

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ PREZENČNÍ STUDIUM

2011 – 2013

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Pavla Langrová

Syndrom CAN

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

Praha 2013

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Lenka Petelíková

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER FULL-TIME STUDIES

2011 - 2013

DIPLOMA THESIS

Pavla Langrová

Syndrome CAN

Child Abuse and Neglect

Prague 2013

The Master Thesis Work Supervisor:

PhDr. Lenka Petelíková

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jméno autorky

Poděkování

Chtěla bych poděkovat PhDr. Lence Petelíkové za odborné vedení mé diplomové práce, poskytování rad a za trpělivý přístup.

Také děkuji všem účastníkům za ochotu spolupracovat při provádění výzkumného šetření.

Anotace

Diplomová práce se ve své teoretické části věnuje jednotlivým formám týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. Jedná se o tělesné týrání, psychické týrání, sexuální zneužívání a zanedbávání. Zabývá se prevencí, následky, rizikovými znaky, zjišťováním, diagnostikou a léčbou syndromu CAN. Na závěr jsou uvedeny významné legislativní dokumenty, které s touto problematikou souvisí.

Praktická část se zaměřuje na analýzu syndromu CAN. Klade si za cíl zjistit, jak v této věci postupují a spolupracují jednotlivé instituce, které jsou v této problematice zainteresovány. Jaká jsou pozitiva a negativa této spolupráce a jestli je tato spolupráce dostačující. Zda při řešení případů vychází pouze ze zákona nebo pracují s dalšími odbornými metodickými materiály.

Klíčové pojmy

Analýza syndromu CAN, dítě, diagnostika a léčba, polostrukturované interview, prevence, psychické týrání, rodičovská zodpovědnost, sexuální zneužívání, tělesné týrání, zanedbávání.

Annotation

This thesis deals with the particular forms of abuse and neglect of children in its theoretical part. These are physical abuse, emotional abuse, sexual abuse and neglect. It deals with prevention, consequences, risk characteristics, detection, diagnosis and treatment of syndrome. Finally there are the important legislative documents related to this problem.

The practical part is focused on the analysis of CAN syndrome. It aims to find out how proceed in this matter and cooperate individual institutions that are involved in this issue. What are the positives and negatives of this cooperation, and if such cooperation is enough. Whether solving of the cases is based only on the law or working with any professional methodological materials.

Key words

Analysis of CAN syndrome, child, diagnosis and treatment, mental abuse, neglect, parental responsibility, physical abuse, prevention, semi-structured interview, sexual abuse.

OBSAH

ÚVOD	8
1 VÝVOJ A OBSAH SYNDROMU CAN	9
2 TĚLESNÉ TÝRÁNÍ	11
2.1 Tělesné týrání aktivní povahy	12
2.2 Tělesné týrání pasivní povahy	15
3 PSYCHICKÉ TÝRÁNÍ	18
4 SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ	21
4.1 Komerční sexuální zneužívání dětí	24
5 ZANEDBÁVÁNÍ	26
6 ZVLÁŠTNÍ FORMY SYNDROMU CAN	28
7 PREVENCE SYNDROMU CAN	32
8 NÁSLEDKY SYNDROMU CAN	37
9 RIZIKOVÉ ZNAKY SYNDROMU CAN	42
10 ZJIŠŤOVÁNÍ, DIAGNOSTIKA A LÉČBA SYNDROMU CAN	48
10.1 Zjišťování syndromu CAN	48
10.2 Diagnostika syndromu CAN	49
10.3 Léčba syndromu CAN	50
11 SYNDROM CAN A LEGISLATIVA ČESKÉ REPUBLIKY	52
12 ÚVOD DO ŠETŘENÍ	59
12.1 Cíl šetření	59
12.2 Harmonogram postupu, techniky a metody	60
13 ANALÝZA ZJIŠTĚNÍ	63
14 SHRUTÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI PRÁCE	71
ZÁVĚR	72
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	74
SEZNAM TABULEK	78
SEZNAM PŘÍLOH	79

ÚVOD

Tématem diplomové práce je problematika týrání, zneužívání a zanedbávání dětí.

Práce je rozdělena na dvě základní části, a to část teoretickou a část praktickou. V rámci teoretické části práce jsou popsány jednotlivé oblasti syndromu CAN. V první kapitole je vymezen historický vývoj a obsah syndromu. Druhá kapitola je zaměřena na tělesné týrání a jeho aktivní a pasivní povahu. Ve třetí kapitole je popsáno psychické týrání. V další kapitole je definováno sexuální zneužívání a s tím spojená problematika komerčního sexuálního zneužívání dětí, konkrétně dětská prostituce, dětská pornografie a obchodování s dětmi pro sexuální průmysl. Pátá kapitola obsahuje zanedbávání dětí. Šestá kapitola uvádí zvláštní formy syndromu CAN, a to systémové týrání a sekundární viktimizaci, rituální zneužívání, organizované zneužívání dětí a sexuální turismus, Münchhausenův syndrom by proxy a šikanu. Sedmá kapitola je věnována prevenci syndromu CAN. V deváté kapitole jsou uvedeny rizikové znaky tohoto syndromu, které zahrnují rizikové oběti, dospělé a situace. Desátá kapitola je zaměřena na oblast zjišťování, diagnostiku a léčbu. Poslední kapitola je věnována vybraným legislativním dokumentům, ve kterých je tato problematika ukotvena.

Praktická část je zaměřena na analýzu syndromu CAN. Cílem této části je zjistit, jak v této věci postupují a spolupracují jednotlivé instituce, které jsou v této problematice zainteresovány. Z jakých zdrojů se o těchto případech dozvídají, jaký je postup jejich činnosti a zda realizují nějaké preventivní programy v této oblasti. Do tohoto výzkumu je vybrán pedagog základní školy, sociální pracovníce Orgánu sociálně-právní ochrany dětí, pracovníce Policie ČR a sociální pracovníce občanského sdružení Fondu ohrožených dětí. Při provedeném šetření bude užito polostrukturované interview s jednotlivými účastníky. Všechny zúčastněné instituce se nachází v jednom okrese a tak je možné zjistit, jak navzájem spolupracují.

V příloze jsou uvedeny realizované rozhovory s jednotlivými pracovníky. Tyto rozhovory byly převedeny do písemné podoby.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VÝVOJ A OBSAH POJMU SYNDROM CAN

Složitost a různorodost syndromu CAN můžeme sledovat především v průběhu jeho historického vývoje. Se zvyšujícím se chápáním dětství jako specifického vývojového období dítěte, s jeho požadavky a právy, rostla potřeba poskytování odpovídající péče.

Ve společnosti tak začala sílit snaha, státních a nestátních organizací, včetně s dobrovolnickými institucemi, hledat a rozvíjet formy péče o dítě a chránit ho před špatným zacházením. Významnou dobrovolnickou institucí, která vznikla roku 1883 v Liverpoolu, byla Národní společnost prevence proti krutostem na dětech. Dnes je tato instituce vzorem a modelem pro celou řadu dobrovolnických organizací, které se v této oblasti angažují.

Ve středu zájmu bylo především fyzické, tělesné týrání dětí. Zde můžeme spatřovat první obsahové formování syndromu CAN, tedy fyzické týrání. V zahraniční literatuře bylo takovéto zacházení s dítětem označováno jako nepečování o dítě (maltreatment). (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

První ucelené záznamy o týrání dětí byly vytvořeny v roce 1946 Caffeyem a v roce 1953 Silvermannem, který popsal další složitá poranění dětí. Označil je jako non-accidental injuries, tedy neúrazová, úmyslná poškození vzniklá v důsledku krutého zacházení s dítětem. Jednalo se o nálezy zlomenin lopatek, žeber, zhojené fraktury dlouhých kostí, nitrolební krvácení apod. (Slaný, 2008).

V roce 1962, při výročním zasedání Americké pediatrické společnosti, představil pediatr Henry Kempe pojem bité dítě (battered child). Na jeho popud se rozvinula veřejná diskuze a potřeba změny legislativy v USA. Na základě pojmenování tohoto problému a hlubšímu vnímání násilí na dětech začal být užíván pojem Child Abuse, tedy zneužití dítěte. (Mufsonová, Kranzová, 1996).

S rozvíjejícími se poznatky o fyzickém týrání dětí se objevovaly další formy ubližování. 60. – 80. léta 20. století započala s registrací forem sexuálního zneužívání dětí a psychického týrání. (Slaný, 2008).

Sexuální zneužívání dětí bylo později rozšířeno o organizované zneužívání dětí a rituální zneužívání dětí.

Poznání podstaty emocionálního a psychického týrání výrazně pomohlo při formulaci druhé části syndromu CAN. Jednalo se o zanedbávání dítěte (Child Neglect). Tato zjištění vedla k poznatkům o tzv. sekundární viktimizaci, jedná se o druhotné poškození dítěte nadbytečným vyšetřováním. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Definice syndromu CAN je celá řada, ale ve své podstatě jsou si velmi podobné. Můžeme v nich spatřit základní znaky, podmínky a specifika týrání a zneužívání, typy obětí a agresorů apod.

Zdravotní komise Rady Evropy z roku 1992 definuje obsah syndromu CAN následovně:

„Syndrom zanedbávaného a zneužívaného dítěte: jedná se o jakékoliv vědomé či nevědomé aktivity, kterých se dopouští člověk (rodič, vychovatel nebo jiná osoba) na dítěti a jejichž následkem dochází k poškození zdraví a zdravého vývoje dítěte. Jejich nejvýhradnější podobou je úplné zahubení dítěte.“ (In: Špeciánová, 2003, s. 20).

Podle Slaného (2008, s. 14) *„jde o nenáhodnou situaci, která je v dané společnosti nepřijatelná a je preventabilní (lze jí předcházet). Jedná se o akci, zpravidla opakovanou, která má charakter tělesného, duševního, nebo sexuálního zneužívání. Nebo ne-akci, tedy zanedbávání, nepečování dítě, duševní deprivaci. Toto chování dospělého poškozuje tělesný, duševní a sociální status dítěte.“*

Dunovský, Dytrych, Matějček a kol. vytvořili svou pracovní verzi definice, s níž pracují. Za týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte považují: *„jakékoliv nenáhodné, preventabilní, vědomé jednání rodiče, vychovatele anebo jiné osoby vůči dítěti, jež je v dané společnosti nepřijatelné nebo odmítané a jež poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popřípadě způsobuje jeho smrt.“* (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 24).

2 TĚLESNÉ TÝRÁNÍ

Tělesné týrání bylo první oblastí, které se zařadilo do pojetí dnešního syndromu CAN. Jedná se o typický a nejčastější projev agrese vůči dítěti. Při posuzování agrese bývá zásadní zhodnocení každého případu individuálně. Z hlediska kvantity agrese, její kvality, délky trvání, jedná-li se o jev dlouhodobý či jednorázový a vyhodnocení kauzality, tedy adekvátnosti trestu vzhledem k prohřešku dítěte nebo bezdůvodnost agrese. (Slaný, 2008).

Zdravotní komise Rady Evropy z roku 1992 definuje tělesné týrání jako *„tělesné ublížení dítěti anebo jeho nezabránění, případně nezabránění utrpení dítěte včetně úmyslného otrávení nebo udušení dítěte, a to tam, kde je určitá znalost či důvodné podezření, že zranění bylo způsobeno anebo že mu vědomě nebylo zabráněno.“* (In: Pöthe, 1999, s. 35).

Tělesné týrání většinou začíná „ukázněním“ neposlušného dítěte formou „nevinných“ ran na zadek či do obličeje. Toto neustálé fyzické trestání je rizikovým faktorem pro vznik tělesného týrání. Dítě se obětí může stát i v situaci, kdy tělesný atak slouží jako ventil psychického napětí rodiče. Ocitne se v pozici obětního beránka sloužícího k vybití negativních emocí, bez možnosti bránit se. (Pöthe, 1999).

Jak uvádí Vaníčková (2004, s. 33) *„tělesný trest je tělesným týráním, dochází-li k potrestání za pomoci předmětu, je-li bití směřováno na citlivé části těla (hlava, břicho, oblast genitálií, plosky a dlaně), nebo také tehdy, zůstávají-li na těle po ranách stopy (modřiny, škrábane).“*

Tato zjištění ukazují, že tělesné násilí je přetrvávajícím výchovným prostředkem. Je mnohdy velmi těžké určit, zda zranění vzniklo jen „nešťastnou náhodou“, nebo v důsledku nedostatečné péče o dítě. Povinností každého lékaře je tedy dítě důkladně vyšetřit, a zamyslet se, zda toto poranění nebylo záměrem jak dítěti uškodit. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995)

Někdy je pro dítě velmi těžké uvěřit, že mu rodiče skutečně tolik ubližují. Je pro ně jednodušší uvěřit, že k tomu má rodič nějaký důvod. Dítě se pak toto chování snaží ospravedlnit. Je tedy důležité si uvědomit, že neexistuje žádný důvod, aby dítěti ubližoval, ohrožoval jeho blaho a zdraví. (Mufsonová, Kranzová, 1996)

Tělesné týrání může mít aktivní a pasivní povahu.

2.1 Tělesné týrání aktivní povahy

Tělesné týrání aktivní povahy obsahuje všechny formy násilí na dítěti, jehož následkem je jeho poranění nebo smrt.

První podskupina tělesného týrání aktivní povahy zahrnuje týrání s následným poraněním. Jedná se o poranění vzniklá v důsledku bití, opaření, popálení a selhání ochrany dítěte před násilím.

Druhá podskupina obsahuje formy týrání, které na dětech nezanechávají bezprostřední známky tělesného poranění. Jde o dušení, otrávení nebo jiné obdobné formy násilí. Do této podskupiny můžeme také zařadit případy sexuálního zneužívání za užití násilí či záměrné a opakované lékařské prohlídky. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Jak uvádí Pöthe (1996) mezi nejrozšířenější způsoby aktivního fyzického týrání dětí patří bití rukou, pálení cigaretou, kopání, řezání, opaření vařící vodou, svazování končetin, trhání vlasů apod.

Spilková, Dunovský dělí, ze somatického hlediska, tělesná poranění a poškození vnitřních orgánů na poranění zavřená, otevřená a mnohočetná. (In: Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Zavřená poranění

Tato poranění se vyznačují poškozením tkání a orgánů, bez porušení kůže. Jedná se o náhlé a prudké působení úderu nebo tlaku na tělo nebo nárazem na tupý předmět. Následky se odvíjejí od stupně působícího násilí a umístění rány na těle. Do této oblasti poranění spadají otřesy, pohmoždění, poranění svalů, kostí a hlavy.

Otřesy se projevují funkčními poruchami bez patologickoanatomického nálezu. Jedná se především o otřesy mozku a míchy.

Pohmoždění se na kůži objevují v důsledku tupého násilí, kdy dochází k lehkému nitrokožnímu krvácení. Projevují se ve formě kruhových, tečkovitých nebo plošných krevních výronů, lidově „modřin“. Modřiny jsou přítomné u 90 % týraných dětí. Často mají charakteristický tvar – otisk ruky, rákosky, vařečky, nebo svírání.

Poranění svalu můžeme rozdělit na úplné, neúplné trhliny a přerušení. Dále mohou být poraněny šlachy, cévy, nervy a klouby.

Při poranění kostí dochází ke zlomeninám, které dělíme podle způsobu vzniku na přímé a nepřímé. Podle mechanismu vzniku na flekční, trakční, torzní, kompresivní a střelné. Poškození mohou být jednotlivá, mnohočetná, čerstvá, ve stádiu hojení či v různých stádiích hojení. V dětském věku jsou zlomeniny časté, nicméně v některých případech mohou být neobvyklé, především u mnohočetných poranění. Jedná se zejména o spirální zlomeniny pažní kosti, zlomenina stehenní kosti, zlomenina lopatky a zlomenina zevní části klíční kosti.

Poranění hlavy je nejčastější příčinou smrti u týraných dětí a příčinou jejich chronických neurologických potíží. Důsledkem poranění hlavy je nejčastěji otřes mozku, který vzniká náhlým působením úderu na hlavu. Subdurální hematom se objevuje po tupém poranění hlavy. Z příznaků se objevuje zvracení, dvojité vidění, hluchota a ochrnutí. Nebezpečím je útlak mozkové tkáně, který může mít za následek smrt dítěte. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Můžeme sem zařadit i jev zvaný Shaken Infant/Child Syndrom, tedy syndrom třesení dítětem. Vzniká u malého dítěte (kojenecké a batolecí období) se kterým dospělý velmi silně třese. U tohoto syndromu jsou typické hematomy a fraktury na hrudníku a žebrech. Výjimkou nejsou ani závažná až smrtelná poškození krční páteře, míchy, intrakraniální krvácení a krvácení do očních bulbů. (Slaný, 2008).

Poranění a otřesy míchy se projeví znecitlivěním částí těla, která leží pod zraněním. Stlačení míchy způsobí prohlubující se necitlivost a ochrnutí. V důsledku přerušení míchy dochází k trvalému ochrnutí částí těla ležících pod místem zranění.

Poranění nitrobršních orgánů mohou být otevřená nebo uzavřená. Úderem může dojít k roztržení sleziny, jater, žaludku. Nebezpečím je krvácení, vytékání obsahu trávicí trubice do břicha, což vede k infekci a vzniká zánět. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Otevřená poranění

Ranami rozumíme každé porušení kůže, sliznice nebo povrchu některého orgánu. Podle způsobu vzniku dělíme rány na drobné oděrky, rány řezné, sečné, bodné, tržné, zhmožděné, rány způsobené kousnutím a rány střelné.

Podle vzhledu se rány dělí na čisté, znečištěné a infikované. Projevují se krvácením a ztrátou tkání. Krvácení může být žilní, tepenné nebo vlásečnicové. Do této oblasti řadíme rány na hlavě, nitrooční krvácení, rány na hrudníku, popáleniny.

Rány na hlavě jsou většinou provázeny roztrháním lebečních kostí, i když zevní vzhled nevypadá závažně. Zanedbaná ošetření mohou mít za následek poudrazovou epilepsii.

Nitrooční krvácení je často způsobeno úderem pěstí do oka nebo násilím na hlavu. V takovém případě dochází k perforaci bulbu, oko je tak ohroženo slepotou i konečnou ztrátou.

Rány na hrudníku jsou nebezpečné při průchodu vzduchu do pohrudniční dutiny způsobené zlomeninou žeber a vzniká tzv. pneumothorax.

Popáleniny jsou další formou tělesného týrání. Jedná se zejména o ponoření dítěte do vařící vody, typické jsou popáleniny od cigaret, popáleniny od provazů a vlečením dítěte po koberci. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Slaný (2008) dále uvádí druh popálenin, které souvisí s nucením dítěte do velmi horkého pokrmu. Popáleniny se objevují na rtech a okolí, oproti neúmyslnému požití horkého jídla, kdy bývá popálena až ústní dutina.

Mnohočetná zranění

Objevují se v případech, kdy dochází k útokům vůči dítěti opakovaně. Vedle četných oděrek, pohmožděnin, nejrůznějších ran se objevují fraktury a vnitřní krvácení, která jsou nejrůznějšího data i původu. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Typické příznaky, které se vyskytují v akutních stavech, uvádí Spilková a Dunovský tyto:

Bezvědomí je důsledkem závažné poruchy mozkových funkcí, kdy dochází k poruše vědomí z různých příčin. Následkem může být stlačení, uskřínutí žil, vznik zánětlivého výpotku, hypoxické poškození mozku.

Bolesti břicha patří mezi významné příznaky u týraných dětí. K ohrožení života dítěte dochází zejména u trhlin nitrobřišních orgánů.

Bolesti hlavy mohou být v některých případech spojeny i s krvácením.

Závrať bývá doprovázena nucením na zvracení či zvracením. Dochází k ní z mnoha různých příčin, ohrožující je ložiskové postižení centrální nervové soustavy poraněním. Kromě poruch vědomí dochází k poruchám krevního oběhu a dýchání. (In: Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

2.2 Tělesné týrání pasivní povahy

Podle Dunovského (1995) se jedná o nedostatečné uspokojení nejdůležitějších tělesných potřeb dítěte, v návaznosti na psychické i sociální potřeby. Jde o opomenutí v péči o dítě, nepochopení rodičovské role z důvodu nezralosti, hledání jiných životních hodnot než těch, které jsou spojené s péčí o dítě apod. Následkem těchto skutečností je neprospívání dítěte, jeho značné zanedbání, nerozvinutí jeho schopností a vztahu k sobě samému i okolnímu světu. V krajních případech může dojít i k smrti dítěte.

Do této oblasti řadíme problematiku poruch v prospívání dítěte neorganického původu, nedostatek zdravotní péče, nedostatky ve vzdělání a výchově, nedostatek přístřeší, ošacení a ochrany a problematiku vykořisťování dětí.

Hlavním rysem poruch v prospívání dítěte neorganického původu je zejména nedostatečná výživa, která se projevuje výraznou podváhou a v některých případech i zástavou růstu. Výsledkem je těžká dystrofie nebo atrofie. Po stránce kvalitativní, můžeme hovořit o tzv. hypovitaminóze, jedná se o nedostatek vitamínů D, C, B.

Vědomé odmítání léčebné péče je spíše výjimečné. Nevědomé odmítání zdravotní péče, zvláště jedná-li se o kritický stav dítěte, je založeno spíše na neporozumění či nepochopení vážnosti stavu dítěte.

Jiná situace nastává ovšem v případě, kdy rodič způsobil dítěti újmu na zdraví a bojí se případných právních následků. Tím odpírá dítěti první pomoc, kterou není schopen poskytnout sám. Jedná se o situace, kdy není dítěti poskytována kvalitní hygienická péče, chybí dostatek něhy, ochrany a lásky.

Nedostatkem ve vzdělání a výchově dítěte se rozumí upření mu základního práva na vzdělání. Toto právo však není uspokojováno u všech dětí, zvláště pak v rozvojových zemích. Zde se vyskytuje vysoká negramotnost, která má značný podíl na situaci dětí v té které zemi.

Pokud hovoříme o nedostatku přístřeší, ošacení a ochrany největší skupinu zastupují děti, které jsou bezprostředně ohroženy chudobou svých rodičů, jejich nezaměstnaností. Dále se jedná o děti bez domova, které ztratily domov z důvodu přírodních katastrof, válek, emigrací, úmrtí apod.

V případě vykořisťovaných dětí jde o problém dětské námezni práce. V neposlední řadě se objevuje žebrání dětí, zvláště dětí uprchlíků a přistěhovalců, kteří přecházejí naší zemí do západní Evropy. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Mufsonová a Kranzová (1996) do oblasti tělesného týrání pasivní povahy dále řadí např. ponechávání dětí bez dozoru odpovědné osoby. Starší dítě je nuceno dlouhé hodiny hlídat mladší sourozence, zastávat nepřiměřené množství domácích prací. Není mu poskytnuto ošacení, které by odpovídalo jeho věku, pohlaví a danému počasí.

Při diagnostice fyzického týrání aktivní a pasivní povahy je v první řadě nutné vyloučit příčiny, které spočívají v somatické či psychické poruše. Další nezbytností je rodinná a osobní anamnéza, včetně sociálního šetření. Je třeba zjistit např. informace o průběhu těhotenství matky, následném porodu, údaje o celém dalším vývoji dítěte, zejména o případných odchylkách ve vývoji a jejich zvládnutí. Nezbytné je sledovat vývoj růstu a váhy dítěte.

Z organických poruch je třeba připomenout vady, které jsou geneticky podmíněné (chromozomální vady), hormonální poruchy (nedostatek hormonu štítné žlázy, hormonu růstu), poruchy vstřebávání a trávení (chronické záněty střev), metabolické poruchy (diabetes mellitus) apod.

Závažnější jsou různé kombinace těchto nedostatků péče o dítě ve fyzické, psychické a sociální oblasti. Takovéto jednání má potom za důsledek neprospívání dítěte, v některých případech může končit i smrtí. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

3 PSYCHICKÉ TÝRÁNÍ

Zatímco fyzické týrání a sexuální zneužívání je protizákonné a mohou na ně reagovat příslušné instituce, psychické týrání je daleko jemnější a hůře prokazatelné. Obecně je psychické týrání takové chování, které podryvá sebedůvěru dítěte. Nezanechává jizvy na těle, ale na duši, dítě emocionálně strádá. (Mufsonová, Kranzová, 1996).

Hadj Moussová (2005, s. 169) popisuje psychické týrání jako *„chování, které má vážný negativní vliv na citový vývoj dítěte a vývoj jeho chování. Jedná se o vystavování dítěte násilí nebo vážným konfliktům doma, násilnou izolaci, omezování dítěte, vyvolávání situací, kdy má skoro stále pocit strachu, což může těž způsobit citové ublížení.“*

Psychické týrání je výsledkem nezájmu vůči dítěti, urážení, výsměchu, záměrného zastrašování, ponižování a opovrhování dítětem. Ve většině případů má za následek dlouhotrvající pocity méněcennosti, nedostatečnosti, spojené s projevy úzkosti a nedostatkem sebedůvěry. Dítě se nenaučí vážit si samo sebe, pokud je okolím neustále kritizováno a ponižováno. Tento stav může jedinec v budoucnu kompenzovat agresivním jednáním, jiným případem může být postupná izolace před světem, uzavření se do sebe. Nejtragičtějším vyústěním bezvýchodné situace je sebevražda dítěte. Dítě ztrácí motivaci a nevidí smysl v žití. Po dlouhém zvažování či v afektu se rozhodne ukončit svoje trápení. (Pöthe, 1999).

Stejně jako v případě fyzického týrání lze týrání psychické rozdělit na aktivní a pasivní složku.

Formou aktivního psychického týrání mohou být nadávky dítěti, ponižování a zesměšňování, a to nejen doma, ale také před kamarády a širším okolím.

Pasivní složkou je situace, kdy nenastává něco, co nastávat má. Jedná se o nevšímavost, odmítavost, nezájem, izolaci dítěte, nedostatek lásky, času, pozornosti. (Slaný, 2008).

Typickým příkladem psychického týrání je rozvodová situace v rodině, kdy se manželé o dítě přetahují. Jeden z rodičů je veden nenávisí vůči druhému rodiči a nechce, aby se dítě s bývalým partnerem dále stýkalo. Rozvod přeroste v soutěž o to, kdo je pro dítě lepší, bývalí manželé se začnou před dítětem navzájem kritizovat a zpochybňovat rodičovské kvality. Množí se i případy, kdy jeden z rodičů, aby zabránil kontaktu s dítětem, obviní bývalého partnera ze sexuálního zneužívání dítěte. (Pöthe, 1999).

Někdy se setkáváme ve spojitosti s nedostatečnou péčí a nezájmem o dítě i s přemrštěnými požadavky na jeho výkon, především ve školní oblasti. Rodiče dávají dětem signály, že nezáleží na nich samotných, ale na tom čeho dosáhnou. Tyto nároky jsou většinou nepřiměřené možnostem a schopnostem dítěte a často si rodiče kompenzují prostřednictvím dítěte své neúspěchy. (Pöthe, 1999).

Další kapitolu pak tvoří týrání formou srovnávání se sourozencem, který je vždy chytřejší, pořádnější, úspěšnější, a tudíž si zaslouží více lásky a pozornosti, než dítě v očích rodičů „neschopné“. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Jinou situací jsou tzv. dvoukariérová manželství, kdy oba rodiče jsou zcela pohlceni svým zaměstnáním a budováním kariéry, která pro ně znamená vysoké sebeuspokojení a značný finanční příjem pro rodinu, avšak zcela zapomínají na potřeby dítěte. Častým vysvětlením takovéto situace je argument, že vše co dělají, dělají pro dítě, aby si mohlo vše koupit a mělo se dobře. Nedostatek pozornosti tak kompenzují vysokým kapesným a drahými dárky. (Slaný, 2008).

Pokud budeme hovořit o dopadech psychického týrání, musíme brát v úvahu řadu faktorů. Záleží na charakteru týrání, jeho trvání, intenzitě, věku dítěte a jeho osobnosti. (Slaný, 2008).

Jsou děti, které reagují na psychické týrání agresivně, snaží se prosazovat své. Nebo naopak se dítě stáhne do sebe, je ustrašené a úzkostné. Nedokáže prosazovat své názory, požadavky a přání. V nejrůznějších situacích se již předem vzdává. Jejich sebedůvěra a sebehodnocení je velmi nízké. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Společným znakem dětí v těchto formách jsou obtíže v komunikaci a v jednání s lidmi, v mezilidských vztazích. Jsou u nich pozorovány nejrůznější poruchy chování, nespokojenost se sebou samým. (Slaný, 2008).

Slaný (2008) dále zmiňuje zvláštní situaci, kdy dochází k vzájemnému vydírání rodiče dítětem a rovněž vydírání partnera prostřednictvím dítěte. Častěji tak jednají matky, které pod dojmem své starostlivosti o rodinu manipulují s dítětem.

Psychické týrání se nevyskytuje pouze v rodinném kruhu, můžeme se s ním setkat i v širším okolí dítěte, a to ve škole a mezi vrstevníky. Psychické týrání není směřováno pouze od dospělých k dětem, ale i naopak. Zvláště se vzrůstajícím věkem rodičů a dětí. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

4 SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ

Sexuální zneužívání se liší od tělesného a psychického týrání v řadě znaků, ale má s nimi dvě věci společné. Pachatel často očekává, že bude oběť o zneužívání mlčet a vše uchová v tajnosti a dojde k pocitu, že se na svém zneužití nějak podílela. Bude obvinovat sebe. Druhý znak je zvlášť pravděpodobný, pokud ke zneužívání dochází v rodině nebo je pachatel dítěti velmi blízký. (Mufsonová, Kranzová, 1996).

Zdravotní komise Rady Evropy v roce 1992 definovala sexuální zneužívání dětí jako *„nepatřičné vystavení dítěte pohlavnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoli pohlavní dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoli, komu bylo dítě svěřeno do péče, anebo kýmkoli, kdo dítě zneužívá. Takovou osobou může být rodič, příbuzný, přítel, odborný či dobrovolný pracovník či cizí osoba.“* (In: Pöthe, 1999, s. 52).

Aby mohlo být hovořeno o sexuálním zneužívání, musí být splněny tři následující podmínky. Pachatel je starší než oběť. Je v nadřazené pozici, je autoritou vůči dítěti. Sexuální praktiky jsou vymáhány silou a výhružkami.

Takovéto jednání je v mnoha případech spojeno ještě s týráním fyzickým či psychickým. (Hanušová, 2006).

Proces sexuálního zneužívání dítěte se děje v určitých na sebe navazujících stádiích. Pachatel zradí důvěru dítěte, z pozice autority zneužije moc a dítě přestává mít možnost dát vědomý souhlas ke zneužívání. Dítě je fyzicky donucováno a emočně se s ním manipuluje. Dítě má pocity ohrožení bez ohledu na způsob zneužívání. (Pöthe, 1999).

Sexuální zneužití můžeme rozdělit na zneužití bezdotykové (bez tělesného kontaktu) a dotykové (s tělesným kontaktem).

Pro oblast bezdotykového zneužívání je typický exhibicionismus, případy voyerství, verbální sexuální návrhy dítěti či expozice pornografického díla.

Oblast dotykového zneužívání je mnohem závažnější. Jedná se o obtěžování dítěte, sexuální útok až znásilnění dítěte. (Slaný, 2008).

Při dotykovém zneužívání dochází k přímému fyzickému kontaktu, včetně osahávání prsou a pohlavních orgánů dítěte, líbání, včetně samotného pohlavního styku. Tato oblast bývá tedy rozdělována na dvě podskupiny a to na penetrativní (pohlavní styk) a nepenetrativní (osahávání, hlazení erotogenních částí těla).

Dále můžeme sexuální zneužívání dělit na extrafamiliární, které se odehrává mimo rodinu. Může se jednat o pedagogického pracovníka ve škole či v zájmovém útvaru, často jde jednorázový akt. Intrafamiliární zneužívání, ke kterému dochází v rodině dítěte, má dlouhodobější charakter. (Hanušová, 2006).

Aby mohlo být sexuální zneužívání včas odhaleno a diagnostikováno, je zapotřebí si všimnout příznaků a projevů na dítěti, které jsou pro tento jev obvyklé. Z hlediska času můžeme hovořit o krátkodobých a dlouhodobých příznacích. V případě krátkodobých příznaků se jedná o úzkost, strach, pocity hanby a viny, depresi. U dítěte dochází k nápadným změnám v chování, v krajních případech sama oběť začne osahávat nebo sexuálně zneužívat jiné dítě. Nejčastěji dochází k sebepoškozujícímu jednání. Ze somatických obtíží jsou to bolesti hlavy, břicha, poruchy spánku a příjmu potravy. Mezi dlouhodobé příznaky patří zejména dissociativní porucha chování. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Sexuálně zneužívaný jedinec v pozdějším věku obtížně navazuje citový vztah. Nacházejí si nevhodné partnery, upínají se na svého agresora, začínají žít promiskuitně nebo si vytváří „mnohočlenné osobnosti“ s falešnými já, k pocitu určité kontroly. V některých případech dochází k identifikaci s pachatelem a jedinci sami začnou týrat a zneužívat jiné. (Bentovim, 1998).

V diagnostice sexuálního zneužívání je třeba psychologické intervence. Psycholog pomocí rozhovoru zjišťuje, co se dítěti stalo. Rozhovor s dítětem je zaznamenáván na videozáznam. Mezi další psychologické metody patří demonstrace s anatomickými panenkami, která se využívá zejména u malých dětí, které nedokáží popsat, co jim pachatel způsoboval. Dále se využívá kresba rodiny a kresba lidské postavy. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

V souvislosti se sexuálním zneužíváním byl popsán tzv. Syndrom dětského přizpůsobení pohlavnímu zneužití. Tento jev popsal americký pediatr C. R. Summit (1983) a rozdělil je do pěti fází:

První fází je *utajování sexuálního zneužití*. Zneuživatel psychicky působí na dítě a tzv. jej zpracovává. Mezi zneuživatелеm a zneužitým dítětem dochází k vytvoření určité aliance, uměle navozeného pocitu společného tajemství. Dítě je přesvědčováno, že tomuto tajemství by nikdo nerozuměl a pokud by se o tom dozvěděl rodič, velmi by se zlobil a dítě by nenáviděl, poslal ho pryč apod.

Druhou fází je *bezmocnost*. Zneuživatel vyvolá v dítěti pocit, že pokud vše prozradí, stane se něco zlého. V zastrašovaném dítěti tak narůstá pocit bezmoci. Bezmocnost se rovněž zvětšuje se svěřením dítěte do péče zneuživatele.

Svedení a přizpůsobení je třetí fází. Sexuální zneužití ve většině případů není pro dítě jednorázovou záležitostí a tak jedinou možností jak se s touto skutečností vyrovnat je podřídit se jí.

Navazuje čtvrtá fáze *opožděného, konfliktního a nespravedlivého odhalení*. Dítě nahlásí případ sexuálního zneužití, ale se značným časovým odstupem, což působí nevěrohodně. Dítě se dostává do velmi obtížné situace a je dále psychicky traumatizováno.

Poslední fází je *odvolání výpovědi*. Počáteční vztek se u dítěte mění na pocit viny a strachu zejména ze zavržení rodiči, z rozbití rodiny. Je pravděpodobné, že vše, co dítě o sexuálním zneužití řeklo, vezme zpět. (In: Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Se sexuálním zneužíváním souvisí také problematika komerčního sexuálního zneužívání dětí. Do této oblasti spadá dětská prostituce, dětská pornografie a obchod s dětmi pro sexuální průmysl.

4.1 Komerční sexuální zneužívání dětí

Komerční sexuální zneužívání dětí je definováno jako „*použití dítěte pro sexuální účely výměnou za peníze nebo za odměnu v naturáliích mezi dítětem a zákazníkem, dítětem a prostředníkem nebo dítětem a agentem či jinými osobami, které vydělávají na obchodu s dětmi pro tyto účely.*“ (Vaníčková In: Milfait, 2008, s. 11).

Dětská prostituce

„*Zjednání nebo nabízení služeb dítěte k provádění sexuálních aktů za peníze nebo jinou odměnu s touto osobou nebo kteroukoliv jinou osobou.*“ (Vaníčková, Provazník, Hadj-Mousová, 1997, s. 55).

Vaníčková (2009, s. 31) uvádí sedm typů dětských obětí. Jedná se o traumatizované děti, se závislostí, děti, které přinutí rodiče nebo nepříbuzná osoba, děti ulice, děti, na které má vliv vrstevnická skupina a děti, které spatřují vidinu zisku.

Dětská pornografie

Jedná se o „*zvukový nebo obrazový materiál, který používá děti v sexuálně implicitním kontextu.*“ (Vaníčková a kol., 1999, s. 93).

Obrazová pornografie obsahuje zobrazování dítěte při sexuální činnosti, vystavování jeho pohlavních orgánů pro sexuální uspokojení uživatele. Zahrnuje výrobu, rozšiřování a používání tohoto materiálu.

Zvuková pornografie využívá dětského hlasu pro sexuální uspokojení uživatele. Rovněž zahrnuje výrobu a rozšiřování tohoto materiálu.

Oběťmi dětské pornografie se většinou stávají děti se sociálně slabých a neúplných rodin. Děti, se kterými se v rodině špatně zachází, jsou nejzranitelnější a snáze se stanou oběťmi. Platí na ně kombinace nátlaku, donucení a uplatnění síly. (Vaníčková a kol., 1999).

Obchod s dětmi pro sexuální průmysl

Obečně je obchod s dětmi definován jako „*najímání, únos, koupě nebo získání jejich souhlasu či souhlasu jejich rodičů/vychovatelů s transportem dítěte za použití síly, jiných forem nátlaku využití bezmoci, či použití odměny s úmyslem děti vykořisťovat.*“ (Vaníčková, 2009, s. 34).

Obchod s dětmi pro sexuální průmysl je ve světě označován jako obchod s bílým masem. Obchod s dítětem může mít formu intrafamiální či extrafamiální.

Intrafamiální formou obchodu bývají častěji ohroženy tělesně a mentálně postižené děti, které jsou zcela závislé na rodičích a pro svůj handicap se stávají obětí obchodu.

Extrafamiální forma obsahuje únosy dětí, jejich prodej v „dobrém úmyslu“. Rodiče se mohou domnívat, že se dítěti dostane dobrého vzdělání, bude žít v lepších podmínkách. Ovšem je pouze na nákupčím, jak bude s dítětem zacházeno. Dítě tak často skončí v nepříznivých podmínkách, ve vzdělávání nepokračuje a k sexuálními povinnostem je nuceno násilím. (Vaníčková, 2007)

5 ZANEDBÁVÁNÍ

Zanedbávání je pravděpodobně nejčastější formou špatného zacházení s dítětem v rodině. Dítě je jím zasaženo dlouhodobě a bez včasné intervence může dojít k ohrožení jeho růstu a vývoje. Často se hovoří o tzv. „zanedbávání zanedbávání“. (Bechyňová, Konvičková, 2008).

Slaný (2008, s. 29) formuluje zanedbávání jako *„situaci, kdy je dítě ohroženo (akutně či chronicky, vždy ale vážně) nedostatkem podnětů a faktorů důležitých ke zdravému a plnohodnotnému fyzickému i duševnímu rozvoji.“*

Langmeier, Matějček (1974) v této souvislosti hovoří o tom, že je třeba rozlišovat pojmy zanedbávání a psychická deprivace. Psychická deprivace je definována jako *„výsledek životní situace, kdy dítěti nejsou uspokojovány jeho základní psychické potřeby v náležité míře a po určitou, dost dlouhou dobu. Uvést dítě do takovéto situace a udržovat je v ní znamená samozřejmě ohrožení jeho duševního zdraví a celého dalšího duševního vývoje.“* Psychická deprivace je podrobně popsána v kapitole Následky syndromu CAN.

Provazníková rozděluje problematiku zanedbávání dětí do tří skupin.

První skupinou je tělesné zanedbávání, které je pojímáno jako neuspokojování tělesných potřeb dítěte. Jedná se o neposkytování přiměřené výživy, zdravotní péče, oblečení, přístřeší a ochrany před zlem.

Do druhé skupiny patří citové zanedbávání. Citovým zanedbáváním se rozumí neuspokojování citových potřeb dítěte. Dítě nemá pocit, že někam patří a je milováno.

Poslední skupina obsahuje zanedbávání v oblasti výchovy a vzdělávání. Dítěti nejsou poskytnuty podmínky k naplnění jeho vzdělávacího potenciálu. Dítě má časté absence ve škole, není dodržována základní povinná školní docházka. Zanedbávání intelektového rozvoje dítěte může mít za následek jeho zaostávání či invaliditu. (In: Vaníčková, Hadj-Mousová, Provazníková, 1995).

Na psychický vývoj dítěte působí zanedbávání přímo (nezájem o vzdělání, nedostatek dohledu) či nepřímo (nevhodná skladba stravy, podvýživa, prochlazení, špatná hygiena). (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Paleta rizik, které vedou k zanedbávání je velmi pestrá. Rizika se objevují na straně rodičů, ale také v prostředí, ve kterém s dítětem žijí. Dítě může ztratit jednoho nebo oba rodiče, je izolováno před společností. U rodičů se projevují nejrůznější závislosti – alkoholová, drogová, workoholismus. Může se jednat o rodiče osobnostně nevyzrálé, chronicky nemocné, invalidní apod. Dalším rizikem je příslušnost rodin k určitým minoritám, nejen etnickým, ale také příslušností k náboženským sektám. (Slaný, 2008).

Matějček uvádí jako rizikové i samotné děti. Jedná se o děti pomalé a neaktivní. Děti s pohybovým omezením, se smyslovými vadami, s mentálním postižením. Somaticky nemocné, apatické a vyčerpané děti. (In: Bechyňová, Konvičková, 2008).

V důsledku týrání a zanedbávání jsou zásadním způsobem narušeny vazby mezi rodiči a dítětem. Takto ovlivněné chování přetrvává u dítěte ve formě traumatu. Toto trauma může mít dlouhodobý dopad na formování osobnosti jedince a na vytváření nových vztahů, výběr partnera, rodičovské chování, vztah k vlastním dětem apod. (Bentovim, 1998).

6 ZVLÁŠTNÍ FORMY SYNDROMU CAN

Mezi zvláštní formy syndromu CAN řadíme systémové týrání a sekundární viktimizaci, rituální zneužívání, organizované zneužívání dětí a sexuální turismus, Münchhausenův syndrom by proxy (v zastoupení) a šikanu.

Systémové týrání a sekundární viktimizace

Systémové týrání můžeme definovat jako *„formu týrání, která je působena systémem, jenž byl založen pro pomoc a ochranu dětí a jejich rodin a kterému jsou vystaveny.“* (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 97).

Jedná se o nedostatečnou péči ve školských zařízeních, náhradní rodinné péči anebo v dětských domovech. Systém péče postrádá interdisciplinární přístup a vhodnou koordinovanost.

O sekundární viktimizaci hovoříme v případě, kdy je dítěti druhotně ubližováno těmi, kteří by ho měli chránit a zamezit dalším škodám v jeho vývoji. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Dítě se stalo obětí trestného činu a následně se stává obětí vyšetřování. Jedná se o opakované výpovědi a lékařské prohlídky, nedůstojné zacházení s dítětem, nedůvěra v to, co říká, obvinování dítěte apod. (Národní strategie prevence násilí na dětech v ČR na období 2008 – 2018, [online]. [cit. 2013-01-29]).

Jak uvádí Vaníčková (2009) systémové násilí a proces viktimizace dítěte mohou být rovněž spuštěné v některé z fází detekce, identifikace, intervence, terapie či reintegrace nevhodnou sociální komunikací odborníka.

Rituální zneužívání

Tinkelborn (1988) považuje za rituální zneužívání „*takové zacházení s dětmi, které se uskutečňuje v souvislosti s nějakými symboly, které mají náboženskou, magickou či nadpřirozenou charakteristiku a jsou součástí nějakého organizovaného společenství. Vžívání těchto symbolů nebo provozování takových aktivit, většinou opakovaných, je užíváno též k nahnání strachu dětem. Většinou jde ovšem o podstatně závažnější skutečnosti.*“ (In: Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 101).

S touto definicí však nesouhlasí Mc Fadyen (1993) a další autoři. Nepřipouští představu, že může být rituální zneužívání pouze skupinovým jevem, který je opakovaný na stejných dětech. Dále není možné odhadnout, jak bude s dítětem zacházeno a jaké to na něm zanechá následky. Proto by měla být pozornost směřována především na dítě a ne na samotné aktivity. Mc Fadyen poukazuje na chápání rituálního zneužívání ve dvou rovinách. Jednak jako opakované aktivity, které mají určitý význam a svůj řád, ale také jako vyjádření zvláštní religiozity, v jejímž jménu je dítě zneužíváno. (In: Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Organizované zneužívání dětí a sexuální turismus

Vedle dětské prostituce spadá do této skupiny též dětská pornografie a sexuální turismus. V praxi se jedná o příjezd cizinců do cizí země, za účelem vyhledání dítěte a následnému sexuálnímu uspokojení se jím. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Na sexuálním zneužívání dětí v souvislosti s turistikou se značnou měrou dopouští především pedofilové. Další skupinu zastupují jedinci, kteří upřednostňují k sexuálnímu kontaktu jedince pubertálního věku a skupiny osob, které zneužívají pouze příležitostně, aniž by se na dítě výhradně orientovali. (Vaničková, Provazníková, Hadj-Mousová, 1997).

Nicméně v poslední době se rozvíjí nová forma organizovaného zneužívání dětí. Děti zde figurují jako určitý obchod, jsou pouze zbožím. Jedná se o ilegální mezinárodní osvojení, dětskou práci, až po vraždy dětí, za účelem prodeje jejich orgánů. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Münchhausenův syndrom by proxy (v zastoupení)

S rozvíjejícími se poznatky o syndromu CAN se začalo hovořit o existenci případů, kdy rodiče úmyslně trávili své děti různými léky, vymýšleli si nejrůznější příznaky onemocnění a uměle je připravovali tak, aby bylo dítě lékařsky vyšetřováno a léčeno. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Rodiče dítěte popisují potíže s vysokou erudicí, což působí velmi věrohodně a rovněž jsou vysoce vstřícní k vyšetřovacím postupům, které jsou často bolestivé a intervenční. Obvyklým „klinickým obrazem“ jsou akutní břišní příhody, různé krvácivé příhody, ztráty vědomí, bolesti hlavy, záchvaty a nejrůznější kožní nálezy. (Slaný, 2008).

Vondráček, Schneinerg dále uvádí, že tento nebezpečný jev poprvé popsal v roce 1977 Meadow právě jako Münchhausenův syndrom by proxy, tj. v zastoupení. Použil přitom označení Asherova z roku 1951, který jej pojmenoval po von Münchhausenovi, u nás známém baronu Prášilovi. Při něm si pacienti vymýšleli nejrůznější chorobné příznaky. V případě dětí byl termín doplněn slovem v zastoupení, myšleno zřejmě na rodiče, kteří zveličovali či předstírali potíže svých potomků. (In: Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Münchhausenův syndrom by proxy byl zpočátku také označován jako Polle syndrome (dcera barona Münchhausena měla jméno Polla a zemřela ještě v kojeneckém věku). (Slaný, 2008).

Šikana

Šikana je definována jako „*agrese, které se dopouští jedinec nebo skupina vůči jedinci nebo skupině víceméně bezbranných, ať už pro fyzickou nebo jinou slabost nebo nemožnost účinné obrany*“ (Říčan, 1995, s. 21).

Šikanou nazýváme nejen ubližování mezi těmi, kteří jsou ve stejném postavení, tedy mezi žáky nebo studenty, ale jedná se také o ubližování žákům ze strany učitele i ubližování učitelům ze strany samotných žáků. Obvykle rozlišujeme dva druhy šikany a to šikanu přímou a nepřímou.

Přímá šikana spočívá v působení bolesti (bití, kopání, pálení, bodání), v ponižující tělesné manipulaci (obnažování, snědení či vypití něčeho odporného), poškozování a braní osobních věcí. Dále se jedná o slovní napadání (nadávky, posměch, urážení), zotročování, kdy je oběť donucena konat něco zakázaného nebo ponižujícího (krádež v obchodě, posluhování agresorovi).

Nepřímá šikana spočívá v izolaci oběti, která je vylučována z činností skupiny. Častěji je tato forma používána dívkami, a mnohdy je trýznivější než šikana přímá. Oběť se snaží přizpůsobit a zavděčit, ale v očích skupiny ztrácí prestiž. (Říčan, Janošová, 2010).

Typickým rysem agresora je snaha ovládat okolí. Agresor je tělesně zdatný, někdy má potíže s kontrolou svých impulsů, často se vyskytují poruchy spojené s hyperaktivitou. Pokud jde o inteligenci, často se jedná o děti s nižším IQ a poruchami čtení. Tyto zjištění však nejsou pravidlem. Setkáváme se i s šikanujícími dětmi, které jsou rozumově velmi zdatné.

Naopak oběti jsou vůči agresorovi nějakým způsobem znevýhodněné. Například malým tělesným vzrůstem, menší fyzickou silou, rozumově nebo v celkové sociální izolaci. Obětí šikany se může stát kdokoliv.

Toto riziko se zvětšuje v prostředí, kde vládne tolerance k násilným formám chování a kde je agrese nástrojem k prosazování cílů jednotlivce. (Pöthe, 1999).

7 PREVENCE SYNDROMU CAN

Prevence je součástí ochranných opatření. Má zabránit již probíhajícímu ubližování a hlavně předcházet samotnému vzniku a eliminovat následky na zdraví a budoucím životě dítěte.

V předcházení násilí vůči dítěti by zvláštní pozornost měla být věnována především rizikovým rodinám. Specializované programy zahrnují poradenské služby, návštěvy v domácnostech i pomoc dospívajícím dětem.

Klíčovou a nepostradatelnou roli v oblasti prevence hrají učitelé a vychovatelé, kteří vstupují do každodenního kontaktu s dětmi. Mají možnost si všimnout změn v jejich chování, změn na těle. V mnohých případech je učitel jediný, komu se může dítě svěřit. Rozpoznávání těchto projevů je náplní odborných vzdělávacích programů.

Součástí prevence je rovněž informovanost občanů o způsobech a možnostech oznamování podezření z týrání dítěte. (Pöthe, 1999).

Prevence je v zásadě dělena na primární a sekundární. Avšak v řadě publikací se můžeme setkat ještě s prevencí terciární a kvartální.

Primární prevence

Primární prevencí se podle Hanušové (2001) rozumí předcházení neblahým společenským jevům. Spočívá hlavně v kvalitní přípravě dětí na rodičovství a manželství a to už od nejranějšího věku. Nezbytné je u dětí rozvíjet rovněž znalosti a dovednosti o ochraně sama sebe před případným nebezpečím.

Primární prevenci syndromu CAN dělí Matějček (1995) na 3 hlavní vrstvy:

1. Zaměření působnosti na celou společnost.
2. Zaměření působnosti na rodiče a vychovatele.
3. Zaměření působnosti na odborné pracovníky a veřejné činitele.

Širokou veřejností se rozumí celá společnost, která zahrnuje všechny vrstvy obyvatelstva, definované věkově, ekonomicky, vzděláním i zaměstnáním.

Hlavním prostředkem je široce založená osvěta. Jejími zprostředkovateli jsou všechny instituce, které se dotýkají života dětí. Jedná se o orgány státní správy, školství, zdravotnictví, církev, kulturní instituce, sdělovací prostředky, nevládní organizace a řadu dalších. (In: Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

V rámci primární prevence byla vládou ČR přijata tzv. Národní strategie prevence násilí na dětech na období 2008 – 2018, jež vychází z doporučení Světové zprávy o násilí na dětech. Hlavním cílem je odstranit nejednotnost primárně preventivních programů a přispět k jejich efektivnosti. Dalším cílem je zvýšit ochranu dětí před všemi formami interpersonálního násilí, ke které se jednotlivé státy zavázaly ratifikací Úmluvy o právech dítěte. Strategie se věnuje 7 hlavním pilířům, k jejichž naplnění budou konkretizovány cíle v národním plánu aktivit. (Národní strategie prevence násilí na dětech v ČR na období 2008 – 2018, [online] [cit. 2013-01-29]).

Ty jsou následující:

- „ - *podporovat rozvoj rodičovských kompetencí,*
- *vytvářet ve školách a na pracovištích klima rovnocenného partnerství a respektu plné sociální komunikace,*
- *zajistit dostupnou nabídku zájmových, sportovních aktivit jako předpoklad zvyšování odolnosti dětí,*
- *naplňovat speciální práva dětí umístěných do zařízení ústavní výchovy,*
- *usilovat o utváření bezpečných komunit,*
- *zprostředkovat porozumění právu dětí na ochranu před násilím v celé společnosti s cílem změny jejich postojů,*
- *koordinace – hlavní princip multioborového přístupu.“* (Národní strategie prevence násilí na dětech v ČR na období 2008 – 2018, s. 9 [online] [cit. 2013-01-29]).

V rámci primární prevence by měla být veřejnost a děti informováni o místech, kam se v případě nutnosti mohou obrátit o pomoc. Odborní pracovníci jim poradí, případně je nasměrují na další specializovaná pracoviště. Jedná se o krizová centra, linky bezpečí, specializované poradny, schránky důvěry na školách, ale také na Policii ČR, a další (Mufsonová, Kranzová, 1996).

Důležitou složkou primární prevence je rovněž zaměření pozornosti na samotné rodiče a nejbližší vychovatele, kteří tvoří nejvlastnější prostředí dítěte. Cílem je vybudovat v systému jejich hodnot podmínky pro tzv. přijetí dítěte. A to přijetí bezvýhradné, přijetí dítě takové, jaké je.

Prostředkem primární prevence jsou také obecná opatření ve prospěch rodin s dětmi. Jedná se o finanční pomoc, specializované programy, nabídky rekreačních služeb apod.

Stoupá i význam dětí a mladých lidí samotných. Především v oblasti prevence nechtěného těhotenství, posilování odpovědnosti k sobě i druhým, plánování rodičovství, povznesení role otce v rodině apod. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Programy cílené na systém rodin jsou nejúčinnější, pokud začnou ještě před narozením nebo těsně po narození dítěte. Zahrnují výchovné projekty, které se zaměřují na nácvik rodičovských dovedností a přechod k rodičovství samotnému. Nezbytnou součástí by měla být i sociální pomoc, zejména v situacích, kdy matka nemá nikoho, kdo by jí v péči o dítě pomáhal. (Pöthe, 1999).

Velký význam v této oblasti má škola s nabídkou odborných programů, které jsou zaměřeny na sexuální výchovu a výchovu k rodičovství. Je třeba, aby v celém školském systému byla vytvářena příznivá atmosféra dítěti i rodině.

Klíčovou a nepostradatelnou roli v této oblasti hrají učitelé a vychovatelé dítěte. Pedagog je s dítětem v každodenním kontaktu, mnohdy s ním stráví více času než vlastní rodiče. Má tak možnost všimnout si případných změn na těle dítěte i v jeho chování a náladách. Často je jediným komu se dítě se svými problémy může svěřit. Identifikace případného týrání dítěte závisí na schopnostech pedagoga zařadit příznaky do kontextu rodinné situace. Rozpoznávání těchto projevů a nácvik komunikace s dítětem je součástí vzdělávacích projektů, kterých by se pedagogové měli účastnit. (Pöthe, 1999).

Poslední cílovou skupinou jsou v tomto případě lidé nejrůznějších vědních oborů, kteří se zabývají otázkami CAN. Jedná se o vzájemné zprostředkování poznatků z výzkumů, odborných studií, průzkumů obyvatelstva apod. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Sekundární prevence

Za sekundární prevenci se pokládá vyhledávání rizikových skupin obyvatelstva a rizikových životních situací. Dále pak cílené působení na tyto skupiny a situace, za účelem snižování rizik na minimum. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Jedná se např. o programy zaměřené na rizikové skupiny rodin, jejich pozitivní motivaci, nácvik rodičovských dovedností, zkvalitňování jejich životních podmínek apod. (Pöthe, 1999).

Efektivnosti je možno dosáhnout pravidelným monitoringem na základě screeningu, tzn. anamnestické zjišťování rizik, vyšetření dítěte v rámci preventivních prohlídek apod. (Národní strategie prevence násilí na dětech v ČR na období 2008 – 2018, [online] [cit. 2013-01-29]).

Rizikové situace, pachatelé a oběti jsou podrobně popsány v samostatné kapitole.

Terciální prevence

Terciální prevencí se podle Weisse (2000) rozumí takové chování rodičů, pedagogů, lékařů, kteří reagují na situaci, ve které došlo k týrání dítěte. Cílem prevence je zamezení rozvoje dalšího násilí vůči dítěti. K tomu by měl být vytvořen určitý systém opatření. Vychází se zde z interdisciplinární spolupráce. Ta zahrnuje celou rodinu, je-li to z hlediska zájmu dítěte vhodné, dále pak školu a další odborníky.

Terciální prevenci člení Weiss (2000) na etapu diagnostickou a etapu pomocnou, ochrannou a terapeutickou.

V diagnostické etapě odborné pracoviště diagnostikuje míru poškození oběti. Míra poškození je hodnocena v oblasti medicínské, psychologické i právní. Jedná se o lékařské a psychologické vyšetření, následně je stanovena prognóza, v jejímž návrhu je i terciální prevence dítěte.

Etapa pomocná, ochranná a terapeutická obsahuje rozhodnutí odborného pracoviště o tom, zda dítě v rodině zůstane či nezůstane. Dítě v rodině zůstává, pokud rodina zaručí jeho bezpečnost, je omezen vliv pachatele a dítě má vhodné podmínky pro terapii. Dítě v rodině nezůstane v případě, že je nebezpečí dalšího poškozování dítěte a v rodině nejsou dostatečné podmínky pro terapii.

Podle Dunovského je problémem této etapy nízká kvalifikovanost psychologů, lékařů i samotných pedagogů a to nejen v diagnostice, ale také v samotném terapeutickém působení na dítě. (In: Weiss, 2000)

Hlavním záměrem terapeutické péče je rekonstrukce a optimalizace osobnosti týraného a zneužívaného dítěte. (Weiss, 2000).

Kvartální prevence

Jde o formu prevence, kdy bylo dítě v rámci léčby či ochrany umístěno jinam, a teď se vrací zpět do své rodiny. Kvartální prevence se objevuje zejména v anglosaské literatuře, kde je význam rodiny zvláště zdůrazněn. Je jisté, že by se tento typ prevence uplatnil i v našich podmínkách, avšak za spolupráce státních i nestátních organizací. (Hanušová, 2006).

8 NÁSLEDKY SYNDROMU CAN

Týrání a zanedbávání zanechává na dětské psychice negativní následky. Dochází ke změnám osobnosti dítěte, jeho socializaci, citovému vnímání.

Nejzávažnějším následkem je posttraumatická stresová porucha, psychická deprivace a transgenerační přenos.

Vaníčková dělí následky syndromu CAN na krátkodobé a dlouhodobé.

Krátkodobé následky mají různou intenzitu prožívání. Jde o pocity strachu, křivdy, viny, hanby a bezmocnosti. Dále se objevuje vztek, agrese, smutek či plačtivost.

Dlouhodobé následky závažně ovlivňují život týraného jedince. Dochází k poruchám sebepojetí a sebehodnocení, k pocitům méněcennosti. Týrané dítě získává zkušenosti, které mají deformující vliv na jeho vývoj. V některých případech se objevují poruchy příjmu potravy, suicidální chování nebo sociální patologie. (In: Vaníčková, Hadj-Mousová, Provazníková, 1995).

Posttraumatická stresová porucha

„Posttraumatická stresová porucha se rozvíjí po emočně těžké, stresující události, která přesahuje obvyklou lidskou zkušenost a bývá traumatická pro většinu lidí.“ (Malá In: Násilí na dětech, 2003).

Poprvé se začalo o této poruše mluvit v době první světové války, kdy se vojáci budili v děsech, opíjeli se a páchali sebevraždy. A to v důsledku válečných hrůz, které prožili. Podobné projevy provázely i další traumata.

Posttraumatickou stresovou poruchou trpí miliony lidí. V různých podobách postihuje jedince, kteří prožili válečné události, mučení, únosy, přepadení, znásilnění, zneužívání v dětství apod.

Průběh této poruchy je různý. U někoho příznaky odeznívají rychleji, u jiných přetrvávají řadu let, v některých případech i celý život.

Posttraumatická stresová porucha se neobjevuje pouze u dospělých, ale postihuje také děti. Traumatické události, jako jsou tělesné či sexuální zneužívání, ztráta rodičů, ničivé katastrofy, mají hluboký vliv na život dítěte.

Základem léčby je psychoterapie a farmakoterapie. Psychoterapie pomáhá hlouběji proniknout do pocitů člověka. Nalézá události v životě, které s touto chorobou souvisí. Učí jedince nejen jak s objevujícími se příznaky a problémy zacházet, ale také jak předcházet novým problémům. Úkolem psychoterapie je pomoci jedinci naučit se své příznaky kontrolovat, aby ho v životě neomezovaly. Opakovanou konfrontací s traumatickou událostí se jedinec učí přijmout trauma jako součást minulosti a tím pracuje na tom, aby ho toto trauma neomezovalo v přítomnosti.

Dalším úkolem je zmírnění pocitu viny a studu. Tyto pocity postihují většinu lidí postižených touto poruchou. Posledním a hlavním úkolem je překonávání současných životních problémů. (Praško a kol., 2003).

Farmakoterapie je další složkou léčebného procesu. Psychofarmaka pomáhají jedincům zvládat zpracovávání traumatických událostí jak v terapii, tak v životě. Nejčastěji jsou indikována antidepresiva, která mají pozitivní terapeutický účinek na vzrušivost, znovuprožívání a znovuvybavování si částí traumatické události. (Malá In: Násilí na dětech, 2003).

Psychická deprivace

Psychická deprivace je definována jako „*psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost k ukojení některé jeho základní (vitální) psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu.*“ (Lengmeier, Matějček, 1963, s. 17).

Matějček (1992) na základě interakce dítěte s okolním světem vyčleňuje pět základních potřeb dítěte:

Potřebu stimulace můžeme označit za nejdůležitější. Je nutné dítě zásobovat podněty v odpovídajícím množství, kvalitě a proměnlivosti. Tato stimulace vede k potřebné aktivitě organismu a rozvíjí centrální nervovou soustavu.

Potřebu smysluplného světa rodiče dítěte naplňují prostřednictvím denních rituálů. Svět se pro dítě stává smysluplným, má tak pocit sounáležitosti s ním.

Potřeba životní jistoty se nejvíce naplňuje v citových a sociálních vztazích. Uspokojení této potřeby je podmínkou pro vnitřní jednotu osobnosti a překonávání životních úzkostí.

Potřeba pozitivní identity (vědomí vlastního Já) a vlastní společenské hodnoty je podmínkou pro rozvoj zdravého sebevědomí dítěte a pro osvojení společenských rolí a hodnotových systémů. Formování vlastní identity je především spjato se vztahem k primární pečující osobě (matce).

Potřeba otevřené budoucnosti (životní perspektivy) nám umožňuje žít v čase, na něco se těšit, k něčemu směřovat.

Vznik a rozvoj deprivace ovlivňují následující faktory:

Extrémní formy sociální izolace jsou spíše ojedinělé. Jedná se o případy, kdy jsou děti vychovávány zvířaty nebo jsou jinak izolovány od lidské společnosti. Tato izolace může vést až k celkové retardaci jedince.

Ústavní výchova a odtržení dítěte od matky je základním deprivačním činitelem. Neprojdou-li děti normálním vývojem, je pravděpodobné, že nezískají správné rodičovské postoje. Může dojít k narušení jejich budoucích manželství a rodičovství a zanechat tak trvalé následky v jejich životě.

Separacioní prožitky mohou vést k narušení duševního zdraví dítěte a to zejména v prvních 3 – 5 letech života. Děje se to v případech, kdy bylo dítě od matky dlouhodobě odloučeno, např. při hospitalizaci v nemocnici.

Rodina je dalším místem, kde může dojít k deprivaci dítěte. Neplní-li rodina základní funkce, které jsou spojené se socializačně-výchovnou a emocionální složkou, dítě je tak vystaveno negativním vývojovým podmínkám. V nejzávažnějších případech dochází k odebrání dítěte z rodiny.

Faktory, které působí na straně dítěte, mohou být primárně v dítěti samém. Jedná se o motorický, smyslový či mentální defekt. Dalším faktorem je věk, ve kterém je dítě negativním jevům vystaveno. Významnou roli hraje rovněž konstituční stránka dítěte. (Matějček, 1992).

Transgenerační přenos

Ve vývoji dítěte se mohou následky prožitého traumatu projevovat různými způsoby. Rozhodující je věk dítěte, jeho aktuální stav a předchozí zkušenosti. Rovněž záleží na obranných a adaptačních způsobech, která k vyrovnání se s traumatem používá.

Prožitá traumata jsou spojeny s pocity bezmoci, zoufalství, studu, úzkosti, ztráty opory a ochrany. Toto trauma časem nemizí, ale spíše se transformuje do určitého specifického projevu jedince. To znamená, že jedinec ve svém současném životě může toto staré trauma opakovat. Jedná se tedy o transgenerační přenos týrání či zneužívání, který se projevuje v dospělosti ve vlastní roli rodiče. (Gjuričová, Kocourková, Koutek, 2000).

Koukolík, Drtilová se transgeneračním přenosem zneužívání dětí podrobně zabývali v rozborech odborných prací. Zjistili, že pouze třetina dětí selhává v roli rodiče, druhá třetina jedná neadekvátně pouze ve stresu a poslední třetinu zastupují tzv. odolné děti, které zvládají úlohu rodiče, aniž by opakovali problémové vzorce z původní rodiny. Dále uvádí, že se transgenerační přenos nemusí objevovat lineárně a jeho následky se mohou projevit i ve třetí či čtvrté generaci. (In: Tóthová, 2011).

Jak uvádí Dydňanská na přerušení cyklu přenosu se může podílet několik faktorů. Významným prvkem je pozitivní vztah k důležité osobě v dětství a odborná pomoc. Přínosné je uzdravení traumatického zážitku a dokázat obrátit zodpovědnost a hněv za trauma proti agresorovi. (In: Tóthová, 2011).

Tento jev se nemusí týkat pouze případů, kdy rodiče týrají své dítě a to následně týrá své vlastní děti. Existují i případy rodičů, kteří byli jako děti týráni a v dospělosti se stávají oběťmi týrání vlastních dětí. (Gjuričová, Kocourková, Koutek, 2000).

9 RIZIKOVÉ ZNAKY SYNDROMU CAN

V rámci podrobné diagnostiky syndromu CAN můžeme zaznamenat řadu společných znaků, které spojují rizikové oběti, pachatele a situace, ve kterých dochází k týrání či zneužívání dítěte.

Pod pojmem rizika se myslí potenciální nebezpečí, které ohrožuje život, zdraví, tělesný a duševní život dítěte. Vybrané typy rizika mohou být vodítkem ke konkrétním preventivním opatřením a porozumění pojetí syndromu CAN. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Rizikových znaků, které jsou s touto problematikou spojeny, je celá řada. Zde jsou uvedeny ty nejčastější, s nimiž se odborní pracovníci a veřejnost setkávají nejčastěji.

Rizikové oběti

Rizikové děti, které jsou ohroženy především fyzickým a psychickým týráním, můžeme v zásadě rozdělit to několika skupin.

1. Děti, které svými projevy aktivně své rodiče (vychovatele) zatěžují, dráždí, a to buď fyzicky, psychicky, nebo v obou složkách.
2. Děti, jejichž projevy jsou rodičům (vychovatelům) málo srozumitelné.
3. Děti, které nesplňují očekávání svých rodičů (vychovatelů).

V prvním případě se jedná o malé děti, které celé noci nespí, pláčou, vztekají se a nejsou k utišení. Existují i celá vývojová období, kdy jsou děti dráždivé a zlostné. Typické je tzv. období vzdoru vrcholící ve třetím roce života dítěte, a pak znovu v období puberty. Problematické jsou i děti, které jsou neaktivní a neagresivní, nicméně jsou labilní, úzkostné, takže často pláčou a vyžadují neustálou pomoc.

Dalším typem jsou děti neklidné, impulzivní a hyperaktivní. Často se u těchto dětí vyskytuje lehká mozková dysfunkce. Pro rodiče je provokující dětské lhaní, svádění vlastní viny na druhé, domácí krádeže, záškoláctví a útěky.

Druhá skupina je zastoupena dětmi, které se ocitají ve zvláštní situaci, která znesnadňuje rodičům (vychovatelům) snahu jim v různé míře porozumět. Jedná se o děti autistické, které se sociálním okolím nekomunikují vůbec, nebo zcela nezvyklým způsobem. Dále se jedná o děti s dalšími poruchami komunikace, specifickými poruchami učení a děti trpící tiky.

Jiná příčina nepochopení dítěte je způsobena vzájemným vztahem, kde si jsou obě strany cizí. Klasickým příkladem je dítě v náhradní rodinné péči. Příčina nezdarů může vycházet z reakce náhradních rodičů vůči něčemu, co dítě udělá. Je tu nebezpečí, že určité projevy dítěte budou chápány jako nepatřičné, jež není nutné za každou cenu napravit a odstranit.

Poslední skupinou jsou děti, které nesplňují očekávání rodičů (vychovatelů). Prototypem jsou děti mentálně retardované, a to spíše s lehčími stupni retardace. Neboť rodiny s dítětem, které je těžce mentálně postižené, jsou si vědomi nároků a zátěží spojené s péčí o dítě. V případě lehčího postižení je nátlak rodičů větší. Rodiče se nepřiměřeně snaží o nápravu, ale to přináší jen další zklamání, které se může projevit právě v agresi vůči dítěti. Obdobně to platí u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí, se smyslovými vadami, s tělesnými defekty a s nápadnostmi ve vnějším tělesném zjevu. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Pokud se zaměříme na děti, které se stávají oběťmi sexuálního zneužívání, riziko představuje jejich věk, vzhled a osobnostní charakteristiky.

Věk dítěte je významným faktorem z hlediska sexuálního zneužívání. Děti v kojeneckém a batolecím období jsou rizikové všechny, v předškolním období rovněž. S rostoucím věkem dítěte, jeho osobnostním zráním, lze hovořit o snižujícím se riziku. Důležitý je tedy zvýšený dozor nad dítětem, kde se pohybuje, s kým se stýká apod.

Ve vzhledu jsou rizikové holčičky tzv. mazlivé, koketní, se „svádivě“ ženským chováním a holčičky s výraznými ženskými tvary.

Z hlediska osobnostních charakteristik jsou ohroženy mentálně retardované děti, neúspěšné děti ve škole, stresované a nemocné děti. (Weiss, 2000).

Riziková dospělí

Mezi rizikové skupiny dospělých (pachatelů) řadíme nejen primární vychovatele dítěte, ale také další osoby, které vstupují do kontaktu s dítětem v rodině i mimo ni. Jde o okruh příbuzných, rodinných známých, ale rovněž učitelů, vedoucích kroužků apod. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Slaný (2008) mezi rizikové dospělé řadí jedince s nezralou osobností, frustrované dospělé (neúspěšné v životě, profesi apod.), dospělé s nízkou úrovní identity. Jedince, kteří jsou závislí na návykových látkách, nemocné, mentálně retardované, vyznávající odlišné životní styly (rituální, náboženské) a ty, kteří byli jako děti vychovávaní stejně.

Další skupinou jsou mladiství rodiče, povahově nevypělí a svobodné matky. U těchto jedinců se jedná o nedostatek zkušeností, pocit opuštěnosti a nízkou podporu okolí. Negativní roli hraje nedostatek financí a materiální zázemí.

Člověk s nezralou osobností se často staví do pozice nezávislého suverénního jedince a na druhé straně vyžaduje od okolí pozornost a péči. Z tohoto důvodu už v sobě a vedle sebe nemá místo pro dítě. Nezralý jedinec budoucí rodičovství často s nadšením vítá, ale není si vědom všech úskalí a omezení, které tento stav přináší. Rodičovství dvou nezralých osob představuje obzvláště zranitelné a křehké společenství, které vyžaduje péči a pozornost.

Významným rizikem na straně rodičů jsou vysoké nároky na dítě. Obraz dítěte si často vytvoří již před jeho narozením. Do něj si rodiče promítají svá přání, očekávání, které oni sami nedokázali ve svém životě naplnit. S takovýmto jednáním se setkáváme v rodinách vysoce postavených, s vysokým životním stylem, kde má dítě „naordinováno“ řadu kroužků, ještě než začne chodit do školy. Tyto rodiny se na venek prezentují jako harmonické a nikoho by nenapadlo, že by zde mohlo docházet k týrání či zanedbávání dítěte. Násilné nucení dítěte do předepsaných aktivit ovlivňuje jeho sebevědomí a pocity méněcennosti ho mohou provázet celý život. (Pöthe, 1999).

V případě sexuálního zneužívání jsou riziková muži, kteří trpí sexuálními úchytkami. Muži staršího věku, u kterých ochabuje korová kontrola chování, případy demence či jiných onemocnění, které omezují kontrolu pudového jednání. Dále muži sexuálně hyperaktivní, v neposlední řadě rovněž toxikomani a alkoholici. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Rizikové situace

Charakteristickým znakem rizikových situací je, že ohrožení, které dítěti přináší, není pouze fyzické, psychické či sexuální, ale přináší řadu kombinací, s větším či menším důrazem. Dítě se narodí do určité rodiny, kterou si samo nemohlo zvolit a nemůže ovlivňovat psychopatologii svých rodičů. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

„Rizikovou situací je pro dítě soužití s rodiči (event. jinými primárními vychovateli) postiženými duševní nemocí nebo jinou vážnější zdravotní poruchou. Dítě přebírá od svých patologicky se chovajících rodičů, nesprávné životní hodnoty, postoje vůči sobě samému i vůči ostatním lidem, zkreslené pohledy na svět a takové vzorce chování, které je mohou připravit v dalším životě vlastnímu selhávání v zátěžových životních situacích.“ (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 141).

Gelles popsal jedenáct faktorů, které jsou ukázkou, kdy je rodina náchylná k násilí více než k řádné rodinné výchově. Jedná se o čas jako rizikový faktor, pestrost činností a zájmů, intenzitu prožívání, střetové situace, právo ovlivňovat, rozdíly ve věku a pohlaví, přisuzované role, soukromí, nedobrovolné členství, stres a důkladnou znalost minulosti.

Čas, který rodina tráví společně je delší než ten, který tráví s jinými lidmi. Čím více času rodina tráví spolu, tím je větší riziko, že dojde ke konfliktům a násilí. Nízký příjem rodiny, špatné životní prostředí, nezaměstnanost, izolace, to všechno jsou předpoklady pro vznik násilí v rodině.

Pestrost činností a zájmů je v rodině rovněž daleko vyšší, takže riziko konfliktu je mnohem pravděpodobnější. V rodinách, kde dochází k týrání a zneužívání, je typické nenávistné chování mezi jednotlivými členy. Rodiče mají tendenci vnímat projevy spojené s normálním vývojem dítěte jako vzpurné a nepřátelské chování.

Intenzita prožívání a rodinných interakcí je vysoká. Jedovatá poznámka, která je pronesena členem rodiny má často větší dopad než poznámka, kterou pronesl někdo jiný. V rodinách, kde dochází k násilí, se vyskytuje vyšší stupeň kritičnosti, vyhrožování, což je důkazem extrémní intenzity prožívání.

Střetové situace jsou zákonitě konfliktní. Při řešení konfliktů v problémových rodinách dochází k vynucování a vnímané prohřešky jsou trestány.

Právo ovlivňovat hodnoty rodiny má její nejsilnější člen. Ten očekává, že členové rodiny budou plnit společenské závazky. Rodiče jsou buď vysoce autoritářští, necitliví vůči potřebám dítěte, nebo si dětí naopak nevšímají a nekladou na ně žádné nároky.

Rozdíly ve věku a pohlaví se projevují v zakořeněných názorech na společenské postavení a uplatňování autority. Velké nebezpečí konfliktu vzniká právě mezi jednotlivými generacemi, rodinami a pohlavími.

Přisuzované role se odráží v přístupu k pohlavím. K tomu, jak si společnost vykládá role otce a matky. Je předpokladem, že žena, která dítě porodí, je jeho matka a muž, který pomáhal dítě stvořit, je jeho otcem. Pokud se muž ožení se ženou, která má dítě, nebo naopak, jsou zúčastněnými stranami nevlastní otec, nevlastní matka, nevlastní děti. Tyto skutečnosti mohou být zdrojem konfliktů v případě, kdy nově přijatá role není podložena pevnou vazbou a zkušeností.

Soukromí je podstatným prvkem instituce rodiny. Avšak s narůstající intenzitou soukromí klesá společenská kontrola. Rodina je schována před očima, ušima a pravidly společnosti. Týrání a zneužívání se tak často stává „soukromou věcí“ rodiny.

Nedobrovolné členství. Zatímco existují bývalí manželé, nejsou žádné bývalé děti. Zde můžeme spatřovat neustálý rozpor. Na jedné straně je tu autorita státu a ochrana dětí, na druhé straně stojí ty děti, které jsou nedobrovolnými členy organizace, tedy rodiny.

Stres a jeho násilné řešení je typickou reakcí v rodině. Rodina prochází řadou životních cyklů, událostí a změn, které mají na její fungování nevyhnutelný dopad. Existují i stresující modely vztahů, které se mezigeneračně přenášejí a které ovlivňují volbu partnera a přístup k dítěti.

Důkladná znalost minulosti bývá známa všem členům rodiny. Konkrétně jde o silné stránky a zranitelná místa, oblíbené a neoblíbené věci, lásky a obavy. Tyto informace napomáhají k utváření pozitivních vztahů uvnitř rodiny, avšak mohou být zneužity pro případný útok. V rodinách se sklonem k násilí dostávají základní role (muž, žena, dítě) zcela negativní formu. Představa, že si někdo zaslouží trest či sexuální zneužití je základním problémem, zdůvodňujícím násilí a zneužívání. (In: Bentovim, 1998).

Dunovský, Dytrych, Matějček a kol. (1995) za rizikové situace považují rodičovství mladistvých, narození postiženého dítěte, nechtěné dítě, dítě narozené mimo manželství, dítě v rozvodové situaci rodičů, dítě mající nevlastního rodiče a rodiny v mimořádných situacích.

Do rizikových situací dále patří ty situace, které rodinu dostávají do vysokého stresu. Příkladem může být dlouhodobé onemocnění některého jejího člena, úmrtí a úraz. Ekonomická stránka rodiny, jedná se o ztrátu zaměstnání, nedostatek financí, problematická bytová situace, dlouhodobý nesoulad ve vztahu mezi rodiči atd. (Hadj-Moussová a kol., 2005).

Elliotová (1995) uvádí mezi rizikovými situacemi i veřejná místa a veřejné služby, kde může dojít k potencionálnímu násilí vůči dítěti. Veřejně přístupnými místy se myslí hromadná doprava, kde může být dítě kontaktováno a sledováno agresorem. Dále pak výtahy, schodiště a veřejné toalety.

Veřejné služby jsou zastoupeny telefonováním, kdy se agresor ujišťuje, že je dítě samo doma. Další skupinu představují osoby, kterým rodiče svěřují své děti do péče, jedná se o najaté pečovatele, kteří děti „hlídají“.

10 ZJIŠŤOVÁNÍ, DIAGNOSTIKA A LÉČBA SYNDROMU CAN

10.1 Zjišťování syndromu CAN

Zjišťování nebo odhalování syndromu CAN se uskutečňuje hlášením či cíleným vyhledáváním jednotlivých případů. Do této problematiky jsou zapojeny orgány péče o rodinu a děti, krizová centra, školská a zdravotnická zařízení, linky bezpečí, poradny, policie apod.

Oznámení by měli učinit ti, kteří se stali svědky špatného zacházení s dítětem nebo se o něm nějakým způsobem dozvěděli. Děje se tak i v běžné činnosti pracovníků, kteří vstupují do přímé práce s dítětem. Jedná se o lékaře, pedagogy, pracovníky volnočasových zařízení apod.

Při anonymním ohlášení je opatrnost při vyšetřování dvojnásobná. Zvláště pokud jde o velmi vážné případy a takové případy, které se dotýkají více lidí. Šetření probíhají vždy diskrétně a z počátku se musí opírat o všechny nepřímé metody sociální práce. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

O ubližování dítěti se můžeme dozvědět od samotného dítěte, je důležité všimnout si známek na těle i na psychice, které se promítají do jeho chování a jednání. K tomu, aby se nám dítě otevřelo, musí nabyt důvěry v naši osobu. Ve chvíli, kdy se nám dítě svěří, potřebuje mít pocit, že je v bezpečí, že jsme tu jen pro ně. Pokud máme v této situaci pochybnosti jak postupovat je možnost obrátit se na odborníky, kteří jsou vyškoleni v práci s dětmi a mládeží. (Pöthe, 1999).

Významné jsou informace od tzv. třetích osob, jde o spolužáky, kamarády, sousedy, příbuzné a jiné osoby, kterým se dítě svěřílo. Pokud na tuto skutečnost upozornil sourozenec dítěte, musíme mít na paměti, že takto ohrožen může být i on. (Pöthe, 1999).

Proces rozhodování se, zda případ ohlásit je velmi složitý a závisí na mnoha činitelích. Jedná se především o nedostatek důvěry v orgány činné v trestním řízení a v orgány sociální péče. Tento stav je patrný u odborné i laické veřejnosti. Například lékaři se v takových situacích stávají velmi nejistými ve své diagnóze. Mohou být zklamáni z výsledků předchozích hlášení, bojí se odplaty ze strany možného agresora,

poškození podezřelé rodiny. Svůj podíl hraje rovněž nedostatek znalostí a zkušeností s touto problematikou a nechť přidělovat si další práci.

Laická veřejnost je ovlivněna především neznalostí této problematiky a neochotou se jí zabývat. Dále je zde lhostejnost řady lidí k osudu trpících dětí, nechť vměšovat se do cizích problémů. Samozřejmě je tu i skutečnost, že laik neví, zda se opravdu jedná o týrání a neví, kam se s těmito zjištěními obrátit.

Ale stále jsou tu ti, kterým není osud dětí lhostejný. Mají zájem na jejich prospěchu a blahu. Respektují jejich práva a potřeby. Prokazují osobní odvahu a pevnou vůli pomoci tam, kde je to zapotřebí. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Kam se tedy obrátit pro získání informací či podezření na týrání dětí. Jedná se o systém linek důvěry, které poskytují rovněž konzultační činnost a mají přehled o psychosociálních službách. Dětská krizová centra, pedagogicko psychologické poradny, pracoviště klinických psychologů mohou ve spolupráci s dalšími odborníky, jako jsou sociální pracovníci, lékaři, policie a justice, poskytnout speciální systémovou pomoc. (Hanušová, 2001).

10.2 Diagnostika syndromu CAN

Po ohlášení případu syndromu CAN nastupuje fáze diagnostiky. Jedná se o komplexní činnost interdisciplinárního charakteru, která zjišťuje a posuzuje okolnosti daného případu. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Důležitá je podrobná sociální, rodinná i osobní anamnéza, gynekologické vyšetření a psychologické vyšetření. Psychologické vyšetření je zaměřeno na osobnostní a intelektovou stránku dítěte, schopnost pamatovat si prožité události. (Hanušová, 2001)

V závažných případech je vhodné přijmout dítě k diagnostickému pobytu. Zajistí se tak neutrální prostředí pro dítě. Je možno pozorovat chování dítěte a zapojit do komplexního vyšetření další odborníky. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Aby se nám dítě s týráním či zneužíváním svěřilo, je nezbytné vytvořit vzájemný důvěrný vztah. Jedná se o vztah, kdy se dítě může bez obav svěřit se vším, co ho trápí, co prožil. Takovéto pozitivní jednání a přístup k dítěti má přirozeně i terapeutický rozměr, přispívá k částečnému zahojení duševních ran.

Při popisování traumatické události je nebezpečné dítě nutit do líčení detailů, pokud to samo nesděljuje. Opakované výpovědi jsou rovněž traumatizující, je tedy nutné zajistit, aby dítě svou výpověď nemuselo neustále opakovat. (Pöthe, 1999).

Při rozhovoru s dítětem volíme výrazy, které dítě používá. Jsou zde patrné velké rozdíly v komunikačních dovednostech mezi dětmi, a to zejména s ohledem na jejich věk. Z tohoto důvodu byly vytvořeny loutky pro děti. Dnes známé jako Jája a Pája. Princip těchto loutek vychází z toho, že hra je vlastní všem dětem. Tyto panenky se od běžných panenek liší tím, že mají genitálie a otvory, které jsou na lidském těle. Pro dítě je jednodušší něco ukázat, než o tom vyprávět. A to, že dítě ukazuje, o čem mluví, umožňuje proniknout do jeho slovní zásoby. Profesionálně se tyto panenky označují jako anatomické panenky. (Hanušová, 2001)

Po komplexní diagnostice dochází k potvrzení, nebo vyloučení diagnózy případu. Pokud je to již v této fázi možné. Pokud ne, případ je považován za pravděpodobný. Nicméně se i v tomto případě postupuje obdobně. Případ je hlášen orgánům, které se zabývají péčí o rodinu a dítě, a ty rozhodují ve věci dále podle situace. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

10.3 Léčba syndromu CAN

Léčba vychází z komplexního rozboru dané situace. Ve většině případů je nejúčinnější kombinace cílené sociální pomoci a psychoterapie pro dítě samotné i pro jeho rodiče. (Dunovský, 1999).

Léčba dětí, které se staly obětí syndromu CAN, je vyústěním předchozího procesu odhalování a diagnostiky. Má zmenšit či omezit důsledky špatného zacházení s dítětem. Má obnovit žádoucí tělesnou, psychickou a sociální pohodu dítěte. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Prvním krokem léčby je zjištění rozsahu násilného chování, zajištění oběti a prolomení tabu mlčení. Zajištění ochrany oběti se děje prostřednictvím úředního rozhodnutí, které má zabránit dalšímu pobytu v blízkosti agresora.

Při léčbě je nutné pracovat s každým jedincem, který je součástí traumatického systému. Jedná se o práci s obětí a o práci s agresorem.

Při práci s obětí se zaměřujeme na proces kognitivního a emocionálního zpracování. Kognitivní zpracování popisuje proces, kdy je možno přehodnotit vysvětlení traumatické události a jeho působení na způsoby prožívání a vnímání. Je možno vytvořit takovou „skutečnost“, která pro jedince nepředstavuje zvýšené riziko. Rozsah léčby je závislý na závažnosti traumatizujícího chování a traumatizujících účinků. Emocionální zpracování se týká procesů, které byly spuštěny traumatickou událostí. Jde o opakované prožívání, vytěsňování a složku vzrušení, jež je spojena s pocity strachu a úzkosti. Musíme tedy dekonstruovat traumatizující chování a začít konstruovat odpovídající chování ochranné.

Při práci s agresorem dochází k detailní analýze týrání a zneužívání. Toto je prováděno v kontextu podpory, která je opakem kritizujícího přístupu. Agresor se tak vyrovnává se způsobem, jímž týrání ovlivňuje jeho život a život blízkých. Vyskytují se samozřejmě rozdíly v tom, jedná-li se o fyzické, psychické či sexuální násilí, je-li do násilných interakcí zahrnuto více osob apod. Je nutno si uvědomit nutnost emocionálního a kognitivního zpracování viktimizujícího chování. (Bentovim, 1998).

Velký význam při léčbě oběti má samotný terapeut. Terapeut se musí zajímat nejen o dítě samotné, ale také o všechny důležité prvky, které tento nepříznivý stav zapříčinily. Do terapeutického plánu musí pojmout celou rodinnou anamnézu, výsledky šetření, osobnost oběti apod. Důležitá je rovněž osobnost terapeuta. Terapeut by měl být dítěti nápomocen v projevení pocitů úzkosti, strachu a vzteku z prožité traumatické události. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995).

Léčba syndromu CAN je dlouhodobým procesem, který nemusí být vždy zcela úspěšný. *„Důležitá je otevřená spolupráce a jasná komunikace mezi všemi účastníky systému pomoci, kontroly a rodiny samotné. Získání důvěry od členů rodiny, kteří ji těžko hledají ve vzájemných vztazích i vůči společnosti, vyžaduje trpělivost, pomoc je pak spíše pomalou cestou, kde každý krok má svůj význam.“* (Gjuričová, Kocourková, Koutek, 2000, s. 100).

11 SYNDROM CAN A LEGISLATIVA ČESKÉ REPUBLIKY

Problematika syndromu CAN a ochrany dítěte je zakotvena v legislativě České republiky. Mezi významné dokumenty patří Listina základních práv a svobod, Úmluva o právech dítěte, Zákon o rodině, Zákon o sociálně právní ochraně dítěte a Trestní zákoník.

Listina základních práv a svobod

Usnesení předsednictva České národní rady ze dne 16. prosince 1992 o vyhlášení Listiny základních práv a svobod (č. 2/1993 Sb.) je součástí ústavního pořádku České republiky. V šesti hlavách upravuje základní lidská práva a svobody. Hovoří o svobodě, rovnosti lidí a právech, která jsou nezczizitelná, nepromlčitelná a nezrušitelná. Tato základní práva a svobody jsou zaručena všem bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, náboženství, politického nebo jiného smýšlení, příslušnosti k národní či etnické menšině, rodu nebo jinému postavení.

S naší problematikou souvisí např. pátý článek, kde se hovoří o právu na život. Lidský život by měl být chráněn již před narozením. Nikdo nesmí být zbaven života, trest smrti se nepřipouští.

Sedmý článek, druhý odstavec uvádí, že nikdo nesmí být mučen ani podroben nelidskému, krutému či ponižujícímu zacházení nebo trestu. (Novotná, Fejt, 2009).

Článek třicet dva je věnován ochraně rodiny a dětí: *„Rodičovství a rodina jsou pod ochranou zákona. Zvláštní ochrana dětí a mladistvých je zaručena. Ženě v těhotenství je zaručena zvláštní péče, ochrana v pracovních vztazích a odpovídající pracovní podmínky. Děti narozené v manželství i mimo ně mají stejná práva. Péče o děti a jejich výchova je právem rodičů; děti mají právo na rodičovskou výchovu a péči. Práva rodičů mohou být omezena a nezletilé děti mohou být od rodičů odloučeny proti jejich vůli jen rozhodnutím soudu na základě zákona. Rodiče, kteří pečují o děti, mají právo na pomoc státu. Podrobnosti stanoví zákon.“* ([online]. [cit. 2013-01-29].).

Úmluva o právech dítěte

Úmluva o právech dítěte /dále jen Úmluva/ byla přijata 20. listopadu 1989 Valným shromážděním OSN. Česká a Slovenská federativní republika ji ratifikovala 6. února 1991. Ve Sbírce zákonů je uveřejněna jako FMZV č. 104/1991 Sb. Po rozdělení států se Úmluva stala součástí právního pořádku České republiky.

Úmluva obsahuje preambuli a tři hlavní část, které jsou rozděleny do jednotlivých článků.

Preambule Úmluvy o právech dítěte shrnuje základní ideu celé Úmluvy. Státy, které jsou smluvní stranou Úmluvy, mají mít na paměti následující *„dítě musí vyrůstat v rodinném prostředí, v atmosféře štěstí, lásky a porozumění a pro svou tělesnou a duševní nezralost potřebuje zvláštní záruky, péči a odpovídající právní ochranu před narozením i po něm.“* (Novotná, Fejt, 2009, s. 19).

První část Úmluvy definuje dítě jako každou lidskou bytost mladší 18 let, pokud nebylo zletilosti dosaženo dříve. Udává povinnost smluvních států zabezpečit práva stanovená touto úmluvou, zabránit jakékoliv diskriminaci podle rasy, pohlaví, jazyka, náboženství, sociálního původu, rodu a jiného postavení dítěte či jeho rodičů. Státy musí zabezpečit ochranu a blaho dítěte, přičemž musí brát ohled na práva jejich rodičů. Dítě má právo na život, po narození má právo na jméno, státní příslušnost. Dále uvádí práva dítěte v oblasti svobody projevu, myšlení, náboženství, soukromí, rodinu a domov.

Státy musí přijímat opatření k ochraně dětí před užíváním psychotropních a narkotických látek, zabezpečit, aby děti s těmito látkami nebyly nuceny obchodovat. Žádné dítě nesmí být podrobena mučení, krutému ponižujícímu zacházení apod. Státy mají usilovat o tvoření zákonů, institucí pro děti obviněné, obžalované z trestního práva. Povinností smluvních států je dále vytvářet pečovatelské služby, poradenství a vzdělávací programy.

Druhá část Úmluvy obsahuje články, které ukládají jednotlivým státům povinnost informovat širokou veřejnost s jejím obsahem. Pro zjišťování plnění úkolů, které z této Úmluvy vyplývají, se zřizuje Výbor pro práva dítěte. Výbor je složen z deseti odborníků, ti jsou voleni příslušnými státy a schází se pravidelně jednou ročně.

Dále Úmluva uvádí povinnost jednotlivých států podávat zprávy o opatřeních přijatých k definovaným právům.

Třetí část Úmluvy obsahuje údaje o postupech ratifikace, navrhování změn, nabytí platnosti, jejího uložení a případného vypovězení jednotlivými státy apod. (Novotná, Fejt, 2009).

Zákon o rodině

Zákon o rodině č. 94/1963 Sb. ze dne 4. prosince 1963 je rozdělen do čtyř hlavních částí. První část upravuje vznik, neplatnost, neexistenci manželství, vztah mezi manžely, zánik manželství smrtí, či prohlášením za mrtvého, rozvod. Druhá část upravuje rodičovskou zodpovědnost, výchovná opatření, určení rodičovství, podmínky a průběh osvojení, poručenství a opatrovnictví. Třetí část stanovuje vyživovací povinnost rodičů a dětí, mezi ostatními příbuznými, mezi manžely, rozvedenými manželi a společná ustanovení. Čtvrtá část obsahuje závěrečná ustanovení.

Především druhá část se tedy věnuje problematice vztahu mezi rodiči a dětmi. Tato část upravuje nejen práva a povinnosti rodičů, ale také práva a povinnosti dětí.

Rodičovská zodpovědnost tvoří souhrn práv a povinností při péči o nezletilé dítě, při jeho zastupování a správě jeho jmění. Pokud je podezření, že majetkové zájmy dítěte mohou být ohroženy, soud stanoví ke správě majetku opatrovníka. Opatrovníkem je fyzická osoba nebo orgán sociálně-právní ochrany dětí. Zákon ukládá rodičům povinnost chránit zájmy dítěte, vykonávat nad ním dohled odpovídající stupni jeho vývoje. Rodiče mají právo užít přiměřených prostředků k jejich výchově, ale pouze tak, aby nebyla ohrožena jejich důstojnost, zdraví, tělesný, citový, mravní a rozumový vývoj.

V odůvodněných případech může být tato rodičovská zodpovědnost omezena či pozastavena soudem. Pokud je to nezbytné a v zájmu dítěte, je toto dítě svěřeno do péče jiné fyzické osoby. Soud dále stanoví rozsah práv a povinností této osoby vůči dítěti. Soud může upravit i styk dítěte s prarodiči a sourozenci.

Dítě má právo na vlastní názor, obdržení potřebných informací, vyjádření se k rozhodnutím, které se týkají jeho osoby a být slyšeno v řízeních, ve kterých se o těchto záležitostech rozhoduje. Dítě je rovněž povinno podle svých možností rodičům pomáhat. Pokud má vlastní příjem, jeho povinností je přispívat na úhradu společných potřeb rodiny. Své rodiče má ctít a respektovat. ([online]. [cit. 2013-01-29].).

Zákon o sociálně-právní ochraně dětí

Zákon č. 401/2012 ze dne 7. listopadu 2012, kterým se mění zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. Zákon o sociálně-právní ochraně dětí je stěžejním předpisem, pokud hovoříme o ochraně práv dětí. Zákon obsahuje devět základních částí. První část obsahuje úvodní ustanovení, ve druhé části jsou definovány základní zásady sociálně-právní ochrany. Třetí část poukazuje na opatření sociálně-právní ochrany, preventivní programy a poradenskou činnost, opatření na ochranu dětí, činnost orgánů sociálně-právní ochrany při svěřením dítěte do výchovy jiných fyzických osob než rodičů, zprostředkování osvojení a pěstounské péče, ústavní a ochrannou výchovu, péči o děti vyžadující zvýšenou pozornost, sociálně-právní ochranu ve vztahu k cizině, ve zvláštních případech a komisi pro sociálně-právní ochranu dětí. Čtvrtá část obsahuje výčet zařízení sociálně-právní ochrany, pátá část upravuje poskytování sociálně-právní ochrany pověřenými osobami. Šestá část uvádí společná ustanovení, sedmá část pokuty, osmá část řízení a místní příslušnost a poslední devátá část uvádí přechodná a závěrečná ustanovení.

V tomto zákoně je sociálně právní ochrana dětí definována jako:

- a) *„ochrana práva dítěte na příznivý vývoj a řádnou výchovu,*
- b) *ochrana oprávněných zájmů dítěte, včetně ochrany jeho jmění,*
- c) *působení směřující k obnovení narušených funkcí rodiny,*
- d) *zabezpečení náhradního rodinného prostředí pro dítě, které nemůže být trvale nebo dočasně vychováváno ve vlastní rodině.“*

([online]. [cit. 2013-01-29].).

Zákon o sociálně právní ochraně dětí ukládá povinnost poskytnout všem dětem bez rozdílu (§ 2) sociálně právní ochranu. Pokud uvedené podmínky dítě nesplňuje, poskytuje se mu ochrana pouze v nezbytném rozsahu.

Tento zákon dále určuje (§ 4 odst. 1) orgány sociálně právní ochrany a současně vymezuje jejich působnost. Jedná se o obecní úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností, krajské úřady, ministerstvo práce a sociálních věcí a Úřad pro mezinárodněprávní ochranu.

Zákon vymezuje okruh dětí, kterým je sociálně právní pomoc určena (§ 6). Jedná se o děti, kterým rodiče zemřeli, neplní povinnosti, které plynou z rodičovské zodpovědnosti, nebo zneužívají práva plynoucí z rodičovské zodpovědnosti. Dále se jedná o děti, které vedou zahálčivý život, které se opakovaně dopouští útěků, na kterých byl spáchán čin ohrožující život (zdraví, lidskou důstojnost, mravní vývoj, jmění), které jsou ohroženy násilím mezi rodiči nebo jinými osobami odpovědnými za výchovu, které jsou žadateli o azyl odloučenými od rodičů.

Zákon udává (§ 7) oprávnění upozorňovat rodiče na neadekvátní chování jejich dětí a také oprávnění upozornit orgán sociálně-právní ochrany na skutečnosti, že dochází k porušování práv dětí plynoucí z rodičovské zodpovědnosti.

Velmi významné je ustanovení (§ 8 a § 9), které umožňuje dětem i jejich rodičům obracet se na příslušné orgány sociálně-právní ochrany dětí se žádostí o pomoc a ochranu.

Obecním úřadům obcí s rozšířenou působností přísluší (§ 10 – 13) vyhledávat ohrožené děti a sledovat nežádoucí vlivy působící na tyto děti, působit na rodiče za účelem plnění rodičovské zodpovědnosti, pravidelně vyhodnocovat situaci dětí a rodičů, spolupracovat s rodiči na odstraňování případných nedostatků ve výchově, pomáhat rodičům při řešení výchovných problémů a poskytnout rodičům poradenství při výchově a vzdělávání jejich dětí.

Zákon ukládá (§ 31) obecním úřadům povinnost zaměřovat se na využívání volného času dětí, sledovat u dětí projevy nesnášenlivosti a násilí, nabízet dětem programy pro využívání volného času. Péče o děti je zabezpečována prostřednictvím sociální kurately pro děti a mládež. Sociální kuratela se zaměřuje na zmírňování a odstraňování poruch

fyzického, psychického a sociálního vývoje dítěte. Sociální kuratelů vykonávají kurátoři pro děti a mládež.

Pro účely pomoci dětem jsou zřizovány zařízení sociálně-právní ochrany (§ 39). Jedná se o zařízení odborného poradenství pro péči o děti, zařízení sociálně výchovné činnosti, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc a výchovně rekreační tábory pro děti.

Základním principem sociálně-právní ochrany dětí, které musí respektovat všechny subjekty působící v této oblasti, je blaho dítěte. ([online]. [cit. 2013-01-29]).

Trestní zákoník

Trestní zákoník č. 40/2009 ze dne 8. ledna 2009 definuje trestní čin jako *„protiprávní čin, který trestní zákon označuje za trestný a který vykazuje znaky uvedené v takovém zákoně. K trestní odpovědnosti za trestný čin je třeba úmyslného zavinění, nestanoví-li trestní zákon výslovně, že postačí zavinění z nedbalosti.“* ([online]. [cit. 2013-01-29]).

Pro posouzení syndromu CAN, jako trestného činu, je stěžejní část druhá, hlava I. – IV.

Hlava I. obsahuje trestné činy proti životu a zdraví. Jedná se o čin vraždy (§ 140), zabití (§ 141), zabití novorozeného dítěte matkou (§ 142), usmrcení z nedbalosti (§ 143), těžké ublížení na zdraví (§ 145), ublížení na zdraví (§ 146), ublížení na zdraví z omluvitelné pohnutky (§ 146a), těžké ublížení na zdraví z nedbalosti (§ 147), ublížení na zdraví z nedbalosti (§ 148), mučení a jiné nelidské a kruté zacházení (§ 149), neposkytnutí pomoci (§ 150).

Hlava II. popisuje trestné činy proti svobodě a právům na ochranu osobnosti, soukromí a listovního tajemství. Zde je zahrnuto obchodování s lidmi (§ 168), svěření dítěte do moci jiného (§ 169) a omezování osobní svobody (§ 171).

Hlava III. obsahuje trestné činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti. Sem patří znásilnění (§ 185), sexuální nátlak (§ 186), pohlavní zneužití (§ 187), soulož mezi příbuznými (§ 188), kuplířství (§ 189), prostituce ohrožující mravní vývoj dětí (§ 190), výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií (§ 192), zneužití dítěte k výrobě pornografie (§ 193).

Hlava IV. definuje trestné činy proti rodině a dětem. Jedná se o opuštění dítěte nebo svěřené osoby (§ 195), zanedbání povinné výživy (§ 196), týrání svěřené osoby (§ 198), ohrožování výchovy dítěte (§ 201), svádění k pohlavnímu styku (§ 202), beztrestnost dítěte (§ 203). ([online]. [cit. 2013-01-29].).

PRAKTICKÁ ČÁST

12 ÚVOD DO ŠETŘENÍ

Teoretická část práce byla zaměřena na vývoj a obsah syndromu CAN, jednotlivé formy, prevenci, následky, rizikové znaky obětí, pachatelů a situací. Dále bylo popsáno zjišťování, diagnostika a léčba tohoto syndromu. A na závěr výčet významných legislativních opatření k této problematice.

Praktická část je věnována provedenému kvalitativnímu šetření. Zaměřuje se na určitou analýzu syndromu CAN. Na zjištění, jakým způsobem postupují a spolupracují jednotlivé instituce v této problematice.

V rámci rozhovorů byly informace získávány od pedagoga základní školy, sociálního pracovníka orgánu sociálně právní ochrany dětí (dále OSPOD), pracovnice Policie ČR a sociální pracovnice Fondu ohrožených dětí (dále FOD).

12.1 Cíl šetření

Cílem práce je objasnění postupu jednotlivých institucí při zjišťování a řešení syndromu CAN a jejich vzájemná spolupráce. Jaká jsou pozitiva a negativa této spolupráce a jestli je tato spolupráce dostačující. Zda při řešení případů vychází pouze ze zákona nebo pracují s nějakými odbornými metodickými materiály.

Do tohoto výzkumu byl vybrán pedagog základní školy, sociální pracovník orgánu sociálně právní ochrany dětí, pracovnice Policie ČR a sociální pracovnice občanského sdružení Fondu ohrožených dětí.

Pedagogický pracovník základní školy je mnohdy jediným, komu se dítě se svým trápením může svěřit. Dále tuto informaci může získat od spolužáka, kamaráda dítěte. Chceme tedy zjistit, jak v takovémto případě bude pedagog postupovat. Jak může zajistit bezpečí dítěte, aby je co nejméně ohrozil. Zda bude tuto situaci řešit nejprve s rodiči dítěte nebo využije pomoci jiné instituce.

Úloha sociálního pracovníka není zaměřena pouze na dítě samotné, jeho rodinu, ale také na okolí, kterého se tato problematika dotýká. Do tohoto procesu nevstupuje izolovaně, ale využívá spolupráce dalších odborných pracovníků. Chceme zaznamenat, jaké metody sociální pracovník při své práci využívá a s kým ve své činnosti spolupracuje.

Policie ČR se do této problematiky zapojuje především, pokud dojde k naplnění skutkové podstaty trestného činu. Dále realizuje výslechy obětí, pachatelů a dalších zainteresovaných jedinců v daných případech. Spolupracuje i s dalšími institucemi na rychlém a šetrném řešení skutků. Významnou úlohou je i působení v oblasti prevence.

Občanské sdružení věnující se syndromu CAN může být významným prvkem v komplexu řešení této situace. Pedagogové, rodiče, osoby, které pracují s dětmi, zde mohou získat informace, co v takovéto situaci dělat. I zde chceme zjistit, jakou úlohu plní právě neziskový sektor v této problematice.

V rozhovorech s jednotlivými pracovníky chceme objasnit, jakým způsobem tyto instituce pracují, jak funguje vzájemná informovanost a spolupráce při řešení vzniklého problému. Z jakých norem a nařízení vychází a zda mají vytvořeny metodické postupy. (viz přílohy 1 – 4).

12.2 Harmonogram postupu, techniky a metody

V tomto případě byl využit kvalitativní výzkum. Kvalitativně orientované šetření umožňuje hlouběji proniknout do sledované problematiky. Chráska (2007) uvádí, že při kvalitativním přístupu získáváme názorný a konkrétní obraz skutečnosti. Tento obraz však vychází z názorů a zkušeností badatele, a z tohoto důvodu se tak stává často subjektivním.

Hendl (2005) dále dodává, že pomocí kvalitativního výzkumu získáváme podrobný popis zkoumání jedince, skupiny nebo události. Zkoumání probíhá v přirozeném prostředí. K nevýhodám tohoto šetření patří skutečnost, že výsledky mohou být ovlivněny výzkumníkem.

Zvolena byla nejrozšířenější podoba metody získávání dat, tedy polostrukturované interview. Vytvoří se tzv. jádro rozhovoru, které obsahuje minimum otázek. Jedná se o otázky otevřené. K tomuto jádru mohou být přidávány doplňující otázky, které se tazateli jeví jako smysluplné. (Miovský, 2006).

Charakteristika souboru

Šetření bylo provedeno s pedagogem na základní škole, sociálním pracovníkem OSPOD, pracovníci Policie ČR a sociální pracovníci FOD. Účastníci byli předem osloveni elektronickou formou (e-mail), následně byly domluveny osobní schůzky. Rozhovory s jednotlivými účastníky byly realizovány v prostorách jednotlivých institucí. Před začátkem jim bylo sděleno, že tyto rozhovory jsou anonymní.

V rámci výzkumu byla pozornost zaměřena na instituce z okolí bydliště výzkumníka.

Základní otázky

1. Jakou úlohu plní jednotlivé instituce, které jsou součástí péče o dítě a podílejí se na řešení syndromu CAN?
2. Z jakých zdrojů se jednotlivé instituce o této problematice dozvídají?
3. Jakým způsobem postupují při řešení syndromu CAN a jaká je vzájemná spolupráce těchto institucí?
4. Jaké preventivní programy v této oblasti realizují?

Pokládané otázky

1. Jak často se s problematikou syndromu CAN setkáváte?
2. Měli jste už takový případ, popř. s jakými formami syndromu CAN jste se setkali?
3. Z jakých zdrojů se o této problematice dozvídáte a kdo je většinou oznamovatelem jednotlivých případů?
4. Jak postupujete při odhalení syndromu CAN?
5. Do jaké míry jsou v řešení zapojeni rodiče dítěte?
6. S jakými institucemi spolupracujete v této souvislosti? Jak tato spolupráce vypadá?
7. V čem vidíte pozitiva a negativa vzájemné spolupráce?
8. Věnujete se nějakým způsobem preventivním aktivitám syndromu CAN?

Hypotézy

1. Předpokládáme, že školské zařízení, pediatr, OSPOD, nezisková organizace, plní úlohu koordinační a informační.
2. Předpokládáme, že se o tomto problému dozvídají nejčastěji od osob z nejbližšího okolí dítěte a anonymních hlášení.
3. Předpokládáme, že v řešení syndromu CAN postupují dle platných zákonů a metodických nařízení, a že fungují na vzájemné spolupráci a informovanosti k této problematice.
4. Předpokládáme, že všechny oslovené instituce realizují preventivní programy.

13 ANALÝZA ZJIŠTĚNÍ

Úloha vybraných institucí, které jsou součástí péče o dítě a podílí se na řešení syndromu CAN

(zpracování otázky č. 1)

Všechny oslovené instituce do jisté míry vykonávají koordinační a informační činnost.

Pedagogové škol plní především úlohu oznamovatelů těchto případů. Vstupují do každodenního kontaktu s dítětem a mohou si tak všimnout změn v chování či jednání dítěte. Často je to právě pedagog, kterému se dítě může se svým problémem svěřit. V případě potřeby jsou žáci i rodiče informováni o možnosti využití jejich služeb.

OSPOD v celém systému plní především roli koordinátora. Poskytuje informace pracovníkům, kteří pracují s dětmi, jak v těchto případech postupovat. Dále poskytuje rodičům informace, kam se obrátit, pokud řeší krizovou situaci. Poskytuje jim kontakty na odborníky, organizace, kam se mohou obrátit.

Policie ČR je do této problematiky zapojena v případě, že tento jev naplní skutkovou podstatu trestného činu a proti pachateli je tak zahájeno trestní řízení. Policie dále shromažďuje případné důkazy, provádí nezbytné výslechy (dítěte i pachatele), zajišťuje odborné posudky apod. Informuje širokou veřejnost o problematice domácího násilí a poskytuje kontakty na příslušné instituce.

Občanská sdružení, neziskové organizace zajišťují především následnou péči nejen obětem, ale také rodinným příslušníkům, ve kterých se syndrom CAN vyskytl. Tyto instituce dále poskytují odborné rady a vedení všem složkám, které jsou v této problematice zapojeny.

Zdroje, ze kterých se instituce o této problematice dozvídají

(zpracování otázky č. 2)

Vybrané instituce se o případech syndromu CAN dozvídají z rozličných zdrojů. Jedná se o pedagogy škol, příbuzné ohrožených dětí, sousedy a anonymní hlášení. V některých případech je oznamovatelem i jeden z rodičů dítěte.

Z rozhovoru s pedagogem ZŠ a s pracovnící OSPOD vyplývá, že často jsou to právě pedagogové, kteří na syndrom CAN upozorňují. A to z důvodu, že s dětmi tráví mnohdy více času, než jejich rodiče.

OSPOD dostává hlášení nejen od škol, lékařů, ale také od členů rodiny dítěte, jeho nejbližšího okolí a část tvoří anonymní hlášení. Časté jsou případy udání jednoho rodiče druhým v rámci problematických rozvodových sporů a úpravy styku dítěte s rodičem. Objevují se i hlášení od Policie ČR, obecních úřadů a neziskových organizací.

FOD se o jednotlivých případech dozvídá od OSPOD, pokud potřebují spolupráci při řešení případů. Často se na ně obrací pedagogičtí pracovníci, pokud mají podezření na týrání dítěte a neví, jak v takovémto případě postupovat. Rovněž část zastupují anonymní hlášení.

Policie ČR řeší jednotlivé případy na základě hlášení OSPOD, udáním člena rodiny či jiného příbuzného dítěte. Podstatnou část tvoří anonymní hlášení, které musí být vždy prošetřeny.

Postup řešení syndromu CAN a vzájemná spolupráce vybraných institucí

(zpracování otázky č. 3)

Řešení jednotlivých případů syndromu CAN je vždy individuální záležitostí. Avšak všechny oslovené instituce v těchto případech vychází ze zákona, příslušných metodických doporučení a interních opatření.

Pedagogičtí pracovníci základní školy se v této věci nejprve zaměřují na samotné dítě. Snaží se zjistit, zda ho něco trápí, jestli nemá osobní nebo rodinné problémy, zda nedochází k šikaně ze strany spolužáků apod. Dále věc oznámí ředitelství školy, které si pozve zákonné zástupce dítěte. Od rodičů se snaží zjistit, co si myslí, že je důvodem změny chování dítěte. Pokud škola od zákonného zástupce nic nezjistí a dítě se chová dále neobvykle, kontaktuje příslušné odborníky. Jedná se především o OSPOD, a to podle spádové oblasti. Pro postupy škol a školských zařízení vydalo ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních, kde je zahrnuta i problematika týrání a zneužívání dětí. Podle tohoto doporučení škola také postupuje.

Pokud dostane OSPOD hlášení, že mohlo dojít k týrání dítěte, tyto informace prošetří. Dojde k šetření v rodině dítěte, dále jsou realizovány rozhovory s dítětem a rodiči, které probíhají odděleně. Pokud se čin prokáže, je důležité zjistit, zda došlo k naplnění skutkové podstaty trestného činu nebo zda se jedná o přestupek. OSPOD shromáždí veškeré důkazy o případu a musí posoudit závažnost případu. Pokud je třeba učinit předběžné opatření, tj. odebrání dítěte z rodiny, potřebuje souhlas soudu, který do 24 hodin vydá usnesení. Na základě tohoto usnesení je dítě z rodiny odebráno a umístěno do jiného prostředí. Prvotní je umístit dítě k příbuzným, pokud to není možné je dítě umístěno do ústavního zařízení, do zařízení okamžité pomoci, popř. do dětského domova. Nastupuje fáze řešení samotného případu. Zde musí být projednána situace dítěte v tom smyslu, zda se bude moci vrátit zpět do rodiny a popř. za jakých podmínek, nebo bude svěřeno do péče jiné osoby apod. Pokud je dítě do rodiny vráceno, OSPOD dále kontroluje situaci v rodině. Je hlavním koordinátorem

celého procesu, poskytuje odborné rady, vedení a informace kam se rodina může dále obrátit. K tomuto účelu existuje řada občanských sdružení, intervenčních center, které se specializují na syndrom CAN. Opět se zde postupuje dle zákonných nařízení a Metodického doporučení k postupu orgánů sociálně-právní ochrany dětí v případech domácího násilí, které vydalo ministerstvo práce a sociálních věcí pro postupy sociálních pracovníků.

Policie ČR je v této věci zapojena v případě, že čin naplní skutkovou podstatu trestného činu a proti pachateli je zahájeno trestní stíhání. Vychází zde především z trestního zákoníku, zákona o Policii České republiky a příslušných paragrafů. Ve věci je zapojena rodina dítěte, škola, kterou dítě navštěvovalo, lékař dítěte, OSPOD. Dochází k následnému šetření.

FOD zajišťuje především následnou péči o dítě a rodinu zasaženou syndromem CAN. Pomáhá rodinám při řešení této obtížné situace, provádí terénní činnost v rodinách, snaží se stabilizovat vztah dítěte a jeho rodiny. Spolupracuje s psychology, psychiatry a dalšími potřebnými institucemi.

Preventivní programy realizované jednotlivými institucemi

(zpracování otázky č. 4)

Vybrané instituce se více či méně zapojují do preventivních programů zaměřených na oblast syndromu CAN a domácímu násilí. Prevence je směřována k široké veřejnosti, vybraným skupinám a ohroženým rodinám.

Do oblasti primární prevence v tomto případě spadají školy a policie ČR.

Pedagogové základních škol se především zaměřují na předávání informací žákům. V příslušných předmětech jsou seznámeni s dětskými právy, formami násilí v rodinách, s prvky šikany, s místy, kam se mohou obrátit. Dále jsou informováni o možnosti využití služeb jednotlivých pedagogů, výchovného poradce, školního metodika prevence, pokud budou mít jakýkoliv problém.

Policie ČR se zaměřuje nejen na školy, ale také na širokou veřejnost. Ve školách dochází k realizaci odborných přednášek a besed s příslušníky policie, kteří se specializují na tuto problematiku. Informují žáky o formách násilí, o trestní odpovědnosti mladistvých, rovněž o místech, kam se v případě potřeby mohou obrátit. Veřejnost je s touto problematikou seznámena pomocí účelových kampaní pomocí informačních plakátů zaměřených na domácí násilí, které jsou umístěny na veřejných místech. V rámci této kampaní dochází k proškolení policistů, kteří na těchto případech pracují. Tato školení zahrnují oblast práce s obětí trestného činu, pachatelem i celou rodinou.

Oblast sekundární a terciální prevence zahrnuje OSPOD a FOD.

Tyto instituce se především zaměřují na rodiny, kde se nějaká z forem syndromu CAN v minulosti vyskytla a snaží se, aby se tato situace už neopakovala. Rovněž spolupracují na osvětě, která je zaměřena na širokou veřejnost, žáky a jejich pedagogy apod.

Tabulka 1: Úloha vybraných institucí, které jsou součástí péče o dítě a podílí se na řešení syndromu CAN

Základní škola	<ul style="list-style-type: none"> - oznamovatelé případů - poradenská činnost
Orgán sociálně-právní ochrany dětí	<ul style="list-style-type: none"> - koordinační činnost - informační činnost - poradenská činnost
Policie ČR	<ul style="list-style-type: none"> - koordinační činnost - informační činnost - vyšetřovatelská činnost
Fond ohrožených dětí	<ul style="list-style-type: none"> - informační činnost - poradenská činnost - následná péče

Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 2: Zdroje, ze kterých se instituce o této problematice dozvídají

Základní škola	<ul style="list-style-type: none"> - oznamovatelé případů - informace od ohroženého dítěte
Orgán sociálně-právní ochrany dětí	<ul style="list-style-type: none"> - školy, lékaři, obecní úřad, policie, neziskové organizace - členové rodiny dítěte, jeden z rodičů - anonymní hlášení
Policie ČR	<ul style="list-style-type: none"> - OSPOD - členové rodiny dítěte, jeden z rodičů - anonymní hlášení
Fond ohrožených dětí	<ul style="list-style-type: none"> - škola - OSPOD - anonymní hlášení

Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 3: Postup řešení syndromu CAN a vzájemná spolupráce vybraných institucí

<p>Základní škola</p>	<ul style="list-style-type: none"> - rozhovor s dítětem - oznámení vedení školy - kontaktování rodičů dítěte - oznámení OSPOD
<p>Orgán sociálně-právní ochrany dětí</p>	<ul style="list-style-type: none"> - kontaktování rodičů dítěte - oznámení policii - postup dle legislativy a Metodického doporučení k postupu orgánů sociálně-právní ochrany dětí v případech domácího násilí
<p>Policie ČR</p>	<ul style="list-style-type: none"> - šetření v rodině dítěte - spolupráce s OSPOD - postup dle legislativy
<p>Fond ohrožených dětí</p>	<ul style="list-style-type: none"> - oznámení a spolupráce s OSPOD - spolupráce s policií - umístování dětí do vhodného prostředí - postup dle legislativy a Metodického doporučení k postupu orgánů sociálně-právní ochrany dětí v případech domácího násilí

Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 4: Preventivní programy realizované jednotlivými institucemi

<p>Základní škola</p>	<ul style="list-style-type: none"> - přednášky, besedy, exkurze - projekty, videa, informační brožury - ukotvení ve Školním vzdělávacím programu - spolupráce s OSPOD, policie
<p>Orgán sociálně-právní ochrany dětí</p>	<ul style="list-style-type: none"> - linka bezpečí - přednášky pro školy - resocializační pobyty pro rodiny - péče o ohrožené rodiny
<p>Policie ČR</p>	<ul style="list-style-type: none"> - letáky, plakáty - přednášky pro školy - školení policistů
<p>Fond ohrožených dětí</p>	<ul style="list-style-type: none"> - letáky, reklama, články v tisku - přednášky pro školy - péče o ohrožené rodiny

Zdroj: vlastní šetření

14 DÍLČÍ ZÁVĚR

V průběhu zpracování praktické části práce bylo dosaženo stanovených cílů. Byly získány základní a důležité informace o tom, jakým způsobem se postupuje při oznamování, vyšetřování a následné péči o děti, které se staly obětí syndromu CAN.

Pokud bude pozornost zaměřena na oznamovatele, z výzkumu plyne, že se nejčastěji jedná o školu, kterou dítě navštěvuje. Další část oznamovatelů tvoří nejbližší okolí dítěte, konkrétně se jedná o příbuzné, sousedy a jednoho z rodičů dítěte. Podstatnou část tvoří anonymní hlášení.

Vyšetřování jednotlivých případů je vždy individuální záležitostí. Záleží také na tom, zda čin nabyl skutkové podstaty trestného činu. Od toho se odvíjí další postupy práce a zapojení dalších důležitých složek. V praxi to znamená, že některé případy řeší pouze OSPOD, ale v závažných případech je zapojena i Policie ČR. Při vyšetřování je nutné určit, zda může dítě zůstat v rodině, nebo bude muset být odebráno. Na základě podkladů OSPOD, soud rozhodne o odebrání dítěte z rodiny. OSPOD tak má za úkol, za spolupráce např. FOD, umístit dítě do vhodného prostředí. Pokud nemůže být u příbuzných, umístí se do diagnostického ústavu či dětského domova. Případ je dále šetřen.

Následná péče je zaměřena nejen na dítě, ale také na jeho rodinu. Zde poskytuje OSPOD kontakty na příslušné instituce, které mohou být v této situaci nápomocny. Jedná se o neziskové organizace, intervenční centra či občanská sdružení, kde působí sociální pracovníci, psychologové, psychiatři a právě zde mohou rodiny nalézt důležitou pomoc.

Oslovené instituce se shodly, že při řešení problémů navzájem spolupracují, a že je tato spolupráce na vysoké úrovni. V této spolupráci žádná negativa nespátřují. Spolupracují při řešení případů, poskytují si důležité informace k objasnění skutků, ale také realizují preventivní programy. Tyto programy jsou směřovány nejen na žáky a pedagogy, ale také na širokou veřejnost.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala problematikou syndromu CAN, tedy týráním, zneužíváním a zanedbáváním dětí.

V rámci teoretické části práce byl objasněn vývoj a obsah syndromu CAN, jednotlivé formy týráním, zneužívání a zanedbávání dětí, prevence, následky týráním a zneužívání. Dále byly uvedeny rizikové znaky tohoto syndromu, a popsána problematika zjišťování, diagnostiky a léčby syndromu CAN. Závěr teoretické části práce byl věnován i některým významným legislativním předpisům, které jsou s touto problematikou spojeny. Jedná se o Listinu základních práv a svobod, Úmluvu o právech dítěte, Zákon o rodině, Zákon o sociálně právní ochraně dětí a Trestní zákoník.

V praktické části práce byl stanoven cíl objasnit postup jednotlivých institucí při zjišťování a řešení syndromu CAN. Rozhodující bylo dozvědět se, do jaké míry tyto instituce vzájemně spolupracují a zda případnou spolupráci hodnotí jako dostačující. Výzkumnou metodou bylo polostrukturované interview. Rozhovory byly realizovány s představiteli jednotlivých institucí. Jednalo se o pedagoga základní školy, sociální pracovníci Orgánu sociálně právní ochrany dětí, sociální pracovníci Fondu ohrožených dětí a pracovníci Policie ČR.

Jako pozitivum zjištění prací v dané problematice je hodnocena skutečnost, že všechny oslovené instituce spolu navzájem spolupracují a tuto spolupráci pokládají za velmi důležitou a přínosnou. Tato spolupráce se netýká jenom oblasti řešení jednotlivých případů, ale také oblasti preventivních programů. Tyto preventivní programy nejsou směřovány pouze na vybrané skupiny, např. žáky základních škol, ale směřují k široké veřejnosti. Právě široká veřejnost by měla být o této problematice dostatečně informována.

Je nutné rozvíjet preventivní opatření, které by oslabily výskyt syndromu CAN. Pomocí sdělovacích prostředků působit na veřejnost za účelem zvýšení informovanosti o tomto patologickém jevu.

Týrání, zneužívání a zanedbávání dětí není ničím novým, má svou dávnou historii. V různých zemích mají děti jiné postavení a to s ohledem na tradice, náboženství, kulturní a materiální vyspělost. V průběhu vývoje společnosti byly méněcenné děti (slabé, postižené, nemocné) shazovány ze skály. Problematické bývalo také postavení nemanželských dětí, a samozřejmostí bylo, že děti byly nuceny pracovat ve špatných podmínkách v továrnách a v dolech. Můžeme však sledovat velký pokrok v péči o dítě, jak po stránce vnímání dítěte jako lidské bytosti, tak v oblasti legislativního vymezení.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BECHYŇOVÁ, V. a M. KONVIČKOVÁ. *Sanace rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-392-5.

BENTOVIM, A. *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-629-3.

DUNOVSKÝ, J., Z. DYTRYCH a Z. MATĚJČEK a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-192-5.

DUNOVSKÝ, J. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-254-9.

ELLIOTTOVÁ, M. *Jak ochránit své dítě*. 1. vyd. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-034-0.

GJURIČOVÁ, Š., J. KOCOURKOVÁ a J. KOUTEK. *Podoby násilí v rodině*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-416-3.

HADJ-MOUSSOVÁ, Z. a kol. *Pedagogicko-psychologické poradenství*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 2005. ISBN 80-7290-215-6.

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

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

LANGMEIER, J. a Z. MATĚJČEK. *Psychická deprivace v dětství*. 1. vyd. Praha: Státní zemědělské nakladatelství, 1963.

LANGMEIER, J. a Z. MATĚJČEK. *Psychická deprivace v dětství*. 3., dopl. vyd. Praha: Avicenum, 1974.

LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9.

MALÁ, E. *Posttraumatická stresová porucha*. In: *Násilí na dětech. Násilí nezná hranice, ale zanechává stopy: sborník z 2. národní a 1. střeoevropské konference konané pod záštitou veřejného ochránce práv*. Praha: Humanitas-Profes, 2003. ISBN 80-903392-0-4.

MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. 1. vyd. Praha: SPN – pedagogické nakladatelství, 1992. ISBN 80-04-25236-2.

MILFAIT, R. *Komerční sexualizované násilí na dětech*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-320-8.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

MUFSONOVÁ, S. a R. KRANZOVÁ. *O týrání a zneužívání*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 1996. ISBN 80-7106-194-8.

NOVOTNÁ, V. a V. FEJT. *Sociálně-právní ochrana dětí*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2009. ISBN 978-80-86723-77-8.

PÖTHE, P. *Dítě v ohrožení*. 2. vyd. Praha: G plus G, 1999. ISBN 80-86103-21-8.

PRAŠKO, J. a kol. *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-811-2.

ŘÍČAN, P. *Agresivita a šikana mezi dětmi: jak dát dětem ve škole pocit bezpečí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-049-9.

ŘÍČAN, P. a P. JANOŠOVÁ. *Jak na šikanu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2991-6.

SLANÝ, J. *Syndrom CAN: (syndrom týraného dítěte)*. 1. vyd. V Ostravě: Ostravská univerzita, 2008. ISBN 978-80-7368-474-7.

ŠPECIÁNOVÁ, Š. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. Praha: Linde Praha a.s., 2003. ISBN 80-86131-44-0.

TÓTHOVÁ, J. *Úvod do Transgenerační psychologie rodiny: transgenerační přenos vzorců rodinného traumatu a zdroje jeho uzdravení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-856-2.

VANÍČKOVÁ, E., Z. HADJ-MOUSSOVÁ a H. PROVAZNÍKOVÁ. *Násilí v rodině: Syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1995. ISBN 80-7184-008-4.

VANÍČKOVÁ, E., K. PROVAZNÍK a Z. HADJ-MOUSSOVÁ. *Sexuální zneužívání dětí I*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 1997. ISBN 80-7184-479-9.

VANÍČKOVÁ, E. a kol. *Sexuální násilí na dětech: výskyt, podoby, diagnostika, terapie, prevence*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-286-6.

VANÍČKOVÁ, E. *Tělesné tresty dětí: definice – popis – následky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0814-0.

VANÍČKOVÁ, E. *Dětská prostituce*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2218-4.

VANÍČKOVÁ, E. *Interpersonální násilí na dětech*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2009. ISBN 978-80-7440-001-8.

WEISS, P. *Sexuální zneužívání*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-795-8.

Seznam použitých internetových zdrojů

Národní strategie prevence násilí na dětech v ČR na období 2008 – 2018. [online] [cit. 2013-01-29]. Dostupné z <http://www.stopnasilinadetech.cz/pdf/narodnistrategie.pdf>

Seznam použitých zákonů

Česko. Zákon č. 2 ze dne 16. prosince 1992 o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součást pořádku České republiky. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2>

Česko. Zákon č. 94 ze dne 4. prosince 1963 o rodině. Dostupné z <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1963-94>

Česko. Zákon č. 401 ze dne 5. září 2012, kterým se mění zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. Dostupné z <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-401>

Česko. Zákon č. 40 ze dne 8. ledna 2009 trestní zákoník. Dostupné z <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Úloha vybraných institucí, které jsou součástí péče o dítě a podílí se na řešení syndromu CAN	68
Tabulka 2: Zdroje, ze kterých se instituce o této problematice dozvídají	68
Tabulka 3: Postup řešení syndromu CAN a vzájemná spolupráce vybraných institucí	69
Tabulka 4: Preventivní programy realizované jednotlivými institucemi	70

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Rozhovor s pedagogem I. stupně ZŠ v Boskovicích	I
Příloha B – Rozhovor se sociální pracovnící OSPOD v Boskovicích	IV
Příloha C – Rozhovor se sociálním pracovníkem Fondu ohrožených dětí	VII
Příloha D – Rozhovor s pracovnící Územního odboru Blansko – Vyškov Policie ČR	IX

PŘÍLOHY

Příloha A – Rozhovor s pedagogem I. stupně ZŠ

1. Jak často se s problematikou syndromu CAN setkáváte?

S touto problematikou se setkáváme spíše okrajově. V jednu dobu jsme tu řešili případy šikany. V současnosti máme čtyři žáky ze sociálně slabých rodin. V případě jednoho z nich je tu kladena zvýšená pozornost.

2. Měli jste už takový případ, popř. s jakými formami syndromu CAN jste se setkali?

podotázka: Můžete mi o těchto případech říci něco blíže?

S tělesným, psychickým týráním ani sexuálním zneužíváním jsem se ve své praxi nesetkala. Jak jsem řekla, spíše máme žáky ze sociálně slabých rodin, kteří vyrůstají v nepodnětném prostředí apod. V letošním školním roce máme takové žáky čtyři.

V jednom z těchto případů spolupracujeme se sociálkou. Otec dětí je alkoholik, momentálně už na léčení a matka dětí tuto situaci řešila také alkoholem. Jedná se o dva chlapce – dvojčata. Chlapci se asi více méně starali jeden o druhého, zájem o školu žádný, měli práci v domácnosti. Musím ale říct, že to zlepšení nyní vidím. Matka začala spolupracovat, chlapci jsou na tom určitě lépe i po psychické stránce.

V případě té šikany se jednalo o problémového žáka z druhého stupně. Měl problémy s řečí, studijní výsledky byly rovněž hrozné a tak si zlost vybíjel na spolužácích. Spolupráce s rodinou byla však perfektní. Společně jsme hledali řešení, chlapec začal navštěvovat pedagogicko-psychologickou poradnu a s třídním učitelem bylo domluveno nějaké doučování. Jak to dopadlo nevím, zakrátko se rodina přestěhovala jinam.

3. Z jakých zdrojů se o této problematice dozvídáte a kdo je většinou oznamovatelem jednotlivých případů?

Pokud budu mluvit obecně, co je to vůbec syndrom CAN, tyto informace si hledám sama, žádné školení v této oblasti jsem nikdy neabsolvovala. Co se už týká jednotlivých případů, většinou jsme to mi pedagogové, kdo tyto případy oznamují. Spíš je to o tom si žáků více všímat, vyslechnout je, pokud mají problémy.

4. Jak postupujete při odhalení syndromu CAN?

V případě takového případu je vše oznámeno řediteli školy. Ten si pozve rodiče dítěte a snažíme se situaci řešit. Pokud však mluvíme o závažných případech, spolupracujeme se sociálkou.

5. Do jaké míry jsou v řešení zapojeni rodiče dítěte?

V případě rodičů se na ně obracíme vždy, přece jen jsou to zákonní zástupci dítěte.

6. S jakými institucemi spolupracujete v této souvislosti? Jak tato spolupráce vypadá?

Spolupracujeme tedy se sociálkou, pedagogicko-psychologickou poradnou a policií.

Se sociálkou a poradnou v případě problémů s žáky a policie k nám chodí v rámci preventivních programů, které pořádáme.

7. V čem vidíte pozitiva a negativa vzájemné spolupráce?

Z vlastní praxe si na vzájemnou spolupráci nemohu stěžovat. Kolegyně z poradny jsou mi nápomocny, pokud mám žákka s nějakými výukovými problémy. A v případě sociálky je tato spolupráce také skvělá, musím říci, že mají opravdový zájem.

8. Věnujete se nějakým způsobem prevenci syndromu CAN?

Jistě. Zaměřujeme se na primární prevenci. Žáci jsou informováni o týrání, zneužívání, šikaně. O tom, kam se v případě, že se jim něco stane nebo o něčem ví, mají obrátit. Pokud mají problém, mohou využít i našich služeb a pomoci. Děláme různé projekty, kdy si žáci tyto informace vyhledávají sami. K tomuto tématu máme i nějaká videa a informační brožury. I sociální pracovníce nebo policie u nás realizují preventivní programy, máme s nimi různé besedy. Vůbec celá ta oblast prevence je obsažena i v našem Školním vzdělávacím plánu. V dokumentech máme obsaženo i Metodické doporučení k primární prevenci, které vydalo ministerstvo.

Příloha B – Rozhovor se sociální pracovnící OSPOD

1. Jak často se s problematikou syndromu CAN setkáváte?

S případy syndromu CAN se setkávám bohužel poměrně často. Každý případ evidujeme a následně prošetříme. Hned jak dostaneme hlášení, věc projednáváme. Přesné číslo Vám ale neřeknu.

2. Měli jste už takový případ, popř. s jakými formami syndromu CAN jste se setkali?

Případů je celá řada, ale nejčastěji se jedná o zanedbávání dětí, fyzické týrání a několik případů obsahovalo i sexuální zneužití. Pokud se jedná o zanedbávání, tyto děti pochází z ekonomicky slabých rodin. A od toho se odvíjí další specifika – závislost rodiče/rodičů na alkoholu, drogách, automatech. Dítě neposílají do školy, musí se starat o sourozence a domácnost, musí krást, dokonce žebrať. Ale řešíme i případy, kdy se rodiče dítěte obviňují navzájem, snaží se dítě poštvat proti druhému. Asi před rokem jsem se setkala s obviněním matky dítěte, že je sexuálně zneužíváno otcem. Manželé byli právě v rozvodovém řízení, věc jsme samozřejmě prošetřovali, ale zneužití se naštěstí neprokázalo.

3. Z jakých zdrojů se o této problematice dozvídáte a kdo je většinou oznamovatelem jednotlivých případů?

Jedná se o různé zdroje. Dostáváme anonymní hlášení, dokonce se několikrát stalo, že někdo přišel osobně. Často je oznamovatelem škola, kterou oběť navštěvuje. Učitelé tráví s dětmi hodně času, někdy víc než rodiče, všimnou si tak případných změn u dítěte. Dále jsou zde pediatři, kteří mají oznamovací povinnost. Okolí dítěte, příbuzní, sousedi, rodiče, ti všichni jsou oznamovateli. V některých případech se k nám informace dostávají i od více zdrojů. Oznamovatelem může být prakticky kdokoliv.

4. Jak postupujete při odhalení syndromu CAN?

Postup je vždy individuální. Ale v zásadě vycházíme ze zákona a metodických doporučení, které vydává ministerstvo. Vše tak, aby byla zachována ochrana dítěte.

Pokud dostaneme hlášení, věc prošetříme. Musíme zkontaktovat rodinu dítěte, kde jsou provedeny rozhovory s dítětem i jeho rodiči, vždy odděleně. Pokud se čin prokáže, musíme rozhodnout, zda se jedná o přešůpek či trestný čin. Dále je potřeba určit, jestli dítě zůstane v rodině nebo bude odebráno. Pokud je třeba dítě odebrat, musíme rychle shromáždit všechny nezbytné důkazy a soud musí do 24 hodin o odebrání rozhodnout. Dále spolupracujeme s příbuznými dítěte na případném umístění dítěte k nim, pokud se toto nepodaří, hledáme pro dítě jiné vhodné zařízení. Tím ale záležitost nekončí, dále pracujeme s dítětem i rodinou, je řešen další postup. Spolupracujeme na léčbě, terapii, informujeme rodiče o místech, kam se mohou obrátit apod. Jak jsem řekla, postup je individuální, ale toto je takový hlavní postup.

5. Do jaké míry jsou v řešení zapojeni rodiče dítěte?

Rodiče dítěte jsou v řešení zapojeni vždy, ať už z pozice samotných pachatelů, nebo těch, jejichž dítěti někdo ublížil.

6. S jakými institucemi spolupracujete v této souvislosti? Jak tato spolupráce vypadá?

Spolupracujeme se školou dítěte, jeho lékařem, policií, popř. s pedagogicko-psychologickou poradnou či nějakým občanským sdružením.

Různá občanská sdružení a neziskové organizace jsou pro nás důležité především v následné péči o rodinu a dítě.

7. V čem vidíte pozitiva a negativa vzájemné spolupráce?

Pokud budu mluvit sama za sebe, myslím, že je spolupráce na dobré úrovni. Nevím jak jinde, ale na našem okrese se snažíme spolupracovat.

Spíše vidím problém v přetíženosti samotných sociálních pracovníků, je jich nedostatek. Jsou zavaleni papírováním, bylo by třeba, aby bylo více času na terénní práci. Tím nemyslím, že se dětem nedostane odpovídající pomoci, ale přece jen by mohla být kvalitnější.

8. Věnujete se nějakým způsobem prevenci syndromu CAN?

Věnujeme se hlavně rodinám, kde už se v minulosti nějaký problém vyskytl a snažíme se, aby se tato situace již neopakovala. Pořádáme besedy na školách pro žáky, ale i pedagogy. Pod naší záštitou se realizují i resocializační pobyty pro rodiny s dětmi, máme zřízenou linku bezpečí.

Příloha C – Rozhovor se sociálním pracovníkem Fondu ohrožených dětí

1. Jak často se s problematikou syndromu CAN setkáváte?

S některými formami syndromu CAN se setkáváme velmi často.

2. Měli jste už takový případ, popř. s jakými formami syndromu CAN jste se setkali?

Časté je psychické týrání dítěte, doprovázející problematické rozvodové spory a následné styky dítěte s rodičem. Velmi časté je také zanedbávání dětí. S pohlavním zneužíváním jsem se za svou roční praxi nesetkala.

3. Z jakých zdrojů se o této problematice dozvídáte a kdo je většinou oznamovatelem jednotlivých případů?

Například se na nás obrací školy, pokud mají podezření na týrání dítěte a neví, jak v této situaci postupovat. Dále OSPOD, pokud potřebuje spolupráci při řešení případu. A také dostáváme anonymní hlášení.

4. Jak postupujete při odhalení syndromu CAN?

Věc ohlásíme orgánu sociálně právní ochrany dětí, případně Policii ČR a spolu s nimi spolupracujeme na pomoci dítěti. Jeho umístění do jiného, vhodného prostředí apod.

5. Do jaké míry jsou v řešení zapojeni rodiče dítěte?

Je jim vysvětleno, z jakého důvodu je třeba situaci řešit, proč musí na řešení participovat apod.

6. S jakými institucemi spolupracujete v této souvislosti? Jak tato spolupráce vypadá?

Spolupracujeme s OSPOD, v rámci pověření k výkonu sociálně-právní ochrany dětí, na společném odstranění obtíží v rodině. S policií ČR pokud se jedná o trestný čin. Spolupracujeme také s dětskými domovy, diagnostickými ústavami.

7. V čem vidíte pozitiva a negativa vzájemné spolupráce?

Pozitiva spatřuji v tom, že víme, že to co děláme, je potřeba a proto si kdykoliv pomůžeme tak, aby byl zachován co nejlepší zájem dítěte.

Negativem je fakt, že některé organizace ne vždy dobře spolupracují při práci s rodinou a často řeší situaci sami, což je ne vždy prospěšné. Ale to se stává výjimečně.

8. Věnujete se nějakým způsobem prevenci syndromu CAN?

Snažíme se působit na celou společnost. Spolupracujeme na reklamních spotech, tisku informačních letáků, přispíváme články do různých novin a časopisů. Pokud mají školy zájem, jsme ochotni pořádat různá setkání s žáky.

Pracujeme s ohroženými rodinami, zajišťujeme pomoc psychiatrů a psychologů atd.

Příloha D – Rozhovor s pracovníci Policie ČR

(preventivně informační oddělení)

1. Jak často se s problematikou syndromu CAN setkáváte?

S těmito případy se setkáváme poměrně často, ale spíše se jedná o domácí násilí vůči jednomu z rodičů a dítěti. V rámci našeho okresu se jedná o zhruba 11 případů ročně.

2. Měli jste už takový případ, popř. s jakými formami syndromu CAN jste se setkali?

V podstatě se setkáváme se všemi formami, tedy s fyzickým a psychickým týráním, sexuální zneužitím. Spolupracovali jsme na případu dětské pornografie. Obecně pracujeme na případech domácího násilí.

3. Z jakých zdrojů se o této problematice dozvídáte a kdo je většinou oznamovatelem jednotlivých případů?

Dostáváme hlášení od orgánu sociálně právní ochrany dětí, dále přijímáme anonymní hlášení, které prošetřujeme. Také se jedná o udání jednoho z rodičů, anebo se nám ozve někdo z okolí dítěte.

4. Jak postupujete při odhalení syndromu CAN?

Postup se liší případ od případu. Ale obecně vycházíme ze zákona o Policii ČR, trestního zákona, zákona o přestupcích a dalších vyhlášek a nařízení.

5. Do jaké míry jsou v řešení zapojeni rodiče dítěte?

Rodiče musí být do těchto případů zapojeni vždy. Mohou poskytnout významné informace k danému případu. Pokud jsou pachateli, je s nimi vedeno trestní řízení.

6. S jakými institucemi spolupracujete v této souvislosti? Jak tato spolupráce vypadá?

Spolupracujeme s OSPOD, s orgány činnými v trestním řízení, obecními úřady obcí s rozšířenou působností, městskými úřady atd. Spolupráce je na velmi dobré úrovni.

7. V čem vidíte pozitiva a negativa vzájemné spolupráce?

V rámci našeho okresu vidím jen samá pozitiva, naše vzájemná spolupráce je na dobré úrovni.

8. Věnujete se nějakým způsobem preventivním aktivitám syndromu CAN?

V této oblasti spolupracujeme s jednotlivými typy škol. Jedná se o informovanost učitelů a žáků v této oblasti. Seznamujeme je s jejich právy a povinnostmi. Pro starší žáky realizujeme exkurze do našich zařízení, představujeme jim naši činnost. Vznikají letáky a plakáty s tématem domácího násilí, kde jsou uvedeny kontakty, kam se mohou lidé obrátit. Dále v této oblasti školíme policisty, aby věděli, jak se v těchto situacích chovat, jak pracovat s oběťmi domácího násilí.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Pavla Langrová

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: prezenční studium

Název práce: Syndrom CAN - Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

Rok: 2013

Počet stran textu bez příloh: 66

Celkový počet stran příloh: 10

Počet titulů českých použitých zdrojů: 33

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 5

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Petelíková