

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Individuální a skupinová práce s dětmi se syndromem CAN

Bc. Marcela Novotná

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Martin Prokeš

Praha 2013

Prague College of psychosocial studies



Individual and group work with children with syndrom CAN

Bc. Marcela Novotná

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Martin Prokeš

Praha 2013

Anotace

Tato diplomová práce se zabývá syndromem CAN – syndromem zanedbávaného, týraného a zneužívaného dítěte. Popisuje vývoj pojetí tohoto syndromu z historického pohledu až po jeho současné formy a projevy. Zdůrazňuje možnosti péče o takto postižené děti a důležitost prevence. Výzkumná část, formou kazuistických studií, zachycuje základní typy tohoto syndromu.

Klíčová slova: Klokánek, prevence, sociálně-právní ochrana dětí, syndrom CAN, terapie

Abstract

This thesis deals with the CAN syndrome - syndrome neglected and abused child. Describes the development of the concept of this syndrome from a historical perspective to the contemporary forms and manifestation. Emphasizes care options as follows disabled children and the importance of prevention. The research part, in the form of case studies, shows the basic types of this syndrome.

Key words: Klokánek, prevention, social and legal protection of children, syndrom CAN, therapy

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a zdroje, z nichž jsem při vypracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Praze dne 7. 7. 2013

Marcela Novotná

Poděkování

Děkuji Mgr. Prokešovi za poskytnuté odborné rady a připomínky k mé diplomové práci.

Obsah

ÚVOD	9
1. VÝVOJ POSTAVENÍ DÍTĚTE VE SPOLEČNOSTI.....	10
1.1 Pohled do minulosti	10
1.2 Soudobý vývoj	12
1.3 Vývoj sociálně-právní ochrany dětí na našem území	13
2. SYNDROM CAN	17
2.1 Vymezení pojmu	17
2.2 Vývoj pojmu	18
2.3 Formy a projevy syndromu CAN.....	19
2.3.1 Fyzické týrání	20
2.3.2 Psychické týrání.....	21
2.3.3 Sexuální zneužívání.....	23
2.3.4 Zanedbávání	27
2.3.5 Zvláštní formy syndromu CAN	29
3. DIAGNOSTIKA SYNDROMU CAN	33
4. PREVENCE SYNDROMU CAN	35
4.1 Primární prevence.....	36
4.2 Sekundární prevence.....	38
4.3 Terciální prevence	41
4.4 Cíle národní strategie prevence násilí na dětech	41
5. MOŽNOSTI POMOCI A LÉČBY DĚTÍ SE SYNDROMEM CAN	44
5.1 Dětská krizová intervence	46
5.2 Psychoterapeutická intervence	48
6. VLASTNÍ VÝZKUM	51
6.1 Úvod do vlastního výzkumu	51
6.2 Charakteristika zařízení.....	52
6.3 Možnosti individuální práce s dětmi.....	56
6.4 Možnosti skupinové práce s dětmi	59
6.5 Vlastní kazuistické studie	60

6.5.1 Daniel, 13 let.....	61
6.5.2 Marek, 9 let.....	69
6.5.3 Karolína, 9 let	79
7. DISKUZE.....	87
ZÁVĚR.....	88
SEZNAM LITERATURY	90

ÚVOD

Téma diplomové práce si autorka vybrala z důvodu vlastní zkušenosti z práce s dětmi, které mají diagnostikovaný syndrom CAN. Problematika syndromu CAN je závažná nejen s ohledem na současný nezdravý a ohrožující vývoj dítěte, ale také má vliv na zdravý vývoj celé společnosti. Je zde velká pravděpodobnost, že dítě, které vyrůstá v prostředí plném strachu, obav a násilí, ať psychického či fyzického, bude tento výchovný vzorec praktikovat také později na svých vlastních dětech. Způsob, jakým rodiče vychovávají své děti, jaké hodnoty, normy a vzory chování si děti odnášejí z primárních rodin, mají dopad na formování celé společnosti. S novými poznatky a informacemi si společnost začala uvědomovat, jak důležité je „zdravé“ formování jedince od nejútlejšího věku. Každý negativní zásah do vývoje může narušit osobnost člověka a může mít pro něho trvalé následky, které si postižený jedinec poté nese celý život. Je třeba se problematikou týrání, zneužívání a zanedbávání dětí stále zabývat, snažit se o předcházení vzniku a o pomoc postiženým dětem a následně o potrestání viníků.

Teoretická část diplomové práce se zabývá popisem vývoje tohoto syndromu, diagnostikou a možnostmi jeho prevence, konkrétně v první kapitole je zachycen pohled do minulosti až po jeho soudobý vývoj. V druhé kapitole je vymezen pojem syndromu CAN, jsou zde popsány různé formy tohoto syndromu a jeho projevy. Ve třetí kapitole je obsažena problematika diagnostiky syndromu CAN a čtvrtá kapitola popisuje způsoby a možnosti jeho prevence, včetně uvedení cílů prevence národní strategie, kde je odpovědnost kladena na celou společnost. Pátá kapitola uvádí možnosti pomoci a léčby dětem, které mají syndrom CAN diagnostikovaný.

Praktická část se v kapitole číslo šest zabývá vlastním výzkumem. V tomto případě byla zvolena kvalitativní metoda – kazuistika. Prostřednictvím této metody byly popsány tři případy dětí s diagnostikovaným syndromem CAN, každé s jinou formou tohoto syndromu. V této části byla popsána také charakteristika zařízení, ve kterém se výzkum prováděl a možnosti individuální a skupinové práce s dětmi v tomto zařízení.

1. VÝVOJ POSTAVENÍ DÍTĚTE VE SPOLEČNOSTI

Dnešní společnost je na děti zaměřená, chová se k nim přátelsky a snaží se je chránit, pokud k nějakému ohrožení dítěte dojde. Ne vždy tomu ale tak bylo. Cesta k současnému vnímání dítěte nebyla jednoduchá ani přímá a postoje společnosti k postavení dítěte prošly dlouhodobým vývojem.

1.1 Pohled do minulosti

Z historického pohledu se násilí na dětech objevovalo již u přírodních národů, kdy byly děti obětovány božstvu jako cenný dar.

V klasickém období antiky bylo dítě bezprávným tvorem. Patria potestas ve starém Římě znamenala, že otec může s dítětem nakládat, jak se mu zlíbí – může je prodat i zabít. Obrat v životě antické společnosti přišel až ve čtvrtém století po Kr., kdy římský zákon z r. 374 pokládá zabití dítěte za vraždu (DUNOVSKÝ, DYTRYCH, MATĚJČEK aj., 1995).

Dalšími důvody zahubení dítěte bylo ohrožení existence rodiny, např. v době hladu či za jiných těžkých podmínek, také zde hrál roli výběr pohlaví, kdy společnost měla zájem na tom, aby se rodilo více chlapců. Jak uvádí Dunovský aj. (1995) „*na starých pohřebištích nacházejí archeologové nepoměrně méně koster děvčátek než chlapečků a méně dospělých koster ženských než mužských, ačkoliv při narození mají děvčátka co do počtu určitou mírnou převahu.*“ L. DeMause (1994) shromáždil doklady, že poměr děvčat k chlapcům dosahujícím dospělosti byl v antice zhruba 100:400. Ve středověku se tento rozdíl snížil na 100:140 a teprve v 17. století se v některých evropských krajích nachází vyrovnaný poměr pohlaví.

Další formou fyzické likvidace dětí, umožňovanou zvykovým právem a morálkou dřívějších dob, byla „pomsta nepříteli“. Svědectví o takovém počínání najdeme v nejrůznějších historických dokumentech, například ve Starém zákoně, v bájích a pověstech různých národů, a ovšem i ve společenské praxi těch velkých či malých společenských skupin, jež propadly představě o své pravdě, své spravedlnosti a své nadřazenosti. K pozoruhodnému „přílivu emociality“ v evropské kultuře dochází během 11. a 12. století, jak uvádí Ph. Ariés (1960)

a jiní kulturní antropologové. Uvádí se, že jde o vliv tzv. otoské renesance, jež se šířila z německého císařského dvora. Současně jde ovšem o dobu, kdy křesťanství v našich zemích zapustilo kořeny, ale stalo se konečně rozhodujícím činitelem i v soukromém životě obyvatelstva

(DUNOVSKÝ, DYTRYCH, MATĚJČEK aj., 1995).

V kláštorech se zřizovaly útulky pro odložené děti. První doložený nalezinec byl vybudován v Cařihradě v roce 335. Útulky však nebyly zřizovány ve snaze pečovat o nechtěné děti či zamezit případům jejich zabíjení. Motivem pro jejich zřizování byla očista duší matek a otců odložených dětí, neboť pokud by své novorozené dítě zavraždili, dopustili by se hříchu. Aby se zajistila anonymita rodičů, kteří odkládali své novorozené děti do klášterů, byla vytvořena torna. Torna, neboli otáčedla, byla zabudována do vrat nebo zdí útluků, rodiče mohli i tajně vložit dítě do torny, jehož otočením se dítě dostalo do bezpečí útluků.

Od 16. století se mění pohled na rodinu a prožití dětství. Vlivem zlepšeného hmotného zajištění rodin se užívá nový model dětství, kdy je dítě v rodině láskyplně vychováváno a ve škole je vedeno k disciplíně.

Ve 2. pol. 18. století působí J. J. Rousseau a další osvícenci, kteří dali společnosti řadu pokrokových myšlenek ve prospěch dítěte a jeho dětství. V této době však vzrůstá počet nemanželských a odložených dětí. Na tuto skutečnost reagoval i Napoleonův Code civil z roku 1804, kterým se nařizovalo v každém departamentu zřídit dětský útulek, který byl vybaven již zmíněným tornem (ŠPECIÁNOVÁ, 2003).

Devatenácté století znamená další příliv citovosti do rodinného života a v této době v Anglii a pak i jinde nastává tažení proti dětské práci, jež s nástupem industrializace a raného dravého kapitalismu nabyla nebývalých rozměrů. Postupně jsou vydávány zákony (Children's Acts) zakazující práci dětí pod zemí, práci dětí do určitého věku, až konečně do konce století byla výdělečná práce dětí do 15 let zakázána úplně

(DUNOVSKÝ, DYTRYCH, MATĚJČEK aj., 1995).

1.2 Soudobý vývoj

Od počátku našeho století dochází k oslabování důrazu na poslušnost, zdůrazňuje se „rozumnost“ výchovy a vytváření správných návyků dítěte. Citovost se soustřeďuje dovnitř rodiny, která se stala mezitím malou (nukleární) společenskou jednotkou. Koncem století byl vytvořen nový vědní obor, pedologie neboli nauka o dítěti. Ta se stala základnou, východiskem i návodem pro tentokrát již plně vědecky fundované poznání dítěte a dětství ve všech jeho fázích, ve zdraví, nemoci i postižení a také ze všech hlavních aspektů.

Celé toto století je vlastně stoletím boje o úplné uznání právní subjektivity dítěte a dosažení v podstatě všech práv pro ně. Prvním mezinárodním dokumentem, týkajícím se právního postavení dítěte ve společnosti, včetně závazků zúčastněných států poskytnout dítěti potřebnou ochranu, byla tzv. Ženevská deklarace práv dítěte, kterou přijala Společnost národů v roce 1924. Tato Deklarace uzavřela dlouhý vývoj poznávání dítěte a jeho potřeb a současně poskytla svými analýzami důležité informace o stavu a vývoji dětí ve světě.

Na začátku padesátých let vznikla polovládní organizace na půdě Organizace spojených národů – Dětský fond spojených národů – UNICEF. Ten převzal veškerou iniciativu v mezinárodní pomoci nejvíce ohroženým dětem, a také dokázal formulovat novou mezinárodní právní normu týkající se dětí Chartu práv dítěte, která byla přijata v roce 1959 a začíná se již orientovat i na problém bezprostředního týrání a zneužívání dětí, který zvolna krystalizuje v závažný celospolečenský problém.

Toto století, kterému Miss Florence Kelley (1859 – 1932), americká sociální reformátorka a bojovnice proti práci dětí, vložila do vínku naději, že bude „stoletím dítěte“, končí vskutku mezinárodní Úmluvou o právech dítěte přijatou OSN v New Yorku 20. 11. 1989.

(DUNOVSKÝ, DYTRYCH, MATĚJČEK aj., 1995).

1.3 Vývoj sociálně-právní ochrany dětí na našem území

Počátek veřejné správy ve prospěch sociálně potřebných osob a institucionalizované sociálně-právní ochrany dětí na našem území lze datovat od roku 1863, kdy byl vydán říšský zákon domovský č. 105 říšského zákoníku, na který navázal zemský zákon chudinský pro Čechy č. 59 z roku 1868. Tato právní úprava zahrnuje péči o chudé, péči o výživu a výchovu chudých dětí, zařízení pro nápravu zanedbaných dětí. Osirelé a opuštěné děti směřovaly do pěstounské péče, pobývaly v sirotčincích, dětských domovech, azylech a útulcích.

Od roku 1904 se formují okresní komise pro péči o mládež, které přijímaly patronaci nad potřebnými dětmi, staraly se o rozdělení šatstva a obuvi ze sbírek, a o stravování dětí. K velkému nárůstu ústavů dochází po první světové válce, kdy přibýlo sirotků. V té době nabývala na významu činnost institucí a dobrovolníků a zvyšoval se počet ústavů pro děti osirelé, opuštěné, a také pro zdravotně postižené a mravně narušené. Od počátku vzniku samostatného československého státu byla ochrana dětí předmětem státního zájmu, vznikaly orgány okresní péče o mládež. V jejich působnosti byla zahrnuta poměrně široká péče. Byla to např. pomoc těhotným ženám a matkám, zejména svobodným, pomoc dětem nemanželským, osirelým, z rozvedených manželství, opuštěným a ohroženým, dětem odkázaným na cizí péči, i těm, které jsou ohrožené ve vlastních rodinách a pomoc mladistvým delikventům. Za zmínku stojí také poradna pro volbu povolání a útulky pro nezaměstnaný dorost. Rozvoj péče byl přerušen v roce 1938 a poté byl další vývoj poznamenán změnou společenských podmínek, kdy přešly úkoly péče o mládež na okresní a zemské národní výbory. Sociálně-právní ochrana tak spočívala pouze ve výkonu hromadného poručenství a opatrovnictví, kdy bylo přijato pravidlo umisťovat děti zásadně do kolektivní péče, pokud nebyla nalezena rodina, která by zaručila, že bude dítě vychovávat k lásce k lidově demokratickému státu. Tato činnost byla svěřena úřadovněm ochrany mládeže při soudech. V roce 1956 byly úřadovny zrušeny a jejich působnost byla přenesena na národní výbory. K úpravě zásahů státní moci do rodinných vztahů ze strany soudů a národních výborů došlo přijetím zákona č. 94/1963 Sb., o rodině. Ve znění pozdějších předpisů došlo ke zřízení Ministerstva práce a sociálních věcí a do jeho

působnosti je dodnes začleněna sociálně-právní ochrana dětí. Zákon č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení upravil sociální péči pro různé skupiny obyvatel a do této péče byla zahrnuta i sociálně-právní ochrana dětí. (ŠPECIÁNOVÁ, 2003).

Zákon o Sociálně - právní ochraně dětí

Podle §5 výše uvedeného zákona by měl být základem zájem o dítě a blaho dítěte. Sociálně – právní ochrana je poskytována bezplatně dítěti do dovršení osmnáctého roku, dále §2/2 stejného zákona uvádí: *„Sociálně-právní ochrana se poskytuje dítěti, které má trvalý pobyt na území ČR, má podle zvláštního právního předpisu upravujícího pobyt cizinců na území České republiky povolen trvalý pobyt nebo je hlášeno k pobytu na území České republiky po dobu nejméně 90 dnů, podalo návrh na zahájení řízení o udělení mezinárodní ochrany, nebo je oprávněno trvale pobývat, nebo pobývá s rodičem, který podal žádost o udělení oprávnění k pobytu za účelem poskytnutí dočasné ochrany na území České republiky, nebo které pobývá na základě uděleného oprávnění k pobytu za účelem dočasné ochrany na území České republiky podle zvláštního právního předpisu. V rozsahu stanoveném tímto zákonem (§ 37 a 42) se sociálně-právní ochrana poskytuje také dítěti, které nemá na území České republiky povolen trvalý pobyt nebo není hlášeno k pobytu na území České republiky po dobu nejméně 90 dnů podle zvláštního právního předpisu upravujícího pobyt cizinců na území České republiky ani není oprávněno podle zvláštního právního předpisu trvale pobývat na území České republiky.“*

Ustanovení § 6/1 demonstrativně vymezuje děti, na které se tento druh ochrany zaměřuje, jsou jimi dále děti:

- *„jejichž rodiče zemřeli,*
- *neplní povinnosti plynoucí z rodičovské zodpovědnosti*
- *nevykonávají nebo zneužívají práva plynoucí z rodičovské zodpovědnosti;*
- *děti, které byly svěřeny do výchovy jiné fyzické osoby než rodiče, pokud tato osoba neplní povinnosti plynoucí ze svěřeni dítěte do její výchovy;*
- *děti, které vedou zahálčivý nebo nemravný život spočívající zejména v tom, že zanedbávají školní docházku, nepracují, i když nemají dostatečný zdroj obživy, požívají alkohol nebo návykové látky, živí se*

prostitucí, spáchaly trestný čin nebo, jde-li o děti mladší než patnáct let, spáchaly čin, který by jinak byl trestným činem, opakovaně nebo soustavně páchají přestupky nebo jinak ohrožují občanské soužití;

- *děti, které se opakovaně dopouští útěků od rodičů nebo jiných fyzických nebo právnických osob odpovědných za výchovu dítěte;*
- *na kterých byl spáchán trestný čin ohrožující život, zdraví, jejich lidskou důstojnost, mravní vývoj nebo jmění, nebo je podezření ze spáchání takového činu;*
- *které jsou na základě žádostí rodičů nebo jiných osob odpovědných za výchovu dítěte opakovaně umísťovány do zařízení zajišťujících nepřetržitou péči o děti nebo jejich umístění v takových zařízeních trvá déle než 6 měsíců;*
- *které jsou ohrožovány násilím mezi rodiči nebo jinými osobami odpovědnými za výchovu dítěte, popřípadě násilím mezi dalšími fyzickými osobami;*
- *které jsou žadateli o azyl odloučenými od svých rodičů, popřípadě jiných osob odpovědných za jejich výchovu;*
- *pokud tyto skutečnosti trvají po takovou dobu nebo jsou takové intenzity, že nepříznivě ovlivňují vývoj dětí nebo jsou anebo mohou být příčinou nepříznivého vývoje dětí. Jinými fyzickými nebo právnickými osobami odpovědnými za výchovu dítěte se pro účely tohoto zákona rozumí osoby, kterým bylo dítě svěřeno do výchovy rozhodnutím příslušného orgánu.*

§7/2 uvádí, že kdokoliv má pochybnosti o tom, že v jakékoli rodině nejsou rodiče schopni dostát svým rodičovským povinnostem a dítě je tím ohroženo, je **oprávněn oznámit** tuto skutečnost orgánu pro sociálně-právní ochranu dítěte. Jedná se o právo každého, nelze zaměňovat s oznamovací povinností dle trestního zákona.

Dále podle §10/4 platí také tzv. **Obecná oznamovací povinnost**, která se vztahuje na školy, státní orgány, zdravotnická zařízení a další, kdy jsou tyto instituce povinny oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností jakékoli skutečnosti, které by svědčily o tom, že se jedná o děti, na něž se sociálně – právní

ochrana zaměřuje. Tuto skutečnost je třeba oznámit ihned, bez zbytečného odkladu po tom, co se instituce o dané skutečnosti dozví.

Velmi podstatná je dle § **10/5 zvláštní oznamovací povinnost směřující** ke zdravotnickým zařízením, jež jsou povinny neprodleně oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností, že se v daném zdravotnickém zařízení nachází dítě, které tam matka po porodu opustila a zanechala. Takové dítě se pak považuje za zanedbávané a psychicky týrané.

V § 8 je uvedeno právo dítěte požádat o pomoc orgán sociálně-právní ochrany dětí, školy, státní orgány a tyto subjekty jsou povinny dítěti poskytnout pomoc (Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů).

2. SYNDROM CAN

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, obecně označovaný v anglosaské literatuře jako Child Abuse and Neglect (CAN) a odtud převzatý i do naší terminologie, je soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti, v rodině především (DUNOVSKÝ, DYTRYCH, MATĚJČEK aj., 1995).

2.1 Vymezení pojmu

Syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte byl poprvé popsán na III. evropské konferenci pro prevenci týrání dětí, která se konala v Praze v roce 1991. Na výsledky vzešlé z této konference navázala Zdravotní komise Rady Evropy, která v roce 1992 definovala stěžejní pojmy následovně:

- **syndrom zanedbávaného a zneužívaného dítěte:** jde o jakékoliv vědomé či nevědomé aktivity, kterých se dopouští dospělý člověk (rodič, vychovatel nebo jiná osoba) na dítěti a jejichž následkem dochází k poškození zdraví a zdravého vývoje dítěte. Jejich nejvyhraněnější podobou je úplné zahubení dítěte.
- **tělesné týrání:** jde o tělesné ublížení dítěti anebo jeho nezabránění, popřípadě nezabránění utrpení dítěte, včetně úmyslného otrávení nebo udušení dítěte, a to tam, kde je určitá znalost či důvodné podezření, že zranění bylo způsobeno anebo že mu vědomě nebylo zabráněno.
- **sexuální zneužívání:** jde o nepatřičné vystavení dítěte pohlavnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoliv pohlavní dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoliv, komu bylo dítě svěřeno do péče anebo kýmkoliv, kdo dítě zneužívá (ŠPECIÁNOVÁ, 2003).

V dnešní době již existuje nepřehledné množství definic syndromu CAN, velmi výstižná je pracovní definice dle Dunovského „...za týrání, zneužívání a zanedbávání považujeme: jakékoliv nenáhodné, preventabilní, vědomé (případně i nevědomé) jednání rodiče, vychovatele anebo jiné osoby vůči dítěti,

jež je v dané společnosti nepřijatelné nebo odmítané a jež poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popřípadě způsobuje jeho smrt“ (DUNOVSKÝ, DYTRYCH, MATĚJČEK aj., 1995, s. 24).

Dle Duškové: „Syndrom CAN představuje soubor nenáhodných, vědomých či nevědomých aktivit či neaktivit (nezabránění) rodiče či jiné osoby vůči dítěti, které jsou v dané společnosti nepřijatelné nebo odmítané a které vedou k poškození psychického či tělesného zdraví dítěte (ojediněle dokonce k jeho usmrcení) či naruší jeho optimální vývoj nebo společenský stav. V zásadě jde buď o nedostatečné uspokojování základních potřeb dítěte – potřeb biologických, emočních, dostatku podnětů, nebo uplatňování násilí na dítěti – násilí psychického, fyzického, sexuálního. Specifickou kategorií představuje psychické týrání dítěte v rámci vyhocené rozvodové situace a sporu o dítě“ (DUŠKOVÁ aj., 2004, s. 16).

Z výše uvedených definic vyplývá, jak závažná tato problematika je a jak hluboce může dítě zasáhnout. Nejde jen o narušení a až trvalé poškození vývoje osobnosti dítěte, narušení jeho sebehodnocení, ale i ohrožení jeho života.

2.2 Vývoj pojmu

Hlavní pozornost byla zpočátku věnována především fyzickému násilí na dětech a jeho důsledkům, stejně tak jako vykořisťování dětí námezdní prací, nedostatečné péči a výživě. Tak se začala formovat ve vývoji CAN jeho hlavní obsahová náplň - fyzické týrání. To se pak v zahraniční literatuře začalo označovat jako špatné zacházení či nepečování o dítě (mistreatment, maltreatment), jež později v r. 1962 pojmenoval, Kempe z USA jako syndrom bitého dítěte (Battered Child Syndrom). Současně napomohl k hlubšímu a širšímu vnímání násilí na dětech i v dalších oblastech života dítěte a společnosti. To vyústilo v nový, širší pojem syndromu Child Abuse čili zneužití dítěte. Ještě předtím rozlišili Caffey (1946), Silvermann (1953) a další složitě poranění dětí (četné zlomeniny žeber, lopatek, nitrolební krvácení apod.) od následků úrazů a označili je jako non-accidental injuries (NAI) –

tj. neúrazové, úmyslné poškození v rámci krutého zacházení s dítětem (DUNOVSKÝ, DYTRYCH, MATĚJČEK aj., 1995).

Nejen nezvládnutá agrese a pocit moci nad bezbranným dítětem a její násilné projevy jsou v dnešní době považovány za týrání. Toto chování je pouze projev jeho aktivní formy. Existuje však další způsob, kdy je dítě ohrožováno a poškozováno, např. tím, že je nedostatečně oblékáno, nemá dostatek potravy, není mu poskytnuta zdravotní péče apod. V tomto případě se jedná o formu pasivní. Většina dětí, která projde zkušeností fyzického násilí, ať už v aktivní či pasivní formě však trpí i psychicky a emocionálně.

Psychické týrání může také probíhat buď aktivní anebo pasivní formou. V aktivní podobě jde především o ponižování, nadávání, výsměch, zesměšňování dítěte (tzv. verbální, slovní abusus). Dále je sem možno zařadit nadměrné psychické tresty, šikanu, nucenou izolaci zvláště ve tmě, nahánění strachu až panické hrůzy dítěti, vedoucí k těžkým duševním škodám nebo až k sebevraždě. V pasivní podobě pak jde o nedostatečnou stimulaci, zanedbávání základních duševních potřeb (psychická deprivace) i potřeb citových (nedostatek lásky, porozumění, identifikace apod.). Poznání tohoto „pasivního“ psychického a emocionálního týrání pak významně přispělo k formulaci druhé části syndromu CAN – tj. zanedbávání dítěte (Child Neglect), v bezprostřední návaznosti na pasivní formy tělesného týrání (DUNOVSKÝ, DYTRYCH, MATĚJČEK aj., 1995).

Koncem 60. a počátkem 70. let bylo zahrnuto do rozsahu syndromu CAN i sexuální zneužívání, které může probíhat jak formou dotykovou tak bezdotykovou, a také organizované či rituální zneužití dítěte.

2.3 Formy a projevy syndromu CAN

Rozlišujeme čtyři základní formy syndromu CAN a dále potom zvláštní formy:

- fyzické týrání
- psychické týrání
- sexuální zneužívání

- zanedbávání
- zvláštní formy syndromu CAN jsou:
 - Münchhausenův syndrom v zastoupení
 - systémové týrání
 - organizované zneužívání
 - rituální zneužívání

2.3.1 Fyzické týrání

„Přechod tělesného trestání, kdy svoje dítě bijeme v přesvědčení, že ho vychováváme, do takového tělesného týrání, kdy ho ohrožujeme na jeho duševním a tělesném zdraví, si většina z nás ani nestihne uvědomit“

(PÖTHE, 1999, s. 36).

Z této definice vyplývá, jak je křehká hranice mezi „pouhým“ fyzickým trestem, který má podle rodičů výchovný charakter a trestem, který může přejít ve fyzické týrání. Tímto způsobem si také rodiče často kompenzují své vlastní problémy, ventilují své napětí a vybíjejí svou agresivitu. Dítě je často vhodným objektem k těmto účelům, protože se jen těžko může těmto útokům ze strany rodičů bránit. Někdy takto rodiče mohou jednat i pod vlivem návykových látek.

Jak uvádí VANÍČKOVÁ (2009): *„Podle Výboru OSN pro práva dítěte je také každý tělesný trest dítěte násilím. Tělesný trest je tedy jakýkoli trest s použitím tělesné síly, s cílem způsobit určitý stupeň bolesti. Tělesné tresty porušují fyzickou integritu dítěte, útočí na lidskou důstojnost, jsou nevhodné, mohou dětem způsobit vážnou psychickou či fyzickou újmu a učí děti, že násilí je vhodnou strategií k řešení konfliktů či donucení lidí k určitému způsobu chování“.*

Někdy je i pro odborníky těžké rozhodnout zda k poranění došlo „nešťastnou náhodou“ či zda šlo o nedostatečnou péči a pozornost a poranění bylo způsobeno úmyslně. Dětský lékař musí při vyšetření volit vždy citlivý přístup, zbytečně neopakovat bolestivé vyšetření, nevracet se znovu k líčení traumatizujících zážitků (DUNOVSKÝ, DYTRYCH, MATĚJČEK aj. 2005).

Tělesné týrání dítěte znamená fyzické zranění dítěte, způsobení fyzického utrpení pokud bylo spácháno vědomě nebo mu vědomě nebylo zabráněno. Rozlišujeme týrání aktivní a pasivní povahy.

Tělesné týrání aktivní povahy zahrnuje všechny akty násilí páchané na dítěti – poranění vzniklo v důsledku bití, popálení, opaření, trestání a selhání ochrany dítěte před násilím, dále děti zasažené utrpením způsobeným dušením, otrávením či jinými podobnými zkušenostmi, a také děti sexuálně zneužívané za užití násilí.

Tělesné týrání pasivní povahy se vyznačuje nedostatečným uspokojením alespoň nejdůležitějších tělesných potřeb dítěte. Jde o úmyslné, ale i neúmyslné neposkytování péče, které se vyskytuje u rodičů zaostalých anebo rodičů s psychickými problémy. U těchto dětí je patrný nedostatečný rozvoj v mnoha oblastech, neprospívají a jsou zanedbané (ŠPECIÁNOVÁ, 2003).

2.3.2 Psychické týrání

Fraňková považuje psychické týrání za „...*takové způsoby přístupu k dítěti a zacházení s ním, které vedou k narušení jeho zdravého vývoje a všestranného rozvoje osobnosti a ke snižování sebehodnocení dítěte*“. (Fraňková in DUŠKOVÁ aj., 2004, s. 71).

Psychické týrání zahrnuje jak složku aktivní, která obsahuje např. nadávky, ponižování, zesměšňování, nedůvěru, opovrhování, hostilitu, ale také to, pokud se dítěti nedostává dostatečného zájmu, lásky a péče. Patří sem také vysoké nároky rodičů na výkony dítěte, především ve školní oblasti. V současné době je poměrně rozšířený problém dvoukariérového manželství, kdy plně zaměstnaným rodičům nezbyvá na děti žádný čas. Zajišťují sice jejich základní potřeby, kupují lákavé věci, ale neprojevují o své děti žádný zájem (DUNOVSKÝ, DYTRYCH, MATĚJČEK aj., 1995).

Stále častěji se s psychickým týráním setkáváme také v rámci rozvodové situace rodičů. Dítě je často vystavováno nátlaku ze strany rodičů, je zatahováno do sporů a konfliktů mezi nimi, bývá svědkem hádek. Dítě je v těchto situacích často zkrlesně informováno o rozpadu rodiny, je s ním manipulováno a někdy na něj rodiče uvalí zodpovědnost za zásadní rozhodnutí. V těchto sporech občas dochází k takovému vyhocení situace, jehož výsledkem může být syndrom zavrženého rodiče. V těchto případech dochází k tzv. „vymývání mozku“ dítěte jedním z rodičů. Dítě naprosto odmítá jednoho z rodičů, jeho city jsou výhradně

záporné, ačkoli k tomu nemá objektivní důvod. Často se stává, že dítě úplně ztrácí vlastní názor, vnímání, náhled, často ztrácí i radost ze života (Fraňková in DUŠKOVÁ aj., 2004).

Dle ŠPECIÁNOVÉ (2003) může mít psychické týrání tyto následky:

- vznikají různé druhy závislostí, poruchy příjmu potravy či deprese;
- dítě má pocit, že není rodiči milováno;
- dítě se neustále podceňuje a je ustrašené, anebo se naopak projevuje velmi agresivně – jeho psychické projevy jsou různorodé, často nevyrovnané a proměnlivé a proto i obtížně stanovitelné;
- dítě má potíže v mezilidských vztazích, které přetrvávají i do dospělého věku a mohou přetrvávat po celý život. Projevují se především ve vztahu k lidem, se kterými hodlá navázat důvěrný vztah, ve vztahu ke kolegům v zaměstnání a především ve vztahu k nadřízeným, v jejichž formální i neformální autoritě může spatřovat reflexi autority rodičovské. Hlavním symptomem je nejistota v těchto vztazích;
- dítě začíná pochybovat o správnosti svého vnímání reality, je pro něj jednodušší obviňovat sebe sama než připustit odpovědnost vlastních rodičů za to, co se mu děje (tzn. projevy psychického týrání);
- projevují se tendence stát se obětí psychického týrání v dalších vztazích. Oběti domácího násilí si v dospělosti vybírají partnery, kteří je obdobně jako rodiče psychicky týrají, anebo mohou naopak v dalších vztazích aktivně psychicky týrat své děti, partnery apod.;
- dochází k častější viktimizaci dalšími negativními společenskými jevy – oběti psychického týrání se v důsledku sníženého sebevědomí a menší schopnosti sebezprosažení daleko častěji a snáze mohou stát obětí např. šikany v dětském kolektivu, šikany na pracovišti (mobbingu) apod.

Reakce na psychické týrání bývá u jednotlivých dětí různá. Některé se stávají ustrašenými, úzkostnými, stahují se do sebe, snadno se rozpláčí a jejich sebedůvěra a sebehodnocení je velmi nízké. Často se předem vzdávají, těžko vyjadřují svá přání, požadavky, názory. Jiné děti se projevují naopak agresivně, prosazují své. Někdy jsou jejich projevy vlastně nápodobou chování dospělých

z jejich blízkého okolí. Časté u těchto dětí bývají poruchy chování, jako je lhaní, záškoláctví, útoky z domova (DUNOVSKÝ, DYTRYCH, MATĚJČEK aj., 1995).

2.3.3 Sexuální zneužívání

Existuje mnoho definic sexuálního zneužívání, Národní centrum pro zneužívané a zanedbávané děti (NCCAN) nabízí zřejmě definici nejúplnější: „*Kontakty nebo interakce mezi dítětem a dospělým, při kterých je dítě použito pro sexuální stimulaci pachatele nebo jiné osoby. Sexuální zneužití může spáchat také člověk mladší osmnácti let, pokud je významně starší než oběť, nebo když je v pozici, která mu dává nad druhým dítětem moc.*“ (MUFSONOVÁ, KRANZOVÁ, 1996, s. 46).

Sexuální zneužívání nemusí tedy zahrnovat pouze sexuální styk. Jedná se o jakékoli chování, mající sexuální podtext, které je dítěti nepříjemné. Dle MUFSONOVÉ, KRANZOVÉ (1996) sexuální zneužití zahrnuje i takovéto jednání, pokud se týkají osoby, která ještě nedovršila osmnáct let a dospělého člověka či situací, kdy toto jednání provádí dospívající osoba na mladším dítěti:

- pokud dítě někdo sleduje nebo otevřeně pozoruje při svlékání, oblékání, při koupeli nebo jiné aktivitě, která se normálně provádí v soukromí
- pokud někdo dítě nutí, aby ho pozorovalo při svlékání, oblékání, koupání aj. podobných činnostech anebo ho vystaví takové situaci, že nemá na výběr a musí dotyčného při těchto soukromých činnostech pozorovat
- pokud dítě někdo lechtá, objímá, laská způsobem, který mu je nepříjemný
- pokud muž provádí takové aktivity s dítětem, při nichž dojde k jeho erekci
- pokud někdo před dítětem používá nevhodné, „sprosté“ řeči a nutí dítě je opakovat
- pokud někdo dítěti vypráví podrobnosti o svých sexuálních aktivitách nebo vyžaduje, aby dítě vyprávělo o sexuálním životě jeho rodičů nebo jeho samého

- pokud někdo před dítětem odhalí své pohlavní orgány nebo jiné části těla, které mají pohlavní význam, nebo vyžaduje po dítěti, aby se samo odhalovalo
- pokud někdo po dítěti vyžaduje, aby se dotýkalo pohlavních částí jeho těla, nebo se dotýká jeho částí těla

Sexuální zneužití představuje pro dítě komplexní trauma, které zahrnuje poškození tělesné, psychický šok spojený s citovým vydíráním i pocity ponížení. Dítě navíc po ataku zažívá pocit naprosté bezmoci, je nechané napospas samo sobě, aby se se situací jakýmkoli způsobem vyrovnalo. Tato bezmoc vychází z jejich absolutní závislosti. Dítě žije pod neustálým psychickým tlakem, že se tato hrozná zkušenost bude opakovat, je citově vydíráno, případně je mu vyhrožováno v případě, že prozradí, co se stalo. Tento traumatický zážitek je natolik silný, že děti na něj často reagují popřením – vytěsněním vzpomínek z paměti. V určité fázi se popření objevuje u všech sexuálně zneužívaných dětí jako obranný mechanismus, který jim pomáhá přežít (VANÍČKOVÁ, PROVAZNÍK, HADJ-MOUSSOVÁ, 1999).

Z výše uvedeného je patrné, jak je důležité všimnout si možných známek sexuálního zneužití páchaného na dítěti, aby pokud možno, mohlo být tomuto násilí zabráněno co nejdříve. Podle VANÍČKOVÉ, aj. (1999) rozlišujeme **specifické a nespecifické varovné známky**, které můžeme identifikovat na sexuálně zneužívaných dětech. Mezi **specifické varovné známky** patří např. poranění vaginy, anusu, otoky pohlavních orgánů, nepřiměřené znalosti o sexu, předčasně zahájený sexuální život, nestřídmá masturbace apod. **Nespecifické varovné známky** se vyznačují např. projevem strachu, úzkosti, zvýšenou hostilitou, sebepoškozováním, nočním pomočováním, bolestí břicha bez organické příčiny, nočními děsy a poruchami spánku, regresním chováním, poruchami příjmu potravy, užíváním drog, podvody, krádežemi, lhaním, smutkem, depresí, sebevražedným chováním, nedůvěrou k dospělým, emoční oploštělostí.

Finkelhor (in TAUBNER, 1996) shrnul důsledky sexuálního zneužívání dítěte do čtyř oblastí:

- Traumatická sexualizace

- Stigmatizace
- Zrada
- Bezmocnost

Traumatická sexualizace je chápána jako nepřiměřené sexuální chování a prožívání vzhledem k věku dítěte. Pachatel u těchto dětí vytváří nepřiměřené dovednosti, zvyky, vědomosti a postoje a mění jejich sexuální morálku. Dítě se učí, že láska a sexualita znamená poškozování, ponižování a týrání.

Stigmatizace - dítě se cítí jiné než ostatní děti, má pocit, že je poznamenané, prožívá negativně svůj vlastní obraz, stydí se za sebe i za pachatele, zvláště když jde o známou osobu. Často je přesvědčeno, že je v něm něco, co sexuální chování v dospělém samo vyvolalo, anebo mu to dávají za vinu sami dospělí.

Zrada - sexuálně zneužívané dítě je zrazováno především emocionálně. Velmi často je zneužíváno osobou, kterou dobře znalo a ke „svému pachateli“ cítilo lásku, sympatii, důvěru. Zradu cítí ale i od všech ostatních dospělých, kteří ho nedokázali anebo nechtěli ochránit. Často se stává, že matka o zneužívání ví, ale kryje pachatele, nutí dítě, aby vzalo vinu na sebe. Dítě potom cítí toto chování jako zradu všech dospělých.

Bezmocnost - dítě nemá šanci se fyzicky bránit, často nemá ani naději, že by ho bránil někdo jiný. Neví co se s ním děje a neumí rozlišit jaké chování je vlastně normální. Cítí se slabé, je svázáno tajemstvím, strachem a nepochopením, obzvláště když ani jeho blízcí jeho signálům a výpovědím nevěří.

Z výše uvedeného vyplývá, že děti jsou ohrožené a hluboce zasažené v celé své osobnosti. Většina sexuálně zneužívaných dětí se nevyhne dlouhodobým následkům, které je mohou provázet po celý zbytek života.

Jak uvádí VANÍČKOVÁ, aj. (1999) mezi nejčastější obtíže, které přetrvávají i v dospělosti jsou **potíže s důvěrou**. Mívají problémy s navazováním a udržováním vztahů, ať už partnerských nebo kamarádkých a v neposlední řadě **obtíže se sebehodnocením**. Často se považují za špatné a trpí pocity méněcennosti, někdy se naopak stávají agresivními a hostilními nebo omezují kontakty s vnějším světem. Lidé v dětství sexuálně zneužívaní mívají **obtíže v dosahování úspěchu** a uspokojení při dosahování cílů. Jejich myšlenky, že

když byli špatní v dětství, nemohou úspěchu dosáhnout ani teď, jim nedovolují ani se o dosažení úspěchu pokusit. Jsou ale i takoví jedinci, které tato zkušenost naopak žene vpřed, a chtějí každého překonat. Tvrdé zkušenosti se zradou způsobují, že lidé sexuálně zneužívaní se uzavírají sami do sebe, a to jim způsobuje **obtíže ve společenském styku**, v některých případech i sociální izolaci. Také zde, ale existuje protipól v jejich chování, a to že se leckdy stávají ve vztahu závislími a na člověku, který jim poskytuje citovou oporu, doslova visí. I tato závislost na druhém a nadbíhání se ale pro ně časem stane neúnosným břemenem a vztah ukončí. Téměř samozřejmostí se stávají **obtíže v intimním životě**, které jsou dány jejich bolestnou zkušeností. Některé děti sexuálně zneužité se naučily oddělovat tělesnou stránku od citové a nenaučily se reagovat na dotyky, které neublíží nebo neobtěžují. Vzhledem k tomu je pro ně těžké prožívat uspokojivý intimní život.

Uvedené dlouhodobé následky však působí na každého jedince jinou intenzitou. Záleží na mnoha faktorech, jako je např. struktura osobnosti zneužívaného, jeho vztah k pachateli. Dále záleží na délce zneužívání, na jeho schopnosti vyrovnat se stresem, na tom, kde vyhledal pomoc a svěřil se někomu, zda se mu dostalo podpory, na reakci jeho blízkých. Také musíme brát v úvahu rozdílnost kulturního prostředí, ve kterém člověk vyrůstá a rozdílné hodnoty a tradice tohoto prostředí (VANÍČKOVÁ, PROVAZNÍK, HADJ-MOUSSOVÁ, 1999).

Mnozí odborníci se však začali zajímat nejen o samotný akt sexuálního násilí, ale také o to, co se stane, když se dítě se svým tajemstvím někomu svěří. Zjistili, že velký počet dětí své tvrzení zvrátí, poopraví anebo odvolá. Tento jev nazval americký dětský psychiatr R. Summitem jako „**syndrom dětského přizpůsobení pohlavnímu zneužití**“. Tento syndrom zahrnuje **pět fází**.

1. fáze - utajování dítě je často psychicky zpracováváno slovy jako; „Jestli to někomu řekneš, zabiju Tě...“; „...nebudu Tě mít rád“ a podobně. Dítě, které samozřejmě není na takovou situaci připraveno, se zalekne a většinou uposlechně.

2. fáze - bezmocnost – je třikrát větší pravděpodobnost, že dítě bude zneužíváno někým, koho zná. Tato bezmocnost se ještě zvětšuje svěřením dítěte do péče pachatele.

3. fáze – svedení a přizpůsobení se, kdy dítě je tak bezmocné, že skutečnost přijímá, dochází k poruchám základních hodnot, k patologickým závislostem, sebetrestání, narušení osobnosti.

4. fáze - opožděné, konfliktní a nespravedlivé odhalení – než se dítě rozhodne s problémem svěřit, trvá to mnohdy delší dobu, a proto může jeho výpověď působit nevěrohodně. V těchto případech velmi záleží na citlivém přístupu odborníků.

5. fáze - odvolání výpovědi, kdy oběť vezme celý zážitek zpět, má strach ze zavržení rodiči, z rozbité rodiny. I přes takovéto hrůzné zážitky chce svou rodinu chránit a nechce svým blízkým „ublížit“, bere celkovou odpovědnost a vinu na sebe (DUNOVSKÝ, DYTRYCH, MATĚJČEK aj., 1995).

2.3.4 Zanedbávání

Zanedbávání je definováno jako jakýkoli nedostatek péče, který dítě ohrožuje nebo mu způsobuje vážnou újmu ve vývoji. Rozlišujeme **tělesné zanedbávání**, které je pojímáno jako neuspokojování základních potřeb dítěte – neposkytování přiměřené výživy, oblečení, přístřeší, zdravotní péče, potřebného dohledu, ochrany před úrazem a před zlem. **Citové zanedbávání** znamená neuspokojování citových potřeb dítěte, náklonnosti k němu a pocitu, že někam patří. **Zanedbávání výchovy a vzdělávání** se projeví zejména v neschopnosti vytváření a prisvojování si morálních norem, které určuje daná společnost. Dítěti je bráněno či mu není poskytnuta možnost plného vzdělávání (VANÍČKOVÁ, PROVAZNÍKOVÁ, 2006).

Rozlišujeme vnější a vnitřní podmínky pro potenciální ohrožení dětí zanedbáváním. Mezi **vnější podmínky** patří:

- život dítěte v zařízení kolektivní výchovy,
- úmrtí matky a osiření dítěte, kdy dochází k ohrožení dítěte nedostatkem určitých vývojových podnětů,
- nepřítomnost otce, což může být závažným deprivacním činitelem,

- nízká ekonomická úroveň rodiny,
- náročná povolání rodičů,
- alkoholismus, drogová závislost v rodině,
- promiskuitní sexuální vztahy a nestálost prostředí v rodině.

Vnitřními podmínkami se míní především psychika a celková osobnost primárních vychovatelů dítěte. Zahrnuje se sem zejména:

- citová nezralost a povahová nevyspělost matky, otce nebo obou, která souvisí s jejich mladistvým věkem,
- duševní poruchy a nemoci rodičů, mentální retardace rodičů
- vážné smyslové poruchy, pohybovou invaliditu,
- zvláštní životní postoje, praktiky, zásady příslušníků náboženských sekt nebo jinak definované společenské skupiny (ŠPECIÁNOVÁ, 2003).

Dle Dubowitzze (in ŠPECIÁNOVÁ, 2003) mezi charakteristické projevy

všeobecného zanedbávání patří:

- nedostatek patřičné lékařské péče, poruchy růstu, vývoje, retardace, nerovnoměrnost psychomotorického vývoje dítěte,
- zdravotně závažné podmínky v domácnosti s dítětem (odpadky, exkrementy, nedostatečné vytápění, tma, plíseň, nevyhovující podmínky pro spaní, špinavé, chladné, popřípadě neexistující lůžko),
- podávání jídla bez odpovídající nutriční hodnoty a jednostranné stravy po nepřiměřeně dlouhou dobu, dítě nezná ovoce a zeleninu, dožaduje se pouze jednoho druhu stravy, nezná teplé pokrmy, nemá návyky pro konzumaci určitého druhu potravin, např. pokouší se jíst banán i se slupkou
- nevhodné oblečení dítěte, které není adekvátní pro určité roční období, nevhodná velikost oblečení (příliš malé či velké),
- únava a ospalost dítěte mimo běžnou denní dobu,
- nedostatečná osobní hygiena,
- neurotické návyky s asociálním a destruktivním chováním dítěte,
- poruchy řeči a příjmu potravy,
- nedostatečný dohled nad dítětem – zanedbání prevence před úrazy
- situaci, kdy dítě přejímá odpovědnost za péči o své sourozence,

- ponechání dítěte v domácnosti bez dozoru dospělého, pobyt na ulici v neobvyklých hodinách, ponechání kojence po nepřiměřenou dobu v uzavřeném prostoru, nevyzvednutí dítěte z kolektivního zařízení po zavírací době,
- obdiv k radikálním politickým hnutím, nedostatečná kultivovanost chování, přehlížení kulturních norem, citová plochost, lhostejnost, nedostatečné sociální dovednosti či sociálně-patologické chování.

Pokud se dítě dostává do takových situací, které ohrožují jeho život, jedná se o těžké zanedbávání. V případech zanedbávání, jakož i týrání a zneužívání je velmi důležité rychlé odhalení těchto jevů, aby děti nemusely strádat a trpět déle než je to bezpodmínečně nutné. Velkou roli v odhalení těchto situací mohou hrát sousedé, lékaři, ale hlavně pedagogové a učitelé mateřských škol, kteří jsou s dětmi v každodenním kontaktu. Měli by si všimnout, jak děti chodí oblečené – zda nemají špinavé, omšelé či zapáchající oblečení, zda jim nechybí hygienické návyky, jestli nejsou hladové, nechodí do školy pozdě. Tyto děti mohou mít i sklony k sebepoškozování, mohou mít problémy při kontaktu se svými vrstevníky. Pokud např. pedagog umí s dětmi komunikovat a umí si získat jejich důvěru, může být pro takovéto dítě, možná i jediným záchranným bodem, ke kterému může směřovat a dovolat se pomoci. Dále je velmi důležité, aby dospělý, kterému se dítě svěří, co nejdříve zajistil odbornou pomoc a péči.

2.3.5 Zvláštní formy syndromu CAN

Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy) vystihuje tento popis: „*Tento nebezpečný podvod poprvé popsali u dvou dětí Meadow v roce 1977 jako Münchhausenův syndrom v zastoupení. Použil přitom Asherova označení, který jej pojmenoval po von Münchhausenu, u nás známému baronu Prášilovi. Při něm si pacienti vymýšleli nejrůznější chorobné příznaky a nemoci či je zveličovali. V případě dětí byl termín doplněn slovem „v zastoupení“ - myšleno zřejmě na rodiče, kteří zveličovali nebo si vymýšleli potíže svých potomků. Zpočátku byl nazýván jako Polleho syndrom. U nás na tento syndrom poprvé upozornil pan Marten v roce 1985*“

(DUNOVSKÝ, DYTRYCH, MATĚJČEK, 1995, s. 51).

Jak vyplývá z uvedené citace, jedná se o syndrom projevující se tím, že si klient vymýšlí různá onemocnění, předstírá symptomy a nechává se neustále vyšetřovat a hospitalizovat. Motivací není získání různých výhod, ale je zde patologická sama touha po onemocnění a získání statusu pacienta. V případě Münchhausenova syndromu by proxy jde o zveličování příznaků různých nemocí u dětí. V naprosté většině se jedná o případy, kdy matka tímto způsobem zneužívá své dítě. Porucha může mít mírnější formu, kdy rodič pouze zveličuje drobné symptomy dítěte, navštěvuje s ním různá lékařská vyšetření a zkresluje lékařskou dokumentaci. U závažnějších případů rodič manipuluje s laboratorním materiálem tak, aby výsledky prokázaly pozitivní nález. U obou těchto mírnějších forem dítě trpí zejména neustálými vyšetřeními, která pro ně mohou být bolestivá, někdy i nebezpečná. Současně je také dítě vystavováno opakovaným hospitalizacím, což není velmi příznivé pro jeho psychický stav. Nejvíce nebezpečná je však forma, kdy rodič dítě přímo poškozují (např. nadměrné podávání léků na uklidnění, nepřiměřené dávky projímadel, apod.). Tyto případy mohou končit i smrtí. Okolí často vnímá rodiče těchto dětí jako nesmírně pečující osoby zasluhující obdiv, což je pravděpodobně i motivací pro osoby s touto poruchou.

Systémové týrání vystihuje definice zdravotnické komise Rady Evropy „...špatné nebo nedbalé zacházení s dítětem, ke kterému dochází v institucích, které byly založeny na jeho ochranu“ (VANÍČKOVÁ, PROVAZNÍK, HADJ-MOUSSOVÁ, SPILKOVÁ, 1999, s. 56).

V systémovém týrání jde vlastně o druhotné zraňování dítěte, tzv. sekundární viktimizaci, kdy je dítě znovu vystavované traumatizujícímu zážitku. Může k tomu docházet v těchto situacích:

- jestliže výpověď dítěte je zpochybněna, dítě je označeno za lháře (pokud se svěří poprvé);
- při opakovaných výpovědích (všemi zainteresovanými účastníky a kladení ostouzejících otázek);
- ponižováním dítěte komunikací a vztahem terapeuta či sociálního pracovníka (osobnost dospělé osoby, její sociální dovednosti);
- umístěním pachatele do vězení (otec) a dítěte do dětského domova (bez intervenčního zásahu v rodině);

- nedostatek informací dítěte nutných k respektování jeho osobnosti a práv.

K sekundární viktimizaci a dalšímu traumatu dochází také při znovu opakovaných a necitlivě vedených lékařských prohlídkách, opakovaném výslechu na policii či výpovědi u soudu, někdy i za přítomnosti pachatele. Také necitlivý přístup a zvědavost okolí, může dítě znovu zraňovat (VANÍČKOVÁ, PROVAZNÍK, aj., 1999).

Organizované zneužívání dětí zahrnuje dětskou prostituci, pornografii, sexuální turistiku, a také obchod s dětmi, který může mít dle Milfajta (2008) tyto podoby:

- pracovní vykořisťování – děti jsou využívány pro těžkou práci na plantážích, v dolech, pro manipulaci s chemikáliemi, atp.
- zneužívání při práci v domácnosti – rodiče jsou nalákáni na sliby o dobré práci, ale děti jsou poté bez jakékoli pomoci závislé na svých vykořisťovatelích
- sexuální vykořisťování – děti trpí extrémním psychickým, fyzickým a sexuálním násilím – nevěstince, masážní salony, prostituční gangy atp.
- vojenské povinnosti – děti jsou využívány ve válečných konfliktech
- ekonomické sňatky – dívka je někdy ekonomickým břemenem rodiny, proto sňatek se starším mužem může být pro rodinu řešením
- nezákonné adopce – hraje zde roli stoupající poptávka po adoptcích, kdy matky z rozvojových zemí nabízejí k prodeji své děti
- zneužívání dětí při hrách a zábavě – např. chlapci jako žokejové při velbloudích dostizích, s kterými vykořisťovatelé většinou krutě zacházejí
- žebření – někdy je únosci i zmrzačují, aby vyvolaly větší soucit a vyžebrały více (MILFAIT, 2008).

Rituální zneužívání je popisováno jako „...fyzické, psychické nebo sexuální ubližování dítěti spojené s opakovanými aktivitami („rituálem“), jejichž účelem či

smyslem je spojit toto zneužívání s náboženským, magickým nebo nadpřirozeným kontextem“ (DUNOVSKÝ, DYTRYCH, MATĚJČEK, aj., 1995, s. 102).

3. DIAGNOSTIKA SYNDROMU CAN

Diagnostikou lze rozumět „*komplexní činnost interdisciplinárního týmu, zjišťujícího a posuzujícího všechny okolnosti ohlášeného nebo jinak odhaleného případu špatného zacházení s dítětem či jeho následků*“ (DYTRYCH, DUNOVSKÝ, MATĚJČEK aj., 1995, s. 180).

Do diagnostiky syndromu CAN je vždy zapojen celý tým odborníků, jako jsou lékaři, psychologové, sociální pracovníci, terapeuti, psychiatři. V některých případech je nutná i spolupráce s Policií ČR. Pro stanovení diagnózy je důležité znát podrobnou sociální anamnézu dítěte, osobní i rodinnou. Pokud je podezření z fyzického týrání, zanedbání či zneužívání, je na lékaři, aby posoudil, zda známky poranění, které jsou na dítěti patrné, byly způsobeny nedbalostí, náhodou, úrazem bez úmyslu dítěti ublížit či naopak, zda jde o úmyslné ublížení a týrání. V těchto případech je potřeba znát a vést podrobnou dokumentaci, všimnout si, zda dítě není v ordinaci opakovaně s úrazem či jiným zraněním, kontrolovat jeho váhu, výšku, jeho celkový vývoj. Zrovna tak je ale důležité všimnout si chování a reakcí dítěte, oblečení, verbálního projevu a posoudit jeho komplexní stav a projev. Lékaři by se měli v těchto případech zajímat i o rodinu dítěte, v jakých sociálních poměrech rodina žije, jak vychovávají své dítě, event. děti a zda nemohou být také ohroženy. V tomto případě lékař může kontaktovat Odbor sociálně-právní ochrany dětí a konzultovat se sociálními pracovníky konkrétní situaci možného úmyslného ohrožení dítěte.

Velmi důležité je také vyšetření u dětského psychologa, který posuzuje celkový psychický stav dítěte. Je důležité, aby psycholog dokázal navázat s dítětem vztah na základě důvěry a vytvořil takové prostředí, ve kterém se dítě bude cítit bezpečně. S malými dětmi se navazuje kontakt většinou prostřednictvím hry, a také velmi dobře na děti působí kresba. Často se používá např. kresba rodiny. Dobře interpretovaná kresba může být pomocnou metodou pro psychology při rozkrývání situace dítěte, např. děti sexuálně zneužívané často kreslí u osob sekundární pohlavní znaky. V těchto případech se při práci s dětmi používají také anatomické panenky, na kterých děti demonstrují chování pachatele. Také se často z těchto vyšetření pořizují videozáznamy, aby dítě nemuselo podobné vyšetření či výpověď absolvovat vícekrát a zabránilo se tak

dalšímu traumatizování neboli sekundární viktimizaci. Videozáznam je potom možné opakovaně přehrávat a zjistit, zda vyšetření proběhlo v pořádku, zda např. nebyly kladeny sugestivní otázky a posuzuje se i věrohodnost výpovědi dítěte.

V některých velmi závažných případech se provádí diagnostika ve speciálních zařízeních, kde je dítě na diagnostickém pobytu a je možné s ním intenzivně pracovat, protože v těchto zařízeních jsou všichni odborníci přítomni po celou dobu. Tímto pobytem se dítěti zároveň umožní po nějakou dobu setrvat v neutrálním prostředí.

4. PREVENCE SYNDROMU CAN

Prevence ubližování dětem by měla být samozřejmou a přirozenou součástí systému na ochranu dětí v každé společnosti. Zahrnuje několik oblastí, které se dotýkají mentálního a tělesného zdraví dítěte, rodiče, jejich vzájemnému vztahu, vztahu rodičů, podmínek v užším a širším společenství, stavu společnosti i v rámci celého lidského společenství. Cílem prevence je předejít vzniku traumatizace dítěte, zabránit jejímu pokračování a také zabránit rozvoji dlouhodobých zdravotních, sociálních a psychologických následků (PÖTHE, 1999).

Jak uvádí Matějček.: *„Pro takové společenské jevy, jakými jsou týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte se často užívá obrazu plovoucího ledovce. Lékaři, psychologové, sociální služba, krizová centra zachycují jen to, co je nad povrchem, tj. to, co už je zjevné, co už se stalo. Je však zřejmé, že pod tímto zjevným vrcholem je daleko mohutnější vrstva patologie potencionální, tj. to, co je teprve připraveno stát se zjevným, budou – li podmínky příznivé. Tato patologie neexistuje zatím reálně – je teprve v možnosti, v jakémsi latentním stavu, v němž čeká na svou příležitost“*

(DUNOVSKÝ, DYTRYCH, MATĚJČEK aj., 1995, s. 103).

Přirovnání těchto závažných jevů k plovoucímu ledovci je velmi výstižné. Je pravdou, že okolí si někdy těchto vážných situací, které ohrožují život dítěte, všimá, až když je situace dítěte téměř neúnosná. Dítě samé v mnoha případech dokáže snášet své utrpení po velmi dlouhou dobu, protože leckdy neví, kde hledat pomoc nebo se za svou situaci stydí, obzvlášť jsou-li násilníky členové jeho vlastní rodiny, jak tomu často bývá. Proto je velmi důležitá včasná prevence, která může dítě ochránit od jeho dlouhodobé traumatizace, a ta může později ovlivňovat celý jeho život.

Prevence by měla být zahájena od nejútlejšího věku dítěte vhodnou formou, která respektuje možnosti jeho porozumění, informace podávány a opakovány s ohledem na jeho věk a následně postupně prohlubovány. Dítě je nutné upozorňovat na možnosti intrafamiálního zneužití a postupně i na rizika zneužití mimo domov. Dítě by mělo znát pravidla bezpečného chování – např. s nikým cizím nevstupovat do domu, do výtahu, apod., připravit ho na to, jak se

má zachovat, cítí-li se ohrožené. Požádat cizí osobu o pomoc nemusí být pro nepřipravené dítě jednoduché. Témata bezpečí a bezpečného chování by měla být zahrnuta v rámci vzdělávacích programech mateřských a následně základních škol. Tyto programy by měly mimo jiné zahrnovat informace o organizacích, které dětem v tísni pomáhají a jak je možné tyto organizace kontaktovat. Pro děti je důležité se již od útlého dětství učit intimitu a rozpoznávání hranic, kdo a v jakých konkrétních situacích se jich může dotýkat, a pokud je jim jakýkoli dotyk, kontakt nebo jiné jednání dospělého (i když je to známý člověk nebo přímo někdo z rodiny) nepříjemné, se nemusí bát komukoli sdělit. Instituce, které děti navštěvují, by je měly naučit odlišovat „dobrá a špatná“ tajemství, věřit svým pocitům, řídit se jimi a sdělovat je. Toto vše následně dětem pomáhá vyhnout se manipulaci, kterou někdy používá pachatel proti nim. Také je velmi důležité ujistovat děti v tom, že je chceme a můžeme ochránit, jejich trápení bereme vážně, dokážeme je unést a zvládnout (DUŠKOVÁ aj., 2004).

4.1 Primární prevence

V primární prevenci syndromu CAN rozlišujeme, dle Dunovského aj. (1995), tři vrstvy zaměřeného působení:

- na širokou veřejnost
- na rodiče a vychovatele, jakož i na ty, kdo se na rodičovství nebo profesionální výchovatelství připravují
- na odborné pracovníky a tzv. veřejné činitele – hlavně lékaře, psychology, sociální pracovníky, právníky, soudce, politiky apod.

Zaměřené působení na širokou veřejnost

Širokou veřejností zde máme na mysli společnost jako celek, která zahrnuje všechny vrstvy obyvatelstva. Důležité je, působit na celou společnost tak, aby se stala citlivější a vnímavější vůči zájmům a potřebám dítěte. Je třeba vytvořit takovou atmosféru ve společnosti, aby se nebezpečí násilí vůči dítěti snižovalo na minimum, a takovýto akt se stal nepřehlédnutelným. Prostředkem

k tomu je široce založená osvěta, jejímiž činiteli jsou veškeré instituce, které se jakýmkoli způsobem dotýkají života dětí. Mezi tyto instituce patří např. orgány státní legislativy a jimi vytvořené a následně uplatňované zákony, vyhlášky, směrnice, pokyny atd., jež se zabývají dítětem a rodinou; politické strany se svými programy; církve; školy, zdravotnictví, kulturní instituce; sdělovací prostředky; nevládní organizace dětí a mládeže; organizace, zabývající se rodinou a mnoho dalších.

Zaměřené působení na rodiče (a jiné vychovatele)

V tomto případě jde o působení v oblasti prevence v nejvlastnějším prostředí dítěte, tj. v rodině a jeho nejbližších vychovatelů. Je důležité vést je k tomu, aby dokázali přijmout dítě bezvýhradně – takové jaké je. Je nutné vybudovat v systému jejich hodnot, postojů, názorů a vědomostí podmínky pro vnitřní, psychické přijetí dítěte. S touto osvětou by se mělo započít již před narozením dítěte a zaměřit se především na rodiče budoucí. Nejedná se však pouze o působení osvětové a výchovné, ale také o obecná opatření důležitá pro rodinu, která jí poskytují pocit bezpečí a jistoty jako je například podpora finanční, nabídky nejrůznějších služeb, rekreačních možností aj. Rozhodující úloha v přípravě na rodičovství však připadá samotné rodině. Klíčovými obdobími, kterým je potřeba věnovat zvláštní pozornost jsou:

- odpovědné početí a dobře prožité těhotenství ženy s emocionální účastí muže
- účast otce u porodu, pokoje matek s dětmi, časná pozitivní součinnost matky s dítětem, kojení, propagace účasti otců na výchově dítěte
- podmínky pro vytváření „důvěry v lidi“ na sklonku kojeneckého věku dítěte, „rodinné identity“ ve věku batolecím, pro přijetí partnera ve hře, pro součinnost a základní formy přátelských vztahů s vrstevníky ve věku předškolním
- výchova k odpovědnosti v důležité fázi vývoje rodičovských postojů vůči malému dítěti a identity rozlišené podle pohlaví ve středním školním věku
- puberta s pohlavním a citovým dozríváním
- věk mladiství a vedení k odpovědnosti ve vztazích erotických a sexuálních, plánování rodičovství

Jak vyplývá z výše uvedeného nejdůležitější v primární prevenci je působení na mladé lidi ohledně plánování rodiny, prevence nechtěného těhotenství, posílení otcovské role v rodině. Významně stoupá i úloha školy s jejím programem sexuální výchovy a výchovy k rodičovství. Snahou v této oblasti je, aby nevznikaly rizikové skupiny obyvatelstva a rizikové životní situace.

Zaměřené působení na odborníky a veřejné činitele

Zde jde o zprostředkování výzkumů a odborných studií. Cílovou skupinou jsou odborníci a lidé zabývající se problematikou syndromu CAN (DUNOVSKÝ, DYTRYCH, MATĚJČEK aj., 1995).

4.2 Sekundární prevence

Zde bychom si mohli položit otázku: Proč někteří dospělí ubližují svým dětem? Jsou některé děti více ohrožené než jiné? Touto problematikou se zabývá sekundární prevence. Odborníci se snaží o vytipování rizikových skupin dospělých, dětí a situací, za kterých ke zneužívání, zanedbávání či týrání nejvíce dochází. Zároveň je velmi důležité na tyto skupiny lidí a situace působit tak, aby se riziko ubližování dětem snížilo na minimum. Prvním krokem působení na rizikové osoby, které jsou si své rizikovosti vědomi, může být jak způsob pozitivního působení – dodávání informací, poučování, nabídkou pomoci, příkladem uspokojivého řešení, tak způsob působení negativního – zastrasování (zveřejňování trestních či jiných postihů, příkladem neuspokojivého řešení a podobně). Dále je nutné, aby tyto osoby byly ochotny něco pro sebe udělat, pracovat na sobě a tím se své rizikovosti zbavit. Poslední krok je poté na společnosti, která by měla těmto osobám umět podat pomocnou ruku. Z hlediska rizikovosti je zřejmé, že každá skupina dětí, které jsou ohroženy fyzickým násilím, zanedbáváním a sexuálním zneužíváním je jiná. Totožné rozdíly jsou i u osob, které tyto činy páchají. Jako okruhy rizika u **fyzického týrání** Matějček (in DUNOVSKÝ, DYTRYCH aj., 1995) uvádí:

Rizikovní dospělí:

- lidé s anomálním vývojem osobnosti (psychopatie), zvláště ti s agresivními rysy,
- někteří lidé psychicky nemocní (psychotici), lidé s neurotickými obtížemi,
- alkoholici, toxikomani,
- mladiství rodiče, povahově nezralí, nevyspělí,
- lidé se zvláštním životním stylem, příslušníci některých společenských skupin s agresivním programem, stoupenci agresivních rituálů,
- lidé v dlouhodobé stresové situaci, nezaměstnaní, lidé „urazení“ a „ponížení“.

Rizikové děti jsou nejčastěji ty, které svým chováním své nejbližší unavují, dráždí, „otravují“, vyčerpávají, není jednoduché se v nich vyznat, je nutné je neustále usměrňovat. Bývají to často:

- děti s lehkými mozkovými dysfunkcemi, neklidné, nesoustředěné, impulzivní, zbrklé, s výkyvy nálad,
- děti dráždivé, neklidné, zlostné, úzkostné, ustrašené,
- děti mentálně retardované (vyvolávají zklamání rodičů, jejich trvalou frustraci),
- děti s lehce sníženými intelektovými schopnostmi, ve škole neprospívající, tělesně neobratné, nešikovné, děti sociálně neobratné, svým chováním urážející, provokující.

Rizikové situace:

- milenecké a manželské konflikty v akutní fázi, rozvodové a porozvodové spory o děti,
- jakékoliv stresové situace,
- alkoholová, drogová intoxikace,
- hmotná nouze, pokud je pro postižené stresovou situací,
- stres při prožitku vlastní viny
- stresové situace při somatickém onemocnění, při fyzické či psychické vyčerpanosti aj.

U **sexuálního zneužívání** dítěte jsou okruhy rizik tyto:

Mezi **rizikové dospělé** přicházejí v úvahu nejen nejbližší vychovatelé dítěte, ale i širší okruh příbuzných, rodinných přátel, známých, ale také učitelů, vedoucích různých kroužků a podobně. Ve většině případů jde o muže. Bývají to:

- muži trpící sexuálními úchylkami,
- muži staršího věku, u nichž korová kontrola ochabuje (například demence),
- muži sexuálně hyperaktivní,
- alkoholici, toxikomani, aj.

Rizikové děti jsou většinou děvčátka (pouze u nejmenších dětí věk nerozhoduje):

- výrazně ženských tvarů, jemné, kypré,
- koketní, mazlivé, se „svádívě“ ženským chováním.

Rizikové situace jsou především:

- stísněný životní prostor rodiny,
- „příležitosti“ – například ošetřování dítěte v nemoci vyžaduje intenzivní tělesný kontakt,
- „cizí“ muž žijící v rodině, návštěvníci, přátelé apod., u nichž se nemohlo vytvořit sexuální tabu – z tohoto hlediska jsou v rizikové situaci také pěstouni, vychovatelé v dětských domovech a jiných zařízeních, ošetřovatelé v nemocnicích, apod.,
- alkoholová, drogová intoxikace,
- celkově „uvolněná“ sexualita v rodině

Rizikové dospělí v oblasti **zanedbávání** jsou především primární vychovatelé:

- mentálně retardovaní jedinci, kteří na péči o dítě „nestačí“
- somaticky, smyslově či pohybově postižení, psychicky nemocní,
- osaměle žijící osoby,
- alkoholici a toxikomani,
- mladí, nezralí, nevyspělí rodiče s dosud dětskými a mladistvými zájmy,
- lidé s životní historií deprivace nebo subdeprivace,
- lidé v hmotné nouzi, kteří jsou sotva schopni uhájít svou existenci,

- lidé příliš zaujatí jinými zájmy, zálibami nebo i povinnostmi, pracovně přetížení.

Mezi **rizikové děti** v oblasti zanedbávání můžeme zařadit především:

- děti neaktivní, pomalé, „málo živé“, které samy zájem okolí nepřitahují,
- děti mentálně retardované, se smyslovými vadami, pohybovým omezením, „postižené“, o něž „rizikovní“ dospělí snadno ztrácejí zájem,
- děti somaticky nemocné, vyčerpané, apatické,
- děti podvyživené, aj.

Rizikové situace jsou z hlediska zanedbávání dlouhodobé a skládají se z mnoha „příležitostí“ k tomuto aktu. Je třeba počítat s nejrůznějšími kombinacemi rizikových činitelů.

4.3 Terciální prevence

Terciální prevence vychází z interdisciplinární spolupráce. Rozumíme jí takové chování pedagogů, rodičů, lékařů, které reaguje na situaci, v níž došlo k týrání či zneužívání. Jejím smyslem je tedy zamezení dalšího násilí či zneužívání dítěte. Do terapie a rehabilitace je třeba zahrnout celou rodinu, je-li to v zájmu dítěte, dále školu a další odborníky.

Zejména v anglosaské literatuře se objevuje i **kvartální prevence**. V tomto případě se jedná o návrat dítěte domů, jestliže v rámci léčby a ochrany bylo umístěno jinde. Tento typ prevence by se osvědčil i v našich podmínkách, musela by však fungovat již zmíněná interdisciplinární spolupráce mezi jednotlivými státními a nestátními zařízeními a podobně (HANUŠOVÁ, 2006).

4.4 Cíle národní strategie prevence násilí na dětech

- **Hlavní cíl: „Podporovat rozvoj rodičovských kompetencí“** – podpora pozitivního rodičovství a porozumění rodičů základním potřebám a právům dítěte.

Specifické cíle:

- poradenské, zdravotnické a sociální služby pro děti a rodinu
- péče o těhotné ženy, nabídka služeb pro zakládající rodinu a rodiny s malými dětmi
- flexibilní síť nízkoprahové, alternativní, svépomocné služby pro rodinu se speciálními potřebami
- **Hlavní cíl: „Vytvářet ve školách a na pracovištích klima rovnocenného partnerství a respektuplné sociální komunikace“** – podpora sociálních vztahů a podpora participace dětí na rozhodovacích procesech.

Specifické cíle:

- kontrolovat respektování zákazu všech forem násilí ve školách, sportovních, volnočasových aktivitách, zařízeních ústavní výchovy, vyšší ochrana dětí před násilím
- vytvářet model přátelské školy s podporou duševního zdraví
- podpora tolerance, respektu a úcty v sociální komunikaci
- **Hlavní cíl: „Zajistit dostupnou nabídku volnočasových, zájmových a sportovních aktivit“** – přispět k naplňování všech potřeb dětí, které jsou zároveň ochranou před sociálně patologickými jevy

Specifické cíle:

- dostupná a přiměřená nabídka aktivit
- sociální spravedlnost a rovné příležitosti
- **Hlavní cíl: „Naplnovat speciální práva dětí umístěných do zařízení ústavní výchovy“** – prevence emocionální deprivace dětí a vytváření důstojného prostředí

Specifické cíle:

- respektování základních principů ústavní výchovy
- podpora spolupráce s civilní komunitou
- podpora neústavních alternativ péče o děti

- **Hlavní cíl: „Usilovat o utváření bezpečných komunit“** – zajistit pocit jistoty, bezpečí a dobré znalosti prostředí, ve kterém se dítě denně pohybuje

Specifické cíle:

- snižování rizik v komunitě (prodej tabáku, alkoholu, výherní automaty, reklama násilí, atd.), utváření míst přátelských k dětem
- jasná specifikace ochrany práv dětí v každém provozním či organizačním řádu provozovatele či poskytovatele služeb pro děti
- monitoring podmínek v regionu
- **Hlavní cíl: „ Zprostředkovat porozumění práva dětí na ochranu před násilím v celé společnosti s cílem změny jejich postojů“** – výkon práva dětí na ochranu před násilím, respektování zájmu při každodenním politickém rozhodování a uplatňování rovného přístupu k ochraně dětí a dětských obětí násilí

Specifické cíle:

- veřejná kampaň s cílem zvyšování citlivosti vedoucí ke změně postojů vůči násilí na dětech
- vypracování Národního akčního plánu aktivit Národní strategie prevence násilí na dětech
- podpora angažovaného přístupu veřejnosti k ochraně práv dětí
- **Hlavní cíl: „ Koordinace – hlavní princip multioborového přístupu“**

Specifické cíle:

- podpora primární prevence (vzdělávání odborné i laické veřejnosti, etický kodex, syndrom vyhoření, včasná detekce specifických i nespecifických identifikačních známek násilí a změna postojů)
- podpora výzkumu týkajícího se výskytu, forem, příčin a následků násilí na dětech
- rozšiřování nabídky poradenských, sociálních služeb v souladu se společenskou potřebou a cíli strategie
- sběr dat – národní monitorovací středisko
- naplňování Úmluvy o právech dítěte při každé aktivitě

5. MOŽNOSTI POMOCI A LÉČBY DĚTÍ SE SYNDROMEM CAN

Pomoc zanedbávaným, zneužívaným a týraným dětem musí být komplexní a je záležitostí celé řady odborníků, kteří spolu vzájemně spolupracují. Zpočátku je klíčová činnost sociálního pracovníka, který provádí mapování celé situace a při řešení problému vychází z komplexní anamnézy nejen dítěte, ale celé rodiny. Sociální pracovník zjišťuje celkovou rodinnou situaci dítěte, jeho zdravotní stav, včetně údajů o prenatálním a perinatálním období, hodnotí prostředí, ve kterém žije, zda není zanedbaná péče o jeho zdraví, vzdělávání, posuzuje vliv rodiny na jeho vývoj a vznik poruch, vztahy v rodině, vztahy dítěte k okolí, jeho schopnost zapojení se do společenského života. K celkovému posouzení situace v rodině je velmi důležitá práce sociálního pracovníka v terénu. Přímou v rodinném prostředí, může pracovník lépe a objektivněji posoudit závažnost rodinné situace, navázat užší spolupráci s jejími členy a získat tím jejich důvěru a větší motivaci ke spolupráci.

Komplexní anamnéza je podkladem pro sociální diagnózu, která hodnotí současnou celkovou situaci dítěte na třech úrovních - tělesné, duševní a společenské. Z této sociální diagnózy potom vycházíme při stanovení **sociální terapie**, „*jíž rozumíme soubor zásahů a opatření medicínských, psychologických, pedagogických, sociálních, právních, ekonomických a dalších, směřujících ve prospěch dítěte*“ (cit. dle Karabelové in DUNOVSKÝ, DYTRYCH, MATĚJČEK, 1995, s. 211).

Sociální pracovník zprostředkovává většinou první kontakt s klientem. Podle závažnosti a druhu problému si klienta buď pozve na své pracoviště, nebo provede šetření přímo v terénu, event. odkáže klienta na jiné, vhodnější pracoviště, které mu v současné fázi problému může nejvíce pomoci. V případě syndromu CAN je práce v terénu velmi důležitá, a to nejen na místě, kde se situace odehrává, ale i ve školních a předškolních zařízeních, u sousedů a podobně. Je důležité zjistit a eventuelně potvrdit, zda opravdu k týrání, zneužívání či zanedbávání dítěte dochází a tuto situaci za pomoci dalších odborníků okamžitě řešit. Krizovou intervencí pro takto zasažené děti poskytují

Dětská krizová centra a jiné podobné organizace. Pokud je situace v rodině pro dítě tak ohrožující a není proto možné, aby dítě v rodině dále zůstávalo, je nutné ho z rodiny odebrat a umístit ve vhodném zařízení, kde se mu dostane pomoci. Funkčnost rodiny závisí především na osobnosti rodičů a jejich vzájemných vztazích.

Formou terapie je i sanace rodiny, čímž rozumíme „...*výchovné působení v rodině na její členy jednotlivě a na rodinné společenství jako celek, s pokusem o její zachování či obnovení*“ (DUNOVSKÝ, DYTRYCH, MATÉJČEK aj., 1995, s. 214).

Léčba syndromu CAN nezahrnuje pouze péči medicínskou, ale musí být komplexní a interdisciplinární. Nezaměřuje se pouze na symptomy, ale především jde o léčbu příčinnou neboli kauzální. Léčebný proces musí být stále sledován a podle potřeb upravován. Důležité je celkové zhodnocení situace v oblasti psychických a sociálních škod a nepříznivých vlivů, především ze samotné rodiny. Rozhodnout, jaké řešení je pro konkrétní situaci nejsprávnější, není vždy jednoduché, obzvláště když se musí řešit i aspekty trestně-právní (nutná kriminalizace problému) či civilně-právní (odebrání dítěte z rodiny, zbavení jednoho z rodičů nebo obou rodičovských práv, komu dítě svěřit do péče atd.).

Pro dítě je v té chvíli nejdůležitější, aby mu byla poskytnuta co největší citová pomoc a podpora, což klade velké nároky na ošetřující personál, který dítěti pomoc poskytuje. Měl by se umět vcítit do jeho osudu, zajistit mu pocit jistoty a bezpečí, obhajovat jeho skutečný prospěch a zájem. To však klade velké nároky na osobnostní kvality těchto pracovníků, proto je také velmi důležitá vnitřní a vnější kontrola, tzv. supervize této léčby, do které patří také semináře odborných pracovníků týmu, kde se posuzuje průběh celého případu, a která by měla pomoci zabránit sekundární viktimizaci klienta.

Léčba týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí se uskutečňuje v podstatě na **třech základních rovinách**. V **první rovině** jde o léčbu akutních stavů či přímou intervenci, která řeší urgentní situaci v případě ohrožení zdraví nebo života klienta. Je proto nutné zajistit zdravotnickou pomoc pro klienta a přerušit proces násilí a ubližování dítěti, ale také vysvobodit ho z případné izolace, zabezpečit všechny jeho potřeby, které mu zneuživatel odepřel. **Druhou**

rovinou je fáze dalšího rozsáhlého šetření všech okolností, které souvisejí s násilím, páchaném na dítěti či nedostatečné péči o ně. Tato fáze zahrnuje práci v terénu (ve škole, u dětského lékaře) a především v samotné rodině. Je zde nutná spolupráce s Orgánem péče o rodinu a děti, kdy se na základě získaných informací stanoví plán komplexní terapie – nejvýznamnější je zde psychoterapie a socioterapie. Poslední, třetí rovinou je *„etapa dlouhodobého sledování dítěte a jeho rodiny a komplexní podpory, pomoci a snahy definitivně vyřešit aspoň základní vztahy mezi zúčastněnými, a maximálním ohledem na prospěch a zájem dítěte a jeho plné úzdravy“*

(DUNOVSKÝ, DYTRYCH, MATĚJČEK, 1995, s. 218).

5.1. Dětská krizová intervence

Termínem krizová intervence se označuje poskytování pomoci lidem ve stavu krize. Krize představuje dle psychologického slovníku *„extrémní psychickou zátěž, nebezpečný stav schopný vyvolat selhání dosavadních regulativních mechanismů, nefunkčnost v oblasti biologické, psychické nebo sociální; též rozhodující životní událost, obrat v léčbě, období přechodu mezi vývojovými stadii“* (HARTL, 2004, s. 119 - 120).

Velice výstižná je i definice krize od Vodáčkové, která říká *„...krizi tedy můžeme chápat jako subjektivně ohrožující situaci s velkým dynamickým nábojem, potenciálem změny. Bez ní by nebylo možné dosáhnout životního posunu, zrání“* (VODÁČKOVÁ aj., 2007, s. 28).

Jak je patrné z předešlé definice, krize u dospělého člověka může přinést i určitý posun v životě, a zvládnutí krizové situace, leckdy i posílit. Pro dítě může mít prožití krize osudový charakter a způsob zvládnutí této situace může ovlivnit celý jeho život. Proto je tak důležité poskytnout dítěti odbornou pomoc. Zpočátku to bývá krizová intervence, a po jejím ukončení následuje zhodnocení situace, zda bude potřebná následná psychoterapie.

Krizová intervence, dle Vodáčkové *„... je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo*

prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování“ (VODÁČKOVÁ aj., 2007, s. 60).

Dětská krizová intervence má **tři základní cíle**. **Prvním cílem** je odhalit a popsat, co se vlastně stalo, co bylo spouštěčem krize. **Druhým cílem** je identifikovat souvislosti mezi událostmi, chováním okolí a hlubším smyslem toho, co se odehrálo. **Třetím cílem** je pomoc dětem, aby samy porozuměly svému chování v daných situacích, jak se zachovaly a jakým způsobem je prožívaly. Dětem by se mělo dostat podpory, ujistit je v tom, že se za žádné své pocity nemusí stydět a měly na ně v dané situaci právo. Odborní pracovníci jim mohou pomoci pochopit, proč se tak cítily a také vypracovat strategii jejich chování tak, aby cítily lépe skutečnost, kdy se vyrovnávají s traumatickou událostí. Obsahem **dětské krizové intervence** jsou **tři roviny**. **První rovinou** je poskytnout dítěti návod, jak překonat svoji zvýšenou úzkost, jak se zbavit neoprávněného a často iracionálního strachu a jak nepodlehout panice. **Druhou rovinou** je podporovat dítě v jeho rozhodnutí řešit konkrétní situaci, která jej trápí a působí mu bolest, současně se snažíme získat ho ke spolupráci a společnému řešení problému. **Třetí rovina** dětské krizové intervence spočívá v motivování dítěte, aby si za naší pomoci samo zvolilo, jak při řešení problému postupovat. Při práci s dětmi v průběhu zvládnutí traumatických událostí, musíme stále myslet na nebezpečí sekundární viktimizace, jak bylo již uvedeno výše. Proto bychom měli dbát na to, aby dítě pro nás bylo rovnocenným partnerem (VANÍČKOVÁ, PROVAZNÍKOVÁ, 2006).

Principy dětské krizové intervence

- poskytovatel krizové intervence musí být sám psychicky odolný
- každé dítě má právo na pomoc v krizi v mateřském jazyce, se znalostí intrakulturních rozdílů a se schopností tolerovat interkulturní rozdíly
- navození pocitu důvěryhodnosti a dávání dítěti zpětné pozitivní vazby
- dítě musí být během rozhovoru informováno o dalším postupu a konfrontováno s jeho očekáváním
- je důležité během psychodiagnosticko-terapeutického rozhovoru používat stejný jazykový kód jako dítě, záměrně opakovat slova a dítě nenuceně

upozornit, že existují jiná označení pro pojmenování stejných předmětů či činností

- během poskytování dětské krizové intervence musí být v každém stadiu respektován nejvyšší zájem dítěte
- respektovat skutečnost, že rychlost krizové intervence a zajištění následné terapie rozhodují o účinné a úspěšné pomoci dítěte v krizi
- po celou dobu poskytování krizové intervence je nutné dodržovat etické normy týkající se prostředí, vzájemné komunikace, nakládání s informacemi, zvláště pak situace, kdy je vyžadován souhlas dítěte i rodiny se zveřejňováním dat
- vždy a za všech okolností je třeba respektovat dobrovolnou účast dítěte a jeho právo vetovat, kterýkoliv krok či postup

Poskytování pomoci dětem formou dětské krizové intervence klade velké nároky na kompetence odborníků, kteří s dětmi pracují. Jedná se o jejich vybavenost informacemi, schopnost myšlenkových operací, dovednost vcítit se do osobnosti druhého člověka, sociální zdatnost – dovednost přizpůsobit styl svého jednání osobnosti, s níž jednáme, a v neposlední řadě je důležitá vysoká etická kultura a moudrost.

Mezi specifika dětské krizové intervence patří to, že přestože s dítětem komunikujeme jako s rovnocenným partnerem, musíme respektovat práva a povinnosti jeho rodičů, což je někdy velmi náročné, protože je-li dítě „nemocné“, je třeba léčit celou rodinu (VANÍČKOVÁ, PROVAZNÍKOVÁ, 2006).

5.2 Psychoterapeutická intervence

Psychoterapeutická intervence zaměřená na děti postižené syndromem CAN, její rozsah a potřeba je závislá na mnoha faktorech. Důležitou roli hraje věk a pohlaví dítěte, způsob a doba zneužívání, zda jde o zneužívání cizím člověkem nebo známou osobou, někým z rodiny, velikost místa bydliště, složení rodiny atd. Nejvíce se osvědčily nedirektivní psychoterapeutické přístupy.

Formy terapeutických intervencí:

- **trestně-právní forma intervence** – pachatel porušil právní normu a má být potrestán. Pokud je ale pachatel označen za jediného viníka a ostatní problémy se neřeší, rodinný systém nemůže být uzdraven a je nebezpečí dalších problémů, obzvláště jsou-li v rodině další děti.
- **primární ochrana dítěte** – dítě je odejmuto ze své rodiny a cizí instituce dostane za úkol plnit náhradní rodičovskou roli. Tím se ale přidělí vina oběma rodičům, nikoli jen pachateli a dítě je znovu potrestáno tím, že je vyjmuta z jeho obvyklého sociálního okolí.
- **primární terapeutická intervence** – velmi vhodná je rodinná terapie, která umožňuje podělit se o zážitky, v kombinaci s důkazy pochopení, podpory a přijetí dítěte ze strany rodičů.

Pro terapeuta je nejdůležitější pomoci dítěti, proto se musí zajímat nejen o to, co trauma znamená pro dítě a jeho rodinný systém, ale také jak tato událost postihne vývoj osobnosti dítěte. Terapeut by měl usnadnit dítěti, aby mohlo projevit přiměřeně své pocity úzkosti, strachu a vzteku týkající se prožité události. Důležité je také zabývat se terapií rodičů, protože jinak by mohli komplikovat a zdržovat zotavení dítěte, hlavně v případě, že postoje rodičů zasáhly dítě, vyvolaly nebo zintenzivnily jeho krizi (DUNOVSKÝ, DYTRYCH, MATĚJČEK, aj. 1995).

Vstupní rozhovor

Při vedení rozhovoru s traumatizovaným dítětem je nutná otevřenost a upřímnost. Musí být vytvořena uvolněná atmosféra, ve které se dítě cítí být přijímáno, jsou respektovány jeho pocity. Velmi důležité je, aby terapeut dokázal s dítětem navázat vztah, kde mu dítě bude důvěřovat a bude ochotno o svém traumatu hovořit. Někdy se stává, že dítě si „testuje“ terapeuta, zda je důvěryhodný člověk a zda je bezpečné se mu svěřit. První rozhovor s dítětem je velmi důležitý i z toho hlediska, že se při něm většinou rozhodne, jak se dítěti podaří trauma zpracovat. Pokud se v této fázi dítě zklame, těžko se podaří, aby o svém traumatu ještě někdy s někým hovořilo. Dítě má zvýšenou vnímavost vůči výhradám dospělých a rozpozná jejich stísněné a rozpačité pohledy, a pokud si je jich vědomo, raději mlčí. Někdy ale nechce hovořit i z toho důvodu, že je

zastrašováno pachatelem anebo mu ublížil někdo z rodiny a dítě má strach, že odhalením „tajemství“ rodinu poškodí. Pokud ale cítí, že ho terapeut bere opravdu vážně, že mu věří, chápe ho a je na jeho straně, většinou se se svým traumatem svěří. Je příhodnější, aby tento rozhovor probíhal s dítětem samostatně, ale pokud trvá na přítomnosti rodiče, respektuje toto přání. Je však nutné zvážit, zda není silné podezření na to, že mu ublížil právě jeden z rodičů. Většina dětí, potom co se svěří někomu dospělému a vidí, že tato osoba reaguje přiměřeně, nachází značnou úlevu. Je nutné je ujistit, že ony neudělaly nic špatného a že veškerá odpovědnost leží na dospělém, který je obtěžoval nebo jim ubližoval. Jednou z hlavních chyb terapeuta je, pokud vytváří tlak na již úzkostné či poděšené dítě, z důvodu svého diagnostického či znaleckého zájmu. Informace od dítěte může získat nejen rozhovorem, ale i jinými metodami, například projektivními testy.

Znalost rodinné anamnézy

Děti, které jsou ohroženy týráním či sexuálním zneužíváním pochází obvykle z méně podporujícího, rozvráceného nebo patologického rodinného systému. Pro dobrý průběh terapie je nutné navázat dobrý kontakt s matkou, ať už ke zneužívání docházelo v rodině anebo mimo ni. Musíme se soustředit také na sourozence dítěte, protože by mohly být svědky těchto událostí anebo dalšími potenciálními oběťmi. Terapie, kdy je pachatelem osoba mimo rodinu, je méně obtížná. Po zmapování celé situace následuje zaměřená snaha poskytnout postiženému dítěti pomoc v oblasti sociální, právní a hlavně psychologické. Tato pomoc nesmí být vedena chaoticky a bezhlavě, ale musí být velmi dobře naplánována. Stanovuje **plán krizové intervence** (Mašát in DUNOVSKÝ, DYTRYCH, MATĚJČEK, aj. 1995).

6. VLASTNÍ VÝZKUM

6.1 Úvod do vlastního výzkumu

Praktická část diplomové práce úzce souvisí s částí teoretickou především s kapitolami věnujícími se typům syndromu CAN. V těchto kapitolách jsou popsány typy fyzického a psychického týrání, zanedbávání a sexuálního zneužívání, jak je uvedeno v odborné literatuře. V praktické části se autorka zaměřila, na prezentaci zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc Klokánek a pomocí kazuistických studií tří dětí na tři typy syndromu CAN.

Hlavním cílem praktické části diplomové práce je postihnout problematiku možností individuální a skupinové práce s dětmi, které zažily fyzické a psychické týrání, sexuální zneužívání a zanedbávání, a poté byly umístěny v zařízení Klokánek. Na základě studia z dokumentace a přímé práce s dětmi vypracovat kazuistiky tří dětí, které byly či jsou v Klokánku umístěny a s jejich pomocí poukázat na náročnost a dlouhodobost péče.

Metoda výzkumu

V rámci praktické části diplomové práce byla využita metoda **kazuistika**, z čehož vyplývá, že se jednalo o výzkum kvalitativní. Hlavním rysem kvalitativního výzkumu je dlouhodobost, intenzivnost a podrobný zápis. Výběr osob, lokalit je záměrný, nikdy se nepoužívá náhodný výběr (GAVORA, 2000).

Kazuistika je popis a výklad konkrétních případů, ve vztahu k moderním vědám se často využívá jako synonymum pro případovou studii. Vytvoření kazuistiky je součástí diagnostické etapy práce, která je zaměřená na zjištění a hledání příčin, které vedly k určitému problému (Wikipedie, 2011, online).

Pro zpracování případů těchto dětí byl dán souhlas ředitele zařízení, všechna jména jsou změněna.

6.2 Charakteristika zařízení

Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc – Klokánek

Klokánek je projekt Fondu ohrožených dětí, jehož cílem je nabídnout dětem namísto ústavní výchovy přechodnou rodinnou péči na dobu, po kterou se nemohou vrátit zpět do své rodiny, nebo dokud pro ně není nalezena trvalá náhradní rodinná péče (osvojení, pěstounská péče, svěření do výchovy třetí osoby).

Fond ohrožených dětí (dále jen FOD) je občanské sdružení na pomoc týraným, zneužívaným, zanedbávaným, opuštěným nebo jinak sociálně ohroženým dětem s působností na celém území České republiky.

Hlavní směry činnosti FOD:

- pomoc dětem týraným i jinak sociálně ohroženým se zaměřením na terénní sociální práci a sanaci rodin
- provoz krizové linky pro matky, které tají těhotenství a porod
- vyhledávání náhradních rodin pro obtížně umístitelné děti
- Klokánek – rodinná péče místo ústavní výchovy
- provoz azylových domů pro rodiny s dětmi a mládež bez domova
- poradenská a hmotná pomoc náhradním i potřebným vlastním rodinám
- osvěta a snaha o zlepšení legislativy a praxe na úseku ochrany dětí

Podmínky přijetí dítěte do Klokánku:

Klokánky mají pověření Ministerstva práce a sociálních věcí jako zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, proto mohou přijímat děti na základě žádosti rodičů. Děti se přijímají přímo „z terénu“, bez pobytu v diagnostickém ústavu, kde jsou společně diagnostikovány děti bez poruch chování s dětmi výrazně narušenými.

Ve většině případů umístění dítěte do těchto zařízení iniciuje Odbor sociálně-právní ochrany dítěte (dále jen OSPOD), jehož pracovníci kontaktují Klokánek s informací, jakým způsobem bude dítě umístěno, zda na dohodu s rodiči nebo soudní cestou.

Přijetí dítěte na žádost rodičů – ve většině případů kontaktuje Klokánek pracovnice OSPOD, která rodičům dané zařízení pomohla vyhledat. Rodiče také

mohou o umístění požádat osobně bez pomoci sociálních pracovníků, i když počet těchto případů je minimální. Vždy je sepsána „Dohoda s matkou (otcem)“ na dobu tří měsíců. Tuto dohodu je možné jednou prodloužit o stejnou dobu, ale pouze se souhlasem OSPOD. V průběhu tohoto času mají rodiče možnost za pomoci sociálních pracovníků OSPOD vyřešit svou sociální a životní situaci tak, aby se dítě mohlo vrátit zpět do rodiny. Pracovníci OSPOD vedou rodiče k tomu, aby si vyřídili sociální dávky, snažili se najít zaměstnání, bydlení, případně vyřešili problémy týkající se vztahů. Pokud jsou rodiče závislí na návykových látkách, pracovníci z OSPOD spolupracují s organizacemi, které se na tyto klienty zaměřují a zprostředkovávají jim možnost léčení a další spolupráci. Délka pobytu dítěte v Klokánku vždy záleží na přístupu a zájmu rodičů a dalších příbuzných. Poté je zde dítě umístěno na žádost OSPOD nebo je podán návrh k soudu. V případě zájmu rodičů vzít si dítě zpět do své péče, provádí OSPOD šetření v místě, kde by mělo dítě se svými rodiči pobývat.

Předběžné opatření – rozhoduje o něm soud, vydává se, pokud je dítě v ohrožení, je nalezeno opuštěné či se ocitne v jiné krizové situaci.

Přijetí na vlastní žádost dítěte – dítě může samo požádat o umístění do Klokánku.

Většina přijatých dětí má totožnou anamnézu jako děti přijímané do ústavní výchovy – zanedbávání, domácí násilí, neschopnost zajistit řádnou péči, týrání, zneužívání, bytové důvody, a někdy i hospitalizace osamělého rodiče či svěření dítěte za účelem zajištění náhradní rodinné péče.

První Klokánek byl otevřen v Žatci v září roku 2000. V současné době již existuje dvacetčtyři Klokánků na území celé republiky, s celkovým počtem pětsetšedesátčtyři míst. Klokánky se provozují jako klasická rodinná péče v bytech „klokaniích“ tet a strýců, kteří jsou zaměstnanci Klokánku (sedmdesát míst), tzn., že děti bydlí přímo v soukromých objektech těchto osob. Další alternativou jsou objekty Klokánku, ve kterých jsou zřízené služební byty (t. č. pětšedesátčtyři míst). V těchto bytech se o děti starají dvě pracovníce (dále jen pečující tety), které se po týdně střídají. Snahou tohoto zařízení je, aby se péče o děti co nejvíce přiblížila domácímu prostředí. V každém bytě jsou maximálně čtyři děti s jednou tetou, jelikož péče o ně je velice náročná. Děti přicházejí velmi

často zanedbané, opožděné v celkovém vývoji, deprivované, s nočními děsy, nevhodnými návyky a projevy, a proto vyžadují intenzivní péči. Většina dětí udělá v Klokánku za pomoci odborníků velké pokroky v oblasti sociální i vzdělávací. O děti je v hezkých a moderně zařízených bytech, pečováno jakoby žily v rodině. Život s tetou probíhá stejně jako v běžné domácnosti. Pečující teta zaujímá funkci jednoho z rodičů, zastává veškeré domácí práce (vaření, pečení, úklid), do kterých jsou děti nenásilně zapojovány, s ohledem na jejich věk. Toto zapojení je důležité pro další budoucí život dítěte a jeho představu o funkčním rodinném prostředí, ve kterém má každý člen své povinnosti. Pečující tety s dětmi též píší úkoly, dbají na školní přípravu, chodí na třídní schůzky, doprovázejí děti k lékaři, na psychoterapie a zúčastňují se s nimi různých akcí. Přestože v Klokánku je o děti velmi dobře postaráno po všech stránkách, snahou je, aby se děti mohly co nejdříve vrátit po zlepšení situace do svého prostředí k rodičům. Pokud to není možné, hledá se v širší rodině, zda by si někdo nemohl vzít dítě do péče. V případě, že selže i tato možnost, dítě se nahlásí do náhradní rodinné péče a hledá se pro něj vhodná náhradní rodina. O ústavní výchově se uvažuje až jako o poslední a nejzazší možnosti. Ústavní výchova či umístění do jiného zařízení (nemocnice, psychiatrie) činí jen 10 % ukončených pobytů v Klokánku, spolu se završením zletilosti. Po završení zletilosti je dětem nabídnuta možnost, že jim bude nalezen např. Dům na půl cesty a poskytne se jim alespoň základní vybavení do jejich nového začátku.

Zpět k rodičům se vrací asi šedesát procent dětí a přibližně třicet procent přechází do trvalé náhradní rodinné péče. Průměrná doba pobytu dětí v Klokánku je půl roku.

Velkou výhodou oproti ústavní výchově je, že Klokánky mohou přijímat sourozence bez ohledu na věk, takže nedochází k další traumatizaci jejich rozdělením do různých zařízení podle věku (do tří let kojenecké ústavy a zdravotnické dětské domovy, od tří let diagnostické ústavy a školské dětské domovy a výchovné ústavy).

Vysoké nároky se kladou na osobnost „klokaních“ tet a strýců, všichni samozřejmě musí podstoupit psychologické vyšetření. Pro péči ve vlastních bytech je požadována kromě vhodných bytových podmínek i zkušenost

s výchovou vlastních či přijatých dětí. Důležitá je také osobní znalost zájemců, o jejichž schopnostech je možné se přesvědčit buď na poradensko relaxačních pobytech pro náhradní rodiny, nebo při péči o děti v týdenním střídavém cyklu v domech, kde je zajištěna přítomnost sociálních pracovníků, psychologa, příp. i pediatra, zdravotnice a speciálního pedagoga.

Pečující tety a strýcové mají mnoho povinností, mezi které patří např.:

- osobně zajišťovat celkovou osobní péči o svěřené děti namísto jejich rodičů, a to na principech náhradní rodinné péče,
- dbát o zdraví a řádný tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj svěřených dětí,
- důsledně chránit zájmy svěřených dětí, usměrňovat jejich jednání a vykonávat nad nimi dohled odpovídající stupni jejich vývoje,
- vytvořit svěřeným dětem bezpečné, citově vřelé a vlídné rodinné prostředí,
- vyvarovat se používání fyzických či jiných ponižujících trestů nebo jednání, jímž by se dotkl cti nebo důstojnosti dítěte či jeho rodinných příslušníků,
- osobně zajišťovat vhodnou stravu pro svěřené děti, včetně vaření,
- dbát na řádnou školní přípravu dětí a být v pravidelném kontaktu se školou,
- k pořádku a čistotě vést i děti a vhodně je podle jejich věku a schopností zapojovat do domácích prací,
- vést denní záznamy o chování, projevech a zdravotním stavu svěřených dětí i o návštěvách jejich rodinných příslušníků a o propustkách domů či do jiného výchovného prostředí,
- účastnit se pracovních porad, školení a supervizí,
- zúčastňovat se spolu se svěřenými dětmi poradensko-relaxačních pobytů pro náhradní rodiny nebo prázdninových pobytů pro děti z Klokánků,

- účastnit se práce s rodinami svěřených dětí,

Principy péče v Klokánku

- o tři až čtyři děti pečují po všech stránkách obdobně jako v rodině zaměstnanci FOD – manželský pár, „teta“ nebo střídavě po týdnu dvě „tety“ (kromě péče o děti vaří, nakupují, pečují o domácnost, mají čas si s dětmi hrát, mazlit se s nimi, chodit s nimi na vycházky).
- Klokánky přijímají děti bez ohledu na věk, proto sourozence není třeba rozdělovat.
- v Klokánku je „teta“ (příp. i „strýc“) s dětmi v bytě i v noci a svou přítomností jim dodává pocit jistoty a bezpečí.
- při návštěvě cizích osob se děti v Klokánku chovají tak jako děti v rodině – jsou zprvu nedůvěřivé a vyhledávají blízkost „tety“ nebo „strýce“. Samy tím dávají nejlépe najevo, kde cítí bezpečí a jistotu.
- nejvíce je přijímáno dětí z důvodu špatné bytové situace, zanedbání péče, nezvládnutí péče, podezření z týrání, domácího násilí a rozvodových sporů

6.3 Možnosti individuální práce s dětmi

Individuální práce s dětmi v zařízení Klokánek zahrnuje především práci samotných tet, které věnují dětem během svého týdenního pobytu v Klokánku veškerý svůj čas. Kromě běžných domácích prací, pomáhají dětem plnit jejich povinnosti do školy, chodí s nimi nakupovat, na vycházku, hrají s nimi různé hry, ale najdou čas i na popovídání si s dětmi, které se jim svěřují se svými starostmi i radostmi. S malými dětmi, které často přijdou do Klokánku velmi zanedbané, je potřeba intenzivně pracovat. V mnoha případech malé tříleté či čtyřleté děti vykazují známky opožděného vývoje řeči. V komunikaci s ostatními využívají různé zvuky, citoslovce a jednoduchá gesta. Neznají základní sociální a hygienické návyky. Často jsou jejich stravovací návyky omezené na znalost velmi malého sortimentu potravin (čínské polévky, chléb, voda, fazole apod.). Většinou si na pestrou stravu ale zvyknou velmi rychle a poté ji chtějí jíst stále.

Někdy si různé potraviny schovávají do svého pokojíku, protože nejsou zvyklé, mít jídlo k dispozici a obávají se, že budou mít opět hlad. U týraných dětí často dochází k záchvatu pláče i při běžných aktivitách jako je např. koupání ve vaně. Můžeme se jen domnívat, co se asi v rodině dělo. Větší děti většinou po určitém čase začnou o svých zážitcích z rodiny mluvit, ale až ve chvíli, kdy cítí, že jsou v bezpečí a osoby, které o ně pečují, si získají jejich důvěru. Stále mají ale spoustu zážitků vytěsněných a po čase si začnou své rodiče idealizovat. U většiny dětí je velmi důležitá odborná pomoc dětského psychoterapeuta a intenzivní spolupráce s ním. Některé děti dokáží své zážitky tak vytěsnit, že působí jako tiché, klidné a usměvavé a třeba až po roce postupně vychází najevo, čím vším prošly a jak těžké období mají za sebou. Pokud se s těmito dětmi nepracuje terapeuticky, často se toto psychické trauma somatizuje a děti bývají, kromě zhoršení psychického stavu, i více nemocné.

V zařízení pracuje **psycholog**, který provádí různá vyšetření a v případě potřeby si s dětmi povídá a snaží se jim pomoci při zpracování jejich traumatických zážitků. V některých zařízeních je k dispozici i **speciální pedagog**, který pracuje s dětmi v oblasti specifických poruch učení. Spolupracuje s pedagogicko-psychologickou poradnou a v případě potřeby chodí s dětmi na vyšetření, např. ohledně zařazení dítěte do vhodného školského zařízení, zjištění intelektu dítěte, zda bude schopno navštěvovat školu běžnou či praktickou. V tomto ohledu mají děti velmi často deficit, protože s nimi většinou doma nikdo nepracoval, nevěnoval se jim, neprojevoval o ně zájem. Předškolní děti mívají nedostatky v oblasti jemné i hrubé motoriky, špatný úchop tužky, mají deficit znalostí, které by v jejich věku děti měly mít. Školní děti nemají žádné pracovní návyky, nejsou zvyklé dělat si domácí přípravu, chybí jim systém ve školní práci a často nemají ani žádnou motivaci. Potom je velmi těžké určit do jaké školy dítě zařadit, do jaké míry může za jeho neúspěchy zanedbání a nedostatek motivace a do jaké míry na běžnou školu nestačí. Samozřejmě je to velká zátěž hlavně pro samotné děti, které musí ve škole intenzivněji pracovat, aby se vyrovnaly ostatním spolužákům, a zvládat mnoho pro ně nových a náročných situací. Speciální pedagog také provádí nápravy specifických poruch učení, které byly diagnostikovány v pedagogicko-psychologické poradně a v případě, že se nepodaří všechny

předškolní děti zapsat do nultého ročníku, provádí s nimi předškolní přípravu. Také ve spolupráci s psychologem se podílí na vypracovávání individuálních plánů. Pro děti je v zařízení také zajištěna **logopedická péče**, kdy logoped dochází do Klokánku jednou za čtrnáct dní a pracuje s jednotlivými dětmi dle jejich potřeb.

Klokánek také úzce spolupracuje s **Dětským krizovým centrem** (dále jen DKC) obzvláště v oblasti diagnostiky syndromu CAN. DKC je zařízení odborné psychosociální pomoci zaměřené zejména na detekci, diagnostiku, terapii a prevenci dětí týraných, zneužívaných a zanedbávaných a na problematiku dětí, které se nacházejí v takové situaci, která může negativně ohrozit jejich zdravý vývoj a psychický stav. Do okruhu péče DKC spadá též řešení problémů výchovných, péče o dítě vystavené jednorázové zátěžové situaci, představující pro něj mimořádnou psychickou zátěž (např. přepadení), či déleodobější setrvávání dítěte v zátěžové situaci vznikající mimo rodinu (např. šikana). Práce s klienty je v tomto centru založena na interdisciplinárním přístupu, tzn., že na péči o klienta se podílí celá řada odborníků – psychologové, terapeuti, sociální pracovníci a právníci.

Diagnostika je v DKC prováděna na několika úrovních. Jedná se o **specifickou diagnostiku**, která bývá často realizována ve spolupráci s orgány činnými v trestním řízení, a kdy za jednocestným zrcadlem jsou vyšetření přítomni zejména policisté, vyšetřovatel, soudce, obhájce či sociální pracovníci. Tento postup má minimalizovat počet výslechů a zabránit tak sekundární viktimizaci dítěte. Vyšetření je vedeno maximálně šetrně, s ohledem na aktuální psychický stav dítěte, na jeho emoční nastavení i s ohledem na jeho vývojovou úroveň a komunikační dovednosti. Na zhodnocení aktuálního stavu dítěte, dopadu zátěžové či traumatizující situace nebo zážitku na jeho psychiku, zhodnocení intenzity traumatu, případně rozpoznání psychických poruch či onemocnění vzniklých v souvislosti s traumatem se zaměřuje **standardní psychodiagnostika**. Po provedení diagnostiky následuje **psychoterapeutická péče**, která je v DKC realizována v rovině podpůrné, krátkodobé či střednědobé (do 20 sezení). Cílem této péče je zejména podpora, usnadnění přijmutí a adaptace na novou situaci, emoční zvládnutí traumatu či zátěžové situace, odžití traumatu, hlubší porozumění

svému Já, svým prožitkům a svému chování. Neodkladnou, okamžitou pomoc lidem, kteří nejsou schopni vlastními silami zvládnout v potřebném čase svůj životní prožitek, nebo životní situaci, poskytuje toto krizové centrum prostřednictvím **krizové intervence**. Mezi další důležité služby, které DKC nabízí, patří např. **poradenství, detekce, právní poradenství, mediace, odborné posuzování, případové konference a další** (DUŠKOVÁ, aj. 2004).

6.4 Možnosti skupinové práce s dětmi

V zařízení Klokánek je pro děti zajištěna také skupinová péče ve formě skupinové terapie, na kterou se děti doprovází jedenkrát týdně do **centra Sámovka**, které zahájilo svou činnost 21. září 2004 pod oficiálním názvem „**Centrum prevence a pomoci dětem žijícím mimo vlastní rodinu**“. Posláním zařízení je všestranná podpora a pomoc dětem, dospívajícím i plnoletým mladým lidem, kteří žijí nebo v minulosti pobývali v ústavní péči, v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc či v péči pěstounských rodin. Konkrétní podporu a pomoc centrum naplňuje prostřednictvím realizace programů, které jsou vytvářeny na míru jednotlivým skupinám dětí a mládeže. Jejich smyslem je:

- Podpořit psychicky klienty při překonávání obtížného životního období.
- Pomoci jim hledat nové zdroje vyrovnanosti a jistot.
- Učit je novým dovednostem, předat jim nové znalosti a informace potřebné pro zvládnutí prvních kroků samostatného života.
- Umožnit jim ověřit si nabyté schopnosti v praxi.
- Bezpečně je vést v období přechodu k samostatné existenci.
- Učit je rozhodovat se a přijímat odpovědnost za vlastní život a budoucnost.
- Motivovat je k smysluplnému trávení volného času a hledání nových možností seberealizace.
- Učit je budovat si kvalitní a bezpečné vztahy.

V tomto centru jsou pro děti z Klokánku připraveny vždy dvě různé dílny. První je zaměřena na výtvarnou tvůrčí činnost – **výtvarné a keramické dílny s prvky**

arteterapie, druhá rozvíjí pohybové, hudební a dramatické cítění – **hudební a pohybové dílny s prvky muzikoterapie**. S dětmi se pracuje vždy v malých skupinách po sedmi dětech, aby jim bylo možné poskytnout dostatek pozornosti i v rámci jejich individuálního rozvoje. Pro děti je přirozené vyjadřovat své pocity prostřednictvím výtvarného projevu, je to pro ně jeden z nejpřirozenějších dorozumívacích prostředků. Děti jsou seznamovány s celou řadou netradičních technik a výtvarných námětů. Osvědčila se práce v tematických blocích, kdy je např. vyprávěn příběh, z něhož dále vychází výtvarná činnost. Pro děti má tato tvořivá práce s prvky arteterapie velký význam. Je možné pozorovat, jak uvolňují své napětí, dokáží se na tuto činnost soustředit, učí se spolupracovat – musí si půjčovat barvy, materiál. V případě, že např. dvě děti tvoří jeden obraz, je zajímavé pozorovat, jak se umí které prosadit, respektovat druhého, přizpůsobit se. Většina dětí, které přicházejí do Klokánku má nízké sebevědomí a sebehodnocení, málo si věří. Spoustu činností odmítají, protože mají obavy, že je nezvládnou. Proto je pro ně tato terapie velkým přínosem zrovna tak, jako muzikoterapie, která probíhá také v tomto centru. Prostřednictvím hudby a hudebních nástrojů se děti učí vyjadřovat své pocity, prožívat radost, uvolnit se. Tato činnost je spojená i s pohybem. Děti hrají různé hry za pomoci použití hudebních nástrojů, tančí. Při této terapii ze sebe mohou vydat nahromaděnou energii a opět uvolnit své napětí.

6.5 Vlastní kazuistické studie

Na základě získaných dat a informací byly vytvořeny kazuistiky tří dětí, které zastupují jednotlivé typy syndromu CAN. Jedná se o fyzické týrání, psychické týrání a sexuální zneužívání.

První kazuistika popisuje případ fyzického týrání chlapce, který byl do Klokánku umístěn ve svých 11 letech se dvěma sourozenci. Do tohoto zařízení byly děti umístěny na základě upozornění nejstarší sestry, která oznámila své vyučující, že už se nechce vrátit domů, protože situace v rodině je již neúnosná. Požádala také o pomoc pro své dva sourozence, kteří v této rodině také vyrůstali.

Druhá kazuistika je zaměřena na popis psychického týrání devítiletého chlapce, který vyrůstal se svým šestiletým bratrem ve velmi dobře situované rodině, kde vlivem rozhodnutí matky děti odejít od svého manžela (otce dětí), docházelo k psychickému vydírání a týrání obou chlapců ze strany autoritativního otce. U dítěte se postupně rozvinul syndrom zavrženého rodiče.

Třetí kazuistika se zabývá případem devítileté dívky, u které docházelo k sexuálnímu zneužívání ze strany přítele matky.

6.5.1 Daniel, 13 let

Rodinná anamnéza:

Otec: 37 let, další informace nejsou známy

Matka: 36 let, v současné době ve výkonu trestu

Sourozenci: Anna, 17 let, hraniční struktura osobnosti, navštěvuje střední odborné učiliště, Natálka 10 let, polorodá sestra Daniela a Anny, z důvodu koktavosti byla zařazena do logopedické školy

Vztahy v rodině: vztahy mezi všemi členy rodiny jsou značně narušené. Matka se rozvedla s biologickým otcem jejich dvou dětí a nyní žije s přítelem, který není otcem ani jednoho z dětí. Soužití s matkou a jejím novým přítelem bylo pro děti značně ohrožující. Přítel matky byl agresivní, konflikty v rodině řešil nepřiměřenými fyzickými tresty, které se dají kvalifikovat jako tělesné týrání, někdy bil i jejich matku. Děti byly stále hladové (jedly jen chleba, někdy i tvrdý a instantní polévky), chodily nedostatečně oblečené, zapáchající, ve vlasech měly vši a hnidy, celé tělo pokryté štípanci od štěnic. Mezi dětmi byla ze strany přítele matky záměrně vyvolávána rivalita, zejména mezi Danielem a Natálkou. V bytě bydlela s dětmi, matkou a jejím přítelem ještě maternální babička, která byla ze strany dospělých také týrána. Toto týrání, mělo především formu aktivního fyzického týrání v podobě tahání za vlasy, bití, odpírání jídla, tvrdých fyzických trestů (musela klečat s nataženýma rukama, spala na zemi). U většiny těchto situací byly děti přítomny a občas byly přítelem jejich matky nuceny se do týrání babičky zapojit. Zvláště Daniel byl k tomuto jednání častokrát donucen. Později

se děti dozvěděly z vyprávění své matky, že byla v dětství také týrána jejich babičkou (svou matkou). Dle jejích slov jí nedávala najíst, nutila ji svlékat se před cizími lidmi, bila ji, a proto se jí matka nyní mstí. Otec matky dětí je v současné době ve výkonu trestu za brutální vraždu.

Na celou neúnosnou situaci v rodině upozornila Anna, která přišla požádat o pomoc bratra přítele své matky, který o celé situaci věděl. Doprovodil ji na policii, kde Anna vše vypověděla. Krátce na to však svou výpověď odvolala, protože byla ze strany matky a jejího přítele zastrašována, a také jí byla nabídnuta finanční odměna, pokud vezme zpět své tvrzení. Poté byl bratr přítele matky vyzván k vysvětlení na sociální odbor. Do protokolu uvedl, že několikrát byl svědkem, kdy matka Daniela dusila polštářem, škrtila ho a bila. Děti byly často vyhladovělé, jako příklad uvedl situaci, kdy správce hřiště, kam si chodily hrát, jim dával svačinu. On sám jim přinesl tvrdý chléb pro krmení labutí, a když přišel na návštěvu, děti si tento starý a tvrdý chléb smažily a polévaly kečupem. Věděl také o nedostatečném oblékání dětí, např. když potkal v mrazu Natálku obutou ve cvičkách. Vypověděl, že jeho bratr nepracuje a dávky, které oba dostávají (on i matka dětí) prohrají v automatech. Babička je též nucena odevzdávat svůj důchod. Matka dětí se mu také svěřila, že z finančních důvodů nekupuje Danielovi léky na epilepsii a růst. Bratr přítele matky doporučil, aby návštěva pracovníků sociálního odboru v rodině proběhla za účasti policie z důvodu zvýšeného agresivního chování jeho bratra. Po této výpovědi s ním rodina přerušila veškeré kontakty. Podnět k tomu, aby děti byly odebrány z rodiny, dala nakonec opět Anna, která přišla za svou pedagožkou, informovala ji o situaci v rodině a řekla, že se nechce vrátit domů. Anna byla umístěna do Klokánku a poté byly z rodiny odebráni i její sourozenci. Po umístění dětí do Klokánku museli být sourozenci po čase rozděleni do jiných bytů z důvodu nepřiměřené rivality mezi Danielem a Natálkou, kterou podněcoval, již za pobytu v rodině, přítel matky. S Annou vychází oba sourozenci dobře a Natálka s ní zůstala ve stejném bytě. Daniel byl přemístěn k manželskému páru, kde měl mužský vzor, což mu velmi prospívalo.

Po krátké době, kdy děti pobývaly v Klokánku, si biologický otec Anny a Daniela vzal oba sourozence několikrát na propustku k sobě domů, ale

neprojevili zájem vzít si je do své péče. Dle vyjádření dětí „má už novou rodinu“. Otec Natálky si ji po roce, který strávila v Klokánku, vzal do své péče, ale po 10 měsících ji vrátil, z důvodu finanční tísně a nezvládnutí výchovy. Vyskytly se též problémy ve vztahu Natálky a přítelkyně otce. Vlivem dlouhého odloučení od otce vyžadovala Natálka maximální pozornost pro sebe a odmítala přijmout novou otcovu partnerku. Hlavními důvody neshod v rodině byla Natálčina žárlivost a nevraživost vůči partnerce otce a nepřiměřené vynucování si pozornosti pouze na svou osobu. V současné době Natálka nese opuštění otcem a vrácení do Klokánku velmi těžce. Neustále omlouvá otcovo odmítavé chování, projevuje o něj starost, čeká na jeho návštěvu nebo telefonát. Otec se však vyhýbá veškerému kontaktu se svou dcerou. Anna se později vyjádřila tak, že nechápe, proč se Natálka nedokázala chovat lépe a proč si více nevážíla toho, že může žít v rodině.

One mocnění v rodině: nadměrné požívání alkoholických nápojů, patologické hráčství (přítel matky), otec matky je v současné době ve výkonu trestu za spáchání brutální vraždy. Pravděpodobné duševní onemocnění v rodině, které nebylo blíže diagnostikováno, zvýšená tendence k agresivnímu a afektivnímu chování.

Bytové poměry: v jednopokojovém bytě bydleli matka, její přítel, děti a babička. Podle vyjádření dětí byl v bytě značný nepořádek, všude abnormální nečistota, na podlaze nataženy „černé dráty“ s žárovkou, aby si mohli svítit, později jim byla elektřina odpojena, nefungovalo topení a netekla teplá voda. Matka s přítelem spali na matraci, Daniel s Natálkou se postupně každý den střídali o jednu postel, Anna měla svoji a babička spala na zemi. Určitou krátkou dobu s nimi žil i otec přítele matky, který byl již 15 let bezdomovcem. Přinášel jim vyžebnané peníze, a tudíž u nich mohl bydlet a měl privilegium spát v posteli.

Osobní anamnéza:

Těhotenství: chlapec je z II. gravidity, bez komplikací

Porod: druhý porod, porod v termínu hlavičkou, p. h. 3500g, 47 cm

Po porodu se vyvíjel normálně, nekojen, očkován řádně dle očkovacího kalendáře.

Od 4 let sledován pro pomalý růst na endokrinologii.

Od roku 2009 sledován na neurologii pro epi paroxysmy

Neuropsychický vývoj: opožděn růstový vývoj

Zlozvyky: nejsou známy

Spánek: v noci spí, nebudí se

Prodělané nemoci: v roce 2009 byla diagnostikována epilepsie, v současnosti medikován, bez záchvatů.

Jaro 2012 – přijat na šestitýdenní pobyt na psychiatrii, který mu byl o další dva týdny prodloužen z důvodu jeho konfliktního chování

Hyperkinetická porucha – medikován

Změny během života: chlapec procházel ve svém životě velmi těžkými obdobími. Biologičtí rodiče se rozvedli, otec si založil novou rodinu, matka si našla nového přítele, který postupem času začal děti fyzicky nepřiměřeně trestat. Na jeho příkaz děti fyzicky týrala i sama matka. Od nástupu školní docházky navštěvuje již třetí základní školu. Matka i její přítel jsou tohoto času ve výkonu trestu za fyzické týrání dětí a jejich babičky, která musela být na základě četných poranění způsobených při týrání, hospitalizována. Nyní je Daniel i jeho sourozenci již druhým rokem umístěn v Klokánku, v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.

Školní docházka: Daniel byl již v první třídě vyšetřen na žádost školy psychologem, který diagnostikoval u chlapce specifickou poruchu psaní a výslovnosti, opoždování řečového vývoje a nedostatky v chování jako následek negativních životních zkušeností. Druhý ročník zahájil v jiné škole, kde byl vyšetřen v pedagogicko-psychologické poradně. Byla mu diagnostikována dyslexie, dysgrafie a částečná porucha pozornosti. Do třídy byl zařazen jako integrovaný žák. Zpočátku bylo jeho chování přátelské, vstřícné, bezprostřední, dokázal být milý ke svému okolí. Brzy se však u něho začaly projevovat poruchy chování, zejména ve stresových situacích a v souvislosti s únavou. Vyučující dokázali adekvátně reagovat, jelikož měli dostatek zkušeností s těmito dětmi. Ve druhém a třetím ročníku byl Daniel často nemocen. Ve třetí třídě prodělal první epileptický záchvat, se kterým byl hospitalizován, poté se do školy vrátil. Zástupci školy konzultovali tuto situaci s ošetřující lékařkou a neuroložkou s tím, že některá doporučení lékařů nejsou schopni splnit (omezit hluk ve třídě – zvonění,

křik dětí apod.). Lékařky však usoudily, že chlapec je schopen školní docházku absolvovat. Několik týdnů poté se však záchvat vážného charakteru opakoval a Daniel byl opět převezen do nemocnice. Z tohoto důvodu matka požádala o možnost opakování třetí třídy. Škola matce vyhověla, ale s podmínkou, že chlapec bude navštěvovat školu pouze 10 hodin týdně na hlavní předměty a stanovila mu individuální plán.

Jelikož byl Daniel, vzhledem k neutěšené a ohrožující situaci v rodině, z tohoto prostředí odebrán a umístěn do Klokánku, pátý ročník začal navštěvovat opět v nové škole. V této době měl již diagnostikovanou dyslexii, dysgrafii, dysortografii, epilepsii, ADHD, poruchy chování a následky negativních životních zkušeností. Do pátého ročníku byl integrován jako žák se speciálními vzdělávacími potřebami a vzděláván podle individuálního plánu. Postoj pedagogů k Danielovi byl značně rozporuplný. Na jednu stranu projevovali lítost nad tím, co vše si již musel ve svém životě prožít a na stranu druhou byli často z jeho chování bezradní. Dle sdělení vyučujících uměl být Daniel přátelský, vstřícný a milý ke svému okolí, ale brzy po nástupu na jejich školu začal mít stále větší problémy s chováním a sebeovládáním. Odmítal se podrobit požadovaným aktivitám, vyrušoval, křičel a chodil po třídě, dělal nepořádek. Po napomenutí reagoval vždy nepřiměřeně, až hystericky. Někdy plakal, jindy se „zapřel“ a odmítal komunikovat. V těchto situacích byl zlostný i lítostivý zároveň. Vyučující vždy po těchto incidentech nechali Daniela odpočinout na pohovce, která byla ve třídě pro tyto účely umístěna. Chlapec většinou okamžitě usnul. Po probuzení se choval pokorně a sliboval, že tato situace již nenastane. Tyto incidenty se ale stále opakovaly a bylo zjevné, že Daniel své afekty neumí ovládat. Spolužáci ho nejdříve podporovali a snažili se mu pomáhat. Později se ale vzhledem k jeho chování, začali od Daniela odtahovat. Jeden ze spolužáků vypověděl, že mu Daniel vyhrožoval, že ho zmlátí a zabije. Chlapec se svěřil matce, protože se začal bát z tohoto důvodu chodit do školy, a tak se i někteří rodiče začali zajímat o to, zda Daniel nemůže ohrozit jejich děti a zda by vůbec měl v této třídě setrvávat. Daniel neadekvátně reagoval na subjektivní pocit nespravedlnosti, nedostatečné pozornosti pedagogů či výtky. Často se dostával do emočně vypjatého stavu, charakterizovaného nevypočitatelnou směsicí zloby a pláče. V tomto stavu

nadával, křičel, pobíhal po třídě a byl slovně agresivní. Na konci páté třídy absolvoval šestitýdenní diagnostický pobyt na psychiatrické klinice. V této době byla atmosféra ve třídě klidná. Jeho návrat byl očekáván s obavami ze strany spolužáků i vyučujících. Daniel patřil k žákům s dobrou pamětí a předpoklady ke slušným výsledkům ve školní práci, toto ale bylo přebíjeno jeho psychickou labilitou, častou nepohodou a nadměrnou sebestředností. Často na sebe upozorňoval za každou cenu. Bavila ho matematika, největší problémy měl s českým jazykem a angličtinou.

Zástupci Klokánku několikrát absolvovali jednání ve škole z důvodu problematického chování chlapce. Několikrát se stalo, že zástupci školy telefonicky kontaktovali Klokánek, že má Daniel jeden ze svých afektů a oni nevědí, co s ním dělat. Pečující teta nebo strýc museli poté chlapce ze školy vyzvednout. Při jednání ve škole však vyučující nakonec vždy začali Daniela omlouvat, pravděpodobně s ohledem na jeho tíživé životní zážitky a situace se nijak neřešila. K vyhocení situace ve škole došlo, když jednoho dne Daniel vůbec nerespektoval přítomnost vyučující ve třídě, hlasitě se bavil a házel po třídě různé předměty. Na žádost vyučující, ať jí předá předměty, se kterými si pohazuje, jí odpověděl, že jí je prodá. Poté ji přímo „zasypal“ vulgárními výrazy a převrhl na ni lavici. Na pokyn vyučující, ať s ní jde do ředitelny, Daniel utekl ze třídy. Byl nalezen na toaletách, v napětí se zaťatými pěstmi. Později pečující tetě v Klokánku řekl, že kdyby neutekl ze třídy, tak by paní učitelce něco už udělal. Druhý den na to byl nalezen u Daniela v aktovce ostrý nůž, který pečující teta používá na vykostění masa. Daniel nejdříve popíral, že by si ho dal do aktovky on sám, ale poté se vymluvil, že si ho vzal na čištění kopaček. Nakonec se vyučující, která byla zároveň jeho třídní učitelkou, omluvil. Se školou bylo domluveno, že Daniel bude přeřazen do jiné třídy stejného ročníku, kde je třídním učitelem ředitel školy, kterého chlapec více respektuje.

Osobnost dítěte: společenský, bezprostřední, občas zvýšeně impulzivní, tendence k afektivním rozladám, touží po přijetí a ocenění, v sociální interakci méně obratný se sníženou schopností správně zachytávat a interpretovat sociální signály, citlivý k odmítání a k nesouhlasu. Patrná emoční labilita, zvýšená úzkostnost.

V Klokánku se Daniel choval k dětem přátelsky, dokázal být milý a vstřícný. Byly u něj ale patrné velké výkyvy v chování. Dokázal být v určitých situacích velmi výbušný až agresivní, někdy ostatním dětem vyhrožoval. Často býval nesoustředěný a někdy působil smutně a unaveně.

Mezi zájmy Daniela patří sport, zejména florbal a fotbal, kterým se také v Klokánku věnoval. Dále navštěvoval sportovní kroužek, rád hrál počítačové hry a sledoval televizi. Zajímal se o dinosaury a jiné pravěké ještěry.

Individuální práce: Individuální péče byla u Daniela zaměřena jak na jeho stránku zdravotní, tak psychickou. Byly mu znovu nasazeny léky a nastavena jejich opětovná hladina v krvi. Od počátku pobytu v Klokánku se u něho již neobjevovaly epileptické záchvaty. Chlapec byl medikován také na ADHD, ale i přes jeho impulzivní a afektivní projevy v chování, mu nemohla být hladina těchto léků zvýšena, právě vzhledem k medikaci na epilepsii. Daniel byl veden v rodině k agresivnímu chování vůči sourozencům a babičce. Tyto projevy se během pobytu v Klokánku zmírnily, ale i přes snahu pracovníků zařízení, se nepodařilo zlepšit vztah Daniela ke své mladší sestře. Daniel navázal hezký vztah k pečující tetě a strýci. Zejména se strýcem si vybudoval blízký vztah a velmi si s ním rozuměl, hlavně díky jejich společnému nadšení pro sportovní aktivity. Pečující strýc se mu intenzivně věnoval, byl pro něho autorita, poskytoval mu korektivní mužský vzor a potřebnou podporu. Prostřednictvím sportu měl možnost zbavit se nadměrného napětí a přemíry energie.

Na individuální práci s Danielem se podílel celý tým odborníků.

Psycholog – pomáhal Danielovi zpracovávat jeho problémy a afekty. Spolupracoval s dětskou psychiatrickou léčebnou, kam chlapec docházel na kontroly ohledně medikace a byl v kontaktu s ošetřujícím lékařem v průběhu chlapcovy hospitalizace. Zprostředkoval individuální psychoterapie.

Speciální pedagog – pomohl se školními povinnostmi, spolupráce s pedagogicko-psychologickou poradnou a se školou.

Sociální pracovník – jeho hlavní činnost spočívala v nepřímé práci s chlapcem, ale v problémových situacích se spolupodílel na jejich řešení. Často býval prostředníkem mezi dítětem, pečující tetou, strýcem či institucemi a otcem.

V případě Daniela se podílel též na projednávání jeho problémového chování ve škole.

Individuální psychoterapie v DKC – Danielovi byla provedena diagnostika syndromu CAN, bylo naplánováno několik terapeutických sezení a asi po třech měsících byla terapie ukončena, protože chlapec se vyjádřil, že terapii již nepotřebuje.

Skupinová práce: po dobu jednoho roku Daniel docházel do centra Sámovka na arteterapii a muzikoterapii.

Nynější onemocnění, problémy: Přestože byla Danielovi poskytnuta veškerá možná péče a byla velká snaha mu pomoci, jeho těžká životní zkušenost zapůsobila na jeho osobnost tak silně, že se nepodařilo zmírnit jeho afektivní chování na přijatelnou hranici. U Daniela se jeho problémové chování projevovalo nejdříve ve škole, ale postupně se přenášelo i do Klokánku. Situace se vystupňovala opět jedním z Danielových afektů, který se tentokrát neuskutečnil ve škole, ale právě v Klokánku. Daniel i ostatní chlapci v bytě byli upozornění pečující tetou a strýcem, že nesmí brát do školy žádné počítačové hry a podobné předměty. Daniel však toto nařízení nerespektoval, a přestože jim strýc ráno prohlížel aktovky, podařilo se mu pronést do školy PSP. Po návratu ze školy, přišla do jejich bytu dívka, která chtěla navštívit své sourozence, kteří bydlí ve stejném bytě jako Daniel. Tato dívka je velmi komunikativní a ráda si se všemi povídá. Zmínila se, že Daniel měl ve škole PSP. Ještě než stačil pečující strýc jakkoli zareagovat, Daniel začal křičet, že „ji nenávidí a že ji zabije“. Zavřel se do svého pokoje a v afektu začal trhat všechny učebnice. V tu chvíli bylo patrné, že má obrovskou sílu, přetrhl několik tvrdých stran najednou. Pečující strýc s ním zkoušel komunikovat, ale chlapec nereagoval. Strýc kontaktoval sociální pracovníci v kanceláři, která šla s ním do bytu a také se pokusila Daniela uklidnit. Ten jen pokračoval v trhání učebnic a přitom křičel, že je mu všechno jedno, všechny nenávidí a zabije. Nedařilo se žádným způsobem chlapce zklidnit, proto musela být přivolána záchranná služba. Daniel byl odvezen opět na dětskou psychiatrickou kliniku. Jelikož se tyto afekty u chlapce stupňovaly a přenesly se postupně ze školy do Klokánku, bylo patrné, že Daniel nebude moci dále v zařízení setrvávat. Byla zde hrozba, že by v některém ze svých nezvladatelných

afektů, mohl ohrozit menší děti, které s ním v bytě bydlely nebo kohokoli ze zaměstnanců.

V tomto případě se i přes veškerou snahu celého týmu, který se Danielovi v Klokánku již od jeho umístění do zařízení věnoval, nepodařilo udržet jeho chování v přijatelných mezích, tak aby zde mohl zůstat. Je otázkou, nakolik je jeho chování ovlivněno genetickou zátěží, a tím co ve svém dětství prožil, a nakolik hledáním vlastní identity ve spojení s obdobím puberty, ve kterém se chlapec právě nachází. Je pravděpodobné, že Danielovo problémové chování ovlivňuje mnoho faktorů. Velký vliv na rozvoj jeho osobnosti mělo zcela jistě prostředí, ve kterém chlapec vyrůstal, výchova rodičů, kde bylo prokázáno zanedbávání dítěte i fyzické týrání. Období puberty, ve kterém se nyní chlapec nachází, pravděpodobně také mohlo ovlivnit vystupňování jeho afektivního chování. Do Klokánku byl Daniel přijat ve svých 11 letech, a tak prostředí, ve kterém po dlouhou dobu vyrůstal, a způsob výchovy nechaly na jeho osobnosti silné následky. I přes veškerou snahu o intenzivní individuální a skupinovou práci s chlapcem, se nepodařilo Danielovi pomoci, aby se naučil své chování ovládat a udržet v přijatelné hranici. V současné době je Daniel po svém posledním afektu hospitalizován a poté bude převezen do diagnostického ústavu a umístěn do dětského domova.

6.5.2 Marek, 9 let

Rodinná anamnéza:

Otec: 41 let, vysokoškolské vzdělání, podnikatel. Sklony k neurotickému jednání, chronická podezíravost, chladnokrevnost, anetičnost v prožívání, preference svého chtění při absenci empatie a vcítění do druhých, pedanterie, nadprůměrné sebevědomí s absencí pocitů viny či silného sebevědomí, má tendenci se stavět do nejlepšího světla a nepřiznat si běžné lidské poklesky. Není vyloučena snaha zakrýt těmito pocity vlastní nejistotu.

Matka: 37 let, vysokoškolské vzdělání, etoped, psychoterapeut. Velmi autentické prožívání, sklony k magickému myšlení, zvýšená emocionalita, citlivost, tendence

k upřímnému prožívání. Sklony vyhledávat silné osobnosti a podléhat jim, nevadí jí být vůči nim submisivní, ale umí se zdravě prosadit.

Sourozenci: Matěj, 6 let, aktivní, bystrý chlapec. Má velmi dobré vyjadřovací schopnosti vysoce překračující jeho věk. Navštěvuje první ročník základní školy.

Vztahy v rodině: rodina (otec, matka a jejich dva synové) žila společně se svými prarodiči z otcovy strany v jejich domě. V rodině byl patrný silný vliv babičky (matky otce), která je autoritativní a rodinu „řídí“. Babička, svého syna a svou snachu citově vydírala. Tvrdila, že se sama nudí, a tak se necitlivě účastnila veškerého dění v rodině. Otec dětí sám neměl žádné sourozence a byl na matku psychicky silně fixován. Velkou roli hrálo i finanční zabezpečení a jistota ze strany jeho rodičů. Nikdy se vlastně neosamostatnil, nedospěl. Po celý život bydlel se svými rodiči a pracoval v rodinné firmě. Otec dětí žil svůj život jako za svobodna, sportoval a hodně času věnoval svým dalším koníčkům. Veškerá péče o děti a domácnost náležela matce dětí, která však žila pod velkým tlakem, jelikož byla neustále pod dohledem otcovy matky a jeho samého. Matce dětí bylo neustále naznačováno, že jí v domě nic nepatří, nebylo respektováno její soukromí, byla ponižována a znevažována. Její manžel i jeho matka ji často kritizovali, kontrolovali, předělávali její práci. Zpočátku se snažila přimět svého manžela k osamostatnění, ale tomu vyhovovalo, že jeho matka za něj přebírá odpovědnost. Byl si vědom, že je pro něj výhodné se svými rodiči zůstat i po finanční stránce. Situace a vzájemné vztahy v rodině se postupně vyhrocovaly. Babička (otcova matka) dělala mezi dětmi rozdíly. Starší Marek byl protěžován před Matějem – vyjadřovala se o nich, jako Marek „a ten druhý“. Když babička viděla Marka, jak se mazlí se svou matkou a on si toho všiml, poděšeně od ní utekl. Otec dětí měl sklony k agresivitě a nezvladatelné výbušnosti, kdy několikrát děti neadekvátně udeřil. Vystupňovalo se i jeho nepřiměřené chování vůči jeho manželce, matce dětí. Začal porušovat listovní tajemství, dokázal se dostat do její elektronické pošty, i když byla zabezpečená hesly, četl jí zprávy v telefonu. Při prohledávání manželčiny věcí, našel její deník z psychoterapeutického výcviku, kde si vedla povinné záznamy a označil ho za „šamanský deník“. Věty z tohoto deníku, vytržené z kontextu, potom četl ostatním. Do auta své manželky nechal zabudovat čip a sledoval, kde přesně se vůz pohyboval. Po všech těchto

událostech, matka začala mít strach o zdravý vývoj svých dětí, jelikož pocítovala škodlivý vliv tohoto rodinného prostředí na ně a cítila, že ani ona již dlouho tento tlak nevydrží. Děti byly izolovány, byl jim znemožňován kontakt s vrstevníky, byly zatěžovány problémy dospělých. Otec dětí i jeho matka vedli chlapce k útekům do nemoci, k hypochondrii. Neustále je kontrolovali, prohlíželi zuby, nehty, uši, oči, sledovali každý pupínek, kvůli kterému byly potom děti omluveny ze školy či mateřské školky. Vztah obou chlapců k matce byl velmi dobrý, z otce měli strach. Matka se snažila své děti brát často na výlety a být s nimi mimo toto rodinné prostředí. Vzájemné vztahy v rodině se vyostřily v okamžiku, kdy matka onemocněla. Navštívila lékaře, ke kterému docházela celá rodina jejího manžela, a který byl již rodinným přítelem. Matka chlapců se nechala vyšetřit a čekala na výsledky z této lékařské prohlídky. Její manžel ji poté sdělil, že už s lékařem mluvil, a že vyšetření u ní prokázalo velmi vážné onemocnění. Matka dětí žila několik dní ve velké úzkosti a strachu. Poté lékaři zatelefonovala sama, aby si informaci ověřila, ten ji však toto tvrzení vyvrátil. Žádné zhoubné onemocnění se neprokázalo. V tuto chvíli byla rozhodnuta o odchodu z rodiny i s chlapci.

Onemocnění v rodině: pravděpodobná psychická porucha otce.

Bytové poměry: rodina je velmi dobře situovaná. Otec, matka i obě děti žijí v rodinném domě rodičů otce. Dům je poměrně velký, hezky zařízený s bazénem. Děti mají svůj vlastní prostorný pokoj, který si musí udržovat v dokonalém pořádku. Nemovitost náleží rodičům otce dětí, matka chlapců se do rodinného domu přivdala a tato skutečnost jí byla stále připomínána.

Osobní anamnéza:

Těhotenství: první, chtěné

Porod: první, spontánní – více informací není známo

Neuropsychický vývoj: není známo

Zlovyky: ve vypjatých situacích má sklony k sebepoškozování

Spánek: občas pocítoval silnou úzkost, v průběhu spánku byl neklidný, měl děsivé sny, pocity absence spánku

Prodělané nemoci: běžné dětské nemoci

Změny během života: matka se rozhodla, pod vlivem tíživých podmínek v rodině, odejít od otce a podat žádost o rozvod. Po dobu než soud rozhodne, komu svěří děti, se rodiče dohodli na střídavé péči. Na příslušném OSPOD byla sepsána dohoda o střídavé péči. Matka tuto dohodu respektovala, otec však po uplynutí jednoho měsíce přestal matce děti předávat s odůvodněním, že chlapci k ní nechtějí. OSPOD poté vedl rodiče ke smírnému řešení sporu a domluvil mediační setkání rodiny v dětském krizovém centru ADRA. Otec akceptoval pouze první schůzku. Opakovaně sdělil, že děti odmítají kontakt s matkou, protože z ní mají strach. Tvrdil o ní, že se věnuje šamanským praktikám, že chlapci se bojí artefaktů, které používá při svých rituálech. Otec s dětmi neustále navštěvoval různé odborníky, hlavně z oboru psychiatrie a psychologie za účelem získání jejich vyjádření na podporu svých tvrzení. Kontaktoval také Fond ohrožených dětí, kde proběhlo psychologické vyšetření obou chlapců i rodičů. Z vyšetření vyplynulo, že situace je pro děti natolik tíživá, že může poškodit jejich zdravý morální, citový a sociální vývoj. Dochází k silné manipulaci s dětmi, které jsou vystavovány přesouvání zodpovědnosti za situaci na sebe, může u nich dojít k závažným psychickým a vztahovým problémům. Na tomto základě bylo rozhodnuto o nutnosti umístění dětí do neutrálního prostředí a bylo vydáno předběžné opatření. Děti byly umístěny do Klokánku.

Školní docházka: Po umístění do Klokánku byl Marek přeřazen do školy, do které dochází většina dětí ze zařízení. Do kolektivu dětí se postupně zařadil a našel si kamarády. Jeho bratr nastoupil do prvního ročníku této školy. Na první školní den chlapce doprovázela pečující teta, protože rodiče nebyli schopni se dohodnout, jakým způsobem děti do školy doprovodit. Otec s matkou vůbec nespocoval, nekomunikoval a naopak celou situaci oběma synům jen ztěžoval.

Osobnost dítěte: Marek je chytrý, bystrý a nadaný chlapec, ale zvýšeně úzkostný, někdy neurotický, nevěří si. Neustále se o sobě vyjadřuje slovy „jsem debil“, „já za to nemůžu, že jsem blbej“. Velmi rád a hezky kreslí, své obrázky z výtvarného kroužku, který navštěvoval v místě bydliště, měl vystavené na vernisáži. V Klokánku také chodil na výtvarný kroužek. Je manuálně zručný, rád pracuje s modelínou. Viděl pečující tetu plést a chtěl to také zkusit. Pletení ho

bavilo a podařilo se mu vyrobit šálu. Rád také navštěvoval sportovní kroužek v Klokánku. Psychologické vyšetření Marka vykázalo až patologické procento úzkostnosti a neurotického přizpůsobení (pro neschopnost vlastního prožívání, zcela potlačení citění i špatně integrovanou osobnost, je schopen až identifikace s druhými, stírá se hranice mezi já a ty). Patologický strach z vlastního prožívání, přejímání postoje druhých, bez vlastního názoru. Depresivita, instabilita, celková labilita, nezakotvenost pro citové strádání. Zaujímá divácký postoj ke světu. Nedostatek smyslu pro realitu, sklon k fantaziím a snění, únikové tendence do vlastního světa. Nelze vyloučit narcismus. Silná převaha racionální kontroly „já“. Deformace vitality. Je trvale nastražen v obranném postoji k subjektivně vnímanému nepřátelskému světu – vysoké procento agresivity, ve všech znázorňovaných prvcích. Cítí se opuštěn, v sociální izolaci. Z kresby je patrné volání o pomoc, pocit méněcennosti, hyperneuroticismus, psychosomatizace, perfekcionismus, pocity viny.

Nynější onemocnění, problémy – důvod umístění do Klokánku: Marek byl umístěn do Klokánku na základě rychlého předběžného opatření z důvodů velmi tíživé situace v rodině, kterou chlapec již těžko psychicky zvládal. Z psychologického vyšetření vyplynulo, že v situaci, kdy byl on i jeho bratr izolován od matky, žil pouze ve společnosti dospělých ze strany otce, kteří jej indoktrinovali a manipulovali proti matce, způsobilo v jejich psychice nevratné škody. Oba byli takovým tlakem zdeptáni, projevil se u nich stres, neschopnost vyrovnat se s podmínkami, které nechápali, projevovala se u nich nutková agresivita, u Marka až misantropie, zvýšená úzkostnost, únik od lidí do imaginárního světa a nebylo pak vyloučeno, že by mohlo jít až o psychotické prožitky či změněný stav vědomí, měli pocit ohrožení. Obzvláště nebezpečné bylo přesouvání zodpovědnosti za situaci na děti. Během tří měsíců, kdy otec nepředával děti matce, docházelo k silné manipulaci s nimi, dalo by se mluvit až o „vymývání mozku“. Děti za takto krátkou dobu matku zcela zavrhly. Při rozhovoru s psychologkou v Klokánku Marek vyprávěl, jak na ně byla jejich matka zlá. Mluvil o tom, jak je bila paličkou na maso. Vyprávěl, že je šamanka, dávala jim zakázané léky (zelené prášky s černými skvrnami a černou čárkou uprostřed), po kterých viděli věci, které jiní lidé neviděli. Foukala

na ně šamanskou flétnou, až oba skoro ochrnuli. Měla doma strašné věci (peří, křídla, hlavu káněte), kterých se chlapec bál, a také údajně sledovali filmy s šamanskou tematikou, které měla matka doma. Viděl, jak zakopávali s šamany hlavu prasete, dělali rituály a proklínali lidi. Matka byla podle Marka drogová dealerka (specifikoval to tak, „že si píchá, ale nemá fleky na žilách a má doma smotané byliny na čaj“). Drogy mu údajně podává od 4 let. Pojem šamanství chlapec chápe jako „zlé kouzelné věci“.

Po rozhovoru s matkou bylo zjištěno, že se již dlouho zajímá o různé kultury a má doma nějaké hudební nástroje (bubínek, tibetská mísa), a také kamínky složené do mandal, svíčky a knihy, které se této problematice týkají. Některé tyto předměty používá při terapiích v rámci své profese. Nemá ve svém bytě ani žádný film o šamanech, pouze jednou sledovala společně s chlapci dokumentární pořad o šamanech, kde však nebylo nic z toho, co chlapci uváděli. V bytě matky bylo provedeno šetření a její slova se potvrdila.

Zpočátku Marka a jeho bratra v Klokánku navštěvoval pouze otec a jeho rodina (babička, děda a dědova sestra, která v jejich domě uklízela), jelikož chlapci matku rezolutně odmítali. Návštěvy probíhaly v přítomnosti psychologky, která v zařízení pracuje, jelikož zde byla obava z další manipulace s dětmi a přenášení odpovědnosti a rozhodování na ně, což by již pravděpodobně psychicky neunesly.

Oba chlapci byli do Klokánku přijati ve značném psychickém napětí a vyčerpání, ale u Marka bylo patrné, že danou situaci prožíval mnohem hůře než jeho bratr. Mladší Matěj byl celou situací také zasažen, ale zdaleka ne tak silně jako Marek. Prioritou po umístění chlapců do zařízení bylo poskytnout jim pocit bezpečí, nechat jim čas na uvolnění napětí z celé situace, kterou posledních několik měsíců prožívali, a získat jejich důvěru. Bylo důležité, aby dokázali mluvit o tom, co se opravdu dělo a neprožívali při tom pocit viny, aby se mohli s důvěrou svěřit někomu, kdo jim bude naslouchat a bude jim věřit. Marek byl pod obrovským tlakem otcovy rodiny, která přenášela tíhu celé situace na něj, a cítil také odpovědnost za svého bratra. Pečující tety si začaly všimnout, že Marek byl často smutný a sklíčený. Říkal, že se stále něčeho bojí, cítil silnou úzkost, měl děsivé představy. Vyprávěl pečující tetě, že když žili ještě u otce v domě, chtěl

skočit ze střechy zahradního domku a zabít se, protože už nemohl unést své úzkosti. Nikomu to nechtěl říct a bál se, aby se to nedozvěděl otec. Přiznal se, že si někdy schválně ubližuje – píchá se kružítkem, mlátí se, tluče hlavou o zed'. Byla domluvena konzultace s psycholožkou zařízení, které se Marek také svěřil se svými pocity plnými úzkosti a děsivými sny. Stále opakoval, že se bojí, aby se nic nedozvěděl otec. Markův stav byl natolik závažný, že bylo nutné podniknout další kroky. Chlapec byl objednan na psychiatrické vyšetření, na jehož základě byl medikován a na individuální psychoterapii, která se konala jednou týdně.

Z Markova chování začalo být patrné, že i když se při návštěvách svého otce snaží chovat radostně, ve skutečnosti z něho má strach. Vše nasvědčovalo tomu, že chlapci jsou otcem a jeho rodinou stále silně manipulováni a udržováni v napětí. Marek se snažil kontrolovat, aby neudělal nějakou chybu, kterou by mu otec mohl vytknout. Také zde hrozilo, že chlapci budou při návštěvách zatěžováni řešením rodinné situace a jejich psychické napětí se bude zvyšovat. Z tohoto důvodu probíhaly všechny návštěvy za asistence psycholožky zařízení. Chlapce navštěvoval otec a s ním i jeho rodiče jednou týdně na dvě hodiny a každý den otec chlapcům telefonoval. Asistované návštěvy probíhaly bez větších problémů, jelikož otec se velmi kontroloval. Při návštěvě se nejvíce zajímal o to, zda berou všechny léky, zda pravidelně cvičí, zkontroloval vlasy, uši, oči, nehty, co jedí apod. I přesto, že otec s prarodiči docházel za chlapci jednou týdně, bylo patrné, že jejich úzkost (hlavně u Marka) nepolevuje. Chlapci věděli, že otec každý den telefonuje a získali tak dojem, že i když otec není přítomen, stále nad nimi má moc a může je kontrolovat. Chlapci se dále drželi své teorie o matce šamance a stále svou matku zavrhovali.

Matka chlapce také pravidelně navštěvovala v zařízení, nosila chlapcům dárky, jejich oblíbené věci, fotky z výletu, které pořídila těsně před odchodem od otce, a na kterých oba působili v objetí matky velmi spokojeně. Matka se snažila chlapce kontaktovat osobně i telefonicky, ale ti stále odmítali s matkou jakýkoli kontakt (mluvit s ní, jít za ní do návštěvní místnosti nebo jen zamávat z okna). Nevzali si od matky žádné věci, které jim poslala, protože jsou „začarované“. Odmítali i rodinu matky – babičku a tetu (sestru matky). Psycholožka a sociální pracovnice Klokánku se snažily přesvědčit matku, aby dala chlapcům čas

a nenaléhala na ně, ani je nenutila k setkání násilím. Obzvláště Marek by tuto situaci již těžko unesl a hrozilo, že by musel být hospitalizován na psychiatrické klinice.

I když to bylo pro matku velmi těžké, svolila, a přes odmítání chlapců, jezdila dále na návštěvy a telefonovala jim. Většinou ale mluvila pouze s pečující tetou, která ji řekla, jak se chlapci mají a co dělají. Telefonní rozhovory s otcem i matkou probíhaly na hlasitý odposlech, o čemž oba rodiče věděli. Přes veškerou snahu matky, bylo ale patrné, že vliv autoritativního, manipulativního otce, který své děti zastrašuje, už jen svým vystupováním a neustálou kontrolou, je tak velký, že za jeho přítomnosti, se opětovný vztah s matkou nepodaří navázat. Z tohoto důvodu byl sociálními pracovníci podán návrh k soudu na zákaz styku otce s dětmi po dobu jednoho měsíce. Tomuto návrhu soud vyhověl a poté byl tento návrh rozšířen i na prarodiče ze strany otce, a týkal se i styku telefonického. Po sdělení této informace chlapcům byla jejich reakce naprosto bez emocí, okamžitě toto rozhodnutí přijali beze stopy jakékoli lítosti. Naopak bylo vidět, že se hlavně Markovi velmi ulevilo. Poté za nimi začala jezdit teta (sestra matky), první dvě návštěvy proběhly neúspěšně, ale jakmile jim bylo vysvětleno, že teta by je moc ráda viděla a jezdí za nimi z velké dálky, Marek přislíbil, že další návštěvu již za tetou půjde. Svě slovo splnil a na třetí návštěvě již s tetou hovořil, a poté byli v pravidelném telefonickém kontaktu, a uskutečnily se i další návštěvy. Matka, která byla chlapci stále odmítána, začala propadat zoufalství a žádala, pracovníky Klokánku, aby za přítomnosti psychologa, chlapce ke kontaktu s ní přinutili. Psycholožka i sociální pracovnice se snažily matce vysvětlit, že u chlapců je patrný určitý posun a pro všechny bude lepší, když jim bude poskytnut delší čas a setkání bude dobrovolné. Matka přistoupila na návrh pracovníků Klokánku a dále za dětmi jezdila. Snažila se najít různé možnosti, jak chlapce nenásilně přimět ke kontaktu. Někdy telefonovala s pečující tetou a vzkázala dětem, že stojí před Klokánkem, aby jí zamávaly. Oba chlapci to však odmítli a Marek si poté stěžoval, že se mu špatně dýchá. Když si s ním pečující teta popovídala, uklidnil se. Marek měl v této době časté psychosomatické projevy. Jindy četla matka chlapcům do telefonu pohádky. Ti si nejdříve zacpávali uši a utíkali do svého pokoje, ale postupně si nechávali otevřené dveře a poslouchali.

Během prvního měsíce zákazu styku s otcem a jeho rodinou se kontakt s matkou nepodařilo navázat, ale na obou chlapcích bylo patrné, že se zklidňují. Markovy úzkosti se objevovaly méně často, již lépe usínal a jeho spánek během noci byl klidnější. Podařilo se navázat kontakt se sestrou matky. Při těchto návštěvách působili chlapci spokojeně a jejich chování bylo spontánní. Z těchto důvodů byl zákaz styku s otcem prodloužen o další měsíc. Již dva dny po tomto prodloužení, Marek vzkázal matce, jestli by mu koupila pokojovou květinu. Matka mu ji přinesla a Marek si pro ni došel do návštěvní místnosti. Pouze si ji převzal, ale poté ještě stál v okně a matce zamával. Od tohoto dne s ní Marek začal komunikovat i po telefonu. Další návštěva proběhla v kanceláři u vedoucího zařízení, se kterým byli chlapci na víkendovém táboře, a také mu důvěřovali. Přišel pouze Marek, chvíli s matkou komunikoval a dal jí obrázek, který vyryl. Pečující teta sdělila, že po této návštěvě byl Marek již v klidu a nebyly na něm patrné žádné výčitky svědomí. Hned druhý den matka telefonovala a Marek ji popřál k svátku, mluvil s ní i Matěj. Od této chvíle oba chlapci začali s matkou komunikovat, Marek s ní mluvil i 1,5 hodiny po telefonu každý den. Po druhé návštěvě matky chlapců v Klokánku, si chtěl Marek před spaním popovídat s pečující tetou o věcech, které ho hodně trápily. Začal vyprávět, jak to v jejich rodině opravdu bylo. Mluvil o tom, jak mu otec ubližoval, bil jeho i bratra za každou hloupost a „poštvoval“ je proti matce. Vyprávěl, jak se otec choval hrubě a byl agresivní. Mrzelo ho, že mu otec lhal o matce a on mu věřil a potom také lhal, aby otce bránil. Zpětně ho moc mrzelo, že s matkou nezačal mluvit dříve, když za ním jezdila. Řekl také pečující tetě, že přemýšlel o jejich situaci a že by byl nejraději jen s matkou, po otci se mu nestýská. Postupně začal o své situaci mluvit i s psychoterapeutkou, ke které pravidelně docházel a s psycholožkou v Klokánku. Bylo patrné, jak moc se mu ulevilo.

Po úspěšném navázání opětovného kontaktu s matkou byly domluveny víkendové propustky pro oba chlapce, prozatím k tetě a babičce z matčiny strany. Víkend proběhl bez potíží, chlapci se vrátili nadšení a vyprávěli, že se byli podívat i u své matky v novém bytě, kde se jim moc líbilo. Měli tam připravený svůj pokoj. Další víkend již proběhl v bytě u jejich matky. Chlapci říkali, že se na maminku těší a vždy přijeli spokojení, proto byla vystavena dlouhodobá propustka k matce na

Vánoce s tím, že chlapci se již do Klokánku nevrátí a zůstanou u matky do doby, než rozhodne soud o tom, komu budou svěřeni do péče.

Po celou dobu pobytu chlapců v Klokánku, otec podával stížnosti na různé úřady, snažil se manipulovat s informacemi, tak aby vše vycházelo v jeho prospěch. Neustále se s ním řešily různé konflikty. Neprokázal nejmenší snahu se s matkou dětí dohodnout a situaci řešit způsobem, který by děti zasáhl co nejméně. Odmítal mediační službu, setkání s matkou dětí na OSPOD či v jiné organizaci a řešení sporu v rámci dospělých osob. Naopak do celé situace aktivně zapojoval děti, přenášel odpovědnost a tíhu rozhodování na ně. Stále se za ně „schovával“. Pro chlapce, a zvláště pro staršího Marka, však byla tato situace psychicky naprosto vyčerpávající. Soudní znalec, který chlapce v Klokánku vyšetřoval, se vyjádřil způsobem, že takto hlubokou a rychlou manipulaci u dětí ještě ve své praxi nezažil.

Individuální práce:

V tomto případě byla péče o oba chlapce zaměřena hlavně individuálně. Velmi důležité pro ně bylo, **navázání vztahu k pečujícím tetám**, ke kterým chlapci získali důvěru a postupně se jim Marek začal svěřovat.

Psycholog - podařilo se postupně s chlapci navázat kontakt, a ti poté vždy mohli navštívit psychologku zařízení, když si potřebovali popovídat, uvolnit své napětí či úzkost. Bylo domluveno vyšetření na dětské psychiatrické klinice pro Marka a chlapec byl medikován s ohledem na jeho úzkosti a neklidný spánek. Marek nejdříve tvrdil, že mu léky nepomáhají, ale postupem času bylo patrné určité zklidnění. Chlapec chodil na kontroly ohledně správného dávkování medikace a jeho psychického stavu.

Individuální psychoterapie – byla zahájena intenzivní spolupráce s dětskou psychoterapeutkou. Podařilo se jí navázat s Markem terapeutický vztah, kdy Marek získával k terapeutce důvěru a postupně se přestal ujišťovat, jestli se to, o čem spolu mluví, nemůže dozvědět jeho otec. Jakmile získal pocit bezpečí, začal se svěřovat a vyprávět, co prožíval a jak vše ve skutečnosti bylo. Tím z něho postupně začal opadat jeho strach a napětí.

V případě obou chlapců se podařilo v rámci intenzivní individuální péče zlepšit jejich psychický stav, jejich prožívání celé situace a znovunavázat kontakt s jejich matkou a její rodinou. V současné době jsou oba chlapci v její péči, ale stále není situace vyřešena úplně. Bude na rozhodnutí soudu, komu chlapce svěří do péče a jakým způsobem upraví styky chlapců s oběma rodiči. Na oba rodiče i na děti byly zpracovány soudně-znalecké posudky, ke kterým by mělo být přihlédnuto.

6.5.3 Karolína, 9 let

Rodinná anamnéza:

Otec: 37 let, vyučen zedníkem, t. č. sledován na neurologii, doporučen částečný invalidní důchod

Matka: 29 let, submisivní, mentální subnorma, lehká mentální retardace

Sourozenci: bratr Tomáš, 3 roky

Vztahy v rodině: matka s biologickým otcem dětí nežila ve společné domácnosti. Pobývala s dětmi u nového přítele, který na ni měl velmi silný vliv. Zanedbávala péči o své děti a věnovala se především jemu. Přítel za ni vyřizoval telefonáty, a i když byla na jednání na úřadě, prostřednictvím telefonu ji diktoval, co má odpovídat. Po určité době spolužití se její přítel vyjádřil, že „nesnáší mimina“, matka proto odnesla malého Tomáše k jeho biologickému otci. Sdělila mu, že si Tomáše u něho ponechá a za pár dní si pro něho přijde. Po uplynutí několika dnů se otec obrátil na OSPOD s tím, že matka si chlapce nevyzvedla. Zkusil jí telefonovat, ale telefon zvedl její přítel a oznámil mu, ať si Tomáše nechá, že oni ho nechtějí. Otec si proto chlapce ponechal, a ten byl svěřen do jeho péče. S matkou u přítele zůstala jen Karolína. Vztah matky k dceři byl však velmi chladný, matka nereagovala na její dotazy, zanedbávala její potřeby, dívka byla citově deprivovaná. Matka sama připustila, že svou dceru nepřiměřeně trestá, např. když Karolína nechce psát domácí úkoly, zbije ji páskem. Potom většinou svého činu lituje, ale při další příležitosti se zachová stejným způsobem. Nedokáže své jednání kontrolovat. Byla ji doporučena návštěva psychiatra či psychologa, matka vždy přislíbila, že na vyšetření půjde, ale nikdy tak neučinila. V domácnosti byl kritický nedostatek potravin, a tak dívka měla k obědu jen

jogurt a často mívala hlad. Domácnost byla velmi stroze vybavena, prostředí pro dítě bylo zcela nepodnětné. Nejlépe vybavena byla ložnice, kam si matka často zvala pánské návštěvy. Karolína tak občas musela sedět na chodbě domu, před dveřmi bytu a čekat, až tyto návštěvy odejdou. Někdy to bývalo i pozdě večer, leckdy i po 22. hodině. Stávalo se, že mohla zůstat doma, ale poté byla přítomna všemu, co se v bytě odehrávalo.

One mocnění v rodině: pravděpodobně psychická porucha u matky, která však odmítá jakékoli vyšetření.

Bytové poměry: matka s dcerou a přítelem žili ve dvoupokojovém bytě. Karolína neměla v bytě své zázemí ani téměř žádné hračky. Byla přítomna mnoha pánským návštěvám, které do bytu chodily za její matkou, někdy musela čekat na chodbě domu, až návštěvy odejdou.

Osobní anamnéza:

Těhotenství: první, porod v termínu, ph. 3200 gramů, poporodní vývoj normální

Porod: nejsou známy bližší informace

Neuropsychický vývoj: nepodařilo se zjistit

Zlozvyky: nejsou známy

Spánek: bez potíží

Prodělané nemoci: běžné dětské nemoci

Změny během života: matka nežila s biologickým otcem obou dětí. Našla si nového přítele, ke kterému se s Karolínou přestěhovala a jejího bratra nechala v péči biologického otce. Matka upřednostňovala svého přítele před svou dcerou a tu zanedbávala a fyzicky trestala.

Školní docházka: Karolína zahájila školní docházku s ročním odkladem, ale již v prvním pololetí v první třídě měla velmi špatné známky. Pedagogové ji klasifikovali nedostatečnou z českého jazyka a matematiky. Na základě žádosti školy, byla proto vyšetřena v pedagogicko-psychologické poradně. Výkon v testu rozumových schopností se celkově pohyboval v pásmu lehké mentální retardace s celkově vyváženou složkou verbální i prakticko-názorovou. Výkony v dílčích subtestech byly méně vyrovnané – variovaly od podprůměrných (slovní a sociální porozumění, pracovní tempo, praktický neverbální úsudek) po defektní

(všeobecná informovanost, početní představy, chápání časové následnosti a logický úsudek). Ze strany pedagogicko-psychologické poradny bylo doporučeno přeřazení dívky do základní školy praktické. S tímto však matka nesouhlasila a vyjádřila se tak, že raději Karolínu nechá opakovat první ročník. Pro tento případ však v doporučení bylo zdůrazněno, že je nutné dívce pomáhat s domácí přípravou a je potřebný pravidelný nácvik hlasitého čtení, psaní a počítání, a dívce se intenzivně věnovat. Toto ale matka nebyla schopna zajistit. Naopak Karolína chodila do školy i ze školy sama, ráno se sama vypravovala, takže docházelo k tomu, že často přišla pozdě. Úkoly si vypracovávala vždy až ve třídě, do školy chodila špinavá.

Osobnost dítěte: Karolína je veselá, usměvavá dívka, ale dokáže být také tvrdohlavá a umíněná. Patrný jsou i známky hyperaktivity a poruchy soustředění, ale pokud ji činnost zaujme, dokáže svou pozornost udržet i delší dobu. Je ke všem velmi vstřícná, v navazování vztahů je až nevybíravá, se sklonem k nadměrné přichylnosti. Je kamarádká, ráda si hraje s dětmi.

Nynější onemocnění, problémy: Na začátku pobytu v Klokánku byla Karolína velmi neklidná, chtěla si dělat jen, co sama chce, a odmítala poslechnout. Pokud si neprosadila svou, dokázala pečující tetu pojmenovat velmi neslušnými výrazy. Neslušná slova používala dosti často, pravděpodobně byla na způsob této komunikace zvyklá z domova. Také se u ní hned od počátku projevovalo sexualizované chování. Dvouletému chlapečkovi při přebalování sahala na přirození a stahovala mu předkožku. Na otázku tety, co to dělá, odpověděla, že ji to učil Honzík, což byl o dva roky starší kamarád. Ostatním dívkám v bytě ukazovala na panenkách různé sexuální praktiky. Z jejího chování bylo patrné, že byla svědkem sexuálních aktivit své matky a jejich „partnerů“ a bylo zde podezření, zda sama nebyla obětí sexuálního zneužívání. Karolína byla proto objednána na vyšetření do Dětského krizového centra (dále jen DKC). Na psychologické vyšetření se dostavila i matka Karolíny a sociální pracovnice OSPOD. Matka sdělila, že má s dcerou výchovné problémy a připustila, že je řeší fyzickými tresty. Cílem psychologického vyšetření bylo zmapování susp. fyzického týrání, příp. nepřiměřeného trestání a susp. sexuálního zneužívání nezletilé. Za jednocestným zrcadlem byly přítomny sociální pracovnice OSPOD

a sociální pracovnice DKC. Byla uskutečněna dvě diagnostická vyšetření Karolína v rámci prvního vyšetření spontánně sdělila, že jí matka opakovaně fyzicky trestá – bije ji vařečkou v oblasti hýždí. Dívka potvrdila, že ji po bití na těle zůstávají pohmožděniny. Kromě toho potvrdila, že byla opakovaně svědkem sexuálních aktivit své matky. Svěřila se také, že stejné praktiky, které viděla u matky a jejích partnerů zkoušela s kamarádem Honzíkem. Karolína byla označena jako bystrá dívka, která i přes neuspokojivé výchovné prostředí dokáže respektovat sociální normy a velmi dobře spolupracovat. Během vyšetření byly zjištěny velmi závažné informace potvrzující podezření, že dívka byla v domácnosti matky sexuálně zneužívána i nepřiměřeně tělesně trestána. Karolína opakovaně a konzistentně sdělovala, že byla často přítomna sexuálních aktivit matky s různými partnery. Jedním z nich měla být dívka i sexuálně atakována. Pachatelem byl podle dívky současný přítel matky. Popisovala jak ji i sebe svlékl, potom si na ni lehl a prováděl kopulační pohyby. Ze hry, kterou dívka předváděla s panenkami, bylo patrné, že došlo i k orálnímu sexu. Karolína také sdělila, že sama iniciovala experimentování s asi desetiletým kamarádem Honzou.

Z vyšetření bylo zjevné, že Karolína je aktuálně zaujatá tématem lidské sexuality, nelze proto vyloučit sexualizované chování ve vrstevnických vztazích. Jako nezbytné se pro Karolínu jeví vytvoření stabilního a především bezpečného prostředí, kde by byly saturovány její potřeby přijetí a pozitivních citových vztahů a zároveň nastaveny pevné výchovné hranice. Důležité bylo zajistit pro dívku bezpečí, tedy především zamezit možnému ovlivňování dívky ze strany matky a zároveň kontaktu s partnerem matky. V rámci vyšetření byla dívka edukována o svých právech a hranicích intimity. Byla doporučena další terapeutická péče.

Péče o Karolínu byla i pro pečující tety velmi náročná. Na jedné straně bylo nutné vymezit jí pevné hranice a na druhé straně potřebovala vynahradiť velké strádání v citové oblasti. Pečujícím tetám se toto dařilo, za pomoci psychologů zařízení, a Karolína začala v Klokánku prospívat. Byla přeřazena do praktické školy, kde se jí líbí a dobře ji zvládá. Má dobré známky (jedničky a dvojky), což ji více motivuje. Respektuje autoritu a již nepoužívá neslušná slova. Je ráda za každou pozornost a každá drobnost ji udělá radost. Důležitá je pro ni pochvala a povzbuzování, je nejistá a má malé sebevědomí. Někdy se vzepře a odmítá

v zadání nějakého úkolu pokračovat. Většinou je to způsobené obavami ze selhání. Po povzbuzení nebo nabídnutí pomoci, úkol dokončí a má velkou radost. Při kreslení či psaní byla někdy patrná velká tenze. Stávalo se, že místo psaní si najednou začala intenzivně a s velkým tlakem na psací náčiní čárat. Ve způsobu jejího čarání bylo znatelné obrovské napětí. Bylo jisté, že pro Karolínu je nutná další terapeutická péče. Byla zařazena do skupinové terapie v centru Sámovka. Terapie, kde se děti vyjadřují prostřednictvím výtvarné činnosti, pohybu a her, kde mohou takto „ventilovat“ své emoce, jí velmi prospívala. Začala se zklidňovat, i když určitá živost a potřeba být aktivní a v pohybu, je u ní patrná stále (hyperaktivita jí nebyla diagnostikována). Také se značně zmírnily její sexualizované projevy, ale je pravděpodobné, že není možné, aby zcela vymizely vzhledem k jejím zkušenostem v tak nízkém věku. Toto se, bohužel, stalo podnětem k tomu, aby sociální pracovnice z OSPOD trvala na pobytu Karolíny na psychiatrii po dobu šesti týdnů. Tato pracovnice kontaktovala pracovníky Klokánku a informovala je o rozhovoru s pedagožkou Karolíny ve škole. Bylo jí sděleno, že na toaletě si zvedala sukýnku a ukazovala se chlapcům. Jelikož nikdy předtím pracovníkům Klokánku taková informace nebyla předána a po celou dobu nebyly na chování Karolíny v tomto směru stížnosti, zdál se pracovníkům Klokánku tak dlouhý pobyt na psychiatrii neadekvátní vzhledem k tomu, co dívka prožila. Tato hospitalizace by mohla přispět k sekundární viktimizaci, jelikož dívka byla již vyšetřována a diagnostikována a své zážitky musela vyprávět různým lidem. Změna prostředí by dívce také neprospěla, protože Karolína je nyní zvyklá na své dvě tety a je na ně citově vázaná. Nakonec na základě zpráv z centra Sámovka, školní psycholožky, psycholožky Klokánku a vedoucího zařízení bylo na jednání uznáno sociálními pracovníci, že pobyt na dětské psychiatrii není pro Karolínu v současné době vhodný. Karolína byla objednána na individuální psychoterapii, na kterou bude docházet ambulantně se svými pečujícími tetami pravidelně jednou týdně. Matka několikrát Karolínu navštívila, ale návštěvy se odehrály asistovaně za přítomnosti pečující tety nebo sociální pracovnice Klokánku. Bylo zde podezření, že matka bude Karolínu ovlivňovat, aby popřela svou výpověď ohledně sexuálního zneužívání. Komunikace po telefonu byla také omezena, protože ve chvíli, kdy matka zatelefonovala a chtěla

s dívkou mluvit, telefon převzal partner matky a dožadoval se návštěvy Karolíny, což mu nebylo umožněno. Poté začal všem vyhrožovat, útočit a používat neslušné výrazy. Matka poté sdělila, že partner byl vzat do vazby a rozešel se s ní. Ve skutečnosti však byli dosud v kontaktu. Partner matky byl propuštěn z vazby, protože se mu sexuální zneužívání Karolíny nepodařilo prokázat. Matka se poté snažila získat Karolínu opět do své péče a chtěla si jí brát na propustky domů. Sociální pracovníce OSPOD byly nakloněny tomu, aby dívka k matce na víkendy chodila. Pracovníkům Klokánku se však podařilo prokázat, že matka je stále s tímtež partnerem, který Karolínu zneužil, a o dívku před jeho propuštěním, nejevila žádný zájem, a proto návrat k matce hodnotil pro Karolínu jako nebezpečný a ohrožující. Pracovníce OSPOD také nakonec uznaly, že toto prostředí není pro dívku vhodné. V současné době je snaha pro Karolínu nalézt náhradní rodinu, kde by mohla získat pocit bezpečí a zázemí a byly naplněny její citové potřeby.

Individuální práce:

Individuální péče v případě Karolíny spočívala v poskytnutí bezpečného zázemí, byla sycena její potřeba projevení zájmu o její osobu, naplňovány její citové potřeby a zároveň citlivě, ale důsledně nastavovány hranice, které jí pomáhaly zorientovat se v běžných situacích a vztazích.

Karolína musela také absolvovat lékařskou prohlídku na gynekologickém oddělení vzhledem k podezření na sexuální zneužívání. Vyšetření prokázalo neporušenost panenské blány, ale nevyloučilo možnost jiného typu sexuálního zneužití, tak jak se potvrdilo i v DKC.

Psycholog – psychologka zařízení pracovala s Karolínou na pozvolném odbourávání jejího sexualizovaného chování, což se do velké míry podařilo, povídala si s dívkou, kdykoli ji měla potřebu něco sdělit, pomáhala ji zpracovávat její zážitky. S pečujícími tetami konzultovala, jaký přístup ke Karolíně zvolit, jak reagovat na její případné problematické chování. Zprostředkovala pro Karolínu individuální terapii, na které dívka dochází jednou týdně.

Speciální pedagog – pomáhal dívce se školními povinnostmi, a to formou individuální péče, což Karolíně velmi prospívalo, protože měla po určitou dobu

někoho jen pro sebe. Pomoc s přípravou do školy byla vedena nenásilnou formou a prioritou bylo projevení zájmu o dívku, dodávání jí sebejistoty, že dané úkoly zvládne a také byla zaměřena na pochvalu. Práce na školní přípravě byla vždy prokládána vyprávěním Karolíny (jak se má, co zažila, z čeho má radost, co ji trápí) a někdy i např. nakreslením obrázku. Dívka měla z každé pochvaly a drobné odměny velkou radost, a také ji to motivovalo k větší snaze úkol dokončit.

Psychoterapie v DKC – byl domluven plán péče a stanoveny termíny setkání pro Karolínu. Terapeutická péče měla formu terapie hrou a Karolína zde dostávala prostor k odžití zátěžových emočních obsahů.

Individuální psychoterapie – po ukončení diagnostiky a několika sezení v DKC byla pro Karolínu zajištěna individuální psychoterapie. Kontakt s terapeutkou dívka navázala lehce a okamžitě se snažila v kontaktu zavděčit („nejraději chodím sem, to je moje největší přání, abych mohla každý den sem chodit“), bylo evidentní, že je potěšená, když se někdo věnuje pouze jí. Je pravděpodobné, že výlučných kontaktů s někým, kdo by se jí samotné věnoval déle, než pár minut v životě mnoho neměla, protože v takové situaci je nesmírně šťastná. Při hře se hračky v jejím podání občas dostávaly do konfliktu, poté se chovala impulzivně s občasným použitím hrubých výrazů. Také občas zmínila, že po ní „táta“ jednou hodil popelník nebo že jí „máma nadávala“. Zmínila to ale většinou distancovaně, jakoby se jí to netýkalo. Odřízla od sebe minulá traumata a zachází s nimi bez emocí. V současné době již není patrná žádná sexualizace témat nebo sexualizovaný podtext jejího jednání, umí dobře zvládat emočně příjemné situace, jakými je např. hra při terapii a snaží se je oddělit od situací, které by mohla prožívat jako problematické. Při terapii zpočátku nazvala pečující tetu mámou. Další tři dívky, které s ní bydlí ve stejném bytě má ráda, pouze s jednou se někdy nepohodne. Ve hře často uzpůsobuje situace tak, aby v ní hrály pouze „holky“, i jako zvířata. Mužské prvky málo zmiňuje.

Ze závěru vyšetření vyplynulo, že Karolína je impulzivní, citově traumatizovaná dívka s kognitivními schopnostmi podprůměrnými, s velikou potřebou kontaktu a bližších vazeb, které ji emočně velmi prospívají, socializují ji. V terapii je již bez sexuálních projevů. Bylo doporučeno pokračování v intenzivní terapii.

Skupinová terapie – centrum Sámovka

Výtvarná i pohybová činnost Karolínu velmi baví, pomáhá jí zbavit se přebytečné energie a tenze. Ze zprávy terapeutů, kteří s dívkou na Sámovce pracují, vyplývá, že je velmi komunikativní, v komunikaci s vrstevníky nemá problémy. Pokud se týká vztahu k dospělým, ráda by jim vyhověla, ale její vnitřní tenze zvítězí nad snahou vyhovět. Její pohybový projev je velmi dobrý. Potřebuje hodně času k vyhledání formy vyjádření po výtvarné stránce. Téma se jí podaří vyjádřit až v závěrečné části hodiny. Obsahově a formálně správně uchopí téma, potřebuje hodně podpory a pozornosti lektora. Karolína pozitivně reaguje na individuální péči a přístup, který je v jejím případě podmínkou k úspěšnému zapojení se do aktivit obou dílen.

Vzhledem k intenzivní práci individuální i skupinové udělala Karolína velký pokrok ve svém vývoji. Téměř vymizely sexualizované prvky jejího chování, hrubé vyjadřování se u dívky již také vyskytuje jen výjimečně. Do školy chodí ráda, i když k plnění školních povinností je občas potřeba vyvinout mírný tlak. Ve škole se k ostatním chová přátelsky a spolužákům ráda pomáhá. U Karolíny je patrný pozitivní vliv individuální i skupinové péče. Pracovat je nutné s dívkou i nadále. V současné době je největším přáním Karolíny mít někoho, kdo ji bude mít rád – novou rodinu. Celý tým Klokánku se nyní snaží o to, aby se její přání splnilo, i když s její diagnózou nebude jednoduché vhodnou náhradní rodinu najít.

7. DISKUZE

Pro svou diplomovou práci jsem si vybrala kazuistickou metodu, z toho důvodu, že mě velmi zaujaly případy dětí, se kterými v Klokánku pracuji, a které jsem měla možnost sledovat. V konkrétním zařízení není dětí, které mají přímo diagnostikovaný syndrom CAN mnoho, ale přesto většina z těch, které jsou zde umístěny, se potýká s těžkou životní situací, většinou již od útlého dětství. Tyto tři případy jsem vybrala proto, že nejvíce vystihují základní formy syndromu CAN a popisují jejich závažnost. Ze všech tří případů sledovaných dětí vyplývá, že ať se jedná o jakoukoli formu syndromu CAN, vždy ovlivnila vývoj jedince negativním způsobem. Stalo se tak nejen v případě fyzického napadání dítěte, ale také v případě týrání psychického. Je patrné, že trauma způsobené dětem je pro jejich vývoj nebezpečné, i když výstupy z této práce nelze zevšeobecnit, jelikož jsou zde uvedeny pouze tři případy takto postižených dětí. Záměrně byly vybrány případy, které představovaly různé formy syndromu, aby bylo poukázáno na to, že není možné určit, které formy jsou méně závažné než druhé. V těchto třech případech se prokázalo, že psychická forma syndromu nemusí být méně vážná než fyzická a následky pro dítě mohou být téměř stejně škodlivé. Také se zde nepotvrdilo, že děti s touto diagnózou, pocházejí především ze sociálně slabých rodin. Z hlediska možností práce s dětmi byl předpoklad, že intenzivní a navazující péče, je vždy pro dítě přínosná, pomůže mu zorientovat se v životě a udělat krok správným směrem. Z uvedených kazuistik však vyplývá, že tomu tak vždy nemusí být. Jistě by bylo zajímavé popsat více případů dětí se syndromem CAN a vzájemně je porovnat, ale tím by se stala práce až příliš rozsáhlou. Složitě je také porovnávat jednotlivé případy, protože u každého z nich jsou jiné podmínky a motivace. Další možností by bylo vybrat více případů dětí s tímto syndromem a zaměřit se pouze na určitá kritéria, cílem této práce však bylo popsat podrobně případy jednotlivých dětí, jejich anamnézu, důvod umístění do Klokánku a sledování jejich dalšího celkového vývoje po zahájení práce s nimi.

ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo postihnout problematiku syndromu CAN, zmapování možností práce a péče o tyto děti, a to jak péče individuální, tak skupinové z pohledu zařízení, do kterého jsou některé tyto děti umísťovány, a sledování případného pokroku a rozvoje při práci s nimi. Jak je patrné z obsahu této práce, diagnostika syndromu CAN je velmi závažná a z velké většiny ovlivňuje tyto děti po zbytek jejich života. Není vyloučeno, že nárůst potřeby řešit situaci takto postižených dětí vzroste s ohledem na současnou ekonomickou situaci, kdy se do problémů dostává stále více rodin.

Ze všech tří případů dětí popisovaných v kazuistikách vyplývá, jak moc ovlivňuje děti prostředí, ve kterém vyrůstají a způsob, jakým je rodiče vychovávají. Ve všech uvedených případech měli rodiče těchto dětí sami těžké dětství, ať už se jedná o týrání, zneužívání či autoritativní výchovu, a neměli možnost se zdravě rozvíjet. Velkou roli hrál u těchto dětí čas (jak dlouho v takovém prostředí pobývaly), a také intenzita s jakou byly děti týrány, ať fyzicky či psychicky. Proto je velmi důležité, aby se v rámci prevence, o této problematice stále více hovořilo. Je nutné edukovat hlavně odborníky, kteří s dětmi pracují, zvláště učitele mateřských a ostatních škol, aby si všímaly nejen prospěchu, ale i chování dětí a také případných změn v jejich chování, zda nejsou unavené, často smutné, zda nechodí do školy či mateřské školy špinavé, hladové, případně s modřinami, pohmožděninami, či jinými zraněními, zda nejsou extrémně zamlklé, ustrašené, vyhýbající se ostatním dětem apod. Důležité ale je, aby i široká veřejnost byla informována o tom, co se někdy může dětem dít v jejich vlastní rodině a co jsou schopni na nich páchat jejich nejbližší. Často neuvěřitelné případy se nyní, prostřednictvím médií, přeci jen dostávají do podvědomí většího počtu lidí, a ti si více všímají svého okolí. Stále však některé děti trpí zbytečně dlouho, protože není nikdo, kdo by na jejich případ upozornil. Sami děti si většinou svůj těžký úděl dlouho neuvědomují, protože nemají srovnání se způsobem výchovy v jiných rodinách.

Práce s dětmi se syndromem CAN je poté velmi náročná, jak pro děti, tak pro pečující osoby, a pokud dítě stráví v tomto ohrožujícím, závadném prostředí dlouhou dobu, nemusí se již tato pomoc a péče stát účinnou. U všech dětí,

popsaných v kazuistikách došlo k velkým změnám směrem k jejich zdravějšímu vývoji, jak v psychické oblasti, tak v oblasti hygienických návyků, komunikace, navazování vztahů s vrstevníky, zlepšení prospěchu ve škole, plnění a organizování si svých povinností, trávení volného času v rámci zájmové činnosti apod. Důležitá byla pomoc psychologická, speciálně-pedagogická a péče dalších odborníků.

Pro děti je velmi důležitou osobou, hlavně zpočátku, kdy potřebují zažít zejména pocit přijetí a bezpečí, být obejmuty a hýčkány, pečující teta, se kterou tráví nejvíce času, a která jim pomáhá postupně se učit nové dovednosti a orientovat se v novém prostředí, což je pro ně samotné dosti náročné, vzhledem k tomu, kolik nových věcí se musí naučit a kolik nových situací zažívají.

Vzhledem k náročnosti a potřeby komplexní péče při práci s takto traumatizovanými dětmi, je důležitá spolupráce mnoha složek, aby bylo dosaženo dobrých výsledků a co největšího prospěchu dítěte. Bohužel, ne vždy je optimální spolupráce možno dosáhnout (některé úřady rozhodují více ve prospěch svůj, než ve prospěch dítěte, dlouhé lhůty u soudních rozhodnutí, apod.).

Dalším důležitým faktorem, který by mohl pomoci pracovníkům, kteří pečují o děti se syndromem CAN, a poskytnout jim podporu v jejich náročné práci, je supervize, která v současné době v tomto zařízení chybí.

SEZNAM LITERATURY

ATKINSON, R. L., ATKINSON, R. C., SMITH, E. E. aj. *Psychologie*. Přel. Erik Herman, Miroslav Petržela a Dagmar Brejlová. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3.

ČÁP, J. *Rozvíjení osobnosti a způsob výchovy*. Praha: ISV nakl., 1996, ISBN 80-85866-15-3.

DUNOVSKÝ J., DYTRYCH Z., MATĚJČEK Z. aj. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-192-5.

DUŠKOVÁ Z., aj. *Obraz problematiky týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte v letech 1992-2003*. Praha: Dětské krizové centrum, o. s., 2004.

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, ISBN 80-85931-79-6.

HANUŠOVÁ, J. *Násilí na dětech – syndrom CAN*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dítěte, 2006. ISBN 80-86991-78-4.

HARRISON, M., A. *A safe place to live*. Jist Publishing. ISBN 1-55-864-090-8.

HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004, s. 119, 120. ISBN 80-7178-803-1.

KEHOE, P. *Helping abused children*. Parenting press, Inc. Seattle, WA 98125. ISBN 0-943990-18-1.

LEVINE, P. A. *Trauma očima dítěte*. Přel. Klára Meissnerová. Praha: Maitrea, 2012. ISBN 978-80-87249-27-7.

MAHLER, M. S., PINE, F., BERGMAN, A. *Psychologický zrod dítěte*. Přel. Slavoj Titl, Jana Malcová, Jaromír Teichman. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-722-4.

- MILFAIT, R. *Komerční sexualizované násilí na dětech*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-320-8.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1362-4.
- MUFSONOVÁ S., KRANZOVÁ, R. *O týrání a zneužívání*. Přel. Eva Hauserová. Praha: NLN, s.r.o., 1996. ISBN 80-7106-194-8.
- PIAGET, J., INHELDEROVÁ, B. *Psychologie dítěte*. Praha: SPN n.p., SPN 94-0-129.
- PORTERFIELDOVÁ, K., M. *Jak se vyrovnat s následky traumatu*. Přel. Miroslava Camutaliová. Praha: NLN, s.r.o., 1998. ISBN 80-710.
- PÖTHE, P. *Dítě v ohrožení*. 2. rozš. vyd. Praha: G plus G, 1999. ISBN 80-86103-21-8.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. aj. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-512-2.
- ŠEVČÍK D., ŠPATENKOVÁ, N. aj. *Domácí násilí*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-690-2.
- ŠPECIÁNOVÁ, Š. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. Praha: Linde, 2003. ISBN 80-86131-44-0.
- TAUBNER, V. *Nejstřeženější tajemství - sexuální zneužívání dětí*. Praha: Trizonia, 1996. ISBN 80-85573-72-5.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- VANÍČKOVÁ, E., PROVAZNÍK, K., aj. *Sexuální násilí na dětech*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-286-6.

VANÍČKOVÁ, E., aj. *Národní strategie prevence násilí na dětech v ČR na období 2008-2018*. Praha: Úřad vlády České republiky, Sekretariát rady vlády ČR pro lidská práva, 2009, ISBN 978-80-87041-86-4.

VANÍČKOVÁ E., PROVAZNÍKOVÁ H. *Stručný průvodce dětskou krizovou intervencí, stres a zdraví dětí*. Praha: UK – 3. LF, Růžová linka, za finanční podpory MZ ČR, 2006. ISBN 80-239-8347-4.

VANÍČKOVÁ E., PROVAZNÍK K., HADJ-MOUSSOVÁ Z. *Sexuální zneužívání dětí II. díl*. Praha: Karolinum, 1999.

VODÁČKOVÁ, D. aj. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 174 - 179 ISBN 978-80-7367-342-0.

VRTBOVSKÁ, P. *O ztraceném dítěti & cestě do bezpečí*. Tišnov: Sdružení SCAN, 2010. ISBN 80-86620-20-4.

WEISS, P., aj. *Sexuální zneužívání – Pachatelé a oběti*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-795-8.

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů

Seznam internetových zdrojů

Dostupné na WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Kazuistika>

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora: *Marcela Novotná*

Studijní program: *Sociální práce*

Studijní obor: *Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii*

Název práce: *Individuální a skupinová práce s dětmi se syndromem CAN*

Počet stran (bez příloh): 92

Celkový počet stran příloh: -

Počet titulů české literatury a pramenů: 32

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 2

Počet internetových odkazů: 1

Vedoucí práce: *Mgr. Martin Prokeš*

Rok dokončení práce: 2013

Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby má diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze dne:.....

.....

Uživatel/ka potvrzuji svým podpisem, že pokud tuto diplomovou práci využiji ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno,příjmení	Adresa	Datum	Podpis

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Marcela Novotná

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Individuální a skupinová práce s dětmi se syndromem CAN

Oponent práce: Mgr Martin Prokeš

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 92

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 35

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přílehavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Je, podle Vás, současná legislativní úprava zabývající se ochranou dítěte dostatečná?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Práci není, podle mého mnoho co vytknout, je na výborné úrovni. Jediná výtka směřuje k poměrně omezenému seznamu literatury.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně



Datum, podpis: 10.9.2013
Prokeš

**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Marcela Novotná

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: **Individuální a skupinová práce s dětmi se syndromem CAN**

Oponent práce: PhDr. Václava Masáková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 92

Počet stránek příloh: -

Počet titulů v seznamu literatury: 34

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přílehavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		2		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- ✓ Které další organizace pracují s dětmi se syndromem CAN?
- ✓ Dopady syndromu CAN na psychiku dítěte v dalším životě.
- ✓ Signály, kterých by si mělo okolí – zejména pedagogové všimnout u rozvíjejícího se syndromu CAN

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka se tématu zhostila kvalifikovaně s využitím jak dostupných teoretických pramenů tak vlastní praxe.

Vhodně volené kazuistiky dokreslily teoretickou rovinu s fundovaným pohledem na možnosti řešení situace.

Práce je přehledná, dobře strukturovaná.

Multidisciplinární přístup byl rovněž v práci akceptován.

Drobný zápor vnímám v tom, že se autorka omezila pouze na jeden typ zařízení, které se mimo jiné věnuje týraným dětem a minimálně se zmínila i o jiných – v tomto případě i státních organizacích, kde je i jejich součástí péče o děti se SY CAN – ať jsou to zdravotnická zařízení s psychologickou péčí, tak školská zařízení ochranné a ústavní výchovy.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

V Praze, 9.9.2013


PhDr. Václava Masáková