

Bakalářská práce

2008

Martina Růžičková

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra pedagogiky**

Bakalářská práce

**Rizikové faktory psychického zanedbávání dětí žijících ve
vlastních rodinách**

Vedoucí práce: doc. PhDr. Ludmila Muchová, Ph.D.

Autor práce: Martina Růžičková

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: třetí

2008

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b č. 111/1998 Sb. V platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

2008

vlastnoruční podpis studentky

Děkuji vedoucí bakalářské práce doc. PhDr. Ludmile Muchové, PhD. za cenné rady, připomínky a metodické vedení.

Dále děkuji sociální pracovníci p. Světlaně Růžičkové za ochotu a vstřícnost při získávání dat pro praktickou část této práce a také Václavu Vondruškovi za technickou pomoc a psychickou podporu v průběhu celého studia.

OBSAH

ÚVOD	5
1. TEORETICKÁ ČÁST	7
1.1 Rodina v kontextu psychického zanedbávání dítěte.....	7
1.1.1 Psychické zanedbávání dítěte v rodině a jeho důsledky.....	7
1.1.2 Výchova a vývoj v rodině.....	9
1.2 Rizikovní rodiče.....	15
1.2.1 Rodiče nemající dostatečné kompetence k rodičovství.....	15
1.2.2 Rodiče nemající dostatečnou motivaci k rodičovství.....	19
1.3 Rizikové děti.....	21
1.3.1 Děti s odlišnou reaktivitou.....	21
1.3.2 Děti se zdravotním postižením a děti často nemocné.....	22
1.4 Rizikové situace.....	24
1.4.1 Nechtěné těhotenství.....	24
1.4.2 Rozvod.....	25
1.4.3 Úmrtí člena rodiny.....	28
1.5 Shrnutí teoretické části.....	29
2 PRAKTICKÁ ČÁST	30
2.1 Projekt.....	30
2.2 Východiska průzkumu.....	31
2.3 Cíl práce a hypotézy.....	31
2.4 Metodika průzkumu.....	31
2.5 Výběr souboru.....	32
2.6 Zpracování dat.....	32
2.7 Výsledky průzkumu.....	37
2.8 Diskuze.....	39
ZÁVĚR	40
SEZNAM LITERATURY	41
ABSTRAKT	45
ABSTRACT	45

ÚVOD

Téma rizikových faktorů psychického zanedbávání dětí žijících ve vlastních rodinách zpracovávám v bakalářské práci proto, že ze všech oblastí sociální práce je mi nejbližší sociální práce s rodinou. Během bakalářského studia mě z této oblasti nejvíce začalo zajímat téma citové subdeprivace.

Citová subdeprivace je jev značně skrytý a těžce identifikovatelný. Možná, že to je důvodem toho, že se o ní mluví mnohem méně než o citové deprivaci u dětí v dětských domovech i přesto, že je to společensky závažný jev týkající se poměrně většího počtu dětí, než je tomu u dětí v dětských domovech.

Jde o to, že dítě sice vyrůstá ve vlastní rodině, ale jeho rodič ho nedokáže zcela pozitivně přijmout. Z tohoto hlediska je dítě vychovávané takovým rodičem vlastně psychicky (citově) zanedbáváno, což se projevuje výchovným zanedbáváním s následkem citové subdeprivace někdy i citovou deprivací, kdy je lepší dítě z rodiny odejmout.

Cílem této bakalářské práce je přiblížit se odpovědi na takto zformulovanou otázku: Jaké jsou hlavní rizikové faktory psychického zanedbávání dětí žijících ve vlastních rodinách a jaké rizikové faktory lze nalézt v regionu Prachatice?

V teoretické části se pokusím o vymezení určitých typů rizikových rodičů a rizikových dětí, kteří mohou být více náchylní k psychickému zanedbávání a také o vymezení tří dlouhodobých rizikových situací, ve kterých tento jev může nastat. Rizikové situace uvedeme proto, že právě sama citová subdeprivace byla objevena výzkumem dětí narozených z nechtěného těhotenství.

V praktické části této práce bude provedena analýza úředních dokumentů Oddělení sociálně-právní ochrany dětí v Prachaticích. Z nich budou zpracována data týkající se výskytu rizikových rodičů a rizikových dětí vymezených v teoretické části v případech citově deprivovaných dětech vedených v agendě syndromu CAN Městského úřadu v Prachaticích.

Jako základní literatura jsou použity zejména odborné publikace našich předních psychologů, zvláště pak tzv. Pražské školy. Největší inspirací pro zájem o toto téma byla literatura od prof. Matějčka a proto si dovoluji v této práci použít i několik knih z edice pro rodiče od tohoto autora.

Co to je psychické zanedbávání? Kam ho lze zařadit? Jaké jsou jeho důsledky a koho se nejvíce dotýká? To vše bychom se měli dozvědět v následující teoretické části. Teoretická část je dělena do čtyř kapitol. První kapitola pojednává o rodině v kontextu psychického zanedbávání dítěte. V dalších dvou kapitolách jsou vymezeny nejčastější možné typy rizikových rodičů a rizikových dětí ve vztahu k psychickému zanedbávání dítěte žijícího ve vlastní rodině. V poslední kapitole jsou popsány tři poměrně dlouhodobé krizové situace, ve kterých může dojít v rodině k psychickému zanedbávání dítěte a k možné citové újmě dítěte v důsledku špatně zpracované či nezpracované krize rodičem.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Rodina v kontextu psychického zanedbávání dítěte

Úkolem této úvodní kapitoly, o rodině v kontextu psychického zanedbávání dětí, není polemika o tom, zda je tomu opravdu tak, jak o tomto celospolečenském problému píše níže citovaní autoři, ale pouze vymezení pojmu psychického zanedbávání dítěte a jeho důsledků a uvedení do souvislostí vývoje dítěte v rodině, ve které nejsou dostatečně uspokojovány jeho základní psychické potřeby.

1.1.1 Psychické zanedbávání dítěte ve vlastní rodině a jeho důsledky

Většina dětí vyrůstá ve své vlastní rodině. Rodina jako důležitá sociální skupina plní řadu biologických, ekonomických, sociálních i psychologických funkcí. Uspokojuje potřeby svých členů a zprostředkovává zkušenosti, které nelze získat jinde.¹

V rodině se uskutečňuje v rámci výchovy primární socializace dítěte. Cílem rodinné výchovy je naučit dítě orientovat se v daném kulturním prostředí, které je plné symbolů a společenských standardů.²

V současné době existuje 1 – 2 procenta dětí z celé dětské populace, jejichž socializace je více či méně vážně narušena. Tyto děti trpí syndromem týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, tedy tzv. syndromem CAN, který byl do naší terminologie převzat z anglosaské literatury, kde bývá obecně označován jako Child Abuse and Neglect (zneužívané a zanedbávané dítě).

Zanedbávání dítěte se projevuje pasivní formou a to v oblasti tělesné jako neprospívání, vyhladovění, nedostatky v bydlení, ošacení, ve zdravotní a výchovné péči a v oblasti duševní a citové jako nedostatek podnětů a zanedbaností duševní a citovou.³

¹Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. s. 589.

²Srov. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 1999. s. 57.

³Srov. DUNOVSKÝ, J. et al. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada publishing, 1995. s. 15-21.

Zanedbávání tedy můžeme rozdělit na nedostatečné uspokojování tělesných potřeb a výchovné zanedbávání, kdy rodiče svým dětem neposkytují dostatečné podmínky pro rozvoj jejich schopností a dovedností, chování a mravního jednání. Z hlediska psychického zanedbávání nás zajímá právě výše zmíněný nedostatečný rozvoj poznávacích a emočních funkcí, který je považován za jednu z forem týrání dítěte, která se projevuje jako skryté násilí (nepřímá agrese) vůči dítěti. Psychické zanedbávání je tudíž velmi těžce identifikovatelné. Tato pasivní agresivita se projevuje formou neúčasti, tj. zanedbáváním či přehlížením dítěte a také neuspokojováním jeho základních psychických potřeb, které u dítěte může vést až k deprivaci.⁴

Při výrazném zanedbávání dítěte se u něj může opozdit jeho celkový psychický vývoj a tím může dojít k sociální a kognitivní deprivaci. Čím déle dochází od raného věku k zanedbávání, tím je opoždění větší. U takto výchovně zanedbaných dětí bývá obvykle opožděný vývoj řeči, stagnace rozvoje jejich myšlení i opoždění v oblasti socializace. Sociální deprivace se může vyskytovat společně s emočním strádáním.⁵

Z hlediska emočního strádání dítěte jako důsledku psychického zanedbávání je velmi důležitý pojem psychické deprivace. Psychická deprivace byla Langmeierem a Matějčkem v roce 1974 definována jako dlouhodobý nedostatek uspokojení základních psychických potřeb, nejčastěji potřeby lásky, vřelého intenzivního vztahu a dostatečného přísunu přiměřených podnětů z prostředí. Postihuje proto zejména děti vyrůstající v útlém věku v ústavních zařízeních.⁶

V zanedbávajících rodinách dochází spíše k psychické subdeprivaci jako důsledku psychického zanedbávání dítěte jeho rodiči. Termín psychická subdeprivace byl poprvé použit v závěru studie o dětech narozených z nechtěného těhotenství. Vývoj a chování těchto dětí v mnohém připomíná nálezy u dětí, vyrůstajících v kolektivních dětských zařízeních, avšak nejsou tak výrazné, dramatické a zřetelně ohraničené. Ke zřetelnější podobě pojmu psychické subdeprivace přispěly také poznatky ze studie dětí vyrůstajících ve vlastních

⁴Srov. VANÍČKOVÁ, E., HAJD-MOUSSOVÁ, Z., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Násilí v rodině – syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*. Praha: Karolinum, 1995. s. 8-35.

⁵Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. s. 608.

⁶Srov. KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada publishing, 2006. s. 287.

rodinách za méně příznivých sociálních a emocionálních podmínek.

Psychická subdeprivace je závažným společenským jevem, který se oproti relativně malému počtu dětí v ústavech týká nepoměrně většího počtu dětí v rodinách, které jsou navenek třeba zcela nenápadné. Můžeme ji odlišit, zachytit a posuzovat jen v určitém společenském kontextu. Její společenská závažnost spočívá v tom, že vychyluje utváření životních postojů, včetně rodičovských postojů nevhodným směrem, takže existuje nebezpečí přenosu nepříznivých vlivů na příští generaci.⁷

V následující kapitole budeme blíže charakterizovat to, jakým způsobem rodiče naplní základní psychické potřeby svých dětí tak, aby mohl v pořádku probíhat jejich vývoj. Dále se zaměříme na to, jaký má rodina vliv na socializaci dítěte, jaké jsou její funkce a jak je u nás posuzována její funkčnost. V závěru další kapitoly uvedeme rizikové faktory psychického zanedbávání dítěte v rodině.

1.1.2 Výchova a vývoj dítěte v rodině

Způsob, jakým se rodiče chovají k dítěti a jak je tedy vychovávají, je dalekosáhle ovlivněn našimi tzv. rodičovskými postoji, které mají svůj začátek ve vlastní rodině a ve zkušenosti dítěte s vlastními rodiči (nebo náhradními rodičovskými rodiči).⁸

Matějček k tomu říká, že jako mimořádně důležité období, ne-li kritické pro vytváření rodičovských postojů, je považován střední školní věk. V tomto období, přibližně od devíti do dvanácti let se objevuje tzv. rodičovské chování vůči malému dítěti a to u děvčat i u chlapců. Jde tedy o chování specificky druhově lidské, nikoliv jen ženské a mateřské. To znamená, že mateřským chováním vůči malému dítěti jsou vybaveni také muži, ba dokonce děti.

Tzv. mateřské chování je takřka dokonale přiměřeno chování dítěte, takže reakce jednoho vyvolává patřičnou odezvu druhého. To se děje tam, kde mateřská osoba je na "přijetí" dítěte vnitřně připravena, kde je dobře vybavena mateřskými instinkty a mateřskými postoji. Pokud takto rodič disponován není a svému dítěti

⁷Srov. MATĚJČEK, Z. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: IGA MZ ČR, 1997. s. 11-14.

⁸Srov. MATĚJČEK, Z. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Praha: Portál, 2000. s. 11.

dobře "nerozumí", synchronizace akcí a reakcí nefunguje, vzniká napětí a zmatek a tudíž se nedaří výchova.

Citový vztah mezi dítětem a mateřskou osobou vytváří základ pro vztah dítěte k širšímu sociálnímu okolí. Pro dítě je tedy rozhodující psychologické rodičovství, založené na vnitřním, psychickém, citovém přijetí dítěte, nikoliv jen rodičovství biologické.⁹

Rodičovské postoje v tom případě ovlivňují to, jakým způsobem budou naplněny psychické potřeby dítěte.

Z koncepce Pražské školy je známa pětice základních psychických (psychosociálních) potřeb, která je hierarchicky uspořádána. Pro zdravý a zdárný rozvoj dítěte je třeba naplnit těchto **pět základních psychických potřeb** dítěte:

- 1) **stimulace** – tzn. optimálního přívodu podnětů z hlediska jejich variability, modality, kvantity a kvality s ohledem na konkrétní individuální dítěte.
- 2) **"smysluplného" světa** – určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech.
- 3) **jistoty a bezpečí** – tzn. citového vztahu k dospělému vychovateli, především k mateřské osobě.
- 4) **osobní identity** – sociálního začlenění, společenského uplatnění, vědomí vlastní hodnoty.
- 5) **"otevřené budoucnosti"** – životní perspektivy, naděje.

Každá z těchto potřeb se v průběhu života postupně dotváří a každá může být kratší či delší dobu neuspokojována. Je-li toto neuspokojení dlouhodobé, dochází k deprivaci.¹⁰ V tomto případě je pak vážně narušen psychický vývoj dítěte.

Vágnerová k psychickému vývoji uvádí, že zahrnuje biosociální, kognitivní a psychosociální vývoj a tyto tři oblasti vývoje jsou ve vzájemné interakci. Důležitým předpokladem rozvoje všech psychických vlastností a procesů je vývoj centrální nervové soustavy, který se uskutečňuje zráním a mohou jej ovlivňovat mnohé vnější faktory. Lze ho charakterizovat jako zákonitý proces na sebe navazujících vývojových fází. To znamená, že je to celistvý proces, který je za normálních okolností kontinuem postupných proměn, nebývá však zcela plynulý a rovnoměrný. Je komplexem kontinuitních a diskontinuitních změn, ve kterém se

⁹Srov. MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. Praha: Portál, 2003. s. 12-15, 59.

¹⁰Srov. MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. s. 209-210.

střídají období rychlejšího a pomalejšího rozvoje i období stabilizace. Jeho průběh závisí na individuálně specifické interakci vrozených dispozic a komplexu různých vlivů prostředí.

Genetické dispozice vytvářejí předpoklad pro rozvoj různých psychických vlastností. Tyto dědičné informace mohou modifikovat to, jak působí podněty prostředí na různě disponované jedince, tzn. jakým způsobem jsou tyto podněty zpracovány. Psychický vývoj ovlivňují všechny složky prostředí různou měrou a rozdílným způsobem. Rozlišujeme prostředí fyzické a sociokulturní. Z hlediska psychického vývoje jsou nejvýznamnější sociokulturní faktory. Ty přispívají k rozvoji specificky lidských projevů a tento proces rozvoje společensky podmíněných zkušeností nazýváme socializací.

Nejvýznamnějším socializačním činitelem je rodina, která zásadním způsobem ovlivňuje psychický vývoj dítěte. Rodina ovlivňuje dítě biologicky i sociálně, poskytuje mu základní zkušenosti, které budou ovlivňovat, jak bude dítě chápat různé informace a měla by sloužit jako citové zázemí, tzn. jako zdroj jistoty a bezpečí.¹¹

Helus říká, že v rodině lze najít několik základních působících činitelů na vývoj dítěte a jeho osobnost. Tito činitelé jsou:

a) socioekonomický status rodiny – jeho základ tvoří sociální vrstva, ke které rodiče přináležejí.

b) výchovný styl v rodině – můžeme rozlišit tři typy rodičovských stylů:

- autoritářský styl – vyznačuje se vysokým stupněm direktivnosti a rigidnosti v požadavcích na dítě, rodiče s dítětem málo komunikují.

- povolující styl – vyznačuje se poskytováním maximální volnosti dítěti, trestání je eliminováno.

- styl opřený o autoritu – vyznačuje se jasným stanovením zásad a principů co je správné a co ne. Rodiče s dítětem komunikují, vysvětlují dítěti proč požadavky platí nekompromisně, byť ne rigidně.

c) struktura rodiny – dnes vystává široké spektrum podob soužití dítěte a rodičů. Strukturu rodiny ovlivňuje zejména neúplnost rodiny, kdy je nejčastější

¹¹Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum, 2005. s. 11-19, 24-32.

nepřítomnost otce, která může být dítěti za příznivých okolností kompenzována jinými muži, např. dědečkem, strýcem, matčíným přítelem, atd. Na zvládnutí problémů plynoucích z neúplnosti rodiny působí to, co bylo příčinou neúplnosti, resp. jak se s neúplností vyrovnává matka. Vážné důsledky pro vývoj dítěte mívá tzv. funkční/skrytá neúplnost, kdy zvnějšku působí rodina jako úplná a spořádaná, ale ve skutečnosti jeden z rodičů své rodičovské funkce neplní. To bývá zdrojem napětí v rodinných vztazích.

Velký psychologický význam má také sourozenectví, které vytváří specifické možnosti pro formování partnerství. Skýtá i specifické podněty pro nápodobu a ztotožňování, takže je v podstatě značnou potenciální výchovnou hodnotou. Na jednotlivé vztahy, postoje a interakce mezi dítětem, rodiči a sourozenci má také vliv pořadí narození dítěte mezi sourozenci, tzv. sourozenecká konstelace.¹²

Dunovský s Kovaříkem vymezili čtyři základní funkce, které by rodina měla plnit. Je to:

- a) biologicko-reprodukční funkce – jde o udržení života početím a narozením dítěte a zajištění bezpečných podmínek života potřebných pro jeho další vývoj.
- b) ekonomicko-zabezpečovací funkce – jedná se o oblast materiální, sociální, duševní až duchovní. Obecně jde o poskytnutí životní jistoty všem členům rodiny.
- c) funkce emocionální – emocionalita se dnes stává nejdůležitějším soudržným faktorem rodiny, vzhledem k tomu, že životní jistoty současné rodiny tkví více ve vnitřních vztazích než ve vnějších vazbách.
- d) funkce socializačně-výchovná – jde o velmi významnou funkci, která spočívá v opravdovém zájmu o dítě a kvalitní péči o ně, v jeho výchově a přijetí jaké je, porozumění mu v jeho vývoji, potřebách a požadavcích, které je třeba náležitě a řádně uspokojovat. Rodiče mají rozvíjet všechny schopnosti a síly dítěte, chránit jej před nepříznivými situacemi a učit je, aby bylo samo schopno jim čelit a překonávat je.

Z hlediska psychického zanedbávání je pro nás nejdůležitější porucha socializačně-výchovné funkce, kterou Dunovský označil za nejvýznamnější poruchu a proto na ni založil způsob klasifikace poruch rodiny ve vztahu k dítěti.

¹²Srov. HELUS, Z. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 167-174.

K místu vzniku poruchy vede kvalifikace hlavních příčin, které dělí na objektivní (na vůli rodičů nezávislé), subjektivní (na vůli rodičů závislé) a smíšené, které se mohou zjistit podle toho, zda se rodiče mohou či nemohou, chtějí či nechtějí, dovedou či nedovedou o dítě náležitě starat. Jako kvantitativní metodu pro členění poruch rodiny byl vypracován tzv. Dotazník funkčnosti rodiny, ve kterém je hodnoceno osm diagnostických kritérií poruchy rodiny.

V bezprostřední návaznosti na vznik poruchy rodiny či ji podmiňují jsou tato kritéria:

- 1) sociálně ekonomická situace (věk, rodinný stav, vzdělání, zaměstnání rodičů, příjem a bydlení rodiny)
- 2) osobnost rodičů (zdravotní a psychický stav a úroveň jejich společenské adaptace)
- 3) zájem o dítě
- 4) péče o dítě

Kritériem charakterizující spíše situaci rodiny je:

- 5) složení rodiny
- 6) stabilita rodiny
- 7) sourozenci dítěte
- 8) osobnost dítěte

Konečné vyhodnocení spočívá v součtu nepříznivého "skóre" všech hodnocených kritérií. Na základě této metody pak lze stanovit čtyři základní skupiny či pásma funkčnosti šetřeného rodinného systému a jeho případných poruch a to:

Pásma 0 – 4 bodů = rodina funkční (eufunkční) - v běžné populaci je jich valná většina, až 85 procent.

Pásma 5 – 9 bodů = rodina problémová - vyskytují se závažnější poruchy některých nebo všech funkcí, které však vážněji neohrožují rodinný systém či vývoj dítěte. V populaci je jich kolem 12 až 13 procent.

Pásma 10- 14 bodů = rodina dysfunkční - vyskytují se v ní vážné poruchy některých nebo všech funkcí, které bezprostředně ohrožují nebo poškozují rodinu jako celek a zvláště vývoj a prospěch dítěte. Toto pásmo představuje nejsvícenější problémy a nejnáročnější metody na zvládnutí tzv. sanace rodiny

(opatření nejružnějšího charakteru, která by měla vést k odstranění dysfunkcí v rodině). Náročnost tohoto pásma spočívá v tom, kam až podporovat rodinu a od kdy se postavit v zájmu a prospěchu dítěte proti ní. Rodičů, jež se vyskytují v tomto pásmu je kolem dvou procent.

Pásmo 15 – 24 bodů = rodina afunkční - rodina dítěti závažným způsobem škodí či je ohrožuje v samotné existenci. Dítě je třeba z rodiny odejmout. Takových rodičů je asi půl procenta.

Podle tohoto rozdělení se určuje kvalita i kvantita poruch rodiny. Slouží jako jednotný nástroj pro hodnocení rodiny a jejích případných poruch v celospolečenské péči o dítě.¹³

Z výše uvedených souvislostí v první kapitole můžeme předpokládat, že u nás budou orgány sociálně-právní ochrany dětí spíše zachyceny případy rodin, v nichž dochází k výraznějšímu psychickému zanedbávání v důsledku špatné péče o dítě. Případy, kdy u dítěte dochází k tzv. psychické subdeprivaci, jsou méně výrazné, tudíž okolí takové rodiny či státní orgány nemusí mít potřebu toto oznámit na příslušný orgán sociálně-právní ochrany dětí, jelikož výchovu v této rodině mohou považovat za normální.

Také lze předvídat, že psychické zanedbávání bude v některých rodinách kombinováno s jinými formami syndromu CAN v důsledku zanedbané socializačně-výchovné funkce. Pokud totiž dítě není přiměřeně vychovááno, vede to obvykle k výchovným problémům u dítěte, čímž jsou na rodiče kladeny větší nároky na výchovu, se kterými se někteří rodiče vyrovnávají útočnými obrannými mechanismy.

To, zda existuje v rodině riziko selhání v socializačně-výchovné funkci, lze usuzovat z tzv. rizikových faktorů ve vývoji dítěte. Rizikovými faktory jsou rizikovní rodiče, rizikové děti a rizikové situace a mohou se navzájem kombinovat.

Podrobněji se jimi budeme zabývat v následujících třech kapitolách. Nejprve věnujme pozornost rizikovým rodičům, kteří jsou hlavním rizikovým faktorem psychického zanedbávání dítěte žijícího v rodině.

¹³Srov. DUNOVSKÝ, J., et al. *Sociální pediatrie*. Praha: Grada Publishing, 1999. s. 92-93, 102-109.

1.2 Rizikovní rodiče

Jestli budou děti svými rodiči zanedbávány, záleží nejvíce na osobnosti jejich rodičů, jejich frustrační toleranci, věku a rodičovských postojích, které získali v průběhu svého života. V této kapitole se budeme věnovat dvěma skupinám rodičů, kteří dostatečně neuspokojují psychické potřeby svých dětí. Jsou to rodiče, kteří nemají k rodičovství dostatečné kompetence či dostatečnou motivaci.

1.2.1 Rodiče nemající dostatečné kompetence k rodičovství

Do skupiny rodičů, kteří nemají dostatečné kompetence k rodičovství patří rodiče trpící psychickými poruchami. Dytrych k tomuto píše, že psychické poruchy rodičů mohou mít nepříznivý vliv na vývoj osobnosti dítěte a mohou se stát potenciálním zdrojem zanedbávání, týrání nebo zneužívání dítěte. Psychické poruchy rozlišuje na:

- psychózy jako nejzávažnější duševní onemocnění
- neurózy jako zásadně lehčí, ale velmi často se vyskytující
- poruchy osobnosti (psychopatie) jako trvalé povahové, osobnostní odchylky
- dále existuje řada jiných psychických poruch jako organická poškození mozku, nejrůznější druhy duševního opoždění a duševní poruchy a poruchy chování vznikající v důsledku požívání alkoholu a drog.

Z oblasti psychóz je považována za jedno z nejzávažnějších onemocnění schizofrenie. Rodič je odtržen od reality, kterou vnímá zkresleně a bývá u něj výrazně postižena i oblast emocí. Jako jedna z nejčastějších se vyskytuje schizofrenie paranoidní. Různé typy schizofrenie se vyskytují prakticky rovným dílem jak u mladých mužů tak u mladých žen.¹⁴ „Obecně se tvrdí, že první příznaky se objevují v období raného dospívání, kdy je mladý člověk vystaven náročným požadavkům života, požadavkům svého sociálního prostředí v dané etnické kultuře.“¹⁵ První příznaky schizofrenie se však u žen mohou objevovat později než u mužů, třeba až ve věku kolem dvaceti pěti až dvaceti osmi let. Může se tedy

¹⁴Srov. DYTRYCH, Z. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada publishing, 1995 s. 113-114.

¹⁵DYTRYCH, Z. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada publishing, 1995. s. 115.

stát, že určitou skupinu mladých mužů a žen postihne schizofrenie až po jejich sňatku či narození dítěte a svým patologickým chováním mohou zcela zásadně negativně ovlivňovat další psychosociální vývoj již narozeného dítěte. Zvláště závažná a ohrožující pro dítě je vznik schizofrenie simplexní. Člověk s tímto duševním onemocněním postupně přestává mít zájem o cokoli.

V časně dospělém věku se také u některých jedinců objevuje tzv. maniodepresivita (afektivní porucha). Ta představuje složité poruchy nálady, které se mohou rychle střídat z radosti až do těžké deprese. Je považována z hlediska zacházení s dětmi za velmi závažnou. Takoví rodiče na děti kladou nepřiměřené požadavky a pokud je nesplňují, nepřiměřeně je trestají a zavrhují, tedy v podstatě psychicky týrají. Bohužel bývá málokdy okolím rozpoznáno, že jde o počínající patologický proces, jelikož jsou nepřiměřené požadavky vůči dítěti považovány za přiměřené.

Rodič pod vlivem častých pocitů úzkosti a beznaděje nevědomě psychicky poškozují své dítě tím, že nebude dobře připraveno pro život. Dalším nebezpečím je, že v důsledku depresivních stavů rodiče může jít často vedle zanedbávání psychických potřeb dítěte i o nebezpečné či smrti hrožící zanedbávání fyzické péče.

Zvláštní psychické poruchy se mohou vyskytovat také v souvislosti s porodem či u tzv. šestinedělí. Velmi známá je tzv. laktační psychóza, kdy matka nemá o dítě zájem, dokonce je může chtít i poškodit či zabít. Tyto psychické poruchy výrazně komplikují přijetí dítěte matkou a uspokojení jeho základních potřeb.

Dytrych dále uvádí, že z dalších psychických poruch jsou pro dítě ohrožující onemocnění rodičů neurózou. Neurotickým chováním zřejmě trpí až čtvrtina obyvatel určité dané zeměpisné lokality a do odborné péče se z nich dostane zhruba pět procent. Nejobecnější jsou úzkostné a fobické poruchy. Vzhledem k tomu, že dítě potřebuje vidět své rodiče jako velké vzory, kteří se ničeho nebojí, ví si rady a radují se ze života, tak je pro dítě složité vnímání světa, pokud žije v atmosféře rodiny s takto psychicky nemocným rodičem. Děti jsou často izolovány od svých vrstevníků a časem mohou přebírat patologicky pozměněné hodnoty svých rodičů. Dále existují také tzv. nutkavé, obsedantní poruchy, dissociativní porucha (hysterie) a dříve velmi často diagnostikovaná neurastenie.

Vedle psychóz a neuróz se vyskytují také poruchy osobnosti. To znamená, že některé osobnostní rysy rodiče jsou zesíleny a struktura jeho osobnosti postrádá vyváženost a harmonii. U lidí trpících paranoidní poruchou je rodinná atmosféra neustále napjatá a dítě může být tvrdě trestáno. V rodině rodiče se schizoidní poruchou bývá dítě nejen nehlazeno, nechváleno, odmítáno, ale také vysloveně zanedbáváno. Ze společenského hlediska patří mezi nejnebezpečnější dissociální porucha. Děti těchto rodičů bývají často přísně fyzicky trestány i v případě aniž by cokoli provedly. Tyto osoby se projevují nelítostným nezájmem o city druhých.

Této poruše je podobná tzv. emočně nestabilní osobnost. Jedinec trpící touto poruchou má výraznou tendenci jednat impulzivně, objevují se u něj výbuchy silné zlosti, které vedou k fyzickému násilí.

U některých rodičů se také mohou časem objevit psychické poruchy spojené se zneužíváním návykových látek. V devadesátých letech byl podle klinických zkušeností počet případů, kdy dítě trpí užíváním drog rodiči, patrně do té doby nevýrazný. Drogy byly užívány nejčastěji dospívajícími nebo v období tzv. rané dospělosti. Můžeme ovšem předpokládat, že se vzrůstajícím počtem závislých mladých lidí, bude také přibývat případů narození dětí těmito lidem.¹⁶

Větší společenské škody než užívání tvrdých drog u nás působí alkohol vzhledem k velké toleranci užívání této drogy. Častěji závislost vzniká až v průběhu soužití muže a ženy. Touto sdílenou závislostí strádají zejména děti a domácnost.¹⁷

Závislých žen na alkoholu přibývá podstatně rychleji, než je tomu u mužů. Ženy se častěji dostávají do závislosti kvůli svým partnerům, než muži kvůli takto orientovaným partnerkám. U žen se také při závislosti častěji vyskytují deprese a úzkosti, ale méně časté u nich bývají poruchy osobnosti. Rodiny a děti tedy trpí závislostí žen více, než závislostí u mužů. K specificky ženským problémům patří riziko poškození plodu v těhotenství v důsledku zneužívání návykových látek.¹⁸

Matějček říká, že: *„Jinou kategorií osobností, jež nemohou dobře uspokojovat potřeby dítěte, jsou vychovatelé s hlubšími či lehčími formami mentální retardace,*

¹⁶Srov. DYTRYCH, Z. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada publishing, 1995. s. 115-133.

¹⁷Srov. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. s. 114-115.

¹⁸Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2007. s. 53-54.

s vážnými smyslovými poruchami (z tohoto hlediska se např. hluchota jeví jako závažnější postižení než slepota), s invaliditou pohybovou apod.”¹⁹

Další skupinou rodičů, kteří mohou postrádat určité kompetence k rodičovství, jsou lidé se zkušeností citové deprivace v dětství. Vágnerová k tomu říká, že Matějčkův výzkum zaměřený na život lidí žijících od tří do patnácti let v dětském domově ukázal, že tito lidé mohou mít problémy ve všech důležitých oblastech života. Mají nižší úroveň vzdělání než je průměr populace, vzhledem k tomu, že nejsou schopni uplatnit svou inteligenci. Mívají častěji partnerské problémy a nedaří se jim udržet si fungující vztah s přijatelným člověkem. Mnohdy přijmou kohokoli, kdo o ně projeví nějaký zájem.

Ženy se zkušeností citové deprivace se jeví jako více schopné kompenzace svých nedostatků, než-li muži. Schopnost žít v jakémkoli stabilním vztahu považoval Matějček za dobrý indikátor úrovně sociální adaptability. Tito rodiče hůře zvládají svou rodičovskou roli, jelikož jim chybí potřebná emoční a sociální zkušenost. Obecně mívají tito lidé problémy v sociální adaptaci a mnohdy jde o jedince s výraznou sociální patologií.

Vedle těchto lidí Vágnerová popisuje také rodiče s citovou subdeprivační zkušeností, která je obtížněji identifikovatelná. Tuto zkušenost získali ve svých částečně dysfunkčních rodinách, jež bývají navenek nenápadné. Děti mohou být dobře zajištěny po stránce materiální, avšak strádají v oblasti citové. To může být přenášeno na další generaci. Chování rodičů, kteří nejsou schopni dostatečným způsobem dítě citově saturovat, signalizují tyto postoje vůči dítěti:

- a) snížená akceptace dítěte – rodiče o něm mluví příliš kriticky, je zde zřejmá minimální citová angažovanost.
- b) snížená empatie k dítěti – rodiče nerozumějí jeho potřebám a pocitům, interpretují ho nepřiměřeně.
- c) snížená frekvence interakcí mezi rodičem a dítětem – rodiče si dítěte se často nevšímají, i přesto, že jsou doma, netráví s ním volný čas, příliš se jím nezabývají.

Děti takových rodičů bývají méně odolné proti biologickým zátěžím, častěji vyvolávají nepříznivý dojem a nemívají dobré postavení v dětské skupině. Mívají

¹⁹ MATEJČEK, Z. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada publishing, 1995. s. 93.

horší školní prospěch, protože nedokáží účelně využívat svou inteligenci.²⁰

1.2.2 Rodiče nemající dostatečnou motivaci k rodičovství

Dítě může být psychicky zanedbáváno v důsledku soužití s osamělým rodičem. Osamělým rodičem může být buď svobodný, ovdovělý, rozvedený nebo nerozvedený rodič, který nežije s partnerem. Je zaznamenán vysoký nárůst počtu osamocených rodičů a nejčastějším případem je rozvedená žena žijící se svým nezletilým dítětem nebo dětmi. Vzhledem k zajištění domácnosti, výchově a péči o děti, může tato zátěž matce snižovat její sebedůvěru a vést k pocitům beznaděje, protože nedokáže naplnit potřeby svých dětí tak dobře, jak by si přála. Nepřítomnost otce může také způsobovat výchovné problémy a následně i zvýšenou delikvenci jak u chlapců, tak u děvčat. Problémy mívají i osamocení otcové, zejména se skloubením nároků práce a péče o děti. Osamocným rodičovstvím vzniká ohrožení zajištění citového zázemí a přípravy dětí pro život ve společnosti v důsledku nedostatku času, kterého může být v těchto rodinách méně než v rodinách úplných.²¹

Dále existují také lidé, kteří se stali rodiči již ve věku mezi patnáctým až osmnáctým rokem života a jsou tedy ještě ve vývojovém stádiu adolescence. To bývá těžko slučitelné s nároky na rodičovství. Příliš mladí rodiče jsou ještě emočně nezralí, obvykle netuší co starost o dítě obnáší a péče o ně jim může připadat náročná. Z tohoto důvodu je následné rodičovství nemusí uspokojovat, čímž ztrácejí motivaci k přiměřené výchově svých dětí.

Manželství těchto příliš mladých rodičů se většinou rozpadají. Těhotenství mladistvých žen bývají v naprosté většině případů neplánovaná a nechtěná. U mladistvých rodičů bývá i horší zdravotní péče v těhotenství, u jejich dětí se projevuje tendence k nižší porodní váze. Zpravidla mají horší společenské a ekonomické postavení.²²

Děti mohou být zanedbávané, ale i v rodinách společensky relativně vysoce

²⁰Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. s.603-606.

²¹Srov. MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. s. 43-45.

²²Srov. MATĚJČEK, Z. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Praha: Portál, 2000. s. 17.

postavených, v nichž mají rodiče časově i psychicky tak vyčerpávající zaměstnání, že jejich zájem o dítě upadá (např. v některých rodinách podnikatelů). Dítě může tímto psychickým opuštěním rodiči i vážně citově strádat. Diagnostika psychického zanedbávání dítěte v těchto rodinách nebývá zrovna snadná.²³

S rostoucím pracovním nasazením obou partnerů riziko nestability a nedostatečné funkčnosti rodiny hrozí tedy také v tzv. dvoukariérových rodinách. Pro muže i ženy z těchto rodin je charakteristické:

- a) častější preference práce před rodinou
- b) delší pracovní týden
- c) vysoké pracovní vytížení
- d) méně volného času v porovnání s ostatní populací rodičů²⁴

V této kapitole jsme si tedy rozdělili psychicky zanedbávající rodiče do dvou kategorií. Rizikovými rodiči nemající dostatečné kompetence k rodičovství jsou rodiče s psychickými poruchami, rodiče závislí na návykových látkách, rodiče s deprivací a subdeprivací zkušeností v dětství. U rodičů se zdravotním postižením lze předpokládat, že se současnými sociálními službami může dojít ke kompenzaci jejich rodičovských kompetencí za pomoci placené asistence, zapůjčením kompenzačních pomůcek či jiných sociálních služeb. U lidí s těžkou mentální retardací za běžných okolností k rodičovství vůbec nedochází. Problém ovšem nastává u rodičů, kteří spadají do pásma lehké mentální retardace, jelikož obvykle nevědí, jak na potřeby svých dětí přiměřeně reagovat.

Druhou kategorií rizikových rodičů jsou rodiče s nedostatečnou motivací k rodičovství. Tam patří osamělí rodiče, dále velmi mladí a nezralí rodiče, ale také rodiče, kteří se příliš zabývají svým zaměstnáním. Oproti první kategorii rizikových rodičů můžeme předpokládat, že s touto skupinou rodičů lze více či méně úspěšně pracovat na tom, aby se do budoucna jejich přístup k vlastním dětem zlepšil. To u první skupiny rizikových rodičů prakticky očekávat nelze.

²³Srov. MATĚJČEK, Z. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada publishing, 1995. s. 91-92.

²⁴Srov. MAŘÍKOVÁ, H. *Proměny současné české rodiny*. Praha: Slon, 2000. s. 138-139.

1.3 Rizikové děti

Vztah rodiče s dítětem je vždy závislý na vzájemné interakci. Někdy může být tato interakce narušena zdravotním stavem dítěte. Určitou nevšímavostí rodičů a tím i psychickým zanedbáváním jsou nejvíce ohroženy děti, které jsou apatické, méně aktivní a tedy s nižší reaktivitou než je u malých dětí běžné. Dále jsou psychickým zanedbáváním ohroženy děti, které nesplňují očekávání svých rodičů či jsou svým rodičům méně srozumitelné, což bývají děti se zdravotním postižením a děti často nemocné.

1.3.1 Děti s nižší reaktivitou

Matějček a Langmeier uvádí, že jednou ze skupin dětí s nižší reaktivitou jsou děti, které se narodily předčasně. Tyto nedonošené děti jsou oproti zdravým donošeným dětem většinou méně čilé a vnímavé. Tím přispívají ke zvláštnostem v interakcích mezi nimi a jejich rodiči. Jejich odezva vůči snahám rodičů vzbudit v nich nějaké projevy je méně častá, méně určitá a méně výrazná. To způsobuje, že v interakci rodičů s nedonošenými dětmi obvykle proběhne méně úsměvů, očních i tělesných kontaktů a rodiče k nim méně hovoří. Snížená rodičovská aktivita je reakcí na méně zralé interakční schopnosti jejich nedonošených dětí a obvykle trvá jen do té doby, dokud je dítě samo málo aktivní. Nedonošené děti mohou klást na své rodiče zvýšené nároky také tím, že jsou ve srovnání s donošenými dětmi dráždivější a jsou méně snadno utižitelné.

Dále může zdravou interakci mezi dítětem a rodičem narušit také podvýživa dítěte. Tyto děti jsou buď zvýšeně dráždivé a nemohou spát nebo jsou na druhou stranu apatické, spavé a nereagují na výzvy rodičů k interakci. Pro rodiče těchto dětí je pak obtížné vytvořit odpovídající synchronizaci svých projevů s projevy dítěte. V rodičích vyvolává dítě, které se špatně živí, nejistotu, úzkost a pocity viny. Vyrovnání se s pocity rodičovské neúspěšnosti může vyústit buď ve zvýšenou snahu dítě krmit za každou cenu nebo zklamáním rodiče, jež se projeví jako ztráta zájmu o dítě a apatii vůči jeho projevům. V druhém případě tento omezený přívod podnětů k dítěti ještě prohlubuje apatii dítěte a tím dochází

k bludnému kruhů reakcí. V našich kulturních poměrech vysoce převládá první způsob řešení, tj. snaha zlomit u dítěte odpor k jídlu, což je vlastně obranná reakce rodičů proti úzkosti vzbuzované zdánlivě nedostatečnou vitalitou dítěte.²⁵

1.3.2 Děti se zdravotním postižením a děti často nemocné

Vágnerová píše, že velikou zátěž pro rodinné vztahy představuje narození dítěte se zdravotním postižením. Uspokojování základních psychickým potřeb souvisejících s rodičovskou rolí je narozením takového dítěte značně zasaženo. Projevy postižených dětí bývají velmi omezené, tyto děti mohou být apatické, neusmívají se a nemluví nebo mohou být naopak značně dráždivé, často zvracet či být odpudivého zevnějšku. V prvním případě mohou mít rodiče dojem, že na ně dítě nereaguje, v druhém případě mohou tyto děti v rodičích vyvolávat negativní či ambivalentní reakce.

Postižené dítě proto nemusí být pro své rodiče vždy citově uspokojující a snadněji dochází k extrémům v rodičovských postojích. Také bývá značně zatížena potřeba vlastní hodnoty a společenské prestiže rodičů kvůli pocitu neschopnosti zplodit zdravého potomka. Perspektiva rodiny je postižením dítěte narušena a nejasná. U matky může dojít k tomu, že poskytuje svému postiženému dítěti méně stimulující mateřské chování či eventuálně jednostrannou stimulaci.²⁶

Matějček k tomu formuloval obecnou poučku: „*Čím více jakákoliv zdravotní indispozice, nemoc či jakékoliv zdravotní postižení zatěžuje a vyčerpává nervovou soustavu dítěte, tím větší nebezpečí hrozí jeho zdravému psychosociálnímu vývoji.*”²⁷

K často nemocným dětem Matějček dodává, že každé somatické onemocnění znamená určité zatížení nervové soustavy. Narušení normálního postupu ve vývoji a zrání nervového systému dítěte se obvykle projeví v nezvyklých a nepřiměřených reakcích na podněty a to zejména na podněty ze sociálního

²⁵Srov. MATĚJČEK, Z. LANGMEIER, J. *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama, 1986. s. 97-113, 237-239.

²⁶Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2001. s. 88-89.

²⁷MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: H&H, 2001. s. 59.

prostředí. Dítě je neklidné a tím neúměrně zatěžuje své okolí. Snáze pak dochází k nepříznivým důsledkům pro vztahy v rodině.²⁸

Neklidné jsou také děti s hyperaktivitou a poruchou pozornosti (děti se syndromem ADHD). Hyperaktivita může být vrozená i získaná. Prekopová s Schweizerovou k tomu říkají, že se dnes často používá slovo hyperaktivita pro slovo neklid s tím, že za příčinu je považována pouze organicky podmíněná mozková porucha. Převážně se však setkaly s tím, že vznik hyperaktivity měl opačně příčinné souvislosti. Neklid byl v těchto případech vyvolán psychickým stresem, jenž vznikl nesplněním základních potřeb dítěte.²⁹ Z toho nám může vyplynout, že někteří rodiče, kteří mají doma dítě s tzv. syndromem ADHD, nedokáží dostatečně uspokojit jeho základní potřeby, tedy i potřeby psychické.

Všechny výše zmíněné rizikové děti mohou tedy být pro své rodiče méně srozumitelné, což mezi těmito dětmi a jejich rodiči může narušit jejich vzájemnou interakci. Psychickým zanedbáváním a zanedbáváním vůbec jsou nejvíce ohroženy děti s nižší úrovní aktivity než je tomu u dětí běžné. Další rizikovou skupinou jsou také děti, které jsou často nemocné a děti se zdravotním postižením, protože péče o ně je náročnější. Děti s tzv. syndromem ADHD se častěji mohou stát i dětmi, které jsou buď psychicky či fyzicky týrány. Děje se tak v případech, kdy rodiče nechápou nebo neakceptují určité zvláštnosti v chování jejich dítěte jako je např. zvýšený neklid, nesoustředěnost a obvykle i horší školní prospěch, který mívají i přesto, že mají průměrnou inteligenci, a své děti za neúspěchy psychicky nebo fyzicky nepřiměřeně trestají.

Všem rodičům tzv. rizikových dětí by proto měla být poskytnuta zvýšená pozornost a nabídnuta komplexní pomoc při péči a výchově o jejich děti. Pak tu existuje určitá naděje na to, že tyto děti nebudou tolik ohroženy psychickým zanedbáváním a že se v jejich rodinách sníží míra stresu, který do těchto rodin vnáší nemoc či postižení dítěte a předejde se i jiným formám syndromu CAN.

V poslední kapitole se budeme zabývat rizikovými situacemi, které svým dlouhodobějším trváním mohou vést k psychickému zanedbávání dítěte.

²⁸Srov. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: H&H, 2001. s. 59.

²⁹Srov. PREKOPOVÁ, J., SCHWEIZEROVÁ, CH. *Neklidné dítě*. Praha: Portál, 2008. s. 97.

1.3 Rizikové situace

Rizikovou situací můžeme rozumět jakoukoliv dlouhodobou situaci, která vzniká špatně zpracovanou nebo nezpracovanou krizí rodičem. V tomto smyslu je třeba chápat Matějčkovu upozornění, že u zanedbávání rizikové situace nepřicházejí dost dobře v úvahu. Matějček říká, že: „...zanedbávání je děj dlouhodobý, takže se nanejvýš skládá z mnoha „příležitostí“ nebo jiných časově omezených aktů.“³⁰

Přesto lze najít několik dlouhodobých situací, kdy dítě v soužití s rodičem citově strádá. Touto špatně zpracovanou či nezpracovanou krizí je nebo může být např. nechtěné těhotenství, rozvod a také úmrtí člena rodiny. Nejdříve věnujme pozornost nechtěnému těhotenství jako situaci, která se může jevit z hlediska psychického zanedbávání dítěte jako nejvíce riziková vzhledem ke svému dlouhodobému trvání, zvláště pokud dítě nebylo již nikdy svým rodičem plně přijato.

1.4.1 Nechtěné těhotenství

Z hlediska dlouhodobého zanedbávání základních psychických potřeb dítěte se zdá jako velmi riziková situace nechtěného těhotenství. V sedmdesátých letech dvacátého století proběhla ojedinělá studie o dětech narozených z prokazatelně nechtěného těhotenství v letech 1961 – 1963. Těhotné matky dvakrát žádaly o ukončení těhotenství a obvodní a odvolací komise jejich žádosti zamítla. V závěru této studie byl poprvé autory použit termín psychické subdeprivace.

Matějček v něm uvádí, že vývoj a chování těchto dětí vyrůstajících ve vlastních rodinách za méně příznivých sociálních a emocionálních podmínek v mnohém připomíná nálezy u dětí vyrůstajících v ústavech sociální péče, jsou však méně výrazné a zřetelně ohraničené. Studie se účastnilo dvě stě dvacet dětí narozených z nechtěného těhotenství a v poslední etapě této studie (v letech 1991 – 1994) bylo základním dotazníkem zachyceno dvě jedna osob (devadesát osm mužů a sto jedna žen, tj. devadesát jedna procent původní sestavy). Jejich

³⁰ MATĚJČEK, Z. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada publishing, 1995. s. 111.

průměrný věk byl dvacet devět let, v rozpětí od dvaceti osmi do třiceti jedna let.³¹

K těmto dětem byla pečlivým výběrem přiřazena skupina kontrolních dětí. Pro srovnání byl vytvořen tzv. skór maladaptace. Je to shrnující skór, který zahrnuje šedesát ukazatelů (proměnných), z nichž každý představuje jeden "špatný" bod. Ten ukázal, že "nechtěné děti" charakterizují desítky drobných odchylek, které teprve ve svém součtu dávají jednu velkou odchylku. To znamená jednu velkou nevýhodu pro děti, které nebyly ve svém životě svými rodiči pozitivně přijímány. Rozdíly ve skóru maladaptace mezi těmito skupinami dětí jsou statisticky velmi významné. Průměrné hodnoty skóru maladaptace "nechtěných" dětí jsou posunuty sociálně nevýhodným směrem.³²

Dále se zjišťovala mužsko-ženská diferenciací dětí narozených z nechtěného těhotenství, která vyšla v neprospěch žen. Nechtěné děti-muži se poměrně brzy žení a v případě rozvodu často znovu ožení, zatímco nechtěné děti-ženy jsou častěji ještě svobodné, rozvedené a po rozvodu znovu neprovdané. Také uvádějí celkovou nespokojenost se životem, včetně erotických a sexuálních vztahů. Jsou také častěji v evidenci nezaměstnaných a v evidenci sociální péče pro rodinné a výchovné problémy. Ve standardizovaných dotaznících byl u nich zaznamenán vyšší skór úzkosti a deprese. Celkově mají nižší skór sociální integrace.³³

Další situací, která alespoň dočasně negativně působí na psychický stav dítěte bývá rozvod.

1.4.2 Rozvod

Manželství je ohroženo rozvodem hlavně na jeho počátku a zejména u mladých lidí. Dvě třetiny z rozváděných manželství tvoří manželství s nezletilými dětmi. Rozvod u nás častěji navrhují ženy, nejspíše proto, že manželství již neplní své základní funkce. Zhruba dvacet procent dětí žije v domácnosti s jedním rodičem, z čehož jen v pěti procentech nestojí v jejím čele

³¹Srov. MATĚJČEK, Z. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: IGA MZ ČR, 1997. s. 11, 44.

³²Srov. MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. Praha: Portál, 2003. s. 75-77.

³³Srov. KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. *Vzpoura deprivantů*. Semily: Galén, 2006. s. 189.

matka.³⁴

Matoušek říká, že rozvod má svou právní, ekonomickou a osobní stránku. Pravidelně dochází ke zchudnutí rodiny, kterou u nás nejčastěji tvoří žena s jejími dětmi a u dětí trvá proces zpracování rozvodu nejméně rok až dva. Děti po rozvodu rodičů upadají do zmatku, trpí depresemi, někdy nekriticky zaujímají nepřátelský postoj vůči jednomu z rodičů.

Existuje typologie interpersonálního uspořádání v rodinách po rozvodu, která umožňuje odhadovat další vývoj a jeho rizika ve vztahu k vývoji a výchově dítěte. Jsou to následující čtyři typy:

a) systém s jedním kompasem – dítě se stává pro matku zdrojem opory, silný vztah matky k dítěti jí znesnadňuje seznámení s dalším mužem a dítě může být zatíženo "ochraňováním" matky.

b) bezmocný rodič – matka se projevuje snahou přivolat zpátky svého bývalého muže, dítě je těžko výchovně zvládnutelné. Jindy je pro matku v porozvodové situaci dítě ochráncem a pomocníkem.

c) nerovný závod – v tomto případě je obvykle matce omezen či odepřen styk s dětmi, matka je pak ve styku s dítětem nejistá. Muž si nad ní dokazuje svou převahu. U některých dětí se v důsledku této rodinné konstelace rozvíjejí psychosomatické nemoci interpretované jako důsledek neventilovaného napětí.

d) soutěž v bezmoci – touto porozvodovou situací jsou děti ohroženy nejvíce. V tomto případě již řeší problémy veřejné instituce, jelikož rodiče zanedbávají své děti natolik, že se zcela vymknou kontrole rodiny. U dětí, které žijí v takto situované rodině je vysoké riziko vzniku psychických poruch, delikventního chování, útěků z domova, navázání se na asociální skupiny či toxikománie.³⁵

Bakalář zmiňuje, že děti jsou u nás nejčastěji svěřovány do péče matky. To, jakým způsobem bude upraven rozsah styků druhého rodiče s dítětem, se někdy ponechává na dohodě rodičů. Pokud se rodiče v této věci nedohodnou, rozhodne soud a rozsah styku vymezí. Jestliže neexistuje styk dítěte s druhým rodičem, dochází k rizikům pro vývoj dítěte.

³⁴Srov. MOŽNÝ, I. *Česká společnost*. Praha: Portál, 2002. s. 44-46.

³⁵Srov. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. s. 120-122.

Za prvé je to riziko dramatického vývoje pro domácnost matka – dítě, kdy se matka např. může dostat do finanční tísně, stát se závislou na návykových látkách, vážně onemocnět či dokonce zemřít. Riziko negativních dopadů nepřítomnosti biologického otce v domácnosti se sníží, udržuje-li dítě k otci láskyplný, pravidelně kultivovaný vztah.

Za druhé zde existuje riziko syndromu zavrženého rodiče, který se odhaduje v rozvinuté fázi přibližně u dvaceti pěti procent dětí svěřených do výchovy jednomu z rodičů. Také u ostatních dětí se objevují mírnější projevy tohoto syndromu. Dítě tímto ztratí téměř vše, co s druhým rodičem souvisí od hmotných statků, výchovného a vzdělávacího působení po praktickou pomoc v různých životních situacích. U dítěte se zabrzdí a zdeformuje emocionální vývoj, vzhledem k programovanému potlačení původních pozitivních emocí k nyní zavržovanému rodiči. Tím se také u dítěte naruší jeho sebedůvěra, když se později ve škole dozví o své genetické výbavě.

Dále se zabrzdí a zdeformuje psychosociální vývoj dítěte, jelikož mu je odebrán potřebný model k převzetí sexuální identity a role. Dítě má narušený vztah k autoritám a má sníženou schopnost sociální diferenciaci. Časem se nepřátelství a nenávisť rozšíří na všechny příbuzné zavrženého rodiče. Dítě také nemá v tomto případě možnost zažít potřebný model slušné, civilizované domluvy a ztrácí významnou část dat k vytváření své identity. U dítěte, které zavrhlo původně milovaného rodiče, se tak vytváří nepravé zdeformované jádro vlastní osobnosti a tím je celoživotně poznamenáno.³⁶ Lze se domnívat, že i toto je forma zanedbávání důležitých psychické potřeb dítěte jako je např. potřeba jistoty a bezpečí či potřeba osobní identity. Vždy záleží na tom, jak se s rozvodem dokáží vyrovnat oba rodiče a jakým způsobem jsou schopni dohodnout se na péči o své děti.

Další rizikovou situací psychického zanedbávání je úmrtí člena rodiny. Je velice důležité, jakým způsobem se rodiče dokáží s touto situací vyrovnat, aby nedošlo k další citové újmě dítěte právě v době, kdy potřebuje zbylého rodiče ze všeho nejvíce. Proto věnujme pozornost této situaci v následující podkapitole.

³⁶Srov. BAKALÁŘ, E. *Rozvodová tematika a moderní psychologie*. Praha: Karolinum, 2006. s. 28-33.

1.4.3 Úmrtí člena rodiny

Úmrtím člena rodiny je narušena struktura, stabilita a fungování celého rodinného systému. Pokud je rodina funkční, pak se se smrtí člena rodina obvykle nějak vyrovná. U rodin, kde smrt některého z jejích členů prohloubí stávající dysfunkci a rodina tuto situaci nezvládá, může být rodinná terapie či rodinné poradenství nutné i dříve, než ve druhém roce od úmrtí.³⁷

Dytrych s Matějčkem uvádějí, že úmrtí aspoň jednoho z rodičů postihuje 1,5-1,8% dětské populace do věku patnáct let, a to nejčastěji smrtí otce. Tato ztráta se zdá ve srovnání s rozvody jako téměř zanedbatelná. Zřejmě proto se jí věnuje v naší odborné i popularizující literatuře velmi málo pozornosti i přesto, že jde o problém velmi závažný. Nejvíce úmrtí lidí ve funkci rodičů připadá automobilovým a jiným dopravním nehodám a také rekreačním aktivitám. Okolí zemřelého zažívá šok a způsoby, jimiž se s touto situací vyrovná, jsou rozmanitější, než kdyby mělo delší čas na přípravu.

U některých dětí se krátkodobě objevují i velmi silné citové poruchy. U jiných mohou poměrně nevýrazné obtíže přetrvávat měsíce nebo i léta. Dítě by mělo být o všech událostech v rodině informováno včas, stejně jako by se mělo účastnit pohřbu svého rodiče. Lépe tak prožívá fázi otřesu, protestu i beznaděje v blízkosti těch, kdo jsou stejně naladěni. Přesto se v praxi lze setkat s tím, že dospělí dítěti pravdu o smrti rodiče nesdělí a dítě s ohledem na jeho křehkou psychiku nevezmou ani na pohřeb jeho rodičů. Pokud se dítě dozví o smrti svých rodičů až dávno po pohřbu, může začít trpět docela vážnými akutními neurotickými obtížemi.³⁸

Proto je nutné velmi citlivě vnímat psychické potřeby dítěte pozůstalým rodičem. Psychické zanedbávání se může vyskytovat především, když rodič není schopen smířit se se smrtí svého partnera a dítěte si přes svůj zármutek téměř nevšímá. Problém s uspokojením psychických potřeb dítěte může také nastat toho důvodu, že rodič zůstal na chod domácnosti sám a na dítě nemá čas.

³⁷Srov. ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 44-45.

³⁸Srov. MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Krizové situace v rodině očima dítěte*. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 88-95.

1.5 Shrnutí teoretické části

Jestli dítě bude psychicky zanedbáváno svým rodičem, nejvíce záleží na osobnosti rodiče. Za nejrizikovější rodiče můžeme považovat rodiče trpící psychickou poruchou a rodiče s deprivací zkušeností v dětství. U nich se téměř s jistotou můžeme domnívat, že nějakým způsobem ohrozí psychický vývoj svých dětí nenaplněním všech základních psychických potřeb. Těmto rodičům je někdy nutné jejich děti odejmout. V menší míře toto lze očekávat také u rodičů se subdeprivací zkušeností v dětství. U psychických deprivací a subdeprivací je předpoklad, že se v častých případech přenáší na další generace.

Další skupinou rizikových rodičů jsou osamělí rodiče, rodiče velmi mladí a nezralí a rodiče, kteří jsou příliš zaujati svým zaměstnáním. Tato skupina rodičů je riziková zejména v tom, že se svými dětmi nemusí trávit dostatek volného času. Zda se dokáží svým dětem dostatečně věnovat, obvykle záleží na jejich ekonomických a emočních možnostech. Může se u nich vyskytovat větší tendence uspokojit potřeby svých dětí spíše po materiální stránce, což je pro jejich děti z dlouhodobého hlediska nedostačující.

Někdy také dochází k tomu, že i když je rodič na narození dítěte osobnostně i socioekonomicky vybaven, přesto je z jeho strany interakce pro zdravý vývoj dítěte nedostatečná. To nastává ve chvíli, kdy se rodiči narodí dítě, kterému příliš nerozumí nebo nesplňuje jeho očekávání. Těmito dětmi bývají děti nedonošené, děti podvyživené, děti často nemocné a děti se zdravotním postižením. Rodinám s takovými dětmi je potřeba hned od narození dítěte poskytnout všestrannou pomoc z řad odborníků, ale i širší rodiny či dobrovolníků.

Vzhledem k tomu, že se psychické zanedbávání vztahuje k dlouhodobějším charakteristikám sociálního prostředí a k emočnímu klimatu v němž dítě vyrůstá, existují zde také určité rizikové situace, jež mohou psychický vývoj dítěte značně ovlivnit. Za nejzávažnější můžeme považovat nechtěné těhotenství, pokud u matky nedojde k pozitivnímu přijetí dítěte. Tuto situaci lze zcela jistě označit jako dlouhodobou. Dále můžeme považovat za rizikovou situaci psychického zanedbávání také rozvod a úmrtí člena rodiny.

V následujícím textu věnujme pozornost praktické části této bakalářské práce.

2. PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Projekt

Průzkum v praktické části byl uskutečněn analýzou úředních dokumentů Oddělení sociálně-právní ochrany dětí Odboru sociálních věcí v Prachaticích. Toto místo bylo za tímto účelem vybráno proto, že autorka této bakalářské práce z Prachatic pochází a je jí tedy prostředí města Prachatic známé a blízké. Město Prachatic leží v jihozápadní části České republiky a je součástí Jihočeského kraje. Prachatic jsou okresním městem a svou populační velikostí patří k menším okresním městům.

Odbor sociálních věcí v Prachaticích zajišťuje:

1. Oddělení sociálně-právní ochrany dětí
2. Oddělení dávkové
3. Oddělení sociální péče

Oddělení sociálně-právní ochrany dětí v Prachaticích má za úkol:

- a) výkon samosprávných činností a výkon státní správy na úseku sociálně-právní ochrany dětí, dle zvláštních zákonů
- b) náhradní rodinnou péči (pěstounskou péči a osvojení)
- c) výkon opatrovnictví nezletilých dětí
- d) provádění místních šetření a oznámení soudům a jiným státním orgánům rozhodné skutečnosti v oblasti sociálně-právní ochrany dětí
- e) výkon funkce kurátora pro mládež
- f) sledování výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy
- g) agendu týkající se týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí ³⁹

Při průzkumu psychického zanedbávání dětí byly použity dokumenty agendy dětí se syndromem CAN a archivní spisy jednotlivých vybraných případů.

³⁹ Dostupné na WWW: <http://mesto.prachatice.cz/n_mu_odbory.html?OdborID=7>.

2.2 Východiska průzkumu

Pro průzkum uskutečněný na Oddělení sociálně-právní ochrany dětí v Prachaticích jsou vybrány jako kritéria rizikových faktorů rizikovní rodiče a rizikové děti vymezení v teoretické části práce.

2.3 Cíl práce a hypotézy

Cílem této práce je odpovědět na část výzkumné otázky týkající se rizikových faktorů psychického zanedbávání vybraných dětí a jejich rodičů, kteří jsou zachyceni Oddělením sociálně-právní ochrany dětí v Prachaticích.

Hypotézy:

- hypotéza č. 1: Jestliže existují vymezené typy tzv. rizikových dětí, měly by se v nějakém počtu v tomto průzkumu objevit.
- hypotéza č. 2: Můžeme předpokládat, že na Oddělení sociálně-právní ochrany dětí v Prachaticích budou zachyceny spíše případy rodičů, které jsme si v teoretické části vymezili jako rodiče nemající dostatečné kompetence k rodičovství.
- hypotéza č. 3: Vzhledem k tomu, že můžeme psychické zanedbávání považovat za nejméně výraznou formu násilí páchaného na dítěti, lze předpokládat, že na Odbor sociálních věcí v Prachaticích budou hlášeny spíše případy, kdy již dochází k psychickému či fyzickému týrání dítěte.

2.3 Metodika výzkumu

Průzkum byl uskutečněn kvalitativní metodou použitím techniky analýzy úředních dokumentů Oddělení sociálně-právní ochrany dětí v Prachaticích.

2.5 Výběr souboru

Základním souborem pro průzkum byly děti vedené v agendě dětí se syndromem CAN v posledních pěti letech (2003 - 2007).

Jako indikátor pro výzkumný soubor bylo použito označení dítěte sociální pracovnící v dokumentech agendy syndromu CAN jako dítěte zanedbaného v citové oblasti s důsledkem citové deprivace, jelikož termín citové subdeprivace nebyl u žádného dítěte uveden.

2.6 Zpracování dat

Za rok 2003 až 2007 bylo oznámeno třicet čtyři případů nevhodného chování rodiče k dítěti. Všechny tyto děti jsou evidovány ve zvláštních složkách dětí se syndromem CAN. Celkově bylo nahlášeno:

- deset případů pohlavní zneužívání
- jeden případ znásilnění
- jeden případ pokusu o sexuální zneužití
- dva případy pohlavního zneužití se souhlasem poškozené
- patnáct případů fyzického týrání (většinou oznámeny jako nepřiměřené trestání)
- jeden případ fyzického napadení
- jeden případ šikany
- dva případy zanedbání povinné péče
- jeden případ zanedbávání dítěte

Z těchto dětí byly vybrány ty, které měly ve složce napsáno, že jsou zanedbávány v citové oblasti a jako důsledek chování rodičů k těmto dětem u nich vznikla citová deprivace. Tato charakteristika byla objevena celkem u deseti dětí, z nichž dvě děti jsou sourozenci. Celkem se to tedy dotýkalo devíti rodin. Je samozřejmě nutné brát v potaz, že většina těchto dětí má také ještě další sourozence, kteří s těmito rodiči vyrůstají.

Případy těchto citově zanedbaných dětí byly oznámeny jako:

Případ č. 1 - pohlavní zneužívání patnáctiletého chlapce ze strany nevlastního otce, oznámeno matkou, neprokázáno

Případ č. 2 - pohlavní zneužití patnáctileté dívky ze strany otce, oznámeno samotnou nezletilou obětí, neprokázáno, nezletilá obvinění stáhla

Případ č. 3 a 4 - pohlavní zneužívání dvouleté holčičky a osmiletého chlapce jiným nezletilcem, oznámeno Zařízením pro děti Klokánek, neprokázáno
(prokázány erotické hry)

Případ č. 5 - fyzické týrání devítiletého chlapce ze strany otce, oznámeno anonymem a základní školou na základě stejného anonymu (v domácnosti žije ještě jeden sourozenec)

Případ č. 6 - nepřiměřené trestání jedenáctiletého chlapce ze strany matky a nevlastního otce, oznámeno základní školou (v domácnosti žije ještě jeden sourozenec)

Případ č. 7 - nepřiměřené fyzické trestání sedmiletého chlapce otcem, oznámeno starostou obecního úřadu v místě bydliště výše zmíněného chlapce (v domácnosti žije ještě jeden sourozenec)

Případ č. 8 - nepřiměřené fyzické trestání třináctileté dívky otcem, oznámeno matkou (v domácnosti žijí ještě další čtyři sourozenci)

Případ č. 9 - šikana jiným nezletilcem třináctiletého chlapce, oznámeno matkou (v domácnosti žije ještě jeden sourozenec)

Případ č. 10 - zanedbávání tříletého chlapce ze strany matky, oznámeno sousedkou (v domácnosti žije ještě jeden sourozenec)

Přesto, že bylo v některých případech upozorněno na nevhodné chování k dítěti ze strany jiných osob než-li rodičů, u všech těchto dětí bylo objeveno, že se k nim jejich rodiče nechovají přijatelným způsobem.

V roce 2003 až 2007 bylo tedy Oddělení sociálně-právní ochrany dětí v Prachaticích upozorněno na tři dívky a sedm chlapců, jež silně citově strádali v důsledku špatné péče rodičů.

Průměrný věk těchto výchovně zanedbaných a zároveň i většinou týraných dětí, na které bylo upozorněno, činil v době oznámení necelých deset let (9,6). Průměrný věk jejich matek byl v době oznámení 33,4 let. Průměrný věk jejich otců činil v době oznámení 41,1 let. V době narození všech těchto dětí ani jedné matce nebylo méně než dvacet let a pouze jedné bylo přes třicet let. Nejmladšímu otci bylo v době narození dítěte dvacet jedna let, nejstaršímu čtyřicet šest let.

Tyto děti nejsou pouze citově zanedbávané, ale jsou také velmi často nepřiměřeně fyzicky trestané a psychicky týrané, často pocházejí ze sociálně slabých rodin. Dokonce i v případě dítěte, které bylo nahlášené sousedkou jako zanedbávané, bylo zjištěno fyzické týrání a odpírání jídla dotyčnému dítěti (č. 10).

Třikrát byla oznamovatelem nevhodného chování k dítěti sama matka, a to v případě nevhodného chování vlastního otce dítěte (č. 8), nevlastního otce dítěte (č. 1) a spolužáka dítěte (č. 9). Dvakrát byla oznamovatelem základní škola, jedenkrát starosta příslušné obce, jedenkrát sousedka a jedenkrát sama nezletilá (č. 2). V případě jediných dvou současně ohlášených dětí bylo oznamovatelem Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc Klokánek (č. 3 a 4).

Psychické zanedbávání těchto dětí se většinou prolíná i s jinými formami syndromu CAN. Téměř ve všech případech bylo objeveno také psychické a fyzické týrání dítěte.

Nejčastějším agresorem v těchto rodinách bývá vlastní či nevlastní otec, v některých případech jsou děti týrány i matkou, ale obvykle matky děti spíše výchovně zanedbávají. V některých případech sice bylo oznámeno, že dítě napadá někdo jiný než-li rodiče, tyto děti však stejně citově strádají v důsledku nezájmu svých rodičů.

Převážná většina rodin je tzv. doplněná rodina nevlastním rodičem, především nevlastním otcem. V jednom případě žila matka bez partnera, v bytě

však bydlela její kamarádka se svým polorodým jedenáctiletým bratrem, a to v případě oznámeného, ale neprokázaného pohlavního zneužívání dvou výše zmíněných sourozenců (č. 3 a 4). Pouze v jednom případě žilo dítě s oběma vlastními rodiči (č. 8), ovšem taková rodina patřila mezi sociálně nejslabší a vyskytoval se v ní alkoholismus, agresivita a častá nezaměstnanost.

Jenom jedna rodina žila přímo ve městě Prachatice (č. 10), ostatních osm rodin setrvalo v době oznámení nepřiměřeného chování k dítěti v okolních obcích.

Všechny děti byly již dříve vedeny v evidenci sociálně-právní ochrany, až na jedno dítě, které bylo také jako jediné po celou dobu svěřeno do péče otci (č. 7). Průměrná doba vedení těchto dětí v evidenci Odboru sociálních věcí v Prachaticích trvá 6,4 let.

Rizikové faktory – rizikovní rodiče a rizikové děti

Jako hlavní rizikový faktor se ukázali **rizikovní rodiče**. V každé rodině se objevil alespoň jeden rodič, kterého lze zařadit do vymezených typů rizikových rodičů v teoretické části práce. Začněme nejdříve matkami jako osobami, kterým je dítě nejčastěji svěřeno do péče.

Kromě jednoho dítěte, které bylo v péči otce a matka o dítě nejevila zájem (č. 7), se podařilo získat charakteristiky všech ostatních matek vybraných citově deprivovaných dětí. Mezi **matky**, které neměly dostatečné kompetence k přiměřené výchově svého dítěte (a obvykle i ostatních sourozenců) se dají zařadit celkem čtyři matky, které byly sociální pracovníci označeny jako citově ploché (zřejmě tedy mají deprivativní zkušenost z dětství). Jedna z nich vyrůstala od jedenácti let v dětském domově a prodělala dětskou mozkovou obrnu (č. 10), jedna má lehkou mentální retardaci (č. 8) a jedna je alkoholička (č. 2). Tyto matky mají vyšší tendenci dítě také psychicky či fyzicky týrat. (+ č. 1)

Matky, které se projevovaly spíše nedostatečnou motivací k psychologickému rodičovství, byly charakteristické nedostatkem času na dítě. Dvě matky byly v té době natolik zaměstnány (č. 6 a 9), že jim na dítě již nezbyval čas ani psychická síla, přičemž nároky na výchovu dítěte se s přibývajícím věkem stupňovaly,

vzhledem k vyvíjejícím se výchovným problémům u dítěte. Další dvě matky žily bez partnera. Jedna z nich nezajišťovala řádnou péči o dítě zejména kvůli častým odchodům z domova, kdy děti často hlídaly jiné osoby a nebo byly často pořádány společenské večírky v domácnosti rodiny (č. 3 a 4). Druhá osamělá matka nebyla schopna zajistit dítěti spíše materiální potřeby, proto bylo na nějaký čas svěřeno do péče otci (č. 5). Na tohoto otce však bylo za čas podáno oznámení na fyzické týrání chlapce, proto byl opět svěřen do péče matky.

Nyní se podívejme blíže na otce těchto dětí jako na rizikové rodiče. Otec výše zmíněného chlapce se projevoval jako silně neurotický rodič, který své dítě psychicky i fyzicky týral. Jako silně neurotický rodič se jevil i otec, který měl po celou dobu ve výchově své dvě děti a na něhož bylo podáno oznámení starostou obce o fyzickém týrání jeho syna (č. 7). Ještě jeden otec byl označen jako agresivní, což se přeneslo na dítě, které bylo před rozpadem rodiny přítomno domácímú násilí ze strany otce (č. 9).

Psychická porucha se dá očekávat i v případě otce, který údajně dle matky pohlavně zneužíval svého nevlastního syna (č. 1). Tento případ sice prokázán nebyl, nicméně chlapec se při psychologickém vyšetření projevoval jako týrané dítě a sám žádal o umístění do dětského domova, kde se mu posléze dle sociální pracovnice dařilo již lépe. Tentýž muž byl již dříve odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody za pohlavní zneužívání svého syna z prvního manželství. Nutno dodat, že v záznamech bylo také uvedeno, že matka údajně zneužívaného dítěte sama dítě psychicky týrala svou přílišnou autoritářskou výchovou. Mezi otce, kteří k rodičovství nemají dostatečné kompetence, lze ještě přiřadit otce z úplné rodiny, který často požíval alkohol (č. 8). V případě nahlášených sourozenců otec uveden nebyl (č. 3 a 4) a zbylí tři otcové nevykazovali žádné rizikové chování (č. 2, 6, 10). Dále věnujme pozornost rizikovým dětem.

U pěti dětí byly v záznamech Oddělení sociálně-právní ochrany dětí nalezeny údaje, které vedly k možnosti označit je jako **rizikové děti**. U dvou chlapců byla uvedena lehká mentální retardace a obě děti byly posléze absolventy speciální školy (č. 1 a 5). U jednoho děvčete byla diagnostikována středně těžká mentální retardace (č. 8). Tato dívka byla narozena předčasně a prodělala dětskou mozkovou obrnu. Pocházela z úplné rodiny, ve které byl patrný genetický přenos

mentální retardace. Další dítě mělo ve svých záznamech uvedeno, že se narodilo s oslabenou centrální nervovou soustavou, z čehož lze usuzovat lehkou mozkovou dysfunkci (č. 9).

U posledního dítěte byly sice uvedeny projevy syndromu ADHD, nicméně v jeho údajích zmínka o jakémkoliv oslabení centrální nervové soustavy nebyla a to ani o případné nedonošenosti (č. 6). Z tohoto bychom se mohli domnívat, že může jít o případ tzv. získané hyperaktivity popsané v teoretické části práce.

Ve zbylých případech nebyly u dětí nalezeny žádné rizikové faktory uvedené v teoretické části ani žádné jiné.

2.7 Výsledky průzkumu

Průzkumem na Oddělení sociálně-právní ochrany dětí v Prachaticích jsme odpověděli na část výzkumné otázky: Jaké jsou v tomto regionu zachyceny rizikové faktory u vybraných dětí a jejich rodičů, kteří jsou vedeni v agendě syndromu CAN?

Tímto průzkumem bylo zjištěno, že u dětí trpících citovou deprivací (s termínem citové subdeprivace se na tomto oddělení nepracuje) se vyskytují jako rizikové faktory zejména nedonošenost a mentální retardace. Dále byl zjištěn jeden případ lehké mozkové dysfunkce a jeden případ zřejmě tzv. získané hyperaktivity, což je ovšem až důsledek výchovy dítěte. Těmito výsledky se potvrdila hypotéza č. 1. Rizikové faktory psychického zanedbávání byly nalezeny celkem u poloviny vybraných dětí. Tím by mělo být potvrzeno, že tyto rizikové faktory u dětí skutečně existují.

V tomto tématu by se nemělo zapomenout také na děti z nechtěného těhotenství, které jejich matky v průběhu těhotenství nepřijaly. Tento důvod psychického zanedbávání ovšem nejde ze spisů vedených Odborem sociálních věcí v Prachaticích zjistit. Ze spisů také nešlo dostatečně dobře vyčíst, zda důvod citové deprivace mohl způsobit rozvod (či úmrtí člena rodiny, pokud by nastalo), z valné většiny vše nasvědčovalo tomu, že jde o rizikového rodiče jako takového. Nicméně kombinace rizikových dětí, rizikových rodičů a dlouhodobých

rizikových situací nelze vyloučit. Každopádně kombinace rizikových dětí a rizikových rodičů se prokázala. Všechny vybrané děti, tedy i děti s tzv. rizikovými faktory, měly alespoň jednoho rodiče, kterého lze zařadit do některého z typů rizikových rodičů vymezených v teoretické části.

Nejčastěji byly Oddělením sociálně-právní ochrany dětí v Prachaticích zachyceny případy rodičů, které bychom mohli zařadit mezi rodiče nemající dostatečné kompetence k rodičovství.

Mezi matkami se vyskytovaly zejména ženy, které se zřejmě setkaly s citovou deprivací či subdeprivací v dětství, což lze usuzovat z toho, že byly sociální pracovníci označeny jako citově ploché (tyto matky většinou své děti také psychicky a fyzicky týraly). Pak následovaly matky, které žily osaměle nebo byly velmi pracovní výtíženými. Osamělost se s pracovní výtížeností překrývala. Jedna z matek byla silná alkoholička.

U otců převládaly jako rizikové faktory psychického zanedbávání (a mnohdy i psychického a fyzického týrání) psychické poruchy, nejvíce se dají předpokládat poruchy osobnosti a neurózy. Jeden z otců je alkoholik. Tím byl potvrzen předpoklad v hypotéze č. 2, že budou Odborem sociálních věcí v Prachaticích spíše zachyceny případy rodičů nemající dostatečné kompetence k rodičovství.

Mezi případy všech devíti rodin nebyl nalezen případ tzv. dvoukariérové rodiny. Zřejmě je tomu tak proto, že děti z těchto rodin bývají dobře materiálně zabezpečeny a jejich okolí výchovné zanedbávání považuje za společensky přijatelné oproti jiným typům týrání dítěte.

Mezi výše zmíněnými rodiči se také neobjevil ani jeden rodič, kterému by v době narození ohlášeného dítěte bylo méně než dvacet let. To však neznamená, že tentýž rodič se již dříve nestal příliš mladým a nezralým rodičem, který se nedovedl o své dítě postarat. U některých dětí bylo nalezeno, že mají ještě sourozence, kteří s nimi ve společné domácnosti nežijí a obvykle to byli právě starší sourozenci.

Průzkumem byla potvrzena také hypotéza č. 3, ve které se předpokládalo, že budou zachyceny až případy, kdy je psychické zanedbávání kombinováno s jinými projevy syndromu CAN. Nejvýrazněji tomu tak bylo u fyzického týrání, které bývá oznamovateli většinou ohlášeno jako nepřiměřené fyzické trestání.

Diskuze

Pro výběr výzkumného souboru psychicky zanedbaných dětí vedených v agendě syndromu CAN na Oddělení sociálně-právní ochrany dětí v Prachaticích nemohl být použit indikátor citové subdeprivace, jelikož se s tímto pojmem na tomto oddělení nepracuje. Indikátor citové deprivace sice může být v určitém ohledu zavádějící v tom, že zde již dochází k hrubému neuspokojení psychických potřeb dítěte, ale tento indikátor doprovázela také diagnostika zanedbávání v citové oblasti, což se jevílo jako nejlepší kritérium výběru výzkumného souboru pro průzkum rizikových faktorů psychického zanedbávání dětí. Rizikové faktory v podobě rizikových rodičů a rizikových dětí byly v těchto případech objeveny.

Průzkum v této bakalářské práci také bohužel ukázal, že jsou tyto případy citově zanedbaných dětí oznámeny až v situacích, kdy již dochází k psychickému či fyzickému týrání dítěte vlastními rodiči.

Z preventivních důvodů by tedy zřejmě bylo lepší, kdyby se pomoc a podpora citově subdeprivovaným dětem poskytovala také v jiných institucích než je obecní úřad s rozšířenou působností. Jako nejhodnější instituce se může jevit právě škola, ve které mívají tito jedinci často problémy se zařazením do kolektivu a se zvládnutím učiva i přesto, že nemívají v průměru nižší intelekt než ostatní žáci.

Sociální práce s dětmi ohroženými citovou subdeprivací či deprivací odehrávající se ve škole, by měla být vedena sociálním pracovníkem, resp. sociálním pedagogem, který by měl být do pedagogického týmu zařazen jako koordinátor zájmových činností dané školy. Ten by měl být schopen pracovat s celým pedagogickým týmem na tom, aby dítě, které je handicapováno svým rodinným prostředím, nebylo tímto stigmatizováno ve svém školním kolektivu.

Zvýšená pomoc a podpora těmto dětem by se mohla uskutečňovat ze strany učitelských pedagogů formou doučování a laskavého a ohleduplného přístupu ve vyučování. U sociálních pracovníků by měla podpora citově zanedbaného dítěte spočívat především ve využití možností vyniknutí schopností a dovedností dítěte v zájmových činnostech, v posilování jeho sebevědomí a také v práci s celou rodinou dítěte. Sociální pracovník pracující ve školství by měl být pro děti spíše neformální autoritou, která by měla působit partnersky a přátelsky.

Závěr

V této bakalářské práci byla věnována pozornost rizikovým faktorům psychického zanedbávání dětí ve vlastních rodinách. Jako rizikové faktory zde byli vymezeni rizikovní rodiče, rizikové děti a rizikové situace působící na interakce v rodině z dlouhodobého hlediska. Oporou pro praktickou část této práce byly vymezené typy rizikových rodičů a rizikových dětí a také důsledky psychického zanedbávání jako je citová deprivace či subdeprivace.

V teoretické části se ukázali jako nejvíce ohrožující pro zdravý vývoj dítěte rodiče, kteří nemají k rodičovství dostatečné kompetence. Těmi jsou rodiče s psychickými poruchami a rodiče se zkušeností citové deprivace či subdeprivace v dětství. U těchto rodičů nelze očekávat výrazné změny v jejich rodičovských postojích. Další skupinou rizikových rodičů jsou rodiče nemající dostatečnou motivaci k rodičovství.

Psychickým zanedbáváním jsou nejvíce ohroženy děti s nízkou reaktivitou, tzn. děti předčasně narozené a podvyživené. Dále jím bývají ohroženy děti často nemocné a zdravotně postižené. Mezi rizikové děti můžeme také počítat děti narozené z nechtěného těhotenství, které jejich rodiče (zvláště pak matky) nedokázali pozitivně přijmout. Tyto děti trpí často právě citovými subdeprivacemi jako mírnější obdobou citové deprivace, při které již bývá často nutné dítě z rodiny odebrat a zvolit ten nejlepší způsob náhradní rodinné péče. Tou mohou být mnohdy např. prarodiče těchto dětí.

Problém ovšem můžeme vidět v tom, že citová subdeprivace je jev velmi skrytý a lze tedy předpokládat, že nebudou orgány sociálně-právní ochrany odhaleny a ani, že budou tyto případy subdeprivovaných dětí ohlášeny na tyto orgány jejich okolím.

Průzkum na Oddělení sociálně-právní ochrany dětí v Prachaticích ukázal, že je oddělením, kterému jsou oznámeny případy citově zanedbaných dětí až případech hrubého zacházení s dítětem. To by nás mělo vést k úvahám, jakým způsobem lze tyto "pouze" psychicky zanedbávané děti zachytit, aby jim mohla být poskytnuta pomoc. Jako možnou cestu k řešení tohoto problému můžeme vidět zřízení pracovních míst pro sociální pracovníky, resp. sociální pedagogy ve školství.

SEZNAM LITERATURY:

BIBLIOGRAFICKÉ CITACE TIŠTĚNÝCH DOKUMENTŮ:

1. BAKALÁŘ, E. *Rozvodová tematika a moderní psychologie*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1089-2.
2. DUNOVSKÝ, J. et al. *Sociální pediatrie*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-254-9.
3. DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. et al. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada publishing, 1995. ISBN 80-7169-192-5.
4. HELUS, Z. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1168-3.
5. KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. *Vzpouza deprivantů*. Nové, přeprac. vyd. Semily: Galén, 2006. ISBN 80-72-62-410-5.
6. KREJČÍŘOVÁ, D. et al. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada publishing, 2006. ISBN 80-247-1049-8.
7. MAŘÍKOVÁ, H. et al. *Proměny současné české rodiny*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2000. ISBN 80-85850-93-1.
8. MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. Praha: Portál, 2003. 3. vydání. ISBN 80-7178-853-8.
9. MATĚJČEK, Z. *Co kdy a jak ve výchově dětí*. Praha: Portál, 2000. 3. vydání. ISBN 80-7178-494-X.
10. MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Krizové situace v rodině očima dítěte*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0332-7.
11. MATĚJČEK, Z., LANGMEIER, J. *Počátky našeho duševního života*. Praha: Pyramida, 1986. ISBN neuvedeno.
12. MATĚJČEK, Z. BUBLEOVÁ, V. KOVAŘÍK, J. *Pozdní důsledky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: IGA MZ ČR, 1997. ISBN 80-85121-89-1.

13. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených*. 3. přeprac.vyd. Jinočany: H&H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.
14. MATOUŠEK, O. et al. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
15. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 2. rozšíř. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. ISBN 80-85850-24-9.
16. MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
17. MOŽNÝ, I. *Česká společnost*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-624-1.
18. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 1999. ISBN 80-200-0690-7.
19. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 3.aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.
20. PREKOPOVÁ, J. SCHWEIZEROVÁ, CH. *Neklidné dítě*. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-351-2.
21. ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1740-1.
22. VÁGNEROVÁ, M., HAJD-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-71-84-929-4.
23. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozšíř. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
24. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.
25. VANÍČKOVÁ, E., HAJD-MOUSSOVÁ, Z., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Násilí v rodině – Syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-008-4.

BIBLIOGRAFICKÉ CITACE ELEKTRONICKÝCH DOKUMENTŮ:

26. *Odbor sociálních věcí v Prachaticích* [online]. © 2008 [cit. 9. května 2008].

Dostupné z WWW: http://mesto.prachatice.cz/n_mu_odbory.html?OdborID=7.

ABSTRAKT

RŮŽIČKOVÁ, M. *Rizikové faktory psychického zanedbávání dětí žijících ve vlastních rodinách*. České Budějovice 2008. Bakalářská práce.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta.

Katedra pedagogiky. Vedoucí práce doc. PhDr. L. Muchová, PhD.

Klíčová slova: dítě, rodina, základní psychické potřeby, syndrom CAN, psychické zanedbávání, citová deprivace a subdeprivace, rizikové faktory, rizikovní dospělí, rizikové děti, rizikové situace.

Práce se zabývá rodinou v kontextu psychického zanedbávání dítěte, zejména rizikovými rodiči a rizikovými dětmi jako hlavními rizikovými faktory. V závěru teoretické části jsou popsány dlouhodobé rizikové situace jako jeden z možných rizikových faktorů psychického zanedbávání.

Praktická část obsahuje výsledky analýzy úředních dokumentů Oddělení sociálně-právní ochrany dětí, Odboru sociálních věcí Městského úřadu v Prachaticích. U dětí vedených v evidenci Odboru sociálních věcí se vyskytují jako rizikové faktory psychického zanedbávání nedonošenost, mentální retardace a lehké mozkové dysfunkce dítěte. U jejich rodičů byla jako rizikový faktor objevena zejména citová deprivace matek a psychické poruchy u otců, dále pak alkoholismus jednoho z rodičů a u matek ještě nedostatek času na děti kvůli zaměstnání. Většina těchto dětí je také psychicky a fyzicky týrána.

ABSTRACT

Mental neglect hazard factors of children who live in their own families

Key words: child, family, basic psychical needs, CAN syndrome, mental neglect, emotional deprivation and subdeprivation, hazard factors, risk adults, risk children, risk situations.

The thesis deals with the family in the context of children's psychical neglect, especially with the risk parents and risk children as the main hazard factors. In the end of the theoretical part are defined long term risk situations as one of the possible hazard factors of psychical neglect.

The practical part contents results of fully official document's analysis worked out by the Children Protection Social-Legal Section of Social Affairs Department of Municipal Office in Prachatice. As the hazard factors of psychical neglect, prematureness, cephalonia and minimal brain dysfunction occur in children registered on file of the Social Affairs Department. Especially emotional deprivation of mothers and mental alienation of fathers were detected in their parents as the main hazard factors. In addition it were one parent's alcoholism and a lack of time for children of the mother. The majority of these children likewise is mentally and physically abused.