

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Ústav sociálních studií

Psychosociální dopady sexuálního zneužívání dětí

Bakalářská práce

Autor: Karolína Encová
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika se zaměřením na výchovnou práci v etopedických zařízeních
Vedoucí práce: Mgr. Olga Válková Tarasova
Oponent práce: PhDr. Jiří Kučírek, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor: Karolína Encová

Studium: P19P0232

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika se zaměřením na výchovnou práci v etopedických zařízeních

Název bakalářské práce: **Psychosociální dopady sexuálního zneužívání dětí**

Název bakalářské práce Psychosocial impacts of child sexual abuse
AJ:

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá psychosociálními dopady sexuálního zneužívání dětí. Teoretická část se zaměřuje na sexuální zneužívání dětí, také se obecně zmiňuje o syndromu CAN. Dále se práce zabývá psychologickými a sociálními následky sexuálního zneužívání na dětech. A následnou terapeutickou péčí o oběť a rodinu. Praktická část práce je kvalitativní výzkum - polostrukturovaný rozhovor s odborníky a s pomáhajícími organizacemi zabývající se sexuálně zneužívanými dětmi. Cílem práce je rozšířit povědomí o sexuálním zneužívání (jeho následcích na dítě) a jaké strategie je nejlépe zaujmout při pomoci o sexuálně zneužívané dítě.

HANUŠOVÁ, Jaroslava. *Násilí na dětech - syndrom CAN*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. s. 3. ISBN 80-86991-78-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012. s. 12. ISBN 978-80-262-0225-7.

BLATNÍKOVÁ, Šárka. *Pachatelé komerčního sexuálního zneužívání dětí*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2009. s. 3. ISBN 978-80-7338-091-5.

WEISS, Petr. *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Grada, 2005. s. 5. ISBN 80-247-0929-5.

CHROMÝ, Jakub. *Kriminalita páchaná na mládeži: aktuální jevy a nová právní úprava v České republice*. Praha: Linde, 2010. s. 6. ISBN 978-80-7201-825-3.

ALLENDER, Dan. *Léčba zraněného srdce: bolest ze sexuálního zneužití a naděje na proměnu*. Přeložil Daniel MICKA. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-518-4.

GLASS, Cathy. *Rozbitá: příběh zneužívaného a odvrženého dítěte*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0025-3.

LEVINE, Peter A. a Maggie KLINE. *Prevence traumatu u dětí: průvodce k obnovení důvěry, vitality a odolnosti*. Praha: Maitrea, 2014. ISBN 978-80-87249-61-1.

DUBOWITZ, Howard a Joav MERRICK. *International aspects of child abuse and neglect* [online]. New York: Nova Science Publishers, c2010, 1 online zdroj (xviii, 286 s.) [cit. 2020-11-02]. Health and human development. ISBN 9781611224030.

Garantující pracoviště: Katedra sociální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Olga Válková Tarasova

Oponent: PhDr. Jiří Kučírek, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 13.1.2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci Psychosociální dopady sexuálního zneužívání dětí vypracovala pod vedením vedoucí práce Mgr. Olgy Válkové Tarasové, samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 29. 4. 2022

Karolína Encová

Poděkování

Tímto bych velice ráda poděkovala své vedoucí práce Mgr. Olze Válkové Tarasové za její vstřícnost, odborné rady a pomoc při zpracování zvoleného tématu. Zároveň velmi děkuji všem respondentům výzkumného šetření, kteří ochotně odpověděli na všechny otázky v rozhovoru a předali tak mnoho cenných informací.

Anotace

ENCOVÁ, Karolína. *Psychosociální dopady sexuálního zneužívání dětí*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2022. Rozsah práce 66 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá psychosociálními dopady sexuálního zneužívání dětí. Teoretická část se zaměřuje na sexuální zneužívání dětí, také se obecně zmiňuje o syndromu CAN. Dále se práce zabývá psychologickými a sociálními následky sexuálního zneužívání na dětech. A následnou terapeutickou péčí o oběť a rodinu. Praktická část práce je kvalitativní výzkum – polostrukturovaný rozhovor s odborníky a s pomáhajícími organizacemi zabývající se sexuálně zneužívanými dětmi. Cílem práce je rozšířit povědomí o sexuálním zneužívání (jeho následcích na dítě) a jaké strategie je nejlépe zaujmout při pomoci o sexuálně zneužívané dítě.

Klíčová slova: sexuální zneužívání, syndrom CAN, dopady traumatu, psychické trauma, psychoterapie

Annotation

ENCOVÁ, Karolína. *Psychosocial impacts of child sexual abuse*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2022. 66 s. Bachelor Thesis.

The bachelor thesis deals with the psychosocial impacts of child sexual abuse. The theoretical part focuses on child sexual abuse, it also generally mentions the CAN syndrome. Furthermore, the work deals with the psychological and social consequences of sexual abuse on children. And the subsequent therapeutic care for the victim and the family. The practical part of the work is qualitative research – a semi-structured interview with experts and helping organizations dealing with sexually abused children. The aim of this work is to raise awareness about sexual abuse (its consequences for the child) and what strategies are best to take in helping a sexually abused child.

Keywords: sexual abuse, CAN syndrome, impacts of trauma, psychic trauma, psychotherapy

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum:.....

Podpis studenta:.....

Obsah

Úvod	10
1 Sexuální zneužívání dětí	12
1.1 Formy sexuálního zneužívání	13
1.2 Právní hledisko sexuálního zneužívání.....	14
1.3 Syndrom CAN – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte .	15
1.4 Komerční sexuální zneužívání dětí.....	17
1.5 Vyšetření.....	19
1.6 Prevence sexuálního zneužívání	20
2 Psychosociální dopady sexuálního zneužívání dětí.....	22
2.1 Psychologické dopady	23
2.2 Sociální dopady	24
2.3 Role rodiny	25
2.4 Sekundární viktimizace.....	25
2.5 Psychické trauma	27
2.6 Nástroje zmírnění.....	29
2.7 Terapeutická péče	30
3 Výzkumná šetření psychosociálních dopadů sexuálního zneužívání mezi psychology	33
3.1 Cíl výzkumného šetření	33
3.2 Výzkumné otázky	33
3.3 Metody výzkumného šetření.....	36
3.4 Výběr výzkumného vzorku.....	37
3.5 Průběh výzkumného šetření.....	38
3.6 Předvýzkum	39
3.7 Interpretace získaných dat	39
3.7.1 Dílčí výzkumná otázka č. 1.....	40
3.7.2 Dílčí výzkumná otázka č. 2.....	42
3.7.3 Dílčí výzkumná otázka č. 3.....	47
3.7.4 Dílčí výzkumná otázka č. 4.....	52
3.8 Závěr výzkumného šetření.....	54
Závěr	56
Seznam použitých zdrojů	58

Přílohy.....	61
---------------------	-----------

Úvod

V dnešní době už není téma kolem sexuálního zneužívání dětí ve společnosti takové tabu. V televizi, v knihách i na sociálních sítích je tato problematika hojně řešena. Snad každý zaznamenal v médiích aspoň jeden případ sexuálního zneužívání. Také díky sociálním sítím vznikají různá hnutí a stránky na podporu obětí a na sdílení traumatizujících zážitků. V Americe existuje hnutí #MeToo, které bojuje proti sexuálnímu obtěžování a zneužívání, nebo stránka „Děti jsou taky lidi“ za kterou stojí paní Zdeňka Šíp Staňková. Ta na svém instagramovém účtu vyzvala sledující, aby jí posílali hlášky, kterými je častuje okolí kvůli jejich citlivému a shovívavému přístupu k dětem. Spustila tím masivní vlnu sdílení prožitých traumat v dětství, které se týkaly násilí, zneužívání, vyhrožování, manipulace atd.

Málo z nás si umí představit, jak traumatizující je něco takové prožít a jaké si z toho oběti odnášejí následky do života. Ještě horší je, když se obětí stane bezbranné dítě, a pachatelem je rodinný příslušník. Z mnoha výzkumů vyplývá, že největší počet případů sexuálního zneužívání se odehrává právě v rodině. A dopady na oběť incestního zneužívání jsou daleko rozsáhlejší a vážnější, protože dané zneužívání může probíhat roky a nikdo nemusí zjistit, že se něco takového děje. A dítě je zmanipulované, že to samo neřekne. Je těžké uvěřit, že se násilí dopouští milovaná osoba, která by měla dítěti dávat pocit bezpečí a podpory. A místo ochrany, dítěti vědomě ubližuje. Jak autorka v knize *Rozbitá*, jež byla pěstounkou holčičky brutálně sexuálně zneužívané svými rodiči, říká: *„Jodie je poškozené dítě. Rodiče ji jednoduše rozbili. Její duševní schopnosti a city jsou zničené. Pochybuji, že se někdy zotaví natolik, aby vedla normální život, a nikdy nezažije radost ze života, jaký jí náležel. K doživotnímu trestu ji odsoudili lidé, kteří si ji měli naopak pěstovat a hýčkat.“* (Glass, s. 262, 2011)

Cílem bakalářské práce je rozšířit povědomí o sexuálním zneužívání dětí, hlavně jeho následcích a jaké strategie je nejlépe zaujmout při pomoci zneužívanému dítěti. Toto téma je svými děsivými dopady na život oběti tak závažné, že je nutné zvýšit informovanost široké veřejnosti a klást důraz na prevenci. Pro zvýšení povědomí o dopadech sexuálního zneužívání dětí a kontaktech, kde hledat pomoc, autorka práce vytvořila informační letáček, který se nachází v příloze B na straně 66.

Bakalářská práce se dělí na teoretickou a empirickou část. Teoretická část práce se dělí na dvě kapitoly. Nejprve se práce zaměřuje na sexuální zneužívání dětí. V podkapitolách jsou řešeny formy sexuálního zneužívání, právní hledisko, dále syndrom CAN, komerční sexuální zneužívání, vyšetření a konečná podkapitola se věnuje prevencí sexuálního zneužívání. Druhá kapitola nese název „Psychosociální dopady sexuálního zneužívání dětí“. V této části je práce rozdělena do sedmi podkapitol. První dvě podkapitoly se zabývají psychologickými a sociálními dopady sexuálního zneužívání. Další podkapitoly se zaměřují na roli rodiny, na sekundární viktimizaci, psychické trauma, nástroje zmírnění a poslední závěrečná podkapitola se věnuje terapeutické péči o oběť a rodinu. Empirická část je provedena kvalitativním výzkumem a metodou polostrukturovaného rozhovoru je zpracována z výzkumného šetření ze čtyř rozhovorů s psycholog/psychoterapeuty, kteří pracují se sexuálně zneužívanými dětmi. Tato část práce se dělí na osm podkapitol, které se zabývají cílem výzkumného šetření, výzkumnými otázkami, metodami výzkumného šetření, výběrem výzkumného vzorku, průběhem výzkumného šetření, předvýzkumem, interpretací získaných dat a v neposlední řadě i závěrem výzkumného šetření.

Tato práce je určena všem lidem, kteří se zajímají o konkrétní problematiku a mají zájem dozvědět se více o dopadech sexuálního zneužívání dětí na jejich psychiku a do jakých všech sfér života zvolené téma zasáhne. Teorie se u této problematiky moc nemění, a pro ty, kteří už mají hlubší pohled na dané téma, je obsah nepřekvapí, ale i tak je konkrétní práce podle autorky důležitá.

Vazba práce na studovaný obor sociální pedagogika spočívá, podle autorky v tom, že sociální pedagog se může snadno setkat s případem sexuálního zneužívání dětí ve své profesi. I v této práci se klade důraz na významnou roli rodiny při pomoci o sexuálně zneužívané dítě a jak správně by rodina měla fungovat. Nebo jaký typ rizikového rodiče a prostředí je nebezpečné pro další vývoj dítěte.

Na závěr by chtěla autorka práce objasnit, že pojmem „dítě“ se myslí, osoba mladší osmnácti let.

1 Sexuální zneužívání dětí

Oficiální a mezinárodně přijatá definice sexuálního zneužívání dětí, přihlíží hlavně k jeho ničivým důsledkům na oběť. Přesné znění definice: „*Sexuálním zneužíváním dítěte se rozumí veškerá interakce mezi dítětem a dospělým, při níž je dítě poníženo (degradováno) na objekt uspokojení sexuálních nebo sexualizovaných potřeb dospělého. Tzv. sexualizovanou potřebou bývá nejčastěji potřeba moci a nadvlády nad někým či potřeba kontaktu s někým, která se odehrává sexuálním způsobem.*“ (Čírtková, 2013, s. 165) Sexuální zneužívání dětí (CSA, Child Sexual Abuse) je nevhodné přinucení dítěte k pohlavnímu kontaktu, činnosti nebo chování. Shrnuje veškeré pohlavní dotýkání, pohlavní styk nebo vykořisťování kýmkoli, kdo dítě zneužívá. (Čírtková, 2013)

Sexuální zneužívání je poměrně časté, ale málo oznamované a obtížně kontrolovatelné. K sexuálnímu zneužívání může dojít v jakékoli sociální vrstvě, bez ohledu na vzdělání či materiální zázemí pachatelů. Většina pachatelů nemá žádnou duševní nemoc, jsou naprosto zdraví a přesně vědí čeho se dopouštějí. (Čírtková, 2013)

Je zcela jasné, že děti v každé zemi zažívají zneužívání a zanedbávání. Popisy systémů sociální péče o děti mají několik společných témat v různých zemích: nedostatek jasných definic, nejednoznačné politiky, neimplementované zákony, omezené údaje o rozsahu a povaze problému a nedostatečné zdroje pro řešení špatného zacházení s dětmi. (Dubowitz, online, 2010)

O problematice sexuálního zneužití dětí se začalo mluvit začátkem 80. let 20. století, a to díky rozvoji feministického a emancipačního hnutí žen (jako první v USA poté i západní země v Evropě). Také byly přijaty tři významné dokumenty ochraňující děti, a to je Charta práv dítěte (1924), Konvence o právech dítěte (1959) a Úmluva o právech dítěte (1989). (Weiss, 2000)

Vyhraněný vzorec chování sexuálně zneužitého dítěte neexistuje. Některé příznaky, více či méně naznačují sexuální zneužití, ale nespecifické příznaky mohou být způsobeny jinými problémy nebo traumaty než sexuálním zneužíváním. (Čírtková, 2013) Některé příznaky se objeví v souvislosti se sexuálním zneužíváním anebo při fyzické přítomnosti pachatele, ale mohou také v určité chvíli vymizet. (Allender, 2018)

Příznaků sexuálního zneužití dětí je několik:

- Nevhodné sexuální chování dítěte, které není přiměřené věku dítěte (masturbace na veřejnosti, napodobování pohlavního styku, dotýkání se genitálií dospělého).
- Náhlé odmítnutí, neochota nebo strach zůstat o samotě s jistým člověkem nebo na určitém místě, s kterým dříve neměly problém.
- Dítě se distancuje od ostatních dětí a obtížně navazuje přátelství.
- Bolest, pálení, svědění nebo modřiny v oblasti pohlavních orgánů.
- Přítomnost neobvyklých výtoků může být příčinou nějaké sexuálně přenosné choroby.
- Pomočování do postele nebo cucání palce (dítě se vrátilo k dřívějším stádiím vývoje).
- Změna osobnosti jako je chronická podrážděnost, náhlé změny nálad a velká stydlivost. (Levine, Klineová, 2019)

1.1 Formy sexuálního zneužívání

Sexuální zneužívání se dělí na dotykové a bezdotykové. Rozdíl těchto typů sexuálního zneužívání je v tom, že v **dotykovém zneužívání** dochází k přímému pohlavnímu kontaktu. (Weiss, 2005) Dotykové zneužívání se dělí na **tři stupně intenzity**, první stupeň jsou polibky, doteky na prsou apod. K druhému stupni se řadí francouzské polibky, digitální manipulace s pohlavními orgány. A do posledního stupně patří všechny formy a způsoby pohlavního styku. (Vaničková, 2009) Při **bezdotykovém zneužívání** jde hlavně o donucení dítěte sledovat, např. pornografické videozáznamy nebo sledování sexuálních aktivit dospělých tomu se říká **voyerství**. Dále je to **exhibicionismus**, kdy dospělý ukazuje dítěti své obnažené pohlaví. A poslední je **verbální zneužívání**, při kterém zneuživatel volá dítěti anonymně, tyto hovory mají sexuální podtext. (Machková, 2012)

Další forma sexuálního zneužívání je **incest**, jedná se o sexuální kontakt mezi dvěma příbuznými. „*Oběti incestu většinou pocházejí z rodin s autoritativním otcem, ve výchově absentující matkou (např. matkou dlouhodobě nemocnou) a z rodin s konzervativním a rigidním postojem k sexu.*“ (Weiss, 2000, s. 10) U sexuálního zneužívání jde většinou o rodiče, prarodiče, strýc/teta, sourozenec atd. U incestu většinou

není pachatel pedofil, zde jde spíše o poruchu osobnosti nebo patologii rodinných vztahů. Nejčastěji jde o výskyt incestu mezi otcem (vlastní/nevlastní) a dcerou. V případě zneužívání nevlastním otcem jde o **pseudoincest**. Incestní sexuální zneužívání tvoří nejvíce případů a je také nejzávažnější, protože může trvat roky a naruší všechny rodinné vztahy. (Weiss, 2005) K incestu dochází mnohem dříve než k sexuálnímu zneužití mimo rodinu. Častěji jsou při incestu obětí dívky než chlapci. Pachatel incestu zneužívá své moci a postavení, dochází také více k vyhrožování, u sexuálního zneužití mimo rodinu se pachatel spíše projevuje jako laskavý, který oběti odměňuje dárky a sladkostmi. (Vaničková a kol., 1999) Incestní rodiny mají několik typických znaků a to jsou: uzavřenost rodiny před okolím, dítě nemá kontakty se sousedy a ani si nemůže k sobě domů zvat své kamarády, rodiny jsou silně nábožensky založené, rodina má pevně vymezené hodnoty a normy, dítě nenavštěvuje žádné kroužky atd. (Sochůrek, Sluková a kolektiv, 2013) Incest představuje hluboké duševní zranění, jež mnoha dětem zatarasí cestu vývoje k autonomii a schopnost jasně si vymezit hranice. (Fröhling, 2009)

1.2 Právní hledisko sexuálního zneužívání

V České republice je sexuální zneužívání považováno jako trestný čin a podle našeho práva se tedy rozumí pohlavní zneužití tak, že, kdo vykoná soulož s dítětem, které ještě nedovršilo věku patnácti let, nebo kdo je jiným způsobem pohlavně zneužije (Chromý, 2010) Mezinárodní úmluva o právech dítěte určuje dítětem každého jedince mladšího osmnácti let. V rozporu s Úmluvou je takové jednání, kde osoba navádí nebo nutí dítě k účasti na jakékoli nezákonné aktivitě. (Weiss, 2005) Trestní zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, zařazuje znásilnění, sexuální nátlak, pohlavní zneužití, soulož mezi příbuznými, kuplířství, prostituci ohrožující mravní vývoj dětí, šíření pornografie atd. do trestných činů proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti (§ 185-193). (Zákon č. 40/2009 Sb. Trestní zákoník, online, 2022)

Každý, kdo zjistí nebo má aspoň podezření na nějaké závažné ubližování dítěte, ať už se jedná o syndrom CAN nebo CSA, je zákonem povinen tuto záležitost nahlásit orgánům péče o rodinu a děti nebo rovnou Policii ČR.

Pachatelé sexuálního zneužívání se dělí na dvě skupiny. První skupina jsou **situační pachatelé**, kteří nejsou po sexuální stránce orientováni na děti, jsou „normální“

a netrpí žádnou sexuální deviací. Někteří mají diagnostikovanou poruchu osobnosti (např. psychopatii). K sexuálnímu násilí se uchýlí v důsledku vnějších okolností, např. stresová situace, ztráta zaměstnání, úmrtí manželky atd. (Čírtková, 2013) Druhou skupinou pachatelů jsou **pedofilové (parafilie)**, jde o sexuální deviaci, kdy jsou pachatelé eroticky zaměřeni na děti v prepubertálním věku (děti bez znaků dospívání). Nejčastěji jsou to děti ve věku pěti až dvanácti let. „*Pedofilové se chytají hůř než jiní kriminálníci, protože podle svého přesvědčení nedělají nic špatného, takže se nechovají provinile.*“ (Glass, s. 255, 2011) Jde o lidi, kteří preferují fyzickou nezralost objektu, tedy například chybějící pubické ochlupení a prsů u dívek, nepřítomnost ejakulace, ochlupení u chlapců a také dětské chování. Pedofilie se dělí na heterosexuální, homosexuální a bisexuální. Pedofilové trpí často poruchami osobnosti, anomální socializací a psychosexuální nezralostí nebo vyšší sociální introverzí. Pedofilie může být zapříčiněna několika faktory, např. viktimizace v dětském věku, nedostatečné sebevědomí pachatele nebo traumatická zkušenost s dospělým partnerem. Pedofilova osobnost se moc neliší od osobnosti dítěte. Svět dětí je pedofilům velmi blízký, dětem rozumí a jsou v dětském kolektivu dobře přijímáni. (Weiss, 2005)

Pachatel dítě tak moc zmanipuluje, díky tomu, že pozoruje jeho potřeby, a to co mu např. od rodičů chybí. A na druhé straně mu nabízí to, co od jiných dětí nedostává, takže něžná a laskavá péče dítě zmate a začne pachateli věřit. (Allender, 2018)

1.3 Syndrom CAN – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

Od 50. let minulého století se do povědomí lidí dostal „nový“ typ ohrožení dětí, a to syndrom CAN (Child Abuse and Neglect). A právě sexuální zneužívání spadá pod syndrom CAN. Švarcová (2002) definuje syndrom CAN takto: „*Jakékoliv vědomé i nevědomé aktivity, kterých se dopouští dospělý člověk na dítěti a jejichž následkem dochází k poškození zdraví a zdravého vývoje dítěte*“. (Kalibová, Kaliba, 2014, s. 11) Tento syndrom zasahuje jak celou rodinu, tak i bližší či vzdálenější sociální prostředí (širší příbuzenstvo, školu, vrstevníky apod.). (Smutková, 2007)

Syndrom CAN je třeba vnímat jako velký problém veřejného zdraví, ale laická ani odborná veřejnost na tento problém nedokáže pohlížet se stejnou závažností jako na rakovinu, srdeční choroby a AIDS. (Dubowitz, online, 2010)

Syndrom CAN se skládá ze čtyř forem, první z nich je **fyzické týrání**, při kterém dochází k tělesnému ublížení dítěti, které může skončit až smrtí týraného dítěte. Tělesné týrání se dělí na dvě skupiny z hlediska plánování tohoto negativního chování vůči dítěti, je to **neplánované týrání** dítěte, důvodem je například požití alkoholu nebo jiné návykové látky, z afektu apod. Druhou skupinou je **plánované týrání**, často dochází k opakovaným útokům, které jsou dávno přichystané. K formám fyzického týrání patří nepřiměřené bití rukou či různými předměty, kopání dítěte, údery pěstí, bodné rány, vytrhávání vlasů, odhození dítěte, škracení, dušení, svazování, silné třesení, polévání horkou vodou, pálení cigaretou atd. Fyzické týrání je vidět nejdříve, protože jde při pozorném pozorování snadno poznat, znaky fyzického týrání jsou např. modřiny, opakované a vícečetné zlomeniny, popáleniny, otřesy mozku, stopy po bodných či řezných ranách, vnitřní zranění, nevysvětlitelná poranění apod. (Kalibová, Kaliba, 2014)

Další forma syndromu CAN je **psychické týrání**, na tuto formu se velmi těžko přichází, protože není na první pohled vidět. U psychického týrání dochází k negativním útokům na citový vývoj dítěte, vývoj jeho chování, osobnosti a sebehodnocení, také může ovlivnit rozvoj mezilidských vztahů. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1999) Psychické týrání se dělí na dvě podoby, první z nich je **aktivní podoba**, do té spadá ponižování, nadávání, výsměch, opovrhování nebo zesměšňování dítěte. A druhá je **pasivní**, kam spadá nedostatečná stimulace, zanedbávání základních duševních i citových potřeb. (Hanušová, 2006) U dopadů psychického týrání záleží na osobnosti dítěte, na intenzitě a délce trvání tohoto jednání. Nejčastěji se psychické týrání vyskytuje u rozvádějících se rodičů nebo u rodičů, které se o děti přetahují, během společného soužití nebo i po rozvodu. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995)

Třetí forma syndromu CAN se týká **zanedbávání dětí**, jde o opomíjení nebo ignorování důležitých potřeb (tělesných i psychických) dítěte nebo opuštění dítěte, které vede k vážnému poškození vývoje dítěte a může vyeskalovat až ve smrt. Zanedbávání dítěte se dělí na dvě základní oblasti – **tělesná** (nedostatečná výživa, oblečení, bydlení, zdravotní péče, hygiena) nebo **výchovná** (dětská práce, absence ve škole a neumožnění

rozvoje vzdělávání). (Smutková, 2007) Ještě se k tomu pojí **citové zanedbávání**, jde o citové neuspokojování potřeb dítěte. Znaky zanedbávání dítěte jsou retardace, poruchy růstu a vývoje dítěte, zvýšený výskyt nemocí, uzavřenost, nedostatečné sociální dovednosti, náhradní citové vazby atd. (Kalibová, Kaliba, 2014)

Poslední forma je **sexuální zneužívání dětí**. V poznávacím procesu bylo formulováno jako poslední, ale tím, jak je závažné a nebezpečné by mělo být na prvním místě.

Zvláštní formy syndromu CAN jsou:

- **Systémové týrání (druhotné ubližování)**, forma týrání nebo zanedbávání, kterému jde zabránit, jedná se o týrání, které je způsobeno systémem, který by měl pomáhat a chránit děti a jejich rodiny. Jsou to například děti, které jsou neprávem odděleny od svých rodičů, trauma dítěte, které je způsobeno necitlivými nebo zbytečnými lékařskými prohlídkami a výsledky. (Hanušová, 2006)
- **Münchhausenův syndrom by proxy (v zastoupení)**, rodiče si vymýšlejí příznaky různých chorob svých dětí, děti tak stráví mnoho času v nemocnicích na vyšetřeních nebo jsou zbytečně operovány. Rodiče nejčastěji přidávají krev do moči, porušují sterilitu vzorku nebo simulují u dítěte nějaké onemocnění. Toto zacházení je velice vážné a může dojít až ke smrti dítěte.
- Při **organizovaném zneužívání**, jde o dobře organizovaný obchod, kde jsou obětmi děti, které se stávají obětmi prostituce, pornografie nebo dětské práce. Jde o širokou síť osob, které takto obchodují.
- **Rituální zneužívání**, je spojeno s kulty, sektami a kontroverzními náboženskými skupinami. Formy rituálního zneužívání: rituální oběti zvířat a lidí, kanibalismus, mučení, černé mše, únosy, sexuální zneužití, vynucená těhotenství. Rituální zneužívání je velice nebezpečná a neuvěřitelná forma syndromu CAN a její formy jsou často nevěrohodné pro svoji bizarnost. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995)

1.4 Komerční sexuální zneužívání dětí

Komerční sexuální zneužití (CSEC, Commercial Sexual Exploration of Children): „Každé užití dětí pro sexuální účely za finanční či jinou odměnu“. (Dvořáková,

Truhlářová, s. 10, 2004) Tato odměna je předána rodičům nebo jiným poskytovatelům dítěte. Ke komerčnímu sexuálnímu zneužívání se úzce váže i sexting (posílání zpráv s intimní tematikou). Při komerčním zneužívání dětí většinou spolupracuje větší skupina lidí (organizovaná aktivita). (Szotkowski, 2020)

Kvůli nárůstu komerčního zneužívání dětí se v 90. letech minulého století začaly více zabývat mezinárodní instituce jako jsou OSN, UNICEF nebo EU. (Weiss, 2005) K rozvoji komerčního sexuálního zneužívání přispělo rozšíření moderních technologií, a to především internet, který z CSEC udělal globální problém. A zločinů, které byly spáchány proti dětem za pomoci internetu je v posledních letech mnoho. (Szotkowski, 2020)

Internet otevřel rychle rostoucí globální trh pro výrobu, distribuci a spotřebu materiálů sexuálního zneužívání dětí, jako jsou fotografie a videa. (Sexual violence against children, online)

Formy násilí komerčního sexuálního zneužívání jsou: dětská sexuální turistika, dětská pornografie, obchodování s dětmi pro sexuální využití, dětská prostituce, prodej dětí k adopci nebo z důvodu „sňatku“, prodej dětí k nucené práci nebo pro transplantaci orgánů. (Blatníková, 2009)

Zde jsou popsány ty nejčastější: **Obchodování s dětmi** znamená, že dítě je předáno jednou osobou nebo skupinou osob jiné osobě nebo skupině osob, za nějakou finanční úplatu nebo za jinou výhodu za účelem sexuálního průmyslu. (Weiss, 2005) Pojmem **dětská prostituce** se myslí používání dětí k sexuálním praktikám, kdy je dítěti nebo jiné třetí osobě placeno nebo jsou jim poskytovány (slibovány) jiné odměny (výhody). K dětské prostituci dochází v oblastech, které jsou určeny pro klasickou prostituci (dospělé osoby). (Blatníková, 2009) **Dětská pornografie** je jakékoli fotografování nebo nahrávání dítěte při sexuálních aktivitách často za úplatu. Občas se tohoto dopouštějí nevědomky i děti samotné. Dnešní doba nabyla nových forem pornografie, rozšířila se např. o virtuální porno. Dále je tu i nebezpečná anonymita internetu a možnost šíření pornografie mezi masy lidí. (Szotkowski, 2020)

Rozdíl mezi sexuálním zneužíváním a komerčním sexuálním zneužíváním je v oblasti oběti, sexuálně zneužitě dítě pocítuje bezmocnost, nekomunikuje, stydí se atd. Naopak dítě, které je komerčně sexuálně zneužitě má určitou moc, vyjadřuje svoje emoce, má finanční prostředky, chodí dobře oblečené, nestydí se atd. Není však přímo dané, že se takto bude chovat každé dítě, které se setkalo s něčím takovým. (Blatníková, 2009)

1.5 Vyšetření

Všechny konkrétní případy potřebují sociální anamnézu, psychologické vyšetření (osobnost a intelekt dítěte) a gynekologické vyšetření. (Hanušová, 2006)

OSPOD (orgán sociálně-právní ochrany dětí) by měl aktivně vyhledávat ohrožené děti a rodiny, a působit na rodiče tak, aby plnili všechny podmínky, co plynou z rodičovské povinnosti. Dále pomáhat rodičům řešit výchovné problémy a poskytovat jim poradenství. Rozhodovací povinnost má soud a ten akceptuje návrhy sociálních pracovníků. (Smutková, 2007)

Další důležitá role je role učitele při nějakém podezření na sexuální zneužívání nebo na syndrom CAN. Pedagog s dítětem tráví mnoho času, někdy víc než rodiče, a proto má velkou možnost si všimnout nějakých podezřelých stop. Dítě má často důvěru ve svém učiteli, a proto se z něho může stát důvěrník dítěte. Pedagog by měl být na tyto případy připraven znalostmi i dovednostmi, aby dítě nebylo nevhodným zásahem sekundárně viktimizováno. (Socialia, 2001)

Důsledné šetření a aktivní zajišťování všech údajů o stavu a vývoji dítěte, jeho rodiny i prostředí, ve kterém dítě vyrůstá je nezbytným postupem při vyšetřování. Dále jde o rozhovor s rodiči nebo opatrovníky dítěte a s dítětem samotným, pak i údaje z lékařské dokumentace a od orgánů, které mají v evidenci dané dítě např. orgánu sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD). Důležité informace se mohou zjistit i od jiných odborných zařízeních, která dítě z nějakého důvodu navštěvuje, jsou to např. azylové domy, dětský domov, pedagogicko-psychologická poradna, dětská centra apod. Další informace mohou získat i ze školy, kterou dítě navštěvuje. U všech vyšetření by měl být psycholog, proto aby dítěti i rodině poskytl psychickou pomoc, a aby mohl určit vhodnou následnou terapeutickou péči o dítě a rodinu. Rodina by měla být u všech vyšetření dítěte.

Výjimkou je pouze situace, kdy je pachatelem některý z rodičů. Šetrné vyšetření (fyzikální i psychologické) dítěte, které vykazuje znaky sexuálního zneužití, se pojí také s podrobnou osobní, rodinnou anamnézou a následným detailním popisem oznámené skutečnosti. Takovéto vyšetření vyžaduje spolupráci mnoha odborníků různých profesí, při špatném postupu dochází k sekundární viktimizaci dítěte. Řešení situace by tedy mělo být soustředěno v několika specializovaných pracovištích např. krizová centra, kde pracuje interdisciplinární tým (lékař, psycholog, sociální pracovník). (Weiss, 2005)

Komplexní vyšetření dětským lékařem je založeno na interním vyšetření. Při sexuálním zneužívání dochází k vnitřním poraněním, proto dětský lékař (gynekolog) musí přistoupit k celkovému vyšetření. Některá poranění jsou typická pro sexuální zneužití. Tělesné příznaky se nemusí vždy ukázat, spíše se projeví obtíže psychosomatické, jako jsou opakované bolesti hlavy a břicha, porucha příjmu potravy atd. Po provedeném komplexním vyšetření a stanovení diagnózy by se měla určit vhodná následná terapie a rehabilitace celkového léčebného plánu. (Weiss, 2005)

1.6 Prevence sexuálního zneužívání

Prevence se dělí na primární (předcházení vzniku rizikového chování u osob, u kterých se ještě rizikové chování nevyskytlo), sekundární a terciární. V této bakalářské práci se bude autorka dále zabývat jen sekundární a terciární prevencí.

U **sekundární prevence** je důležité vytipovat si rizikové skupiny obyvatelstva a životní situace, za nichž k sexuálnímu zneužívání dětí dochází. Dva nejdůležitější aspekty v sekundární prevenci jsou osobní vlastnosti potencionální oběti (dítě), prostředí a situace, ve kterém se potencionální oběť (dítě) pohybuje nebo do nichž se dostává a kde může být otevřený prostor pro přímý kontakt s pachatelem. (Weiss, 2005)

V sekundární prevenci se sledují tyto aspekty:

- **rizikové děti**, které jsou postižené (mentálně, tělesně nebo smyslově), tyto děti bývají pro rodiče méně srozumitelné nebo „zvláštní“. Nebo děti s odlišnou reaktivitou v útlém věku (dráždivé, neklidné, pasivní nebo plačtivé). (Hanušová, 2006) Také děti, které jsou deprivované z přechodu do jiné formy náhradní rodinné péče nebo ty, které mají být vychovávány kýmkoliv „cizím“ (rozvod rodičů). Dále jsou to děti imigrantů, žijící v chudobě, nezaměstnaných rodičů,

žijící s nevlastním rodičem/sourozenci, nebo žijící ve velké rodině s mnoha dětmi a nízkým socioekonomickým statusem a děti, které vyrůstají v prostředí se zvýšenou kriminalitou. Posledním typem ohroženého dítěte mohou být dívky s určitými tělesnými tvary a vyzývavým chováním (nevědomě). (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995)

- **rizikovní dospělí**, jsou to lidé, kteří jsou duševně nemocní, nevyspělí, zaostalí, či jinak postižení, pak jsou to alkoholici a uživatelé dalších návykových látek, nebo příliš mladí, nezralí a nepřipravení rodiče a také dospělí, kteří byli v dětství sami trestáni (zneužívání) a toto chování pak praktikují i dál na svých dětech. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995) „*Je těžké si představit duševní ustrojení rodičů, které jejich dítě vůbec nezajímá, a nejenže ho prostě zanedbávají, ale aktivně ho ničí kvůli osobnímu zvrácenému potěšení.*“ (Glass, s. 262, 2011)
- **rizikové situace**, vlastně vytváří rizikovní dospělí a rizikové děti. Jsou to situace jako: dítě je umístěno do náhradní rodinné péče, dítě svou rizikovostí vychází naproti rizikovému dospělému, neúplné rodiny, do nichž se někdo přiznává, rozvod, nechtěnost dítěte při početí, úmrtí v rodině, dlouhodobá nepřítomnost jednoho z rodičů (pracovní vyčerpání, onemocnění), vyčerpávající zaměstnání, hmotná nouze, manželské konflikty a fyzická nebo psychická vyčerpání. (Matějček, 1995)

K terciární prevenci se přichází tehdy, kdy už dítě bylo obětí sexuálního zneužívání. Jde o takové chování lékaře, pedagoga, psychologa, vychovatele, rodiče atd., kdy reaguje na situaci, v níž došlo k zneužívání nebo jiného násilí na dítěti. Zabraňuje jeho dalšímu pokračování. Do terapie a rehabilitace jde zahrnout celou rodinu, školu a další odborníky, ale jenom pokud je to v zájmu dítěte. (Hanušová, 2006) Do této oblasti patří i informovanost o zdrojích pomoci, které může dítě v potřebě nouze použít. Myslí se tím, zdroje jako jsou například krizové linky pomoci, chráněné obydlí pro děti apod. (Weiss, 2005)

Cílem prevence by měla být skutečnost, že dítě samo dokáže vzdorovat možnému nebezpečí, minimalizuje ho nebo ho hned pozná. Dítě by mělo znát základní sexuální pojmy, mělo by rozpoznat hrozící nebezpečí, znát a chránit svá práva. (Weiss, 2005)

2 Psychosociální dopady sexuálního zneužívání dětí

Faktory, které působí na dopady sexuálního zneužívání jsou: věk dítěte, závažnost sexuálního zneužívání, vztah k pachateli a opakované zneužívání. (Vaníčková a kol., 1999)

Dopady na oběti zneužití záleží na osobnosti dítěte, děti se spíše introvertní osobností mají sklon se izolovat, nekomunikují s ostatními, jsou tiché, trpí úzkostmi a dívají se na sebe jako na osobu týranou, zneužívanou a podřizující se. Často trpí somatickými obtížemi (bolest žaludku), také trpí poruchami příjmu potravy, drogovou závislostí, sexualizovaným chováním, sebepoškozováním a sebevražedným chováním. Naopak u dítěte s extrovertní osobností (spíše chlapci) se projevuje agrese, nepřátelství, ničení věcí, provokace, násilí a negativismus. (Vaníčková a kol., 1999)

Podle Finkelhorna se následky sexuálního zneužití dělí na čtyři dimenze:

- První z nich je **traumatická, zraňující sexualita**, projevuje se nápadným sexuálním chováním. Příčinou traumatické sexualizace je nadměrná sexuální stimulace dítěte dospělým. U zneužívaných dětí se často vyskytují sexuální úchytky, potlačování svojí sexuality, vyhýbání se sexuálním kontaktům až k fobii, předčasná sexuální vyzrálost, promiskuita, prostituce nebo agresivní sexuální projevy.
- Druhou dimenzí je **emocionální důsledek** zneužívání a odvíjí se od pocitů zrady, které dítě pociťuje. Zneužívané dítě cítí, že ho dospělý zradil, protože ho použil pro své vlastní uspokojení. Toto chování má na dítě takový dopad, že dítě ztrácí schopnost důvěřovat druhému. Další dopad může být sklon k odevzdanosti a závislosti na druhém člověku a odmítají připustit, že jim ublížil někdo blízký. V dospělosti to může vést k lhostejnosti ke svému nejbližšímu okolí, nebo naopak schopností manipulovat druhými. To dále vede k agresivnímu chování, kriminalitě nebo přijetí role oběti v dospělém životě.
- Třetí dimenze představuje **prožitek hluboké bezmocnosti**, neschopnosti něco podniknout a zakročit proti dospělému, a další, které vyplývají z neustálého narušování tělesné integrity dítěte a ze selhání všech obranných mechanismů. Projevuje se opakovanými útekami, četnými psychosomatickými potížemi (porucha spánku, příjmu potravy), depresemi nebo disociativními poruchami, dále je to

i porušování a nerespektování norem v pracovním i osobním životě a možnost převzít v dospělosti roli zneužívatele.

- Poslední dimenze je označena jako **problém stigmatizace** a projevuje se sníženým sebevědomím a sebeakceptováním. Dítě pocítuje vinu za celou situaci a vyčítá si, že k takové chování přetrpělo a také se považuje za zkaženého a uvědomuje si svoji odlišnost od okolí. Oběť incestu si o sobě myslí, že je špinavá a že má skvrny po těle, které nejdou smýt. Dopady jsou takové, že dítě se sebepoškozuje a má sklony k autodestruktivnímu jednání (drogy, alkoholismus, izolace od ostatních a suicidální jednání). (Čírtková, 2013)

2.1 Psychologické dopady

Podle Matouška a Pazlarové (2010) jsou psychologické dopady sexuálního zneužívání u dětí takovéto: regresivní reakce u mladších dětí, traumatická reakce dítěte (akutní úzkost), psychosomatické obtíže, identifikace s pachatelem.

U dětí, které zažili sexuální zneužití se projevují somatické symptomy fyzické rigidity, pocitů trapnosti nebo nadměrného přibývání/snižování váhy. Dochází k nim z vědomé či podvědomé snahy „vytěsnit“ vzpomínky. Pro tyto děti je těžké být plně přítomny ve svém těle, a proto mají potřebu žít ve svém vlastním světě, ve světě fantazie, proto také dlouho neudrží pozornost a upadají do denního snění a disociace. Děti často o zneužití s nikým nemluví, protože se cítí vinni nebo zahanbeni, myslí si, že to ony jsou „špatné“. Také mají strach z potrestání a bojí se toho, co by se mohlo stát jejich rodině, kdyby to někomu řekly, a to hlavně v případě, že pachatel je někdo z rodiny. (Levine, Kline, 2019)

Dalším dopadem sexuálního zneužívání je mnohočetná porucha osobnosti, která vzniká jako sebezáchovný systém duše, je to extrémní posttraumatická reakce na stres, vyvolána brutálním násilím v raném dětství, násilí, které je nesnesitelné, bezvýchodné a dlouhodobé. (Fröhling, 2009)

K psychologickým dopadům dítěte sexuálně zneužívaného, můžeme zařadit i syndrom dětského přizpůsobení, kdy jde vlastně v pěti fázích o vyrovnání se se sexuálním zneužitím, jedná se o **utajování** (z pocitu strachu), **bezmocnost** (nikdo dítěti

nevěří), **svedení a přizpůsobení se** (dítě svaluje vinu na sebe), **opožděné a konfliktní odhalení a odvolání výpovědi pod tlakem vývoje událostí.** (Kalibová, Kaliba, 2014)

Sexuální zneužívání dětí silně poškozuje po psychické stránce, u většiny zneužívaných dětí přetrvávají dlouhodobé nepříznivé následky. Proto je velice důležitá vhodná péče o dětskou oběť. (Čírtková, 2013)

2.2 Sociální dopady

Podle Matouška a Pazlarové (2010) jsou sociální dopady takovéto: útěky z domova, hypersexualita, promiskuita, prostituce, odmítání sexuality a sexuální inhibice přetrvávající do dospělosti.

V knize Rozbitá se k narušené sexualitě vyjadřují takto (osobní zkušenost spisovatelky s obětí): *„Vzhledem k povaze týrání, jemuž byla vystavena, pohlížela na všechny muže ze sexuálního hlediska, takže se s nimi snažila flirtovat nebo se o ně provokativně otírat. Nic tím nesledovala, bylo to prostě chování, které charakterizovalo její vztahy k mužům v minulosti, a bude trvat strašně dlouho, než si na to odvykne.“* (Glass, s. 127, 2011)

Dále je to drogová závislost, sebevražedné sklony, sebepoškozování, agresivita nebo ničení cizího majetku.

Dalším dopadem může být i psychická deprivace vzniká neuspokojením potřeby spolehlivé a jisté citové vazby s matkou nebo jinou osobou. Psychická deprivace může ovlivnit celkový rozvoj dětské osobnosti (psychický i fyzický vývoj) jeho vztah k ostatním lidem i k sobě samému. Nedostatek citových projevů, pocitu bezpečí apod. Následky psychické deprivace mohou člověka provázet i do dospělosti. Nezájem rodičů snižuje možnost malého dítěte vytvořit si spolehlivou vazbu k blízkému člověku. (Vágnerová, 2012)

2.3 Role rodiny

Rodina díky způsobu výchovy dítěte má určitou zásluhu na sexuálním zneužívání. V rodině se u dítěte vytváří vztah k sexualitě, důležitou roli při výskytu sexuálního zneužívání tedy hraje charakteristika rodinného života. (Vaníčková a kol., 1999)

Jeden z nejdůležitějších faktorů, které hrají roli při překonávání následků sexuálním zneužitím, je právě reakce rodiny. Rodiče by měli dát dětem jasně najevo, že mají právo na své tělo. Také aby věděly, že rodiče jim vždy uvěří a nebudou je obviňovat a trestat, když se jim svěří, že je někdo napadl. Rodiče by měli porozumět pocitům dítěte a ochránit ho. Děti by měly vědět, že když se dostanou do nebezpečné situace a budou cítit strach a budou vědět, že je něco v nepořádku tak mají vyhledat jakoukoli pomoc. (Levine, Kline, 2019)

Kroky, které jsou vhodné v přístupu k oběti od rodiny a nejbližšího okolí jsou nenucení oběti k rozhovoru o trestném činu, naopak spíš vyčkat a jenom naslouchat, také dítě chválit, jak celou situaci zvládlo, neignorovat fakt, že se nějaký trestný čin stal. Dále oběti dopřát odpočinek a dbát na její tělesný a duševní stav. Vyvarování se špatných zpráv nebo informací s prvky násilí, dávat oběti moc (možnost rozhodovat o sobě samé) nebo snažit se oběť navracet k normálnímu způsobu života (sociální kontakt). (Velikovská, 2016)

Při sexuálním zneužívání může nastat transgenerační přenos, „*proces, následkem kterého se vědomě nebo neúmyslně přenášejí vzorce chování do další generace*“. (Dydňanská, s. 38, 2009) Dítě si přejímá vzorce chování od svých rodičů a v budoucnu může přistupovat stejně ke svým dětem.

2.4 Sekundární viktimizace

Sekundární viktimizací (druhotné zraňování), se rozumí vystavování dítěte nadbytečné psychické zátěži v průběhu vyšetřování. Dítě musí opakovaně sdělovat své stresující zkušenosti a pořád se vrací k traumatizující události. Jde o opakované výpovědi, necitlivé postupy ve vyšetřování, obviňování dítěte, konfrontace s pachatelem atd. (Kalibová, Kaliba, 2014)

Původci sekundární viktimizace jsou instituce (policie, soud atd.), média a sociální okolí oběti (rodina, přátelé, kolegové z práce). (Čírtková, 2014)

Policejní výslech je pro vyšetření celého trestného činu velice důležitý. Ale také je velice nebezpečný pro duševní stav a další vývoj oběti. Dítě se musí vracet k nepříjemné zkušenosti a znovu si musí vybavit každý detail sexuálního zneužití. V kladném případě by se dítě mělo k tomuto hroznému zážitku vracet jenom jednou při policejním výslechu, kde si Policie ČR vše řádně zaznamená a předá tuto výpověď dalším činným orgánům, které patří do tohoto procesu. Jinak právě dochází k sekundární viktimizaci. (Weiss, 2005)

Při výslechu policií, by vše mělo proběhnout hladce, přístup policistů by měl být citlivý a taktní. Vysvětlit srozumitelně průběh vyšetřování, nebo by se mělo zabránit zbytečným kontaktům oběti a pachatele. Výslech by měl probíhat v prostředí, které je příjemné pro oběť. Především pro dětské oběti jsou v ČR zařízeny speciální výslechové místnosti. Mělo by se také pracovat na tom, aby délka trestního řízení byla co nejkratší. (Velikovská, 2016)

Na vznik sekundární viktimizace má podíl i reakce okolí, chybné vyhodnocení krizové situace a špatně uchopená pomoc chováním lidí při útoku pachatele na oběť je velice nebezpečná na psychický stav oběti. K nevhodné reakci okolí se přidá i necitlivý přístup rodiny a blízkých přátel nebo nevhodné a obviňující otázky (např. Proč ses tak oblékla?). Další špatnou reakcí je fascinace trestného činu, tím se rozumí, že ostatní lidé jsou fascinováni daným trestným činem a pořád kladou nevhodné otázky, protože je situace zajímavá, ale neuvědomují si jaký dopad to může mít na oběť. (Velikovská, 2016)

Sekundární viktimizace zhoršuje psychické následky způsobené primární viktimizací (primární viktimizací se myslí, bezprostřední poškození konkrétním trestným činem). A může také například komplikovat průběh posttraumatické stresové poruchy. Při sekundární viktimizaci vznikají sekundární rány, které mohou ublížit více do hloubky než rány primární. Jsou to negativní pocity, pocit stigmatizace, pocit negativní exkluzivity, pocit izolace, pocit nedůstojnosti, pocit nespravedlnosti. Také sekundární viktimizace může stát za nepochopitelným zhoršením duševního stavu oběti. (Čírtková, 2014)

Když se jedinec špatně vyrovnává s prožitou krizovou situací, může se setkat s terciární viktimizací, kdy oběť není schopna zpracovat traumatickou zkušenost, i když došlo k odstranění všech negativních vlivů (např. uvěznění pachatele). U oběti dochází pod náporem všeho dění ke změně duševní stavu, i vnímání všeho dění ve společnosti, celý život oběti se změní. (Velikovská, 2016)

2.5 Psychické trauma

„Následky traumatu bývají pro dítě často horší než samotný traumatický zážitek. Tělesné a psychické symptomy traumatu mohou trvat dlouho a negativně ovlivňovat další život dítěte.“ (Matoušek, Pazlarová, 2010, s. 148)

Reakce na následné trauma, závisí na úrovni následné terapeutické péče, emocionální reakce rodiny dítěte na zneužití, pohlaví oběti, délka traumatu a tíha pocitu viny u dítěte. (Vaníčková a kol., 1999)

Příčina traumatu je dlouhodobá zátěž nebo jednorázový traumatický zážitek, ohrožující bezpečí jedince. Do této skupiny patří závažné onemocnění, smrt, ztráta rodinného zázemí, těžký úraz atd. Specifickou skupinu utváří události, které jsou mimořádné a běžně se nestávají např. přepadení, znásilnění, mučení nebo živelné a společenské katastrofy (povodeň, válka). Všichni lidé, ale nemusí na takovéto události reagovat stejně. Záleží na jejich zkušenosti, citlivosti, odolnosti a také za jakých okolností k traumatu došlo, nebo zda si jedinec vyhledal potřebnou sociální podporu. Psychofyzilogická reakce na traumatizující zážitek může být různá a také může trvat různě dlouhou dobu. (Vágnerová, 2012)

Přetrvávající potíže, které byly vyvolané při stresové události se rozlišují na dva typy, tou je **akutní reakce**, kdy dochází k přechodným příznakům na traumatizující situaci, potíže vyvolané touto situací jsou dočasné (rozmezí několika hodin až týdnů). (Vágnerová, 2012) Dochází k šokovému stavu, kdy oběť je zaskočena celou situací, je většinou dezorientovaná, reaguje emocionálně, je neschopna srozumitelně se vyjadřovat, trpí poruchou paměti, je narušena koordinace, oběti se třesou, potí se nebo zamrzou. Také dochází k rychlým změnám nálad a chování, často se jim střídá nálada, kdy

o traumatu mluví neustále a jindy mlčí a nechtějí o traumatu mluvit. (Velikovská, 2016) A druhý typ je **posttraumatická stresová porucha**, která je dlouhodobější reakcí na traumatizující událost. Posttraumatická stresová porucha je reakce na jednorázový traumatizující zážitek nebo na déletrvající stres. Při posttraumatické stresové poruše jde o znovuprožívání a přetrvávání této situace ve vědomí, spojené s intenzivním strachem, pocity bezmoci, hrůzy a potřebou vyhnout se všemu podobnému s touto zkušeností. Někdy je tento zážitek tak traumatizující, že může narušit prožívání, uvažování i chování jedince. (Vágnerová, 2012) Příznaky se mohou pohybovat po určitém období od několika týdnů až po několik měsíců. Průběh je většinou kolísavý a u některých případů může dojít až ke změně osobnosti. (Vaníčková a kol., 1999) Příznaky posttraumatické stresové poruchy jsou vtíravé flashbacky (zpětné vzpomínky) v denních živých představách a snech, mohou je navodit i bezvýznamné podněty (zvuky, obrazy, pachy), vyhýbání se veškerým činnostem, situacím a pocitům, které jsou spojeny s traumatem, je to také strach, výbuchy paniky nebo agrese, úzkost, nepřiměřené reakce na jakékoli situace, nespavost, snížená imunita, úlekové reakce, neschopnost uvolnit se, v neposlední řadě útlumem, nezájmem a emocionální plochostí. (Čírtková, 2013) Posttraumatická stresová porucha mění celkovou osobnost, a to jak percepce, náladu, paměť, asociace, motoriku i neurohumorální reakci. (Hanušová, 2006)

Některé děti o svém traumatizujícím zážitku pořád mluví nebo se to projevuje v jejich kresbě a hře, ale bez nějakých emocí, jako by se jich tato situace vůbec netýkala. A naopak jiné děti reagují tak, že se uzavrou do sebe a nemluví. (Vágnerová, 2012)

Velkou roli u traumatické zkušenosti a následnou reakci na trauma, má chování okolí po zjištění sexuálního deliktu. Bylo prokázáno, že je pro zneužitě dítě hysterické či necitlivé chování rodičů, pedagogů či vyšetřovatelů následující po oznámení činu větším traumatem než přímo zneužití. (Weiss, 2000) I podle svědectví Zuzany S., která ve své knize „Hra na pavoučka“ popisuje své děsivé dětství, kdy byla řadu let sexuálně zneužívaná svým nevlastním otcem popisuje policejní vyšetřování takto: „*Neustávající vyšetřování už začalo být velice stresující a bolestné. Stále více jsem se hroutila, až jsem to jednoho dne neustála. Chtěla jsem konec! Nechtěla jsem to řešit, takhle jsem to nechtěla, to se nedalo vydržet. Ty šílené výslechy!!! Protože jsem věděla, že do školy přijedou vyšetřovatelé a já už nechtěla, vzala jsem žiletku a podřezala jsem si žíly ve škole na záchodě, během vyučování.*“ (Zuzana S., 2014, s. 96)

Ne vždy se ukáže u sexuálně zneužitého dítěte nějaká porucha nebo reakce na trauma. Ale trauma se může objevit později v nějaké těžké životní situaci a může to ovlivnit celý další život, říká se tomu tzv. efekt spáče. (Čírtková, 2013)

Děti jsou více ohroženy než dospělí dlouhodobými následky, jak fyzickými, tak psychickými, které mají podobu depresí nebo PTSP. (Sochůrek, Sluková a kolektiv, 2013)

2.6 Nástroje zmírnění

Při pomoci o týrané nebo zneužívané dítě, i kdyby to bylo jen podezření, poskytují pomoc krizová centra, pracovníci v tomto zařízení mají potřebné znalosti, zkušenosti a dokáží s takovými případy pracovat. Řešení situace, zmírnění dopadů a nápravy stavu dítěte je tím účinnější, čím dříve je pomoc aplikována. (Vágnerová, 2012)

První pomoc je krizová intervence, jejímž cílem by mělo být zabránění dalšího ohrožení dítěte. Měla by být zajištěna jak bezpečnost dítěte, tak i zmírnění dalšího stresu na dítě, v té době, kdy se celá situace odhalí a je vyšetřována. Cílem krizové intervence je i úprava aktuální situace a odstranění příčin, které ke vzniku problému vedly. (Vágnerová, 2012) Tři základní zásady u krizové intervence sexuálně zneužitého dítěte jsou: poslouchání, respektování a pochopení. Další požadavky jsou: rychlost, pružnost, taktika a strategie, ochrana dítěte, utajování důvěrně sdělených informací dítětem před druhými lidmi, získání podpory rodiny pro oporu dítěte, etický kompromis. U incestních obětí záleží také na emocionální a sociální podpoře matky, ta je velice důležitá. (Vaničková a kol., 1999)

Formy krizové intervence (Mašát):

- Trestněprávní intervence (pachatel je potrestán, z rodiny eliminován). Rodina je stále v rozkladu, proto je nutná sanace rodiny.
- Primární intervence ochrany dítěte (dítě je odebráno z rodiny a přemístěno do cizího zařízení).
- Primární terapeutická intervence (je zastaven proces zneužívání, pachatel přijímá odpovědnost za své jednání a odpovědnost za dítě, obnovení generační linie mezi

rodičem a dítětem, zlepšení vztahu matka-dítě, úprava emočních a sexuálních dysfunkcí a problémů rodičů, ověřit si, zda vztah mezi pachatelem-rodičem a dítětem je schopen existence na rovině rodičovské péče). (Weiss, 2005)

Psychoterapie je důležitá při nápravě dopadů týrání nebo sexuálního zneužívání. Cílem je přijetí traumatu, emoční odreagování a kognitivní zpracování, mělo by dojít k vyrovnanému vztahu k prožité události, kterou nelze změnit. Důležitým předpokladem je otevřená komunikace, dítě by mělo získat pocit porozumění, opory a jistoty. Další terapie je třeba terapie s celou rodinou, individuální psychoterapie (využívání různých technik např. hrou nebo vytváření příběhu), skupinová psychoterapie (nabídka možnosti sdílení podobných problémů) a socioterapie (úprava rodinných poměrů a zlepšení péče o dítě). (Vágnerová, 2012)

2.7 Terapeutická péče

Cílem komplexní pomoci obětem sexuálního zneužívání je ochrana před dalším zneužitím, prevence vzniku a rozvoje krátkodobých a dlouhodobých následků zneužívání a pomoc i dalším členům rodiny, a to i zneužívajícímu rodiči. Terapie by měla pomoci i k zabránění sexuálního zneužívání v dalších generacích. (Weiss, 2000)

V situaci, kdy se zneužívání děje v rodině a dítě je už mimo dosah pachatele, může nastoupit psychoterapeutická pomoc (individuální nebo skupinová), na podporu zvládnání svých emocí a zpracování traumatu. (Smutková, 2007)

Druh terapie také závisí na věku oběti, u batolat a dětí na začátku předškolního věku je terapie velice omezená, využívají se, ale terapeutické hračky, začíná se volnou hrou, při které se dítě pozoruje a sledují se jeho schopnosti. U dětí předškolního věku se často využívá kresba rodiny nebo se používají jako diagnostický nástroj anatomické panenky. S dítětem ve školním věku i s mladistvým se využívá nejvíce rozhovor. (Weiss, 2000)

Druhy terapií, které se používají jak pro dospělé klienty, tak i dětské klienty. Je to například **arteterapie**, která pomáhá dětem pomocí malování nebo modelováním vyjádřit své pocity, aniž by musely o svém traumatu povídat. Namalovaný obrázek se dá s dítětem probrat. Děti, které jsou obětmi násilí, často malují obrázky, kde se např. perou nějací

netvoří (vyobrazení pachatele). Další formou terapie je **terapie hrou**, která se používá v případech, aby se chování dítěte normalizovalo (agrese). Další je **canisterapie**, při které se využívají psy pro léčebné účely. Pomocí psa se může podařit dítě zbavit úzkostí, strachu, nejistoty, pocitu osamocení a získá věrného přítele, kterému se může svěřit v trápení. Děti potřebují dlouhodobé pochopení, pomoc a podporu, aby vyměnili pocit strachu za pocit bezpečí a jistoty. (Socialia, 2010)

U terapie by měla být rodina oběti, jako podpora, ale také kdyby potřebovala rodina psychosociální pomoc. Když jde o sexuální zneužívání v rodině, je potřeba zajistit bezpečnost dítěte, před pachatelem a učinit maximální opatření proti narušení rodinného systému. (Vaničková a kol., 1999)

Terapie dětí se dělí na tři základní roviny. První z nich je **emergentní pomoc a podpora dítěte**, jde o poskytnutí první pomoci zasaženému dítěti nebo dětem a v odstranění nepříznivých důsledků útoku proti nim. Při pomoci je také důležité nezapomínat na akutní posttraumatický šok, který se může vyskytnout u dítěte. Při závažnějších poraněních je vhodné dítě přemístit na pediatrické oddělení nebo na jednotku intenzivní péče, kde je mu poskytnuta odborná lékařská péče a sbírají se tu známky a důkazy pro potvrzení syndromu CAN nebo CSA, také se zde rozhoduje o dalším osudu dítěte. Druhá rovina je **střednědobá terapie**. Při ní dochází k potvrzení diagnózy, stanovení léčebného plánu a k dohodě s rodiči nebo opatrovníkem o jeho plnění. U oblasti somatické, se jedná hlavně o léčbu nejrůznějších zranění, krvácení a jejich následků. Dále sem patří i podpora a léčba psychologická na psychické následky. Rozhoduje se zde o dalším umístěním dítěte, např. do krátkodobé pěstounské péče, ozdravovny nebo léčebny. Třetí a poslední je **dlouhodobá rovina léčby a rehabilitace ubližovanému dítěti**. Týká se to hlavně psychické oblasti, ale hrají tu roli i tělesné poruchy a vady, při kterých je důležitá správná rehabilitace. O typu, délce a intenzitě psychoterapie u dětí, rozhoduje psycholog nebo psychiatr. (Weiss, 2005)

Cílem terapie je napravení vzájemných vztahů a také pochopení a možné odpuštění obou stran, proto aby mohli spolu dále komunikovat a vést plnohodnotný život. (Vaničková a kol., 1999)

Díky včasné pomoci rodičů a terapeutů se může zabránit mnoha problémů u dětí v dospělosti. V dnešní době se už k vlivu traumatu na dítě přistupuje s větším důrazem. Je známo, že trauma na dítě může mít ničivý vliv na psychické i fyzické prospívání dítěte a na rozvoj jeho myšlení a chování. (Levine, Kline, 2019)

Sexuálně zneužívané děti, které neprošly terapeutickou péčí a neléčily si tak trauma, si do dospělosti odnáší řadu sociálních handicapů a šrámů na duši, které z nich činí problémové osoby. Komplikace vznikají v sociálně patologickém smyslu (partnerské konflikty, strpění domácího násilí, rozvodovost, promiskuita, závislosti, defektní výchova vlastních dětí) i v kriminálním smyslu (tendence řešit problémy násilím, nedovolenými prostředky uspokojovat své potřeby). (Čírtková, 2013)

3 Výzkumná šetření psychosociálních dopadů sexuálního zneužívání mezi psychology

Empirická část práce je věnována psychoterapeutické práci o sexuálně zneužívané děti, pro tuto část práce bylo čerpáno z podkladů z teoretické části. V této části práce bude dále popsán cíl výzkumného šetření, výzkumné otázky, metody výzkumného šetření, výběr výzkumného vzorku, průběh výzkumného šetření, předvýzkum, interpretace získaných dat, a nakonec závěr výzkumného šetření. Výzkumné šetření se soustředí na psychology/psychoterapeuty z toho důvodu, že mají nejvíce zkušeností se sexuálně zneužívanými dětmi.

3.1 Cíl výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření bakalářské práce je zjistit, jak psychosociální dopady ovlivňují život sexuálně zneužitého dítěte. Záměrem bylo zjistit zkušenosti odborníků s psychosociálními dopady sexuálního zneužívání, a jak nejlépe se postarat o sexuálně zneužívané dítě. Dále se pozornost upírala na metody terapeutické péče, roli rodiny na pomoc zneužívanému dítěti, zda se dá předejít sexuálnímu zneužívání nebo sekundární viktimizaci, názory odborníků na dostatečnou informovanost společnosti o dopadech sexuálního zneužívání a na vyhovující úroveň prevence, jak v rodině nebo ve školách. V neposlední řadě i na nové trendy v oblasti sexuálního zneužívání.

3.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka je přetvořena z cíle výzkumného šetření. Hlavní výzkumná otázka (HVO1): *Jak psychosociální dopady ovlivňují život sexuálně zneužitého dítěte?*

Od hlavní výzkumné otázky se odvíjejí čtyři dílčí výzkumné otázky a z těch další tazatelské otázky.

Tabulka A: Souhrn výzkumných otázek

Hlavní výzkumná otázka (HVO)	Dílčí výzkumné otázky (DVO)	Tazatelské otázky (TO)
HVO: Jak psychosociální dopady	DVO 1: Jaká je konkrétní práce odborníků	TO 1: Jaká je Vaše práce (organizace)?

ovlivňují život sexuálně zneužitého dítěte?	v této oblasti (sexuální zneužívání dětí)?	TO 2: Kdo Vás kontaktuje nejčastěji?
		TO 3: Jak probíhá spolupráce s OSPODem?
		TO 4: S kolika případy sexuálního zneužívání se průměrně za rok setkáváte?
		TO 5: Je ve Vaší kompetenci napsat posudek k soudu?
		TO 6: Jste povoláni i k výslechům u těchto případů?
	DVO 2: Jaké jsou psychosociální dopady sexuálního zneužívání dětí?	TO 7: Jaké jsou nejčastější psychosociální dopady sexuálního zneužívání dětí?
		TO 8: Jaké jsou příznaky sexuálního zneužívání dětí?
		TO 9: Mohou se i v budoucnu u obětí projevit nějaké obtíže spojené se sexuálním zneužíváním?
		TO 10: Může něco zhoršit psychický stav zneužívaného dítěte?
		TO 11: Dá se nějak předejít sekundární viktimizaci?

		TO 12: Může se dítě, které zažilo sexuální zneužívání vrátit znovu do „normálního“ života? Bez nějakých potíží?
		TO 13: Je rozdíl, když pachatelem sexuální zneužívání byl někdo z rodiny anebo někdo úplně cizí?
	DVO 3: Jaká je následná péče o sexuálně zneužívané dítě a rodinu?	TO 14: Jaké metody používají při terapeutické péči o sexuálně zneužívané dítě?
		TO 15: Jaký je rozdíl v používání terapeutických metod podle věku oběti?
		TO 16: Kolikrát se průměrně s dítětem setkáváte?
		TO 17: Jaká je reakce dětí na terapii?
		TO 18: Poskytujete i rodinnou terapii?
		TO 19: Čím může rodina nebo okolí pomoci zneužívanému dítěti (role rodiny)?
		DVO 4: Jaká je úroveň prevence sexuálního zneužívání dětí ve společnosti?
		TO 20: Dalo by se nějak předejít sexuálnímu zneužití dětí?
		TO 21: Myslíte si, že je ve společnosti dobrá

		informovanost o dopadech sexuálního zneužívání?
		TO 22: Všímate si nějakých nových trendů v oblasti sexuálního zneužívání (např. internet)?

3.3 Metody výzkumného šetření

Podle Gavory (2000, s. 142) je kvalitativní výzkum příležitostí pro hluboké poznání a rozhovor je výzkumnou metodou, při které se dají zachytit fakta, ale i názory respondentů. Rozhovor se využívá, když se hledají bezprostřední, osobní anebo důvěrné odpovědi, také to může být nástroj k zmapování problematiky. A proto se nejvíce vyhovující výzkumná metoda pro cíl tohoto výzkumného šetření zdála metoda rozhovoru, přesněji řečeno byl použit polostrukturovaný rozhovor, který se skládal z dvaadvaceti otevřených otázek.

Polostrukturovaný interview je nejrozšířenější metodou rozhovoru. Při tomto typu interview se připraví okruhy otázek, na které se výzkumník bude ptát, obvykle se pořadí otázek mění, a dle potřeby se může výzkumník ptát na další doplňující otázky, aby z rozhovoru vytěžil co nejvíce. (Miovský, 2006) Díky tomu se získají potřebné informace přímo z praxe a také pohled odborníků na tuto problematiku. Rozhovor je složen z čtyř dílčích výzkumných otázek a dalších tazatelských otázek.

Vzhledem k obsahu teoretické části práce se jako nejvíce vyhovující zdálo oslovit psychology a psychoterapeuty, kteří se zabývají problematikou sexuálního zneužívání dětí a mají zkušenosti s následnou terapeutickou péčí o zneužívané dítě a rodinu. Respondenti rozhovoru jsou tedy čtyři odborníci, jedná se o dvě psychologičky z organizace Spondea, z. ú., jednoho psychoterapeuta z psychologické poradny Nomia, z. ú. a školního psychologa z jedné základní školy v Praze. Díky tomuto výběru se naskytla možnost srovnat názory opačného pohlaví a odborníků z různých oblastí stejné pomoci.

3.4 Výběr výzkumného vzorku

Při volbě respondentů byla použita metoda záměrného výběru, který je nejpoužívanější metodou výběru, při aplikaci kvalitativního výzkumu. Záměrný výběr výzkumného vzorku cíleně vyhledává respondenty podle určitých vlastností nebo stavu (příslušnost k určité sociální skupině). Tento způsob výběru se používá v ten moment, kdy se nejedná o příliš velký počet respondentů. (Miovský, 2006)

V případě výzkumného šetření bylo důležité, aby všichni respondenti měli zkušenosti s dětskými oběťmi sexuální zneužívání, a také aby se pohybovali v psychoterapeutické praxi. Všichni respondenti jsou tak odborníci v psychoterapii, a jak už bylo výše zmíněno. Jsou jimi dvě psychologičky a dva psychologové/psychoterapeuti. Celkem byly vedeny čtyři rozhovory, trávající průměrně 40 minut.

Nejprve autorka práce oslovila organizaci Spondea, z. ú., v e-mailu byl uveden název a cíl bakalářské práce a požadavek na uskutečnění rozhovoru s psychologem. Odpověď od této organizace byla kladná. Poté se autorka obrátila na organizaci Nomia, z. ú., byl poslán e-mail ve stejném znění, a i zde byla jejich odpověď kladná. A poslední respondent byl doporučen a také kontaktován prostřednictvím e-mailové korespondence.

Prvním respondentem je Mgr. Michaela Kadlecová, psychologička, která působí v dětském krizovém centru Spondea, z. ú., která sídlí v Brně a pomáhají obětem domácího násilí, týrání, šikany a dalších traumatech. (Jak pomáháme, 2022, online)

Dalším respondentem je Mgr. Jitka Mansfeldová, psychologička, která také působí v organizaci Spondea, z.ú.

Třetím respondentem byl Mgr. Miroslav Bubeník, B.Th., který je psychoterapeutem a ředitelem organizace Nomia, z. ú., která se nachází v Hradci Králové, jedná se o poradnu pro oběti násilí, dětské krizové centrum a centrum pro zdravě fungující rodinu. (O nás, 2022, online)

Posledním respondentem je PhDr. et. Mgr. et. Mgr. Richard Braun, školní psycholog na pražské základní škole Libčická. Který se zabývá tématem poruch chování

a ve zdravotnictví pracuje ve FN Bulovka na AIDS centru se zaměřením na psychoterapeutickou podporu nemocných. (Představení doktoranda, online)

Obě psycholožky, přestože pracují ve stejné organizaci a jejich práce je téměř stejná, měly v některých otázkách odlišné pohledy na danou problematiku. Mgr. Bubeník, B.Th., má dlouholeté zkušenosti v oblasti sexuálního zneužívání. Školní psycholog PhDr. et. Mgr. et. Mgr. Richard Braun, má zkušenosti v této problematice, ale z trochu jiného úhlu pohledu. Stojí spíše úplně na začátku daného procesu, jež pomáhá dítěti ve škole nebo uskutečňuje preventivní programy na toto téma.

Autorka práce oslovila mnoho organizací (např. OSPOD, organizace LOCIKA, Dětské krizové centrum v Praze, pedagogicko-psychologická poradna, intervenční centrum v Pardubicích apod.) a jiné odborníky, ale situace ohledně COVID-19 a aktuální situace s uprchlickou krizí z Ukrajiny, možnost poskytnutí rozhovoru z časových podmínek a vytíženosti oslovených nebyla možná.

3.5 Průběh výzkumného šetření

Čím příjemnější a otevřenější je atmosféra při rozhovoru, tím hlouběji se může výzkumník pustit a tím bohatší bude obsah rozhovoru a kvalitních informací. Důležitými faktory jsou vnější podmínky (prostředí, denní doba) tak i chování výzkumníka. Výzkumník by na sobě neměl nechat znát nervozitu, měl by být v dobré náladě a snažit se mluvit srozumitelně. Další zvláštní kritéria jsou i vliv pohlaví, věku a dalších vlastností výzkumníka, tyto věci mohou hrát zásadní roli v ovlivnění průběhu i tématu rozhovoru. (Miovský, 2006)

Tři rozhovory byly uskutečněny online formou prostřednictvím Whereby.com a Google Meet. Poslední rozhovor se školním psychologem proběhl osobně na Základní škole Libčická v Praze. Vždy byla snaha vytvořit příjemnou atmosféru a srozumitelný rozhovor vést v neformálním přátelském duchu. Na začátku bylo upřesněno téma bakalářské práce a cíl šetření a také, zda mohou být v bakalářské práci zmíněna jména všech respondentů. Odpověď byla vždy kladná. Všichni respondenti souhlasili s nahráváním rozhovoru na mobilní telefon, s tím, že bude po přepsání obsah smazán. Výzkumné šetření proběhlo v měsíci březnu roku 2022, v průběhu několika dnů. Nejprve

byly pokládány předem připravené tazatelské otázky a podle konkrétních odpovědí ještě doplňující otázky. Všichni respondenti byli velice ochotní a vstřícní a snažili se předat v odpovědích co nejvíce svých zkušeností a odborných informacích.

3.6 Předvýzkum

Předvýzkumem se dá zmapovat prostředí, do kterého chce výzkumník vstoupit a také možnost ověřit, zda navržené metody a postupy přinášejí očekávanou kvalitu dat. (Miovský, 2006) Před zahájením výzkumného šetření byl realizován předvýzkum, pro větší možnost kvalitních výsledků. Byla oslovena paní psycholožka, pro kontrolu a správné, srozumitelné a výstižné použití otázek. Na základě názorů předvýzkumné respondentky, byly některé otázky vynechány anebo jinak přeformulovány, aby byly co nejdůstojnější. Kladeny byly otázky na konkrétní téma, aby se dalo mnoho vytěžit z výzkumného šetření.

3.7 Interpretace získaných dat

Tato část práce obsahuje interpretaci získaných dat z výzkumného šetření, jak už bylo řečeno dříve, uskutečněny byly čtyři rozhovory s odborníky, kteří se zabývají touto problematikou.

Pro přehlednost je každý respondent označen velkým písmenem R a číslo dle pořadí, ve kterém byly rozhovory uskutečněny. Což znamená, že respondentem označeným jako R1 je Mgr. Michaela Kadlecová, psycholožka působící v organizaci Spondea, z. ú.

Druhým respondentem označeným jako R2 je Mgr. Jitka Mansfeldová, psycholožka, která taktéž působí v organizaci Spondea, z. ú.

Respondentem, označeným jako R3 je Mgr. Miroslav Bubeník B. Th., ředitel a psychoterapeut z Nomie – Poradna pro oběti násilí, Dětské krizové centrum a Centrum pro zdravě fungující rodinu.

Posledním respondentem, označeným jako R4 je PhDr. et. Mgr. et. Mgr. Richard Braun, školní psycholog na pražské základní škole Libčická.

Získaná data by měla podat odborný pohled na tuto problematiku a vzhled do osobních zkušeností všech respondentů, kteří se setkali a pracovali s dětskými oběťmi sexuálního zneužívání. Poskytnuté informace by měly sloužit k naplnění stanoveného cíle výzkumného šetření.

3.7.1 Dílčí výzkumná otázka č. 1

DVO 1: Jaká je konkrétní práce odborníků v této oblasti (sexuální zneužívání dětí)?

K získání dat na první dílčí výzkumnou otázku bylo použito šest tazatelských otázek. První dílčí otázka byla zaměřena na kompetence odborníků při práci v oblasti pomoci sexuálně zneužitých dětí. Nebo jak probíhá práce s OSPODem, s kolika případy sexuálního zneužívání se průměrně za rok setkají a kdo respondenty nejčastěji kontaktuje.

TO 1: Jaká je Vaše práce (organizace)?

Respondenti R1 a R2 pracují ve stejné organizaci a pracují terapeuticky v rámci krizové intervence. R2 vnímá svoji práci jako pomoc dítěti, aby absolvovalo celý proces správně, také poskytuje terapeutickou péči i pro rodiče dítěte. R3 představuje celou organizaci jako sociální službu v síti Královehradeckého kraje, v této době poskytují tři služby, a to odborné sociální poradenství, krizovou pomoc a sociálně aktivizační službu. V rámci krizové pomoci a odborného sociálního poradenství mají poradnu pro oběti násilí a dětské krizové centrum. Poskytují psychoterapeutickou intervenci pro dítě i rodinu. Další jejich kompetence je přítomnost u asistovaného kontaktu. R4 zajišťuje preventivní programy pro žáky a když je zjištěn případ sexuálního zneužívání ve škole, tak s dítětem na začátku terapeuticky pracuje a dál spolupracuje s OSPODem nebo dětským krizovým centrem v Praze.

TO 2: Kdo Vás kontaktuje nejčastěji?

Respondenti R1, R2 a R3 se shodují, že je nejvíce kontaktuje OSPOD (orgán sociálně-právní ochrany dítěte), v menší míře to jsou rodiče dítěte nebo Policie ČR. R1 dodává, že je ještě kontaktuje občas škola, kam podezřelé dítě dochází anebo samo dítě, které se stalo obětí sexuálního zneužití. Většinou první kontakt je přes telefon a až poté následuje osobní schůzka. R3 uvádí, že rodiče k nim občas posílá i soud nebo jiné

organizace. R4 uvádí, že se vždy k případu sexuálního zneužívání dostali přes třídního učitele toho dítěte.

TO 3: Jak probíhá spolupráce s OSPODem?

Všichni respondenti se shodují na tom, že s OSPODem spolupracovali. R1 a R2 říkají, že je důležité sladit vzájemnou komunikaci všech součinných v tom případě – OSPOD, Policie ČR, rodinu a psychologa. Podle R1 a R3 záleží na konkrétním OSPODu, případu a rodině. R2 říká, že OSPOD je pro ně velmi důležitý v těžkém případě, ale vidí ještě nějaké nedostatky ve spolupráci se všemi součinnými v konkrétním případě. R2 a R3 se shodují, že někdy měli trochu jiný názor na konkrétní případ a další pomoc, než měl OSPOD. R3 zmiňuje, že s hradeckým OSPODem dlouhodobě spolupracují a mají nastavený nějaký systém, který velmi dobře pracuje. R4 spolupracoval s OSPODem na konkrétních postupech, jak pracovat s dítětem.

TO 4: S kolika případy sexuálního zneužívání se průměrně za rok setkáváte?

R1 a R2 se shodují, že nemohou říct přesný počet případů sexuálního zneužívání dětí, je to individuální. R3 říká: *„Je to opravdu různé, není to, tak, že by to bylo velké kvantum případů, spíš hodně je těch případů, jako psychické týrání dětí při domácím násilí, nebo při rodičovských konfliktech, rozvodech. Řekl, bych že za ten rok, to může být zhruba 15-20 případů.“* A R4 se setkal za 30 let co je na konkrétní základní škole celkem se šesti případy.

TO 5: Je ve Vaší kompetenci napsat posudek k soudu?

R1, R2 a R3 píšou zprávy (doporučení nebo posouzení) ze spolupráce s klientem soudu, Policii ČR nebo OSPODu. Vždy je oslovení konkrétní činný orgán, aby napsali, na čem s klientem pracují nebo jaká je spolupráce s rodinou. R3 dodává, že dělají terapii assessment, jedná se o terapeutickou diagnostiku celé situace a rodiny. A na základě toho dávají nějakou zprávu k soudu, OSPODu nebo Policii ČR. R4 nic takového nedělá.

TO 6: Jste povoláni i k výslechům u těchto případů?

R1, R2 a R4 k výslechům u Policie ČR nechodí, není to jejich práce. V případě R3 tak většinou také nechodí k výslechům, ale několikrát se stalo, že když je u výslechu jejich klient a přeje si jejich přítomnost, tak tam jsou. Ale nestává se to moc často.

Shrnutí první dílčí výzkumné otázky

Práce školního psychologa je trochu jiná než psychologů v pomáhajících organizacích. Také i jeho odpovědi se většinou liší. Nemá tolik zkušeností s těmito případy a jeho práce je hlavně na začátku toho procesu, když se zjistí, že je dítě sexuálně zneužíváno. Další respondenti pracují v organizacích, které poskytují krizovou intervenci. Poskytují terapeutickou péči pro děti i jejich rodiče (i širší rodinu). Většina oslovených respondentů píše informační zprávy pro OSPOD a soud. Jinak všichni respondenti spolupracují s OSPODem při podezřelých případech. Nejčastěji kontaktuje pomáhající organizace OSPOD, občas rodiče dítěte nebo Policie ČR. Školního psychologa vždy kontaktoval třídní učitel podezřelého dítěte. S OSPODem musí pracovat všichni odborníci, kteří pracují se sexuálně zneužívanými dětmi, protože OSPOD je jeden z nejdůležitějších orgánů u těchto případů. Ne vždy se s OSPODem psychologové shodnou, občas mají rozdílné názory, ale to je normální, protože obě strany na případ nahlíží svými odbornými pohledy.

3.7.2 Dílčí výzkumná otázka č. 2

DVO 2: Jaké jsou psychosociální dopady sexuálního zneužívání dětí?

Druhou dílčí výzkumnou otázkou by měly objasnit otázky č. 7 – č. 13. Hlavní téma otázek jsou nejčastější dopady sexuálního zneužívání dětí. Další otázky se zabývají příznaky sexuálního zneužívání, budoucími obtížemi spojených s traumatem, zhoršením psychického stavu dítěte nebo zda se dá předejít sekundární viktimizaci. V neposlední řadě se otázky týkají toho, zda se zneužitě dítě vrátí znovu do „normálního“ života nebo jestli je rozdíl mezi pachatelem (incest nebo neznámý pachatel).

TO 7: Jaké jsou nejčastější psychosociální dopady sexuálního zneužívání dětí?

Všichni respondenti se shodují, že nejčastější dopady jsou hlavně ve sféře sexuality. Podle R1 mají tyto děti potíže ve vrstevnických vztazích nebo ve vztahu sami k sobě nebo své sexualitě a své identitě. Můžou různými způsoby zacházet s emocemi, ať už expanzivně (více zlobí, více provokují) nebo naopak mohou být více uzavřené do sebe a izolují se od společnosti nebo sami od sebe. Mohou různě reagovat na sexuální obsah ve filmech. Mohou být citlivější i ve vztazích. Záleží na individualitě dítěte, do jaké oblasti jeho života se to propíše a jak si s tím dítě v rámci svých mechanismů poradí a důležité je i jaká je povaha sexuálního zneužívání. Zda se jednalo o ojedinělý

jednorázový případ, nebo zneužívání trvalo dlouhodobě. Důležité je jakou mělo dítě podporu od rodiny a nejbližších. Situaci ovlivňuje mnoho faktorů. Dítě si často vztahuje mnoho věcí na sebe, a myslí si, že je špatné. Dává si za vinu i skutečnost, že věc oznámilo a zveřejnilo. Podle R2 to také souvisí s tím, že dítě hůř prospívá ve škole, obtížněji navazuje vrstevnické vztahy, narušení rodinných vztahů, narušení attachmentové vazby a duševní emocionality, poruchy spánku, noční můry, obtíže s příjmem potravy a další psychosomatické reakce organismu na trauma (ztráta hybnosti ruky, kožní potíže, vypadávání vlasů). Některé věci se objevují hned a některé až třeba za rok potom incidentu, nebo až v dospělosti. R3 se k této otázce vyjádřil tak, že mohou nastat velké komplikace, v dospívání nebo v dospělosti pod náparem vzpomínek mohou zneužívání lidé skončit například na drogách. Mají různé obtíže, problémy v intimních vztazích, v intimní rovině s partnerem/partnerkou. Další je disociativní chování (odosobnění), výpadky paměti. Standardní dopady na zneužívané dítě jsou vždycky stejné, třeba sklon k depresivitě, k úzkostem, k agresivitě, problémy v integritě toho člověka, identitě. V dospívání třeba i nedůvěra, strachy nebo nervozita v nějakých momentech, když se začínají tvořit partnerské vztahy. Horší dopady na psychiku člověka jsou, když se takovému jednání nevěnovala dostatečná pozornost, dítě zůstalo samo a nedošlo k žádnému zpracování, malému uvolnění, žádnému vysvětlení nebo nápravě. Tyto projevy se můžou projevit například sebepoškozováním, depresivními stavy a také se mohou objevit flashbacky (opakování), intruze, návrat ve snech nebo ve své fantazii. R4 říká, že se u dětí objevují pocity studu a viny, děti, které si tímto prošly mají trvalý problém. Vnímají svoji sexualitu jinak a mají s ní velký problém. Je špatně posazená psychosexuální stránka, buď jdou děti do nějakého extrému, nebo naopak do puritánského přístupu. Nejčastější je také narušena důvěra k lidem.

TO 8: Jaké jsou příznaky sexuálního zneužívání dětí?

Všichni respondenti se shodli, že nejčastější příznaky jsou ve změně chování, dítě je zamklé, posmutnělé nebo naopak více agresivní, vzteká se. Další příznak, na kterém se R1, R2 a R3 shodli byl ten, že dítě si hraje zvláštním způsobem (souloží) např. s panenkami, dělá prostě to, co se na něm dopouští pachatel, divné chování v sexuální oblasti, které by malé dítě nemělo ještě vědět. R1 a R2 mluví o stejném příznaku, že se dítě vyhýbá z ničeho nic návštěvám např. u babičky a dědečka, nebo nechce zůstat samo s máminým přítelem. R1 si myslí, že když jde o funkčního rodiče a má základní rodičovské kompetence a zná své dítě, tak signály pozná hned. Mohou to být signály toho,

že třeba neadekvátně reaguje na sexuální obsah ve filmu např. začne nevysvětlitelně plakat. Prostě jakékoliv změny v chování, v emotivitě, nebo v jeho mluvě. Je třeba sledovat i fyzickou stránku – modřiny, otoky, podlitiny apod. Podle R2 mohou reagovat přehnaně na nějaké běžné situace, které předtím zvládaly v pohodě. Dítě může být ve větším vzdoru nebo více plaché. U mladších dětí je to více viditelné v emocích a změně chování, starší děti umí lépe popsat situaci slovy. R3 má momentálně klientku, která byla v dětství zneužívaná a mamince to říkala svým způsobem, ale maminka vůbec nereagovala. Vždy je důležité naslouchat. Dítě to většinou přímo neřekne, nebo dává nějaké signály a znaky. A rodič je vůbec nemusí zaregistrovat. R4 říká, že to jde poznat například v grafickém projevu dítěte, kde vyjadřuje své pocity.

TO 9: Mohou se i v budoucnu u obětí projevit nějaké obtíže spojené se sexuálním zneužíváním?

I v této otázce se všichni respondenti shodli na tom, že v dospělosti mají zneužitá děti problémy důvěřovat lidem, sebepoškozují se, trpí depresivními stavy a nejvíce jsou narušeny vztahové věci nebo sexualita. Všichni respondenti se také shodují v tom, že následky v budoucnu hodně ovlivňuje terapie, kterou dítě dostalo, nebo spíše nedostalo, trauma nezpracovalo a v dospělosti se mu vrací vše co není správně zaléčené. R1 přidává ještě k následkům i transgenerační přenos, při kterém se rodinné vzorce stále opakují. R2 odpovídá ještě tak, že následky, záleží na spoustě věcí, třeba do jakých dalších životních situacích se člověk dostane. R3 dodává, že následky mohou ovlivňovat i budoucí partnerské vztahy, které mnohdy končí rozchodem partnerů nebo rozvodem. Vztah je nestabilní, nefunkční.

TO 10: Může něco zhoršit psychický stav zneužívaného dítěte?

Všichni respondenti se shodují na tom, že zhoršit psychiku dítěte může nedůvěra rodiny a okolí. Dítě se svěří, ale nikdo mu nevěří nebo to rodiče ani nezaznamenají. R1 říká, že když se zneužívání děje v rodině, tak pro rodinu je snazší tomu dítěti nevěřit. Dítě to může zkusit říct jednou, ale když není bráno vážně, již se nesvěřuje. R2 si umí představit, že když je tlak v rodině velký, dítě odmítá chodit na terapie. I v terapii se může zhoršit psychický stav klienta, ale to patří k terapeutickému procesu. R3 dodává, že vše závisí na formě pomoci. Jestliže je s dítětem terapeuticky, dlouhodobě, vhodným způsobem a citlivě pracováno dostaví se po určitém čase, který je vždy individuální, zlepšení. Jinak se tam mohou objevovat flashbacky (opakování) traumatu. R4 se setkal

s případem, kdy rodina nechtěla situaci řešit. Pro dítě byla situace velmi těžká. Nemělo v rodině oporu.

TO 11: Dá se nějak předejít sekundární viktimizaci?

R1, R2 a R3 si myslí, že by se mohlo sekundární viktimizaci zabránit, dobrou spoluprací všech činných v procesu. R1 říká, že je potřeba osvědčených odborníků, policistů a psychologů, aby rozuměli dynamice traumatu a následkům sekundární viktimizace, aby uměli včas odhalit co se s dítětem děje, aby věděli, jakým způsobem s dítětem mluvit. Aby to u výsledku byl jednorázový neopakovatelný úkon a nikdo se nemusel znova na nic ptát, když o tom nebude chtít mluvit. R2 si myslí, že jde sekundární viktimizaci zabránit. Může se stát, že k sekundární viktimizaci může dojít, ale je to zbytečné, proces to nevyžaduje, není to nutné. R4 si myslí, že se nikdy sekundární viktimizaci nevyhneme. V učebnicích si můžeme přečíst, jak správně postupovat, ale nelze tomuto jednání snadno zabránit. Vždycky dítě z tohoto procesu vychází jako poražené, můžete mu sebevíc pomáhat, být empatictí, ale praxe bývá jiná.

TO 12: Může se dítě, které zažilo sexuální zneužívání vrátit znovu do „normálního“ života? Bez nějakých potíží?

V této otázce se respondenti neshodli. R1 si myslí, že dítě se může normálně zapojit zase do života, ale také záleží na povaze sexuálního zneužívání, záleží na zázemí nebo na tom, jaký je dítě samotné. Jednorázové sexuální trauma může být zpracováno tak, že člověk tomu více rozumí, má kolem toho ošetřené emoce, nezapomene to, protože je tato událost jeho historií, neznamena to, že by nemohl dál normálně žít. Ale některé věci jsou tak hluboce zasahující, že se propisují do různých oblastí života a jsou dlouhodobě přítomné. Když dítě žije v domácnosti, kde je svědkem domácího násilí, tak je pravděpodobné, že i v budoucnu bude opakovat rodinné vzorce. R2 si myslí, že se může stát, když bude všechno dobře fungovat nemusí být dopady na dítě tak devastující. Záleží na mnoha faktorech. R2 se domnívá, kdyby vše dobře fungovalo nemuselo by prožité trauma do budoucna zanechat žádné následky. Pravděpodobnost úspěchu není velká, protože výsledek je ovlivněn mnoha faktory. Také záleží na tom, v jakých dalších situacích se bude člověk ocítat nebo jak rychle se jizva zhojí. Ale něco se může objevit hned a něco až třeba za pět let. R3 říká, že když se situace zachytila v akutní fázi a je dítě zařazený do odborné péče, která je dlouhodobá, mohou být dopady minimální. Podpora rodiny je velmi důležitá, a uzdravení dítěte je za těchto podmínek možné. Říká: „Ale jak

je to s úrazem běžně, tak nějaká jizva tam, ale zůstává. Vnímám, že tam nějaká jizva prostě je.“ Celoživotně tam může být lehčí komplikace, ale v dosti případech může být dítě víceméně v pořádku. Když se traumatický stav neléčí včas, komplikace mohou být obrovské na celý život. Podle R4 se hlavně porouchaná sexualita oběti vrací. Vždycky tam však budou nějaké následky.

TO 13: Je rozdíl, když pachatelem sexuálního zneužívání byl někdo z rodiny anebo někdo úplně cizí?

Všichni respondenti se shodli na tom, že incestní zneužívání má hlubší dopady na dítě, protože se může dít několik let a nikdo o tom neví a když se zjistí, tak má negativní dopad na celou rodinu a také je tam vždy nějaká citová vazba dítěte k pachateli. R1 říká, že když se to děje v rodině, tak je tam možnost transgeneračního přenosu, kdy rodinné vzorce bude dítě v budoucnu dále opakovat. V případě R2 ještě dodává, že když se to dělo v rodině, tak záleží na reakci rodiny a okolí, nebo jakou má dítě vazbu na svoje rodiče, záleží na podpoře okolí a jakou má dítě povahovou a osobní strukturu. R2 zdůrazňuje, že záleží na rodinných vztazích. R3 vidí velký rozdíl v typu zneužívání. Zneužití nemusí být násilné, pachatel se k dítěti hezky chová a dítě neumí vyhodnotit co se děje. Rozdíl také pociťuje v tom, že když se situace odehrává v rodině, tak se na to přichází mnohem déle a děti mnohem více snáší ubližování od rodinných příslušníků, než začnou registrovat, že je to něco špatného, protože blízkost táty k dceři zamlžuje dělat v tom rozdíly a rozeznávat signály co je špatně. Také zranění je jiné v tom, že je to zranění od blízké osoby a potom se ztrácí důvěra k blízkým osobám a později v partnerských vztazích. R3 neví, jestli ten incest má horší dopady, ale je hlubší, protože je od blízké osoby, u které by mělo cítit největší bezpečí a to selže. R4 má zkušenosti jenom s incestním zneužíváním, dítěti se to všechno vrátí, rodina většinou zareaguje velice špatně a dítě trpí.

Shrnutí druhé dílčí výzkumné otázky

Psychosociální dopady sexuálního zneužívání dětí jsou v oblasti sexuality, kdy dětské oběti mají problémy v sexuálním životě, buď jdou do extrému (promiskuita), nebo naopak mají puritánský přístup k sexu. Mají problémy ve vztahu sami k sobě nebo špatně navazují vrstevnické vztahy, jejich důvěra k ostatním lidem je narušená. Časté změny v chování, poruchy spánku nebo příjmu potravy, špatné prospívání ve škole, disociace, sklon k úzkostem, k agresivitě, problémy v identitě dítěte, také se k tomu mohou vázat

i psychosomatické obtíže. Ale vše závisí na mnoha faktorech jako je např. jaká je povaha dítěte, věk dítěte, do jaké oblasti jejich života se to propsalo, jak si dítě s tímto problémem v rámci svých mechanismů poradilo, povaha sexuálního zneužívání, délka sexuálního zneužívání, kdo byl pachatelem, reakce rodiny, jaká byla podpora od rodiny anebo jestli dostalo dostatečnou terapeutickou péči. Příznaků sexuálního zneužívání je také mnoho a pomůže i včasná pomoc fungující rodiny. Příznaky jsou např. změna v chování (smutek × agrese), dítě si hraje s panenkami na to, že s nimi souloží, nebo osahává rodiče nebo spolužáky, takovým způsobem, co vidí, že na něm dělá pachatel. Divně reaguje na sexuální obsah ve filmu, také to jsou fyzické znaky (modřiny, trhliny). V dospělosti se mohou objevovat obtíže, je to důvod, toho, že dítě např. nedostalo dostatečnou terapeutickou péči nebo v budoucnu řeší nějaké těžké situace. Následky v budoucnu mohou být disociace, flashbaky, transgenerační přenos, problémy v partnerských vztazích, deprese, závislost na drogách nebo sebepoškozování atd. Také se může zhoršit psychický stav dítěte, kvůli špatnému přístupu všech orgánů činných v tomto procesu nebo velký vliv má i reakce rodiny, např. nedůvěra rodiny nebo rodina tlačí na dítě, aby nechodilo na terapii a dítě trauma tedy správně nezpracuje. I při terapii se může zhoršit psychický stav dítěte, ale to je normální proces. Dalším bodem je i sekundární viktimizace, protože i ta může velice ovlivnit negativním způsobem psychický stav dítěte. Většina respondentů si myslí, že se dá sekundární viktimizaci zabránit, správným postupem a spoluprací všech činných orgánů v procesu. Jen školní psycholog si myslí, že se nedá zabránit sekundární viktimizaci, sám má takové zkušenosti, že nikdy zcela nezabránili znovu opakování toho zážitku. K opakování děsivého zážitku by se dítě nemělo mnohokrát vracet, a to by měla zajistit i správná edukace společnosti. V otázce toho, zda se dítě může „normálně“ vrátit do života se respondenti moc neshodli. Někdo si myslí, že správně provedeným procesem, nemusí být ten dopad tak devastující pro dítě, ale také závisí na mnoha faktorech. Když jde o incestní zneužívání má to hlubší následky na psychiku dítěte, protože naruší všechny rodinné vztahy.

3.7.3 Dílčí výzkumná otázka č. 3

DVO 3: Jaká je následná péče o sexuálně zneužívané dítě a rodinu?

K objasnění třetí dílčí výzkumné otázky bylo využito šest tazatelských otázek. Nejprve se tazatelské otázky zaměřily na terapeutické metody při péči o sexuálně zneužívané dítě, rozdělení metod podle věku dětské oběti. Poté jaké druhy terapie

poskytují, zda pracují i s rodinou nebo jaká je reakce zneužívaných dětí na terapii. Dále otázky směřovaly na to, zda je rozdíl mezi pachatelem, který byl z rodiny anebo úplně cizí osobou nebo kolikrát se s dětmi nebo rodinou setkávají. Na závěr byla položena otázka, jak rodina může pomoc zneužitému dítěti.

TO 14: Jaké metody respondenti používají při terapeutické péči o sexuálně zneužívané dítě?

R1 a R3 se shodují, že používají metodu sandplays (pískové stoly s figurkami na uvolnění (traumatu) anebo malují, k tomu se přidává i R4. Nebo se staršími dětmi používají metodu rozhovoru. Podle R1 jde primárně o to, aby se zneužitá dítě cítilo v bezpečí a aby získalo znovu kontrolu. K tématu sexuálního zneužívání se postupuje pomalu. Záleží na osobnosti terapeuta, jakým způsobem pracuje, jaké má terapeutické vzdělání, co mu dává smysl, v čem se cítí pevný, také záleží, jaké dítě je. Se staršími dětmi si povídají, s menšími pracují projektivním způsobem. Situaci přímo dítě nepojmenovává, ale odehrává v rámci hry, s plyšákem nebo loutkami, nebo na pískovišti, také pracují s terapeutickými kartami, můžou to být různé arteterapeutické techniky, např. z model keramickou hlinou v rámci toho, jak pracují s hlinou, tak pracují i s emocemi. Při hře s plyšáky je důležité pozorovat formu hry a manipulaci s hračkou. Podle R1 neexistuje jeden návod, jaké používat terapeutické metody. Je potřeba být citlivý k tempu dítěte a hlídat a nabízet, když nechce mluvit tak mluvit nemusí. R2 mluví více obecněji, že záleží na mnoha faktorech např. jak funguje rodina, kolik je dítěti, povaha toho činu atd. R3 uvádí, že začínají diagnostikou therapy assessment (diagnostika celé rodiny a celého rodinného systému) aby zjistili celý kontext traumatu. S dítětem se dělá diagnostika na posttraumatickou stresovou poruchu, je to od 3 do 12 let, a dále diagnostika, kde se ukazuje depresivita a úzkosti, intruze, noční sny, děsy a sexuální obavy, to je následně vyhodnoceno pomocí škál. Tím zjistí, jak na tom dítě je a nastaví se terapeutická intervence s dítětem. R3 mluví o dalších terapeutických metodách např. play therapy (terapie hrou), kdy používají hravou místnost, kde dětská psychologka s dítětem pracuje. Další je kognitivní terapie, to znamená rozhovor s dítětem, psychologka si s dítětem hodně povídá, ale používá i předchozí techniky. Nebo jsou to různé projektivní metody (malování). Jednou za dva měsícem si s OSPODEM sjednají hodnotící schůzku, kde hodnotí, jestli se stav dítěte i rodiny zlepšil nebo ne. A R4 s dětmi zase pracujete trochu jiným způsobem, z důvodu, že je školní psycholog. Při pomoci

o sexuálně zneužívané dítě se nejčastěji zaměřuje na vinu, kterou cítí dítě, takže nejprve s dítětem mluví opatrně, snaží se z toho dítěte „stáhnout“ pocitu viny.

TO 15: Jaký je rozdíl v používání terapeutických metod podle věku oběti?

R1, R3 a R4 se shodují v tom, že u mladších dětí je to formou kresby nebo metodou sandplays a u strašících dětí je to zase formou rozhovoru. Podle R1 potřebují menší děti trauma zpracovávat spíš projektivním způsobem, odehrávají si to v rámci hry s plyškem, loutkami nebo na pískovišti. Mladší děti si potřebují hrát nebo vyprávět, přes nějakou projekci. Starší dítě více vypráví v rozhovorech (kognitivní terapie). R2 mluví o tom, že čím je mladší dítě tím méně je verbální mluva dostupná, takže je to spíš o emocích a změně v tom chování a pro starší děti už je to snadněji zachytitelné do slov. R3 říká, že rozdíl je ve způsobu práce. S dvanáctiletým nebo desetiletým dítětem se už dá pracovat rozhovorem, který umožňuje jít hodně do detailního prožívání dítěte.

TO 16: Kolikrát se průměrně s dítětem setkáváte?

R1 a R2 mají takové zkušenosti, že když je zneužívání jednorázové a dítě dostane velkou podporu rodiny, tak trauma může být zpracováno během 5-10 konzultací. A v dalších vývojových fázích věku tohoto dítěte se opět může vyskytnout následný problém, který je nutné řešit další terapií. R3 na tuto otázku odpověděl tak, že psychoterapie je dlouhodobý proces, takže trvá měsíce. V akutní fázi dochází dítě na terapii dvakrát v týdnu, později jednou za čtrnáct dní nebo jednou za měsíc. Doba docházení na terapie se pohybuje od 6 do 10 měsíců, podle individuálních potřeb. Setkání bývá v průměru 20-25. U techniky sandplays terapie je deset setkání, a poté se hodnotí, jestli je potřeba přidat nebo se léčba ukončí. Jsou případy kdy stačí 10 setkání, ale ve většině případů je to kolem 20. Na začátku stačí tři setkání a dítě už začíná komunikovat, některé děti však potřebují více času a po dobu terapie komunikují méně. R4 říká, že je to individuální, ve škole se s dítětem setkávají každý den. Průběžně jej připraví na celý terapeutický proces a poté předá specialistům. I po předání odborníkům se s dítětem jednou týdně schází (podle potřeby).

TO 17: Jaká je reakce dětí na terapii?

Podle R1 jsou děti, které o traumatu potřebují pořád mluvit a opakuji to stále dokola. Objevuje se riziko toho, že si děti situaci stále vrací a nemají čas ji zpracovat. Je potřeba trošku zastavovat a zpomalovat. U dlouhodobého traumatu, třeba až po roce terapeutické

práce je prostředí pro dítě bezpečné, aby o tom mohlo mluvit. Důležité je hledat „zlatý střed“. R2 říká, že se děje to, že dítě nechce mluvit, nechce se k tomu traumatu vracet, anebo rodina není nakloněna k tomu, aby dítě někde něco sdílelo a mluvilo o tom jinde než doma. A to také ovlivní postoj dítěte nebo celé rodinné terapie. V nějaké fázi dítě potřebuje žít svůj život a nezabývat se tím a až zase bude potřebovat terapeutickou péči tak přijde. R3 mluví o tom, že v prvopočátku je dítě samozřejmě zamlklé, takže se začíná projektivními metodami (malování) nebo hravými technikami. Ale většinou se podaří navázat komunikaci s dítětem docela rychle. A R4 zase uvádí to, že se okolo takového případu musí opatrně zjišťovat, co se vlastně děje. Je důležité, aby dítě o situaci dokázalo mluvit, aby se s danou situací mohlo dál pracovat.

TO 18: Poskytujete i rodinnou terapii?

R1, R2 a R3 poskytují i rodinnou terapii, protože jak uvádí R1 rodina je v tomto procesu velice důležitá, a i rodina potřebuje podporu. Například rodič má výčitky, že si ničeho nevšiml. Je důležité, aby se nejdřív o sebe postarali rodiče dítěte. R2 ještě dodává, že vždy vyhodnocují situaci a určují, zda dítě přijde samo anebo s rodičem a pak záleží na dalších faktorech, jako věk dítěte nebo povahu činu. Když je ideální situace tak je do procesu vtažena rodina, ale nemusí to tak být. Také poskytují krizovou intervenci i dlouhodobou terapii pro rodinu. Hodně záleží na dítěti, když cítí, že teď nechce nic řešit a chce mít klid. Ale rodič to nechápe a potřebuje na tom pracovat, tak se klientem stává rodič. U R3 je to zase o therapy assessment (diagnostika celého rodinného systému). Pracují tedy většinou jak s dítětem, tak i rodinou, protože i rodič je situací zasažen druhotně. A R4 má takovou zkušenost, že nikdy s ním rodina dítěte nechtěla spolupracovat, dokonce si rodina přála, aby s psychologem dítě nespolečně pracovalo. Pro rodinu je to velká rána a také se mu stalo, jak sám řekl: „*Dokonce vím, jak mi tady dítě pláče, protože maminka to dítě seřvala. Že udělalo něco špatně, že udělal něco velmi nemravného, že to nabonzovalo.*“ Rodina se staví proti dítěti, ne v jeho prospěch.

TO 19: Čím může rodina nebo okolí pomoc zneužívanému dítěti (role rodiny)?

Všichni respondenti se shodují, že role rodiny v následné péči o dítě je velice důležitá. R1 říká, že podpora od blízkých je důležitá, protože rodič, který je s dítětem většinu času mu může dávat podporu a pochopení. Je důležité dítěti věřit co sděluje a brát to vážně, když dítěti neposkytnou důvěru, situace se nebude zlepšovat. Záleží na tom, jestli má dítě někoho, kdo ho slyší, nemusí to být rodina, může to být např. učitel kroužku,

vedoucí na letním táboře nebo spolužák. Také je pro to dítě důležité, aby vůbec vědělo, co se vlastně děje. Je potřeba dítěti nijak mu to nevyvracet, zajímat se o něho, pokud si ten, na koho se dítě s problémem obrátilo neví rady, měl by vyhledat psychologa nebo jiného odborného pracovníka. Je potřeba převzít zodpovědnost. Vrátit dítěti základní pocit bezpečí, že může být dál dítětem a dospělí to vyřeší, ochrání ho, vracet mu možnost cítit se ve světě bezpečně. Dávat mu takové nástroje, jak s tím zacházet, když se mu něco takového stane. R2 říká, že je důležitá role rodiny, a to bez ohledu na to, kolik tomu dítěti je let. R3 si myslí, že je důležité pro prevenci, aby rodiče dobře znali své děti, aby s nimi udržovali dobrý kontakt, protože dítě samo od sebe, to úplně neřekne. Důležitá je pozornost rodičů a vzájemná komunikace. Důležitá je také pozornost učitelů a odborníků. Kteří dokáží rozlišit různé odlišné symptomy chování dítěte. R4 říká, že je nejdůležitější podpora rodiny.

Shrnutí třetí dílčí výzkumné otázky

Terapeutické metody, které se používají v následné péči se dělí podle věku. U mladších dětí to jsou hlavně metody projektivní, takže metoda sandplays (pískové stoly), kresba, hrací techniky (např. plyšáci, panenky) nebo používání terapeutických karet. Také to mohou být arteterapeutické techniky (např. model keramická hlína). Mladší děti si spíš potřebují hrát a projektivně situaci zpracovat. Situaci, že byly zneužité neumí ještě vyjádřit slovy. Ale vzniklou situaci lze vyčíst ze hry dítěte – například s plyšáky, panenkami. Se staršími dětmi už se používají spíše kognitivní techniky, jako je rozhovor. Jeden z respondentů uvedl, že začínají diagnostikou therapy assessment (diagnostika celé rodiny) poté diagnostikou na posttraumatickou stresovou poruchu, z toho se vyhodnotí, jaký bude další postup a s jakými technikami se bude pracovat. Zpracování takového traumatu má dlouhý proces a také záleží na mnoha faktorech, které zde už byly několikrát uvedeny. V průměru terapie trvá několik měsíců, někdy i let. Každé dítě je jiné a potřebuje různou časovou dobu na zpracování traumatu. Většinou děti reagují na terapii špatně, nekomunikují nebo se jim nechce nic dělat. Důležité je v terapii hledat „zlatý střed“, který bude vyhovovat všem. V celém procesu nápravy je velmi důležitá role rodiny její pomoc a podpora dítěte a proto, dochází na terapii i rodina, aby se celý rodinný systém mohl léčit spolu a nebyli na to členové rodiny sami. Je špatné, když rodina nechce spolupracovat a dítěti nevěří nebo ho nepodporuje. Rodina by měla věřit a naslouchat dítěti. Protože dítě svým způsobem může říct, že bylo zneužité, ale rodiče tomu nevěnují dostatečnou pozornost. Rodina by měla navracet pocit bezpečí. Ale je také důležité, aby dítě bylo

vedeno k tomu, že když se mu něco nelíbí tak to má sdělit někomu komu věří. Přibližovat dětem hranice, aby rozeznalo, co už je sexuální zneužívání.

3.7.4 Dílčí výzkumná otázka č. 4

DVO 4: *Jaká je úroveň prevence sexuálního zneužívání dětí ve společnosti?*

Čtvrtá a také poslední dílčí výzkumná otázka se zabývá dostatečnou prevencí sexuálního zneužívání ve společnosti. Skládá se ze tří tazatelských otázek, které se týkají názorů odborníků, zda se dá předejít sexuálnímu zneužití dětí, zda je dobrá informovanost o dopadech sexuálního zneužívání dětí a nové trendy v oblasti sexuálního zneužívání.

TO 20: Dalo by se nějak předejít sexuálnímu zneužití dětí?

R1 si dokáže představit, že dítě, které ví, že na něho nesmí nikdo sahat, zná své hranice a odmala je učené, že ví, jak má říct ne, tak s tím přijde a řekne to hned. Svěřil se rodičům, ale jsou také lidé, kteří to neřeknou celý život. Také existují linky důvěry, kam mohou děti zavolat anonymně a probrat co se děje. Je důležité, aby to dítě vědělo, co se děje, že to není dobře. Když se jim něco nelíbí mají se s tím svěřit. R2 řekla, že jde hlavně o vztahy v rodině. Nedokáže si představit, jaké výchovné metody použít při prevenci. R3 zdůrazňuje edukaci škol a školek. Myslí si, že kdyby tam byla edukace na dobré úrovni, dobře přístupná dětem na jejich stupeň vývoje, aby pochopily věci, tak je to moc důležité, protože často zneužívané děti neví, co se to vlastně děje. Protože ne vždy je sexuální zneužívání násilné. Ve školách a školkách by bylo dobré, aby probíhala edukace, byl by to velmi významný faktor prevence. Edukace by měla být pravidelná a dobře provedená. Dalším významným faktorem je pozornost rodičů, aby rodiče dobře znali své děti, aby s nimi udržovali dobrý kontakt. Protože dítě může dávat určité signály a rodič si toho nemusí ani všimnout. R4 má naději, že když pracuje s dětmi od druhé třídy, stylem toho „chci to, nechci to“, tak většině těch dětí dává do rukou dostatečné nástroje, jak odmítnout, aby se na něm nepáchalo něco, co on nechce. Ale netroufne si říct, že by to všem dětem pomáhalo, jeho cesta je taková, že si děti uvědomí, co se děje, a řeknou, že to nechtějí a budou si stát trochu asertivně za svým. Další věc je, že je učí, že vůbec něco jako sexuální zneužívání existuje a že to hrozí. To znamená informovanost, jedna z věcí je umět, říct: „tohle nedělej, já tohle nechci, tohle mi vadí“, a druhá věc je vědět co se děje. Protože ve všech případech děti v počátku netuší, že je něco špatně. Ale R4 si myslí, že zabránit tomu asi nejde, protože faktem je, že tyhle pachatelé jsou hodně dobří

manipulátoři. Pokud se s tímto problémem někdo přímo nepotká nebo nepotkal tak na to není nikdy dostatečně připravený.

TO 21: Myslíte si, že je ve společnosti dobrá informovanost o dopadech sexuálního zneužívání?

Všichni respondenti si myslí, že informovanost o dopadech sexuálního zneužívání ve společnosti je špatná a ten kdo se o to odborně nezajímá, si neumí představit do jakých všech sfér života se toto trauma může prospat. Informovanost je velice důležitá, abychom získali povědomí, o tom, čím si musí zneužívané osoby projít a s jakými následky se v životě musejí potýkat.

TO 22: Všímate si nějakých nových trendů v oblasti sexuálního zneužívání (např. internet)?

R2 říká, že teď je to doba lockdownu, online, a tak bude určitě nárůst negativních trendů na internetu, ale jestli se něco takového děje, tak se to zatím vše řeší v rámci rodiny, protože kvůli COVIDu-19 je vše zavřené a rodiny si to nechávají radši pro sebe. R3 má takový názor, že je to internet. Klasické podoby sexuálního zneužívání se dějí pořád, ale na internetu je to hodně. Zaznamenávali to i před dvaceti lety, ale ne v takové míře jako v dnešní době, teď už se to objevuje stále. Internet je obrovsky zneužitelný prostor pro tuto činnost. Děti bývají doma často samy, rodiče nemají přehled o tom, co děti na internetu sledují. R4 říká, že už tehdy to byly trendy přes internet. A že jestli něco neodhalil tak to budou všechny tyhle formy, co se týče fotografií, informací atd. na internetu. Pokud jsou důvěřivé děti do něčeho nekalého nevědomě vztaženy, tak pachatelé to mají dobře chráněné, aby na to nikdo nepřišel. Trendy tam jsou v té oblasti virtuality, která je prostě nehmatatelná a neuchopitelná. Děti se musejí teď učit, že pokud se s někým na internetu povídám tak to neznamená, že je to dvanáctiletý kluk ze 7. třídy, ale že to může být nějaký psychopat, který si s ním píše. R4 děsí ta falešná identita, že na internetu se všude lže a děti říkají: „Já taky lžu, taky se vydávám za někoho jiného“. Nebezpečí je také v tom, že děti mají velké benefity, z toho, že jestli pošlou nějakou fotku tak jsou za to velmi oceňovány. Takže když se něco takového děje, tak se to např. učitelé dozví jenom přes nějakého spolužáka té oběti, protože dítě (oběť) se neozve. Důležité je děti varovat, ale R4 si myslí, že to na mnoho dětí nefunguje. Dříve se sexuální zneužívání odehrávalo v té fyzické rovině a nyní se přesunulo do roviny virtuální.

Shrnutí čtvrté dílčí výzkumné otázky

Respondenti se shodli v tom, že prevence a informovanost sexuálního zneužívání není ve společnosti na dobré úrovni. Měla by se zvýšit edukace sexuální výchovy ve školství, učitelé by měli být lépe informováni o dopadech sexuálního zneužívání dětí. Respondenti se shodují v tom, že by se dalo předejít sexuálnímu zneužívání, tím, že by už od mala dítě znalo své hranice, mělo důvěru v rodině a vědělo, že když se mu něco nelíbí tak může říct ne a svěřit se s tím někomu. Protože děti často nevědí, co se vůbec děje a jsou z toho zmatené. Školní psycholog vede preventivní programy od druhé třídy, aby děti opravdu věděly, že mohou odmítnout něco co se jim nelíbí. Takže je důležitá informovanost dětí, učitelů, psychologů a celé společnosti. Informovanost o tom, do jakých všech sfér života se může vepsat sexuální zneužívání je špatná a když se o to někdo odborně nezajímá, tak ani nemůže vědět, jak moc je to vážné a hluboké trauma. A nové trendy v oblasti sexuálního zneužívání se odehrávají v dnešní době hlavně přes internet. Už dříve se tyto nové formy objevovaly, ale v dnešní době je to masivní nárůst. Skrývá to velké nebezpečí, protože internet je velký a anonymní prostor, kde se může skrývat kdokoli.

3.8 Závěr výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak psychosociální dopady ovlivňují život sexuálně zneužívaného dítěte. K dosažení tohoto cíle bylo použito dvacet dva otázek. Dále bylo cílem objasnit jaké jsou nejčastější psychosociální dopady sexuálního zneužívání dětí, do jakých oblastí života se takové trauma dostane, co všechno ovlivní, jakou významnou roli má rodina při pomoci o dítě a jaká je správná podpora a pomoc od rodiny a odborníků. Vážnost dopadů závisí na spoustě faktorů jako je osobnost a věk dítěte, kdo je pachatelem, na délce a povaze sexuálního zneužívání, na podpoře rodiny apod. V procesu nápravy je mnoho činných orgánů (OSPOD, Policie ČR, pomáhající organizace/psychologové), a všechny by měly spolupracovat, aby nedocházelo např. k sekundární viktimizaci.

Z odpovědí respondentů se potvrdilo mnoho psychosociálních dopadů jako jsou problémy ve vztahu sami k sobě, ve své identitě nebo sexualitě. U sexuality jdou buď do extrému (promiskuita) nebo naopak k puritánskému přístupu v sexu. Pak jsou to problémy v důvěře k ostatním lidem, navazováním vrstevnických a partnerských vztahů.

Časté jsou změny v chování, poruchy spánku nebo příjmu potravy, špatný prospěch ve škole, flashbaky, disociace, sklon k úzkostem, depresivitě, agresivitě. Nebo i v psychosomatické oblasti (např. kožní obtíže, vypadávání vlasů apod.). V dospívání nebo v dospělosti mohou oběti mít sklon k drogám, alkoholu nebo sebepoškození. Také se tu může objevit transgenerační přenos, kdy dítě v dospělosti opakuje stejné rodinné vzorce jako zažil v dětství. Ale díky včasné a odborné terapeutické pomoci by se měly psychosociální dopady zmírnit a v dospělosti by se už nemusely objevovat.

Z výzkumného šetření vyplývá, že terapeutická péče je velice důležitá v procesu zpracování traumatu. Když se na sexuální zneužívání přijde včas a následuje hned terapeutická péče, tak je předpoklad, že by do budoucna nemusely mít oběti velké obtíže ve svém životě. Podle věku se dělí i používané terapeutické techniky. U mladších dětí to jsou hlavně projektivní a arteterapeutické techniky jako je metoda sandplays, malování, hraní s předměty, využívání terapeutických karet nebo hraní si z model keramickou hlínou. Protože mladší děti potřebují zpracovat trauma formou hry. A u starších dětí je to hlavně ve formě rozhovorů, protože ony už umí vyjádřit emoce slovy. Terapie většinou trvá několik měsíců, protože zpracování takhle hlubokého traumatu potřebuje spoustu času. Terapii většinou potřebuje i rodina zneužitého dítěte a v pomoci a podpoře dítěte je její role velice důležitá.

Rodina by v každém případě měla podporovat své dítě, i když se sexuální zneužívání děje v rodině, tak by ho nezneužívající členové rodiny měli podpořit a pomoc mu při následné péči. Protože reakce rodiny a okolí je velice důležitá. Rodina by měla dítěti vždy věřit a naslouchat mu. Také by dítě už odmala mělo znát své hranice a aby vědělo, že když se mu něco nelíbí, má právo říct ne. Je potřeba, aby rodina byla pozorná a sledovala, jak se dítě chová nebo co říká, protože ne vždy nějaké stopy, které mohou vést k sexuálnímu zneužívání jsou hned poznatelné.

Kdyby se zvýšila prevence sexuálního zneužívání jak v rodinách, tak ve školství pomocí většího důrazu na sexuální výchovu. Mohlo by se mnohdy předejít sexuálnímu zneužívání. Také informovanost dopadů sexuálního zneužívání není na dobré úrovni ve společnosti. Tato problematika je velice nebezpečná a stále se objevují nové trendy v oblasti sexuálního zneužívání, v současné době zejména prostřednictvím internetu.

Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala psychosociálními dopady sexuálního zneužívání dětí. Cílem práce bylo rozšířit povědomí o sexuálním zneužíváním, hlavně o jeho dopadech na dítě a jaké strategie je nejlépe zaujmout při pomoci o sexuálně zneužívané dítě. Pro zvýšení povědomí o dopadech sexuálního zneužívání dětí autorka práce vytvořila informační letáček, který se nachází níže v příloze B.

Teoretická část práce se zaměřila nejprve na sexuální zneužívání dětí, jeho formy, právní hledisko, syndrom CAN, komerční sexuální zneužívání, vyšetření a prevenci sexuálního zneužívání. Dále se autorka zabývala psychologickými a sociálními dopady, rolí rodiny, sekundární viktimizací, psychickým traumatem, nástroji zmírnění a důležitou terapeutickou péčí o oběť a rodinu.

Na teoretickou část práce navazuje empirická část, která má formu kvalitativního výzkumného šetření a skládá se ze čtyř polostrukturovaných rozhovorů s psychology/psychoterapeuty, kteří pracují se sexuálně zneužívanými dětmi. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak psychosociální dopady ovlivňují život sexuálně zneužitého dítěte a jaké mají odborníci zkušenosti s psychosociálními dopady sexuálního zneužívání a jak postupovat a pracovat se zneužívaným dítětem. Na základě stanoveného cíle byla vytvořena hlavní výzkumná otázka: *Jak psychosociální dopady ovlivňují život sexuálně zneužitého dítěte?* Od hlavní výzkumné otázky se odvíjejí čtyři dílčí výzkumné otázky, které se týkaly prací psychologů/psychoterapeutů, nejčastějšími dopady sexuálního zneužívání, terapeutickou péčí o oběť a rodinu a úrovní prevence ve společnosti. Z dílčích výzkumných otázek vznikly další tazatelské otázky, celkem bylo použito dvacet dva tazatelských otázek.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že nejčastější dopady sexuálního zneužívání jsou problémy, které má jedinec ve své integritě, identitě nebo sexualitě. Dále jsou to problémy s důvěrou k ostatním lidem, navazování vztahů s vrstevníky a partnerských vztazích, také změny v chování, poruchy spánku, zhoršený prospěch ve škole, sklon k úzkostem, depresivitě a agresivitě. Další problémy provázejí oběť i v dospělosti, ale dá se jim částečně zabránit vhodnou terapeutickou péčí, která je poskytována jak dítěti, tak rodině. Role rodiny je při pomoci o sexuálně zneužívané dítě

velice důležitá. Z odpovědí respondentů výzkumného šetření vyplynulo, že kdyby se zvýšila prevence sexuálního zneužívání v rodinách nebo ve školách formou sexuální výchovy, tak by se částečně předešlo sexuálnímu zneužívání. V závěru se tedy potvrdilo, že teoretická část práce se shoduje s empirickou částí.

Z uvedeného vyplývá, že v otázce, jak psychosociální dopady ovlivňují život sexuálně zneužívaného dítěte hraje významnou roli včasná terapeutická péče odborníků a také mnoho faktorů jako je věk a osobnost dítěte, totožnost pachatele, délka zneužívání, podpora rodiny apod. Psychosociální dopady zasahují do každé části života oběti a je velice těžké s nimi žít a „normálně“ fungovat.

Přínos práce autorka vidí v rozšíření povědomí o sexuálním zneužívání dětí a následných dopadech na jejich psychiku. Dopady násilí ovlivňují jedince ve všech sférách jeho života. Tato problematika nezasahuje jenom sexuálně zneužitou obět', ale i rodinu a okolí. Téma práce je těžké a málokdo si umí představit jaké následky sexuální zneužívání na oběti zanechá. Je proto důležité obecně vědět jaké dopady na dítě má konkrétní zážitek. Nutné je sledovat chování dítěte a nezavírat před problémy oči. Informovanost dětí a celé společnosti by pomohla zlepšit úroveň prevence sexuálního zneužívání. A důraz na rodinu, která má nejdůležitější roli, ve zdravém vývoji dítěte.

Seznam použitých zdrojů

Literatura

ALLENDER, Dan. *Léčba zraněného srdce: bolest ze sexuálního zneužití a naděje na proměnu*. Přeložil Daniel MICKA. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-518-4.

BLATNÍKOVÁ, Šárka. *Pachatelé komerčního sexuálního zneužívání dětí*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2009. Studie (Institut pro kriminologii a sociální prevenci). ISBN 978-80-7338-091-5.

ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Forenzní psychologie*. 3., upr. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2013. ISBN 978-80-7380-461-9.

ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Viktimologie pro forenzní praxi*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0582-1.

DUNOVSKÝ, Jiří. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-192-5.

DVOŘÁKOVÁ, Stanislava a Zuzana TRUHLÁŘOVÁ, ed. *Sociální aspekty komerčního sexuálního zneužívání: sborník příspěvků z konference konané dne 3.3.2004 [v] Hradci Králové*. Hradec Králové: M & V, 2004. Texty k sociální práci (M & V). ISBN 80-86771-05-9.

FRÖHLING, Ulla. *Byla jsem otrokyní v satanské sektě*. Frýdek-Místek: Alpress, 2009. Klokán (Alpress). ISBN 978-80-7362-694-5.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.

GLASS, Cathy. *Rozbitá: příběh zneužívaného a odvrženého dítěte*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0025-3.

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

CHROMÝ, Jakub. *Kriminalita páchaná na mládeži: aktuální jevy a nová právní úprava v České republice*. Praha: Linde, 2010. ISBN 978-80-7201-825-3.

KALIBOVÁ, Petra a Martin KALIBA. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě v kontextu současného školství*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-507-3.

LEVINE, Peter A. a Maggie KLINE. *Prevence traumatu u dětí: průvodce k obnovení důvěry, vitality a odolnosti*. Praha: Maitrea, 2014. ISBN 978-80-87249-61-1.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Co děti nejvíc potřebují: eseje z dětské psychologie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 1995. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7178-058-8.

MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny v kontextu plánování péče*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-739-8.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

S., ZUZANA, S., Zuzana. *Hra na pavoučka*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-812-2.

SMUTKOVÁ, Lucie. *Sociální práce s rodinou*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-069-1.

Socialia: sborník příspěvků z mezinárodní konference konané v Hradci Králové .. Hradec Králové: Gaudeamus, [1997?]-. ISBN 978-80-7435-091-7.

SOCHŮREK, Jan a Květuše SLUKOVÁ. *Úvod do viktimologie pro pomáhající profese*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2013. ISBN 978-80-7372-951-6.

SZOTKOWSKI, René. *Sexting u českých dětí*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020. ISBN 978-80-244-5793-2.

VANÍČKOVÁ, Eva, Kamil PROVAZNÍK a Zuzana HADJ-MOUSOVÁ. *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-878-6.

VANÍČKOVÁ, Eva. *Interpersonální násilí na dětech*. Praha: Úřad vlády ČR, 2009. ISBN 978-80-7440-001-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

VELIKOVSKÁ, Martina. *Psychologie obětí trestných činů: proces viktimizace, status oběti a jeho význam, prevence a vyrovnávání se s viktimizací, reálné případy z policejní praxe*. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4849-8.

WEISS, Petr. *Sexuální zneužívání – pachatelé a oběti*. Praha: Grada, 2000. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-795-8.

WEISS, Petr. *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0929-5.

Elektronické zdroje

DUBOWITZ, Howard a Joav MERRICK. *International aspects of child abuse and neglect* [online]. New York: Nova Science Publishers, c2010, 1 online zdroj (xviii, 286 s.) [cit. 2020-11-02]. Health and human development. ISBN 9781611224030.

DYDŇANSKÁ, Radka. *Transgenerační přenos syndromu CAN a možná prevence* [online]. Brno, 2009 [cit. 2022-04-05]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/erqky/text.pdf>. Diplomová práce. Masarykova univerzita.

Jak pomáháme. *Spondea.cz* [online]. 2022 [cit. 2022-04-05]. Dostupné z: <https://www.spondea.cz/cz/jak-pomahame>

MACHKOVÁ, Alexandra. Mýty a fakta o sexuálním zneužívání dětí. *Šance dětem* [online]. 2012 [cit. 2022-02-10]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/myty-fakta-o-sexualnim-zneuzivani-deti>

O nás. *Nomiahk* [online]. 2022 [cit. 2022-04-05]. Dostupné z: <https://nomiahk.cz>

Představení doktoranda [online]. In: [cit. 2022-04-05]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/35238/140005880.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Sexual violence against children. *Unicef* [online]. [cit. 2022-04-05]. Dostupné z: <https://www.unicef.org/protection/sexual-violence-against-children>

Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník. In: *Zákony pro lidi* [online]. © AION CS, s.r.o. 2010-2022 [cit. 2022-04-05]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>

Přílohy

Příloha A: Přepis části rozhovoru s Mgr. Miroslavem Bubeníkem, B.Th. z organizace Nomia, z. ú.

1) Jaké nejčastější dopady má sexuální zneužívání na děti? Nebo třeba rozdíl mezi zneužitím v rodině a někým cizím?

„No tak záleží, řekl bych, že takové standardní dopady na dítě, tam jsou vždycky stejné. Určitě dopady jako je právě sklon k depresivitě, k úzkostem, nebo k agresivitě nebo vlastně problémy v té integritě toho člověka, a dejme tomu v té identitě, to pošlapání nějakých hodnot toho člověka, a dítěte. A on si je sebou nějak nese. Tak to bych řekl, že standardně je to u všech stejný. Jaký tam vidím, třeba rozdíl, u té rodiny nebo u těch cizích, je ten, že v té rodině se na to přichází mnohem déle a ty děti víc snesou v uvozovkách, než začnou registrovat, že je to něco špatného. Jo, protože je tam třeba ta blízkost toho táty k té dceři, a ta blízkost jakoby zamlžuje dělat v tom rozdíly. A je tam ta citová vazba k tomu rodiči. Ta identifikace tam trvá jakoby déle, to dítě je delší dobu, tady v těch věcech. No a samozřejmě to zranění je jiný i v tom, že to je zranění od blízké osoby a potom takové ty snížené schopnosti, vlastně důvěřovat ve vztazích těm blízkým osobám. Jo, potom ve vztazích těch partnerských třeba. Takže tam bych řekl, že ten dopad nevím, jestli je horší. Ale v něčem bych řekl, že je hlubší. Že to je od blízké osoby, tam to dítě musí mít co největší bezpečí a tady to selže. Takže je to komplikovanější od blízké osoby.“

2) A může se tohle dítě, který zažilo sexuální zneužívání „normálně“ vrátit do života? Jako fungovat v tom životě, když bude mít tu správnou terapii?

„Jak jste říkala, jako pokud se to včas zachytí a dejme tomu ještě nějak v té akutní fázi, když ty věci probíhaly a následně, pokud se to podaří podchytit, je to dítě zařazený do nějaké odborné péče, která je dlouhodobá. Ale nemusí to trvat zase dva roky, to fakt ne, ale třeba ten půl/tři čtvrtě rok, je tam i ten rok nějaká ta péče o to dítě a o tu rodinu. Tak si troufám říct, že to může mít velmi dobré výsledky. Je tam potřeba podpora té rodiny. Velká. Takže za těchhle těch předpokladů jsou ty děti uzdravy schopný. Ony jsou v tom vývoji, takže jo, určitě to může mít vliv. Ale jak je to s úrazem běžně, tak nějaká jizva tam zůstává. A nějaká nedůvěra v některých momentech, nervozita nebo určité strachy, když potom ta dívka dospěje a začne nějaké chození. Můžou tam být jizvy, který

se tam prostě, můžou potom propsat, a samozřejmě i celoživotně tam může být nějaká lehčí komplikace, ale v dost případech můžu říct, že to dítě je víceméně v pořádku. Je to takový zásah, záleží na tom, jak to zneužívání vypadá, ne každý je stejný. Ale pokud se to fakt nezaléčí včas, nevěnuje se tomu ten čas, tak potom ty komplikace jsou obrovský a jsou na celý život. Ale velká naděje tam je, při té včasné a dobré péči, minimálně to minimalizovat. Aspoň, do nějaké dobré polohy a může to být aspoň v pořádku.“

3) Takže většinou potom v dospělosti mají nějaké špatné dopady, tak to je spíš tím, že neměly tu terapii, nebo že rodina je nepodpořila?

„Ano, ve většině případů je to takhle, že se tomu nevěnovala pozornost. A to dítě v tom vlastně zůstalo samo, osamocené, a nedošlo k žádnému zpracování, malému uvolnění, žádnému vysvětlení, k žádným nápravě prostě. Takže ve většině případů si to sebou nesou. A vlastně ty děti do té další fáze života. A může se to projevit různým způsobem, sebepoškozováním, depresivními stavy dítěte, je to ve většině těchto případů, že se to neléčilo, že se s tím nic nedělalo.“

4) Jaké mohou být dopady v dospělosti?

„Mají různé obtíže ty ženy, anebo i muži, kteří byli zneužívány. Takže oni mají problémy třeba v intimních vztazích, v intimní rovině, s partnerem/s partnerkou a tam mají velmi významné obtíže. Je tam také disociativní chování (odosobnění). Kdy vlastně mi jedna klientka řekla, že ona by ráda měla intimní zážitky s partnerem, ale vlastně při aktu najednou přestane vnímat ty věci, úplně vypadne z toho myšlení a vlastně si to ani nepamatuje. Jo jsou to takové výpadky paměti, i momentální odosobnění i třeba popisuje, že třeba ve sprše, kdy se myje, sprchuje se a dotýká se svého těla tak třeba ty disociace, přicházejí i v této chvíli, že se třeba osprchuje, vyjde ze sprchy a říká já jsem vlastně vůbec nevnímala, že jsem v té sprše byla. Jo, podobné disociace mají v kontaktu s partnerem. Takže jsou to věci, které hodně komplikují život, těm lidem. A velmi závažně, můžou to být často, vztahové věci, problémy, kdy třeba jsou i rozvody kvůli tomu, že vlastně ten partner to neunáší, chce s tou partnerkou žít, ale prostě to nejde. Nejde to několik let a naruší to vztahy. Takže ty dopady tam jsou jako významný.“

5) Já bych se chtěla zeptat, jak s těmi dětmi pracujete? Jako jaké nejlepší metody používáte v terapii?

„Tak jako standardně když se k nám ta maminka dejme tomu dostane s tím dítětem, kde teda od OSPODU je odeslána, je tam ten kontext pohlavního zneužívání nebo toho týrání, tak my samozřejmě v první chvíli, se domluvíme na té spolupráci s tou maminkou. Dbáme na to, abychom vytvořili nějaký terapeutický vztah s tou klientkou. Takže se tady vlastně vše domluví, řekneme klientce, jak ta spolupráce bude vypadat, jaký třeba techniky máme na práci s dítětem a začneme dělat diagnostiku therapy assessment, tu diagnostiku celé té rodiny, celého rodinného systému, abychom zjistili celý ten kontext. To zjistíme, klientka podepíše vlastně kontrakt s námi a tu smlouvu o poskytování služby, kde je obeznámena se všemi parametry služby a zahájí se práce. Většinou pracujeme jak s maminkou, tak i s dítětem, protože je to propojený, protože třeba u toho sexuálního zneužívání je matka, ten rodič je tím zasažený taky druhotně. Takže většinou je to tak, že pracujeme s dítětem a máme různé metody, s tím dítětem se nejdříve dělá diagnostika na to PTSD (diagnostika na posttraumatickou stresovou poruchu), máme to o hodně od těch 3 do 12 let. Takže se udělá ta diagnostika, kde se ukáže, tam je několik škál, kde se ukazuje depresivita a úzkosti, intruze, noční sny, děsy, co ty děti mají a sexuální obavy, to taky vyhodnotí jedná škála. Potom víme zhruba jak na tom dítě je a nastaví se potom nějaká terapeutická intervence s dítětem, a to máme formou sandplays metody, to jsou takový ty pískový stoly, s těmi figurkami na uvolnění traumatu. Potom máme play therapy, to je zase terapie hrou, na to máme takovou hravou místnost, kde dětská psycholožka vlastně s tím dítětem pracuje. Ale samozřejmě používáme i tu kognitivní terapii, to znamená v rozhovoru s tím dítětem, takže si s tím dítětem hodně povídá ta psycholožka, ale zařazuje ho i do těch technik, jak jsem říkal. Nebo jsou to různé projektivní metody. Takže to se potom nastaví a v tom průběhu té práce jednou za dva měsíce nebo tak jak se dohodneme s OSPODem, tak se dělá hodnotící schůzka, kde hodnotíme prostě jak se to lepší nebo nelepší, nebo co by tam bylo ještě potřeba. Jo, protože často je tam ve hře, že když je tam pohlavní zneužívání a je tam třeba podané trestní oznámení, ale pořád to není vyšetřené tak, ale mám hodně případů kdy policie řekne, my to šetříme a tatínek si požádal o kontakt s dítětem, i během téhle práce. A někdy to soud povolí, ale asistovaně čili, že tam náš pracovník asistuje u toho kontaktu. No, takže my to musíme nějak kontextově celý uchopit, ale pokud zjistíme, že je to dítě traumatizovaný tím kontaktem tak zase píšeme na OSPOD, píšeme zprávy, často tohle není vhodný. Samozřejmě pokud i ta maminka

chodí do terapie, tak to nějak propojujeme, i nějaké hodnocení, jak ona v tom postupuje, jak jí se daří líp, a tak no.“

6) Takže vlastně poskytujete i rodinnou terapii?

„Tak tak. I třeba širší rodinu, protože často je v tom zainteresovaný třeba i prarodič, a je nějak zasažená ta rodina vlastně celá, takže vlastně se vždycky snažíme soustředit se na celý rodinný systém, protože on je tím zasažený prostě.“

7) Tak ono je to asi jiné, když je to sexuální zneužívání v rodině anebo někým cizím, ne?

„Ano, v tom je velký rozdíl. Pokud je to v rodině tak se samozřejmě ošetřují ty kontexty hodně, aby nedocházelo k nějaké retraumatizaci u toho dítěte.“

8) A jak děti právě reagují na terapii, jako jestli potřebují např. pět sezení, než se rozmluví nebo než vůbec s vámi navážou kontakt a tak?

„V celku, samozřejmě to dítě je zamklý v prvopočátku, ne úplně komunikativní, takže většinou tam nějaké projektivní metody máme, že se třeba maluje. Takovéto věci, nebo takové hravé techniky, je to různý, ale ve většině případů s těmi dětmi se to podaří, ta komunikace navázat během poměrně i krátké doby. Ty děti jsou v tom takové variabilní, takové prostě spontánní, takže opravdu ani pět schůzek si myslím, že to je docela hodně. Třeba takové tři setkání po půl hodině a už to dítě komunikuje. U některých je to třeba delší dobu nebo je to, po celé té terapii komunikují méně ty děti, ale vždycky se nějaká dobrá úroveň vytvoří. Takže podle mě tak dvě – tři setkání, někdy čtyři a už se začne uvolňovat.“

9) A kolikrát se tak většinou setkáváte s tím dítětem při té terapii?

„Samozřejmě ta psychoterapie je dlouhodobý proces, takže se to počítá ne na týdny, ale na měsíce a když je to nějaká akutnější fáze tak to dítě dochází i dvakrát v týdnu, potom pokud se to začne uvolňovat, tak třeba jenom jednou za čtrnáct dnů nebo jednou za týden, takže v průměru, když jsem to dítě chodí kolem půl roku/tři čtvrtě roku to je taková standartní doba. Takže to je třeba šest až těch deset měsíců, a dejme tomu, že je to za ten měsíc třikrát. No, takže takových 20–25 setkání, standardně u té sandplays terapie je deset setkání a pak se hodnotí, jestli je potřeba víc nebo to stačí. Čili jsou případy kdy stačí 10 setkání ale ve většině případů je to víc, kolem těch 20.“

10) A je rozdíl mezi věkem oběti jako u té terapie, že třeba s menšími dětmi právě malujete nebo tak a s mladistvými spíš používáte rozhovory?

„Jasně. Ten rozdíl tam je jako ve způsobu práce značný, jako u těch menších dětí tak tam jsou hodně projektivní metody, hodně práce s tou kresbou, hravé terapie, to sandplays všechny tyhle techniky a u těch náctiletých je to už vyloženě ta kognitivní terapie formou vlastně těch cílených rozhovorů. Čili v té terapii se hodně mluví, hodně tam hledáme v tom rozhovoru ty věci, takže je to hodně jiný, a to už třeba i dítě, které je desetileté, tak už se hodně dá, pracovat s tím rozhovorem. Který umožňuje jít hodně do toho detailního prožívání dítěte. Ono to dokáže potom vyjádřit, takže u těch náctiletých je to vůbec hodně formou toho rozhovoru.“

11) Všiml jste si nějakých nových trendů v tom sexuálním zneužívání třeba?

„Je to ten internet, zcela evidentně, řekl bych takové ty klasické podoby, toho zneužívání se dějí pořád. Jako v nějaký míře. Ale na tom internetu je to prostě fakt jako hodně. To, už jsme zaznamenali třeba před dvaceti lety, ale zdaleka ne tolik případů jako teď. Ted' už bych řekl, že to je každý měsíc nějaký případ. Zrovna včera jsem tady měl holčičku 12letou, kdy vlastně přes internet došlo k nějaké takové věci. Takže řekl bych, že to je obrovsky zneužitelný prostor, který se zneužívá, běží to tam, prostě v obrovské míře. A ty děti, jak vyrůstají docela samy, rodiče mají všelijaká podnikání, tak vůbec nemají možnost sledovat co se na internetu děje. A běží to tam opravdu dost, masivně, troufnul bych si říct, no.“

STOP! sexuálnímu zneužívání dětí

Proč?

Sociální dopady: narušená sexualita, problémy ve vztahu k okolí, agrese

Psychické dopady: úzkosti, deprese, problémy ve vztahu sám k sobě

Kde hledat pomoc:

Dětské krizové centrum (Linka důvěry - 241 484 149)
Centrum Locika - 734 441 233
Organizace Spondea z. ú. - 608 118 088
Organizace Nomia z. ú. - 606 824 104