourková, Koutek, 2000).

Myslím si, že **léčba syndromu CAN musí být interdisciplinární**, aby ovlivnila vytvoření žádoucí tělesné, psychické a sociální pohody dítěte a zaměřila se na zlepšení postavení dítěte v jeho rodinném systému. Zároveň by měla být symptomatologická, se zaměřením na příznaky ubližování dítěti a příčiny jevu, vedoucí k prevenci a zabránění cykličnosti násilí v rodině.

1.6.1 Krizová intervence, pomoc v akutních stavech

Hlavním smyslem akutní krizové intervence je **přerušit násilí, zabránit dalším útokům a zajistit okamžitou lékařskou či psychologickou pomoc**. Pracuje se s akutním problémem dítěte, které je třeba uklidnit a zajistit mu emocionální podporu. Je třeba pomoci dítěti při porozumění jeho situace tak, aby mohlo dojít ke stabilizaci jeho psychického stavu.

Pro dítě je velmi důležité, jak říká Š. Špeciánová (2003), aby správně pochopilo co se stalo, a že to není jeho chyba. Při opakovaných terapeutických setkáních je třeba navázat s dítětem kontakt, získat orientaci v okolnostech vedoucích ke krizi a sledovat reakce dítěte, kterými se snaží situaci zvládnout. Důležité je vcítit se do situace dítěte, podpořit je v co

nejvyšší míře samostatnosti, pomoci mu k pochopení a náhledu na situaci. Nezbytné je spolupracovat s celou rodinou a hovořit o problému, terapii i pomoci rodině jako celku.

Postupy při řešení problému mohou být různé. Punitivní, zaměřený na potrestání pachatele, bývá spojen s rizikem rozpadu rodiny. Protektivně-kontrolní přístup sleduje zabránění opakování násilí důslednou kontrolou, pravidelnými prohlídkami i tím, že je dítě odebráno z rodiny do péče instituce, což může dítě pociťovat jako trest. Protektivně-terapeutický přístup nevylučuje kontrolu, ani potrestání pachatele, ale jeho hlavním úkolem je terapeutická intervence zaměřená na celou rodinu tak, aby nebyl narušen rodinný systém.

Nejde jen o zastavení násilí, ale agresor musí převzít zodpovědnost a sám se podílet na terapii a péči o zlepšení vztahů v rodině. Převládá zde snaha o vytvoření rodičovské koalice, komunikativně behaviorální hranice, posilování vztahu matky a dítěte, úpravu partnerských vztahů i vztahu pachatele a dítěte. Všechny tři aspekty krizové intervence do sebe musí zapadat, aby byl využit jejich efekt, nepůsobily protikladně a nedocházelo k systémovému týrání (Vaníčková, Provazník, Hadj-Mousová, Spilková, 1999b).

Již od počátku by měl sociální pracovník spolupracovat s dětským psychologem, který může dítěti poskytnout oporu a zároveň později pracovat s celou rodinou. Je důležité prošetřit sociální zázemí dítěte, riziko dalšího útoku abuzora, popřípadě umístit dítě mimo rodinu, nejlépe k příbuzným. Pomoc sexuálně zneužitým dětem je obtížnější, nezbytné lékařské vyšetření bývá pro dítě nepříjemné, je však součástí celého léčebného procesu a má důležitý význam právní. Sociální pracovník na základě rodinné anamnézy posuzuje vhodný typ intervence a koordinuje poskytování sociálně-právní ochrany dítěte. Již v této fázi je potřeba spolupracovat s orgány činnými v trestním řízení a připravit dítě na to, že může vystupovat v trestním řízení jako svědek tak, aby bylo co nejméně traumatizováno (Špeciánová, 2003).

1.6.2 Komplexní šetření případu

Rozsáhlé šetření souvisejících okolností, formou terénní práce provádí sociální pracovník v rodině, místě bydliště, ve škole a školském zařízení, ve zdravotnickém zařízení, nebo jinde, kde se dítě zdržuje. Pořizuje zde obrazové či zvukové záznamy, vypracovává podrobnou objektivní anamnézu a plán komplexní terapie.

V případě sexuálního zneužívání partnerem matky doporučuje Š. Špeciánová (2003) zjistit, jaká je současná životní situace matky a její vztah k abuzorovi, zda je schopná být na něm nezávislá a poskytovat dítěti náležitou oporu. Je třeba zjistit možnost psychiatrické zátěže v rodině, závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách, nebo cykličnosti násilí v rodině a na základě těchto skutečností předvídat další vývoj případu. Pokud matka zneužití nevěří, je třeba usilovat o vytvoření aliance mezi dítětem a matkou, která je pro ně významnou oporou a hraje klíčovou roli v dalším postupu.

V této fázi léčby má dle zkušeností odborníků prvořadý význam psychoterapie, zaměřená na potřeby dítěte a jeho rodiny. Měla by vést k dosažení úlevy od psychických utrpení a nápravě osobních vztahů a sociálního chování. Toho může být dosaženo určitou změnou na úrovni psychické reality, novou emoční zkušeností a dlouhodobým pozitivním terapeutickým vztahem.

Mnoho dětských projevů, jak uvádí P. Pöthe (2008), se dá pochopit pouze pohledem na jeho psychický vývoj v kontextu konkrétní zkušenosti, získané v interakci dítěte s rodiči. Psychoterapeut se v procesu terapie stává účastníkem emočního vývoje, vstupuje do něj v době, kdy došlo k traumatu, které narušilo vývoj dítěte. Nositelem psychické změny, je vztah mezi dítětem a terapeutem, proto ji lze nazvat vývojovou terapií. Nejdůležitější v tomto vztahu je skutečný zájem terapeuta na uzdravení dítěte, jeho autentičnost a věrohodnost. Skutečný zájem o to, co se s dětmi děje a co prožívají, má pozitivní vliv na vnímání a hodnocení sebe sama. Tento zájem může být totiž jediný, se kterým se ve svém životě setkaly.

Řada odborníků se shoduje na tom, že špatné zacházení s dětmi je produktem nevhodné interakce mezi dítětem a rodiči, jejich nedostatečných rodičovských schopností a z toho vyplývajícího chování dítěte. Důležité je proto posílení tohoto vztahu. **Rodinná terapie** může pomoci dítěti vytvořit si pozici uvnitř rodiny, zaměřit se na fungování jednotlivých členů rodiny, na jejich osobní historii, názory, pocity a chování vůči dítěti.

Rodiče potřebují vědět, že už od narození je jejich dítě vnímá a komunikace s ním je nezbytná. Důležitá je podpora citlivosti, reakcí a porozumění rodičů potřebám dítěte, stejně jako jejich podpora v péči o ně, jeho místo v rodině, v preventivní a specifické zdravotní péči. Rozdělení rolí v rodině je nutné k tomu, aby se péče o dítě sladila s péčí o domácnost. Potřebná je rovněž podpora stability sociální situace rodiny, podpora komunikace v partnerském vztahu, v širší rodině a sociálním okolí (Konvičková, 2008).

K vytvoření pozitivního vztahu doporučuje J. Elliot, a M. Place (2002) také terapii společnou hrou dítěte s rodiči. Klíčovou oblast představuje prostředí, ve kterém dítě žije. Je důležité zachovat dítěti denní režim, umožnit mu zažít pocit úspěchu a vytvoření pozitivních vztahů, jako protipólu negativních. Kromě eliminace potíží dítěte může terapie snížit výskyt problémů v budoucích vztazích i riziko, že se zneužívané dítě stane zneužívajícím rodičem.

Š. Špeciánová (2003) zdůrazňuje význam rodinné terapie i pro sourozence dítěte, kteří mohou pociťovat vinu za to, že sami nebyli zneužiti, a že svému sourozenci nepomohli. Důležitá je práce s rodiči, kteří způsobují týrání dětí svou impulzivitou, podaří-li se je do terapie zařadit, je reálné zamezit opakování dalšího násilí. Je potřeba pracovat i s jejich případnou psychopatií, nebo závislostí. Trvání této fáze léčby je různé dlouhé, až několikaměsíční a rozhodující je v tomto smyslu úspěch v prováděné terapii.

1.6.3 Dlouhodobá péče a podpora

Dlouhodobé sledování dítěte a jeho rodiny by mělo probíhat prostřednictvím komplexní interdisciplinární podpory a mělo by vést k definitivní úpravě narušených vztahů v rodinném systému. Důležitá je pomoc různých odborníků, jako je specializovaný lékař, neurolog, psychiatr, rehabilitační lékař, gynekolog nebo psycholog. Sociální pracovník v této etapě zajišťuje poradenskou činnost v oblasti sociálně-právní, nebo nároků na sociální dávky.

Těžištěm je dle J. Dunovského et al. (1999) **dlouhodobá psychoterapie duševních a citových odchylek postiženého dítěte**. Mohou dítěti komplikovat přirozenou socializaci,

způsobovat mu spoustu problémů, mohou se promítat daleko do budoucnosti nebo opakovat v další generaci. Cílem je rovněž snaha o řešení nepříznivé situace v rodině, pokud je pro dítě zdrojem nebezpečí. Zásadou je pokud možno ponechat dítě v rodině, které je současně poskytována soustavná účinná podpora, sanace a terapie.

Dá se říci, že tato etapa nikdy nekončí, je totiž i nadále potřeba zjišťovat možné opakování výskytu násilí, protože v případě neúspěchu rodinné terapie se může násilí na dítěti stupňovat. Péče o postižené děti by měla být koordinovaná pracovníkem za její průběh odpovědným. Její formy mohou být ambulantní, prostřednictvím linek důvěry a pracovišť různých odborníků, nebo může pracovník docházet přímo do rodiny, kde je možno poskytovat některé formy terapie. Mnohdy je nezbytná ústavní péče, ale vhodnější formou než jsou dětské domovy nebo dětské oddělení nemocnic jsou domovy pro matku s dětmi nebo poměrně nový institut pěstounské péče na přechodnou dobu. Zde se otevírá řada možností pro působení nestátních neziskových organizací, které by mohly některé formy péče o rodinu zajišťovat. Tato péče by měla probíhat koordinovaně a ve spolupráci se státními orgány.

2 DÍTĚ A RODINA

V této kapitole se věnuji postavení dítěte ve společnosti v průběhu času. Pojednávám zde o základních potřebách dítěte, jejichž naplňování je nezbytné pro jeho přiměřený vývoj, stejně jako o rodině, přirozeném místě, kde jsou tyto potřeby saturovány, kde má dítě své zázemí, které ho formuje a poskytuje mu východisko k okolnímu světu.

2.1 Dítě

Pojem **dítě a dětství má v dnešní společnosti vysokou hodnotu**, jakou v minulosti nikdy nemělo. Dítě a dětství je v popředí zájmu umělecké tvorby, zákonodárství, politických programů i celé společnosti, která na všech úrovních, od rodinné až po celosvětovou vyzdvihuje argument, jakým je **blaho dítěte** (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995).

Naše současná společnost, jejíž kulturní kořeny čerpají z tradic západní civilizace, si děti vysoce cení, ochraňuje je, poskytuje jim péči, je pedocentricky zaměřená. Je známo, že zdravou společnost tvoří duševně zdraví, zdatní, vyspělí lidé. Základem pro dobré utváření lidské osobnosti je šťastné dětství a podmínkou pro ně je dobrý domov, místo, kde se dítě cítí v bezpečí, má tam své stálé místo, cítí se tam dobře. Pociťuje zde lásku svých rodičů, stálost prostředí i určitý domácí řád. Domov vytvářejí dítěti lidé, hlavně rodiče a dále všichni, kdo v domácnosti žijí a jsou s rodinou v úzkém kontaktu. Prožití dětství se pak stává východiskem člověka k tomu, jak se obrací k vnějšmu světu.

2.1.1 Postavení dítěte ve společnosti

Dítě nemělo v průběhu dějin stejné postavení ve společnosti, jako má dnes. V dřívějších dobách ženy rodily po celé své fertilitní období v intervalech 3–5 let, ale vzhledem k vysoké dětské úmrtnosti, nebyl počet dětí totožný s počtem porodů. Z kulturního a náboženského pohledu byly v té době pokládány lidské oběti za nedílnou součást rituálů. Celý svět

byl pro tehdejší lidi posvátný a své životní jistoty si zabezpečovali právě lidskými oběťmi.

V době hladomorů mělo zabíjení novorozenců ochraňovat starší děti a dospělé před nedostatkem potravin. Dalším motivem infanticidy bylo zabíjení podle pohlaví, což mělo regulovat složení populace, nebo dětí neduživých či s vrozenými vadami (Taygetska skála, Cloaca Maxima, skála Kapitulu). I v období antiky bylo dítě bezprávným subjektem, nejvyšší moc otce, zvaná patria potestas, umožňovala otci rozhodovat o životě a smrti svých dětí. Také v dobách válek nebyly děti nijak chráněny, naopak vybíjeny bývaly všechny děti, aby z nich nevyrostli mstitelé svých zabitých rodičů.

Starý zákon, vydáním Ediktu Milánského v roce 313, změnil pohled na lidské oběti, křesťanství zaručovalo každému stejné důstojenství před Bohem. Každé novorozené dítě bylo pokřtěno, ale jakýsi vyšší status mu byl přiznán až s biřmováním kolem 10–12 roku, když překonalo riziko vysoké úmrtnosti. Přesto po celý středověk a novověk měly novorozené děti asi taková práva, jako v dnešní době dítě nenarozené, sotva počaté (nasciturus), jejich zabití se posuzovalo jako dnešní interrupce. Později rodiče raději děti odkládali do klášterních nalezinců. První byl zřízen v Cařihradu v roce 335 a k zachování anonymity rodičů se budovala torna (otáčedla). Také iniciační rituály spojené s přijetím dítěte mezi dospělými se vyznačovaly různými praktikami, které ho často stigmatizovaly. V tehdejší patriarchální rodině měly malé děti své místo v ženské části domu a později se zapojovaly do pracovních aktivit. Dítě tak žilo, socializovalo se a emočně, sociálně a eticky zrál v trvalém kontaktu se svými blízkými v rodině, kde se odehrával celý rytmus života. V době osvícenství byla zavedena povinná školní docházka, kde se děti učily číst, psát a počítat. Při výchově dětí byly vždy v průběhu historie uplatňovány tělesné tresty, až působení J. A. Komenského přineslo nové vedení výchovy (Informatorium školy mateřské, Schola ludus). Romantismus a myšlenky J. J. Rousseaua přispěly k vydání Code Napoléon v roce 1804, který upravoval rodinné poměry. V první polovině 19. století, období biedermyera, vznikalo měšťanstvo a docházelo k posilování vnímání rodiny jako hodnoty pro život jedince klíčové (Slaný, 2008).

Industrializace vedla k rozmachu dětské práce, což zároveň vzbuzovalo velké pohoršení v církevních i světských kruzích a postupně byly vydávány zákony omezující a později zakazující práci dětem do 15 let. Od počátku 20. století se rodina demokratizuje, klade se důraz na citovost, společenské instituce se stále více zaměřují na rodinu a dítě. Vrcholem vývoje přístupu k dětství je přijetí **Úmluvy o právech dítěte, 20. listopadu 1989 v New Yorku** (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995).

2.1.2 Základní potřeby dítěte

Dítě, které přichází na svět je plně odkázáno na péči svých vychovatelů, prostřednictvím svých nejbližších osob poznává svět, prochází vývojovými stádii, socializuje se. Je proto velmi důležité, jakou mu jeho nejbližší poskytnou péči, jak jsou mu saturovány jeho biologické, psychické a sociální potřeby.

Největší vývojový skok v životě člověka se odehrává v matčině těle, na její životosprávě nebo stresujícím prostředí tedy záleží, jak se bude dítě vyvíjet. Další vývoj po narození je cestou od naprosté závislosti k nezávislosti na matce. Na jejím

přístupu k dítěti a uspokojování jeho potřeb závisí, jak bude její dítě vnímat svět po zbytek svého života (Lipinská, 2009).

Kromě základních **biologických potřeb**, jako je čistý vzduch a voda, vhodná strava, teplo, přístřeší a ochrana před nepříznivými vlivy, je pro přiměřený vývoj dítěte nutné také uspokojování **psychických potřeb**. Patří mezi ně potřeba určitého množství, kvality a proměnlivosti vnějších podnětů, které umožňují, aby se organismus dítěte naladil na určitou potřebnou úroveň aktivity. Tato úroveň by měla dosahovat takové kvality, aby byla dostatečná pro stimulaci rozvíjejících se psychických funkcí a zároveň dítě nepřetěžovala. Další je potřeba určité stálosti, řádu, struktury a smyslu v podnětech okolního světa, která je důležitá k tvorbě zkušeností, dovedností a pracovních strategií. Pokud by přívod podnětů byl chaotický, náhodný, nestabilní, nemohlo by se dítě ničemu naučit. Důležitá je potřeba prvotního citového sociálního vztahu, její uspokojení přináší dítěti pocit životní jistoty a je podmínkou jeho vnitřního osobnostního vývoje. Zdravé vědomí vlastního já vychází z uspokojení další psychické potřeby, kterou je potřeba identity, společenského uplatnění a hodnoty. Je podmínkou pro osvojení užitečných společenských rolí a cílů. Poslední ze základních psychických potřeb je potřeba otevřené budoucnosti a životní perspektivy, která dává lidskému životu dimenzi otevřenosti nebo uzavřenosti osudu (Matějček, 2003).

Souhlasím s názorem E. Vaníčkové (2007), která poukazuje na to, že základní potřeby dětí v současné době nejsou zcela uspokojovány ve všech bodech. Děti rostou na ulici, jejich podprůměrná či nadprůměrná inteligence není školským systémem dostatečně akceptovaná, omezena je identita, nebo rodiče promítají svá očekávání bez respektování dispozic dítěte. Komunikace s dětmi chybí, nebo se odlišuje a odehrává se prostřednictvím mobilních nebo internetových sítí, chybí společně trávený čas, sounáležitost a empatie. Roste sociálně patologické chování, které souvisí i s poklesem duchovních a spirituálních hodnot a ztrátou životní náplně.

2.2 Rodina

Definic rodiny bychom mohli citovat mnoho, záleží na tom, zda by byla vyslovena z pozice sociologa, politologa, právníka, finančníka, pedagoga či psychologa. Všichni by se však shodli na tom, že **rodina je důležitá společenská instituce, tvořící základní stavební kámen lidské společnosti a jejím hlavním úkolem je vychovávat děti**.

O. Matoušek (1997) uvádí, že rodina je biologicky významná pro udržení lidstva. V ní se člověk reprodukuje, pomocí rodiny vrůstá do své kultury a společnosti, vytváří kontinuitu a pouta solidarity mezi generacemi.

Vývoj dítěte ovlivňuje jeho okolní prostředí, formou interakce s lidmi, objekty a symboly. Fyzické prostředí, zejména strukturované, předvídatelné a stabilní, je pro vývoj dítěte velmi důležité. Materiální prostředí ovlivňuje jeho kognitivní vývoj a sociokulturní prostředí, v rámci interakce s jinými lidmi, má podstatný význam pro rozvoj jeho specificky lidských projevů. Proces vývoje dítěte v sociokulturním prostředí, se nazývá socializace. Dochází zde k rozvoji žádoucích způsobů chování a jednání prostřednictvím nápodoby, identifikace i učení, pomocí odměn a trestů. Rodina, jako nejvýznamnější sociální skupina, má pro psychický vývoj dítěte velký význam. Zprostředkovává mu základní sociokul-

turní zkušenosti, je modelem, který dítě napodobuje nebo se s ním identifikuje. Informace, získané v rodině dítě zobecňuje a podle toho očekává chování ostatních, osvojuje si zde účelné vzorce chování a projevy citů. Rodina by proto měla poskytovat dítěti pocit jistoty, bezpečí a pozitivní akceptace. Rodina se podílí na postoji dítěte ke světu, na jeho sebezpečí a sebedůvěře. Ovlivňuje dítě biologicky i sociálně a rodiče dle své vzdělanosti a schopností, zčásti daných geneticky, dítě vychovávají.

V rodinném prostředí se odráží hodnotový systém i to, jaké schopnosti a dovednosti jsou ceněny, je zde posilován rozvoj kompetencí považovaných za důležité. Jako nejvýhodnější styl rodinné výchovy se dle M. Vágnerové (2005) ukazuje kombinace rodičovské lásky a disciplíny. Požadavky rodiny, spojené s oporou při jejich zvládnutí, vedou k rozvoji kompetencí, sebedůvěry a cílevědomosti dítěte. Mezi vlastnosti rodiny patří její stabilita, míra koheze, otevřenosti, flexibility, adaptability a integrovanosti v širším společenském prostředí. Pokud je některá charakteristika extrémně vyhraněná, nemůže rodina plnit dobře svou funkci.

V rodině se zakládá struktura a hlavní rysy osobnosti, zdůrazňuje E. Vaníčková (1995, 2004), což je ovlivněno sebehodnocením a sebezpečím, které závisí na sociálním prostředí dítěte. Určité chování dítěte je jeho okolím přijímáno nebo odmítáno, dochází k posilování či vyhasínání určitých vzorců chování. Dítě získává dispozici chovat se určitým způsobem, vytváří se trvalé rysy chování a osobnosti dítěte. Rodina se tak podílí na vytváření osobnostních rysů dítěte. Nepříznivé způsoby chování, tělesné tresty, emocionální násilí či dokonce týrání dítěte nepůsobí jen aktuálně, ale mají dlouhodobé nepříznivé důsledky na vývoj dítěte a transgenerační přenos nezdravých vzorců chování.

2.2.1 Rodina jako systém

Jak jsem již uvedla, rodinu můžeme chápat nejen z biologického hlediska, ale též jako sociální systém. Systém je soubor částí a vztahů mezi nimi, ale rodinný celek je více, než jen souhrn jeho částí. Každá z nich je k ostatním v takovém vztahu, že změna jedné části vyvolá změnu v celém systému. Rodinný systém má kromě biologického a sociálně-historického kontextu určité rozložení v prostoru a čase. Je organizačně složitý, ale jeho složky nejsou chaotické ani neměnné a vytváří síť vzájemně propojených cirkulárních vztahů.

Rodinný systém je otevřený, což je podmínkou jeho životaschopnosti a změny, je adaptabilní v souvislosti s vnitřními i vnějšími podněty, je složitý s průběžnou transmisí informací. **Podstatou rodinného systému jsou rodinné interakce, jejich kvalita a míra otevřenosti či uzavřenosti.** Každý systém je složen z podsystémů. V rodině je základem partnerský subsystém, který je určitým modelem interakce a intimity mezi mužem a ženou a závisí na něm celkový úspěch rodiny i vývoj dětí. Okamžikem otěhotnění vzniká subsystém rodič a dítě, který původní systém obohacuje, nebo může být obdobím krizí. Sourozenecký subsystém je důležitý pro rozvoj spolupráce, soupeření, schopnosti vyjednat a tvořit kompromisy, což je důležité při tvorbě jiných sociálních vztahů. V rodině mohou přechodně fungovat i jiné subsystémy, např. matka a mladší dítě, otec a starší dítě, ale jejich dlouhé trvání nebo příliš pevné hranice signalizují rodinný problém. Subsystémy nejsou statické, jsou v neustálém pohybu a vývoji,

propojené interakcemi a podílející se na rovnováze rodinného systému. Hranice mezi nimi by měly být pevné, ale zároveň flexibilní (Sobotková, 2007).

Důležitým empiricky ověřeným poznatkem je, že porucha v jednom prvku nebo subsystému se projevuje v celém rodinném systému. Rodina zůstává stejná, pokud se například přestěhuje, ale nemůže zůstat stejná, stane-li se něco dítěti, zemře-li otec, nebo se matka stane alkoholičkou. Rodinný mikrosystém je přitom zapojen a ovlivňován okruhem příbuzenstva, přátel, sousedů, tedy mezosystémem, sítí širších sociálních vztahů, jako jsou zaměstnavatel, školy a školky, služby a různé poradny, tvořící ekosystém a okruhem celospolečensky významných institucí, tedy makrosystémem. Rodinný systém ve svém vývoji prodělává změny, které mohou být kontinuální, dané přirozeným vývojem, nebo naopak náhlé, diskontinuální, které představují rodinné události a krize.

Podstatnou vlastností rodinného systému, uvádí Z. Matějček (2005), je jeho schopnost sebezáchovy a sebeopravy. Rodinný systém má tendenci se i přes vážnou krizovou událost stabilizovat, a to i za cenu určitých obětí.

Systém reaguje na podněty ze svého okolí nebo svých členů buď negativní zpětnou vazbou, která vede k zachování homeostázy systému, nebo pozitivní zpětnou vazbou, vedoucí k jeho změně. Při hodnocení zpětných vazeb je třeba brát v úvahu, že existuje nežádoucí stabilita a žádoucí změna. Každý jedinec má svůj systém přesvědčení, který bývá v systému ovlivňován určitým základním sdíleným přesvědčením. Rodinná přesvědčení jsou základem dvou rodinných orientací, a to orientace na rozhovor a orientace na konformitu. V rodinách orientovaných na rozhovor je komunikace mezi jejími členy spontánní, častá, neomezená časem, ani témata a aktivity či závazky jsou rozhodnutím celé rodiny. Otevřená komunikace je tedy základem spokojeného rodinného života a má klíčový význam ve výchově dětí. V rodinách orientovaných na konformitu jsou v interakcích zdůrazněny společné postoje, přesvědčení a hodnoty. Komunikace je zaměřena na harmonii, vyhýbání se konfliktům a vzájemnou závislost členů. Vůči dětem se prosazuje autorita a poslušnost. Panuje zde přesvědčení, že rodina má mít tradiční strukturu a držet pohromadě, upřednostňují se rodinné vztahy a očekávání, že členové své zájmy podřídí zájmům rodiny (Zatloukal, 2006).

Systemický či vztahový model práce s rodinou je nástrojem k uvažování o vztazích v rodině, mezi rodinou a odborníky i mezi odborníky navzájem, dodává Š. Gjuričová (2000). Umožňuje uvažovat o soustavě vzájemných vztahů a objevovat síly a možnosti v rámci širšího společenství a zkoumat možné důsledky zákroků pro každou zúčastněnou osobu.

2.2.2 Orientační a prokreační rodina

Základní sociální zkušenost poskytuje dítěti **orientační rodina**, do které se narodí. Rodina je **zjednodušeným modelem okolního světa a svým chováním mu okolní svět interpretuje**. Zde se dítě naučí posuzovat to, jaký ten okolní svět vlastně je, zdali je dobrý nebo špatný, může zde získat potřebný pocit důvěry a ověřovat si reakce okolí na své chování. Rodina poskytuje dítěti podněty v různé kvalitě a množství a tak je učí a podporuje rozvíjení jeho poznávacích procesů a socializace. Důležité pro dítě je jeho hodnocení rodiči, které tvoří základ budoucího sebezpečí dítěte. Dysfunkce v rodině

znamená výchovné zanedbávání, nedostatek stimulace, nebo předávání takového způsobu chování a postojů k hodnotám, které je odlišné od ostatní společnosti. Děti z těchto rodin posuzují svět jiným způsobem, než ostatní a jinak se chovají.

Jistota, bezpečí a pevný citový vztah se stává příkladem pro navazování dalších interpersonálních vztahů. Dítě je v rodině emočně akceptováno, což vede k rozvoji jeho sebepečení a sebedůvěry, která je důležitá k rozvoji tolerance a schopnosti akceptovat ostatní. Avšak dítě, které rodiče citově nepřijali, míní M. Vágnerová (2004), dostává od svých rodičů nepříznivou informaci o něm samém a pocit nejistoty a nedůvěry vůči světu. Dítě bude očekávat chlad a nepřátelství, bude cítit nejistotu a ohrožení, což může vést k projevům agresivity, jako obrany vůči nepřátelskému světu.

Rodina má vůči dítěti určité očekávání a záleží na tom, jakou podporu dítěti při jejich naplňování poskytne, zda je bude podporovat nebo podceňovat, bude-li jeho sebedůvěru rozvíjet či deformovat. Modely a vzory, které lze napodobit, nebo se s nimi identifikovat jsou pro dítě rodiče. Takto získávají děti řadu pozitivních ale i negativních vlastností a vzorců chování, například děti násilníků mívají v dospělosti rovněž násilnické sklony.

Do **prokreační rodiny**, kterou si **člověk sám vytváří jako dospělý**, si lidé přenášejí řadu zkušeností ze své původní rodiny. Mají tendenci opakovat to, co dělali jejich rodiče, včetně různých chyb, nebo se snaží o pravý opak, ale i v tom případě je základem jejich zkušenost z dětství. I v dospělosti potřebuje člověk rodinné zázemí, kde dochází k uspokojování mnoha psychických potřeb. V prokreační rodině získává člověk řadu zkušeností a podnětů v roli partnera a rodiče, učí se řešit nové situace a tím se rozvíjí. Partnerská nebo rodičovská role může mít i negativní hodnotu v případech, že je tato role příliš náročná, nebo s sebou nese nepříjemné prožitky, například postižené dítě nebo partnerské násilí (Vágnerová, 2004).

2.2.3 Dysfunkční rodina

Zdravá funkční rodina má několik základních funkcí, a to ekonomickou, reprodukční, socializační a emocionální. Jako **dysfunkční** je chápána **rodina**, kde se vyskytují **vážné poruchy některých nebo všech funkcí, poškozující rodinu jako celek, zvláště pak vývoj a prospěch dětí**. Dysfunkce může vést k vývoji psychopatologie u některého z jejích členů, což zpětně ovlivňuje fungování rodiny jako celku. Její příčiny mohou být objektivní nebo subjektivní.

Rodinu lze hodnotit pomocí Dotazníku funkčnosti rodiny, který pro tyto potřeby vypracoval J. Dunovský. Zaměřuje se na osm diagnostických kritérií, a to složení rodiny, její stabilitu, sociálně-ekonomickou situaci rodiny, osobnost rodičů, sourozenců a dítěte, zájem o dítě a péči o ně. Opakované využití dotazníku umožňuje hodnotit vývoj situace v rodině a účinnost terapeutických a rehabilitačních zásahů (Dunovský, 1999).

Rodina je ve svém tradičním pojetí chápána jako místo bezpečí a lásky s plnou zodpovědností rodičů za výchovu svých dětí. Násilí přináší do tohoto pojetí zásadní oslabení tradiční pozice rodiny. Stát zasahuje ve jménu bezpečí dítěte v rodině do svrchovanosti jejího institutu a nárokuje si právo zasahovat do rodinné výchovy. Podezření, že rodina může být pro dítě místem ohrožení, vedlo ke snaze rozlišovat rodiny na dobré a špatné. Podle toho měli odborníci posoudit,

kteří z nich jsou pro výchovu dítěte nevhodné, a ze kterých budou děti odebrány do výchovy státu. Naštěstí se v posledních letech od této praxe upouští a blaho dítěte není vnímáno, jako život ve státní instituci, ale jako život v rodině, které je potřeba věnovat zvýšenou péči.

Jak říká Š. Gjuríčová (2000), s prohlubováním vnímavosti společnosti k odlišným kulturním zvyklostem a normám se stává problematické upřednostňování hodnot majoritní společnosti. Pokud se týká extrémně nepříznivých podmínek péče o dítě, panuje jistě shoda, ale pokud jde o podmínky mírně nepříznivé, kritéria již tak jednoznačná nejsou, je přece důležitější, je-li dítě milované, i když špinavé a někdy bité, než když vyrůstá v čistotě a chráněno v citově chudém prostředí ústavní péče. Dítě tak vlastně kvůli svému bezpečí může ztratit rodinu, která mu vedle negativních dává také spoustu pozitivních podnětů.

3 SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ OCHRANA DĚTÍ

Třetí kapitola shrnuje poznatky o tom, jaké jsou možnosti státních orgánů a jiných institucí, pracujících s dětmi, v oblasti odhalování syndromu CAN. Věnuji se zde též problematice diagnostiky tohoto jevu, právním aspektům ochrany dítěte a možnostem sociálně právní ochrany dětí. Poznatky k této kapitole jsem čerpala převážně z právních předpisů a vlastní praxe.

3.1 Možnosti odhalování syndromu CAN

3.1.1 Úloha orgánů sociálně právní ochrany dětí

Sociálně právní ochranu dětí (dále SPOD) zajišťují dle zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o SPOD), **orgány SPOD**, kterými jsou krajské úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností, obecní úřady, MPSV, Úřad pro mezinárodně právní ochranu dětí, obce a kraje v samostatné působnosti, komise pro sociálně právní ochranu dětí a jiné právnické a fyzické osoby, pověřené k tomuto výkonu krajským úřadem. Obecní úřady se v rámci preventivní a poradenské činnosti zaměřují na vyhledávání ohrožených dětí a tyto případy oznamují obecním úřadům obcí s rozšířenou působností, pracují s rodinou na zlepšení situace ve výchově a rodičovské zodpovědnosti, rozhodují o výchovných opatřeních. V případě, kdy se dítě ocitne bez péče přiměřené jeho věku, zajišťují dítěti pomoc ve spolupráci se zařízením pro děti vyžadující okamžitou pomoc.

Oddělení péče o dítě obecního úřadu s rozšířenou působností je nejdůležitějším článkem v oblasti SPOD. Podává návrhy k soudu, dle zákona č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů, především návrh na rozhodnutí o splnění podmínky osvojení, neprojeví-li rodiče o dítě zájem, návrh na zbavení rodičovské odpovědnosti a návrh na nařízení ústavní výchovy v případech ohrožení dítěte. Významnou pravomocí je návrh soudu na vydání předběžného opatření, dle § 76a zákona č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů (Špeciánová, 2003).

Orgány SPOD se zaměřují na děti v přímém ohrožení i na ty, které jsou nepřímo ohroženy domácím násilím, jsou povinny je aktivně vyhledávat a vést je ve své evidenci. Hlavní pracovní náplní je terénní práce, při které se sociální pra-

covníci s případy ohrožených dětí setkávají a měli by umět využít všech dostupných právních prostředků. Informace o ohrožených dětech získávají vlastním šetřením v souvislosti s opatrovnickým řízením, předcházejícím rozvodu, v souvislosti s dávkami státní sociální podpory či péče, nebo od příbuzných, rodičů a sousedů. Spolupracují rovněž s jinými subjekty, jako jsou zdravotníci a pracovníci škol a školských zařízení.

Styčnými osobami ve spolupráci se sociálními pracovníky jsou specialisté PČR, kteří se zabývají problematikou trestné činnosti mládeže a na mládeži. Orgány SPOD mají zákonnou povinnost informovat policii o všech případech zjištěného násilí v rodině. Situaci v rodině pak blíže prověřují, posuzují vhodnost dalších opatření, poskytují či zprostředkují poradenskou pomoc dítěti a jeho rodičům nebo ukládají výchovné opatření, eventuelně se obracejí na soud s podněty na ochranu dítěte. Zprávy vypracované sociálním pracovníkem na základě objektivního zjištění jsou významným podkladem pro konečné rozhodnutí soudu.

S činností orgánů činných v trestním řízení, soudů a správních orgánů souvisí úloha sociálního pracovníka jako opatrovníka dítěte dle ustanovení § 45 zákona č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním, ve znění pozdějších předpisů, § 37 zákona č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů a § 16 zákona č. 71/1967 Sb. o správním řízení, ve znění pozdějších předpisů (Špeciánová, 2003).

3.1.2 Možnosti pracovníků ve školství

Pedagogové tráví s dětmi poměrně hodně času, proto je důležité, aby byli o fenoménu CAN dobře informováni a byli vnímaví ke změnám v chování a jednání dětí. Již v rámci svého studia mají možnost navštěvovat vzdělávací programy o problematice CAN, sexuální výchově, reprodukčním zdraví, rodinné výchově a zdravém životním stylu.

Pro učitele z praxe jsou určeny doškolovací kurzy pro odbornou a metodickou přípravu v programech zaměřených na prevenci ubližování dítěti. V těchto programech se děti naučí znát svá práva, rozpoznat nebezpečí a účelně reagovat. Při výcviku lektorů v této oblasti pomáhají různé neziskové organizace. Jednou z nich je Linka bezpečí, která stála u zrodu Vzdělávacího institutu ochrany dětí, jenž realizuje vzdělávací v oblasti dětských práv.

Školní preventivní programy se zaměřují především na prevenci sexuálního násilí. Již pro předškolní děti byl vytvořen rámcový program, který rozvíjí potřebné schopnosti dítěte k jeho ochraně, podporuje duševní pohodu, psychickou zdatnost, poznávací procesy, city a vůli. Je důležitý v oblasti formování vztahů dítěte k jiným dětem i dospělým a v oblasti osvojení si dovedností podporujících zdraví a bezpečí. Na něj by měla navazovat již v předškolním věku, kdy sexuální zneužití dětem nejvíce hrozí, sexuální výchova, do které by byli zapojeni speciálně vyškolení instruktoři, učitelé i rodiče a týkala by se třech hlavních oblastí:

- **biologické a hygienické poučení dětí o sexualitě, sexuálním životě a chování**, které by mělo vést k odpovědnějšímu přístupu dětí v této oblasti, k zabránění předčasnému těhotenství nebo šíření pohlavních chorob,
- **sexuální vztah** by měl být dětem vysvětlen v etickém kontextu jako jeden z různých lidských vztahů s důrazem na kvalitu těchto vztahů,

- **dobrá informovanost** dětí jako prevence sexuálního zneužívání by měla působit proti záměrům pachatelů.

Na základních, speciálních a středních školách působí výchovní poradci, kteří mohou poskytovat individuální pomoc dítěti i učiteli při řešení různých výchovných problémů a působit v rámci školy jako koordinátoři péče o ohrožené děti. Dalším článkem, přispívajícím k řešení případů jsou Pedagogicko-psychologické poradny, které často při vyšetřování problémů žáka projevy CAN zachytí. Ze zákona o SPOD vyplývá povinnost pracovníků ve školství oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností skutečnosti, týkající se dětí, na které se SPOD zaměřuje. Nelze se přitom odvolávat na povinnou mlčenlivost dle § 73 zákona č. 65/1965 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů. Pracovní řád zaměstnanců škol a školských zařízení stanovuje povinnost ohlašovat řediteli školy případy šikany či týrání žáka ve škole či mimo ni. Je zde rovněž výslovně uvedeno, že tím není dotčena povinnost zaměstnanců dle zvláštních předpisů, a proto má každý zaměstnanec, oznamující tyto skutečnosti zároveň oznamovací povinnost dle § 368 trestního zákoníku. Důležité ve vztahu k zanedbávaným dětem je ustanovení § 34 školského zákona, podle něhož mají rodiče povinnost přihlásit dítě k povinné školní docházce. Jeho nesplněním se rodiče dítěte dopouštějí přestupku ohrožení výchovy a vzdělávání dítěte dle § 31 přestupkového zákona. Tato sankce by však měla nastoupit až v případě neúspěšné sociální práce s rodinou (Špeciánová, 2003).

3.1.3 Odhalování případů pracovníky ve zdravotnictví

Zdravotničtí pracovníci bývají nejčastějšími iniciátory ohlášení týrání či zneužívání dětí. Při vyšetřování posuzují mechanismus vzniku poranění, kdy je třeba myslet i na jeho neúrazovou příčinu. Signály, upozorňujícími na tuto eventualitu jsou vyhledání opožděného vyšetření, neochota nebo nelogický popis události doprovázející osobou, mechanismus vzniku poranění, neodpovídající vývojovým možnostem dítěte, poranění neodpovídající popisované události nebo jiná verze dítěte, než jeho doprovodu. Stanovení diagnózy CAN již v primárním vyšetření je velmi obtížné, ale lékař je zodpovědný za rozeznání podezření z této diagnózy a odesílá dítě k dalšímu vyšetření nebo k hospitalizaci. Je rovněž povinen zajistit záznam úrazu, ve kterém jsou doprovázející osoba nebo dítě, je-li toho schopno, povinni uvést jak k úrazu došlo. Pokud charakter zranění neodpovídá popisu úrazu, uvádí lékař tuto skutečnost do záznamu, který pak odesílá orgánu SPOD. V nejasných případech je lépe doplnit zdravotnickou dokumentaci fotografiemi zranění, které jsou později využitelné při zpracování znaleckého posudku.

Nejohroženější skupinou jsou kojenci a batolata, kteří jsou závislí na pečovateli, a jejichž zranění bývají nejtěžší a nejhůře zjištělné. Každé poranění dítěte do šesti měsíců, stejně jako zlomenina nebo nitrolební poranění dítěte do jednoho roku by mělo být podezřelé, protože děti v tomto věku nedosahují takovou pohyblivost a sílu, aby si zranění mohly přivodit samy. Často se stává, že se dítě dostane do lékařské péče až v přímém ohrožení života, hlavní záchyt těchto případů bývá proto v nemocnicích. Z toho důvodu je nutno zdůraznit potřebu postgraduálního vzdělávání lékařů v této oblasti.

Lékařům v primární péči je v souvislosti s odhalováním případů CAN k dispozici **metodické opatření k postupu lé-**

kařů primární péče při podezření na CAN, které je součástí Věstníku MZČR, částka 3 z 30. 5. 2008. Slouží lékařům jako metodický návod, jak v případech podezření na špatné zacházení s dítětem postupovat. Dětský lékař může ve své praxi rozpoznat rodinu, kde toto riziko hrozí, zvláště v případech, kdy se týráni či zanedbávání v rodině vyskytlo již dříve, rodič se o svém dítěti vyjadřuje negativně, absentují mateřské vazby k dítěti, rodiče s dítětem nedocházejí na pravidelné preventivní prohlídky, dítě je často nemocné, nedonošené, neprospívá apod. Vyhláška MZČR č. 3/2010 stanovuje obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek, kde je možno se zaměřit na odhalování ohrožených dětí, posouzení sociální úrovně a funkčnosti rodiny. K náplni práce dětské sestry praktického dětského lékaře patří provádění preventivních návštěv dítěte do jednoho roku v jeho rodině. Současný systém proplácení výkonů zdravotními pojišťovnami však tuto praxi neumožňuje, ze zdravotního pojištění je hrazena pouze sesterská návštěva novorozence. Přitom je zřejmé, že pravidelné návštěvy dětské sestry v domácím prostředí by mohly k odhalování případů špatného zacházení s dětmi přispět.

Z uvedených skutečností vyplývá povinnost lékaře zjišťovat fakta, které nasvědčují ohrožení dítěte. Zákonem zástupcům však povinnost docházet s dítětem na preventivní prohlídky právním předpisem určena není, je jim pouze doporučena. Podobným problémem je i to, že jim není zákonem stanovená ani povinnost registrovat své dítě do péče praktického dětského lékaře a tím vzniká riziko, že dítě i několik let uniká pravidelné lékařské péči, čímž je vystaveno zanedbávání. Rovněž nebezpečná je pro dítě situace, kdy registrující lékař pojme podezření z týráni dítěte a zákonný zástupce využije své právo svobodné volby lékaře, kterou může uplatnit jednou za tři měsíce. Ztrácí se tak možnost kontinuální práce s rodinou v případech ohroženého dítěte.

Zdravotničtí pracovníci jsou dle zákona o SPOD povinni sdělovat potřebné údaje o podezření z CAN odboru SPOD, nebrání-li tomu zvláštní předpis. Průlom do povinné mlčenlivosti v tomto vztahu je dán v ustanovení § 53 odst. 1 zákona o SPOD. Nesplnění této povinnosti lze sankcionovat pokutou až do výše 50 000 Kč. Je-li zdravotnický pracovník povinen dostavit se k soudu a vypovídat jako svědek, je nutné respektovat § 368 trestního zákoníku, zejména oznamovací povinnost o spáchání trestného činu týráni svěřené osoby a vraždy (§§ 198 a 140 t.z.). Na to navazuje trestní řád v ustanovení § 99 odst. 3, dle něhož je zdravotník oprávněn a zároveň povinen vypovídat o skutečnostech, o kterých se dověděl v souvislosti s výkonem svého povolání, mající vztah ke spáchané trestné činnosti (Špeciánová, 2003).

3.2 Diagnostika syndromu CAN

3.2.1 Diagnostické postupy

Je zřejmé, že projevy syndromu CAN patří k narůstajícím problémům dnešního světa. Jeho detekce a vyhledávání však s sebou může přinášet různé komplikace, jako je riziko mylných diagnóz, falešně pozitivních případů, nebo falešného obvinění.

Proto je dle V. Mašáta (1994) důležité, aby existovala **odborná institucionalizovaná pracoviště**, která by tuto možnost minimalizovala. Měla by být připravena pomoci dětem tak, aby nezažívaly více utrpení, než doposud a poskytovat ce-

lodenní bezplatné terapeutické služby. Odborníci těchto pracovišť by měli chtít vidět varovné signály, mít potřebné znalosti a odvahu čelit nedůvěře veřejnosti. Děti totiž nejsou často schopny svou situaci pochopit ani pojmenovat a svou beznaději projevují nenadálými změnami nálad a výstřelky v chování.

Odborníci se shodují na tom, že diagnostika syndromu CAN není lehká záležitost jak po stránce odborné, profesně etické, tak i po stránce lidské. Modelem pro ni je diagnostický postup v lékařství a nutná je spolupráce se všemi dalšími zainteresovanými obory. Důležitá je komplexní sociální, rodinná a osobní anamnéza, v níž rozhodující roli hraje anamnéza medicínská. V případech zranění s patrnými známkami násilí, zanedbávání či podvýživy bývá určení diagnózy CAN jednodušší. Také v případech nejasných fraktur, hematomů, popálenin je třeba o syndromu CAN uvažovat. Složitější je diagnóza zanedbávání, podvýživy a nedostatečné zdravotní péče. Nejobtížněji se však stanovuje diagnóza v oblasti psychické.

Objasňování citového týráni, které provází různé poruchy chování i somatické projevy, vyžaduje spolupráci pediatra, psychologa, neurologa i psychiatra. Nejobtížnější je diagnostika sexuálního zneužívání, nejde-li o znásilnění. Měla by být prováděna jen těmi nejzkušenějšími odborníky, opírá se totiž převážně jen o tvrzení dítěte, které může být jeho okolím zpochybňováno. V důvodných případech je lepší přijmout dítě k diagnostickému pobytu, kde může být v neutrálním prostředí komplexně vyšetřeno týmem odborníků. Důležitou roli hraje aktivní vyhledávání ohrožených dětí pomocí skriningových metod, využívaných v široké terénní praxi. Jsou jimi například Dotazník funkčnosti rodiny Dunovského pro pediatrickou praxi, nebo Finkelhorův dotazník z roku 1979, užívaný ke zjišťování sexuálního zneužívání (Dunovský, 1999; Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995). Obě metody jsou podrobněji popsány v příloze č. 4.

3.2.2 Psychologická diagnostika

Domnívám se, že diagnostika a odhalování syndromu CAN vyžaduje úzkou spolupráci lékařů, psychologů a jiných odborníků. Jejich postup by měl probíhat tak, aby nedocházelo k opakovaným vyšetřováním a druhotným traumatizacím. Zároveň by však měla být zjištěna všechna fakta a již v procesu odhalování by měl být použit citlivý terapeutický přístup.

V. Mašát (1994) zdůrazňuje **důležitost prvního rozhovoru s dítětem**, z něhož je třeba získat informace o samotném zneužití a míře stresu, jemuž je dítě vystaveno. Jeho terapeutická funkce spočívá v atmosféře, ve které je veden. Dítě musí cítit, že je bráno vážně, že se mu věří, že je akceptováno. Je třeba je povzbuzovat zdánlivě náhodnými otázkami k hovoru, použít terminologii blízkou jeho věku, pomůcky, anatomické panenky či kresbu.

V průběhu psychologického vyšetřování dětí by měl být uplatňován **systémový přístup k rodině**, včetně rodinné diagnostiky. J. Koluchová (1990) zdůrazňuje, že dětem nejčastěji ubližují rodiče a ti často nebývají psychologicky vyšetřováni. Jejich vyšetření je přitom nutnou součástí komplexní rodinné diagnostiky a závěr z něj by měl sloužit jako východisko k rodinné terapii. Psychologické vyšetření dítěte je základem pro zodpovězení otázky, zda je možné pod systematickým

vedením zlepšit situaci v rodině, nebo je nutné jiné řešení.

Pro rozpoznávání syndromu CAN se v praxi osvědčil **diagnostický systém amerického pediatra V. J. Fontany**. Zaměřuje se na anamnestické údaje a popis chování na straně dítěte i násilné osoby. Předpokládá čtrnáct hypotetických tvrzení, která jsou v průběhu vyšetření ověřována. Rozhovor se zaměřuje na otázky, jejichž cílem je zjistit úroveň racionality či iracionality v chování rodiče a orientačně určit jeho intelektové schopnosti, nezbytné pro výchovu dítěte. Je nutné soustředit se na výpovědi se sadistickými prvky a posoudit, do jaké míry je rodič schopen pociťovat výčitky svědomí za své chování k dítěti. Diagnózu je nutné doplnit o faktory, které se podílely na vzniku krizové životní situace a přispěly k násilnému chování rodiče. Druhá část se týká dítěte a popisu jeho projevů chování. Řízený rozhovor je vhodné doplnit projekčními technikami psychologického vyšetření, vypovídající hodnotu má zvláště chování dítěte během hry. Diagnostický systém Fontany je, jak uvádí Z. Toužimská (1993), díky své stručnosti a jasnému vyjadřování přínosný, ale lze jej použít jen u dětí fyzicky zneužívaných a týraných. Diagnostika psychického zneužívání a týrání, které je častější, dlouhodobé, méně nápadné a často nepostižitelné je značně komplikovaná, násilí tohoto typu se tak často transgeneračně přenáší a narušuje integritu osobnosti.

3.3 Sociálně právní ochrana dětí

3.3.1 Právní aspekty jevu

Sociálně právní ochrana dětí u nás vyplývá z řady norem ústavního i mezinárodního práva. Na prvním místě bych ráda zmínila **Listinu základních práv a svobod**, která byla vyhlášena jako ústavní zákon č. 2/1993 Sb. a je součástí ústavního pořádku ČR. Jsou zde uvedena základní lidská práva, zejména právo na život, nedotknutelnost osoby, zachování lidské důstojnosti, cti, dobré pověsti, ochrany jména, právo nebyť podroben mučení, krutému nelidskému zacházení, nuceným pracím nebo službám, aj. V článku 10 je uvedeno právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života a před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním či zneužíváním osobních údajů. To se promítá do ustanovení § 54 zákona o SPOD, upravující evidenci a spisovou dokumentaci. Článek 12 pojednává o nedotknutelnosti obydlí, znemožňující vstup do něj bez souhlasu obyvatel. Zákonem dovozené zásahy na pomoc ohroženým dětem upravuje § 21 zákona č. 283/1991 Sb., o PČR, kdy policista má právo otevřít byt, vstoupit do něj a provést potřebné zásahy k odvrácení bezprostředního nebezpečí ohrožení života či zdraví osob. Pracovník SPOD má právo toto obydlí navštívit a osoby zde bydlící mají povinnost mu to umožnit, ale vniknout tam, i kdyby byly tyto osoby ohroženy nesmí. Hlava IV. LZPS upravuje hospodářská, sociální a kulturní práva. Článek 32 pojednává o ochraně rodiny a rodičovství, kdy rodiče mají právo pečovat o děti, pokud tato jejich práva nejsou omezena. Odloučení nezletilých dětí od rodičů je možné jen rozhodnutím soudu. Zákon č. 1/1993 Sb., **Ústava České republiky**, ve znění pozdějších předpisů, vymezuje v souvislosti se SPOD vztah mezinárodních smluv k vnitrostátní právní úpravě tak, že deklaruje přednost ratifikovaných mezinárodních smluv před zákonem (Zákon č. 1/1993 Ústava ČR, zákon č. 2/1993 LZPS).

Nejvýznamnějším mezinárodním dokumentem je **Úmluva o právech dítěte**, ratifikovaná v ČR v lednu 1991. Vychází z poznatků o vývoji dítěte, jeho potřebách a požadavcích a snaží se s přihlédnutím k různým ekonomickým, kulturním, sociálním, náboženským či politickým podmínkám vytvořit jednotnou normu společenského a právního zajištění všech dětí. Velký důraz je zde kladen na období rané péče, na přednost a respektování biologického rodičovství. V článku 3 ukládá povinnost zajistit dítěti takovou ochranu a péči, která je potřebná pro jeho blaho. Promítá se do ustanovení § 5 zákona o SPOD, kde se uvádí, že všechny činnosti, týkající se dítěte mají brát na zřetel v první řadě blaho dítěte. Článek 19 Úmluvy ukládá povinnost všem smluvním stranám činit všechna opatření k ochraně dětí před jakýmkoliv tělesným a duševním násilím, zneužíváním, včetně sexuálního, zanedbáváním, trýzněním, vykořisťováním. Článek 32 se týká ochrany dítěte před prací, která ohrožuje jeho zdraví, výchovu a rozvoj. Souvisí s ní **Úmluva Mezinárodní organizace práce č. 182**, týkající se opatření v souvislosti s nejhorsšími formami dětské práce. **Všeobecná deklarace lidských práv**, která byla schválena Valným shromážděním OSN dne 10. 12. 1948, představuje obecnou úpravu ochrany dětí a obsahuje **Mezinárodní listinu práv**. Z dokumentů přijatých Haagskou konferencí o mezinárodním právu soukromém je nejvýznamnější **Úmluva o ochraně dětí a spolupráci při mezinárodním osvojení**, **Úmluva o občanskoprávních aspektech mezinárodních únosů dětí** a **Úmluva o uznávání a výkonu rozhodnutí o vyživovací povinnosti**. Z dokumentů přijatých Radou Evropy, týkajících se péče o děti je třeba zdůraznit **Evropskou sociální chartu**, **Evropskou úmluvu o osvojení dětí**, **Evropskou úmluvu o výkonu práv dětí** a **Evropskou úmluvu o právním postavení dětí narozených mimo manželství**. Také **Rezoluce Rady Evropské unie o nedoprovázených nezletilcích, kteří jsou příslušníky třetích zemí** přispěla k ochraně dětí, které jsou na území našeho státu bez doprovodu rodičů nebo jiných dospělých osob a promítla se do § 36 zákona o SPOD, který upravuje zajištění návratu dětí, pobývajících v cizině bez doprovodu (Špeciánová, 2003).

Na uvedení definice CAN v roce 1992 navazuje Rada Evropy svým **Doporučením vybraných expertů zdravotního výboru Rady Evropy pro mediko-sociální aspekty CAN**. Zdůrazňuje potřebu vytvořit systém efektivní prevence, ohlašování, ověřování, vyšetřování a léčby těchto případů.

3.3.2 Sociálně právní ochrana dětí ve vztahu ke CAN

Ucelený veřejnoprávní předpis, **zákon č. 359/1999 Sb., o SPOD** je propojen s hmotně-právní úpravou ochrany dětí v **zákoně č. 94/1963 o rodině**, s trestně právními předpisy **zákonem č. 40/2009 Sb., trestní zákoník** a **zákonem č. 200/1990 Sb., o přestupcích** a dalšími normami. Zákon byl naposled novelizován zákonem č. 134/2006 Sb., s účinností od 1. 6. 2006 a spolu s touto novelou byla přijata novela zákona o rodině, občanského soudního řádu, zákona o státní sociální podpoře a zákona o přestupcích. **Definice SPOD** je uvedena v § 1 zákona a **zahrnuje ochranu dítěte před jakýmkoliv psychickým či fyzickým týráním, zneužíváním či zanedbáváním**. Poskytuje se zdarma nezletilým dětem do 18 let a zahrnuje ochranu rozsáhlého souboru práv v oblasti rodinně-právní, sociální, občanskoprávní, trestněprávní, školské, zdravotní i daňové.

Základním principem SPOD je blaho dítěte, které se stalo hlavním hlediskem všech subjektů, které se ochranou dětí zabývají. V § 6 odst. 1 se demonstrativně vymezuje, jakému okruhu dětí se SPOD poskytuje. V § 7 odst. 2 jsou vymezena obecná oprávnění oznamovat skutečnosti, které svědčí o negativním jednání osob vůči dětem. Ve vztahu k oznamovatelům těchto případů je v § 57 odst. 1 zdůrazněna povinnost zaměstnanců SPOD zachovávat mlčenlivost, čemuž zároveň napomáhá ustanovení § 57 odst. 4, umožňující vedení oznámení v oddělené spisové dokumentaci, která se předkládá pouze soudu a státnímu zastupitelství.

V § 10 odst. 4 zákona je stanovena obecná povinnost státních orgánů, pověřených osob, škol, školských a zdravotnických zařízení oznámit skutečnosti, na které se SPOD zaměřuje. V § 51 zákona je stanovena povinnost orgánů SPOD a komise pro SPOD, navzájem si sdělovat údaje z evidence a spisové dokumentace v rozsahu nezbytném pro jejich potřeby. Ustanovení § 53 zákona ukládá povinnost státním orgánům, právníkům i fyzickým osobám, pokud jsou zřizovateli škol a dalších zařízení, zaměstnavatelům, školám, zdravotnickým zařízením a jiným obdobným zařízením sdělovat údaje, potřebné pro poskytování SPOD, nebrání-li tomu zvláštní předpis. Podle § 8 zákona má dítě právo požádat orgány a zařízení SPOD, státní orgány, jimž přísluší ochrana práv a oprávněných zájmů dítěte, pověřené osoby, školská a zdravotnická zařízení o pomoc při ochraně svého života a práv, a to i bez vědomí rodičů nebo jiných vychovatelů. Slyšení dítěte je upraveno také v § 31 odst. 3 a § 47 odst. 2 zákona č. 94/1963 Sb. o rodině, v § 100 odst. 3 a § 178 zákona č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád (Zákon č. 359/1999 Sb., o SPOD).

3.3.3 Opatření sociálně právní ochrany dětí

V případech vážného ohrožení dítěte je, dle ustanovení § 15 odst. 1 zákona o SPOD, obecní úřad povinen zajistit neodkladnou péči dítěti, které se ocitne bez péče přiměřené jeho věku, nebo jsou-li jeho život nebo příznivý vývoj vážně ohroženy nebo narušeny. K tomu účelu má možnost využít zařízení poskytující okamžitou pomoc, jež § 42 vymezuje jako zařízení poskytující ochranu a pomoc dítěti, které se ocitlo bez péče a jeho život nebo zdravý vývoj je ohrožen, které je tělesně nebo duševně týrané, zneužívané, nebo je v situaci, kdy jsou vážně ohrožena jeho práva, a to do té doby, než rozhodne soud.

Ve vztahu k ohroženým dětem jde zejména o návrh na rozhodnutí o splnění podmínky osvojení, neprojeví-li rodiče zájem o své dítě, návrh na omezení nebo zbavení rodičovské zodpovědnosti nebo na pozastavení jejího výkonu, návrh na nařízení ústavní výchovy, na její prodloužení nebo zrušení. Povinností obecního úřadu obce s rozšířenou působností je v takových případech podat návrh soudu na vydání předběžného opatření, o kterém musí být rozhodnuto bezodkladně, nejpozději do 24 hodin po té, co byl podán. Toto opatření by mělo být krajním řešením situace, kterou se nepodařilo zvládnout intenzivní sociální prací, aby se předešlo systémovému týrání dítěte (Zákon č. 359/1999 Sb., o SPOD).

Týrání či zneužívání nezletilého dítěte naplňuje znaky skutkové podstaty několika trestných činů, jejichž přehled je obsahem přílohy č. 3. V těchto případech jsou pracovníci SPOD povinni přikázat páchaní trestného činu a tuto sku-

tečnost oznámit státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu. Následně spolupracují s pracovníky krizových center, lékaři, psychology, orgány činnými v trestním řízení a ostatními odborníky i s rodinou.

Novela zákona o SPOD umožňuje poskytování SPOD pověřenou osobou na základě pověření, vydaném KÚ. Otevřela se tak možnost pro činnost různých neziskových organizací, avšak v praxi často chybí koordinace jejich práce s činností státních institucí. Přitom vzájemná spolupráce orgánů sociálně právní ochrany dětí s pověřenými osobami je v zájmu dětí, protože činnost orgánů SPOD může být vhodně doplněna aktivitou pověřené osoby. Pověřené osoby, zaměřující se na terénní sociální práci, mají možnost se individuálně a dle potřeby věnovat svým klientům, učit je hospodařit s finančními prostředky, pečovat o dítě apod. Mohou rovněž poskytovat každodenní sociální služby, na které mnohdy terénním sociálním pracovníkům orgánů SPOD nezbyvá časový prostor.

Ustanovení § 38 zákona se týká činnosti komisí pro SPOD, která je koordinátorem SPOD na území příslušného správního obvodu obce s rozšířenou působností. Mohou pořádat případové konference, kterých se mohou účastnit soudci, státní zástupci a jiní odborníci. V ustanovení § 52 zákona je pojednáno o pravomoci orgánů SPOD navštěvovat rodinu a dítě a zjišťovat v jeho prostředí, jaká péče je mu ze strany vychovatelů poskytována. Povinností rodičů je umožnit pracovníkům orgánů SPOD návštěvu v obydlí, kde dítě žije. Za znemožnění tohoto úkonu je možno v rámci přestupkového řízení udělit pokutu ve výši až 20 000 Kč.

4 SANACE RODINY

Poslední kapitolu své práce jsem věnovala oblasti sociální práce, která se zabývá preventivní prací s rodinou a podporuje její fungování – sanaci rodiny. Tato forma práce s rodinou je poměrně nová a dosud v praxi jen velmi málo rozšířená. Dle mého názoru však představuje významný krok v procesu transformace systému péče o ohrožené děti a může významně snížit počet dětí, umístěných v ústavní výchově.

Sanaci rodiny můžeme vymezit jako soubor služeb a podpůrných programů, poskytovaných rodině dítěte, jehož biologický, sociální a psychologický vývoj je ohrožen. Jejím cílem je tato rizika zmírňovat a poskytovat rodině takovou pomoc a podporu, aby bylo možno zachovat její celistvost, zabránit odebrání dítěte z rodiny nebo umožnit návrat dítěte, umístěného mimo rodinu zpět.

O. Matoušek (2003b, s. 196) definuje sanaci rodiny jako „postupy podporující fungování rodiny, které jsou opakem postupů vyčleňujících některého člena rodiny kvůli tomu, že někoho ohrožuje, případně kvůli tomu, že je sám někým z rodiny ohrožen.“ Sanace by měla být podle trendu sociální práce v západních zemích první volbou v případech výskytu domácího násilí, má však mnohem širší uplatnění. Rovněž její forma může být různá, od podpory zaškoleným dobrovolníkem po profesionální terapii celé rodiny či jednotlivých členů v domácím či jiném prostředí, nebo různé služby poskytované rodinám.

Domnívám se, že takto široce pojatou definici lze aplikovat na různé formy sociální práce s rodinou, protože blíže nespecifikuje zaměření, cíle ani důvody této formy sociální práce. Pokud by sanace rodiny měla v praxi sloužit jako pre-

ventivní nástroj odebrání dětí z rodin do ústavní výchovy a navrácení z těchto zařízení zpět do rodin, měla by být jako taková blíže definována. Základním znakem sanace je to, že rodiče i děti vědí, že jsou zařazeni do plánu sanace, souhlasí s ním a podíleli se na jeho vytváření. Plán obsahuje cílový stav situace rodiny, časový úsek k jeho dosažení a jednotlivé kroky sanace. Je stanoven časový interval, po kterém budou hodnoceny úspěchy i hodnotící kritéria. Sestavený multidisciplinární tým má svého koordinátora, všem, včetně rodiny jsou známy jednotlivé role a pravidla.

4.1 Aktivizační služby pro rodiny s dětmi

Sanace rodiny je jednou ze složek aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi, v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Je zařazena mezi **služby sociální prevence, které pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, jež jsou ohroženy z důvodu krizové sociální situace, životními návyky a způsobem života vedoucím ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňujícím prostředím a ohrožením práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby** (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Novela zákona o SPOD upravuje legislativní stránku sanace rodiny. Obecní úřad obce s rozšířenou působností může uložit rodičům povinnost využít pomoc odborného poradenského zařízení, je povinen poskytnout rodiči pomoc po umístění dítěte do zařízení ústavní výchovy, nebo do zařízení pro děti vyžadujících okamžitou pomoc a také zprostředkovat rodiči pomoc poradenského zařízení. Za účelem zjištění, zda trvají důvody pro pobyt dítěte v ústavním zařízení, má sociální pracovník povinnost nejméně jednou za tři měsíce navštívit dítě, kterému byla nařízena ústavní výchova nebo uložena ochranná výchova a nejméně jednou za tři měsíce navštívit jeho rodiče (Zákon č. 359/1999 Sb.).

K tomu, aby bylo možné zvládnout tuto pracovní náplň v plném rozsahu a kvalitě, bylo by potřeba navýšit počet sociálních pracovníků. Z toho vyplývá potřeba spolupráce se sítí nestátních neziskových organizací, poskytujících aktivizační služby pro rodiny i jiné podpůrné a preventivní programy. Kvalitní aktivizační organizace mají aktualizované webové stránky se všemi kontakty a důležitými údaji, mají vnitřní standardy dobré praxe, pověření k výkonu sociálně právní ochrany, doklad o externí supervizi, vnitřní pravidla pro podávání informací, komunikaci s médii a vyřizování stížností. Tyto organizace poskytují pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Dalšími jsou výchovné, vzdělávací, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, nebo zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Domnívám se, že pro úspěšnou sanaci rodiny velmi důležitá spolupráce odborníků. Žádná jednotlivá instituce totiž není sama schopna efektivně vyřešit situaci rodiny, které byly odebrány děti, nebo která je touto situací ohrožena. Do této spolupráce bývají zapojeny další instituce, jako jsou zařízení sociálních služeb, kojenecké ústavy, dětské domovy, dětské diagnostické ústavy, mateřské, základní a speciální školy, zdravotnická zařízení, soudy, pracovníci probační a mediační služby a podobně. Takto vytvořená síť odborníků se tak stává předpokladem k dostatečné podpoře rodiny a k jejímu získávání sociálních dovedností.

V rámci sanace rodiny jsou využívány různé metody so-

ciální práce, jako sociální šetření a pozorování v přirozeném prostředí, řízené a motivační rozhovory, nácvik rodičovských a sociálních dovedností, videotrénink interakcí, psychoterapeutické služby a prvky mediace. V některých případech se užívá přechodný, dobrovolný pobyt dítěte mimo domov v některém z ústavů s podmínkou kontinuální spolupráce s rodinou (Matoušek, 2003a).

Sanace rodiny většinou neprobíhá bez různých těžkostí, jako je např. názor, že sociální služby problémy v rodině úplně vyřeší. Další se týká názoru, že rodina potřebuje pomoc, jen dokud ještě dítě nebylo odebráno, přestože dítě potřebuje mít s rodinou stálý kontakt, kterého lze dosáhnout právě sanací rodiny. Situace v rodině se vyvíjí, dochází v ní ke změnám, proto je důležité znovu nabízet sanaci i rodině, která ji opakovaně odmítla, v rodině může totiž teprve časem dojít k takové změně, že se pro sanaci sama rozhodne. Dobře vedená sanace dává rodině šanci svou nepříznivou situaci řešit, žádná instituce však nemůže za rodiny žít.

4.2 Sanace ohrožených rodin

4.2.1 Klienti sanace

Klientem sanace rodiny by měla být dle V. Bechyňové a M. Konvičkové (2008), **celá rodina, jako systém ohrožený špatnou sociální situací, izolovaností, zvýšenou mírou stresu, frustrací rodičů a jejich výchovnou nezkušeností, která má přímý vliv na prospívání dítěte.**

Tyto rodiny bývají často označovány různými nálepkami (asociální, nepřízpůsobivé, zanedbávající děti), což často ovlivňuje pohled odborníků na možnosti a realitu jejich změny. Postoj pracovníků nabízejících rodině služby je přitom klíčový, předpokladem je jejich důvěra v možnosti rodiny žádoucích změn dosáhnout. Sociálně ohrožené rodiny si často generačně předávají nedůvěru v pomoc a podporu okolí. To může být dáno řadou faktorů, jako je nízký společenský status, špatná socioekonomická situace, problémy s bydlením, nezaměstnanost, omezené komunikační dovednosti nebo příslušnost rodiny k etnické minoritě.

Jedním ze základních cílů sanace rodiny je péče o děti. Jak V. Bechyňová a M. Konvičková (2008) zdůrazňují, čím dříve po narození dítěte je pomoc rodině nabídnuta, tím větší je šance na přerušování transgeneračního vzorce nevhodného rodičovského chování. Podle Bowlbyho teorie přimknutí má na rozvoj rodičovského chování vliv zkušenost z původní rodiny a možnost péče o dítě v klidném podpůrném prostředí. Rodiny však bývají na zásah a doporučení v péči o děti citlivé a často reagují obrannými reakcemi, které se mohou týkat hodnot a představ o tom, jak vychovávat děti nebo pramení z obav, že by mohlo být dítě odebráno z jejich péče.

Chtěla bych zdůraznit, že včasná nabídka preventivní podpory vyžaduje spolupráci odborníků z různých profesí. Na schopnosti příslušného pracovníka rozlišit, jak jsou v rodině naplňovány potřeby dítěte, jaká je míra jeho zanedbávání, objasnit rodičům možné důsledky jejich chování k dítěti a stanovit konkrétní postup pro snížení rizika ohrožení dítěte záleží přijetí služeb sanace.

Ke zhodnocení situace v rodině může sloužit jeden z mála standardizovaných materiálů Ontarijský index zanedbávání péče (Child Neglect Index – CNI), který byl vypracován týmem Trocmého z Torontské univerzity v Kanadě. CNI zahr-

nuje šest oblastí péče o dítě, a to dohled, výživu, oblečení a hygienu, péči o fyzické zdraví, péči o psychické zdraví a péči o rozvoj osobnosti – vzdělávání. Pomocí něj lze hodnotit na škále nízké, střední, vysoké riziko ohrožení dítěte v závislosti na jeho věku (Dubowitz, DePanfilis, 2000).

Nízké riziko je stanoveno pokud ohrožení dítěte je opravdu jen potenciální, důraz je kladen na širokou osvětu a intervence SPOD není potřeba. Kategorie středního rizika představuje případy dlouhodobého ohrožení, kdy si rodina není schopna sama pomoci a je potřeba vyhledat sociální intervenci. Vážné riziko představuje dlouhodobé a kombinované ohrožení na zdraví či na životě. Dle CNI je možno hodnotit změny v rodičovské péči, ke kterým v průběhu práce s rodinou došlo. Vypracovává se na počátku spolupráce s rodinou a před jejím ukončením.

4.2.2 Případová konference

V. Bechyňová a M. Konvičková (2008, s. 89) definují případovou konferenci jako „společné setkání pomáhajících pracovníků, kteří hledají a navrhuji optimální řešení konkrétní situace rodiny“.

Přestože případové konference představují jeden ze základních znaků sanace rodiny, v současné době se v praxi příliš nevyužívají. Práce v sociálně právní ochraně dětí, aktivizačních službách pro rodiny s dětmi a výkonu ústavní výchovy probíhá bez vzájemné spolupráce zúčastněných stran. Prováděcí předpis, který by sjednocoval a upravlal spolupráci mezi jednotlivými resorty dosud neexistuje.

Přitom, jak V. Bechyňová a M. Konvičková (2008) uvádějí, pouze spolupracující tým odborníků je schopen rodičům ohrožených dětí efektivně pomoci tak, aby ze sebe mohli vydat to nejlepší, a dokázali to využít jak pro své dítě, tak pro zlepšení své sociální situace.

Cílem případové konference je objektivní posouzení situace rodiny, stanovení nebo přehodnocení cíle sanace, stanovení jednotlivých kroků v časovém horizontu a zodpovědnosti zúčastněných, koordinace spolupráce s rodinou a stanovení pravidel pro vyhodnocování. V průběhu případové konference je vytvořen individuální plán sanace rodiny, který zahrnuje změny ve výchově, v péči o dítě a domácnost. Je v něm konkrétně určeno kdo, jak, do kdy a proč provede konkrétní pracovní kroky, jak bude zajištěna zpětná vazba, kdo svolá příští setkání a bude informovat rodinu.

Multidisciplinární tým, který tvoří nejčastěji pracovník SPOD, centra sanace, učitel dítěte, lékař, pracovník pedagogického centra, pracovník zařízení pro výkon ÚV apod., představuje pro rodinu podpůrnou síť a zároveň realizuje případovou konferenci.

Pro úspěšnou sanaci rodiny je nutná spolupráce s rodinou a znalost její situace. Individuální plán musí být pro rodinu bezpečný, vzhledem k jejím těžkostem, srozumitelný, přiměřený, časově reálný, názorově pevný a neměnný, smysluplný a hodnotitelný zpětnou vazbou. Rodiče mají právo se rozhodnout, budou-li se účastnit celé případové konference, nebo jen její části. Cílem jejich účasti je především využití aktivity rodiny k řešení problémové situace dítěte, je třeba brát je jako experty na život svých dětí (Bechyňová, 2008).

Případové konference většinou svolávají pracovníci SPOD, kteří bývají ve své práci přetížení počtem klientů, jež mají ve své péči. Zapojení odborníků z jiných institucí může jejich

přetíženost snižovat, práci s rodinou zefektivnit a obohatit ji o nové názory a podněty. Případové konference, týkající se jednoho případu bývají svolávány jednou za tři až čtyři měsíce a netrvají déle, než 30 min., doba sanace rodiny v české praxi nepřesahuje čtyři roky. Případová konference umožňuje pracovníkům SPOD sledovat určitou strategii v práci s rodinou, umožňuje diskusi o různých variantách a možnostech zlepšení situace dítěte v rodině a jeho ochrany. Ochrana dítěte je zákonem o SPOD nejednoznačně pojata, proto je v praxi často uplatňován názor, že povinností pracovníka SPOD je chránit dítě, a ne pomáhat jeho rodičům. Na postoji pracovníka SPOD pak v praxi často záleží, zda v případě umístění dítěte mimo rodinu je ochraňuje izolací od rodičů, chrání je tím, že mu pomáhá s adaptací a pochopením jeho situace, nebo pomáhá rodině dítěte, aby byla schopna se o ně postarat, i kdyby bylo třeba ponechat je v zařízení pro výkon ÚV nebo v pěstounské péči.

4.2.3 Prevence nařízení ústavní výchovy

Většina rodičů ve své péči o děti využívá zkušeností ze své původní rodiny a pokud byli ve své původní rodině zanedbávaní, často se stávají zanedbávajícími rodiči. Dalšími negativními faktory jsou zhoršení sociální situace, osamělost, nezletilost, snížený intelekt rodiče, nebo užívání návykových látek. Negativní roli může mít i fakt, že rodič vyrůstal v zařízení ÚV, nebo v sociální izolaci, vztahy rodičů jsou špatné a dítě je nechtěné. Těhotná žena, jejíž osobní historie je riziková, může své těhotenství tajit a dostává se do kontaktu s odborníky až při porodu. Přitom úspěch prevence zanedbání péče o dítě záleží na tom, v jakém časovém období je ohrožené rodině pomoc nabídnuta. Čím dříve se tak stane, tím je úspěšnější. V době těhotenství je zařazení budoucí matky do péče sanace vždy dobrovolné. **Cílem je zabezpečit potřeby očekávaného dítěte a podpořit rodiče ve znalosti adekvátní péče, pomoci jim při léčbě jejich závislosti nebo psychických potížích, při řešení sociální situace rodiny.**

Pokud se v tomto období objeví otázka adopce nebo NRP, je potřeba o tomto tématu hovořit, zvažovat podmínky, schopnosti rodičů a rizika ohrožení dítěte. Rozhodnutí záleží na budoucích rodičích, v případě, že mají zájem o pobyt dítěte doma, je nutné vytvořit společně sanační plán, označující nezbytné podmínky. Rodina s novorozencem se stává klientem SPOD, který zorganizuje nabídku odborných služeb, čím dříve se tak stane, tím větší je šance na úspěšnou podporu rodičovství (Konvičková, 2008).

Z modelu intuitivního rodičovství vycházejí programy rané intervence, jako jsou preventivní programy pro rizikové rodiny, terapeutické přístupy, nebo videotrénink interakcí. V plánu sanace je pro rodiče stanoven cíl sanace s ohledem na potřeby dítěte a rozvoj kompetencí rodičů. Klientem sanace je celá rodina, důležité je zapojení otce, který je v době po porodu významnou oporou pro matku i pro dítě. Pracovník SPOD musí zvážit míru rizik ohrožení dítěte, zda je možná podpora rodiny při pobytu dítěte v rodině, nebo zda je bezpečnější pobyt v chráněném prostředí. Výhodou zapojení odborného týmu je fakt, že vazba matka a dítě nemusí být přerušena. Je-li riziko ohrožení vysoké, je důležité, aby pracovník SPOD vysvětlil rodičům důvody návrhu nařízení soudního dohledu, který bývá v těchto situacích podán. Intenzita služeb sanace rodiny záleží na potřebách rodiny.

Zpočátku bývá konzultace jednou týdně, pokud však nestačí ani tři kontakty týdně, bývá nutná jiná forma podpory, např. chráněné bydlení. Pokud se situace v rodině stabilizuje a rodičovské kompetence zvyšují, mohou se konzultace v rodině snižovat na jednu za 2–3 týdny, později jednu za měsíc. Důležité v závěru spolupráce je pojmenování toho, co rodina již zvládá a vytvoření krizových plánů pro případné zhoršení podmínek. V případech, kdy se projevují poruchy intuitivního rodičovství, rodiče dítě ignorují, jsou psychicky nemocní nebo závislí na návykových látkách, je pro bezpečí dítěte nutné rozhodnout o jeho oddělení od rodičů (Konvičková, 2008).

4.2.4 Sanace rodiny po umístění dítěte do ústavní výchovy

V situaci, kdy soud rozhodl o nařízení ÚV, dítě ještě nemusí opustit rodinu, pokud se rodiče nebo kolizní pracovník ve stanovené lhůtě do rozhodnutí odvolali. Tato doba bývá vhodná k sanaci rodiny i v případech, kdy se o ni pracovník již dříve marně pokoušel. Je to citlivé období a rodina bývá motivována ke změnám. Je třeba sestavit ve spolupráci s rodinou přiměřený, smysluplný, konkrétní a časově limitovaný individuální plán se zpětnou vazbou a pracovat podle něj do rozhodnutí soudu. Následně se uzavírá dohoda nová, která je v souladu s aktuálními potřebami rodiny. V případě nabytí právní moci rozsudku o nařízení ÚV je nejdůležitější zajistit přípravu a co nejšetrnější nástup dítěte do ÚZ. Dítě by mělo být během lhůty, ve které jsou dle rozsudku rodiče povinni předat dítě do ÚZ citlivě připraveno na nástup do tohoto zařízení. Rodiče jsou povinni se dohodnout na nástupu a pravidlech kontaktu s dítětem. Důležité je rodiče podpořit a vysvětlit jim praktické kroky v případě nerespektování pravomocného rozhodnutí soudu a jak tento akt může způsobit trvalé změny v psychice dítěte. Pokud je rodina v prvních dnech po nástupu dítěte do ÚZ zařazena do programu sanace, zvyšují se šance na návrat dítěte do rodiny a co nejkratší pobyt v zařízení.

Cílem sanace je podpora vytvoření podmínek v rodině tak, aby byl možný návrat dítěte do rodiny. Pokud to možné není, je potřeba podpořit pravidelný kontakt dítěte s rodiči, který dítěti umožňuje vnímat rodiče reálně a nevytvářet si o nich idealizovaný nebo záporný obraz. Multidisciplinární tým, který tvoří pracovník SPOD, centra sanace, zařízení pro výkon ÚV a případně další odborníci podle konkrétní situace, vytvoří s rodinou individuální plán sanace, který vychází z důvodů pro umístění dítěte v zařízení ÚV a schopností rodičů pracovat na změně svých rodinných podmínek. Cílem je pomoci dítěti chápat svou situaci po umístění do ÚZ jako pomoc pro sebe a rodiče a ne jako trest. Je důležité vytvořit individuální plán rozvoje osobnosti dítěte a zajistit pro ně bezpečné prostředí s ohledem na jeho osobní historii, potřeby a povinnosti. Měla by být rovněž podporována potřeba bezpečného kontaktu dítěte s rodiči, jejich komunikace a rozvoj pozitivního vztahu a nové dynamiky rodiny, kde má každý své místo a opírá se o dovednosti všech.

Ve spolupráci s týmem rodičům pomáhá, jsou-li jim dostatečně vysvětlena jejich práva a povinnosti, co znamená rozhodnutí soudu, že doba pobytu dítěte v ÚV je obdobím práce na změnách vzhledem ke své rodičovské zodpovědnosti. Sanace rodiny v době umístění dítěte v ÚV je dlouhodobá práce s rodinou, podpora a pomoc rodičům i dítěti, probí-

hající podle individuálního plánu. Dojde-li na jejím konci k soudnímu řízení o zrušení ÚV, je důležité informovat rodiče o formě další spolupráce, jejím trvání a důvodech. Rodinu totiž čekají velké změny a je potřeba připravit ji i na možnost, že vše nepůjde zcela podle představ, a že je to normální, tím se předejde možné frustraci ze střetu reality s očekáváním (Bechyňová, Konvičková, 2008).

ZÁVĚR

Jak je patrné z deskripce problematiky, syndrom CAN představuje závažný problém. Odehrává se většinou za zavřenými dveřmi uvnitř rodiny, ale přesahuje její hranice, dotýká se celé společnosti a je významný v celosvětovém měřítku. Ať k jeho vzniku vedou jakékoliv příčiny, nelze jej ospravedlnit. V období dětství, které má být příznivým startem a východiskem do dalšího života, těžce poškozuje organismus jedince a negativně ovlivňuje jeho budoucnost. Nejde jen o jizvy po různých poraněních, ale především o psychické ublížení, které mívá pro postiženého jedince celoživotní následky.

Většina dětí násilné chování rodičů přežije, ale to samo o sobě nemůže být dostačující. Výzkumy dokazují, že následky syndromu CAN jsou nepříznivé nejen pro samotné dítě, ale zasahují do soužití lidí a přenášejí se do dalších generací. Stoupající agrese ve společnosti totiž souvisí s násilným chováním v rodinách a průvodní traumatizací dětí různými formami syndromu CAN. Prožitá trauma časem nezmizí, ale přeměňuje se do nepříznivého psychického vývoje a vytváření abnormálního psychosociálního klimatu těmito jedinci. To často vede k ohrožení stability a zdravé reprodukce v nové rodině a v konečném důsledku ohrožuje samotnou společnost.

Právní opatření, přijatá k ochraně dětí, vycházejí z vnitrostátních i mezinárodních norem a jejich hlavním principem je prospěch a blaho dítěte. V praxi se však často stává, že ve snaze ochránit je před dalším násilím, bývá dítě odebráno z rodiny a umístěno v některém z ústavních zařízení, kde se k primárnímu traumatu přidává další v podobě psychické deprivace. Sanace rodiny proto představuje nový institut, díky kterému by se mohla tato situace změnit k lepšímu. Domnívám se, že sanace rodiny je důležitým článkem v systému péče o ohrožené děti. Není dosud v praxi dostatečně využívána, ale dle mého názoru představuje možnost snížení počtu dětí umístěných v ústavní výchově z důvodů nepříznivého rodinného prostředí. Zapadá do mezinárodního kontextu sociálně právní ochrany dítěte, především proto, že Úmluva o právech dítěte klade důraz na zachování a péči o rodinu, jako přirozené prostředí pro blaho dětí a jejich zdárný růst.

Domnívám se, že se mi v mé práci podařilo shrnout dostupné údaje o syndromu CAN, včetně poznatků o vlivu rodinného prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Dále objasnit možnosti zásahu státních institucí, prostřednictvím sociálně právní ochrany dítěte, vycházející z platné právní úpravy a rovněž představit sanaci rodiny, jako novou podobu sociální práce s rodinou. Mám za to, že stanovené cíle této bakalářské práce byly dosaženy.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BECHYŇOVÁ, V.; KONVIČKOVÁ, M. 2008. Sanace rodiny: Sociální práce s dysfunkčními rodinami. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 152 s. ISBN 978-80-7367-392-5.

- BENTOVIM, A. 1998. Týrání a sexuální zneužívání v rodinách. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 120 s. ISBN 80-7169-629-3.
- BERGNER, R. M. et al. 1994. Finkelhor's risk factor checklist: A cross-validation study. *Child abuse and neglect*. 1994, vol. 18, no. 4, s. 331–340. ISSN 0145-2134.
- BUBLEOVÁ, V. 2007. Prevence ve světě (Healthy Families America). In Kolektiv autorů. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. 1. vyd. Praha: IREAS, 2007. s.153–166. ISBN 978-80-86684-47-5.
- BUTCHART, A. et al. 2006. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 2006. 90 s. Digitální kopie ve formátu PDF dostupná také z WWW: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf>. ISBN 978-92-4-159436-3.
- CANTWELL, H. B. 1997. The Neglect of Child Neglect. In HELFER, M. E.; KEMPE, R. S.; KRUGMAN, R. D. *The Battered Child*. 5. ed. Chicago: University of Chicago Press, 1997. s. 347–373. ISBN 0-226-32627-6.
- Česko. Vláda. Usnesení vlády České republiky ze dne 3. září 2008 č. 1139 k Národní strategii prevence násilí na dětech v České republice na období 2008–2018. In *Věstník vlády pro orgány krajů a orgány obcí*. 2008, roč. 6, částka 5, s. 91-95. ISSN 1214-2263.
- DUBOWITZ, H.; DEPANFILIS, D. 2000. *Handbook for Child Protection Practice*. 1. ed. Thousand Oaks: Sage Publication, Inc., 2000. 681 s. ISBN 0-7619-1371-8.
- DUBOWITZ, H. 1991. The Impact of Child Maltreatment on Health. In STARR, R. H. Jr.; WOLFE, D. A. (ed.). *The Effect of Child Abuse and Neglect: Issues and Research*. New York: The Guilford Press, 1991. s. 278–294. ISBN 0-89862-759-1.
- DUNOVSKÝ, J.; DYTRYCH, Z.; MATĚJČEK, Z. 1995. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. 1. vyd. Praha: Grada, 1995. 245 s. ISBN 80-7169-192-5.
- DUNOVSKÝ, J. et al. 1999. *Sociální pediatrie: Vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 283 s. ISBN 80-7169-254-9.
- ELLIOTT, J.; PLACE, M. 2002. Dítě ve nesnázích: Prevence, příčiny terapie. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 208 s. ISBN 80-247-0182-0.
- ELLIOTTOVÁ, M. 2000. Jak ochránit své dítě. 3. vyd. Praha: Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-419-2.
- FINKELHOR, D. 1994. Current Information on the Scope and Nature of Child Sexual Abuse. *The Future of Children*. 1994, vol. 4, no. 2, s. 31–53. ISSN 1054-8289.
- GIARDINO, A. P. et al. 2009. *Child Abuse & Neglect, Posttraumatic Stress Disorder*. eMedicine.medscape [online]. © 1994-2009, last revision 28th of July 2009 [cit. 2009-12-15]. Dostupný z www: <<http://emedicine.medscape.com/article/916007-overview>>.
- GJURIČOVÁ, Š.; KOCOURKOVÁ, J.; KOUTEK, J. 2000. Podoby násilí v rodině. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000. 104 s. ISBN 80-7021-416-3.
- HANUŠOVÁ, J. 2006a. Násilí na dětech: Syndrom CAN. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 23 s. ISBN 80-86991-78-4.
- HANUŠOVÁ, J. 2006b. Sexuální zneužívání. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 36 s. ISBN 80-86991-64-4.
- HOWARD, K. S.; BROOKS-GUNN, J. 2009. The Role of Home-Visiting Programs in Preventing Child Abuse and Neglect. *Future of Children*. 2009, vol. 19, no. 2, s. 119–146. ISSN 1054-8289.
- KOLUCHOVÁ, J.; MORÁVEK, S. 1990. *Psychologická diagnostika dětí a mládeže*. 1. vyd. Olomouc: UP Pedagogická fakulta Olomouc, 1990. 175 s.
- KREJČÍŘOVÁ, D. 2007. Týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. In Kolektiv autorů. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. 1. vyd. Praha: IREAS, 2007. s. 9–45. ISBN 978-80-86684-47-5.
- LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. 2006. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vyd. Praha: Grada, 2006. 386 s. ISBN 80-247-1284-9.
- LANGMEIER, J.; MATĚJČEK, Z. 1974. *Psychická deprivace v dětství*. 3. vyd. Praha: Avicenum, 1974. 397 s.
- LÍPINSKÁ, K. 2009. Jak matka ovlivní celý váš život. *Děti a my*. 2009, roč. 39, č. 3, s. 28–29. ISSN 0323-1879.
- MAŠÁT, V. 1994. Některé postupy při diagnostice a terapii zneužívaného, týraného a zanedbávaného dítěte. In *Sborník z I. národní konference k problematice týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte pořádané ve dnech 10.–12. listopadu 1993 v Mostě s mezinárodní účastí Společnosti sociální pediatrie České lékařské společnosti J. E. Purkyně a Dětským domovem pro děti do 3 let v Mostě*. Praha: MPSV ČR, 1994. s. 85–89. ISBN 80-85529-11-4.
- MATĚJČEK, Z. 2003. Co děti nejvíc potřebují. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 108 s. ISBN 80-7178-853-8.
- MATĚJČEK, Z.; DYTRYCH, Z. 1994. Děti, rodina a stres: Vybrané kapitoly z prevence psychické zátěže u dětí. 1. vyd. Praha: Galén, 1994. 214 s. ISBN 80-85824-06-X.
- MATĚJČEK, Z. 1992. *Dítě a rodina: V psychologickém poradenství*. 1. vyd. Praha: SPN, 1992. 224 s. ISBN 80-04-25236-2.
- MATĚJČEK, Z. 2005. *Výbor z díla*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 445 s. ISBN 80-246-1056-6.
- MATOUŠEK, O. 2003a. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, O. 1997. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 2. vyd. Praha: SLO, 1997. 144 s. ISBN 80-85850-24-9.
- MATOUŠEK, O. 2003b. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 287 s. ISBN 80-7178-549-0.
- MILFAIT, R. 2008. *Komerční sexualizované násilí na dětech*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 216 s. ISBN 987-80-7367-320-8.
- MROWETZ, M. 2009. *Bonding neboli děti chtějí být připoutány k matkám!* *Sestra. Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2009, roč. 19, č. 11, s. 30–31. ISSN 1210-04-04.
- PÖTHE, P. 1996. *Dítě v ohrožení*. 1. vyd. Praha: G plus G, 1996. 143 s. ISBN 80-901896-5-2.
- PÖTHE, P. 2008. *Emoční poruchy v dětství a dospívání: Psychoanalytický přístup*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 160 s. ISBN 978-80-247-2131-6.
- ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. et al. 2006. *Dětská klinická psychologie*. 4. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2006. 603 s. ISBN 80-247-1049-8.
- SENG, A. C.; PRINZ, R. J. 2008. *Parents Who Abuse: What Are They Thinking?* *Clinical Child & Family Psychology Review*. 2008, vol. 11, no. 4, s. 163–175. ISSN 10964037.
- SLANÝ, J. 2008. *Syndrom CAN: Syndrom týraného dítěte*. 1. vyd. Ostrava: OU v Ostravě, 2008. 156 s. ISBN 978-80-7368-474-7.
- SOBOTKOVÁ, I. 2007. *Psychologie rodiny*. 2. přepracované vydání. Praha: Portál, 2007. 224 s. ISBN 978-80-7367-250-8.
- SOUKUP, J.; PAPEŽOVÁ, H. 2008. *Disociace v dětství: Klinické projevy a diagnostika*. *Dotazník disociace v dětství. Česká a slovenská psychiatrie. Časopis české psychiatrické společnosti a slovenskej psychiatrickej spoločnosti*. 2008, roč. 104, č. 8, s. 236–240. ISSN 1212-0383.
- ŠPECIÁNOVÁ, Š. 2003. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. 1. vyd. Praha: LINDE, 2003. 156 s. ISBN 80-86131-44-0.
- ŠULOVÁ, L. 2007. *Psychická deprivace a traumatizace*. In Kolektiv autorů. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. 1. vyd. Praha: IREAS, 2007. s. 87–99. ISBN 978-80-86684-47-5.
- TOUŽIMSKÁ, Z. 1994. *Diagnostický systém J. V. Fontany*. In *Sborník z I. národní konference k problematice týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte pořádané ve dnech 10.–12. listopadu 1993 v Mostě s mezinárodní účastí Společnosti sociální pediatrie České lékařské společnosti J. E. Purkyně a Dětským domovem pro děti do 3 let v Mostě*. Praha: MPSV ČR, 1994. s. 63–67. ISBN 80-85529-11-4.
- VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, M. 2005. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.
- VANIČKOVÁ, E. 2007. *Dětská prostituce*. 2. doplněné vydání. Praha: Grada, 2007. 144 s. ISBN 978-80-247-2218-4.
- VANIČKOVÁ, E.; HADJ-MOUSSOVÁ, Z.; PROVAZNÍKOVÁ, H. 1995. *Násilí v rodině. Syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 64 s. ISBN 80-7184-008-4.
- VANIČKOVÁ, E. et al. 1999a. *Sexuální násilí na dětech: Výskyt, podoby, diagnostika, terapie, prevence*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 120 s. ISBN 80-7178-286-6.
- VANIČKOVÁ, E.; PROVAZNÍK, K.; HADJ-MOUSSOVÁ, Z. 1999b. *Sexuální zneužívání dětí*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 81 s. ISBN 80-7184-878-6.
- VANIČKOVÁ, E. 2004. *Tělesné tresty dětí. Definice – popis – následky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 116 s. ISBN 80-247-0814-0.
- WATTS-ENGLISH, T. et al. 2006. *The Psychobiology of Maltreatment in Childhood*. *Journal of Social Issues*. 2006, vol. 62, no. 4, s. 717–736. ISSN 00224537.
- WEISS, P. et al. 2005. *Sexuální zneužívání dětí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 264 s. ISBN 80-247-0929-5.
- WOLFE, D. A. 1993. *Child Abuse Prevention: Blending Research and Practice*. *Child Abuse Review*. 1993, vol. 2, no. 3, s. 153–195. ISSN 1099-0852.
- www.who.int
www.mpsv.cz
www.unicef.org
 Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod
 Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině
 Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí
 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
 Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník
 Zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky
 ZATLOUKAL, L. 2006. *Presvědčení o rodinných vztazích: vybrané teoretické koncepce a nástin jejich aplikace v praxi rodinné terapie*. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. 2006, roč. 41, č. 2, s. 95–112. ISSN 0555-5574.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ

LMD	Lehká mozková dysfunkce.
HD	Hromadná doprava.
DKC	Dětské krizové centrum.
DCI	Sdružení zastánců dětských práv ČR
SNRP	Středisko náhradní rodinné péče
DOM	Dům Otevřených Možností – občanské sdružení
STŘEP	Středisko pomoci dětem a rodinám
FOD	Fond ohrožených dětí
NICHHD	National Institute of Child Health and Human Development – americká vládní organizace, která se zabývá výzkumnou činností v oblasti zdraví dětí
WWSF	Women's World Summit Foundation – mezinárodní humanitární nevládní nezisková organizace, usilující o lepší postavení žen a dětí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
ÚV	Ústavní výchova
ÚZ	Ústavní zařízení
KÚ	Krajský úřad
PČR	Policie České republiky

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Zachycené případy týrání a zneužívání dětí v ČR

Příloha č. 2: Kasuistiky Nely a Pepíka

Příloha č. 3: Trestně právní úprava syndromu CAN

Příloha č. 4: Skriningové metody

Příloha č. 1: Zachycené případy týrání a zneužívání dětí v ČR

Počty týraných a zneužívaných dětí vycházejí z případů oznámených orgánům SPOD, tedy případů prošetřených a zjevných. Existuje ale množství případů, které ohlášeny nebyly, vyskytují se latentně a skutečné počty zasažených dětí podstatně navyšují. Výskyt zjevných případů v letech 2000–2008 dokumentuje tabulka č. 1. Tabulky č. 2–4 dokumentují případy zasažených dětí v letech 2006–2008 podle věkové struktury a tabulka č. 5 tyto počty porovnává podle pohlaví (www.mpsv.cz).

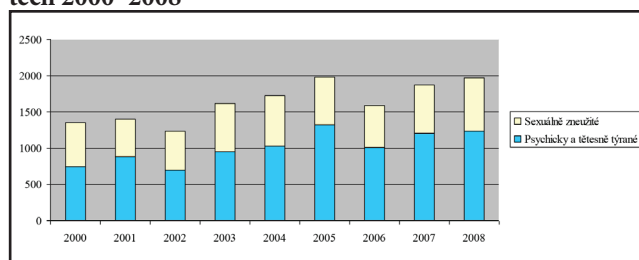
Tabulka č. 1: Počty týraných a sexuálně zneužívaných dětí v ČR v letech 2000–2008

Počet týraných a sexuálně zneužívaných dětí v ČR			
Rok	Psychicky a tělesně týrané	Sexuálně zneužívané	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
2006	1008	585	1593
2007	1205	670	1875
2008	1239	732	1971
Celkem	9074	5687	14761

Pramen: Statistické ročenky MPSV ČR 2000–2008

Přehledně jsou tyto statistické údaje znázorněny v grafu č. 1.

Graf č. 1: Týrané a sexuálně zneužívané děti v ČR v letech 2000–2008



Pramen: Statistické ročenky MPSV ČR 2000–2008

Tabulka č. 2: Počet týraných a zneužívaných dětí podle věkové struktury za rok 2006

Věková kategorie	Počet dětí					Celkem
	Tělesné týrání	Psychické týrání	Sexuální zneužívání	Dětská pornografie	Dětská prostituce	
do 1 roku	29	14	4	0	0	47
1 - 3 roky	52	38	9	0	0	99
3 - 6 let	69	80	53	1	1	204
6 - 15 let	338	266	425	15	5	1049
15 - 18 let	68	54	94	3	2	221
Všechny děti	556	452	585	19	8	1620

Pramen: Statistická ročenka MPSV za rok 2006

Tabulka č. 3: Počet týraných a zneužívaných dětí podle věkové struktury za rok 2007

Věková kategorie	Počet dětí					Celkem
	Tělesné týrání	Psychické týrání	Sexuální zneužívání	Dětská pornografie	Dětská prostituce	
do 1 roku	37	13	1	0	0	51
1 - 3 roky	57	47	10	0	0	114
3 - 6 let	84	114	48	0	0	246
6 - 15 let	343	342	527	7	1	1220
15 - 18 let	67	101	84	1	0	253
Všechny děti	588	617	670	8	1	1884

Pramen: Statistická ročenka MPSV za rok 2007

Tabulka č. 4: Počet týraných a zneužívaných dětí podle věkové struktury za rok 2008

Věková kategorie	Počet dětí					Celkem
	Tělesné týrání	Psychické týrání	Sexuální zneužívání	Dětská pornografie	Dětská prostituce	
do 1 roku	37	16	4	0	0	57
1 - 3 roky	73	75	17	0	0	165
3 - 6 let	114	117	70	1	0	302
6 - 15 let	367	277	548	2	0	1194
15 - 18 let	80	83	93	0	4	260
Všechny děti	671	568	732	3	4	1978

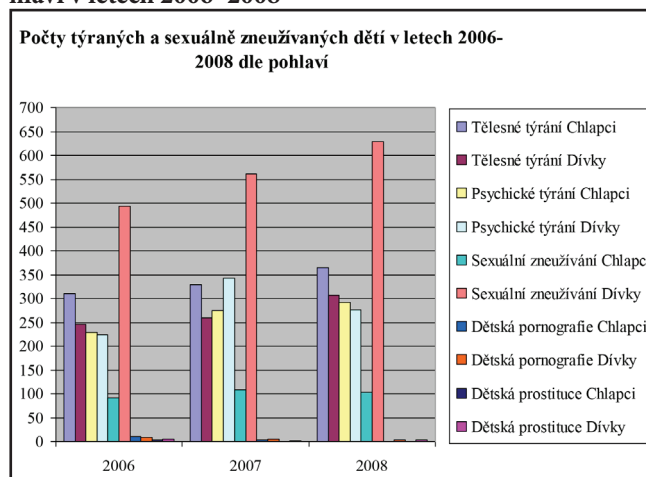
Pramen: Statistická ročenka MPSV za rok 2008

Tabulka č. 5: Počet týraných a zneužívaných dětí podle pohlaví v letech 2006–2008

Kategorie	Pohlaví	Počty dětí		
		2006	2007	2008
Tělesné týrání	Chlapci	310	329	365
	Dívky	246	259	306
Psychické týrání	Chlapci	228	274	291
	Dívky	224	343	277
Sexuální zneužívání	Chlapci	91	109	103
	Dívky	494	561	629
Dětská pornografie	Chlapci	10	3	0
	Dívky	9	5	3
Dětská prostituce	Chlapci	3	0	0
	Dívky	5	1	4
Všechny kategorie	Chlapci	642	715	759
	Dívky	978	1169	1219
Celkem		1620	1884	1978

Pramen: Statistické ročenky MPSV ČR 2000–2008

Statistické údaje o počtu dětí zasažených různými formami syndromu CAN za roky 2006–2008, rozdělené podle pohlaví, jsou znázorněny v grafu č. 2

Graf č. 2: Počet týraných a zneužívaných dětí podle pohlaví v letech 2006–2008

Pramen: Statistické ročenky MPSV ČR 2000–2008

Příloha č. 2: Kasuistiky Nely a Pepíka

NELA

Ve své první kasuistice popisují případ Nely, jedenáctiletého děvčete, které bylo pohlavně zneužito svým vlastním dědečkem. Následkem této negativní zkušenosti se u tohoto děvčete rozvinula posttraumatická stresová porucha.

Zdravotní a osobní anamnéza

Nela je štíhlá dívka s dlouhými světlými vlasy. Ve svých 11 letech měří 146 cm a váží 36 kg. Narodila se z matčina třetího, udržovaného těhotenství, jako první dítě. Porod proběhl bez komplikací v 27. týdnu gravidity, nebyla kříšená, novorozenecké období proběhlo bez komplikací.

Narodila se s vrozenou vývojovou vadou, primárním obstrukčním levostranným megaureterem. V půl roce věku se podrobila operaci, kdy byla provedena resekce, modelace a

reimplantace levého močového. Po operaci byl průběh dále komplikován opakovanými infekty močových cest, v důsledku čehož byla dívka dvakrát hospitalizována, opakovaně ambulantně léčena a dosud je ve sledování urologické ambulance. Kromě toho ve dvou měsících věku prodělala stav bezvědomí s tonickými křečemi, epileptická příčina potíží zjištěna nebyla, je v tomto směru bez potíží a bez neurologického sledování.

Vzdor závažnému somatickému stavu v kojeneckém období se dobře vyvíjela tělesně i psychicky. Byla zaškolená v řádném termínu a ve škole velmi dobře prosperovala až do minulého školního roku. V posledním období došlo ke zhoršení školních výkonů vlivem rozvoje psychických potíží, souvisejících se traumatickou událostí, sexuálním zneužitím dědečkem.

V květnu 2008 bylo provedeno gynekologické vyšetření, k němuž bylo děvče přivezeno matkou v doprovodu policisty. Matka lékaři sdělila, že předchozího dne se jí dcera svěřila, nejdřív písemně, pak ústně, že jí děda něco strkal dovnitř a jí to moc bolelo. Poslední měsíc na dceři pozorovala celkovou změnu, dcera si stěžovala na bolesti žaludku, trpěla nauzeou, občas zvracela, uzavřela se do sebe a schovávala se. Asi před měsícem našla dceři na kalhotkách krev a v následujících dnech krvavý výtok, dcera s ní tehdy odmítala jít k lékaři. Matka zároveň sdělila, že si vzpomněla, že stejným způsobem ji otec zneužíval asi od jejích pěti let, zneužívání skončilo, až když mu pohrozila, že to řekne matce. Z vlastního gynekologického vyšetření vyplynulo, že k pohlavnímu zneužití s největší pravděpodobností došlo.

Na podzim 2008 byla Nela vyšetřována pro bolesti břicha, které byly diagnostikovány jako psychogenní.

Rodinná anamnéza

Otec pochází z rozvedeného manželství, s matkou Nely se seznámil na zábavě a po krátké známosti se v důsledku gravidity vzali. Zpočátku bydleli u rodičů matky, ale pro časté neshody mezi matkou a dědou Nely se přestěhovali. O první dítě přišli kvůli mnohočetným vadám, druhé dítě, které se narodilo v 7. měsíci, brzy zemřelo. Za rok na to se narodila Nela, matka ještě jednou potratila ve třetím měsíci a pak se narodil mladší syn, nyní 5letý.

Čtyřčlenná rodina žije na vesnici v rodinném domku. V loňském roce po smrti babičky Nely se k rodině přistěhoval matčin otec, dědeček Nely i s pejskem, kterého si Nela velmi oblíbila.

Po pár měsících soužití však došlo v rodině k sexuálnímu zneužití Nely jejím dědečkem. V současné době se rodina jeví jako aktuálně výrazně dysfunkční. U matky došlo v souvislosti se zneužitím dcery k rozvoji tak závažné psychické poruchy, že musela být hospitalizována a je nadále psychiatricky léčena. Příčinou jejího onemocnění bylo hlavně to, že si uvědomila, že byla svým otcem v mladším školním věku rovněž zneužívána. Matka podléhá v současné době různým ambivalentním pocitům ve vztahu ke své dceři a nemůže jí být přiměřenou oporou. Otec dívky má problémy s alkoholem, v debaklové situaci se podrobil krátkému psychiatrickému pobytu, ale protialkoholní léčení nedokončil. Také on potíže nezletilé dcery bagatelizuje a vytěšňuje.

Psychiatrická péče

První krizové psychiatrické vyšetření bylo provedeno den

po zjištění sexuálního zneužití Nely. Pro těžkou úzkostnou symptomatiku byla přednostně ošetřena matka. S diagnózou akutní reakce na stres, nasedající na depresivní poruchu, stav po pohlavním zneužívání v dětství byla odeslána k hospitalizaci na psychiatrickou kliniku.

Týden na to byla vyšetřena Nela. Otec sdělil, že se dítě chová jako by se nic nestalo. Chtěla si jít koupit knihu o dospívání, hned si tam našla kapitolu o sexuálním zneužití a incestu. Vzpomněla si, že mezi ní a dědou se to stalo čtyřikrát. Dívka uvádí, že nemůže spát, říká, že ji bolí u srdce, je zamilovaná do 20letého mladíka, ptá se na menstruaci, na kondom. Objektivně trvalý úsměv, někdy až nepřiléhavý, psychomotoricky instabilní, často mění polohu, v myšlení a vnímání nic psychotického, emotivita nepřiléhavá, nálada až nadnesená, hypoprosexie, snížené sebehodnocení, odklonitelné autoakusace, zvýšený zájem o sexuální problematiku, osobnost nezralá, bez agresivity či autoagresivity, bez suicidálních tendencí. Diagnóza byla stanovena jako akutní reakce na stress, stav po pohlavním zneužití členem rodiny, medikace nenasazena.

Při kontrole po týdnu otec sděluje, že se dcerka bojí sama v koupelně. Dítě má nápadné až bizarní chování, stále se usmívá, i nepřiléhavě, řeč zrychluje až k nesrozumitelnosti, mění sílu hlasu. Sděluje, že se bojí na chodbě, vidí tam ducha, černého zlého chlapa s pistolí nebo kosou. Má kamaráda, neviditelného, říká mu šohaj, sedí s ní i v době vyšetření, taky má vymyšlenou kamarádku Elisabetu. Objektivně spory oční kontakt, rozvolněná koordinace pohybů, mimika nepřiléhavá, vnímání intaktní, afektivita povrchní, naznačena disociace, nepřiměřeně nadnesená nálada, reminiscence na traumatickou událost, dyssomie. Lékařka diagnostikuje posttraumatickou stressovou poruchu.

Po čtrnácti dnech Nela sama sděluje, že má strach, že je tlustá, bude od 12 let držet dietu a cvičit. Poslala tomu mladíkovi dopis. Bála se jet do školy autobusem, bojí se v chodbě, hlavně večer a v noci, spí dobře. Objektivně neupravená, rozesmátá, spolupracuje ambivalentně, drží se své linie, určuje směr dění. Vnímání bez poruch, myšlení souvislé, nálada nadále nadnesená, nepřiléhavá, kognitivní funkce v normě, afektivně stabilnější, osobnost akcentovaná, bizarní a rozvolněný motorický doprovod, přehnaná gestikulace.

Po měsíci přichází Nela v doprovodu matky, obě upravené. Matka ukončila hospitalizaci na psychiatrické klinice, bere léky. Nela je podle ní dobrá, už to uzavřely, už o tom nemluví. Všimla si, že Nela na sebe upozorňuje nějakého 20letého mladíka. Dívka sama sděluje, že se jí pořád zdá, že je v bytě nějaký duch, viděla ho v okně koupelky, takový tmavý chlap. Taky se bojí, že tady budou padat bomby, když prezident podepsal ten radar. Vrací se jí vzpomínky na to, co dělal děda, ve dne, když je sama, už o tom ale nemluví, knihu o těle nečte. Objektivně téká pohledem, odpovídá otázkami, vnímání intaktní, přetrvávají iluze, snad až pseudohalucinace i intrapsychické, nic psychotického, bez bludů či obsesí, ojedinělé traumatické reminiscence s anxiousním doprovodem, nestabilní, neklidná, snížené sebehodnocení, sexuální desinhibice.

Dva měsíce po té matka sděluje, že po ránu mívá Nela křeče v břiše, pořád ještě neklidně spí, budí se, ale „duchy“ doma nevidí a skoro se v koupelně a v chodbě nebojí.

V kresbě dívky popisovány znaky svědčící pro sexuální zneužití, sama při vyšetření podmařená, nemluvná, od-

mítá medikaci. Objektivně přiléhavé, neobsažné odpovědi, suspektní intrapsychické halucinace a vizuální vize ustoupily, apatická, adynamická, afektivita labilní, jídelní chování bez poruch, spánek nekvalitní, lehká dyssomie, časté probouzení, výrazné sny, motorika dál dyskoordinovaná, rozvolněná, rozevlátá gestikulace. Osobnost nezralá, suicidální není, náhled choroby částečný. Doporučen Novo-passit sirup, užívat dle rozpisu večer.

Na další kontrolu po třech měsících se rodiče s Nelou nedostavili. Lékařka po dalším měsíci o situaci informuje pracovníci orgánu SPOD.

Vyšetření soudními znalci

Z důvodu trestního řízení v trestní věci podezření ze spáchání trestného činu znásilnění, dle §185 t.z. a soulože mezi příbuznými, dle § 188 t.z., ve které figurovala jako poškozený svědek, se musela Nela podrobit znaleckému vyšetření znalců z oboru zdravotnictví, odvětví dětská psychiatrie a pedopsychologie. V průběhu vyšetřování byla použita řízená explorační, psychiatrická a psychologická vyšetření, kde byly použity různé metody a techniky, jako je psychologický diagnostický rozhovor, FDT, WISC III, ROR, nedokončené věty, B-JEPI, CDI.

Závěr znaleckého posudku

Při znaleckém vyšetření bylo zjištěno, že Nela netrpí takovou duševní poruchou nebo chorobou, která by měla vliv na její schopnosti dostatečně dobře rozpoznat všechny okolnosti projednávané věci a správně se v nich orientovat. Takovouto poruchou netrpěla ani v době, kdy mělo dojít k jednotlivým trestným činům.

Aktuálně je u dívky přítomna plně rozvinutá posttraumatická stressová porucha s velmi závažným průběhem. Má intelektové schopnosti na úrovni velmi dobrého průměru, na stejné úrovni je i paměť vyšetřované. Osobnost dívky je v současné době poznamenána tzv. traumatickou sexualizací, znalci shledali Nelu ve velmi negativním psychickém stavu. Za fasádou povrchní bezstarostnosti, kterou se prezentuje okolí, je skryta intrapsychická tense s autoakusacemi, nízkou sebeúctou, nespokojeností s tělesným vzhledem charakteru poruchy příjmu potravy. Je rozvinuta fobická symptomatika a přetrvávají zrakové halucinace.

Při vyšetření znalci zjistili přítomnost velmi varovné poruchy myšlení v podobě senzitivní vztahovčnosti až paranoidních bludů. Dívka má bizarní chování se změnami psychomotorického tempa, je výrazně dekoncentrovaná, prokazatelné jsou rušivé traumatické reminiscence, děsivé sny s obsahem odpovídajícím projednávané věci, poruchy spánku. Všechny tyto symptomy patří do obrazu rozvinuté posttraumatické stressové poruchy. Zjištěné psychosomatické potíže (bolesti břicha) byly přítomny zřejmě už před touto událostí, jdou s největší pravděpodobností na vrub jiné traumatické události, úmrtí babičky.

V klinickém obraze dále přetrvává předčasná traumatická sexualizace s věku nepřiměřeným zájmem o sexuální problematiku a předčasná, nevhodná sexuální aktivita. Dívka vzhledem k svému věku byla nepřipravená na sexuální ataku svého dědečka, neměla v tomto směru žádné předchozí informace, nebyla tedy ani schopna jakýmkoliv účinným způsobem se

jeho jednání bránit. Byla na něj velmi citově vázána, v rozpadající se rodině byl pro ni zdánlivě největší oporou. V situaci projednávané věci byla, jak tomu u obětí bývá, přesvědčena o jeho omnipotenci (mohl by ji zabít) a velmi se jej obávala.

Nela je od konce května v péči dětského psychiatra, dostavila se k několika kontrolám, podávání léků ona sama i její matka odmítly. Nakonec matka k dalším kontrolám dívku nepřivedla.

Znalci upozornili ošetřující lékařku na závažný duševní stav dítěte, zjištěný při současném vyšetření. Považují za nejvhodnější hospitalizaci dítěte v pedopsychiatrickém lůžkovém zařízení. Posttraumatická porucha nejen že neodeznívá, ale některé nově zjištěné příznaky signalizují možnost rozvoje psychotické poruchy.

Rodině této zneužitě dívky je třeba věnovat zvýšenou pozornost ze strany orgánů péče o dítě.

PEPÍK

Pepík je nejstarší z pěti dětí, dnes již osmiletý chlapec, se kterým jsem se setkala ve své profesní praxi. Tento chlapec byl v důsledku zanedbávání péče spolu se svým mladším bratrem ve věku dvou let umístěn v kojeneckém ústavu.

Zdravotní a osobní anamnéza

Pepík se narodil v 38. týdnu matčiny první gravidity, v jejímž průběhu matka nebyla sledována. Porodní hmotnost byla 2450 g a délka 47 cm, poporodní průběh nekomplikován a kojící matka s dítětem byla 6. den po porodu propuštěna do domácího ošetřování.

Při první návštěvě lékaře v rodině byla zjištěna špatná sociálně ekonomická situace rodiny, což bylo podnětem k rozhodnutí o zvýšené poradenské péči, se kterou zpočátku matka souhlasila, následně však na preventivní poradenskou péči nespolupracovala.

Ve věku 3 týdnů, upozorněním sousedky na nedostatečnou péči o Pepíka, zjistila lékařka u chlapečka podvýživu, hypotrofii, dehydrataci a v důsledku častých hladových stolic silné opruzení. Pepíka bylo nutno převézt sanitkou k hospitalizaci. Po zavodnění a zavedení zvyklé kojenecké stravy se stav dítěte upravil. Na základě šetření orgánu SPOD v rodině byl domluven překlad dítěte i s matkou do kojeneckého ústavu, kde byla matka po dobu 2,5 měsíce zaučována v péči o dítě. Po návratu z kojeneckého ústavu však byla poradenská péče uspokojivá jen dočasně.

V kojeneckém věku se u dítěte opakovaly perigenitální opruzeniny a balanitidy v důsledku špatné hygienické péče. Chlapec byl opakovaně hospitalizován pro časté horečnaté stavy, průjmovitá onemocnění a kožní defekty. Když bylo Pepíkovi 13 měsíců, narodil se matce další chlapec a péče o Pepíka se ještě více zhoršila.

Při novorozenecké návštěvě brášky byla u Pepíka lékařkou zjištěna podvýživa, hypotrofie a celkové zanedbání péče. Chlapec byl nalezen v postýlce, nedbale oblečen s projevy frustrace, psychomotorické retardace, s kývavými stereotypními pohyby, bez hlasového projevu, v pusince na patře přilepen zbytek rohlíku.

V důsledku stále se zhoršující péče, kdy matka již péči o dvě děti nevládala byl Pepík ve věku 20 měsíců spolu se svým bráškou umístěn v kojeneckém ústavu.

Rodinná anamnéza

Pepíkova matka prožila značnou část svého dětství v dětském domově, kam byla umístěna v šesti letech pro zanedbávání péče ze strany svých rodičů a alkoholismus své matky. V ústavním zařízení absolvovala zvláštní školu a vyučila se švadlenou, ale nenaučila se samostatnému životu ani péči o děti. Je osoba simplexní, nepraktická, chybí jí základní dovednosti ve vedení domácnosti a vyřizování běžných záležitostí jí činí problémy.

Otec Pepíka a druh matky se nevyučil a nikdy nevydržel delší dobu v žádném pracovním poměru. Pochází z neúplné rodiny, žijící ve špatných sociálních podmínkách. V péči o děti své družce příliš nepomáhal, citově k nim nepřilnul. Rodina žila v podnájmu ve vesnickém bytovém domě. Příjmem rodiny byly pouze sociální dávky a přídavky na děti, se kterými ovšem rodina nedokázala hospodařit.

Po narození Pepíka byla rodina takřka bez prostředků. Oba rodiče si sami nedokázali vyřídit sociální příspěvky. Díky tomu matka hladověla, ztrácela mléko a Pepík byl pro podvýživu poprvé hospitalizován. Situace se zlepšila po zaučení v péči o dítě během pobytu Pepíka s matkou v kojeneckém ústavu, která se týkala rovněž nácivku ve vyřizování příjmu sociálních dávek. Po propuštění z kojeneckého ústavu tak měla rodina k dispozici rodičovský příspěvek, přídavek na dítě a pokoušela se zajistit si příspěvek na bydlení a sociální příplatek.

Rodina žila v malé vesnici, která patří územně do péče orgánů SPOD obecního úřadu obce s rozšířenou působností, kde jsou sociální pracovníce v péči o rodiny přetíženy. Nestátní neziskové organizace, které by poskytovaly rodinám služby sanace v daném regionu neexistují. Rodina tak neměla k dispozici pravidelnou péči, dohled a pomoc, jakou by mohla sanace rodiny představovat, proto se postupně péče o malého Pepíka zhoršovala a po narození druhého dítěte již rodina svou péči o děti nevládala. V důsledku špatné péče, ohrožující obě děti na zdraví a přiměřeném vývoji, bylo nakonec rozhodnuto o umístění sourozenců v kojeneckém ústavu.

S umístěním dětí v ústavním zařízení oba rodiče souhlasili a dále v něm své děti nenavštěvovali, neprojevovali o ně zájem, ani se nesnažili svou sociální situaci s pomocí pracovníků SPOD nějak řešit. Oba sourozenci byli tedy svěřeni do pěstounské péče. Ve věku tří let se tedy dostal Pepík do rodiny, která mu poskytla lásku a náležitou péči, kterou do té doby tolik postrádal.

Vlastní rodiče v průběhu následujících pěti let přivedli na svět další dva chlapce, kteří byli již v kojeneckém věku se souhlasem rodičů osvojeni. Pátým dítětem vlastních rodičů Pepíka je v současné době děvčátko, které se narodilo se zdravotním postižením. Pěstounská rodina, která pečuje o Pepíka a jeho bratra, přijala do pěstounské péče i tuto zdravotně znevýhodněnou holčičku. Přístup této pěstounské rodiny je příkladný, rodina se snaží být v kontaktu s biologickými rodiči sourozenců a informovat je o tom, jak se dětem daří. Také svěřené děti vědí o tom, že žijí v pěstounské rodině a mají o svých biologických rodičích povědomí.

Příloha č. 3: Trestně právní úprava syndromu CAN

Účelem trestního zákona je chránit zájmy společnosti, ústavní zřízení České republiky, práva a oprávněné zájmy fyzických a právnických osob. Trestní zákon vymezuje, která společensky závadná jednání jsou trestnými činy, jaké jsou podmínky trestní odpovědnosti a jaké tresty či jiné sankce lze za jejich spáchání uložit. Trestně právní úprava týrání, zneužívání a zanedbávání dětí vychází **ze zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník**, který nabyl účinnosti dnem 1. 1. 2010. Nový trestní zákoník nahrazuje více než 40 let starý zákon a přináší mnoho novinek, od systematických změn po zavedení zcela nových institutů, jako je např. domácí vězení. Ze zákona vyplývá, že týráním, zneužíváním či zanedbáváním dítěte se osoba trestně zodpovědná dopouští skutku, který může naplnit znaky skutkové podstaty několika trestných činů, zejména však trestného činu týrání svěřené osoby, pohlavního zneužívání, znásilnění, zanedbání povinné výživy, ohrožování výchovy mládeže, vraždy, opuštění dítěte, kuplířství, ohrožování mravnosti, únosu, obchodování s dětmi a obchodování s lidmi za účelem pohlavního styku.

§ 198 odst. 1 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník uvádí, že trestného činu **týrání svěřené osoby** se dopouští ten, kdo týrá osobu, která je v jeho péči nebo výchově. Trestním postihem je odnětí svobody na 1 rok až 5 let. Doplněny jsou zde zvláště přitěžující okolnosti týkající se přísnějších postihů těžších následků a způsobu spáchání tohoto trestného činu, tedy je-li spáchán nejméně na dvou osobách. Trestní sazba může být zvýšena až na 12 let.

§ 187 odst. 1 trestního zákoníku uvádí, že trestného činu **pohlavního zneužití** se dopouští ten, kdo vykoná soulož s osobou mladší 14 let, nebo kdo tuto osobu pohlavně zneužije jiným způsobem s trestním postihem 1 rok až 8 let. Vzhledem k nutnosti boje proti sexuálnímu zneužívání dětí a dětské pornografii je v odstavci 2 doplněno zneužívání svého postavení a z něj vyplývající důvěryhodnosti nebo vlivu a trestní sazba se zvyšuje až na 10 let.

§ 185 trestního zákoníku uvádí, že trestného činu **znásilnění** se dopouští ten, kdo násilím nebo pohrůzkou násilí či jiné těžké újmy donutí jiného k pohlavnímu styku nebo kdo k takovému činu zneužije jeho bezbrannosti. Trestní sazba je 6 měsíců až 5 let. V odstavci 2 jsou specifikovány přitěžující okolnosti, odnětím svobody na 2 až 10 let bude potrestán ten, kdo vykonal soulož nebo jiný pohlavní styk provedený způsobem srovnatelným se souloží nebo jej vykonal na dítěti. Zvláště přitěžující okolnost vyplývá z odstavce 3, odnětím svobody na 5 až 12 let bude potrestán ten, kdo spáchá čin uvedený v odstavci 1 na dítěti mladším čtrnácti let.

§ 186 trestního zákoníku uvádí, že trestného činu **sexuální nátlak** se dopouští ten, kdo jiného násilím, pohrůzkou násilí nebo pohrůzkou jiné těžké újmy donutí k pohlavnímu sebeukájení, k obnažování nebo jinému srovnatelnému chování, nebo kdo k takovému chování přiměje jiného zneužívaje jeho bezbrannosti. Trestem je odnětí svobody na 6 měsíců až 4 roky nebo zákaz činnosti. Stejně bude potrestán ten, kdo přiměje jiného k pohlavnímu styku, k pohlavnímu sebeukájení, k obnažování nebo jinému srovnatelnému chování, zneužívaje jeho závislosti, nebo svého postavení a z něho vyplývající důvěryhodnosti nebo vlivu. Přitěžující okolnosti se týkají následků, páčání těchto činů na dítěti, nebo nejméně na dvou osobách.

§ 188 trestního zákoníku uvádí, že trestného činu **soulož mezi příbuznými** se dopouští ten, kdo vykoná soulož s příbuzným v pokolení přímém nebo se sourozencem, bude potrestán odnětím svobody až na 3 léta.

§ 140 trestního zákoníku říká, že trestného činu **vraždy** se dopouští trestně odpovědná osoba, která úmyslně usmrtí jiného. Kvalifikovaná skutková podstata se týká jednání, pokud se pachatel dopustil tohoto činu na osobě mladší 14 let. V tom případě je trestná sazba stanovena na 15 až 20 let, nebo se stanovuje výjimečný trest.

§ 196 trestního zákoníku uvádí, že trestného činu **zanedbání povinné výživy** se dopouští ten, kdo neplní, byť i z nedbalosti svou zákonnou povinnost vyživovat nebo zopatřovat jiného po dobu delší než 4 měsíce, potrestán bude odnětím svobody až na 2 roky. Přitěžující okolnosti se týkají úmyslu vyhybat se své zákonné vyživovací povinnosti s přísnějším postihem odnětí svobody až na 3 roky. Za zvláště přitěžující okolnost s trestním postihem 1 až 5 let je považováno, byl-li pachatel za takový čin v posledních třech letech odsouzen nebo potrestán.

§ 201 trestního zákoníku v odst. 1 říká, že trestného činu **ohrožování výchovy** se dopouští ten, kdo byť i z nedbalosti ohrozí rozumový, citový nebo mravní vývoj dítěte tím, že:

- svádí ho k zahálčivému nebo nemravnému životu,
- umožní mu vést zahálčivý nebo nemravný život,
- umožní mu opatřovat pro sebe nebo pro jiného prostředky trestnou činností nebo jiným zavrženímhodným způsobem, nebo
- závažným způsobem poruší svou povinnost o ně pečovat nebo jinou svou důležitou povinnost vyplývající z rodičovské zodpovědnosti, bude potrestán odnětím svobody až na 2 roky.

§ 195 trestního zákoníku říká, že trestného činu **opuštění dítěte** se dopouští ten, kdo opustí dítě, které má ve své péči a které si nemůže samo opatřit pomoc a vystaví je tak nebezpečí ublížení na zdraví nebo smrti. Trestní sazba činí 6 měsíců až 3 roky. Kvalifikovaná skutková podstata se týká nejen následků, těžké újmy na zdraví nebo smrti, ale i případů opuštění dítěte mladšího tří let, které vyžaduje vždy zvláštní péči, anebo dopustí-li se takového činu pachatel opětovně nebo nejméně na dvou osobách. Horní hranice trestní sazby tak může být až 10 let.

§ 189 trestního zákoníku říká, že trestného činu **kuplířství** se dopouští ten, kdo jiného zjedná, přiměje, najme, zláká nebo svede k provozování prostituce, nebo kdo kořistí z prostituce provozované jiným. Trestem je odnětí svobody na 6 měsíců až 4 roky, zákaz činnosti nebo propadnutí věci nebo jiné majetkové hodnoty.

§ 190 trestního zákoníku uvádí, že trestného činu **prostituce ohrožující mravní vývoj dětí** se dopouští ten, kdo provozuje prostituci v blízkosti školy, školského nebo jiného obdobného zařízení nebo místa, které je vyhrazeno nebo určeno pro pobyt nebo návštěvu dětí, bude potrestán odnětím svobody až na 2 roky. Kdo organizuje, střeží nebo jiným způsobem zajišťuje provozování prostituce v blízkosti školy, školského nebo jiného obdobného zařízení nebo místa, které je vyhrazeno nebo určeno pro pobyt nebo návštěvu dětí, bude potrestán odnětím svobody až na 3 roky, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty. Zpřísnění postihu se týká páčání těchto činů na více místech nebo opakovaně.

§ 192 trestního zákoníku uvádí, že trestného činu **výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií** se dopouští ten, kdo přechovává fotografické, filmové, počítačové, elektronické nebo jiné pornografické dílo, které zobrazuje nebo jinak využívá dítě. Trestním postihem je odnětí svobody až na 2 roky. V odst. 2 se uvádí, že kdo vyrobí, doveze, vyveze, proveze, nabídne, činí veřejně přístupným, zprostředkuje, uvede do oběhu, prodá nebo jinak jinému opatří fotografické, filmové, počítačové, elektronické nebo jiné pornografické dílo, které zobrazuje nebo jinak využívá dítě, anebo kdo kořistí z takového pornografického díla, bude potrestán odnětím svobody na 6 měsíců až 3 léta, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty. Kvalifikovaná skutková podstata postihuje takové jednání, které vede ke značným ziskům, využívá veřejně přístupná média nebo je páčáno členem organizované skupiny.

§ 193 se týká **zneužití dítěte k výrobě pornografie**. Kdo přiměje, zjedná, najme, zláká, svede nebo zneužije dítě k výrobě pornografického díla nebo kořistí z účasti dítěte na takovém pornografickém díle, bude potrestán odnětím svobody na 1 rok až 5 let. Přitěžující okolnosti se týkají spáchání tohoto činu jako člen organizované skupiny nebo s úmyslem získat značný prospěch.

§ 200 trestního zákoníku říká, že trestného činu **únosu dítěte a osoby stížené duševní poruchou** se dopouští ten, kdo dítě nebo osobu stíženou duševní poruchou či duševně nedostatečně vyvinutou odejme z opatrování toho, kdo má podle zákona nebo podle úředního rozhodnutí povinnost o ně pečovat. Trestní postih činí 3 roky nebo peněžitý trest. Přitěžující okolnosti se týkají majetkového prospěchu, mravního vývoje unesené osoby, členství v organizované skupině nebo těžkých následků s postihem odnětí svobody až 10 let.

§ 168 trestního zákoníku říká, že trestného činu **obchodování s lidmi** se dopouští ten, kdo přiměje, zjedná, najme, zláká, svede, dopraví, ukryje, zadržuje nebo vydá dítě, aby ho bylo jiným užito k pohlavnímu styku nebo k jiným formám sexuálního zneužívání či obtěžování, anebo k výrobě pornografického díla, k odběru tkáně, buňky nebo orgánu z jeho těla, k službě v ozbrojených silách, k otroctví nebo nevolnictví, nebo k nuceným pracím nebo k jiným formám vykořisťování, anebo kdo kořistí z takového jednání. Trestní sazba činí 2 až 10 let. Přísněji jsou postiženy především případy užití lidí, s nimiž je obchodováno pro prostituci, což je klasický případ obchodování především se ženami a dětmi, také případy organizovaného zločinu, nebezpečí těžké újmy na zdraví nebo smrti, nebo značný prospěch.

§ 169 se týká trestného činu **svěření dítěte do moci jiného**. Kdo za odměnu svěří dítě do moci jiného za účelem adopce nebo pro jiný obdobný účel, bude potrestán odnětím svobody až na 3 léta nebo zákazem činnosti. Zvláště přitěžující okolnosti se týkají především spáchání činu členem organizované skupiny, způsobení těžké újmy na zdraví nebo smrti a také úmysl získat značný prospěch (Zákon č. 40/2009 Sb. trestní zákoník).

V mnoha případech násilné chování dospělých osob k dětem nedosahuje takové intenzity, aby bylo kvalifikováno jako trestný čin. Za těchto okolností může být tento skutek posouzen jako přestupek, jiný správní delikt nebo kárné provinění.

Zákonem č. 360/1999 Sb., bylo novelizováno ustanovení § 28 zákona č. 200/1990 Sb., upravující přestupky na úseku práce a sociálních věcí a byla upravena nová skutková pod-

stata, reagující na nepřiměřené opatření osoby vůči dítěti, spočívající zejména v násilí páchaném na dítěti nedosahující intenzitu naplnění skutkové podstaty trestného činu (Špeciánová, 2003).

Dle tohoto ustanovení se tedy **přestupku** dopouští ten, kdo **použije vůči dítěti nepřiměřeného opatření v úmyslu ponížit lidskou důstojnost**. Při posuzování věci správním orgánem, který jej projednává z úřední povinnosti, je nejdůležitější a zároveň nejtěžší prokázat pachateli úmysl ponížit lidskou důstojnost. Pokuta může činit až 10 000 Kč. Je otázka, zdali je tato sankce efektivní a může napravit pachatele, nebo vede k vyostření vztahů v rodině, opakování nepřiměřených opatření a jestli by nebyla efektivnější dlouhodobá sociální práce s rodinou, kdy by se sanovaly rodinné vztahy a mohlo se takovému jednání vůči dítěti zabránit.

Příloha č. 4: Skriningové metody

Dotazník funkčnosti rodiny

Hodnotí se rodina, ve které dítě právě žije. Údaje se týkají buď rodičů, nebo jednoho z nich, pokud žije osaměle, dále toho z nich, který žije s dítětem a s novým partnerem, pěstounů, prarodičů, případně dalších osob, které o dítě pečují a žijí s ním. Nepřítomný rodič, pokud je toho zapotřebí, se hodnotí dalším samostatným dotazníkem.

Základní údaje o dítěti:

Jméno dítěte:
Datum narození:
Věk:
Bydliště:
Kolektivní zařízení: (MŠ, ZŠ)
Třída:

Základní údaje o rodičích či pečovateli:

Jméno matky (pěstounky):
Datum narození:
Rodinný stav:
Zaměstnání:
Čistý příjem:

Jméno otce (pěstouna):
Datum narození:
Rodinný stav:
Zaměstnání:
Čistý příjem:

Výsledek vyšetření:

Typ rodiny:

Funkční	0 - 4
Problémová	5 - 9
Dysfunkční	10 - 15
Afunkční	16 a více

													Složení
													Stabilita
													Soc. ekonom. situace
a	b	c	d	e	f	g	h						Osobnost rodičů
													Sourozenci
													Osobnost dítěte
													Zájem o dítě
													Péče o dítě
													Celkem

Součet a – h

0 – 3 = 0

4 – 10 = 1

11 – 17 = 2

18 – 24 = 3

25 a výše = 4

Datum šetření:

Zařazení funkčnosti rodiny:

Šetřil:

Dotazník funkčnosti rodiny (DFR)

Jedná se o metodu, pomocí které lze stanovit úroveň funkčnosti rodiny. Pro potřeby profesionálů pracujících s dětmi jej vytvořil Jiří Dunovský. Hodnotí se osm diagnostických kritérií, a to složení rodiny, stabilita rodiny, sociálně ekonomická situace v rodině, osobnost rodičů, osobnost sourozenců, osobnost dítěte a zájem a péče o ně. Jednotlivá kritéria jsou hodnocena pěti a tříbodovou škálou tzv. trestných bodů. Čím nepříznivěji působí dané kritérium na funkčnost rodiny, tím je jeho skóre vyšší.

Pětibodovou škálou v rozsahu 0 – 4 body, jsou hodnocena ta kritéria, která vznik rodinné poruchy podmiňují. Jsou to sociálně ekonomická situace rodiny, zvláště věk, rodinný stav, vzdělání, zaměstnání rodičů, příjmy a bydlení rodiny, dále osobnost rodičů, jejich zdravotní a psychologický stav a úroveň jejich společenské adaptace a také zájem a péče o dítě. Tříbodovou škálou v rozmezí 0–2 body jsou hodnocena kritéria, která popisují situaci rodiny nebo charakterizují situaci dítěte, a to složení rodiny, její stabilita, sourozenci dítěte a jeho osobnost.

Dotazník se vyhodnocuje pro každé dítě v rodině zvlášť a jeho opakované využití slouží ke sledování vývoje situace dítěte v rodině a účinnosti terapeutických zásahů. Na základě součtu hodnot jednotlivých kritérií lze stanovit příslušné pásmo funkčnosti rodiny.

Pásmo 0–4 body představuje funkční, intaktní rodinu, v níž je zajištěn dobrý vývoj dítěte, zahrnuje až 85 % běžné populace.

Pásmo 5–9 bodů se týká problémových rodin, kde se vyskytují poruchy některých nebo všech funkcí. Tyto poruchy však neohrožují vážnějším způsobem rodinný systém nebo vývoj dítěte a rodina je schopna vlastními silami, s případnou jednorázovou pomocí zvenčí, svou situaci řešit. Problémové rodiny jsou v populaci zastoupeny asi 12–13 %.

Pásmo 10–14 bodů zahrnuje rodiny dysfunkční, kde se vyskytují závažné poruchy některých nebo všech funkcí rodiny, ohrožující bezprostředně rodinný systém, vývoj a prospěch dítěte. Tyto poruchy není rodina schopna sama zvládnout,

proto je k jejich odstranění zapotřebí řady opatření různého charakteru, spadající pod termín sanace rodiny a v některých případech vede v zájmu dítěte až ke zbavení rodičovských práv. Těchto rodin se v populaci vyskytuje kolem 2 %.

Pásmo 15–24 bodů zahrnuje rodiny afunkční. Poruchy v těchto rodinách nabývají takového charakteru, že rodina přestává plnit své základní funkce a závažným způsobem dítě ohrožuje. Sanace rodiny bývá v těchto případech zbytečná a jediným řešením v zájmu dítěte je náhradní rodinná péče. V populaci se vyskytuje kolem 0,5 % těchto rodičů.

DFR je dnes využívám nejen ve výzkumu, ale i pro účely běžné praxe, byl začleněn také do systému preventivních prohlídek v pediatrii, jako diagnostický nástroj lékaře (Dunovský et al., 1999).

Finkelhorův dotazník

V roce 1979 vytvořil David Finkelhor pro svůj výzkum dotazník přítomnosti, respektive nepřítomnosti rizikových faktorů sexuálního zneužití v rodině. Tento dotazník byl využit v řadě dalších studií, například ve studii Bergnera et al. v roce 1994 a užívá se jako skriningová metoda pro zjišťování pohlavního zneužívání v rodině. Zaměřuje se na přítomnost nebo nepřítomnost osmi nejvíce předpovídajících faktorů. Jsou to:

- přítomnost, nebo nepřítomnost nevlastního otce v domácnosti,
- odloučení od matky po dobu přesahující šest měsíců, nebo naopak matčina blízkost
- citová vazba na matku, nebo nevytvoření citové vazby s matkou,
- matka nikdy dokončila střední školu, nebo naopak střední školu dokončila
- matka sexuálně represivní, nebo naopak sexuálně netrestající
- nedostatek fyzické příchyllosti otce, nebo dostatečná fyzická příchyllost otce
- příjmy rodiny nižší než 10 000 dolarů, příjem přesahující částku 10 000 dolarů
- dva přátelé či méně v dětství, nebo více než dva dobří přátelé

Z výzkumu Bergnera et al. vyplynulo, že nejrizikovějšími faktory pro vznik sexuálního zneužití dětí je chudoba a nízká úroveň vzdělání (Bergner et al., 1994).