

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM**

2012–2014

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Jana Maněnová**

**Týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí**

Praha 2014

Vedoucí diplomové práce: PaedDr. Jan Toman

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**MASTER COMBINED (PART TIME) STUDIES**

**2012-2014**

**DIPLOMA THESIS**

**Jana Maněnová**

**Cruelty, abuse and neglect of children**

**Prague 2014**

**The Diploma Thesis Work Supervisor: PaedDr. Jan Toman**

## **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: 8. února 2014

Jana Maněnová \_\_\_\_\_

## **Poděkování**

Děkuji PaedDr. Janu Tomanovi, který mi byl vždy ochoten poskytnout cenné rady, doporučení a podněty při odborném vedení této diplomové práce. Rovněž děkuji všem účastníkům výzkumného šetření za vstřícnost a poskytnutí potřebných informací.

## **Anotace**

Diplomová práce je věnována problematice týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí, která představuje závažnou sociální patologii. Teoretická část práce obsahuje zejména základní a obecná východiska vztahující se k danému tématu a vycházející z odborných zdrojů, výklad souvisejících pojmů, popis jednotlivých forem a způsobů špatného zacházení s dětmi, stručný historický náhled na vývoj postavení dětí ve společnosti, popis funkce a role rodiny, odchylek ve vývoji ohrožených dětí, teorie možných příčin vzniku této sociální patologie, legislativní rámec, podle kterého je týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí posuzováno či možnosti prevence a intervence.

Praktická část diplomové práce se následně soustřeďuje především na hledání a nalézání zásadních a kritických momentů v součinnosti mezi sociálními pracovníky, pediatry a pedagogy. Výzkumné šetření využívající polostandardizovaných rozhovorů, analýzy dokumentů a kasuistiky tak bylo zaměřeno na zachycení nejčastějších obtíží, na něž výše zmíněné profesní skupiny při řešení této problematiky narážejí. Výsledky poté poukázaly hlavně na problém v omezených možnostech včas zachytit případné ohrožení dětí, obavy z nesprávného posouzení situace nebo na obtíže ve vzájemné komunikaci mezi zainteresovanými profesními skupinami. Závěrečná část diplomové práce rovněž předkládá návrhy dlouhodobějších opatření preventivního charakteru, a to ve směru k sociálním pracovníkům, dětským lékařům a učitelům.

## **Klíčové pojmy**

Dětský lékař, dítě, pedagog, právo a zákonná úprava, rodina, rozdíly vývoje, sociální pracovník, syndrom CAN, týrání, zanedbávání, zneužívání.

## **Annotation**

The thesis deals with the issue of child abuse and neglect, which represents a serious social pathology. The theoretical part contains the basic and general ground referring to the given topic based on well-founded sources, related terminology explanation, description of individual forms and ways of child maltreatment, a brief historic overview of the status of a child in society development, description of the function and the role of a family, deviation in development of endangered children, the theory of probable causes of the social pathology, the child abuse and neglect legislature or the possibilities of precautions and intervention.

Subsequently the practical part mainly concentrates on the search and finding of principal and critical moments in cooperation with social workers, pediatricians and teachers. The inquiry uses semi-standardized conversations, documents analysis and case interpretations and its focus is to detect the most common difficulties faced by the above mentioned professions. The outcomes primarily pointed to the issue of noticing potentially endangered children in time with limited capacities, concerns about misinterpreting a situation or difficulties in communication among the professions involved. The final part also presents the suggestions of measures of preventive nature concerning social workers, pediatricians and teachers.

## **Key words**

Abuse, CAN syndrome, cruelty, differences in development, family, child, law and statutory regulation, neglect, pediatrician, social worker, teacher.

# OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>10</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>12</b>
<b>1 TÝRÁNÍ, ZNEUŽÍVÁNÍ A ZANEDBÁVÁNÍ U DĚTÍ .....</b>	<b>12</b>
1.1 Syndrom CAN .....	13
1.2 Historicko-kulturní náhled na problematiku.....	13
<b>2 FORMY TÝRÁNÍ, ZANEDBÁVÁNÍ A ZNEUŽÍVÁNÍ U DĚTÍ.....</b>	<b>16</b>
2.1 Tělesné týrání.....	16
2.1.1 Tělesné týrání aktivní povahy .....	16
2.1.2 Druhy poranění typická pro tělesné týrání .....	17
2.1.3 Tělesné týrání pasivní povahy.....	20
2.2 Psychické týrání .....	22
2.3 Zneužívání v rámci syndromu CAN.....	25
2.3.1 Způsoby a formy sexuálního zneužívání.....	26
2.3.2 Dětská práce .....	34
2.3.3 Manipulace s dítětem po rozvodu .....	35
2.3.4 Přenášení rodičovských povinností na dítě .....	36
2.4 Zanedbávání v rámci syndromu CAN .....	37
2.5 Zvláštní formy syndromu CAN .....	41
<b>3 TEORIE PŘÍČIN TÝRÁNÍ, ZNEUŽÍVÁNÍ A ZANEDBÁVÁNÍ U DĚTÍ.....</b>	<b>44</b>
<b>4 RODINA, JEJÍ FUNKCE, TYPOLOGIE A VÝCHOVNÉ STYLY .....</b>	<b>49</b>
4.1 Definice rodiny .....	49
4.2 Funkce rodiny .....	50
4.3 Typologie rodiny.....	52
4.4 Výchovné styly v rodině .....	52
<b>5 DÍTĚ A JEHO VÝVOJ .....</b>	<b>56</b>
5.1 Prenatální období .....	56
5.2 Novorozenecké a kojenecké období .....	57
5.3 Batolecí období.....	57
5.4 Předškolní období .....	58

5.5	Školní období a adolescence.....	58
<b>6</b>	<b>ROZDÍLY VÝVOJE DĚTÍ POSTIŽENÝCH SYNDROMEM CAN.....</b>	<b>60</b>
6.1	Fyzické rozdíly a následky .....	60
6.2	Psychické a kognitivní rozdíly a následky.....	60
6.3	Sociální a emoční rozdíly a následky .....	61
<b>7</b>	<b>DÍTĚ JAKO OBĚŤ.....</b>	<b>63</b>
<b>8</b>	<b>OSOBY OHROŽUJÍCÍ.....</b>	<b>66</b>
<b>9</b>	<b>VIKTIMIZACE.....</b>	<b>69</b>
<b>10</b>	<b>PRÁVO A ZÁKONNÁ ÚPRAVA .....</b>	<b>71</b>
10.1	Ústava a mezinárodní normy na ochranu dítěte .....	71
10.2	Trestněprávní úprava týrání, zneužívání a zanedbávání.....	72
10.3	Legislativní rámec ochrany obětí špatného zacházení s dětmi.....	75
10.4	Ochrana dětí v rámci přestupkového zákona.....	76
<b>11</b>	<b>POMOC, INTERVENCE A PREVENCE .....</b>	<b>78</b>
11.1	Úloha sociálního pracovníka a OSPOD .....	79
11.2	Úloha školských a zdravotnických zařízení .....	80
11.3	Možnosti prevence špatného zacházení s dětmi .....	82
11.4	Pomáhající organizace .....	83
	<b>PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>86</b>
<b>12</b>	<b>CÍL VÝZKUMU A STANOVENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU .....</b>	<b>86</b>
12.1	Východisko výzkumu a stanovení výzkumných otázek.....	87
12.2	Využité výzkumné metody .....	88
12.3	Popis lokality a výzkumného vzorku.....	89
12.3.1	Mikroregion Novoborsko.....	89
12.3.2	Charakteristika výzkumného vzorku.....	92
12.4	Popis průběhu výzkumného šetření.....	93
12.5	Zpracování a vyhodnocení výzkumného šetření .....	94
12.5.1	Zodpovězení výzkumné podotázky č. 1 .....	95
12.5.2	Zodpovězení hlavní výzkumné otázky a podotázek č. 2 a č. 3.....	99
12.5.3	Zhodnocení údajů získaných z rozhovorů na OSPOD NB .....	106
12.6	Kasuistiky a rozhovory s oběťmi syndromu CAN .....	114



12.6.1	Kasuistika Petry S. ....	114
12.6.2	Kasuistika Aleše T. ....	119
12.7	Závěry vyplývající z kasuistik .....	123
12.7.1	Závěry vyplývající z kasuistiky Petry S.....	123
12.7.2	Závěry vyplývající z kasuistiky Aleše T.....	124
12.8	Shrnutí výsledků výzkumného šetření.....	125
12.9	Návrhy opatření a doporučení.....	130
<b>ZÁVĚR</b>	.....	<b>133</b>
<b>SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY A POUŽITÝCH ZDROJŮ</b>	.....	<b>137</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK</b>	.....	<b>141</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK</b>	.....	<b>142</b>

## ÚVOD

Fenomén týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí, syndrom CAN, získává v posledních letech v České republice stále větší pozornost veřejnosti, přesto se jedná o sociální patologii, která není dosud zcela probádána. Negativním faktorem při pokusech o hlubší poznání této problematiky je zejména skutečnost, že se jedná o způsob jednání, které se velmi často odehrává skrytě, v domácím prostředí a mezi osobami, jež mají mezi sebou úzké vazby s rysy psychické i materiální závislosti. Významnou otázkou je zde hranice soukromí, individuální svobody a legitimní intervence společnosti.

Cílem této diplomové práce je v teoretické rovině poskytnout přehled o základních pojmech vztahujících se k problematice týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí a umožnit tak fundamentální orientaci v tomto citlivém a v minulosti mnohdy tabuizovaném či bagatelizovaném tématu. Teoretická část diplomové práce obsahuje zejména přehled klíčových pojmů a obecně přijímané definice související s touto problematikou, stručný historický náhled na vývoj postavení dětí ve společnosti, popis funkce a role rodiny, odchylek ve vývoji ohrožených dětí či teorie možných příčin vzniku dané sociální patologie. Samostatné kapitoly jsou pak věnovány legislativnímu rámci a zákonným úpravám vztahujícím se k týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí, prevenci a intervenci v případech špatného zacházení s dětmi a v neposlední řadě i významu a úloze pracovníků orgánů sociálně-právní ochrany dětí, pedagogů a pediatrů při odhalování a řešení tohoto fenoménu.

Výše zmíněným profesním skupinám a jejich vzájemné participaci je věnována praktická část diplomové práce. Týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí představuje obsáhlé téma, k němuž lze přistupovat z řady několika možných hledisek. Praktická část diplomové práce se pak soustředí především na hledání a nalézání stěžejních a kritických momentů v součinnosti mezi pracovníky orgánu sociálně-právní ochrany dětí, dětskými lékaři a pedagogy, a to v podmínkách mikroregionu Novoborsko.

Výzkumné šetření tak bylo zaměřeno na zachycení nejzásadnějších obtíží, na něž pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí, pediatri a pedagogové v souvislosti s odhalováním týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí narážejí. Stěžejním motivem výzkumu bylo rovněž zhodnotit, jak vnímají vzájemnou kooperaci a zároveň

nalézt vhodné postupy vedoucí k zefektivnění jejich součinnosti, jež by následně přispěla k nastavení optimálních postupů při odhalování týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí v prostředí regionu obce s rozšířenou působností Nový Bor.

Právě v této lokalitě byla v průběhu jara roku 2013 provedena pilotáž, jejíž výsledky prokázaly, že špatné zacházení s dětmi zde nepředstavuje jen ojedinělou či raritní sociální patologii, ale naopak je aktuálním problémem, kterému je nutné věnovat náležitou pozornost.

Pro potřeby této diplomové práce byla poté zvolena forma kvalitativního výzkumného šetření, jež se jevila vzhledem k charakteru problematiky a výzkumným otázkám nejvhodnější a umožnila tak poskytnout relevantní údaje o zkoumaném fenoménu. Kvalitativní výzkum realizovaný v rámci praktické části diplomové práce byl vystaven na třech základních metodách: obsahové analýze spisové dokumentace orgánu sociálně-právní ochrany dětí při Městském úřadu v Novém Boru, polostandardizovaném rozhovoru s předem danou strukturou otevřených otázek, který byl veden se sociálními pracovníky, zdejšími pediatry a pedagogy a kasuistické metodě. V rámci kasuistické metody byla analyzována data z volných neřízených rozhovorů vedených v současnosti s již dospělými oběťmi týrání, zneužívání či zanedbávání. Použité případové studie byly zvoleny zejména se záměrem dokreslení citlivosti povahy problematiky na jednotlivých případech. Měly zároveň posloužit k lepšímu pochopení složitosti zkoumaných skutečností a nutnosti vhodných opatření, která by vedla alespoň k částečné eliminaci tohoto patologického sociálního jevu.

Závěrečná část diplomové práce shrnuje výsledky provedeného výzkumu, které mohou posloužit jako vodítko při nastolování preventivních opatření a pomoci v souvislosti týráním, zneužíváním a zanedbáváním u dětí, a to ve směru k sociálním pracovníkům, dětským lékařům a pedagogům. Tyto postupy a součinnost by pak měly mít trvalejší charakter s možnými modifikacemi vycházejícími z aktuální situace a typologie konkrétních případů týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí v rámci regionu Novoborska.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 TÝRÁNÍ, ZNEUŽÍVÁNÍ A ZANEDBÁVÁNÍ U DĚTÍ

Týrání, zanedbávání a zneužívání u dětí je sociální patologie, jež se v současnosti stává fenoménem, který vzbuzuje pozornost nejen mezi odborníky, ale vyvolává i bouřlivou diskuzi v řadách laické veřejnosti či v médiích. Výskyt odhalených a šetřených případů týrání, zneužívání a zanedbávání dětí totiž v České republice každým rokem stoupá. Podle statistických údajů zveřejněných Nadací Naše dítě bylo například v roce 2012 týráno, zneužíváno a zanedbáváno 7 525 dětí, což je o 883 více než v roce předešlém. Tento údaj zároveň představuje nejvyšší počet případů v historii. Špatné zacházení ze strany dospělých poté v daném roce nepřežilo 28 dětí. Za uplynulé desetiletí se příslušné úřady zabývaly touto problematikou a poskytly potřebnou pomoc v 31 653 případech. Lze však předpokládat, že se jedná jen o pomyslnou špičku ledovce a dětí, které trpí, jsou zneužívány nebo zanedbávány, je několikanásobně více. Odhady Policie ČR dokonce uvádějí, že je ročně v České republice různým způsobem týráno až 40 tisíc osob mladších 15 let (1-2 % dětské populace).

Při definování pojmu týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí je využívána terminologie mající základ v anglickém jazyce, z něhož poté vycházejí české ekvivalenty. Jak uvádějí Dunovský, Dytrych a Matějček (1995) **týráním** lze v této souvislosti označit chování vyznačující se použitím síly vůči dítěti, a to jak v aktivní formě, tak i v přesahu mající podobu nepřímého násilí. **Zneužití** bývá v českém prostředí chápáno v návaznosti na pohlavní zneužití, které primárně nemusí mít násilnou povahu, **zanedbávání** poté zahrnuje způsoby neadekvátní a nedostatečné péče o dítě, jež ohrožuje jeho vývoj somatický, psychický, emocionální i sociální. Toto chování samotné či v kombinaci s týráním a zanedbáváním poškozuje osobnost dítěte a v nejzávažnějších variantách vede až k jeho smrti.

## 1.1 Syndrom CAN

Týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí lze poté shrnout do pojmu **syndrom CAN**. Ten vychází z výše zmíněného anglického názvosloví, kde je vyjádřen jako **Child Abuse and Neglect** a je běžně používán i v české odborné literatuře.

Podle Hartla a Hartlové (2010, s. 73) lze syndrom CAN definovat jako: „*jakékoli vědomé či nevědomé aktivity, jichž se dopouští dospělý, rodič, vychovatel nebo jiná osoba na dítěti a jejichž následkem dochází k poškození zdraví a zdravého vývoje dítěte.*“

Dunovský, Dytrych a Matějček (1995, s. 15) uvádějí, že tento pojem představuje soubor všech nepříznivých příznaků projevujících se v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti, v rodině především. Ty jsou výsledkem převážně úmyslného ubližování dítěti ze strany jeho vychovatelů, hlavně rodičů.

Špeciánová (2003, s. 27) pak zdůrazňuje nutnost stanovení základních kritérií pro identifikaci syndromu CAN, a to zejména pro jeho vnitřní složitost, časovou a proměnlivost: „*Jednotlivé konkrétní formy jednání či chování, které tvoří podstatu syndromu CAN, jsou značně variabilní, společné jim je však to, že jsou v dané společnosti považovány za nepřijatelné a společnost k nim přistupuje odmítavě.*“

Z výše uvedeného pak vyplývá, že syndrom CAN představuje obvykle nenáhodný způsob jednání nebo se jedná o záměrně vyvolanou situaci, jež není v konkrétní společnosti akceptovatelná. Podstatným znakem tohoto velmi závažného sociálně-patologického jevu je také možnost jeho předcházení, a to v souvislosti s rozpoznáním etiologie syndromu CAN. Dunovský, Dytrych a Matějček (1995) **způsoby vzniku syndromu CAN** člení na: **akci** (útok, agrese, nevhodná manipulace s dítětem, vyvolání či uvedení do ohrožující situace) a **ne-akci** ve smyslu soustavného neuspokojování potřeb dítěte (zanedbávání, izolace, nepečování, nevyhovující výživa, absence zdravotní a výchovné péče, nevyhovující bydlení).

## 1.2 Historicko-kulturní náhled na problematiku

Postavení dítěte a význam nejmladší generace pro společnost se v průběhu historického vývoje lidstva proměňovaly. Násilí na dětech v různých podobách a míře se vyskytovalo již v období paleolitu, kdy z axiologického a praktického hlediska měl

život dospělého jedince, člena tlupy či kmene vyšší hodnotu než život dítěte. Zvláště v obdobích materiálního nedostatku, ohrožujících klimatických podmínek či během dlouhodobějších ozbrojených konfliktů byly malé nesamostatné děti ponechávány napospas vnějším okolnostem, opuštěny nebo i aktivně usmrcovány. Malí příslušníci společenství také mnohdy sloužili jako rituální oběti při náboženských obřadech. V klasickém antickém světě měl nad dítětem svrchovanou moc otec, ten rozhodoval o jeho životě.

S příchodem křesťanství dítě získalo status samostatné lidské bytosti, s duší, na kterou se vztahuje Desatero. Přesto i ve světě a v době, kdy se prosadila víra v Boha, byl život nejmenších také předmětem pomsty mezi zneprátenými klany. Příklady takového počínání lze nalézt v historických dokumentech, které zachycují různá dějinná období lidské společnosti. Děti se také stávaly obětí politických a mocenských bojů. Vraždu nejmladších potomků rodu Vršovců například popisuje Kosmova kronika česká. O tom, že děti nebyly ušetřeny půtek ani v renesanci se zmiňuje ve svém politologickém díle Vladař také Niccolo Machiavelli (1518): „...*Tomu chtěl zabránit čtvrtým způsobem. Především chtěl úplně vyhubit rody těch pánů, jež oloupil...*“. Životy dětí pak v dalších historických obdobích ovlivňovaly rovněž hospodářské poměry společnosti a rodin, v nichž se narodily. Přelom 16. a 17. století znamenal zlepšení poměrů ve vztahu k nejmladší generaci ovlivněné prosazujícím se humanismem. V osvíceneckém 18. století byl vyslovován názor, že dítě je nadějí společnosti a jeho optimální vývoj si zaslouží náležitou pozornost. Důraz byl kladen rovněž na přiměřené vzdělání a školní docházku. Přesto však byly tisíce dětí mladších 14 let nuceny ekonomicky vypomáhat svým rodičům a levná dětská práce přispěla k rychlému rozvoji industriální společnosti. Teprve ve 2. polovině 19. století se v tehdejší Evropě začaly uplatňovat zákony zakazující využívat k výdělečné práci děti. Následně se proměňoval i rodinný život, způsob výchovy a dítě se stalo smyslem a naplněním života.

Prvním dokumentem, který zavazoval mezinárodní společenství k ochraně dětí, byla tzv. Ženevská Deklarace práv dítěte. Tu společnost národů přijala roku 1924. Ani tato proklamovaná snaha o ochranu dětí ale nedokázala zabránit jejich zabíjení a vyvražďování během 2. světové války. V reakci na válkou devastovaná lidská práva vznikl v 50. letech 20. století Dětský fond spojených národů UNICEF, který následně

prosadil Chartu práv dítěte. Tato právní norma již zmiňovala problém týrání a zneužívání dětí, a to jako závažný celospolečenský problém.

Jak uvádějí Dunovský, Dytrych a Matějček (1995) vrcholem dlouholetých snah o klasifikaci pojetí dětství a přístupu k němu je Úmluva o právech dítěte, přijata OSN v roce 1989. Její přínos podle výše zmíněných autorů spočívá zejména v domýšlení a zabezpečování potřeb nových lidských generací a jejich současnou i budoucí prosperitu.

Ani tyto snahy však v současnosti v globálním měřítku nevedly k zásadní eliminaci projevů týrání, zneužívání či zanedbávání u dětí. Problémem novodobých dějin jsou zejména ozbrojené konflikty, při nichž dochází k násilí na dětech v masovém měřítku. Langmeier a Krejčířová (2006) například zmiňují, že během posledního desetiletí 20. století byly takto fyzicky či psychicky zasaženy miliony dětí.

*„Zpráva UNICEF za rok 1996 odhaduje, že za posledních deset let zahynuly v konfliktech dva miliony dětí, 4-5 milionů jich bylo zmrzačeno, 12 milionů dětí ztratilo své domovy a nespočet dalších dětí je ohroženo podvýživou a infekčními nemocemi.“* (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 305).

## 2 FORMY TÝRÁNÍ, ZANEDBÁVÁNÍ A ZNEUŽÍVÁNÍ U DĚTÍ

První ucelená definice syndromu CAN byla poprvé uveřejněna v rámci III. Evropské konference pro prevenci týrání dětí. Ta se konala v Praze roku 1991. Výsledky vzešlé z tohoto odborného setkání pak reflektovala Zdravotní komise Rady Evropy, která následně v roce 1992 popsala primární pojmy vztahující se k dané problematice. Jedná se zejména o **tělesné týrání** (aktivního a pasivního charakteru), **psychické týrání**, **zanedbávání různého stupně**, **sexuální zneužívání** a **zvláštní formy týrání a zneužívání**.

### 2.1 Tělesné týrání

Jak uvádí Špeciánová (2003) za tělesné týrání je považováno chování vedoucí k následnému fyzickému zranění dítěte případně absence preventivních opatření, která mají takovému poranění zabránit. Tělesné týrání zahrnuje fyzické utrpení dítěte a také úmyslnou intoxikaci za přispění druhé osoby či udušení, a to tam, kde existuje prokazatelný důkaz nebo důvodné podezření, že toto jednání vůči dítěti bylo druhou osobou pácháno záměrně nebo mu nebylo vědomě zabráněno.

#### 2.1.1 Tělesné týrání aktivní povahy

Dle Dunovského, Dytrycha a Matějčka (1995) je nejprobádanější kategorií v souvislosti se syndromem CAN právě tělesné týrání, a to zejména mající aktivní charakter. Tělesné týrání aktivní povahy zahrnuje veškeré projevy násilí směřovaného vůči dítěti. Podskupinou této kategorie jsou pak **dětské oběti, u nichž vzniklo v důsledku násilí poranění**. To může být způsobeno například bitím, popálením, opařením, kopáním, třesením, svazováním a jinými způsoby agrese mířené na různé oblasti částí těla dítěte.



### 2.1.2 Druhy poranění typická pro tělesné týrání

Obecně se poranění charakteristická pro tělesné týrání naplňující znaky syndromu CAN dají rozčlenit do tří základních souborů. Ty tvoří **zavřená, otevřená** a **mnohočetná** poranění.

**Zavřená poranění** lze charakterizovat jako taková, při nichž dochází k poškození tkání a orgánů působením tupého násilí, přičemž obvykle nebývá narušena celistvost kožního povrchu těla obětí. Příčinou těchto poranění je náhlý a prudce působící úder či enormní tlak na plochu těla. Zavřená poranění vznikají také v důsledku nárazu těla na tupý předmět nebo pádem z výšky na zem. Závažnost důsledků poranění je pak závislá na části těla, která byla poškozena a stupněm i intenzitou užitého násilí. Mezi způsoby násilného jednání, při kterých vznikají uzavřená poranění, jsou především **otřesy**. Ty bývají příčinou funkčních poruch, jako jsou například otřesy mozku a míchy. Charakteristický je pro zavřená poranění také výskyt **pohmožděnín**, které vznikají po účinku tupého násilí. Následkem pak může být drobné nitrokožní krvácení projevující se krevními výrony. Četnější poté bývá zhmoždění podkožní tkáně s hematomem a otokem. Ten se barevně proměňuje v řádu jednoho týdne, kdy dochází k jeho postupnému vstřebávání. Hematom může mít i tvar identifikující předmět, jímž byl veden útok, ať už se jedná o otisk dlaně, prstů, vařečky, pásku, kabelu, řetězu, hadice atd. Krevní podlitiny se statisticky objevují u 90% tělesně týraných dětí, a to v typicky exponovaných částech těla.

Špeciánová (2003, s. 93) uvádí charakteristickou lokaci pro konkrétní typ útoku: *„Hematom na konkrétních místech obličeje (kolem oka – periorbitálně) a v obočí nebo natržení obočí, svědčí o úderu pěstí. Hematomy typické pro výprask se vyskytují současně na dolní části zad, hýždích a zevní straně steh. Pro týrání jsou dále charakteristické hematomy na měkkých částech těla (tváře, boltec ucha, genitál), nebo hematomy na více než dvou různých částech těla různého stáří.“*

Při posuzování příčin hematomů je rovněž nutné brát v úvahu i další možné příčiny jejich vzniku, jako jsou například různá krevní onemocnění, nezaviněná náhodná poranění při dětské hře, užívání léků ovlivňujících krevní srážlivost, hemangiom atd.

Mezi často se objevující pohmožděniny a poranění souvisejících s fyzickým týráním lze zařadit i kousnutí ze strany dospělého agresora či vytrhávání chomáčů vlasů, kroucení kůže na horních končetinách nebo ušního boltce.

Následkem tupého násilí bývá také poranění svalů, kloubů, šlach, nervů a cév. Častým poraněním u dětí, na nichž je pácháno fyzické násilí, jsou **poranění kostí, zlomeniny**. Ty nejsou v dětském věku nijak neobvyklé, přesto je nutné věnovat pozornost zejména mnohočetným zlomeninám v různých stádiích hojení a v kombinaci s poraněním měkkých tkání. Až čtvrtina fyzicky týraných dětí utrpí vlivem agrese frakturu některé z končetin, žeber, lebečních kostí, klíční kosti nebo lopatky.

Nejčastější příčinou smrti fyzicky týraných dětí, a to především v období do jednoho roku věku, je **poranění hlavy**. To bývá často doprovázeno ztrátou vědomí, subdurálním krvácením a následnými chronickými neurologickými problémy. Jak doporučují Dunovský, Dytrych a Matějček (1995), je nutné pátrat po etiologii poranění, zjistit okolnosti, které vedly k jeho vzniku a případně potvrdit či naopak vyloučit syndrom CAN na základě diferenciální diagnostiky.

*„Podezření na týrání musíme mít vždy, je-li dítě v bezvědomí a nevíme-li nic o vzniku poranění nebo nemáme-li patřičné vysvětlení vzniku úrazu.“* (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 44).

Dalším typem násilné akce, která spadá do kategorie zavřených poranění je **třesení** nebo-li **Shaken Infant Syndrom**. Jedná se o extrémní projev násilí vůči dítěti, které může mít za následek trvalé neurologické postižení, v krajním případě vede i ke smrti oběti, kterými jsou ve valné většině kojenci do jednoho roku věku. Podle Špeciánové (2003) nedochází v tomto případě k poranění měkkých tkání hlavy ani zlomeninám lebečních kostí, ale nebezpečí tkví zejména v porcích těla dětí, kdy dosud nevyvinuté krční svaly nedokážou dostatečně bránit prudkým pohybům hlavy ve směru třesení. Následkem této skutečnosti je setrvačný pohyb mozku, porušení žilních spojení, subdurální krvácení či pohmoždění nebo přerušení míchy.

V pořadí druhým nejčastější příčinou úmrtí fyzicky týraných dětí je škála **nitrobřišních poranění**. Ta mohou mít povahu zavřeného i otevřeného zranění. Poranění, která nejsou vizuálně patrná obvykle klinicky, vykazují symptomy náhle břišní příhody. Razantním tupým úderem do oblasti trupu může být způsobena ruptura jater, sleziny, slinivky, žaludku, dvanácterníku a dalších orgánů vyplňujících dutinu

břišní. Riziko takového traumatu spočívá zejména ve velké pravděpodobnosti vzniku významné ztráty krve nebo vytékání obsahu trávicího traktu do dutiny břišní a v hrozící infekci ústící v zánět pobřišnice.

**Otevřená poranění** mají charakter rány s porušením kožního povrchu těla týraného dítěte, sliznic nebo povrchu některého z orgánů. Při klasifikaci takových poranění lze pak rozlišovat mezi odřeninami, rozsáhlými ztrátami tkáně, ranami řeznými, sečnými, bodnými, tržnými nebo způsobenými střelnou zbraní či kousnutím. Otevřená poranění pak mají efekt, který vyvolává reakci celého zasaženého organismu, a to zejména při ztrátě krve. Ta může vést k šoku a kolapsu. Tato poranění je také možné diferencovat podle postižených částí těla. Jedná se o **rány na hlavě** s doprovodným roztrháním lebečních kostí. Při úderu směřovaného do oblasti očí dochází k **nitroočnímu krvácení**, které je typické zejména pro rány pěstí do oka, násilí směřované na hlavu nebo pád na ocnici. Při závažném poškození očního bulbu může dojít k trvalým následkům v podobě snížení zrakové ostroty, zasažení oka infekcí nebo ztráty zraku, a to obou očí v důsledku přenosu infekce očním nervem do chiasma opticum. Závažná a život ohrožující poté bývají **poranění hrudníku** vykazující se možnostmi vzniku pneumotoraxu. Napříč věkovým spektrem týraných dětí se často objevují také poranění způsobená **popálením** a **opařením**. Jak uvádějí Dunovský, Dytrych a Matějček (1995) bývají touto formou týrání postiženy děti už od nejtěplejšího věku.

*„Do vařící vody bývají ponořeni kojenci, větší děti spíše polity horkou vodou. Při náhlém vhození do vařící vody bývá patrna linie ponoření a bývají popáleny hýždě a genitálie.“* (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 48). Titíž autoři dále uvádějí, že některé typy popálenin mají rozpoznatelný tvar objektů, které je způsobily, ať už se jedná o elektrická kamna, gril, žehličky nebo kulmy. Zcela specifické a signifikantní jsou stopy po pálení cigaretou, jež zanechávají v kůži okrouhlé hluboké krátery. Problematické při odhalování případů tělesného týrání formou popálení je zejména skutečnost, že popálení bývají vystaveny části těla, které se běžně neodhalují, jako jsou například genitálie, hýždě nebo chodidla. K tepelnému poranění povrchu těla poté může dojít třením při vlečení dítěte například po koberci nebo těsným svazováním končetin provazem. Popsány jsou i případy, kdy příčinou popálení bylo horké jídlo násilím vkládané dětem do úst, tímto jednáním následně u obětí došlo ke zjizvení rtů

a okolí ústního otvoru. Tepelná zranění mají kromě lokálního postižení také sekundární důsledky, a to v celkové reakci organismu, sepsi a infekci. Alarmující jsou poté lékařské prognózy, z nichž vyplývá, že při popálení 50% těla dochází u poloviny postižených k úmrtí, zasažení 70% těla nepřežije přibližně 90% obětí. Špeciánová (2003) upozorňuje, že ke vzniku popáleniny je zapotřebí kontakt těla s horkou vodou o teplotě 60 stupňů Celsia po dobu alespoň 3 vteřin, popálenina 3. stupně následně vzniká v rozsahu 10 - 15 vteřin.

Třetí skupinou v typologii zranění vznikajících v důsledku tělesného týrání jsou **mnohočetná poranění**. Ta se objevují obvykle v situacích, kdy týrání dítěte trvá v průběhu delšího časového úseku, agrese vůči dítěti je opakovaná a se stupňující se progresí. Pro mnohočetná poranění je rovněž typické, že k nim dochází zpravidla v rodinách či v úzkém okruhu blízkých lidí. Prognóza vývoje situace, v níž se dítě ocitá, je v tomto případě velmi nepříznivá, existuje totiž předpoklad vysoké pravděpodobnosti dalších útoků na dítě, přičemž stejnou měrou narůstá riziko závažnosti zdravotní újmy, případně smrti.

### 2.1.3 Tělesné týrání pasivní povahy

Pojmem tělesné týrání pasivní povahy se rozumí takový přístup k dítěti, kdy nejsou ze strany dospělých, obvykle rodičů, v dostatečné, míře uspokojovány jeho elementární tělesné potřeby, a ve svém důsledku i vyšších potřeb psychických a sociálních. Jedná se o úmyslnou či neúmyslnou absenci péče. Dunovský, Dytrych a Matějček (1995) také v této souvislosti zmiňují pasivní týrání vyplývající z opomenutí v péči o dítě, nezvládnutí rodičovské role, a to z důvodu vlastní nezralosti, nedostatečných znalostí, psychických poruch nebo preference jiných priorit, než je péče o potomky. Dopad takového pasivního přístupu ze strany dospělých se pak projevuje v neprospívání dítěte, zanedbanosti, nerozvinutí jeho fyzického i psychického potenciálu, pseudooligofrenii a vztahu k úzkému i širšímu sociálnímu prostředí. Dítě vystavené tělesnému týrání pasivní povahy bývá celkově zpustlé, v krajním případě mu hrozí také smrt.

Forma pasivního týrání dítěte má několik aspektů. Jednou z nich je mimo jiné **porucha v prospívání dítěte spojená s nedostatečnou výživou**. Nízká kvalita stravy

i její nedostatek následně vede k podvyživenosti, nepřiměřeně nízké hmotnosti, onemocněním způsobeným absencí vitaminů a v nejzávažnějších případech i k zástavě růstu. Dalším způsobem pasivního tělesného týrání dětí je **nedostatek zdravotní péče**, a to léčebné i preventivní. Langmeier a Krejčířová (2006) zmiňují odmítání zdravotní péče v souvislosti s náboženským vyznáním a rituály.

*„K méně nápadnému, ale neméně nebezpečnému ubližování může docházet odmítáním odborné zdravotní péče některými sektami (např. transfuze krve – Svědci Jehovovi) i jednotlivými rodiči, kteří dítě „léčí“ zařkáváním, ale i krutým bitím, které má „vyhnat ďábla“. Není to bohužel tak izolovaný a řídký jev, jak by se zdálo, opakované a systematické týrání a zneužívání v podobných uzavřených společenstvích bylo popsáno v Kanadě, USA, Velké Británii i jinde...“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 284).*

Do této kategorie je také začleněna nedostatečná hygiena, nízká míra ochrany dítěte a chybějící vřelé citové projevy vůči dítěti. Výrazný sociální aspekt má rovněž **nedostatek vzdělání a výchovné péče, nevyhovující přístřeší, ošacení a ochrana** dítěte před negativními vlivy. Specifickou problematikou v této souvislosti je **vykořisťování**, které mívá podobu skryté fyzicky náročné dětské práce, žebrání nebo donucování ke krádežím, kdy dospělé osoby operují s nízkým věkem dětí, jimž v případě odhalení nehrozí trestní stíhání. Dunovský, Dytrych a Matějček (1995) popisují například situaci v centru Prahy, kdy se začátkem 90. let 20. století začali objevovat žebrající klany původem z Balkánského poloostrova, které k vyvolání soucitu kolemjdoucích a svému finančnímu profitu využívaly kojence, a to i v nepříznivých povětrnostních podmínkách.

V souvislosti s tělesným týráním aktivní i pasivní povahy je nutné zmínit i symptomy a **identifikační markery**, které pomáhají odhalovat výskyt tohoto sociálně patologického jevu v konkrétních případech. Vaníčková (2009) například poukazuje na existenci evidentních identifikačních markerů zahrnující výše zmiňované důsledky fyzického týrání, jako jsou mimo jiné hematomy, kožní rány, oděrky, neléčené zlomeniny, signifikantní popáleniny nebo mnohočetná vnitřní poranění. Autorka ale zároveň uvádí i **nespecifické identifikační markery**, které mohou mít podobu zvýšené úzkostnosti, neadekvátních obranných reakcí, útěků z domova, náhlého a enormního zhoršení školního prospěchu, záškoláctví, konzumace alkoholu, tabáku nebo drog,

agresivního a neadekvátního chování případně neschopnosti běžné sociální komunikace a dobrovolné izolovanosti.

## 2.2 Psychické týrání

Pod pojmem psychického týrání je rozuměno takové jednání, jež zásadně a negativně ovlivňuje citový vývoj dítěte. Obdobně jako u kategorie tělesného týrání lze i to psychické primárně rozdělit na týrání v **aktivní** či **pasivní** podobě. **Aktivní** složka psychického týrání je tvořena zejména v cíleném, účelovém a záměrném jednání, kdy je dítě vystaveno **nadávkám, slovním útokům, vyhrožování, strašení, slovnímu opovrhování, nepřiměřené kritice jeho nedostatků, zesměšňování** a otevřené **hostilitě** ze strany dospělých. **Pasivní** formy psychického týrání představují absenci takového jednání a chování dospělého, obvykle rodiče, při němž jsou u dítěte saturovány psychické a emocionální potřeby. Pasivně psychicky týrané dítě se zpravidla setkává s **nezájmem, neláskou, nevšímavostí, ignorancí a nedostatkem péče**.

Týrání, při němž se nevyskytuje tělesné poškození dítěte lze také rozdělit do jednotlivých skupin, pro které jsou charakteristická určitá kritéria. Psychologové Hart a Brssard (1991 In: Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 283) rozlišují pět subtypů psychického týrání. Těmi jsou **pohrdání** (ponižování, posmívání, hrubé nadávání, zavrhování, zdůrazňování neschopnosti nebo morální zkaženosti), **terorizování** (hrozby tělesného ublížení nebo zabití, přihlížení rodinnému násilí), **izolování** (bránění interakci s vrstevníky nebo dospělými, zavírání na záchodě nebo v jiné, často tmavé, místnosti, zejména na delší dobu), **korumpování** (povzbuzování k antisociálnímu jednání, k užívání drog či alkoholu, využívání dítěte v roli náhradního rodiče), **odpírání emoční opory** (psychologická nedostupnost, ignorování pokusů o interakci). Dunovský, Dytrych a Matějček (1995) spatřují jako zvláštní kapitolu psychického týrání také **permanentní srovnávání se sourozencem**, který dle rodičů vykazuje vyšší míru úspěšnosti ve škole, je pořádnější, spolehlivější či chytřejší a na základě toho si zasluhuje z jejich strany více pozornosti, péče, lásky a obdivu. Dítě nedosahující takových domnělých kvalit, které jsou mu předestírány, obvykle bývá ze strany rodičů odmítáno a jeho potřeby po psychické a emociální stránce nejsou saturovány. Sebevědomí a sebedůvěra takového dítěte pak bývají podřívány. Psychickým násilím

pak může být i chápáno takové jednání ze strany dospělého, které má za cíl posílit jeho vlastní psychiku na úkor dítěte nebo kdy dítě slouží jako nástroj uspokojování nenaplněných tužeb či ambicí jeho rodičů nebo blízké dospělé osoby.

*„Psychickým násilím je také situace, kdy rodiče či vychovatelé mají tendenci udržovat rovnováhu své osobnosti na úkor dítěte.“* (Vaníčková, 2009, s. 10).

Mezi časté formy syndromu CAN projevující se psychickým strádáním dítěte je **šikana**. Říčan (In: Dunovský, Dytrych a Matějček, 1995) definuje šikanu jako agresi, které se dopouští jedinec nebo skupina vůči jedinci nebo skupině osob, přičemž ty nejsou schopny se proti takovému jednání účinně bránit. Elliottová (1995) zase vnímá šikanu jako zneužívání síly a pravomoci.

Charakteristickým jevem šikany je také její opakování. Týrání v rámci šikany mívá charakter fyzického i psychického násilí. Přičemž v počátcích je oběť obvykle vystavena nejprve slovním útokům, případně je ostentativně ignorována ze strany agresora nebo skupiny agresorů, může být vystavena také intrikám a pomluvám. Nezřídka pak tato forma šikany přejde ve formu fyzického násilí. To bývá v počátečním stádiu namířeno na osobní věci šikanovaného, kdy agresori například poničí jeho oděv, školní pomůcky, brýle, kolo apod. Postupně dochází ke eskalaci násilí a šikanované dítě či skupina dětí je fyzicky napadána, nucena k různým ponižujícím fyzickým úkonům.

S nástupem moderních technologií na přelomu tisíciletí a rozvojem sociálních sítí v několika posledních letech se objevuje nový fenomén, a tím je **kyberšikana** (cyberbullying). K šikanování oběti v tomto případě slouží internet či mobilní telefon. Nebezpečí kyberšikany představuje skutečnost, že útočníci zůstávají v anonymitě a oběť nedokáže původce ataků identifikovat. Virtuální prostor pak dává k šikanování příležitost i jedincům, kteří v objektivní realitě nebývají typickými agresory a mnohdy sami mají nějaký handicap, pro nějž mohou být terčem různých ústrků či ponižování. Mnohdy se může jednat také o reciproční šikanu, kdy se oběť fyzického a psychického násilí mstí svým trýznitelům v kyberprostoru.

*„Tak, jako se liší virtuální svět od světa reálného, liší se kyberšikana od tradiční šikany. Problémem však je, že děti a mladí lidé za těmito projevy šikany vůbec nemusí vidět. A protože nepoznají, že se jedná o šikanu, neví, jak se s ní vypořádat.“* (Co je kyberšikana? [online]. 2009-2013 [cit. 2013-10-16]. Dostupné na WWW: <http://cms.e-bezpeci.cz/content/view/14/39/lang,czech/>.)

Mezi nejběžnější projevy kyberšikany mimo jiné patří zasílání urážlivých, zastrašujících zpráv nebo pomluv a provokací prostřednictvím e-mailu, SMS zpráv nebo jejich zveřejnění na sociálních sítích (facebook, twitter aj.). Agresoři mohou také pořizovat videozáznamy oběti, jež poté zneužívají k zastrašování nebo vydírání, šikana může mít i formu vytvořené fiktivní webové stránky, kde je oběť prezentována v nelichotivých situacích nebo jsou o ní zveřejňovány nepravdivé dehonestující informace. Násilí prostřednictvím moderních technologií má velmi často i podobu zveřejňování intimních tajemství. V krajních případech se oběť kyberšikany ocitá pod takovým psychickým tlakem, jemuž nedokáže sama čelit. V této souvislosti jsou zaznamenány i případy suicidálního chování a dokonanych sebevražd. V roce 2013 byly zaznamenány sebevraždy v důsledku kyberšikany například v Kanadě, kde spáchala sebevraždu šestnáctiletá dívka Rehtaech, a to po soustavném výsměchu a urážkách její osoby na internetu, oběšená z podobného důvodu volila i čtrnáctiletá Hannah z Velké Británie a zbytečnou smrtí stejně staré Caroliny skončilo psychické týrání prostřednictvím internetu v Itálii.

Jak uvádějí Chytrý, Procházková, Solařová, Spilková (In: Špeciánová, 2003, s. 21):

*„Psychické týrání je nejrozšířenějším druhem týrání vůbec a je zároveň nejhůře rozpoznatelné.“*

Při odhalování psychického týrání pak mohou být vodítkem **nespecifické identifikační markery**. Pozornost je nutné věnovat hlavně změnám chování a emocí, jako jsou častá lítostivost, vztek, úzkost, strach, smutek, apatie, deprese, nízká sebedůvěra, sebepodceňování, nerozhodnost, neschopnost vyjádřit své názory a požadavky, psychosomatická onemocnění, bolesti hlavy, břicha, svalů, zvýšená teplota bez etiologie spočívající ve virové nebo bakteriální infekci, ekzematická onemocnění, nevolnost, třes rukou, poruchy chování, jako je lhaní, odmlouvání, bezdůvodná agresivita bez zjevného spouštěcího impulsu aj.



### 2.3 Zneužívání v rámci syndromu CAN

Obecně lze do pojmu zneužívání zahrnout široké spektrum aktivit, kdy člověk využívá druhého ke svému vlastnímu profitu, ekonomickému obohacení, uspokojení různého typu, a to z pozice fyzické, psychické, intelektuální nebo sociální převahy. V rámci syndromu CAN je poté největší pozornost ze strany odborníků věnována **sexuálnímu zneužívání dětí**. Jak uvádí Weiss (2005), při zkoumání problematiky sexuálního zneužití v dětství je nutné vycházet z historicko-sociálního kontextu. Obecně lze přijmout zásadu, že konstantou akceptovatelného sexuálního chování je pokrevní nespřízněnost sexuálních partnerů (výjimku činí tradice vládnoucích dynastií starověkého Egypta nebo Incké říše) a požadavek tolerovatelné věkové zralosti a nepřijatelnost sexuálních aktivit a vztahů dospělých či dospívajících jedinců s dětmi v prepubertálním vývojovém stupni.

*„Přitom o normalitě či abnormalitě sexuálního chování zde z hlediska sexuologického uvažujeme pouze v souvislosti s psychosexuální a somatosexuální zralostí objektu, nezávisle na zákonem určené hranici věku pohlavního styku.“* (Weiss, 2005, s. 11).

Pojetí normality sexuálního chování se v různých historických obdobích a společnostech proměňoval, ani v současnosti neexistuje jednotná platná norma, ať už zvyková nebo kodifikovaná, která by stanovovala všeobecně přijímanou věkovou hranici zahájení sexuálních aktivit. Graupner (In: Weiss 2005, s. 12) zmiňuje, že legislativa související s určením minimálního věku, od něhož není pohlavní styk nezákonný, se začíná objevovat přibližně před třemi sty lety. Do té doby se sexuální zralost posuzovala na základě individuální psychické a somatické vyspělosti. V dnešní době mají právní společnosti stanovenou minimální hranici pro beztrestné zahájení sexuálního života. Ta se zpravidla pohybuje v rozmezí od dvanácti až do šestnácti let. Zcela specifický systém se uplatňuje v USA, kde je pro různé sexuální praktiky, které nemusejí mít nutně povahu koitálního styku, stanoveny různé hranice, a to i v závislosti na konkrétním federálním státu.

V posuzování problematiky sexuálního zneužívání dětí je možno vycházet z řady definic. Avšak jedna univerzální a všeobecné platná, jež by komplexně postihovala tuto sociální patologii, v podstatě neexistuje. Dunovský, Dytrych a Matějček (1995) chápou sexuální zneužívání dětí jako akt, při kterém se dospělý

jedinec sexuálně ukájí dítětem nebo ho komerčně využívá za účelem prostituce či pornografie. Špeciánová (2003) zase říká, že sexuální zneužívání je nevhodné exponování dítěte sexuálnímu kontaktu, pohlavnímu styku, aktivitě nebo kontaktu, přičemž zahrnuje i veškeré dotýkání se dítěte mající sexuální podtext. Zneužívání pak chápe, stejně jako Dunovský, Dytrych a Matějček, i jako vykořisťování dítěte v sexuální rovině. Elliottová (1995, s. 49) pak specifikuje i věkovou diferenciaci mezi obětí a pachatelem: „*Sexuálním zneužíváním dítěte se rozumí využívání osoby mladší patnácti let k získání sexuálních požitků, uspokojení či jiného prospěchu osobou plnoletou, zpravidla výrazně starší.*“ Tato autorka zároveň upozorňuje na souvislost mezi věkem a závislostí zneužívaného na dospělé osobě. V tomto případě se poté věková hranice oběti, kdy je možno hovořit o zneužívání, posouvá až na 18 let.

Sexuální zneužívání dítěte definovala také Rada Evropy v roce 1992. Ta tímto jevem rozumí jakékoliv sexuální dotýkání, styk či vykořisťování, a to kýmkoliv, kdo o dítě pečuje nebo se s ním dostal do nějaké formy kontaktu. Může se pak jednat o rodiče, příbuzného, přítele, odborného pracovníka, dobrovolného pracovníka například ze sféry volnočasových aktivit nebo o naprosto cizí osobu.

Kellogová a Hoffman (In: Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 285) užívají termín **nežádoucí sexuální zkušenost** a zahrnují pod tento pojem jakýkoliv druh sexuálního dotýkání, které dítě vnímá jako nepříjemné nebo obtěžující a mnohdy bývá vynucené. Tito badatelé tak kladou důraz nejen na prostou klasifikaci a objektivní vymezení sexuálního zneužívání, ale také na vnímání a subjektivní prožívání této situace dítětem.

### 2.3.1 Způsoby a formy sexuálního zneužívání

Sexuální zneužívání dětí je možné elementárně rozlišit na **bezdůtkové**, kdy nedochází k žádnému fyzickému kontaktu mezi dítětem a abusérem a **důtkové**, při němž se jedná o dotýkání se dítěte, a to ze sexuálních pohnutek.

Mezi **bezdůtkové formy** sexuálního zneužívání patří zejména **exhibicionismu**. Při něm dospělý obnažuje své genitálie a ukazuje je druhé osobě či osobám, v tomto případě jsou pak cílem jeho pozornosti a aktivity děti. K obnažování pak nezřídka dochází na veřejných místech s vysokou koncentrací a pravděpodobností výskytu dětského „publika“. Již jako jisté klišé je stereotyp exhibicionisty, muže, který je jinak

celý nahý oděn pouze do kabátu, jenž se pohybuje parkem a čeká na příhodnou příležitost a oběť. Exhibování ale může mít i mnohem nenápadnější podobu, kdy exhibicionista jeví dojem, že k jeho odhalení došlo dílem náhody nebo v důsledku konkrétní přirozené situace, jako je například sprchování před vstupem do krytého bazénu, převlékání v šatnách při sportovních utkáních apod.

Bezdotykovým sexuálním zneužíváním je rovněž přinucení dítěte k svléknutí, následné pořizování jeho fotografií, videozáznamů, sledování pornografických filmů nebo časopisů, webových stránek společně s dítětem nebo telefonáty obscénního charakteru či se sexuálním podtextem. V současnosti se abuséři stále častěji uchylují ke zneužívání dětí prostřednictvím sociálních sítí. Relativně novým pojmem je pak **sexting**.

*„Slovo sexting je složeninou vzniklou ze slov "sex" a "textování" = elektronické rozesílání textových zpráv, fotografií či videa se sexuálním obsahem. Dochází tak k poškozování oběti, známy jsou i různé formy vydírání.“ (Víte co je kybersikana? O problematice nebezpečných jevů prostřednictvím internetu a mobilních telefonů. [online]. 2011-2013 [cit. 2013-10-17]. Dostupné na WWW: <http://www.policie.cz/clanek/vite-co-je-kybersikana.aspx>).*

Z informací na webových stránkách s názvem E-BEZPEČÍ vyplývá, že sexting představuje hrozbu především v souvislosti s šířením pornografie: *„První případy sextingu byly zdokumentovány v roce 2005. Sexting podporuje šíření pornografie mladistvých a dětí, které je celosvětově zakázáno. V České republice již byla zaznamenána řada případů sextingu, řadu z nich lze posuzovat právě jako šíření dětské pornografie.“ (Co je sexting? [online]. 2009-2013 [cit. 2013-17-16]. Dostupné na WWW: <http://cms.e-bezpeci.cz/content/view/154/19/lang,czech/>).*

Na rozhraní mezi bezdotykovým a dotykovým sexuálním zneužíváním dětí lavíruje chování označované jako **harasement**. Český ekvivalent tohoto výrazu hojně užívaný zejména médii je **sexuální harašení**. V odborné literatuře se pak častěji uvádí termín **sexuální obtěžování**. Podle Hartla a Hartlové (2010) jsou znaky harasementu nátlak se sexuálním podtextem, sužování, žertování s využitím sexuálně-erotických poznámek a výrazů, pohledy, lascivní gesta, ale také dotyky, poplácávání hýždí, tisknutí apod. Takového chování se dopouští dospělý vůči podřízenému dítěti.

Do kategorie **dotykového zneužívání** spadá **obtěžování** závažnějšího a intenzivnějšího charakteru, než je výše popsáný *harassment*. Jedná se zejména o aktivity, kdy je dítě vystaveno líbání, osahávání na genitáliích, prsou, vnitřních stranách stehien, hýždích, a to dospělou osobou. Nezřídka pak bývají dotyky doprovázeny vulgarismy s erotickým obsahem nebo grimasami. Hrubým násilím je poté **sexuální útok**, ten se vyznačuje užitím intenzivní síly pro překonání aktivního odporu dítěte. K dotýkání na erotogenních zónách, líbání a mazlení, přibývá poškozování dítěte, kdy dospělý do něho vniká prsty, jazykem, nebo mu do pochvy či análního otvoru zasouvá různé předměty nebo dítě nutí k masturbaci penisu rukou či ke styku mezi vnitřními stehny.

Extrémní a zvláště závažnou formu zneužívání představuje **znásilnění**. Jedná se o nedobrovolnou soulož, jež je vynucená fyzickým násilím nebo výhružkami a hrozbami. Znásilnění poté může mít podobu vniknutí penisu do pochvy, análního otvoru či úst. Vzhledem k dítěti se jedná vždy o silně traumatizující zážitek, a to po psychické i fyzické stránce. Vzhledem k nedokončenému vývoji pohlavních orgánů obětí a disproportionality těl dětí a dospělých může dojít i k trvalému poškození jejich organismu, v některých případech má znásilnění fatální následky a oběti tento akt násilí nepřežijí.

Odborná literatura popisuje jako specifickou formu kontaktního zneužívání **incest**. Dle Špeciánové (2003) se o incestní chování jedná v případě, kdy různé sexuální aktivity mezi sebou praktikují osoby, jimž na základě platné legislativy není povoleno uzavřít sňatek, tedy v úzké rodině a příbuzenstvu. V České republice pak mohou vstoupit do manželství v nejbližším pokrevním příbuzenství bratranec se sestřenicí.

Incestní sexuální styky patří mezi nejtraumatičtější způsoby zneužívání dětí. Pöthe (In: Weiss, 2000) zdůrazňuje, že incestní chování má zásadně negativní vliv na vzájemný vztah mezi abusérem, zároveň také poškozují rodinu jako celek a má za následek rozpad rodinných struktur. Rozpad původní rodiny také sám o sobě může znamenat rizikový faktor pro vznik incestu. Dítě žije samo s jedním z rodičů a v krajním případě je nuceno suplovat roli chybějícího partnera, a to i po sexuální stránce. Ohroženy jsou v této variantě zejména dívky, o které pečuje pouze otec.

Hadj-Mousová (1999, s. 47) zmiňuje například záměrnost výběru osamělé matky s dětmi ze strany pachatelů sexuálního zneužívání: „*Pachatelé sexuálního*

*zneužívání uvádějí, že často vyhledávají právě osamělé matky s malými dětmi, přetížené a vyčerpané, protože jsou pro ně snadným terčem.“* Obava z opuštění a snaha po udržení vztahu s novým partnerem je poté důvodem, proč řada matek se při odhalení sexuálního zneužívání svých dětí staví na stranu nového partnera a tvrzení svých potomků vydává za smyšlená nebo přehnaná. Dítě se tak ocitá v naprosto bezútěšné situaci, kdy je zrazeno nejbližším člověkem, kterým by měla být právě jeho matka.

**Incestní chování** je definováno jako společné sexuální aktivity **mezi dítětem a pokrevním rodičem, dítětem a příbuzným, včetně nevlastního rodiče a mezi sourozenci**. V případě incestu pak nemusí jít výlučně jen o sexuální zneužívání dětí, ale jak popisuje Hadj-Mousová (1999), může se jednat o sexuální kontakt i mezi dospělými příbuznými osobami a ten je trestně stíhán a společensky zavrhován bez ohledu na věk. Incest je také pojímán jako tabu v naprosté většině všech společenství napříč jejich dějinným vývojem. I přes tento odsudek se většina případů sexuálního zneužívání dětí odehrává právě v rodinách nebo v příbuzenském prostředí.

### **Stupně závažnosti sexuálního zneužívání u dětí**

Způsoby sexuálního zneužívání dětí jsou značně diferenciované, co se týče intenzity, četnosti, traumatizace obětí a následků tohoto jednání. Mohou mít různou podobu, ať už se jedná o zdánlivě téměř nevinné vzájemné svlékání až po násilím vynucený dokonaný koitus. Vaníčková (2009) například popisuje tři základní stupně intenzity kontaktního sexuálního zneužívání:

- 1. polibky a doteky na sekundárních pohlavních znacích**
- 2. polibky s vkládáním jazyka do úst dítěte, manipulace pohlavních orgánů prsty**
- 3. veškeré způsoby pohlavního styku**

Russell (In: Špeciánová, 2003) rozlišuje také tři kategorie sexuálního zneužívání, přičemž se neomezuje pouze na jeho kontaktní formy. Do kategorie **nejméně závažných** forem sexuálního zneužívání řadí mimo jiné svlékání nebo fotografování, dále pak líbání s pronikáním jazyka do úst dítěte, laskání genitálií prsty nebo vnucenou masturbaci. **Středně závažnou** formou označuje líbání a tisknutí prsou, pronikání prstů, jazyka či předmětů do vagíny nebo análního otvoru a vzájemným dotyk genitálií. **Velmi**

**závažné** formy sexuálního zneužití představuje především orální, vaginální a anální styk uskutečněný penisem.

Nejkrajnější a fatální stupeň sexuálního zneužití pak představuje **sexuální útok nebo opakované sexuální zneužití s následkem smrti oběti**. Ta může být způsobena při samotném sexuálním aktu například závažným poraněním dutiny břišní s vnitřním krvácením, nezáměrným udušením ve snaze ztišit oběť apod. Časté jsou ale i případy, kdy je dětská oběť sexuálního násilí úmyslně zavražděna z důvodu eliminace rizika prozrazení nebo v důsledku sadistické či nekrofilní deviace pachatele. Popsány jsou i kauzy, kdy pachatelé své oběti spoutali, uvěznil, či odvezli na neznámé místo, kde je zanechali svému osudu. Velmi medializovaným byl v polovině 90. let 20. století případ sadistického pedofila Marca Dutrouxe. Ten společně se svými spolupachateli, mezi něž patřila jeho manželka, v Belgii unesl v letech 1995 až 1995 šest dívek ve věku od 8 do 19 let. Ty následně věznil a soustavně zneužíval. Dvě nejstarší (17 a 19 let) pohřbil zaživa na zahradě svého domu, dvě nejmladší (obě 8 let) poté zemřely hladu v provizorním vězení bez jakékoliv pomoci. Trýznění přežila jen dvě děvčata ve věku 12 a 14 let.

Tento způsob sexuálního zneužívání, především pak jeho následky, je svou povahou extrémní a výjimečný. Mnohem častěji se odborníci z řad dětských psychologů, psychiatrů, sociálních pracovníků, pediatriů nebo kriminalistů setkávají se sexuálním zneužíváním spadajícím do výše popsaných tří stupňů závažnosti. Avšak tyto kategorie nejsou striktně vymezeny a ohraničeny, spíše se mezi sebou prolínají a vzájemně se prostupují.

Z pohledu Vaníčkové (1999) je podstatným a rozhodujícím faktorem, v souvislosti s hodnocením sexuálního chování dospělého vůči dítěti, prožívání dané situace přímo dítětem. „*Pro sexuální zneužívání platí, že pokud se dítě cítí v důsledku nějakého sexuálního chování nebo chování, které má sexuální podtext, nepříjemně, pak jde o sexuální zneužívání.*“ (Vaníčková, 1999, s. 41).

### **Komercializované sexuální zneužívání dětí**

Při zkoumání rozsáhlé problematiky sexuálního zneužívání nelze pominout ani takové jednání, kdy jsou děti pohlavně zneužívány pro komerční účely. Zejména v posledním desetiletí se tento jev stává stále palčivější i v českém prostředí,

a to zejména v souvislosti s fenoménem internetu a sociálních sítí či volnému pohybu osob na území Evropské unie i ostatních kontinentů. Autoři zabývající se touto problematikou, jako jsou Vaníčková, Dunovský nebo Milfait, diferencují v jejím rámci zejména **dětskou prostituci, pornografii s dětskými aktéry a obchodování s dětmi pro sexuální průmysl**. Stockholmský kongres v roce 1996 vyložil komerční zneužívání dětí jako využití dítěte pro sexuální účely za finanční úplatu nebo výměnou za naturálie, a to mezi dítětem a zákazníkem, dítětem a zprostředkovatelem či jinými osobami, jež různým způsobem profitují na tomto jednání. V Milfaitově práci (2008) je popsán také pojem **pedosexuální turisté**. Tedy turisté, kteří během svého pobytu v zahraničí příležitostně navazují komerční sexuální kontakty s dětmi, případně zcela záměrně při výběru dovolené preferují destinace, v nichž mají možnost uskutečnit své sexuální představy.

*„Regionální těžiště sexuálního turismu v jihovýchodní Asii leží totiž tam, kde dospělí prostituující působí jako (malé) děti.“ (Milfait, 2008, s. 110).*

### **Syndrom dětského přizpůsobení se sexuálnímu zneužití**

V kontextu sexuálního zneužívání a syndromu CAN vykrytalizoval rovněž pojem **syndrom dětského přizpůsobení se sexuálnímu zneužití (child sexual abuse accommodation syndrome - CSA)**. Tento jev popsal v roce 1983 americký dětský psychiatr Summit, který se zabýval sekundární viktimizací (druhotným zneužitím a opětovným prožitím traumatu) dítěte v průběhu odhalování jeho sexuálního zneužívání, vyšetřování či následné terapie. Dítě v této situaci tvrdě naráží na realitu a zažívá deziluzi z nepochopení jím prožívané krize ze strany nejbližších lidí, vyšetřovatelů, psychoterapeutů, sociálních pracovníků apod. Namísto úlevy se u něho dostavuje další trauma a nedostatečná podpora ze strany osob, který by mu ji měly poskytnout.

*„Dítěti se nevěří, dospělí jsou proti němu, odmítají jeho tvrzení a dítě je tak zbaveno jakékoliv naděje na důvěryhodnost...Dítě obtěžované otcem nebo jiným mužem v rodičovské roli a odmítnuté matkou je psychologicky osiřelé a bezbranné proti mnohočetným škodlivým následkům.“ (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 72).*

Ve snaze nepříznivý stav a svou pozici nějakým způsobem zvládnout, vyrovnat se s ní a přežít, ve smyslu přijetí budoucnosti, dochází u dítěte k popření této extrémně

stresující zátěže. Syndrom CSA zahrnuje pět kategorií či fází (Finkelman In: Vaníčková, 1999):

- 1. Utajování** - dítě je k utajování dohnáno pod tíhou okolností, často bývá abusérem vydíráno nebo nátlakem donuceno zneužití chápat jako společné tajemství, případně je v něm vyvolán odpovědnost a pocit viny za to, co se mu stalo.
- 2. Bezmocnost** - oběti zneužívané rodičem nebo blízkou osobou celou jeho pozici znesnadňuje také ambivalentní vztah k abusérovi. Často mu totiž bývá dítě svěřeno do péče a to v něm vidí autoritu, která by mu nikdy nebyla schopna ublížit.
- 3. Svedení a přizpůsobení** - sexuální zneužívání není jednorázovou záležitostí, ale jevem opakujícím se v určitých periodách. Dítě nedokáže odhadnout, zda se někdy v budoucnu jeho situacelepší, nebo jestli se jedná o status quo. Oběť se tak postupně přizpůsobuje skutečnosti a ta se pro něho stane zvykovou. Dětská oběť poté nechce akceptovat chování blízkého člověka, jako něco odsouzeníhodného a špatného, proto přičítá vinu sama sobě. Usiluje o lásku abuséra tím, že mu vyhoví.
- 4. Opožděné, konfliktní a nespravedlivé odhalení** - je jedním z obvyklých znaků zneužívání v rámci rodiny. Dítě si po delší čas nechává negativní zkušenost samo pro sebe. K odhalení pak dojde v nějaké vypjaté situaci, mnohdy v afektu, v průběhu konfliktů v období puberty, kdy dítě „vytáhne trumf“ ve snaze osamostatnit se od autority abuséra. Okolí pak většinou nedokáže pochopit otálení oběti, v neprospěch dítěte hraje také to, že vnějšmu pozorovateli se může jevit jako problémové a přiklání se na stranu rodičů, kteří si stýskají na výchovné problémy. Oběť zneužívání je tak potrestána za svou odvalu odhalit skutečnost a do dospělosti si odnáší negativní zkušenost, která se stává faktorem ovlivňujícím jeho další uvažování a jednání.
- 5. Odvolání výpovědi** - oběť sexuálního zneužívání s největší pravděpodobností svou výpověď opět vezme zpět. Pod tíhou okolností, které na ni dopadají, raději veřejně připustí, že si celou záležitost „vymyslela“ či „nesprávně pochopila“. Dítěti také často vadí nepříjemná pozornost okolí, kterou na sebe svým prohlášením přitahuje. Počáteční afekt, který byl impulsem k odhalení, pomine



a v dítěti převáží pocit nepřiměřené odpovědnosti za další existenci a stabilitu rodiny. Svým rozhodnutím poté vytváří prostor pro objektivizované přesvědčení, že děti mají bujnou fantazii a hodnota jejich výpovědí je tak marginální.

Syndrom CSA je velmi závažným jevem, protože potírá elementární právo dítěte na ochranu a naopak umožňuje šíření sexuálního zneužívání. Pachatelé jsou si vědomí své sociální převahy a získávají tak nad dětskou obětí takřka neomezenou moc. Proti jejich patologickému chování totiž nemají samotné děti žádný fungující obranný mechanismus. Děti poté ztrácejí důvěru nejen samy v sebe, ale i v širší sociální společenství, jež mu v krizové situaci nedokázalo poskytnout účinnou pomoc. Je tedy nezbytné, aby se syndromem CSA byly v dostatečné míře obeznámeny všechny zainteresované osoby, kterým se dítě buď samo svěřilo, nebo se o zneužívání dozvěděly jiným způsobem a zejména ty, které jsou, ze své pozice či vztahu k dítěti, kompetentní ho řešit. Jedná se tedy především o další rodinné příslušníky, vyšetřovatele, státní zástupce, soudce, sociální pracovníky, učitele, pediatry apod. I přes skutečnost, že dítě svou výpověď odvolá, skutek sexuálního zneužití tím z jeho minulosti, případně současnosti, nevymizí. Naopak se nesmazatelně zaryje do psychiky dítěte, a to se všemi negativními následky. K prvotní výpovědi dítěte tak musí být přistupováno s maximální odpovědností. K podpoře oznámení sexuálního zneužívání a jako vodítko při jeho dokazování pak mohou posloužit identifikační markery.

Podle Vaníčkové (2009) se u dětí sexuálně zneužívaných například často objevují bolesti břicha, bolestivé vyprazdňování, gynekologické a urologické obtíže, krvácivé poranění genitálií, poruchy příjmu potravy. Dětské oběti pak mnohdy své sexuální zkušenosti transformují do podoby sexualizovaných her, masturbují nebo předvádějí neobvyklé sexuální praktiky.

Přesto, že v českém prostředí je zneužívání v rámci syndromu CAN vázáno zejména na sexuální formu, v odborné literatuře jsou popsány i další způsoby patologie vykazující povahu zneužívání - **dětská práce, manipulace s dítětem po rozvodu nebo přenesení rodičovských povinností na dítě.**

### 2.3.2 Dětská práce

Zneužívání dětí k práci je historickým faktem už od vzniku prvních kultur a společností. Děti bývaly obvykle zapojovány do zemědělských či řemeslných činností v rodinných a užších společenských strukturách. Závažným sociálním i zdravotnickým problémem se přetěžování dětí nepřiměřenou prací stává s nástupem rozsáhlého průmyslového rozvoje na evropském a severoamerickém kontinentu v 18. a 19. století. Podle informačně vzdělávací sekce neziskové organizace Člověk v tísni s názvem Rozvojovka (2012) na počátku 19. století v továrnách v USA činil počet dětských dělníků 50%, ve Velké Británii bylo ve stejném období zaměstnáno 60% dětí, které pracovaly až 80 hodin týdně, a to nejčastěji v dolech, průmyslových podnicích a v zemědělství. Aktuálně si pak v celosvětovém měřítku samo zajišťuje obživu různými způsoby práce 215 milionů dětí. Přičemž nejvíce dětí pracuje **v Asii (114 milionů), v subsaharské Africe (65 milionů) a v Latinské Americe (14 milionů).**

Mezinárodní organizace práce (ILO, 2008) definuje nejhorší druhy dětské práce, jako ty, které závažným způsobem poškozují zdraví dětí. Jedná se především o **těžbu nerostných surovin, otroctví, prostituci a obchod s drogami.** Tatož organizace uvádí, že některý z těchto způsobů práce vykonávají dva miliony dětí. Mezi další typy zneužívání dětí prostřednictvím pracovního zatížení lze zahrnout i obchod s dětmi, najímání dětských vojáků či malých sluhů. Jednou z kategorií je hazardní dětská práce, například v podzemí, pod vodou, ve výškách, s nebezpečnými materiály nebo trvajícím neúměrně dlouhou dobu. I když je dětská práce ožehavým problémem zejména v takzvaném „třetím světě“, nevyhýbá se ani starému kontinentu.

*„V Evropě je nelegální práce nezletilých dětí častá zvláště v Rumunsku a v Bulharsku, často 8-10 hodin denně, ale uváděny jsou i případy z Portugalska či z Itálie.“* (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 285).

Proti odstraňování dětské práce brojí v současnosti řada kampaní vedená neziskovým i vládním sektorem v řadě zemí světa. Například v České republice probíhal v letech 2007 až 2009 osvětový projekt STOP dětské práci, je lepší chodit do školy, který realizovala nezisková organizace Člověk v tísni. Nová fáze projektu s podporou Evropské komise byla zahájena v roce 2011 a potrvá do roku 2014.

### 2.3.3 Manipulace s dítětem po rozvodu

Znaky zneužití může mít i manipulace dítětem v průběhu a po skončení rozvodového řízení. Dítě je v takovém případě prostředkem, jak druhého z partnerů trestat nebo s ním manipulovat pro svůj vlastní prospěch či pocit zadostiučinění. Jak uvádí Novák (2000) přátelský rozvod je spíše jen nenaplněnou tužbou, předsevzetí zachovat v této situaci chladnou hlavu a jednat za všech okolností morálně a objektivně, se při střetu s realitou obvykle vytratí. Na dítě pak bývá jedním z rodičů, **vyvíjen nátlak**, aby se například přestalo stýkat s prarodiči ze strany druhého partnera, případně i se samotným rodičem. Ten bývá bývalým manželem či manželkou očerňován, je mu kladena vina za rozpad rodiny. Dítě pak takovou psychickou zátěž jen těžko dokáže unést.

Potomek rozvádějících se rodičů někdy bývá zahrnován až obtěžující pozorností ze strany jednoho či obou z nich. Dunovský, Dytrych a Matějček (1995) hovoří například o „kupování“ a **předstírání velké lásky a citu vůči dítěti**, i když před rozvodovým řízením se takto matka nebo otec neprojevovali. Dítě se pak cítí zmateně a nedokáže rozklíčovat, zda se rodič o něj zajímá upřímně nebo zda je za tím skrytý účel.

Rozvodové situace přinášejí také zátěž při konfliktních situacích, kdy o péči o dítě usilují oba z rodičů a jejich vzájemná animozita se přenáší právě na dítě. V krajním případě jeden z protivníků navrhne soudní zákaz styku s dítětem se svým sokem. Jako páku a argument využívá **zkorumpované dítě**, které naučenými frázemi a chováním podpoří tvrzení, že tento rodič není schopen se o něho adekvátně postarat. Popsány jsou i takové kauzy, kdy jeden z rodičů naopak usiluje o narovnání vztahu s bývalým partnerem a obnovení společného soužití tím, že dítě nutí například telefonovat exmanželovi a prosebně naléhat, aby se k němu tatínek vrátil. Obecně lze říci, že rozvod je zátěžovou situací pro všechny zúčastněné a dítě má jen malou možnost jeho průběh ovlivnit. Proto je na straně rozvádějících se partnerů, aby upustili od různých recipročních akcí a s ohledem na své dítě usilovali o přijatelnou konsolidaci vzájemného vztahu.

### 2.3.4 Přenášení rodičovských povinností na dítě

Další formou zneužívání je také jednání, kdy rodiče dítěti neposkytují dostatek času na vzdělávání, volnou hru, záliby a volnočasové aktivity a přenášejí na něho povinnosti, které mají ze své role vykonávat právě oni. Nejedná se však o žádné běžné plnění úkolů, jako je úklid pokoje, pomoc při běžných úkonech v domácnosti apod. O zneužívání lze hovořit tehdy, pokud jsou děti postaveny před úkoly, které vzhledem ke svým fyzickým a psychickým schopnostem zvládají jen s krajním vypětím a existuje vysoké riziko, že jim během určitých činností hrozí újma.

*„Dvanáctiletá dívka P.M. z neúplné rodiny žijící v obci s matkou byla nucena ji plně zastoupit v péči o dva mladší sourozence ve věku pět a tři roky. Matka A.M. ve snaze finančně zabezpečit chod domácnosti nastoupila do zaměstnání v němž pracovala ve směnném provozu, a to 12 hodin denně. Po dobu její nepřítomnosti veškerou starost o domácnost přebírala její nejstarší dvanáctiletá dcera P.M. Ta vyzvedávala mladší sourozence z předškolních zařízení, zajišťovala jim jídlo, oblékala je, starala se o jejich hygienu apod. Kromě těchto povinností se musela ještě věnovat úklidu domácnosti a okolí rodinného domku a také se starat o domácí zvířata (králíky a slepice). V důsledku neúměrné zátěže a nedostatku volného času dívka nedokázala plnit všechny školní povinnosti, byla izolovaná od svých vrstevníků a nedostávalo se jí nutných podnětů pro optimální rozvoj. I když s matkou měly vřelý, kamarádský vztah. Matka pak na kritiku ze strany svého okolí reagovala slovy, že - „holka je vedená k práci...jednou se jí to bude hodit...je to dobrá antikoncepce, určitě si rozmyslí být těhotná ve dvaceti jako já...“-krizová situace nastala tehdy, když během matčiny nepřítomnosti nejmladší dítě uklouzlo na schodech v domě a po pádu z výšky zůstalo ležet v bezvědomí na podlaze. P.M. se snažila dovolat matce na mobilní telefon, což se jí nepodařilo, číslo na záchrannou službu si v rozrušení nevybavila, nakonec plačící a zoufalá vyhledala pomoc nejbližších sousedů. Ti poskytli do příjezdu záchranářů nejmladšímu dítěti první pomoc a kontaktovali zaměstnavatele matky. Zranění nejmladšího dítěte po hospitalizaci v okresní nemocnici zůstalo bez následků. Psychické trauma ale utrpěla P.M.,“ sdělila Jiřina Kubáňová, vedoucí Odboru sociálních věcí a zdravotnictví Městského úřadu v Novém Boru.*

Je zjevné, že výše popsaná situace byla částečně vynucená okolnostmi, ve kterých se matka s dětmi nacházely, přesto se dá označit jako zneužívání dítěte.

Jak dále uvedla Kubáňová, matka totiž využívala dvanáctiletou dívku jako „chůvu“ i tehdy, když se chodila bavit s přáteli, přijímala návštěvy v domácnosti nebo se věnovala svým koníčkům.

## 2.4 Zanedbávání v rámci syndromu CAN

Zanedbávání dítěte popisují Hartl a Hartlová (2010) jako jakýkoliv nedostatek péče, pozornosti či náklonnosti v takové míře, jež je považovaná za nezbytnou pro zdravý vývoj, po **tělesné, rozumové i citové stránce** a k celkovému optimálnímu rozvoji dítěte. Přičemž tento nedostatek dítě ohrožuje. V důsledku zanedbávání dítě vývojově zaostává, nebo je ireverzibilně poškozeno, což se projevuje sníženou schopností učit se. Tento patologický jev je obvykle způsoben netečností a nevšímavostí ze strany rodiče, případně jiné dospělé osoby, která o dítě pečuje. Průcha, Walterová a Mareš (2009) příčiny zanedbávání dětí spatřují ve třech důvodech. Jedním z nich je skutečnost, že rodiče z nějakého důvodu **neumějí pečovat**, druhý důvod spočívá v nějaké překážce a **nemožnosti o dítě pečovat**, třetí potom **v nechuti a neochotě pečovat** o svého potomka.

V monografii Dunovského, Dytrycha a Matějčka (1995) jsou dále specifikovány pojmy **zanedbanost a psychická deprivace**. Kdy **deprivací** je rozuměn výsledek nepříznivé životní situace, kdy nejsou uspokojovány jeho psychické potřeby, a to po dlouhé časové období. **Zanedbanost** pak zahrnuje následky nedostatku výchovy v trisťních podmínkách ze sociálního a ekonomického hlediska.

Další odborníci na tuto problematiku ( např.Langmeier, Krejčířová, 2006, Špeciánová 2003) shodně do kategorie **tělesného zanedbávání** zahrnují nedostatečnou výživu, ošacení, nevyhovující obydlí, zdravotní a hygienickou péči a ochranu před nebezpečím. **Citové zanedbávání** představuje zejména absenci saturace citových potřeb dítěte, kdy dítěti není projevována láska a deklarován vzájemný úzký vztah. K **rozumovému** zanedbávání dochází v několika rovinách, těmi jsou například soustavná selhání v zabezpečení vzdělávání a maximálního rozvoje, a to mimo jiné tak, že neexistuje dohled nad tím, jestli dítě navštěvuje školu, v domácím prostředí není dítě nijak pozitivně stimulováno, jeho kognitivní funkce pak zůstávají hluboko pod

přirozeně danými schopnostmi. V dítěti je tak utlumena snaha jakkoliv se iniciativně snažit poznávat a dozvídat se nové věci.

Kromě výše popsaných typů zanedbávání v rámci syndromu CAN lze také rozlišit i zanedbávání **duchovních** potřeb dítěte. To způsobuje mimo jiné problémy v přiměřeném sebepojetí, ve stanovení si priorit a životních hodnot a v nekontinuitě rodinného života a v roztržitosti vlastního životního příběhu.

**Příčiny zanedbávání dětí** souvisejí především se vznikem podmínek, které ho umožňují či do jisté míry přímo predestinují. Jedná se zejména o **externí faktory**, v nichž spočívá výrazný potenciál pro zanedbávání v rámci syndromu CAN. Tím je hlavně prostředí, v němž dítě vyrůstá. Rizikové jsou v tomto směru zejména rodiny sociálně slabé, dysfunkční, neúplné rodiny, v nichž oba rodiče rozvíjejí své náročné profesní kariéry, v rodinách, ve kterých jeden nebo oba z rodiče vykazují alkoholovou či jinou závislost, chovají se promiskuitně a nedokáží vytvořit stabilní domácí prostředí. Limitujícím prostředím, kde může docházet k zanedbávání, jsou poté také ústavní či školská zařízení různého typu, kde dětem není poskytována adekvátní individuální péče.

**Interní faktory** pak přímo souvisejí s osobností a psychickými vlastnostmi rodičů nebo osob, které dítě vychovávají. Svě děti většinou zanedbávají rodiče, kteří jsou sami ještě na prahu mezi dospíváním a dospělostí, vykazující celkovou psychickou nezralost nebo jejich priority směřují mimo sféru péče o dítě. Výrazný rizikový faktor představuje také špatný zdravotní stav rodičů či vychovatelů, a to po psychické i fyzické stránce nebo jejich snížený intelekt s etiologií s mentální retardací nebo demencí. Problém ve vztahu k zanedbávání se může vyskytnout i u dětí rodičů se smyslovým nebo tělesným handicapem, vyznávajících nonkonformní životní styl nebo náboženskou víru, jejíž dogmata podporují nestandardní způsoby chování vůči dětem, případně znemožňují rodičům podílet se na individuální péči a výchově, která spadá do kompetence nejvyšších a pověřených představitelů dané církve respektive sekty.

Obdobně jako u zneužívání lze také v problematice zanedbávání rozlišovat stupně závažnosti. Špeciánová (2003) **těžkým zanedbáváním** chápe takové, při němž je přímo ohrožen život dítěte, v důsledku totální izolace od lidské společnosti a absolutního nezájmu ze strany „pečujících“ osob. Za **všeobecné zanedbávání** lze označit například malnutrici, nedostatky v ochraně před nebezpečím a riziky sociální

patologie či v zabezpečení zdravotní péče a hygieny, přiměřeného kontaktu se sociálním prostředím atd.

Zanedbávání dítěte je mnohdy těžko odhalitelné, zejména psychicky zanedbávané děti enormně profesně vytížených rodičů netrpí materiálním nedostatkem, jsou dobře živené, čisté a upravené, i tak strádají. Vnější pozorovatel pak může alespoň částečně identifikovat zanedbávání na základě nespécifických ukazatelů. U zanedbávaných dětí se například objevují poruchy růstu, nezvládají úkony, které jsou běžné v jejich aktuálním věku, bývají často nemocné, ve vztahu k okolí a vrstevník jsou uzavřené nebo se naopak projevují agresivně, nedodržují stanovená pravidla a v pozdějším věku mohou inklinovat a sympatizovat s radikálními sociálními skupinami, ať už jde o politická a církevní uskupení nebo tzv. ultras fanouškovské skupiny sportovních týmů.

Podle Langmeiera a Krejčířové (2006) je zanedbávání nejčastějším typem špatného zacházení s dítětem, přičemž je mu, na rozdíl od tělesného týrání a sexuálního zneužívání, dosud ze strany odborníků věnována menší pozornost. Tato skutečnost pak zřejmě vychází z nutnosti vnímat zanedbávání v širším společensko kulturním kontextu. Zatímco například soulož s dítětem, incest nebo vražda dítěte jsou ve všech kulturách přísně odsuzovány, zabezpečení materiálních, psychických a citových potřeb dítěte se může výrazně lišit mezi kontinenty, státy i v jednotlivých regionech a lokalitách jedné země. Ve velkých městských aglomeracích bývají standardy, co se týče ošacení nebo vybavení domácností, jiné než na venkově. Obdobné rozdíly panují také ve způsobech a organizování trávení volného času městských a venkovských dětí. Při posuzování zanedbávání je proto nutné vycházet jednak z všeobecné platných norem a zásad, ale také brát v úvahu místní poměry. Zatímco samotné neupravené dítě v obnošených teplácích a holínkách od bláta by na rušné ulici v centru Prahy budilo pozornost a podezření na zanedbávání. Na venkově, kde děti často tráví (resp. trávívaly) volný čas hrou v přírodě, přirozeně zapadá do celkového kontextu daného prostředí a nijak nevybočuje z přijímané normy. Nelze ovšem generalizovat, že standardy života ve městě jsou vždy vyšší a diametrálně jiné než na venkově a naopak. V současnosti dochází, vlivem rozvoje moderních technologií ke stírání rozdílů mezi oběma prostředími, proto je nutné při identifikaci případů zanedbávání postupovat individuálně.

### **Extrémní zanedbávání dětí**

Problematiku zanedbávání dítěte je nezbytné nahlížet i optikou různých historických epoch, kdy se nároky na péči a výchovu dětí proměňovaly v poplatnosti konkrétnímu dějinnému období. Napříč historií pak byly zaznamenány krajní případy zanedbávání dětí, jež ovlivnily i dnes užívanou odbornou terminologii. Jedná se hlavně případy, kdy byly děti naprosto izolovány od lidské společnosti a jejich přežití umožňovalo soužití ve společenství zvířat - tzv. **vlčí děti**. O výchově dětí zvířaty hovoří již antická mytologie, známý je příběh o založení Říma bratry Romulem a Remem, které kojila právě vlčice. V roce 1920 byly v Indii ve vlčím doupěti objeveny sestry dvouletá **Amala** a osmiletá **Kamala**, jež nesly atributy „vlčí výchovy“ - vrčely, kousaly, jedly syrové maso, běhaly po čtyřech apod. Mladší z dívek zemřela rok po jejím objevení, starší se dožila 17 let. Vzhledem k výrazné deprivaci téměř nehovořila a vzpřímeně chodit se naučila až po šesti letech.

V povědomí i laické veřejnosti je pak **divoch z Aveyronu**. Tím byl asi jedenáctiletý hoch nalezený ve Francii v lesích na počátku 19. století a později vychovávaný lékařem Itardem. Jednalo se zřejmě o opuštěné dítě nebo sirotka, který se naučil sám díky svým schopnostem přežívat v lesích. V průběhu života byl několikrát umístěn do výchovy k lidem, odtud však utíkal a vracel se zpět do volné přírody. Nakonec dožil se jménem Viktor a pod dohledem opatrovnice v Paříži roku 1828. Během svého života byly uskutečněny četné snahy o jeho vzdělávání, chlapec ale nezvládl lidskou řeč. Nikdy také nebyla zjištěna jeho totožnost. Vlivem společenských změn po francouzské revoluci v roce 1789 byly na přelomu 18. a 19. století v této zemi zaznamenány i další případy bezprizorních dětí přežívajících v lesích. Tehdejší vědci pro ně užívali zvláštní výraz **homo sapiens ferus - člověk divoký, zanedbaný**.

Extrémní forma zanedbávání pak může mít i podobu sociální **izolace dítěte uprostřed lidského společenství**. Do této kategorie spadá **Kašpar Hauser**, mladý muž, který se bez znalosti okolního světa, řeči ani svého původu, objevil v roce 1828 v ulicích německého Norimberku s písemným vzkazem, že je mu 16 let. Hoch znal pouze své jméno a několik holých vět. Byl zvyklý pohybovat se ve tmě a měl narušený biorytmus, což potvrzovalo jeho tvrzení, že dosavadní život trávil v tmavé kobce bez denního světla. V lidské společnosti se po svém objevení začal velmi rychle intelektově



rozvítet, naučil se plynule mluvit a číst, zlepšil se i jeho fyzický stav. Po pěti letech od svého objevení byl ale zavražděn neznámým pachatelem. Samotná existence i smrt Kašpara Hausera vyvolaly mnoho dohadů a konspiračních teorií o jeho původu. Jedna z nich předpokládá, že byl šlechtického původu a stal se obětí spiknutí a intrik v boji o moc. Jeho jméno se pak využívá v odborné terminologii pro označení **Kašpar Hauser syndrom-** „*synonymum pro člověka trpícího následky těžké sociální deprivace*“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 569).

Odbornou terminologii v souvislosti s touto formou zanedbáváním dětí obohatilo i české prostředí, a to termínem - **Koluchové dvojčata – Kolouchova Twins**. Jedná se o případ dvojčat - chlapců, kteří byli v 60. letech 20. století jako sedmiletí odebráni z rodiny, kde byli týraní a izolovaní od ostatních sourozenců a členů rodiny. Přes nepříznivé prognózy se podařilo jejich tristní stav řádnou péčí nové pěstounky zvrátit. V dospělosti dvojčata dosáhla úplného středoškolského vzdělání s maturitou, a to přesto, že po svém odebrání z rodiny nemluvila a dorozumívala se jen mimikou a gestikulací. Jejich případ pak podrobně popsala česká psycholožka Jarmila Koluchová.

Další a mediálně známá je i kauza tzv. vlčích dětí z pražských Vinohrad, která byla odhalena na podzim roku 2011. Tehdy policisté v činžovním domě v centru Prahy objevili v jednom z bytů dva chlapce ve věku dva a tři roky, jejichž existenci rodiče po celou dobu života tajili před úřady i před blízkými příbuznými. Děti tak neopouštěly byt, nenavštěvovaly lékaře ani se nestýkaly s jinými lidmi a výrazně zaostávaly za svými vrstevníky. Po jejich objevení a odebrání z péče rodičů došlo k postupnému zlepšení jejich psychomotorického vývoje. Rodiče chlapců, kteří vyznávají alternativní životní styl, své jednání vysvětlovali snahou ochránit děti před negativním vlivem současné společnosti.

## 2.5 Zvláštní formy syndromu CAN

Kromě fyzického a psychického týrání, zneužívání a zanedbávání existují i zvláštní a neobvyklé formy syndromu CAN. Nejsou tak rozšířené, jako ty výše zmíněné, avšak jejich závažnost je stejná a důsledky pro dítě neméně rizikové. Dítě nebo skupina dětí, jichž se týkají zvláštní formy syndromu CAN, mají svou pozici ještě

komplikovanější, neboť laická veřejnost nedokáže správně identifikovat závažnost takového jednání a mnohdy je ani za sociální patologii nepovažuje. Takovým případem je mimo jiné tzv.

### **Münchhausenův syndrom by proxy**

Český ekvivalent názvu této patologie zní **syndrom barona Prášila**. Již samo označení dává tušit, že jeho podstata tkví ve smyšlenkách a fantaziích a v předstírání něčeho, co v podstatě neexistuje nebo je velmi vzdáleno realitě. Lidé, s tímto syndromem předstírají nejrůznější choroby a fyzické obtíže. Mají nutkavou potřebu podstupovat četná klinická vyšetření, chirurgické zákroky, a to i svědomím, že jim mohou způsobit trvalé poškození zdraví. Takoví pacienti si i vynucují pobyt v lékařských zařízeních a v touze být hospitalizováni jsou schopni falšovat či vědomě ovlivnit laboratorní výsledky, lékařské zprávy apod. S obdobím chování se lze setkat i u dětí a dospívajících, ale v takových případech se však v naprosté většině případů jedná o poměrně neškodnou simulaci motivovanou například snahou vyhnout se na krátké období školní docházce, nepříjemné aktivitě nebo kontaktu s nějakou osobou. **By proxy** (v zastoupení) pak vyjadřuje situaci, kdy se takového jednání dopouští osoba, jež pro své uspokojení z pobytu v nemocničním prostředí a zájmu lékařů nebo pro vzbuzení pozornosti a lítosti svého okolí, zneužívá jinou osobu, mnohdy své vlastní dítě.

*„Byly opakovaně popsány případy, kdy dospělá osoba (nejčastěji matka) „vyráběla“ patologické stavy u dítěte tím, že mu podávala různé léky, nadměrné množství soli, různé chemické prostředky užívané v domácnosti nebo například záměrně infikovala či rozdírala drobná poranění dítěte při jejich „ošetřování“ apod.“* (Lengmeier, Krejčířová, 2006, s. 283).

Matky se pak tímto způsobem snaží vyřešit své vlastní osobní, interpersonální, pracovní nebo manželské problémy. Stejní autoři poté apelují na ostražitost ošetřujícího personálu a lékařů, a to v situacích, kdy bývají s malými dětmi do nemocnice přijímány také jejich matky.

Jinou zvláštní a závažnou formou syndromu CAN je také **systemové týrání**. To má povahu jistého paradoxu, často se totiž odehrává v situacích, v nichž má být dítěti naopak pomoheno zbavit se svých traumat. K systemovému týrání se totiž

vztahuje **druhotné poškození dítěte - sekundární viktimizace**. Nezřídka k němu dochází při výsleších během vyšetřování syndromu CAN. Dítě je nuceno stále opakovat výpověď, znovu si vybavovat traumatizující zážitky, verifikovat své výpovědi podrobným popisem utrpení a sdělováním svých prožitků, podstupovat lékařská vyšetření, konfrontovat se s pachatelem během soudního přelíčení apod.

Obzvlášť celospolečenskou naléhavost v současnosti vykazuje také **organizované zneužívání dětí**. La Fontainová (In: Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995) charakterizuje tuto sociální patologii jako zneužití a zneužívání mnoha pachatelů, kteří se organizují se záměrem dosáhnout konkrétního cíle. Do této kategorie tak spadá, dětská prostituce, pornografie, sexuální turistika, obchod s dětmi za účelem otroctví, námezdní práce, prodeje orgánů, zneužívání dětí v ústavních zařízeních, při volnočasových aktivitách apod.

Nebezpečnou formou syndromu CAN je také **rituální zneužívání dětí**. Tím se dle Vaníčkové (1999) rozumí takové praktiky a zacházení s dětmi, které mají souvislost s náboženstvím, symboly či magií. Rituální praktiky pak může páchat jednotlivec, ale typičtější bývá rituální zneužívání ze strany organizovaných skupin pachatelů, to nemusí mít výlučně sexuální charakter. V africké Tanzanii je problémem, kterým se musela zabývat i tamní politická garnitura, zabíjení albínů, a to zejména dětí, pro dosažení osobního štěstí. Tyto rituální praktiky se pak objevily i v komunitách afrických imigrantů v Evropě a USA.

Symptomy syndromu CAN naplňuje také rituální, tradiční a zvykové chování, které poškozuje tělesné a psychické zdraví dítěte. Typickým příkladem je dívčí obřízka uskutečňovaná na území Afriky. Ta má za následek nevratné poškození genitálií a tělesné i duševní postižení dívek. Tento fakt dokládá i anglický výraz pro tuto patologii - *female genital mutilation* (FGM), tedy *mrzačení ženských pohlavních orgánů*. Provádí se u čtyř až osmiletých děvčátek za doprovodu její matky a dalších žen. Nebezpečí tkví v samotném zákroku i v nedostatečných hygienických podmínkách. Nezřídka bývá obřízka provedena například střepelem z lahve, ostrým úlomkem kamene nebo žiletkou. WHO pak rozlišuje několik stupňů obřezání, od odstranění klitorisu, amputaci stydkých pysků až po sešití poševního vchodu. Cílem tohoto rituálního jednání je zachování pohlavní čistoty a zdrženlivosti. Jediným efektem ale bývá doživotní trauma a absence sexuálního prožitku.

### 3 TEORIE PŘÍČIN TÝRÁNÍ, ZNEUŽÍVÁNÍ A ZANEDBÁVÁNÍ U DĚTÍ

Při zkoumání problematiky příčin týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí je možné vycházet z několika teorií. Ty se snaží poskytnout východisko pochopení etiologie této sociální patologie z různých hledisek a na základě různých úhlů pohledu. Jednotná obecně platná teorie, která by se dala aplikovat v jakékoli situaci, prostředí, vůči každému dítěti či abusérovi, neexistuje. Tak jako je každý člověk jedinečnou osobností, jsou i jeho způsoby jednání signifikantní a zároveň proměnlivé, lze je tak předvídat jen na základě symptomů, které pak podléhají modifikaci právě pod vlivem osobnosti jedince, prostředí, v němž žije i v kontextu jeho životního příběhu. Přesto je nezbytné se obecnými teoriemi příčin a vzniku tohoto problému zabývat, neboť mohou poskytnout oporu pro konání v reálných situacích a hlavně pro prevenci a řešení syndromu CAN.

Týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí představuje mimořádně závažný sociálně patologický jev a jeho vědecké zkoumání je zároveň velmi rozsáhlé a složité. Teorie, které se snaží najít příčiny sociální patologie jako takové, vycházejí ze tří základních přístupů: **biologicko-psychologického**, **sociálně-psychologického** a sociologického. Nejedná se však o striktně oddělená východiska ale spíše o vzájemně prostupné souhrny multifaktoriálních příčin. Biologicko-psychologické hledisko předpokládá výrazný vliv biologických aspektů na vznik patologického chování a genetické predispozice k násilí, jež jsou dominantním činitelem pro vznik a rozvoj patologie. Teorie sociálně-psychologické berou v úvahu i širší spektrum příčin, v nichž se kombinují vybrané osobnostní charakteristiky jedinců s vlivem prostředí. Sociologické teorie pak pojímají sociální patologii jako jev, který je společensky podmíněný a přímo navázaný na různé společenské kontexty, kulturu a normy uznávané v konkrétních společenstvích.

*„Etiologie jevů a chování, které je považováno za deviantní a sociální patologii, je multifaktoriální. Toto jednání je výsledkem působení řady různých vnitřních a vnějších faktorů, které působí v inkriminovaném čase ve vzájemné interakci.“* (Fischer, Škoda, 2009, s. 41).

Jak zmiňuje Špeciánová (2003) první studie zacílené na vysvětlení podstaty týrání, zneužívání, zanedbávání a obecně celkového špatného zacházení s dětmi začaly vznikat v 70. letech 20. století v USA. Primární snahou tamních odborníků tehdy bylo vystihnout prodromální momenty vedoucí ke vzniku sociální patologie směřující vůči dětem, a to na základě odhalování jejích rizikových faktorů. Z četných výzkumů pak vyplynula právě souvislost a neoddělitelnost negativních vlivů prostředí a vnitřních předpokladů, které se podílejí na vzniku patologie.

Psychiatr a psychoterapeut Pöthe vnímá problematiku špatného zacházení s dětmi jako složitý proces, jehož směr od násilné osoby vůči oběti není nijak přímočarý.

*„Při jeho vzniku hrají roli desítky skutečností na straně dítěte, jeho rodičů, rodiny, prostředí, ve kterém rodina žije, a koneckonců celé společnosti. Tyto skutečnosti působí tak, že se někdy spojují, čímž vytvářejí úrodnou půdu pro špatné zacházení s dítětem ve smyslu tělesného a psychického týrání, zanedbávání či sexuálního zneužívání.“* (Pöthe, 1999, s. 87).

Tentýž autor také uvádí, že ve středu působení nepříznivých faktorů a spouštěcích mechanismů je dospělý člověk, který má obvykle dostatek kompetencí, aby dokázal svobodně rozhodnout o svém jednání, případně ho ovládnout. Jedinců, kteří mají z nějakého důvodu narušené rozpoznávací a ovládací schopnosti a dopouštějí se týrání, zneužívání nebo zanedbávání dětí, je přibližně jen 5%. Jedná se pak o rodiče nebo jiné dospělé osoby z okolí dítěte, jež trpí schizofrenií nebo je jinak změněna jeho psychika v důsledku duševní choroby.

V souvislosti vzájemného vztahu mezi vnitřními a vnějšími faktory podmiňujícími vznik špatného zacházení s dětmi lze pak užít termín - **integrativní model týrání**. Ten se opírá o čtyři vzájemně se prostupující oblasti a kategorie, jejichž prolínáním se vytvářejí podmínky pro vznik některého z patologických jevů směřujících vůči dítěti. Nejužší kategorií představuje **ontogenetický vývoj a interakce mezi rodičem a dítětem**. Četné výzkumy prokázaly, že určitý typ dětí se stává obětí týrání, zneužívání a zanedbávání častěji. Významnou roli pak hrají některé biologické faktory, pro něž dítě nesplňuje obecně přijímané normy většinové společnosti. Může se jednat o stav, který trvá po určitou a přechodnou dobu, jako je nízká porodní hmotnost či nedonošenost. Nebo o faktory, které provázejí a ovlivňují dítě po celou dobu jeho

vývoje až do terminálního stádia jeho života, pričemž súčasne existujú jen omezené možnosti jejich eliminace. Tím je pak myšleno například tělesné a mentální postižení. Takové děti totiž nesplňují očekávání svých rodičů či vychovatelů a způsobují jejich frustraci, kterou následně dospělí mohou proměňovat v aktivní násilí vůči dítěti nebo naopak způsobí jejich apatii a nezájem o dítě. Obětí špatného zacházení se častěji stávají také děti s poruchami chování, učení, děti s různými metabolickými poruchami (např. mukopolysacharidóza) způsobujícími jejich celodenní neklid, narušení biorytmu apod.

V důsledku výše popsaného dochází k narušení interakce mezi dospělým a dítětem. Dospělý si mnohdy není schopen uvědomit, že nečekané, neadekvátní a mnohdy bizarní chování dítěte, jeho handicap či onemocnění, není dítě kompetentní samo optimálně regulovat. Mnohdy se tak dospělí uchylují k násilí v rámci jakési reciproce. Oplácejí dítěti své zklamání z něho, z partnera i ze sebe samého.

*„Tyráním či zanedbáváním může být ohroženo pouze jedno dítě v rodině, což může mít příčinu např. v přejatých rysech nenáviděného partnera či v případech narození dítěte z nechtěného těhotenství.“ (Špeciánová, 2003, s. 63).*

Vzájemná interakce mezi rodiči a jejich dítětem nevzniká v okamžiku narození, ale již v období prenatálního vývoje a rodič si v optimální situaci ke svému budoucímu potomkovi vytváří alespoň imaginární vztah již v období plánování koncepce.

*„Ještě dříve než se stihneme narodit, zaujmeme místo v mysli našich rodičů, ať si naše narození přejí či nikoli. Vstupujeme do vztahů, které následně rozhodují o naší existenci, vývoji a identitě nejen během dětství, ale i po velkou část našeho života.“ (PÖTHE, P. Rané trauma a vznik násilí [online]. 2012 - 2013 [cit. 2013 -10 - 22]. Dostupné na WWW: <http://www.dr-pothe.com/trauma-v-ranem-veku-a-vznik-cyklu-nasili/>).*

Interakce mezi rodičem a dítětem poté neprobíhá izolovaně, ale je zasazena do kontextu vnějšího rodinného prostředí a souvislostí vyplývajících ze vzájemných vztahů a poměrů mezi blízkými příbuznými. Pokud se v tomto **rodinném mikrosystému** objevují problémy v ekonomické, sociální, strukturální nebo výchovné rovině, existuje zde i zvýšené riziko výskytu špatného zacházení s dětmi. Pozornost by pak měla být věnována zejména rodinám, kde se uplatňuje výrazně patriarchální autoritářský model výchovy a komplexního fungování rodiny. Dále rodinám, u jejichž

členů se vyskytuje nějaká forma závislosti, rodinám se sníženým socioekonomickým statutem, v rodinách, kde byly zaznamenány projevy domácího násilí mezi dospělými osobami, delikvence jejích členů atd. Langmeier a Krejčířová (2006) v úvaze o příčinách sociální patologie a jejího vztahu k rodinnému mikrosystému zdůrazňují důležitost mezilidských vztahů uvnitř rodiny a souhry osobností s odlišnými prioritami a hodnotovým systémem. Základní podmínku pro harmonický rozvoj dítěte v bezpečném rodinném prostředí tedy představují především fungující, vyrovnané vztahy mezi rodiči vzájemně, mezi nimi a dětmi a mezi sourozenci. Pokud v rodinných vztazích převládá hostilita vyúsťující v týrání potomka, zvyšuje se riziko tzv. **mezigeneračního přenosu násilí**. Dítě převezme vzorec patologického chování a v dospělosti ho aplikuje vůči svým vlastním potomkům.

Posuzování vlivu vzájemné interakce rodinných příslušníků na vznik patologického chování se pak neomezuje jen na rodinné prostředí. Do „hry“ totiž vstupuje i **exosystém** představovaný bližším okolím, sousedskými vztahy, denominací, sociálním postavením rodiny. Jistým rizikovým faktorem pro vznik týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí může být ohrožení sociálním vyloučením, pauperizace rodiny vlivem dlouhodobé nezaměstnanosti rodičů, předlužení apod. Tyto náročné životní situace se nutně promítají do vztahů mezi rodinnými příslušníky a nutně vedou ke zhoršení klimatu v rodině. Což může ve svém důsledku vést ke špatnému zacházení s dětmi. Nelze ovšem paušálně tvrdit, že zhoršená socioekonomická situace rodiny je absolutním predikátem pro vznik syndromu CAN. K jeho projevům může totiž docházet v rodinách napříč společenským i ekonomickým spektrem.

Vzájemně se prolínající soubory faktorů vyvolávajících špatné zacházení s dětmi doplňují také sociokulturní hodnoty, politické prostředí a duchovní rámec **makrosystému**, v němž dochází k dané sociální patologii. Jedná se zejména o postavení dítěte v konkrétní společnosti a mechanismy ochrany dětí, kterými daná společnost disponuje. Riziko vzniku sociální patologie se pak zvyšuje s tolerancí agrese a násilí v konkrétní společnosti. Velkou roli poté zastávají v současnosti především média. Podle Langmeiera a Krejčířové (2006) po dlouhodobém působení zobrazovaného násilí dochází v celospolečenském kontextu k postupnému **otupování emočního prožívání existence násilí**. Společnost tak hrubne a vytrácí se ochota obětem agrese pomoci. Násilí se stává i obchodním artiklem, na kterém se dá profitovat. Médii jsou aktivně

vyhledávány případy násilí, obzvlášť je-li v roli oběti dítě. Obsah zprávy znázorňující utrpení dětí totiž stále přitahuje pozornost veřejnosti a primárně zvyšuje sledovanost, poslechnovost, počet zhlédnutí či prodej daného média, byť je tato skutečnost často maskována jako výzva k otevření všeobecné diskuse nad preventivními opatřeními, jež by měla takovému jevu zabránit.

Pöthe (1999) apeluje v této souvislosti také na negativní vliv pornografie. Doba, v níž bylo zobrazování sexuálních aktů v médiích tabu, již dávno pominula. Erotika je nyní dostupná jako běžné zboží určené ke každodenní konzumaci. Potenciál jejího nebezpečí tkví hlavně v možnosti spuštění sexuální patologie. U dětí poté sledování pornografie může zároveň vyvolat dojem, že takto zobrazované sexuální chování a praktiky jsou obecně přijímanou normou. Negativní důsledek pornografie spočívá rovněž v pěstování představy o reálné oddělitelnosti citového prožitku od sexuálního uspokojení. Partner je tak vnímán jen jako prostředek k dosažení krátkodobého požitku s absencí vzájemného emočního souznění.

Odborníci zabývající se problematikou násilí se nejčastěji zmiňují o jeho bagatelizaci a vytěšňování této problematiky na okraj zájmu společnosti. Spurný (1996) poté upozorňuje i na opačný efekt dlouhodobého vystavení se působení násilí, a tím je získání **negativního pohledu na svět a tendence přeceňovat reálné nebezpečí**. Což následně vyvolává nepřiměřené obranné reakce jednotlivce i celé společnosti, jež omezují jejich běžné fungování přijímáním nadbytečných a neopodstatněných opatření.



## 4 RODINA, JEJÍ FUNKCE, TYPOLOGIE A VÝCHOVNÉ STYLY

Jak již bylo popsáno výše, základní význam a principy pro vznik sociální patologie, kterým je špatné zacházení s dětmi, leží v rodině. Proto je nutné se alespoň elementárně zabývat jejím postavením ve společnosti, funkcemi, typologií či výchovnými styly, a to z hlediska vzniku některých negativních faktorů vedoucích k týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí.

### 4.1 Definice rodiny

Obdobně, jako při nahlížení problematiky teorií vzniku týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí či při popisu jednotlivých složek syndromu CAN, je nutné brát v úvahu skutečnost složitosti fenoménu rodiny. Na tu lze totiž pohlížet a zkoumat ji z vícera hledisek. Tak, jak se postupně vykristalizovaly a diferencovaly humanitní vědy, vznikaly postupně samostatné definice rodiny poplatné právě konkrétnímu vědnímu oboru či podoboru. Známé zjednodušující klišé, v dobách nedávno minulých spíše paradigma, že rodina je základ státu, ve složitosti dnešní společnosti a globalizovaného světa již nedostačuje. Byť v mnoha ohledech nelze toto zažitě tvrzení nikterak zpochybňovat.

Rodina představuje objekt zájmu takového množství vědních specializací, že vybrat jednu univerzální definici, která by ji dokonale vystihla, je fakticky nemožné. Jak potvrzuje Matějček (1992), jinak by rodinu popsali sociologové, právníci, demografové, ekonomové, politici, pedagogové a jiní specialisté, jichž se zkoumání rodiny, její fungování a typy profesně dotýkají. Svou představu o tom, co je to rodina, pak má každý člověk z řad laické veřejnosti, aniž by se jejím zkoumáním zabýval na vědecké bázi. Povědomí o podstatě rodiny totiž vychází také z vlastní zkušenosti a z prožívání své existence v jejím rámci.

Sociolog Petrusek (1996) například tvrdí, že rodina zastává pozici nejdůležitější společenské skupiny a instituce a do jisté míry tak podporuje ono „rodina je základ státu“. Hartl a Hartlová (2010) ve své charakteristice rodiny kladou důraz

na odpovědnost a vzájemnou pomoc mezi jejími členy, kteří jsou vzájemně svázáni manželstvím nebo pokrevními vztahy. V odborné literatuře autorů Průchy, Walterové a Mareše se objevuje i specifikovaná premisa rodiny ve vztahu k dětem.

*„Současné pojetí tenduje k chápání rodiny jako sociální skupiny nebo společenství, žijícího ve vlastním prostoru – domově, uspokojující potřeby, poskytující péči a základní jistoty dětem.“* (Průcha, Walterová, Mareš, 2009, s. 248).

Podle Matějčka (1992), který rodinu také vztahuje k dítěti, nejsou její vnější znaky podstatné. Vyzdvihuje zejména dominanci rodiny v uspokojování psychických potřeb dětí i rodičů, a to na základě vzájemné interakce.

## 4.2 Funkce rodiny

Přestože existuje mnoho definic rodiny, stejně tak odborných i laických názorů na její smysl, jsou všeobecně přijímány čtyři základní funkce, jež jsou s mírnými modifikacemi shodné napříč geografickým, kulturním, společenským a náboženským spektrem současného světa:

- **Funkce reprodukční** - v současné době se stále více objevuje trend plození potomků mimo manželství. Jen v Česku se podle údajů Českého statistického úřadu v roce 2011 narodila 43% procenta dětí mimo manželské svazky, u prvorozených to pak byla více než polovina z nich, a to 54%, na Mostecku dokonce 60%. Zdá se tak, že uzavírání manželství není pro reprodukci nezbytností. Přesto značná část svobodných matek či žen žijících v nesezdaném trvalém partnerství po narození potomka v různém časovém horizontu sňatek uskuteční.
- **Funkce ekonomická** - rodina vstupuje do hospodářských vztahů v rámci společenství, zapojuje se do výrobní i nevýrobní sféry a funguje i jako významný konzument. V rámci rodiny také probíhá přerozdělování prostředků a uspokojování hmotných potřeb jejích členů.
- **Funkce emocionální** - v rámci rodinného společenství dochází k uspokojování citových potřeb dětí i dospělých členů. V optimálním v případě jsou pak potřeby saturovány rovnoměrně a vyváženě. Tato funkce zároveň představuje basální a zcela zásadní princip rodiny, žádná jiná instituce totiž nedokáže emocionální

potřeby, kterými jsou například vědomí sounáležitost, lásky a jistoty, uspokojit na takové úrovni jako rodina. Vymizení či oslabení této funkce pak dává velký prostor pro vznik sociální patologie rodinného společenství.

- **Funkce socializační a výchovná** - rodina představuje neopomenutelnou jednotkou v souvislosti s výchovou dětí a jejich uvedením do širšího společenského prostředí. Dochází v ní k předávání norem a hodnot v souladu s kulturně-historickým a duchovním kontextem a k jejich interiorizaci dítětem.

Kromě těchto základních a nezbytných plní rodina i další sekundární funkce doplňující celkový obraz rodinné jednotky. Jsou jimi například funkce **ochranná**, **relaxační** a **zábavná** a v neposlední řadě také funkce **sociálně podpůrná**. Ta se uplatňuje zejména v náročných životních situacích a krizích, v nichž se v průběhu života ocitají členové rodiny. Rodina tak plní významnou a naprosto nezastupitelnou roli **sociální opory**. Rodina a její pozitivní působení zvyšuje odolnost proti stresu a fungující vztahy v rodině jsou pilířem duševního zdraví.

Nedostatečné plnění některé z funkcí (**dysfunkce rodiny**) pak znamená závažný problém a ohrožení rodiny komplexně i jejích jednotlivých členů. Podle závažnosti narušení konkrétní funkce se odvíjí i mechanismy nápravy tohoto stavu, od pomoci nejbližšího okolí až po intervenční profesionální zásah odborníků. Dysfunkce různé intenzity bývá základem pro vznik sociální patologie, a to včetně týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. Zvýšenou pozornost je třeba v této souvislosti věnovat zejména narušení funkce emocionální.

*„Funkční rodina je také bezesporu nejvýznamnějším zdrojem opory pro dítě v případě krizí a traumat, na druhou stranu narušené rodinné vztahy a nedostatečná péče o dítě představují závažné patogenní či neurotizující činitele.“* (Krejčířová, 2001, s. 722).

Úplné vymizení schopností rodiny plnit veškeré své funkce (**afunkční rodina**) poté vede k ohrožení zdravého psychomotorického vývoje dětí. V krajních případech neodhalená a neřešená afunkce rodiny skrývá potenciál ohrožení samotné existence dítěte. Dunovský (1999) poté vyslovuje přesvědčení, že snaha a udržení takové rodiny a náprava nepříznivého stavu je bezpředmětná a zbytečná. Jediným možným řešením, které dítěti může prospět, je umístit ohrožené dítě do rodiny náhradní, popřípadě

ho po důkladném zvážení jeho psychického a fyzického stavu zařadit do systému výchovy ústavní. V populaci se dle Dunovského vyskytuje asi 0,5 % takto nenapravitelně ozvrácených a poškozených rodin.

### 4.3 Typologie rodiny

Problematiku typologie rodiny lze nahlížet na základě preferenčních kritérií s ohledem na oblast, která má být v souvislosti s rodinou zkoumána. Takovým kritériem může být například počet jejích členů (nukleární rodina, vícegenerační, polygammní, monogammní), rozložení moci v rodině (patriarchální, matriarchální, egalitářské modely), socioekonomický status a prostředí (venkovská, městská, rolnická, dělnická...), národnost (smíšená manželství), náboženství (ateistická, křesťanská, muslimská...) apod. Z hlediska sociální patologie, kterou může být špatné zacházení s dětmi a syndrom CAN je primárním faktorem především její funkčnost, jak již bylo zmíněno výše. Na základě tohoto kritéria lze kategorizovat škálu rodin funkčních, s absencí patologie, které reprezentují například rodiny adekvátní s jasným rozdělením mužských a ženských rolí a hierarchií či rodiny optimální založené na generové rovnosti.

Rodinou jednotku s vyskytující se poruchou či závažnou sociální patologií poté představuje tzv. **rodina klinická**, v níž se dle Matouška (2003) vyskytuje mimo jiné týrání, zneužívání a zanedbávání dětí, domácí násilí směřované vůči dospělým členům rodiny nebo seniorům, zdravotní postižení dítěte či rodičů, delikventní chování, drogové a alkoholové závislosti, gamblerství, promiskuitní chování atd. a případně libovolné kombinace jednotlivých patologií.

### 4.4 Výchovné styly v rodině

Pojem výchova představuje složitý systém působení vychovávajících osob na osoby vychovávané, zahrnuje celé spektrum postupů, kterými se má dosáhnout určitého primárního výchovného cíle či cílových souborů. Výchovu lze také kategorizovat jako **záměrnou** (dominantní zejména ve školním prostředí a při získávání konkrétních dílčích kompetencí) a **spontánní** (uplatňovaná prostřednictvím rodinného soužití). Podle Langmeiera a Krejčířové (2006) užití určitého způsobu chování

a interakce představuje pro dítě odměnu nebo trest, zároveň působí svým chováním dítěti jako vzor, a to v pozitivním i negativním smyslu. Přechod mezi záměrnou a spontánní výchovou zároveň není jasně ohraničen, spíše má formu vzájemného plynulého prolnutí.

*„V každé minutě proběhne v rodině řada vzájemných aktivit: Rodiče působí na dítě, dítě působí na rodiče, rodiče působí na sebe navzájem, v rodině s více dětmi jsou možnosti vzájemných vlivů ještě rozmanitější. Ve skutečnosti je dítě ve svém vývoji a v dosažení duševního zdraví významnou měrou ovlivňováno právě určitým vzorcem této rodinné interakce.“* (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 268).

Souhrn základních způsobů i nuancí záměrné a spontánní výchovy poté vytváří určité identifikační celky, výchovné styly. Badatelé je rozlišili na tři základní celky:

- **autoritativní styl** - v rodinách, v nichž převládá tento styl mají dominantní postavení rodiče, či jeden z nich, který představuje pro dítě nezpochybnitelnou autoritu, výchova má poté formu vydávání rodičovských příkazů a jejich plnění dětmi, a to bez snahy o diskusi.
- **liberální styl** - tento styl má opačnou charakteristiku než předcházející, vykazuje znaky ponechání výrazné volnosti dítěti, kdy nejsou jeho aktivity téměř nijak omezovány, dítě si samo organizuje svůj volný čas, bez rodičovských korigujících zásahů, k těm je přistupováno pouze v případě, kdyby dítě svým jednáním ohrožovalo své nebo zdraví jiných osob, či zasahovalo do jejich práv.
- **demokratický styl** - je postavený na respektu k dítěti a jeho právům. Vyznačuje se vnímáním dítěte jako samostatného individua, které má věkem a zkušenostmi ohraničené kompetence o sobě rozhodovat, a to se všemi důsledky z takových rozhodnutí plynoucích. Dítě se učí odpovědnosti za sebe, vůči ostatním členům rodiny i v kontextu širšího společenství. Vzájemné vztahy mezi dětmi a jejich vychovateli (rodiči) jsou založeny na bázi přátelství, partnerství, sounáležitosti, dialogu a vzájemného konsenzu při řešení problémů.

Z výše popsaných výchovných stylů bývá právě ten poslední - demokratický považován za nejpříznivější ve vztahu k optimálnímu psychomotorickému vývoji dítěte. Zároveň se jedná o výchovný přístup, který má vysoce preventivní potenciál před

vznikem některé ze sociálních patologií v rodině. Dítěti je ponechána potřebná volnost, aby mohlo svobodně utvářet svou osobnost, ale současně je dostatečně seznámeno s pravidly a normami, které jasně vymezují toleranci vůči jeho chování a jednání ze strany ostatní členů rodiny a společnosti.

Vymezení jednotlivých výchovných stylů nemá ale žádnou absolutní platnost, jedná se spíše o orientační vodítko než o konstantu. Rodina představuje živý, rozmanitý a proměnlivý organismus, vzhledem k tomu, nelze mnohdy jednoznačně určit, který výchovný styl uplatňuje. Styly se mohou modifikovat pro potřeby každé jedné rodiny s ohledem na konkrétní situaci a časové období, v němž se právě nacházejí. Zároveň mohou existovat i rozdíly mezi přístupy rodičů, kdy jeden zastává styl autoritativní a druhý se přiklání k liberální výchově.

V současnosti jsou pak odborníky na tuto problematiku uváděny i diferenciaci podle několika nezávislých dimenzí, které představuje mimo jiné láska a hostilita nebo autonomie a kontrola či klidné odpoutání a úzkostné emoční připoutání. Konkrétní dimenze poté umožňují popsat jednoznačně nevhodné výchovné přístupy, jež poškozují optimální vývoj dítěte, jeho zařazení do společnosti a vztahy v rodině i mimo ni. Průcha, Walterová a Mareš (2009) mezi ně zařazují výchovné přístupy:

- **rozmazlující** - dítě je středobodem celého rodinného života, rodiče plní veškerá přání dítěte, projevují mu nekritický obdiv, „dusí“ ho svou láskou, dítě se pak učí s rodiči manipulovat ve svůj prospěch.
- **zavrhující** - rodiče vůči svému dítěti otevřeně nebo častěji skrytě projevují odmítání, nesouhlas s jeho chováním, projevy, školními výsledky apod., obvykle pak rodiče tento výchovný styl zdůvodňují snahou o dosažení kázně a vybudováním přiměřené autority dítěte k nim.
- **hyperprotektivní** - nepřiměřeně ochraňující výchova znemožňuje dítěti setkat se s překážkami, obtížemi a problémy reálného světa, rodiče eliminují veškerá skutečná i domnělá rizika, dítě tak nemá žádnou možnost získat potřebné dovednosti k překonávání náročných životních situací a krizí.
- **perfekcionistický** - rodiče usilují a požadují po svém dítěti perfektní výkony ve všech oblastech života, kladou na dítě enormní nároky, jež nemůže vzhledem ke svému věku či schopnostem zvládnout.

- **nedůsledný** - rodičovský výchovný přístup lavíruje mezi striktním dodržováním příkazů a přísností na straně jedné a nepřiměřenou až extrémní benevolencí na straně druhé či nesouladem a diametrálním rozdílem mezi výchovným stylem otce a matky.
- **se znaky týrání, zneužívání, zanedbávání a deprivace** - patologický výchovný styl, který v různé intenzitě přímo ohrožuje fyzické a psychické zdraví dítěte a v krajních případech i jeho život.

Převažující tendování k určitému výchovnému postupu je také v úzkém vztahu k postavení dítěte v rodině, k jeho přijetí rodiči a současně zásadním způsobem ovlivňuje jeho psychomotorický a citový vývoj. Přijetí dítěte matkou a ostatními členy rodiny není automatické a univerzální. Liší se na základě různě působících faktorů. Jak uvádí Matějček (1992) škála intenzity přijetí dítěte se pohybuje od naprostého odmítnutí až po krajně kladné. Ve většině současných společností převládají pedocentrické tendence. Dítě je společností vysoce ceněno, hlediska posuzování postojů rodičů k dítěti se však plynutím času a demografickými a sociálními změnami diferencují. Například dříve běžné tvrdé fyzické tresty (klečení na hrachu, bití rákoskou přes dlaně, bití řemenem apod.) jsou v současnosti odsuzovány a na základě své patologie vůči dítěti spadají do kategorie fyzického týrání.

Základním předpokladem pro zdárný vývoj dítěte je uvědomění si hodnoty jeho existence pro rodinu.

*„Celosvětový vývoj směřuje k psychologizaci a emocionalizaci rodinných vztahů. Znamená to, že se důraz klade na uspokojení osobních psychických potřeb dospělého člověka soužitím s dětmi.“* (Matějček, 1992, s. 41).

Dítě pak může svou hodnotu také ztratit, a to zejména v obdobích krizí globálního významu, jako jsou války, hladomory, přírodní katastrofy aj. Ztráta hodnoty dětského života se výrazně projevila během druhé světové války, kdy se objevovaly případy matek, které při prvních selekcích ve vyhlazovacích táborech samy odhazovaly novorozeňata a kojence, ve snaze dostat se do skupiny žen bez závazků určených k zařazení do pracovních komand. Přítomnost malého nesamostatného dítěte totiž znamenala rozsudek smrti zplynováním. Mateřské pouto k vlastnímu potomkovi tak pod tíhou bezprecedentních okolností bylo potlačeno a zvítězil pud sebezáchovy.

## 5 DÍTĚ A JEHO VÝVOJ

Při zkoumání problematiky týrání, zneužívání a zanedbávání je vhodné se také alespoň elementárně zabývat ontogenetickým vývojem dítěte a souvztažností interakce dítěte a matky (rodičů) a vzniku špatného zacházení s dítětem. Právě špatné zacházení s dítětem představuje etiologii narušení jeho psychomotorického a citového vývoje. Zároveň ale syndrom CAN může mít naopak příčinu v odchylkách od normy zaznamenané v průběhu ontogenetického vývoje individua.

### 5.1 Prenatální období

Prenatálním obdobím je označován souhrnný čas od početí až po narození dítěte. Jak již bylo řečeno, již v tomto období se zakládá vztah mezi dítětem a jeho rodiči. Jedná se také časový úsek v délce 38. až 42. týdnů, v němž může dojít k jeho narušení, v důsledku nechtěného těhotenství, těžkého průběhu gravidity, zjištěním vrozené vývojové vady apod. Znamky interakce s okolním prostředím popisuje vývojová psychologie již v období před samotným narozením jedince. Již u plodů starých osm a půl týdne byly zaznamenány reakce na podráždění v oblasti úst. Po pátém měsíci prenatálního vývoje vnímá plod zvukové a vizuální podněty, tlak i bolest. Z vědeckých pozorování pak vyplývá, že plod je v posledních dvou měsících prenatálního vývoje schopen se učit a využívat získanou zkušenost. Nenarozený jedinec tak není pouze pasivním trpitelem podnětů přicházejících z vnějšího prostředí, ale že sám dokáže své prostředí ovlivnit. Bylo také prokázáno, že plod svými pohyby často iniciuje pohyby matky.

Přestože problematika špatného zacházení s dětmi je obvykle vztahována k těm již narozeným, odborná literatura (Langmeier, Krejčířová, 2006) zná i pojem **syndrom bitého plodu**. Ten se projevuje záměrným ohrožujícím chováním gravidní matky, jež jím cílí na své nenarozené dítě. Matky se například bijí do břicha, skáčou z výšky, vyvíjejí nadměrnou fyzickou námahu apod.

Etickou a duchovní otázkou, jež vyvstává v této souvislosti, je rovněž problematika potratů, stanovení podmínek pro provedení interrupce a nakládání s přebytečnými zárodky při umělém oplodnění. Bouřlivou veřejnou diskusi pak vyvolal



v roce 1997 tzv. prenatalní masakr, při němž bylo rozmrazeno a zničeno 6 tisíc embryí skladovaných déle než pět let pro potřeby umělého oplodnění.

## 5.2 Novorozenecké a kojenecké období

Interakce mezi matkou a dítětem od prvních okamžiků života, v novorozeneckém (do 28. dne od narození) a následně v kojeneckém období (1. rok života), je zcela zásadní pro jeho optimální psychomotorický vývoj. Tato interakce však může být hrubě narušena či přímo znemožněna z objektivních příčin. Těmi jsou zejména **předčasný porod, nezralost, hypotrofie novorozence, přenošený novorozenec, vrozené vývojové vady u novorozenců**. Při těchto komplikacích bývají novorozenci umisťováni na specializovaná nemocniční oddělení a péče o ně je svěřena do rukou odborníků, přičemž je výrazně narušena možnost bezprostředního kontaktu mezi dítětem a matkou, zejména pak fyziologické **kojení**, jímž se vytváří pevné **citové pouto** mezi matkou a dítětem.

*„Při kojení se prohlubuje její kladný vztah k dítěti, kterým je nutným předpokladem pro dobrou péči o ně. Nepřímo to potvrzují i některé výzkumy sociální pediatrie o dětech, které byly svými rodiči týrány. Ukázalo se, že mezi týranými dětmi se vyskytuje více dětí nedonošených, které byly po narození delší dobu odděleny od matky, neboť vyžadovaly ošetřování v inkubátorech. Matka své dítě nemohla kojit, nemohla o ně pečovat, a proto si k němu nevytvořila od počátku pozitivní citový vztah.“* (Machová, 2008, s. 199-200).

## 5.3 Batolecí období

Dle běžného pediatrického členění se batolecím obdobím označuje úsek od začátku druhého roku do konce třetího roku věku. Jedná se o náročné období pro děti i rodiče, dítě se osamostatňuje a získává základní dovednosti například v přijímání potravy, v oblasti hygieny, řeči a v orientaci v nejbližším prostředí. Vzhledem k jeho lokomoci při současné motorické neobratnosti a neschopnosti reálně posoudit nebezpečí vyžaduje zvýšenou pozornost a dozor ze strany pečujících osob. Batolecí období podle Machové (2008) má **nejzásadnější význam pro životní postoje v budoucnosti**,

což vyžaduje stabilitu citového zázemí rodiny. Náročnost péče v tomto období poté může být významným faktorem pro vznik špatného zacházení s dítětem. Ukazatelem špatného zacházení v tomto věku naznačuje například výrazná abnormalita ve fyziognomii dítěte, jako je velmi nízká hmotnost - tříletí chlapci dosahují průměrně 15,2 kilogramů, dívky 14,7 kilogramů, chlapci ve třech letech dorůstají do výšky 97,6 centimetrů a dívky 96,9 centimetrů. Slovní zásoba optimálně rozvíjených tříletých dětí obsahuje na tisíc slov.

#### 5.4 Předškolní období

Období předškolního věku trvá od počátku čtvrtého roku věku do konce šestého roku a nástupu školní docházky. Rodina v životě dítěte si i v tomto období drží dominantní postavení. Má dítěti poskytnout pevné místo a zázemí a rovněž mu umožnit rozvoj samostatnosti. Dítě v tomto věku již koordinuje své pohyby, v oblasti psychického vývoje je patrný realističtější přístup k věcem a situacím a snaha o sebeovládání. Tato věková skupina dětí se v současnosti stává výrazně ohroženou v souvislosti se syndromem CAN. Z výroční zprávy pražského Dětského krizového centra za rok 2012 totiž vyplývá, že počet dětí v předškolním věku představoval 25 % klientů (108), přičemž v roce 1994 to bylo 12%.

#### 5.5 Školní období a adolescence

**Školní období** (od 6. do 14. roku věku) je pro děti velmi významným a z hlediska získávání celé řady kompetencí zásadní. Představuje také značnou zátěž pro děti i pro rodiče související se změnou denního režimu a plněním školních povinností. V tomto období se střídá období klidného růstového tempa s růstovým spurtem. Velké změny jsou zaznamenávány i v psychice dětí a v jejich emočním prožívání, dochází k rozvoji kontroly citových projevů. Ke konci období se uvažování nezletilých nijak zásadně neliší od myšlení dospělých. S nástupem **puberty** (kolem 11 let) se začíná prosazovat citová nevyrovnanost, neklid, přecitlivělost a impulsivnost. Mezi 15. a 18. rokem nastává rizikové **období dospívání**, kdy adolescenti dosahují pohlavní dospělosti. Emoční labilita bývá zpravidla ukončena dosažením fyzické

zralosti, v některých případech ale přechází až do období dospělosti, a to zejména u jedinců, kteří se v dětství setkali se špatným zacházením.

*„V tomto věku se začíná zúročovat vše, co jsme dobrého v předcházejících letech do výchovy vložili, ale také i to, co jsme zanedbali.“* (Machová, 2008, s. 221).

Mezi klienty Dětského krizového centra v Praze postiženými syndromem CAN bylo v roce 2012 více než 73% právě v tomto věkovém období, kdy si dítě interiorizuje normy a hodnoty a fixuje pozitivní i negativní vzorce chování.

## 6 ROZDÍLY VÝVOJE DĚTÍ POSTIŽENÝCH SYNDROMEM CAN

Týrání, zneužívání a zanedbávání, které je směřováno vůči dětem zásadním způsobem ovlivňuje, resp. poškozuje jejich fyzický, psychický, emoční i sociální vývoj. Ten může mít podobu nevratného poškození v důsledku traumatu a nedostatečné saturace spektra jeho potřeb, zároveň se mohou u dětí postižených syndromem CAN projevit onemocnění a obtíže, které jsou sekundárním důsledkem špatného zacházení.

### 6.1 Fyzické rozdíly a následky

Kromě přímých následků špatného zacházení s dětmi, kterými jsou **fyzická poranění, podvýživa, opoždění v růstu** nebo **zaostávání v motorickém vývoji**, u dětí trpících syndromem CAN oproti dětem vyrůstajícím v harmonickém rodinném prostředí pozorována i **vyšší nemocnost** v důsledku **nedostatečné imunity** a **častější výskyt alergií**. Dle výzkumného projektu Ministerstva práce a sociálních věcí realizovaného v roce 2011 vyplynulo, že děti, které se setkaly se sexuální zneužíváním, trpěly mimo jiné i **pomočováním, tachykardií, poruchami spánku, hyperenzí**. U jedinců postižených syndromem CAN se následně častěji rozvinuly **kardiovaskulární choroby** a **metabolické poruchy** či **neuroendokrinní potíže**. V pozdějším věku pak takoví jedinci trpěli také **onemocněním jater** a vyšším výskytem **karcinomu plic**.

### 6.2 Psychické a kognitivní rozdíly a následky

Týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí má zcela zásadní dopad v oblasti psychického vývoje, a to zejména v podobě **psychické deprivace**. Obvykle se objevují i různá vývojová **opoždění**, jako například **řeči, nedostatečné jazykové dovednosti, malá slovní zásoba, nižší IQ a rozumové schopnosti, nízká ochota učit se, zhoršená paměť** a **pozornost** apod. Velmi závažným problémem se v této souvislosti jeví zvýšené riziko vzniku **psychických poruch**. Psychická deprivace se může projevit v nervovém vývoji a následně se manifestovat v dalších vývojových obdobích vznikem

**psychiatrických problémů**, které vyžadují psychotropní medikaci a psychiatrickou specializovanou péči. Jedinci, kteří byli v dětství týráni, zneužívání a zanedbávání mají také výraznější inklinaci k **poruchám chování, hyperaktivitě, závislostem** a jiným **sociálním patologiím**. U dětí postižených syndromem CAN se rovněž častěji objevují problémy se **seberegulací, nízkou frustrační tolerancí** či **posttraumatickou stresovou poruchou**. Podle Krejčířové (2001) se posttraumatická stresová porucha rozvíjí až s odstupem času od prožitého traumatu a častěji vzniká u osob predisponovaných, které se vyznačují osobnostní zranitelností nebo s neurotickým potenciálem.

*„Hlavním projevem je opakované prožívání traumatické události ve snech nebo vnucujících se živých vzpomínkách a snaha vyhýbat se všem situacím, které událost připomínají, časté jsou dále extrémní úzkostné reakce v takových situacích.“* (Krejčířová, 2001, s. 696).

Tatáž autorka dále upřesňuje, že mezi příznaky patří pocit otupělosti, necitelnosti, zúžení emocí, úlekové reakce, disociativní amnézie nebo poruchy spánku. Tyto obtíže většinou plynutím času vymizí, někdy ale mohou přecházet do chronické formy a trvale měnit osobnost.

Typickým důsledkem špatného zacházení je také **desinhibovaná příchyllost**, a to zejména, pokud je dítě po identifikaci syndromu CAN umístěno do náhradní rodinné výchovy.

### **6.3 Sociální a emoční rozdíly a následky**

Sociální patologie směřovaná vůči dětem zanechává také velmi výrazné stopy v oblasti jejich sociálního a emocionálního vývoje. U dětí, které se staly obětí pohlavního zneužívání, se odborníci setkávají například s **nevhodným sexuálním chováním**, které není adekvátní věku, **úzkostí** a **snahou izolovat se od okolí**. Při fyzickém týrání se zase u obětí projevuje například **agresivita, odtaženost, opatrnost, neschopnost** vyznat se a **adekvátně řešit sociální situace**. Děti zanedbávané se pak vyznačují tím, že často nedokážou navázat interakci a rovnocenný vztah se svými vrstevníky, vykazují **nižší míru prosociálního chování** a naopak vyšší **inklinaci k verbální i fyzické agresi a hostilitě**. Děti navazují jen povrchní vztahy,

bez hlubší citové vazby a zainteresovanosti, může jít také pouze o vztahy účelové založené na saturaci momentální potřeby či reciprocitě.

U dětí týraných, zneužívaných a zanedbávaných se z hlediska sociálního a emočního vývoje objevuje i **nízká sebedůvěra, sebehodnocení, nedůvěra k ostatním lidem** nebo naopak **přehnaná nekritická důvěřivost**.

Odborníci se poté shodují, že právě abnormality v emočním a sociálním vývoji naprosto zásadním způsobem ovlivňují utváření celkové osobnosti každého jedince. Optimální emoční zkušenosti a možnost zažít lidské vztahy a vazby k milujícím osobám jsou nepostradatelným základem pro zdravý psychický i tělesný vývoj a zařazení jedince do společnosti.

## 7 DÍTĚ JAKO OBĚŤ

Týrání, zneužívání a zanedbávání není fenoménem, který se objevuje pouze a jen u dětí, jeho obětí se může stát člověk v jakémkoliv věku. U dětí má ale dalekosáhlé následky a nedozírný dopad na jejich zdárný celkový vývoj a rozvoj osobnosti. Psychika a somatika dětí je totiž mnohem zranitelnější než u jiných věkových skupin. Děti jsou také velmi často emočně a přímo existenčně závislé na svém trýzniteli či trýznitelích. Nemají v podstatě možnost samy svou nepříznivou situaci změnit vlastními silami, v kruhu násilí a špatného zacházení tak často zůstávají až do doby, kdy mají dostatek kompetencí, aby z tohoto kruhu vystoupily. Odhalování týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí a řešení této sociální patologie ztěžuje i skutečnost, že se často odehrává v domácím prostředí, izolovaně od veřejnosti a mnohdy na sebe bere podobu, která je veřejností těžko identifikovatelná, a to zejména v případech psychického násilí a psychické deprivace či subdeprivace, jež se neprojevuje tak markantními viditelnými symptomy, jako například násilí fyzické nebo extrémní zanedbávání.

V současnosti stále převládá, zejména u české veřejnosti, přesvědčení, že za výchovu a péči o své děti jsou zodpovědní rodiče a ti mají téměř svrchované právo zacházet s potomky dle svého uvážení a rozhodovat o výchovných postupech bez toho aniž by se museli veřejně zodpovídat. Což například dokládá stálá „obliba“ tělesných trestů v České republice.

*„Tělesné potrestání dítěte tvoří nedílnou součást života většiny dětí v dnešních rodinách. Děti tělesný trest přijímají a vnímají jako normální chování svých rodičů a otevřeně uvádí, s jakými tresty mají osobní zkušenosti.“* (Vaničková, 2004, s. 43).

Vaničková (2004) dále uvádí, že v současnosti se k tělesným trestům různého charakteru během výchovného procesu pravidelně uchyluje jedna třetina českých rodin. Děti se také v mnoha případech stávají obětí domácího násilí. V dětské populaci je výraznější riziko u těch jedinců, kteří žijí v nefunkčních rodinách, a to zejména pokud je v rodině přítomen otčím. Terčem domácího násilí se také mohou stát děti se zdravotním handicapem, mentálním postižením, děti vývojově opožděné, nezralé, ale také děti s rizikovým a delikventním chováním, děti s poruchami učení, poruchami soustředění či se syndromem ADHD. Dítě se pak stává ohroženou osobou i v případech,

kdy na něm samotném není některá z forem domácího násilí bezprostředně a primárně páchána, ale je například svědkem týrání matky či jiného rodinného příslušníka.

*„Zhruba 20-25 % dětí se vměšuje do násilných incidentů (prosí násilnou osobu, aby upustila od svého jednání, nebo se pokouší ohroženou osobu bránit). V průběhu útoků na matku je napadeno také 10% dětí a 2% dětí přechází z různých důvodů a motivů na stranu agresora.“* (Kavermann In: Čírtková, 2008, s. 43).

Nebezpečnost domácího násilí páchaného na dětech dokládá i výzkumná studie Martinkové (2001), ve které uvádí, že pracovníci orgánů sociálně právní ochrany dětí v Praze zaznamenali v roce 1999 sedm desítek dospělých osob, které se chovaly násilně vůči nezletilým členům rodiny. Původci násilí pak byli v 64% muži, z toho činili 33% vlastní otcí obětí. Z 36% žen, které se dopouštěly násilí v rodinách na nezletilých, bylo 23% vlastních matek obětí.

Dítě se ale nestává obětí týrání, zneužívání či zanedbávání pouze v rodině. K ohrožení může docházet například ve školských zařízeních, při volnočasových aktivitách, při hospitalizaci dítěte, ve výchovných institucích apod. Vzhledem k tomu je tak nezbytné alespoň rámcově se zabývat charakteristikou tzv. **rizikových dětí** (Matějček, 1995), jež se mohou stát obětí špatného zacházení.

Z hlediska **tělesného týrání** spadají do kategorie rizikových dětí zejména ty, které je těžké výchovně usměrňovat, jež svým chováním dráždí a vyčerpávají své okolí. Jedná se především o děti **neklidné, hyperaktivní, neurotické, náladové, neklidné, zlostné** nebo naopak **bezdůvodně úzkostné**. Výraznou a velmi křehkou skupinu potenciálně ohrožených dětí představují také ty, které trpí **mentálním postižením**. Takové děti totiž nedokážou naplnit očekávání svých rodičů a ti v důsledku zklamání a frustrace se mohou uchýlovat k fyzickému násilí a permanentní agresi vůči svým potomkům. V ohrožení se ale často ocitají i děti s lehce **sníženým intelektem** a s **potížemi plnit své školní povinnosti**, děti **málo fyzicky zdatné, nemotorné, nešikovné, děti „smolaři“**, děti, které mají **nízkou úroveň sociální inteligence**, děti **drzé, provokující, urážející**, děti s **poruchami komunikace** či vykazující jiné **nonkomformity v chování**, jako jsou například nekontrolovatelné pohybové a zvukové tiky v důsledku Touretteova syndromu. Výchova a interakce s takovými dětmi je náročná, neznamená to však, že děti s těmito potížemi se bezpodmínečně musejí



s tělesným týráním setkat, rozhodujícím činitelem je v těchto případech hlavně charakter nejbližšího sociálního prostředí.

**Pohlavní zneužívání** představuje sociální patologii zvláště závažného charakteru, které postihuje širokou věkovou skupinu dětí. Podle Matějčka (1995) u malých dětí jejich pohlaví nerozhoduje, riziko je ve své podstatě totožné pro dívky i chlapce. V předškolním věku a v kategorii starších dětí jsou mnohem více ohrožena **děvčata**, a to zejména ta, jejichž fyzická konstituce vykazuje **atributy ženství**, jako jsou projaté boky, úzký pas, kypré hýždě a stehna, jemnými rysy v obličeji s dlouhými vlasy. V ohrožení se mohou ocitnout i dívky **s koketním chováním, přítulné** a bezprostřední.

Při zkoumání problematiky rizikových dětí v souvislosti se **zanedbáváním** bývají vyčleňovány především děti, které svým charakterem nevzbuzují zájem okolí. Jedná se zejména o děti **apatické, neaktivní, pomalé**. Ztráta zájmu okolí bývá zaznamenávána tak u dětí **s mentálním postižením**, u nichž rodiče v důsledku jejich handicapu ztrácejí motivaci se o něho starat a poskytují jim jen nejnutnější elementární péči, bez hlubších citových projevů s absencí poskytování jakýchkoliv rozvíjejících podnětů. Riziko ohrožení se pak z obdobných důvodů zvyšuje i u dětí se **smyslovým a tělesným postižením** či u dětí, které mají **závažné primární somatické onemocnění** chronického charakteru.

Jak zdůrazňuje Matějček (1995), děti zanedbávané se ocitají v zásadě odlišné situaci, než děti, na kterých se dospělí dopouštějí týrání nebo je zneužívají.

*„V tomto případě není dítě obětí agrese nebo jiné aktivity dospělého, nýbrž jeho neaktivity. Proti aktivitě dospělého je možno se bránit, proti nezájmu však aktivní obrana není.“* (Matějček, 1995, s. 111).

## 8 OSOBY OHROŽUJÍCÍ

Stejně jako nelze s absolutní platností vytvořit univerzální typologii dětských obětí týrání, zneužívání a zanedbávání, neexistuje ani jednotná obecná charakteristika osob ohrožujících, které se vyskytují v okolí dítěte. Vznik sociální patologie, jejíž oběti jsou děti, ovlivňuje mnoho vnějších i vnitřních faktorů, jak již bylo popsáno v předešlých kapitolách. Přesto existují určité rizikové markery, kterým je nutné věnovat pozornost, a to především z hlediska prevence a odhalování syndromu CAN.

Většina případů sociální patologie špatného zacházení s dětmi se odehrává v rodinném prostředí. Jak uvádějí Fischer a Škoda (2009), špatné zacházení s dětmi se objevuje zejména v rodinách s nízkou socioekonomickou a kulturní úrovní. Problematickou se ale může stát také rodina navenek působící jako harmonický funkční celek, a to tehdy, když dítě představuje překážku v uskutečňování plánů rodičů v profesní nebo zájmové oblasti.

Langmeier a Krejčířová (2006) upozorňují na skutečnost, že až 51% dětí týraných, zneužívaných či zanedbávaných, bývá vychováváno **nezralými rodiči**, kteří nejsou na příchod potomka připravení a ocitají se tak pod tlakem a ve stresu, jež nedokážou vlastními silami zvládnout. Stejní autoři poté zmiňují i efekt **transgeneračního přenosu**, kdy se děti, kterým je ubližováno, samy v dospělosti stávají osobami, jež týrají, zneužívají či zanedbávají své potomky. Mezi nejrizikovější faktory v souvislosti s transgeneračním přenosem špatného zacházení s dětmi patří zkušenost s agresí a fyzickým násilím uvnitř rodiny, dlouhodobé stresující podmínky a omezený přístup ke zdrojům pomoci a podpory.

Matějček (1995) pak z hlediska **fyzického týrání** dětí spatřuje riziko zejména u osob s **patologickým vývojem osobnosti**, se sklony k **agresivitě**, s **psychickým onemocněním**, dlouhodobě **frustrovaných** či **stresovaných**, se **závislostí** na alkoholu a jiných drogách nebo u jedinců, kteří vyznávají **alternativní životní styl** založený na přísné hierarchii a dodržování pravidel vynucených násilím. Akt násilí na dětech pak nemusí být přímo podmíněn výskytem popsaných rizikových faktorů, může se jednat také o projev situačního násilí vyplývajícího z reciproce a pomstychtivosti vůči partnerovi.

V souvislosti se **zneužíváním dítěte** do rizikové kategorie spadají osoby z okolí dítěte trpící **sexuální deviací (pedofilie)**, **dementní se sníženou rozpoznávací schopností**, **sexuálně hyperaktivní** a rovněž osoby se **závislostním chováním**. Možné ohrožení pak může vzejít i od osob, které nevykazují žádnou primární patologii a nemají k dítěti vytvořen sexuální tabuizující odstup, dítě poté zneužijí v důsledku příležitosti, která se jim naskýtá (**situační pachatelé**). Může se jednat například o pěstouny, vychovatele v různých institucích a školských zařízeních, vedoucí kroužků apod. Langmeier a Krejčířová (2006) poté uvádějí, že riziko skýtá i přítomnost nevlastního otce v rodině, **zneužití otčímem** se statisticky objevuje patnáctkrát častěji než v případech biologických rodičů. Čírtková (1998) pak upozorňuje, že pachatelé sexuálního zneužívání dětí netvoří homogenní skupinu.

*„Pochází z různých společenských vrstev, mají různou úroveň vzdělání, volí si rozmanité profese. Najdeme mezi nimi jednotlivce s nízkou i vysokou inteligencí, tvořivé a velmi produktivní osoby, ale i jedince na okraji společenského spektra. Mohou být svému nejbližšímu okolí nápadní jako podivíni a samotáři, ale stejně tak mohou být akceptováni jako pracovně i privátně úspěšní a zajímaví lidé.“* (Čírtková, 1998, s. 94-95).

V případech **zanedbávání dětí** pak nejvyšší rizikový potenciál mívají osoby se **sníženým intelektem**, které nedisponují dostatečnými schopnostmi se o dítě řádně starat, **lidé s tělesným či smyslovým postižením**, **psychicky nemocní**, **trpící depresemi**, **osamělí** bez bližších vztahů s okolím, **sociálně vyloučení** nebo lidé **s přemírou zájmových či pracovních aktivit**.

Spektrum rizikových osob v okolí dítěte je poměrně široké, přesto však mezi nejzávažnější faktory, které se prolínají různými způsoby špatného zacházení s dětmi, patří zejména **alkoholismus a drogová závislost**.

*„Pod vlivem alkoholu u některých lidí dochází k výraznému odbourání společenských zábran, což může mít za následek sexuální násilí i vůči dětem. Mají-li oba rodiče problémy s alkoholismem, potřebují své děti, aby se o ně staraly. Jestliže pouze jeden rodič zneužívá alkohol, všechna péče se přenáší na problémového dospělého a dítě je tak ochuzováno péčí od vlastního rodiče.“* (Špeciánová, 2003, s. 65).

Specifickou rizikovou kategorií poté tvoří **dětští násilníci** dopouštějící se **šikany** na ostatních dětech. Elliottová (1995) pak rozděluje takové děti na rozmazlené

egocentriky a na děti nejisté, které jsou samy oběťmi špatného zacházení ve svých rodinách.

Odborníci na tuto problematiku (např. Fischer a Škoda 2009, Langmeier a Krejčířová, 2006) upozorňují na skutečnost, že týraný jedinec se může stát tyranem, přičemž vzniká cyklus špatného zacházení s dětmi na principu oběť-pachatel-oběť. Titíž autoři zdůrazňují nezastupitelnou roli rodiny při vzniku i řešení této sociální patologie a rovněž nezbytnou nutnost přerušit výše popsaný cyklus s pomocí preventivních opatření. Neboť každé špatné zacházení s dítětem ovlivňuje jeho budoucnost, tvorbu morálních hodnot a postojů k životu i fungování ve společnosti. Poněšický (2005) uvádí, že lidem se obecně přičítá špatné zacházení s dětmi, ale zároveň se jen velmi těžko dokážou vcítit do zoufalství a destrukce porozumění sobě samému a okolnímu světu, v němž se týrané, zneužívané a zanedbávané děti ocitají.

## 9 VIKTIMIZACE

V souvislosti s týráním, zneužíváním a zanedbáváním u dětí odborná literatura uvádí i proces **viktimizace**. Viktimizace je složitý děj, při kterém dochází k poškození a újmě jedince. Ten se tak stává obětí určitého násilného aktu nebo trestného činu.

**Přímá viktimizace** – jedinec se stává záměrným a primárním cílem, vůči němuž je poškození a újma směřována.

**Nepřímá (sekundární) viktimizace** – k újmě a poškození jedince dochází i tehdy, pokud on sám není terčem násilného chování. U dětí se nepřímá viktimizace objevuje například v souvislosti s domácím násilím, kdy bývají často svědky agrese mezi rodiči. Sekundární viktimizace se projevuje mimo jiné i v přístupu institucí, které se zabývají šetřením případů týráním, zneužíváním a zanedbáváním dětí nebo v reakcích bezprostředního okolí dítěte se syndromem CAN. Traumatickou zkušenost pak dítě může získat i během projednávání svého případu před soudem. Sekundární viktimizace tak má přímou souvislost se systémovým týráním obětí, resp. dětí.

Viktimizace je tedy dynamický proces, který pokračuje i poté, když oběti již zdánlivě bezprostředně žádná zjevná újma nehrozí. Čírtková (2006) tak rozlišuje ještě specifickou **terciální viktimizaci**.

*„Jako terciální viktimizace se označuje stav, kdy jedinec není schopen se přiměřeně vyrovnat s traumatickou zkušeností, přestože z objektivního hlediska došlo k nápravě či úzdravě a odškodnění. Psychicky se zcela zásadně mění, dochází k nalomení původní životní cesty.“* (Čírtková, 2006, s. 204).

Ve vztahu k procesu viktimizace a jeho dynamice jsou rozlišovány i také **primární** a **sekundární rány**. V případech dětských obětí do kategorie primárních ran spadají zejména různá **fyzická poranění**, ublížení na zdraví a v krajním případě i usmrcení. Primárně dochází u dětí rovněž k výrazné **emocionální újmě**, ta se nedá jednoduše odstupňovat, neboť zde hraje významnou roli osobnostní založení dítěte. Mezi závažné projevy emocionální újmy se řadí například úzkostné stavy, fobie, zvýšená plačtivost nebo apatie.

**Sekundární rány** mají psychologickou povahu a ve svém důsledku mohou být závažnější, než přímé újmy. Vysoce zraňující povahu má u dětí především **pocit**

**nespravedlnosti**, způsobený průtahy ze strany vyšetřovatelů nebo zpochybňováním výpovědi dětí. Těžko změřitelný a uchopitelný je také **pocit nedůstojnosti**, pramenící z ponížení při nedůstojně vedeném vyšetřování či z nevhodné reakce blízkého okolí, které se může od oběti nevhodně distancovat či ji dokonce zavrhnout a obviňovat z vyprovokování násilí vůči sobě. V návaznosti na tento fakt pak odborná literatura uvádí i **pocit izolace**, při kterém se oběť buď sama z vlastní vůle, nebo na základě negativních reakcí straní kontaktů s okolím.

## 10 PRÁVO A ZÁKONNÁ ÚPRAVA

Týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí je velmi závažnou sociální patologií, vzhledem k této skutečnosti je pak povinností společenství chránit děti před útrapami a špatným zacházením. V této souvislosti jsou pak na území České republiky uplatňovány ústavní, mezinárodní a trestněprávní normy.

### 10.1 Ústava a mezinárodní normy na ochranu dítěte

V souvislosti se špatným zacházením s dětmi má například dle Špeciánové (2003) velmi silný význam **Listina základních práv a svobod** (Ústavní zákon č. 2/1993 Sb.). Ta zahrnuje základní práva každého člověka, vztah k problematice týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí pak mají zejména: způsobilost každého mít práva, právo na život, nedotknutelnost osoby, právo nebýt podroben mučení ani krutému, nehumánnímu nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu, právo nebýt podroben nuceným pracím nebo službám, právo na zachování lidské důstojnosti, cti, pověsti, právo na ochranu jména, nedotknutelnost obydlí, na zvláštní ochranu dětem a mladistvým a právo na ochranu rodiny.

Zásadní dokument z hlediska mezinárodního práva představuje **Úmluva o právech dítěte**, kterou Česká republika ratifikovala v roce 1991, a jež ukládá smluvním státům povinnost zajistit takovou péči a ochranu, která je nezbytná pro blaho dítěte. To je poté primárním hlediskem při veškerých činnostech vztahujících se k dětem. Dokumentem, který upravuje práva dětí z hlediska vykořisťování je pak **Úmluva Mezinárodní organizace práce č. 182**, platná v České republice od června roku 2002. V ní je například zakotven zákaz nejhorších forem dětské práce a souhrn opatření k jejich odstranění. Odborná literatura (např. Špeciánová, 2003) poté zdůrazňuje význam mimo jiné také **Úmluvy o občanskoprávních aspektech mezinárodních únosů dětí** (1980), **Úmluvy o ochraně dětí a spolupráci při mezinárodním osvojení** (1993), dokumentů Rady Evropy - **Evropské sociální charty** (1961) či **Evropské úmluvy o osvojení dětí** (1967). Do jisté míry přelomovým počinem bylo také definování syndromu CAN a následné **Doporučení vybraných expertů zdravotního výboru Rady Evropy pro mediko-sociální aspekty CAN** z roku

1993, ta zahrnují například doporučení o sociálních opatřeních ve vztahu k násilí v rodině, potřebu vytvořit systém efektivní prevence, doporučení týkající se sexuálního vykořisťování, pornografie, prostituce, únosů dětí, týrání, zneužívání a zanedbávání. Špeciánová (2003) poukazuje i na skutečnost, že problematikou dětské pornografie, prostituce a obchodu s dětmi se zabýval I. světový kongres proti komerčně zaměřenému sexuálnímu zneužívání ve Stockholmu v roce 1996, ze kterého vzešel Akční plán národních a mezinárodních aktivit v boji proti této sociální patologii. Následný II. světový kongres v japonské Jokohamě v roce 2001 se již zabýval i fenoménem pornografie a zneužívání dětí prostřednictvím internetu.

Mezinárodních úmluv, deklarácí, doporučení či paktů, které mají bránit a předcházet špatnému zacházení s dětmi, existuje v současnosti celá řada. Problematikou lidských práv a práv dítěte se mezinárodní organizace jako například Společnost národů, OSN, WHO, UNICEF, ILO či Rada Evropy zabývají již od 20. let minulého století. Tyto snahy jsou intenzivní i v současnosti, přesto se v celosvětovém měřítku týká špatné zacházení milionů dětí.

## **10.2 Trestněprávní úprava týrání, zneužívání a zanedbávání**

**Trestní zákoník**, který je v současnosti v České republice platný, je obsažen ve Sbírce zákonů pod číslem **40/2009 Sb.** Nový trestní zákoník nabyl účinnosti dnem 1. ledna 2010 (současně tím byl zrušen dřívější československý trestní zákon z roku 1961). Ten mimo jiné zpřísňuje tresty za některé trestné činy proti životu a zdraví (vražda, úmyslné ublížení na zdraví atd.) a některé trestné činy potlačující svobodu nebo lidskou důstojnost v sexuální oblasti. Vzhledem ke společenskému vývoji a negativním společenským jevům, obsahuje trestní zákoník definici nových trestných činů, jako je například sexuální nátlak nebo nebezpečné pronásledování známé pod názvem stalking. Trestní zákoník z roku 2010 zavádí také novou skutkovou podstatu trestného činu zabití.

V této legislativní úpravě pak špatné zacházení s dětmi zahrnuje naplnění hned několika skutkových podstat trestných činů. Mezi ně patří zejména, trestné činy proti rodině a dětem, proti životu a zdraví, proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti či proti



svobodě. **Dítětem se pak dle zákona rozumí osoba mladší osmnácti let**, pokud trestní zákon nestanoví jinak (§ 126).

### **Trestné činy proti rodině a dětem**

V souvislosti se špatným zacházením s dětmi je v dané části zákona upravováno zejména **týrání svěřené osoby** (§ 198) s trestní sazbou od jednoho do dvanácti let odnětí svobody, a to podle způsobu a závažnosti skutku. Jak uvádí Prokop (2000) pachatelem tohoto trestného činu poté nemusí být vždy jen rodič, ale i vychovatelé, trenéři, učitelé a jiné osoby, jímž je dítě svěřeno do péče. Zákon v souvislosti s rodinnou problematikou a dětmi definuje také **zanedbání povinné výživy** (§ 196), **opuštění dítěte nebo svěřené osoby** (§ 195), **únos dítěte a osoby stížené duševní poruchou** (§ 200), **ohrožování výchovy dítěte** (§ 201), **svádění k pohlavnímu styku** (§ 202) či **týrání osoby žijící ve společném obydlí** (§ 199). Posledně zmiňovaná skutková podstata pak přímo souvisí s oblastí domácího násilí, které bývá často souběžným či doprovodným jevem syndromu CAN. Britská advokátka Helen L. Conwayová (2007, s. 78) vnímá jako přelomový v posuzování domácího násilí po právní stránce v České republice rok 2004. Prvního června toho roku totiž vstoupil v účinnost zákon č. 91/2004 sb., který novelizoval trestní zákon, a nově zavedl trestní odpovědnost osob, jež s pachatelem žijí ve společném obydlí. Do té doby bylo domácí násilí posuzováno shodně jako jiné formy násilí. Tato novela poprvé definovala skutkovou podstatu trestného činu **týrání osoby žijící ve společně obývaném bytě nebo domě** v § 215a dnes již zrušeného trestního zákona č. 140/1961 sb., jehož ekvivalent v současném trestním zákoníku (zákon č. 40/2009 sb.) je obsažen v § 199, který upravuje právě trestný čin **týrání osoby žijící ve společném obydlí**.

Speciální povahu vůči tomuto trestnému činu měl a stále má trestný čin **týrání svěřené osoby** podle § 215 trestního zákona a nyní podle § 198 trestního zákoníku, který byl v trestním zákoně zakotven již od roku 1961 a který se týká týrání takové osoby, která je ve faktické péči pachatele nebo která je pachateli svěřena do výchovy.

### **Trestné činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti**

Do této kategorie trestných činů je zahrnuto mimo jiné **znásilnění** (§ 185) a jeho příprava, **sexuální nátlak** (§ 186), kterým se rozumí donucení k pohlavnímu

sebeukájení, obnažování nebo k jinému srovnatelnému chování, a to pod pohrůžkou násilí nebo jiné těžké újmy, dále pak **pohlavní zneužití** (§ 187), **soulož mezi příbuznými** (§ 188), **šíření pornografie** (§ 191), **výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií** (§ 192) nebo **zneužití dítěte k výrobě pornografie** (§ 193).

### **Trestné činy proti svobodě**

K ochraně dětí se v dané části zákona vztahuje především **obchodování s lidmi** (§ 168), v němž je specifikováno nakládání s dětmi za účelem pohlavního styku, jiných forem zneužívání nebo obtěžování či výroby pornografie, odebrání tkání či orgánů z jeho těla, služby v ozbrojených silách, otroctví, nevolnictví či nucených prací. Legislativní úprava pamatuje také na nezákonné adopce, a to skutkovou podstatou **svěření dítěte do moci jiného** (§ 169).

### **Trestné činy proti životu a zdraví**

Ve vztahu ke špatnému zacházení s dětmi jsou především trestné činy **vražda** (§140), **zabití** (§ 141), **vražda novorozeného dítěte matkou** (§ 142), **těžké ublížení na zdraví** (§ 145), **ublížení na zdraví** (§ 146), **mučení a jiné nelidské a kruté zacházení** (§ 149) a také **účast na sebevraždě** (§ 144), která je v současnosti aktuální zejména k narůstajícím počtům případů kyberšikany, kdy agresori soustavně deptají své oběti virtuálními útoky i doporučením a návodem k suicidiálnímu chování.

V praxi pak bývá obvyklé, že u výše popsaných trestných činů se mnohdy pachatelé nedopouštějí pouze jednoho z nich, ale dochází k souběhu několika trestných činů. Trest se poté ukládá podle sazby toho trestného činu, který je legislativně postihován nejpřísněji. Zákoník platný od roku 2010 dává soudům v takových případech možnost zvednout horní trestní sazbu nejpřísněji posuzovaného skutku o třetinu a udělit trest v této výši.

K výše popsané problematice se vztahují skutkové podstaty **nepřekážení trestného činu** (§ 367) a **neoznámení trestného činu** (§ 368). V takových případech pak hrozí trest odnětí svobody až na tři léta. Oznamovací povinnost nemá pouze advokát a jeho zaměstnanec, který se o trestném činu dozví v souvislosti s výkonem právní praxe či duchovní registrované církve s oprávněním výkonu zpovědního tajemství.

V situacích, kdy jednání vůči dětem dosáhne intenzity **trestného činu**, zahájí orgány činné v trestním řízení vyšetřování. Trestní řízení je zahajováno z úřední povinnosti, neboť orgány činné v trestním řízení jsou povinny objasňovat všechny trestné činy, o nichž se dozví, tedy i bez návrhu ohrožené osoby.

### **10.3 Legislativní rámec ochrany obětí špatného zacházení s dětmi**

V lednu 2013 vešel v platnost **zákona č. 45/2013 Sb., o obětech trestných činů**, který připravilo Ministerstvo vnitra České republiky. Na základě této právní úpravy se tak dostane obětem trestných činů, včetně týraných, zneužívaných nebo zanedbávaných dětí a osob ohrožených domácím násilím, vyšší ochrany, než dosud. Nový zákon mimo jiné rozšiřuje práva obětí na poskytnutí peněžité pomoci od státu, právo na respektování lidské důstojnosti oběti trestného činu a právo na informace. Zákon stanovuje i větší součinnost státu a pomáhajících neziskových organizací.

Účinným opatřením v ochraně dětí v souvislosti se špatným zacházením s nimi, a to v rámci rodiny **je institut vykázání**.

*„Vykázání je postaveno v zákoně tak, že pokud lze na základě zjištěných skutečností, zejména s ohledem na předcházející útoky, důvodně předpokládat, že se osoba dopustí nebezpečného útoku proti životu, zdraví nebo svobodě nebo zvláště závažného útoku proti životu, zdraví nebo svobodě nebo zvláště závažného útoku proti lidské důstojnosti, je policista oprávněn vykázat tuto osobu z bytu či domu společně obývaného s útokem ohroženým jedincem, jakož i z bezprostředního okolí společného obydlí. Policista je oprávněn tuto osobu vykázat dokonce v její nepřítomnosti.“* (Ševčík, Špatenková, 2011, s. 133).

Rozhodnutí o vykázání nabývá účinnosti vyhlášením na místě, a to na dobu deseti dnů. Po dobu deseti dnů poté policisté kontrolují průběh tohoto omezení. Porušení institutu vykázání může být následně sankcionováno v přestupkovém či trestním řízení. Policejní orgány jsou rovněž povinné spravít o vykázání intervenční centra, soud, který je příslušný k rozhodnutí o návrhu na vydání předběžného opatření podle občanského soudního řádu a v případě přítomnosti nezletilých dětí musejí informovat také orgán sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD).

V případě, že se dítě ocitne bez jakékoliv péče, nebo pokud je ohroženo na životě a zdraví či je narušen jeho příznivý vývoj, je příslušný obecný úřad s rozšířenou působností (ORP) povinný neprodleně podat návrh okresnímu soudu na **vydání předběžného opatření** dle ustanovení § 76a zákona č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád. Na základě předběžného opatření je dítě (případně děti) přemístěno do bezpečného prostředí, o jehož povaze rozhoduje soud. Nařízení je provedeno bezodkladně za součinnosti soudu, OSPODu a Policie ČR, a to i proti vůli osob, v jejichž péči se ohrožené dítě dosud nachází. Toto předběžné opatření je vydáváno na dobu jednoho měsíce, lze je však prodloužit až na šest měsíců. Návrh na jeho zrušení pak mohou podat rodiče nezletilého dítěte, jeho současný opatrovník nebo OSPOD, soud je následně tento návrh povinen projednat a rozhodnout o něm nejpozději do sedmi dnů. Špeciánová (2003) pak zdůrazňuje, že vydání předběžného opatření by měla předcházet intenzivní sociální práce s rodinou dítěte.

*„Využití tohoto institutu je třeba chápat jako krajní řešení nepříznivé situace dítěte. Dochází však k případům, kdy je vydáno předběžné opatření a teprve tímto aktem je činěna náprava déletrvajících nepříznivých okolností v rodině nezletilého dítěte. Přitom soustavnou, řádnou a účinnou sociální prací, by bylo možné zabránit vzniku této situace, v níž lze mnohdy spatřovat systémové týrání dítěte.“* (Špeciánová, 2003, s. 36).

#### **10.4 Ochrana dětí v rámci přestupkového zákona**

Za **přestupek** je považováno takové jednání násilné osoby, které nedosahuje intenzity trestného činu. Oporou je zde zákon o přestupcích (č. 200/1990 Sb., § 49). Dle tohoto zákona se přestupku proti občanskému soužití dopustí ten, kdo jinému ublíží na cti tím, že ho urazí nebo vydá v posměch, jinému z nedbalosti ublíží na zdraví, úmyslně naruší občanské soužití vyhrožováním újmou na zdraví, drobným ublížením na zdraví, nepravdivým obviněním z přestupku, schválnostmi nebo jiným hrubým jednáním. Přestupky pak bývají častěji řešeny v souvislosti s domácím násilím. Komplikace ve vztahu ke špatnému zacházení s dítětem představuje zejména skutečnost, že tyto přestupky spadají do kategorie **návrhových přestupků**. V praxi to znamená, že ohrožená osoba, její zákonný zástupce nebo opatrovník jsou vyzváni přestupkovou komisí, aby do tří měsíců podali návrh na projednání přestupku.

Dle odborníků ale této možnosti využívá jen zlomek ohrožených osob, ohrožená osoba je totiž při podání návrhu povinná uhradit správní poplatek.

*„Obecně panuje mezi oběťmi domácího násilí nedůvěra v přestupkové řízení, ať již po důkazní nouzi, finanční spoluúčast na uložené pokutě, ztrátě společenské prestiže mezi sousedy, nemožnosti se odstěhovat se od násilného partnera a přetrvávající ekonomické závislosti.“* (Voňková, Spoustová, 2008, s. 89).

Nenávrhovými přestupky, které musí být projednány z úřední povinnosti bez aktivního jednání dalších subjektů, jsou pak **přestupky na úseku práce a sociálních věcí** a naplnění **skutkové podstaty nepřiměřeného opatření osoby vůči dítěti** (z. č. 360/1999 Sb.).

*„Přestupku dle tohoto ustanovení se dopustí ten, kdo v úmyslu ponížit lidskou důstojnost nezletilého dítěte použije vůči němu nepřiměřeného opatření.“* (Špeciánová, 2003, s. 59).

Při posuzování jednání, které má podobu například bití, schválností, drobného ublížení na zdraví či jiných projevů hrubého jednání vůči dítěti, je nutné prokázat, že se ho pachatel dopustil v úmyslu ponížit lidskou důstojnost, resp. důstojnost dítěte. Obdobně jako u návrhových přestupků je tato varianta problematická zejména z hlediska důkazního řízení nebo kolize zájmů v rámci přestupkové řízení, kdy nebude možné, aby dítě zastupoval jeden z rodičů. V takovém případě je dítěti správním orgánem stanoven opatrovník pro přestupkové řízení.

## 11 POMOC, INTERVENCE A PREVENCE

Děti v každém případě týrání, zneužívání a zanedbávání potřebují zvýšenou péči, pomoc a podporu, aby našly rovnováhu a jistotu a snížily se dopady traumatizujících prožitků na jejich další vývoj.

Po odhalení špatného zacházení mívají děti obvykle také ambivalentní pocity. Mísí se v nich strach z dalšího vývoje situace, zmatek, pocit viny či osamělosti a zároveň mohou prožívat úlevu a štěstí, že jejich utrpení končí a nastává obrat k lepšímu. Základním předpokladem k takovému obratu je poté obnova pocitu bezpečí a důvěry v okolí, k lidem, kteří se snaží dítěti pomoci překonat trauma, jež utrpělo špatným zacházením. Jak uvádějí Čírtková a Vitoušová (2007), schopnost přiměřeně důvěřovat svému okolí i sobě je předpokladem pro vyrovnaný duševní vývoj každého člověka. V případech týrání, zneužívání a zanedbávání dětí by poté mělo být postupováno rychle a zároveň velmi obezřetně s ohledem na zájmy dítěte.

Základní předpokladem pro další postup v nápravě špatného zacházení s dětmi je především **diagnostika syndromu CAN**, která vzniká na základě integrální kooperace lékařů, psychologů, sociálních pracovníků a jiných odborníků ze souvisejících oborů. Nezbytná obvykle bývá alespoň krátká hospitalizace, při které je posouzen zdravotní stav dítěte a vyloučena možnost náhodných poranění či primárních onemocnění, která mohou zkreslovat klinický obraz týraného, zneužívaného či zanedbávaného dítěte. Při vyšetření mívají pak děti také tendenci na základě ambivalentního vztahu k násilným osobám (rodičům) jejich chování omlouvat. Svoboda, Krejčířová a Vágnerová (2001) poukazují zejména na to, že v případech menších dětí je vhodné při popisu událostí využít přehrání skutku **prostřednictvím panenek**. Děti své traumatické zážitky i bez instrukce obvykle projikují do **hry** (ta bývá u dětí týraných dezorganizovaná a bez cíle), do **příběhů, kresebných projevů** („začarovaná rodina“), do motoriky a **lokomoce** (děti se pohybují v kruzích, k objektu zájmu přistupují opatrně, bokem, přibližují se a zase couvají apod.) aj. Podstatnou úlohu v této fázi mají také psychologové, kteří diagnostikují osobnost dítěte, posuzují sociální vztahy dítěte a navrhnou optimální řešení a opatření, jako je například **individuální psychoterapie, či rodinná terapie** založená na komplexním rozboru konkrétního případu a směřující k rozvoji nových sociálních vzorců chování dítěte i rodičů.

Primárním a nezbytným krokem je však uplatnění principů **krizové intervence**. Dítě je po prožitém traumatu značně fragilní a vyžaduje neodkladnou psychologickou první pomoc, která mu umožní se alespoň elementárně orientovat v situaci. Ta spočívá především v **zajištění pocitu bezpečí a stabilizaci psychického stavu**. Kromě psychologů a lékařů se do této fáze zapojují i sociální pracovníci, kteří mapují sociální zázemí rodiny, vypracovávají objektivní rodinnou anamnézu, případně poskytují oporu, pokud špatné zacházení s dítětem nepramení z rodinného prostředí. V případech ohrožujícího rodinného prostředí je následně dítě dočasně umístováno mimo rodinu, tento zásah musí být proveden šetrně a ve snaze zachovat pozitivní vazby k ostatním členům rodiny, kteří se na špatném zacházení s dítětem nepodíleli. Pokud nápravu stavu není aktuálně možná, doporučuje se dlouhodobá separace dítěte s udržováním rodičovského kontaktu.

Langmeier a Krejčířová (2006) nápravná opatření v případech špatného zacházení s dětmi poté opírají o **punativní přístup** (odhalení a potrestání pachatele), **protektivní přístup** (primární, ochrana oběti před dalším poškozením), **individuální terapii postiženého** (somatická léčba a psychologická pomoc), **individuální terapii pachatele** (rozvoj empatie) a **rodinnou terapii** (konsolidace vztahů v rodině).

Jak již bylo zmíněno výše, k případům špatného zacházení s dítětem by mělo být vždy přistupováno s maximální zodpovědností a s primární myšlenkou, že jakákoliv odborná i laická činnost v této oblasti, musí být vedena snahou o ochranu dítěte a jeho další optimální vývoj. Jak se dítě se špatným zacházením vůči sobě vyrovná, do značné míry závisí i na vnitřních zdrojích jeho **resilience**.

*„Jsou však nepochybně i síly v dítěti samém, které v tomto procesu ochrany, obrany či nápravy účinně pomáhají. Je přece stará zkušenost, že dvě děti procházejí týmž nepříznivým prostředím, přičemž jedno z nich se dostane tzv. na scestí, kdežto druhé jde dál životem nedotčeno.“* (Matějček, 2002, s. 109).

## 11.1 Úloha sociálního pracovníka a OSPOD

V problematice týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí mají podstatnou úlohu také sociální pracovníci a orgány sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD), které jsou zřizovány na úrovních obcí s rozšířenou působností, jejich činnost se pak odvíjí

na základě **zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí**. Nezastupitelnou roli hrají zejména v oblasti **depistáže** (aktivní vyhledávání ohrožených dětí) a **screeningu** (metody napomáhající orientaci a podpoře stanovení diagnózy syndromu CAN), a to zejména na základě **terénní sociální práce**. Ta má podobu vyhledávací, výchovné a poradenské činnosti, šetření a kontrol v rodinách, spolupráce se školskými a zdravotnickými zařízeními, spolupráce s orgány činnými v trestním řízení a se soudy. Během terénní práce jsou pak sociální pracovníci oprávněni pořizovat audiovizuální dokumentaci prostředí, ve kterém dítě žije, jež může následně sloužit jako důkazný či podpůrný materiál při dalším šetření případu špatného zacházení s dětmi. Orgány sociálně-právní ochrany dětí se zároveň aktivně podílejí na vypracování objektivní komplexní anamnézy a na plánu komplexní terapie, která má eliminovat následky týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí, a to v somatické, psychické, emociální i sociální rovině.

Kromě terénní práce, tak jak bylo popsáno výše, jednotlivé orgány sociálně-právní ochrany dětí vedou agendu a dokumentaci případů týraných, zneužívaných zanedbávaných dětí, účastní se výslechů dětí, soudních jednání, podávají návrhy soudu na předběžná opatření, tj. návrhy na okamžité umístění ohroženého dítěte do péče jiné fyzické nebo právnické osoby, zajišťují pohotovostní služby k předběžným opatřením, zabývají se sledováním nepříznivých vlivů působících na děti, zjišťováním příčin jejich vzniku a přijímají opatření k jejich zamezení, vykonávají také funkci kolizního opatrovníka nezletilých dětí v případě možného střetu zájmů mezi dítětem a rodiči.

Primární princip práce orgánů sociálně-právní ochrany dětí poté spočívá v preventivním působení na potenciálně problémovou rodinu s využitím hierarchicky uspořádaných opatření, která jsou vždy volena s ohledem na blaho dítěte a na základě konkrétní míry jeho ohrožení a rovněž na dodržování **důvěryhodnosti a diskrétnosti**. **Na bezplatnou sociálně-právní ochranu pak mají nárok bez rozdílu všechny děti mladší osmnácti let.**

## 11.2 Úloha školských a zdravotnických zařízení

Problematika odhalování týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí je značně složitá a z tohoto důvodu vyžaduje multidisciplinární spolupráci celé řady vědních



oborů. Mimo aktivního přístupu orgánů sociálně-právní ochrany dětí se v praxi uplatňují i postupy, jež aplikují zdravotnická a školská zařízení. Lékařská péče v souvislosti se syndromem CAN není omezena jen na období po jeho odhalení a prokázání, ale především pediatri hrají významnou úlohu také před touto fází. Jsou to právě **dětsí lékaři**, kteří mají možnost zachytit specifické i nespecifické identifikační markery syndromu CAN, a to i přesto, že se ve své ordinaci s týráním, zneužíváním a zanedbáváním setká menšina z nich. Postup pediatrů mnohdy ale komplikuje skutečnost, že týrající rodiče dokáží najít skulinu v systému. Využívají například nekontinuity lékařské péče a možnosti navštěvovat různá zdravotnická zařízení zajišťující dětskou pohotovost nebo chirurgickou ambulanci. Dítě tak pokaždé ošetřuje jiný lékař, který má jen malou možnost odhalit předchozí poranění a dát je do souvislosti se syndromem CAN. Další překážkou na straně lékařů bývá i nedostatek času při výkonu praxe a fakt, že ohrožené dítě obvykle samo lékařskou pomoc nevyhledá nebo se s týráním a zneužitím lékaři nesvěří.

**Vyhláška o preventivních prohlídkách č. 70/2012 Sb.** například ukládá pediatrům povinnost provést i kompletní fyzikální vyšetření včetně prohlídky kůže a vyloučení známek týrání, zanedbávání a zneužívání dítěte. Preventivní prohlídka by měla obsahovat také rozhovor s rodiči dítěte zacílený na získání jejich aktivní spolupráce v péči o zdraví dítěte, a to zejména tam, kde rodina vykazuje nějakou dysfunkci. K odhalování syndromu CAN pak mají pediatri k dispozici například věstník č. 10/2005 o postup lékařů primární péče při podezření ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte nebo Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví pro postup lékařů při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím.

Stěžejním pilířem v problematice odhalování syndromu CAN se v aktuálních společenských a legislativních podmínkách jeví zejména **školská zařízení**, kde mohou být projevy syndromu CAN detekovány snáz, a to vzhledem k tomu, že je dítě navštěvuje denně nebo s určitou pravidelností. Pedagog má tak pravděpodobně větší šanci objevit patologické změny v somatice i psychice svého žáka, než pediatr u svého pacienta. Stěžejní kompetence při řešení syndromu CAN v rámci školského prostředí patří zejména školnímu metodikovi prevence, který postupuje v součinnosti s výchovným poradcem, školním psychologem, třídním učitelem, školským poradenským zařízením, pediatrem, orgánem sociálně-právní ochrany dítěte, policií ČR,

případně dalšími institucemi. Podrobný metodický pokyn a rámcový koncept pro pedagogické pracovníky, jak postupovat při podezření na syndrom CAN, je volně k dispozici na webových stránkách Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky.

### 11.3 Možnosti prevence špatného zacházení s dětmi

Odborníci na problematiku syndromu CAN (například Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995 nebo Langmeier, Krejčířová, 2006) spatřují jeho nejúčinnější řešení především v rovině **prevence**. **Primární prevence** by podle uvedených autorů měla zahrnovat především taková opatření, která účinně zabraňují vzniku syndromu CAN, ať už se jedná o úpravu legislativy, zvyšování povědomí o této problematice u široké laické veřejnosti nebo působení na rodiče, pedagogy, odborné pracovníky, veřejné činitele apod. Všem těmto skupinám by zároveň měly být poskytnuty dostupnými prostředky (médií, sociálními sítěmi, kampaněmi, přednáškami, volně dostupnými tištěnými materiály) relevantní srozumitelné informace a elementární návod, jak syndrom CAN detekovat. **Sekundární prevence** pak podle těchto autorů má cílit na pozitivní ovlivňování konkrétních rizikových skupin s předpokladem k inklinaci k týrání, zneužívání a zanedbávání dětí.

Mezi konkrétní preventivní opatření protektivní povahy lze poté zahrnout posilování důvěry a pozitivních vztahů v rodině, rozvoj empatie mezi členy rodiny, otevřenost v komunikaci, participace na společné činnosti nebo posilování optimálních vzorů chování. Adamsová a Fayová (1997) zdůrazňují také otevřenost a přiměřené poučení dětí zejména v rámci prevence před možným sexuálním napadením. Autorky mimo jiné doporučují začlenit informace o nebezpečí sexuálního napadení do pohovoru o obecných bezpečnostních pravidlech, obstarat popis a příklady způsobů sexuálního napadení, varovat děti, že i lidé vzbuzující příjemné dojmy mohou být pro ně hrozbou nebo vést nejmladší generaci k asertivitě a schopnosti požádat o pomoc.

Podle Langmeiera a Krejčířové (2006) existují i reálné možnosti omezování rizikových faktorů vyhledáváním ohrožených i ohrožujících osob a eliminace vzniku sociálního vyloučení či snahy o zabránění pauperizace rizikových skupin obyvatelstva.

Další oblast preventivních opatření představuje zamezení sekundární viktimizace vhodným přístupem laiků, odborníků a institucí k dětem se syndromem CAN.

Preventivní opatření je poté nutné aplikovat napříč věkovým i sociálním spektrem, a to s ohledem na specifika konkrétních skupin, kterým jsou určena. Preventivní opatření tak mohou mít rozmanitou povahu vedoucí od prostého informativního rozhovoru s rodiči, s dětmi, mezi nimi navzájem, až po postgraduální vzdělávání odborných pracovníků nebo úpravu související legislativy.

## 11.4 Pomáhající organizace

V posledních dvaceti letech se do sféry prevence a pomoci v případech CAN intenzivně zapojuje také neziskový sektor. Jedná se o organizace, které se zaměřují na pomoc dětem, zajišťují jejich podporu, staví se za jejich zájmy, potřeby a práva, pomáhají jim pochopit rozjitřené emoce, navazují kontakty s jinými organizacemi a usilují o vzájemnou kooperaci ve prospěch dětí. Zároveň pomáhají dětem získat sebedůvěru a vědomí toho, že příčina patologického jednání vůči nim nespočívá v nich samotných.

Mezi ty s nejdelší tradicí v rámci České republiky patří zejména **Dětské krizové centrum** se sídlem v Praze Michli. To bylo založeno na začátku 90. let 20. století. O jeho vznik se zasloužil především prof. MUDr. Jiří Dunovský, DrSc. Dětské krizové centrum v Praze tak bylo vůbec prvním zařízením, které se u nás systematicky začalo problematikou týraných, zneužívaných či zanedbávaných dětí zabývat. Lze tak tvrdit, že v této oblasti má v rámci České republiky nejrozsáhlejší zkušenosti. Svou komplexností se pak jedná o jediné zařízení svého druhu na našem území. Cílovou skupinou Dětského krizového centra jsou děti od narození až do osmnácti, resp. šestadvaceti let a jejich rodiny. Zařízení nabízí jak preventivní, tak ambulantní péči a působí v něm tým profesionálních odborníků z oblasti psychologie, psychoterapie a sociální práce. Ten poté úzce spolupracuje s dalšími odborníky z oblasti medicíny, s orgány péče o dítě, kriminalisty, vyšetřovateli nebo soudci. Z výroční zprávy Dětského krizového centra za rok 2012 vyplývá, že v průběhu tohoto období zde byla pomoc poskytnuta 484 ohroženým dětem. U největšího počtu z nich, a to u 157, bylo diagnostikováno sexuální zneužívání.

Dalším subjektem, který má v péči a pomoci o týrané, zneužívané, zanedbávané, opuštěné či jinak sociálně ohrožené děti dvacetileté zkušenosti, je občanské sdružení **Fond ohrožených dětí**. U zrodu tohoto pomáhajícího sdružení stála JUDr. Marie Vodičková, jež je i jeho hlavní „mediální tvář“. Centrála Fondu ohrožených dětí se nachází v ulici Na Poříčí č.p. 6 v centru Prahy. Díky svým více jak dvaceti pobočkám má ale celostátní působnost. Hlavní poslání sdružení spočívá zejména v pomoci týraným dětem formou terénní práce a sanaci rodiny, provozu krizové linky pro matky tající těhotenství a porod, vyhledávání náhradních rodin pro děti, které jsou pro svůj handicap těžko umístitelné z hlediska adopce nebo pěstounské péče, provozu azylových domů pro rodiny s dětmi a mládež bez domova, poradenství a hmotné pomoci rodinám, osvětě a snaze o zlepšení legislativního rámce a praktické aplikaci v oblasti ochrany dětí a jejich práv. Fond ohrožených dětí je pak znám i široké veřejnosti, a to zejména v souvislosti s rozsáhlým projektem rodinné alternativy ústavní péče - zařízením **Klokánek**. Cílovou skupinu tohoto projektu tvoří děti vyžadující neodkladnou okamžitou pomoc v důsledku krizové situace, v níž se nacházejí. Z pověření Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky, tak mohou být do zařízení Klokánek přijímány děti na základě žádosti rodičů, orgánu sociálně-právní ochrany dětí, soudního rozhodnutí, na žádost samotného dítěte nebo druhé osoby, která je obeznámena, případně nalezne dítě v nepříznivé a ohrožující krizové situaci. Provoz zařízení Klokánek je celoročně nepřetržitý. Péče o děti se zde odvíjí na rodinných principech s možností společného pobytu sourozenců různého věku. Na území České republiky v současnosti funguje více než 30 zařízení Klokánek s celkovou kapacitou 470 míst.

Dvacet let náročné práce ve prospěch týraných, zneužívaných zanedbávaných dětí má na svém pomyslném kontě také nezisková organizace **Nadace Naše dítě** se sídlem v Ústavní ulici č.p. 95 v Praze 8. Ta pod vedení ředitelky Ing. Zuzany Baudyšové usiluje o pomoc nejenom dětem se syndromem CAN, ale i sociálně ohroženým, opuštěným a jinak handicapovaným dětem, které se ocitají v obtížné životní situaci. Mezi nejčastější formy pomoci nadace patří zejména poskytování přímé finanční podpory prostřednictvím grantů nebo na základě individuálních žádostí, osvětová činnost, jež má charakter vydávání brožur, letáků či uskutečňování informačních kampaní a v neposlední řadě iniciativa v prosazování

zákonných opatření zacílených na zlepšení situace v řešení problematiky ochrany ohrožených dětí. Ředitelka Baudyšová poté v říjnu roku 2013 v internetové verzi deníku Právo konkretizovala finanční částky vydané na pomoc ohroženým dětem:

*„Za dvacet let existence Nadace Naše dítě (NNd) jsme pomohli miliónům dětí. Na tuto činnost se nám podařilo zajistit a přerozdělit částku více než 245 miliónů korun. A mnoho práce je stále před námi.“* (SEĎOVÁ, S. *Čeští tyrani loni zabili 28 dětí, násilností bylo nejvíce v historii. Novinky* [online]. 2013 [cit. 2013-10-31]. Dostupné na WWW: <http://www.novinky.cz/krimi/315130-cesti-tyrani-loni-zabili-28-deti-nasilnosti-bylo-nejvic-v-historii.html>).

Týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí je závažným problémem a nežádoucím jevem, který nesmí být společností nijak tolerován. Každé oběti by měla být poskytnuta rychlá, účinná a adekvátní pomoc, a to s ohledem na její situaci, psychický a tělesný stav. Všechny formy a prostředky pomoci ohroženým dětem pak musejí vycházet z jednotné platformy. Ta je založena na empatii, laskavém a otevřeném přístupu pomáhajících pracovníků, respektu, dostatku a celistvosti informací o dané problematice, podpoře a vzájemné součinnosti pomáhajících neziskových organizací i státních institucí a v neposlední řadě na osvětě směřující k široké laické veřejnosti všech věkových i sociálních skupin.

## PRAKTICKÁ ČÁST

### 12 CÍL VÝZKUMU A STANOVENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Problematika týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí je značně široká. Při nahlížení tohoto sociálně patologického jevu tak přicházelo v úvahu hned několik možností zpracování výzkumné části diplomové práce. Nakonec byla zvolena varianta pojmání dané problematiky z hlediska institucí a profesionálů, kteří se se syndromem CAN setkávají při výkonu svého povolání a na řešení tohoto fenoménu v konkrétních případech participují - sociální pracovníci, pediatři a pedagogové. Cílem výzkumu bylo zaznamenat a zhodnotit nejzásadnější momenty a obtíže, na něž výše zmínění profesionálové v souvislosti s odhalováním týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí narážejí, zhodnotit, jak vnímají vzájemnou kooperaci a zároveň nalézt vhodné postupy vedoucí k zefektivnění jejich součinnosti, jež by vedla k nastavení optimálních postupů při odhalování týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí, a to v regionu obce s rozšířenou působností Nový Bor.

Právě v této lokalitě byla na jaře roku 2013 provedena pilotáž, jejíž výsledky prokázaly, že problematika syndromu CAN je zde aktuálním tématem a nikoliv jen ojedinělou či raritní sociální patologií. Negativním faktorem při pokusech o probádání tohoto problému je poté zejména skutečnost, že se jedná o způsob jednání, které se velmi často odehrává skrytě, v domácím prostředí a mezi osobami, jež mají mezi sebou úzké vazby s rysy psychické i materiální závislosti. Významnou otázkou je zde hranice soukromí, individuální svobody a legitimní intervence společnosti. Odhalování syndromu CAN tak klade na zainteresované sociální pracovníky, pediatry a lékaře vysokou míru zátěže. Je tedy nutné nastavit takovou míru kooperace, která by vedla k požadované efektivitě a včasnému odhalení možného hrozícího týrání, zneužívání či zanedbávání.

Výsledky provedeného výzkumu poté mohou posloužit jako vodítko při nastolování preventivních opatření a pomoci v souvislosti se syndromem CAN, a to ve směru k sociálním pracovníkům, dětským lékařům a pedagogům. Tyto postupy

a součinnost by pak měly mít trvalejší charakter s možnými modifikacemi vycházejícími z aktuální situace a typologie konkrétních případů týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí v rámci regionu Novoborska.

## **12.1 Východisko výzkumu a stanovení výzkumných otázek**

Na základě předvýzkumu uskutečněného na oddělení Orgánu sociálně-právní ochrany dětí na Městském úřadu Nový Bor (OSPOD NB) v září 2013 bylo zjištěno, že zdejším nejčastějším zdrojem oznámení podezření nešpatné zacházení s dětmi, učiněného osobami mimo okruh rodiny oběti či samotným dítětem, jsou pedagogové a pediatři. Nejzásadnější problémem v odhalování týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí ze strany OSPOD NB pak představuje opožděnost první informace o možném riziku, která na OSPOD NB přichází právě od pedagogů a pediatriů v rámci lokality Novoborska.

Z výše popsaných skutečností je pak možné primárně předpokládat a vycházet z toho, že pedagogové a pediatři sice mají důvěru v činnost sociálních pracovníků, ale postrádají v této souvislosti bližší informace a mají jen elementární povědomí o činnosti OSPOD NB. Na základě toho byly následně stanoveny hlavní a doplňující výzkumné otázky v rámci praktické části diplomové práce:

### **Hlavní výzkumná otázka:**

Mají pedagogové a pediatři důvěru v činnost OSPOD NB a znají postupy jeho práce?

### **Výzkumná podotázka č. 1:**

Proč je pro pracovníky OSPOD NB v souvislosti se syndromem CAN a jeho odhalováním žádoucí užší součinnost se školami a se zdravotnickými zařízeními?

### **Výzkumná podotázka č. 2:**

Proč ze strany pedagogů dochází k opoždění oznámení první informace o podezření na syndrom CAN?

### **Výzkumná podotázka č. 3:**

Proč ze strany lékařů a zdravotníků dochází k opoždění oznámení první informace o podezření na syndrom CAN?

## **12.2 Využití výzkumné metody**

Metody výzkumu je možné také označit jako prostředek napomáhající dosáhnout vytyčeného cíle výzkumného šetření. Pro potřeby této diplomové práce byla zvolena forma kvalitativního šetření, jež se jeví vzhledem k charakteru problematiky a výzkumným otázkám nejvhodnější a umožňuje tak poskytnout relevantní údaje o zkoumaném fenoménu. Na rozdíl od kvantitativních metod dokáže totiž postihnout i řadu nuancí souvisejících s problematikou syndromu CAN. Podle Gavory (2000, s. 148) je cílem kvalitativního výzkumu porozumět lidem a událostem v jejich životě. Stejný autor poté pro dosažení validity doporučuje jako prostředek triangulaci. Pro potřeby praktické části diplomové práce byl zvolen způsob využití více zdrojů údajů s využitím i více metod sběru informací o zkoumaném problému.

Kvalitativní výzkum realizovaný v rámci praktické části diplomové práce byl pak vystavěn na třech metodách. Jednou z nich je obsahová **analýza spisové dokumentace** OSPOD NB, zvolená zejména pro zodpovězení výzkumné podotázky číslo jedna. Využit byl například Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky standardizovaný roční výkaz OSPOD NB o výkonu sociálně-právní ochrany dětí za rok 2012.

Pro zodpovězení hlavní výzkumné otázky a podotázek č. 2 a č. 3 byl využit **polostandardizovaný rozhovor** s předem danou strukturou otevřených otázek, jejichž význam zůstal tématicky zachován, ale konkrétní znění bylo modifikováno individuálně a podle profesního zaměření respondentů. Ti také měli v průběhu rozhovoru prostor pro doplňující vyjádření, sdělení názorů a postojů k dané problematice. Rozhovory se sociálními pracovníci OSPOD NB, pedagogy a pediatry byly uskutečněny na jejich pracovištích v období od listopadu do prosince roku 2013 v rozmezí pěti týdnů. Zachycují tak vnímání problematiky ze strany zainteresovaných profesionálů a profesních skupin v relativně krátkém období a získané údaje odpovídají aktuální situaci.



Třetí doplňující metodu pak představuje **kasuistická metoda**. Použité případové studie, které se věnují konkrétním případům vztahujících se k syndromu CAN a řešených na pracovišti OSPOD NB, byly zvoleny zejména se záměrem dokreslení povahy problematiky na jednotlivých případech. Měly zároveň posloužit k lepšímu pochopení složitosti zkoumaných skutečností a nutnosti nastolení vhodných opatření.

V rámci kasuistické metody byla analyzována data získaná z dostupné dokumentace OSPOD NB a z volných neřízených rozhovorů vedených v současnosti s již dospělými oběťmi syndromu CAN, které na základě informovaného souhlasu poskytly své výpovědi pro potřeby výzkumného šetření v rámci praktické části diplomové práce.

### **12.3 Popis lokality a výzkumného vzorku**

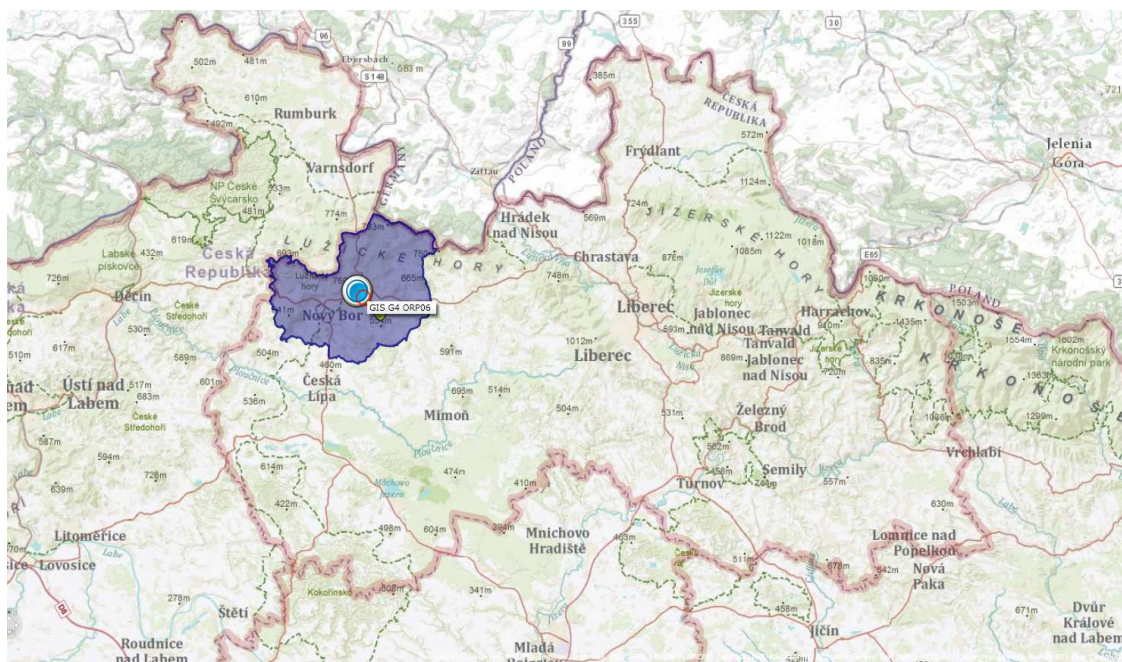
Tato část diplomové práce obsahuje popis lokality, kde probíhalo výzkumné šetření, a to zejména pro poskytnutí celkového náhledu na širší sociální prostředí a situaci, jež v souvislosti se zkoumáním týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí představuje jeden z podstatných vnějších faktorů. Samostatná subkapitola této diplomové práce je pak věnována i charakteristice výzkumného vzorku, respondentů z řad sociálních pracovníků OSPOD NB, pedagogů a pediatrů působících ve školách a zdravotnických zařízeních na území obce s rozšířenou působností Nový Bor. Současně je v této části popsán průběh výzkumného šetření a také atmosféra, která panovala během realizovaných rozhovorů nebo reakce oslovených profesionálů na položené otázky.

#### **12.3.1 Mikroregion Novoborsko**

Nový Bor, dříve Bor u České Lípy, německy Haida, je město v okrese Česká Lípa v Libereckém kraji ležící na rozhraní CHKO Lužické hory a CHKO České středohoří v nadmořské výšce 360 metrů. V povědomí široké veřejnosti i za hranicemi je známé zejména svým sklářským průmyslem, jehož rozvoj zde započal v 17. století. Počet obyvatel se stabilně již několik let drží nad dvanácti tisíci. Nový Bor je také nazýván jako brána Lužických hor, město skla, zeleně a zahrad.

Správní obvod obce s rozšířenou působností Nový Bor (ORP NB) o rozloze 201 km čtverečních leží v severozápadní části Libereckého kraje a v jeho rámci pak hraničí s dvěma dalšími správními obvody s rozšířenou působností, kterými jsou Česká Lípa a Liberec. ORP NB dále sousedí s Ústeckým krajem se správním obvodem s rozšířenou působností Děčín a Varnsdorf, část společné hranice má také se Spolkovou republikou Německo (Svobodný stát Sasko). Na území mikroregionu Novoborska (**Obrázek 1**) trvale žije více než 26 600 obyvatel v 16 obcích, nejvíce pak ve městech Nový Bor (12 100), Cvikov (4 500) a Kamenický Šenov (4 000). Z celkového počtu obyvatel ORP NB jsou 4 000 mladší patnácti let a 1 600 ve věku od patnácti do devatenácti let.

Obrázek 1: Mapa mikroregionu Novoborsko



Zdroj: Územně analytické podklady pro území ORP Nový Bor pro rok 2012, online, cit. 2013-12-10

Palčivý problém pro mikroregion Novoborska představuje zejména nezaměstnanost. Podle Územně analytických podkladů pro území ORP Nový Bor pro rok 2012 tu například v roce 2011 byly bez práce téměř 2 000 lidí. Oblast Novoborska je totiž charakteristická zejména sklářskou produkcí a přidruženými profesemi v oborech zušlechťování skla. Skokový nárůst nezaměstnanosti v Novém Boru a okolí byl zaznamenán zejména v letech 2008 a 2009, a to v souvislosti s ekonomickou krizí,

které podlehl tehdy nejvýznamnější regionální zaměstnavatel sklářský koncern Crystalex. Do té doby byly v této společnosti zaměstnány 1 800 lidí. V roce 2009 se jen v Novém Boru vlivem krize meziročně zvýšila nezaměstnanost ze 7% na 18%. Pokles kupní síly obyvatelstva ORP NB následně dopadl i na místní firmy a živnostníky, kteří se sklářstvím nezabývali. Naopak až o 250% vzrostl zisk hernám a stoupla i kriminalita. K mírnému zlepšení situace poté došlo v roce 2010, kdy byla v Crystalexu v menším rozsahu obnovena výroba nápojového stolního skla. V roce 2013 pak v někdejší sklářském gigantu bylo zaměstnáno 540 kmenových zaměstnanců. Přes toto zlepšení situace je v rámci ORP NB patrná přetrvávající pauperizace obyvatelstva. Tento pokles životní úrovně potvrzují nejen tzv. tvrdá data, ale i výpovědi ředitelů zdejších základních škol.

*„Během posledních čtyř let se nám nedaří například naplňovat lyžařské kurzy. Mnozí rodiče našich žáků nemají dva a půl tisíce na jejich zaplacení, výrazně jsme omezili také výjezdy na exkurze nebo výlety. Náklady související se vzděláním dětí jsou pro mnohé rodiny velkou finanční zátěží. Pozorujeme rovněž sociální diferenciaci mezi žáky a vytváření stratifikovaných skupin dětí, které se spolu stýkají na základě určité společenské úrovně,“* sdělil Jindřich Novák, ředitel Základní školy U Lesa v Novém Boru, a to na pravidelné čtvrtletní poradě vedoucích pedagogických pracovníků škol ORP NB v prosinci 2013.

V rámci ORP NB pak poskytuje primární a preprimární vzdělávání čtrnáct základních škol, jedna základní škola praktická a třináct škol mateřských. Největší koncentraci dětí a žáků vykazují základní školy v Novém Boru (1 200), Cvikově (450) a Kamenický Šenov (310). Nový Bor je pak sídlem i Vyšší odborné školy sklářské a Střední školy, které spadají pod jednu právní subjektivitu a jsou zřizovány Libereckým krajem. Různé obory zde navštěvuje na 300 studentů. Městem, kde je poskytováno sekundární vzdělávání je také Kamenický Šenov, v němž sídlí Libereckým krajem zřizovaná Střední uměleckoprůmyslová škola sklářská s 70 studenty. Počet pedagogů, kteří působí na základních školách ORP Nový Bor, je 182.

Na území ORP NB vykonává svou praxi pět registrujících praktických lékařů pro děti a dorost, a to tři v Novém Boru, jeden v Kamenickém Šenově a jeden ve Cvikově. V rámci Odboru sociálních věcí a zdravotnictví

Městského úřadu v Novém Boru a příslušného Orgánu sociálně-právní ochrany dětí zde působí sedm sociálních pracovníků.

### **12.3.2 Charakteristika výzkumného vzorku**

Pro potřeby výzkumného šetření pro účely diplomové práce byla nejprve provedena pilotáž a předvýzkum mezi pedagogy, pediatry a sociálními pracovníky. Na základě nashromážděných dat byli dále vytipováni a osloveni ti, kteří potvrdili zkušenost se syndromem CAN, a to buď přímou, nebo zprostředkovanou. Jednalo se tak o účelový a nenáhodný výběr respondentů. Výzkumného šetření se nakonec zúčastnili tři pedagogové z novoborských základních škol a dva z Kamenického Šenova. Všichni mají vysokoškolské magisterské vzdělání a jsou třídními učiteli. Jejich pedagogická praxe uvedená v letech byla v rozmezí osm až sedmnáct let.

Ochotu spolupracovat a poskytnout informace pro zpracování výzkumu prokázali z pěti oslovených pediatrů tři. Zbylí dva poté své zamítnutí odůvodnili nedostatkem času nebo žádnou osobní zkušeností s týráním, zneužíváním a zanedbáváním u dětí. Medicínská praxe v oblasti dětského a dorostového lékařství se u pediatrů účastnících se výzkumu byla v rozmezí osmnáct až dvaatřicet let.

Součinnost při získání potřebných údajů pro praktickou část diplomové práce potvrdilo všech sedm sociálních pracovníků OSPOD NB, přičemž přímého dotazování se zúčastnilo pět z nich. Délka jejich praxe v oblasti sociální práce a sociálně-právní ochrany dětí byla značně rozptýlena, a to od tří do dvaceti let.

Pro poskytnutí uceleného obrazu problematiky CAN a získání bližších informací byly osloveny a o poskytnutí rozhovoru požádány dnes již dospělé oběti týrání, zneužívání a zanedbávání v dětství. Jejich kontaktování proběhlo v několika stupních a zprostředkovaně sociálními pracovníky OSPOD NB. K přímému setkání poté došlo se dvěma osobami, které se v dětství staly oběťmi týrání, zneužívání a zanedbávání.

## 12.4 Popis průběhu výzkumného šetření

Výzkumné šetření v rámci praktické části diplomové práce bylo rozděleno do několika etap. Zjišťování reálných možností, jak výzkumné šetření vést, se uskutečnilo počátkem roku 2013. V březnu poté byla zahájena pilotáž, která ověřila, že problematika týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí není v mikroregionu Novoborska marginální záležitostí, ale naopak aktuálním tématem, které si žádá náležitou pozornost, a to jak ze strany laické veřejnosti, tak i ze strany profesionálů, kteří se se syndromem CAN setkávají při výkonu svého zaměstnání.

Během dalšího období bylo formulováno několik hledisek a okruhů zkoumaného problému. V září 2013 následně proběhl předvýzkum, na základě něhož byly vykryštalizovány výzkumné otázky a konkrétní postupy výzkumného šetření a vytipování jednotliví respondenti.

Stěžejní část výzkumného šetření se uskutečnila v období od listopadu do prosince 2013. Největším problémem pak byla časová koordinace jednotlivých návštěv a rozhovorů, a to vzhledem k pracovní vytíženosti účastníků šetření. Jednotlivé rozhovory se poté uskutečnily na jejich pracovištích a v jimi zvolených termínech. U dospělých obětí syndromu CAN šetření probíhalo v jejich domácím prostředí. Všichni účastníci výzkumného šetření vyslovili požadavek, aby výpovědi během rozhovorů byly anonymní. Pro potřeby diplomové práce tak byly zveřejněny nezbytně nutné osobní údaje k doplnění celkového rámce šetřené problematiky.

Samotná fáze uskutečňování rozhovorů a přímá setkání s jednotlivými účastníky šetření byla oboustranně vnímána jako pozitivní a přínosná. Někdy sice v počátku panovaly rozpaky, ale postupně se atmosféra během rozhovoru uvolňovala a účastníci se tak ve výpovědích neomezovali pouze na vytyčená témata rozhovoru, ale přinášeli i své vlastní doplňující a mnohdy emotivně podbarvené postřehy týkající se problematiky týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí.

Časová dotace věnovaná jednotlivým rozhovorům se obvykle pohybovala od šedesáti do devadesáti minut. V jednom případě pak rozhovor přesáhl sto dvacet minut. Fáze rozhovorů vykazovala značnou míru spontaneity. Účastníci šetření byli předem obeznámeni s tématem šetření a jeho účelem, konkrétní otázky jim, ale byly položeny až při přímém kontaktu. Pedagogové, pediatři i sociální pracovníci měli možnost odpovědi na libovolná témata odmítnout a nevyjadřovat se k nim.

Této možnosti ale nikdo z nich nevyužil. Účastníci zároveň měli prostor pro vyjádření pochybností či položení dalších doplňujících a otázek. Výpovědi byly zaznamenávány na diktafon a následně převáděny do písemné formy se zachováním věcného obsahu a původní výpovědní hodnoty.

## 12.5 Zpracování a vyhodnocení výzkumného šetření

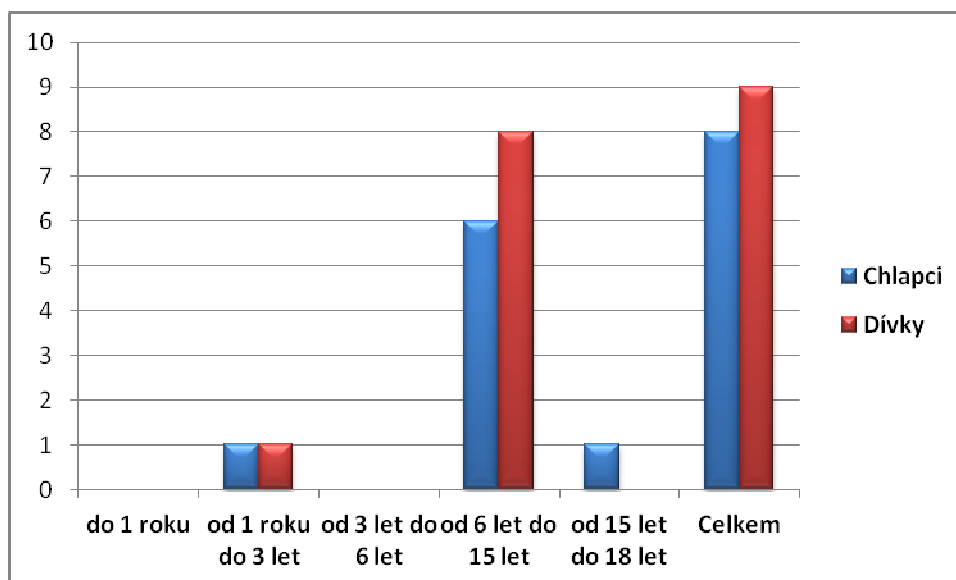
Jak již bylo zmíněno výše, problematika týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí představuje závažný problém, kterému je nutno věnovat náležitou pozornost, a to na základě celorepublikově stoupajícího trendu zaznamenaných případů této sociální patologie. Studium a analýzou dokumentace OSPOD NB bylo například zjištěno, že v roce 2008 bylo na tomto pracovišti šetřeno sedm případů syndromu CAN, v loňském roce potom sedmáct. Během jedenácti měsíců roku 2013 přijali na OSPOD NB patnáct oznámení o možném týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí. Vzhledem k tomu, že do doby zpracovávání diplomové práce nebyla zkompletována spisová dokumentace OSPOD NB za rok 2013, vycházelo výzkumné šetření především z údajů a shrnujících informací z období roku 2012. Z analýzy spisové dokumentace tak mimo jiné vyplynulo, že nejpočetnější skupinu dětí ohrožených syndromem CAN jsou ty ve věku od šesti do patnácti let, tedy děti plnící povinnou školní docházku (Tabulka 1, Graf 1). Podrobné a přesné údaje jsou potom uvedeny v následujících tabulkách a grafech, které slouží zejména k zodpovězení výzkumné podotázky číslo jedna - Proč je pro pracovníky OSPOD NB v souvislosti se syndromem CAN a jeho odhalováním žádoucí užší součinnost se školami a se zdravotnickými zařízeními?

Tabulka 1: Věk a pohlaví ohrožených dětí v roce 2012 na Novoborsku

Věk	Chlapci	Dívky	Počet v %
do 1 roku	0	0	0
od 1 roku do 3 let	1	1	11,8
od 3 let do 6 let	0	0	0
od 6 let do 15 let	6	8	82,3
od 15 let do 18 let	1	0	5,9
<b>Celkem</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Zdroj: Jana Maněnová (vlastní šetření)

Graf 1 k tabulce 1



Zdroj: Jana Maněnová (vlastní šetření)

### 12.5.1 Zodpovězení výzkumné podotázky č. 1

Formulování výzkumné podotázky číslo 1 mělo za cíl zjistit důvody, proč je pro pracovníky OSPOD NB v souvislosti se syndromem CAN a jeho odhalováním žádoucí užší součinnost se školami a se zdravotnickými zařízeními. Odpověď na tuto otázku je pak patrná ze zpracovaných údajů získaných analýzou spisové dokumentace OSPOD NB. Z té totiž vyplývá, že nejpočetnější skupinu dětí ohrožených týráním, zneužíváním či zanedbáváním tvoří ty, které věkem spadají do kategorie žáků plnících povinnou školní docházku na základních školách v rámci ORP NB. V souvislosti s touto skutečností je tak nutné, aby pedagogové měli dostatečné penzum znalostí o syndromu CAN, identifikačních markerech týráním, zneužívání a zanedbávání u dětí a zároveň participovali na řešení konkrétních případů s OSPOD NB, a to již ve fázi podezření na možné hrozící propuknutí syndromu CAN u některého z žáků na základních školách v rámci ORP NB.

Analýza spisové dokumentace také podporuje záměr o navázání užší součinnosti mezi OSPOD NB a pediatry působícími v dané lokalitě. Nejvíce případů syndromu CAN na Novoborsku se dle statistiky týkalo tělesného týráním, a to ve stejném počtu dívek i chlapců ve věku od šesti do patnácti let (Tabulka 2, Graf 2). Dvě děti pak musely být v důsledku fyzických útrap hospitalizovány po předchozí diagnostice

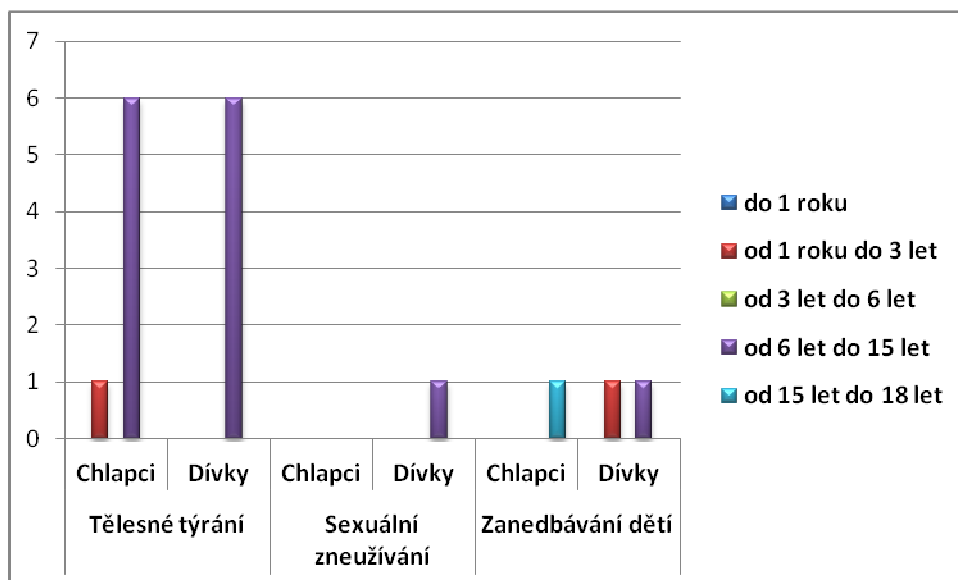
a na základě doporučení dětského lékaře. Zároveň Tabulka 3 (Graf 3), v němž je procentuelně znázorněna četnost oznámení podezření na syndrom CAN, zodpovídá na výzkumnou podotázku číslo 1. Pedagogové a pediatři jsou totiž nejčastějšími nepříbuzenskými oznamovateli podezření na syndrom CAN v rámci mikroregionu Novoborsko. Je tak žádoucí, aby byla permanentně podporována jejich součinnost s OSPOD NB.

Tabulka 2: Způsob ohrožení dítěte, věk, pohlaví

Věk dětí	Tělesné týrání		Sexuální zneužívání		Zanedbávání dětí	
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky
do 1 roku	0	0	0	0	0	0
od 1 roku do 3 let	1	0	0	0	0	1
od 3 let do 6 let	0	0	0	0	0	0
od 6 let do 15 let	6	6	0	1	0	1
od 15 let do 18 let	0	0	0	0	1	0
<b>Celkem</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

Zdroj: Jana Maněnová (vlastní šetření)

Graf 2 k tabulce 2



Zdroj: Jana Maněnová (vlastní šetření)

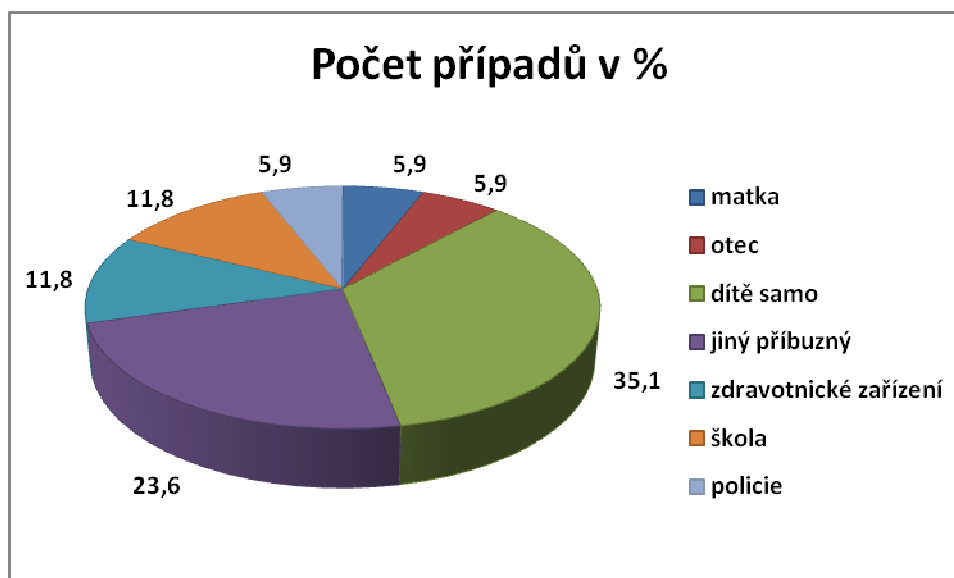


Tabulka 3: Oznamovatelé podezření na syndrom CAN v roce 2012

Oznamovatel	Počet případů	Počet v %
matka	1	5,9
otec	1	5,9
dítě samo	6	35,1
jiný příbuzný	4	23,6
zdravotnické zařízení	2	11,8
škola	2	11,8
policie	1	5,9
<b>Celkem</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

Zdroj: Jana Maněnová (vlastní šetření)

Graf 3 k tabulce 3



Zdroj: Jana Maněnová (vlastní šetření)

### Další údaje získané analýzou spisové dokumentace OSPOD NB

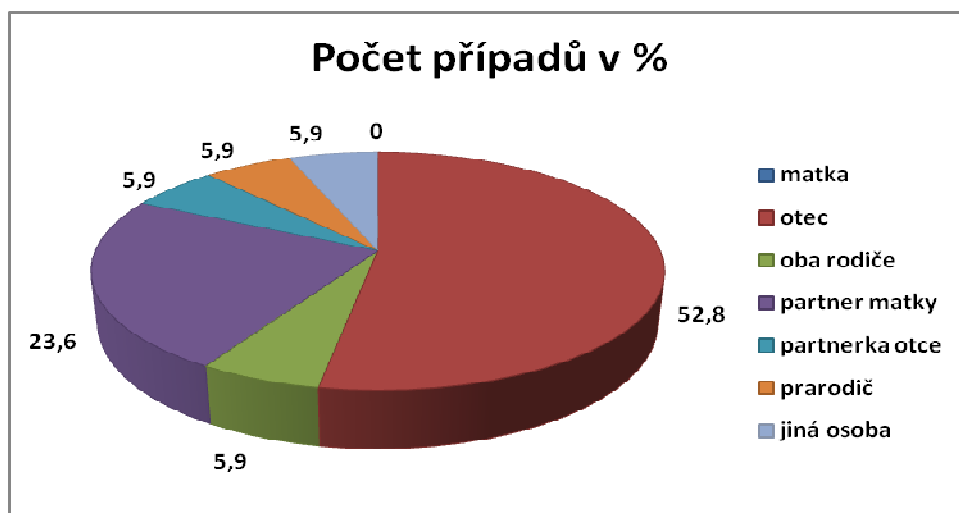
Studiem a analýzou spisové dokumentace OSPOD NB byly získány další údaje pro doplnění náhledu na problematiku syndromu CAN. V následujících tabulkách je zaznamenán počet a typologie osob, které se v roce 2012 dopouštěly v rámci mikroregionu Novoborsko týrán, zneužívání nebo zanedbávání vůči dětem (Tabulka 4, Graf 4). Tabulka 5 poté zachycuje dopad syndromu CAN na dítě. Mezi ty nejčastější patří tělesné poškození dětí a posttraumatická stresová porucha.

Tabulka 4: Zneužívající nebo týrající osoba

Zneužívající nebo týrající osoba	Počet případů	Počet v %
matka	0	0
otec	9	52,8
oba rodiče	1	5,9
partner matky	4	23,6
partnerka otce	1	5,9
prarodič	1	5,9
jiná osoba	1	5,9
<b>Celkem</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

Zdroj: Jana Maněnová (vlastní šetření)

Graf 4 k tabulce 4



Zdroj: Jana Maněnová (vlastní šetření)

Tabulka 5: Dopad syndromu CAN na dítě

Dopad na dítě	Počet osob
hospitalizace	2
tělesné poškození	4
postraumatická stresová porucha	5
úmrť	0
těhotenství	0
<b>Celkem</b>	<b>11</b>

Zdroj: Jana Maněnová (vlastní šetření)

### **12.5.2 Zodpovězení hlavní výzkumné otázky a podotázek č. 2 a č. 3**

Pro získání náhledu na problematiku syndromu CAN z hlediska mikroregionu Novoborska a součinnosti OSPODu NB s místními školami a zdravotnickými zařízeními bylo žádoucí zjistit, zda pedagogové a pediatři mají dostatek informací o oblastech působnosti OSPOD NB a také, zda je pro ně OSPOD NB důvěryhodným partnerem v případech podezření na syndrom CAN. Na základě toho tak byla formulována hlavní výzkumná otázka - Mají pedagogové a pediatři důvěru v činnost OSPOD NB a znají postupy jeho práce? Z hlediska prodlevy v odhalování syndromu CAN bylo nutné zjistit, co je příčinou opožděné prvotní informace o podezření na týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí, kterou poskytují pedagogové a pediatři sociálním pracovníkům OSPOD NB. Vzhledem k tomu tak byla formulována výzkumná podotázka č. 2 - Proč ze strany pedagogů dochází k opoždění oznámení první informace o podezření na syndrom CAN? – a výzkumná podotázka č. 3 - Proč ze strany lékařů a zdravotníků dochází k opoždění oznámení první informace o podezření na syndrom CAN?

V rámci polostandardizovaného rozhovoru tak byly pěti pedagogům a třem pediatrům položeny otevřené otázky s danou strukturou, na základě, kterých by bylo možné najít nejčastější příčinu výše zmíněného problému. Otázky byly pokládány jednotlivým pedagogům a pediatrům v různém pořadí a s mírnými modifikace, jejich obsah a dotazovací záměr byl ale zachován. Pedagogové i dětské lékaři měli dostatek času na jejich zodpovězení. Sledovány byly zejména shody či podobnosti v odpovědích a zároveň také reakce jednotlivých respondentů.

Rozhovor s pedagogy a pediately obsahoval následující okruhy otázek a zaznamenány poté byly jejich nejčastější odpovědi, které vykazovaly významovou shodu či podobnost:

**S kolika potvrzenými případy či podezřeními na syndrom CAN jste se během výkonu své profese setkal/a?**

Tato otázka měla spíše rámcový informativní charakter a její význam spočíval zejména v ověření zkušenosti pedagogů se syndromem CAN. Tři pedagogové na tuto otázku poté odpověděli, že se s podezřením na týrání, zneužívání a zanedbávání během své profesní praxe setkali prokazatelně jednou, jeden z nich poté potvrdil zkušenost

s touto problematikou, ale nevybavil si konkrétní počet případů, jeden z respondentů uvedl případy dva.

Jeden z lékařů vypověděl, že se po dobu výkonu své dlouholeté praxe setkal s jedenácti případy, které spadají do kategorie syndromu CAN, přičemž v jednom případě byli oběťmi tři sourozenci. Další z pediatriů poté uvedli: „*Asi pět ... deset dvanáct...možná i více...v posledních několika letech se objeví každý rok něco...*“

Pediatři poté ještě doplnili, že uvedli případy, kdy byli požádáni o součinnost OPSPODem NB nebo sami učinili oznámení pro podezření na syndrom CAN na základě oznamovací povinnosti. Je tak zjevné, že problematika týrání a zneužívání u dětí je skutečně v mikroregionu Novoborska aktuálním problémem, který není možné nikterak bagatelizovat.

### **Co pro Vás představuje největší problém při identifikaci syndromu CAN (z hlediska Vaší profese?)**

Pedagogové na tuto otázku nejčastěji odpovídali ve smyslu: „*Příležitostí, jak navázat užší vztah s dítětem, tak, aby vnímalo učitele jako někoho, kdo mu může pomoc, je velmi málo...Jsme velmi vytížení a je obtížné sledovat všechny změny v chování dětí a pít se po jejich důvodu...I když mám podezření a dítěte se zeptám, tak mi nic neřekne nebo zalže...Při výuce se musím soustředit především na výklad učiva, není mnoho prostoru pro zjišťování, jestli dítě nemá nějaké problémy, zvláště psychické týrání nemám šanci odhalit, pokud dítě samo nepřijde a neřekne, že se mu něco takového děje...*“

Z výše zaznamenaných výpovědí je tak patrné, že největší problém při identifikaci syndromu CAN pro pedagogy představuje omezený kontakt se žáky, který neumožňuje navázat bližší vztah založený na vzájemné důvěře a rozpoznat ohrožení dítěte týráním, zneužíváním či zanedbáváním.

Pediatři pak intenzivně vnímají obdobný problém: „*Rodiče nepřivedou dítě s tím, že ho doma týrají a proto ho bolí břicho nebo má modřiny...tvrdí, že se dítě uhodilo, spadlo, lezlo kam nemělo...těžko se dokazuje, že příčinou hematomu na zadečku není pád při hře na tvrdou dřevěnou hračku, ale úder vařečkou, zvláště, když vám verzi s pádem na hračku s úsměvem podává tatínek v dobře padnoucím obleku s kravatou...opakované bolení břicha, hlavy, zvracení nebo hubnutí mají mnoho příčin,*

*jestli se jedná o důsledek toho, že dítě je doma permanentně ve stresu a žije ve strachu z maminčina nového už asi pátého přítele, se dá prokázat jen málokdy...děti mají své rodiče rády a zdráhají se na ně žalovat, obzvlášť, když jim doma říkají, že žalobníčky nemá nikdo rád a nikdo s nimi nechce kamarádit...při plné čekárně kašlajících a unudlaných dětí opravdu nemám čas provádět detailní vyšetření a zkoumání...jestli mám dodržet ordinační dobu, tak mám na každého pacienta maximálně patnáct minut a za čtvrt hodinky skutečně nemůžu zjistit, jestli je dítě ohrožené...“*

Obdobně jako u pedagogů je obdobným problémem ztěžujícím identifikaci syndromu CAN při výkonu jejich praxe zejména vysoká pracovní vytíženost a nedostatek příležitostí navázat s dětmi bližší kontakt.

### **Jaká je podle Vás stěžejní činnost OSPOD?**

Tento okruh otázek měl za cíl zjistit, jaké povědomí mají pedagogové o podstatě činností vykonávaných na pracovištích OSPOD. Při odpovědích pak někteří učitelé reagovali velmi spontánně a emocionálně, mezi nejčastější odpovědi patřily především: *„Řešení záškoláctví...výchovných problémů...umístování dětí do náhradních rodin...návrhy na umístování dětí do ústavní výchovy...opatrovnictví při rozvodech.“*

Pedagogové tedy nevnímají činnost OSPOD jako primárně zaměřenou na řešení a prevenci syndromu CAN. Z hlediska jejich profese má pro ně zásadní význam zejména součinnost při řešení výchovných problémů a neomluvených absencí žáků.

Dětsíí lékaři vnímají činnost OSPOD obdobně jako pedagogové: *„Nejčastěji se asi na OSPODu zabývají řešením rozvodových situací ve vztahu k dětem...umístováním dětí do pěstounské péče ...kontrolou rodin, kde dítě žije...jezdí k soudu, kde se jedná o výživném a výchově dítěte...“*

Pediatři z výše zaznamenaného spatřují stěžejní činnost OSPOD především v oblasti opatření týkajících se výchovy a výživy dětí. Při tomto tematickém okruhu si někteří pedagogové a pediatři žádali zpřesnění, a to ve smyslu zda musejí vyjmenovat, vše, co má OSPOD ve své gesci. Následovně jim bylo sděleno, ať vyjmenují to, co považují skutečně za nejčastější náplň pracovníků OSPOD. Jeden z pediatrů v položertu prohlásil: *„Slídění v rodinách sbírání drbů od sousedů, kontrola komínků ve skříní, a jestli je utřený prach na políčkách...“* Vyjádřil tím názor, že činnost OSPOD je mnohdy vnímána negativně.

### **Kde čerpáte informace o syndromu CAN a související legislativě?**

Záměrem, proč byli pedagogové a pediatři tázáni na zdroje informací o syndromu CAN, bylo zjistit, jaké jsou jejich preference a na který informační pramen spoléhají. Zda jsou tyto zdroje důvěryhodné, případně, zda se dají využít v rámci prevence syndromu CAN. Pedagogové pak uváděli jako nejčastější informační kanály následující: *„Přečtu si článek v novinách nebo si informace vyhledám na internetu...mám k dispozici odbornou literaturu...na webových stránkách Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy...“*

Pedagogové pak ani jednou nezmiňovali možnost odborných přednášek nebo seminářů, případně besed s odborníky na danou sociální patologii a související legislativu. Ani jednou také neuvedli jako zdroj informací OSPOD.

Dětské lékaři poté uváděli mimo jiné: *„Mám k dispozici metodiku ministerstva...stavím na osobních zkušenostech...konzultuji s kolegy...využívám internet...odbornou literaturu...“*

Obdobně jako pedagogové, neuvedli ani pediatři z Novoborska možnost, že by informace získávali přímo od sociálních pracovníků OSPOD. Problematická se v tomto směru jeví zejména preference internetových zdrojů, které často nepodléhají žádné odborné editaci a jejich obsahová sdělení tak mohou být zavádějící a sporná.

### **Na kterou instituci se primárně obrátíte v případě oznámení podezření na syndrom CAN (a proč)?**

Smyslem této otázky bylo nejen zjistit, kam se pedagogové a pediatři obracejí, pokud mají podezření, že je některé z dětí, s nimiž se během profesního působení setkávají, týráno, zneužíváno nebo zanedbáváno a zda znají metodiku, kterou doporučuje Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR (MŠMT). Současně pak bylo cílem najít i důvody jejich preferencí. Mezi odpověďmi pedagogů se v nejvyšší míře objevovalo: *„Než vůbec své podezření oznámím, nejdříve to proberu s naším metodikem prevence...určitě první, kdo se o tom ode mě dozví je ředitel školy...jako učitelka zajdu nejdříve za naší ředitelkou a probereme co a jak, kdyby se ale mé podezření týkalo dítěte, které nenavštěvuje naši školu, tak bych se nejspíš obrátila na OSPOD nebo na policii...A proč? Je to tak dané...ředitel musí být o něčem takovém informován..“*

Z odpovědí pedagogů vyplynulo, že první, na koho se obracejí v případě podezření na syndrom CAN je vedení školy, a to z toho důvodu, že je tak nastaven systém přístupu k dané problematice.

U pediatrů, kteří mají na Novoborsku své lékařské praxe, pak odpadá informování o podezření na syndrom CAN nadřizovaným osobám, čemuž odpovídala i jejich sdělení:

*„Když se jedná o podezření, tak kontaktuji školu, kam dítě chodí, jestli problém vnímají stejně, poté vše oznámí na sociálku...Zpočátku se snažím zjistit, co nejvíce, zeptám se například lékaře speciality, kterého dítě navštěvuje, nebo když bylo hospitalizované, tak se vyptám, jak se jeví lékařům v nemocnici, pak volám na OSPOD...jestli se mi dítě při vyšetření svěří, že mu někdo fyzicky ubližuje a odpovídá tomu nález, hned vše předám policii...A proč? Zdá se mi to jako logický postup...než někoho zalarmuju, chci mít jistotu, že věci jsou opravdu tak, jak se jeví...“*

Podle odpovědí a názorů dětských lékařů je tak nejdříve vhodné zjistit a nashromáždit informace, které podpoří jejich prvotní podezření na syndrom CAN. Teprve poté kontaktují OSPOD nebo Polici ČR. Lékaři zároveň své postupy odůvodňují snahou předejít omylům a nepodloženým oznámením.

### **Máte důvěru v činnost OSPODu a čeho se nejvíce obáváte v případě, že OSPODu oznámíte podezření na syndrom CAN?**

Tento okruh otázek byl pedagogům a pediatrům pokládán především s cílem nalézt jejich důvody váhání oznámit podezření na syndrom CAN sociálním pracovnícům na OSPOD NB a odhalit tak jednu z možných příčin opožděné prvotní informace o této sociální patologii.

Odpovědi a názory pedagogů a lékařů se v tomto případě nijak významně nelišily, obě skupiny totiž uváděly: *„Důvěru v OSPOD mám...výrazně negativní zkušenost s OSPODem zatím nemám...co se týká profesionality, tak zásadní výhrady nemám, na osobnostní hodnocení si netroufám, ale mám dojem, že některé pracovnice postupují dost razantně...neznám podrobně činnost OSPOD ani všechny sociální pracovníky, ale předpokládám, že musí mít zkušenosti a vědí, co dělají...“*

*Nejvíce se bojím svého omylu v posouzení situace...toho, že se nakonec ukáže, že jsem se spletl...rozjede se něco, co nepůjde jednoduše zastavit...že svým oznámením poškodím rodinu dítěte...“.*

Dalšími typickými obavami byly ty, které se týkaly samotných učitelů a pediatrů, jejich práce a pozice: *„Dostanu se do překérní situace...bude mě čekat kolotoč šetření, který mě zatíží nad rámec mé profese...nečeká mě nic příjemného...předpokládám, že bude následovat konfrontace s rodiči dítěte...šetření bude trvat dlouho a budu muset vše opakovaně vysvětlovat nejen na OSPODu, ale i jinde...“.*

Z výše zaznamenaného je pak patrné, že u pedagogů a dětských lékařů převládá důvěra v činnost OSPOD a nejzávažnější důvody váhání a možné příčiny opožděné prvotní informace o podezření na syndrom CAN tak pramení především z nedostatečné znalosti symptomů týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí, obav z konfrontace s rodinnými příslušníky ohrožených dětí a rovněž i z předpokladu administrativní a jiné zátěže pedagogů a pediatrů spojené s šetřením syndromu CAN.

### **Jaké řešíte v souvislosti se syndromem CAN inter či intrapersonální konflikty?**

Položením této otázky byl zjišťován zejména individuální subjektivní přístup k dané problematice ze strany jednotlivých pedagogů a pediatrů. Zjištěné informace lze pak typologicky shrnout následovně: *„Někdy si skutečně kladu téměř hamletovskou otázku - mám oznámit-nemám oznámit...vnitřně vždy volím oznámit a co nejrychleji, pak ale převládá pochybnosti a váhání, jestli náhodou situaci nevnímám jinak, než se jeví...někdy se uchyluji k alibismu...ať se rozhodnu jakkoli, nebude to nikdy dobře, vždy to bude mít na někoho negativní dopad, a to i na mě...není možné se vyhnout konfliktům, zvláště tady na malém městě... konflikty s rodinou a příbuzenstvem dítěte...spory s rodinou dítěte, která má na celou problematiku obvykle jiný nebo naprosto opačný pohled...“*

Pedagogové a pediatri uváděli jako nejčastější intrapersonální konflikty ty, které pramení z obav nesprávného posouzení situace. Z hlediska interpersonálního se pak jednalo o konflikty mezi nimi a rodinnými příslušníky a užším sociálním okolím ohroženého dítěte.



### **Co je pro Vás rozhodný moment, kdy dojdete k přesvědčení, že se jedná o týrané, zneužívané nebo zanedbávané dítě?**

V tomto okruhu otázek bylo záměrem odhalit důvody a okolnosti, jež vedou pedagogy a pediatry k přesvědčení o syndromu CAN v případě jejich žáků nebo pacientů. Odpovědi učitelů a dětských lékařů se lišily, a to na základě výkonu jejich profese. Pedagogové tak byli vnímavější vůči nespecifickým identifikačním markerům, pediatři naopak kladli větší důraz na zřetelné symptomy, které doprovázejí především fyzické týrání. Mezi odpověďmi pedagogů se objevovalo: „*Musí se nakumulovat více ukazatelů, jako je například zhoršení prospěchu, změny chování, neomluvené absence...když je jedničkářka najednou na propadnutí, tak je mi jasné, že se něco děje...v případě, že dítě dlouhodobě nenosí pomůcky, přezůvky, svačiny a dva týdny sedí v lavici ve stejném oblečení, tuším, že je něco špatně...podezření mám mimo jiné v případě, že dítě, které bylo aktivní a snaživé, je znenadání apatické a na známkách mu nezáleží...tehdy, když se dítě hroutí kvůli poznámce nebo trojce z písemky a bojí se jít domů, tak tuším, že ho tam asi nic dobrého nečeká...“.*

Pediatři pak k této otázce přistupovali především z medicínského hlediska: „*Své podezření musím mít podložené objektivním nálezem na dítěti...na základě poškození a poranění na těle dítěte...zbystrím, jestliže jinak zdravé dítě v nějakém směru neodpovídá obvyklému vývoji...“.*

V odpovědích na tento okruh otázek se rovněž projevovala tendence pečlivě posoudit symptomy syndromu CAN, a to z důvodu již výše zmiňované obavy z chybného posouzení situace.

### **Jaký druh prevence syndromu CAN byste navrhl/a na základě svých vlastních zkušeností?**

Záměrem, proč byli pedagogové a pediatři dotazováni na způsoby prevence v rámci dané problematiky, byla snaha zjistit jejich preference a nalezení možných způsobů, jak zefektivnit odhalování případů dětí ohrožených týráním, zneužíváním nebo zanedbáváním. Obě profesní skupiny dotazovaných pak uvedly zejména požadavek větší informovanosti o syndromu CAN, a to mezi širokou i odbornou veřejností. Do odpovědí se pak rovněž promítla i hlediska obou profesí:

*„O problému se musí mluvit na všech úrovních a nejen mluvit...lidé vědí, že něco takového existuje, ale rozpoznat syndrom CAN je i pro odborníky obtížné...základem je fundovaná informovanost...primární prevence se musí opírat o předání znalostí a zkušeností z praxe...jako učitelka bych přivítala více možností setkávání s rodiči svých žáků i s dětmi samotnými...prevence musí zahrnovat komplexní přístup...asi bychom měli více komunikovat mezi sebou (pedagogové, pediatři, sociální pracovníci)...nastavení preventivních prohlídek je nedostačující, když dítě s ničím nemarodí a vidím ho akorát na preventivce, tak to k zachycení problému nestačí...základ prevence je v rodině...“.*

Pedagogové i dětské lékaři se tedy v průběhu dotazování přikláněli zejména k preventivním postupům, které se opírají a staví na informovanosti o problematice syndromu CAN, a to na celospolečenské úrovni, ale i v rámci profesí, kterých se řešení této problematiky bezprostředně dotýká.

### **12.5.3 Zhodnocení údajů získaných z rozhovorů na OSPOD NB**

Pro poskytnutí rámcového náhledu na problematiku týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí v oblasti Novoborska, a to z hlediska součinnosti mezi sociálními pracovníky, pedagogy a pediatry bylo nezbytné provést výzkumné dotazování i na pracovišti OSPOD NB. Okruhy pokládaných otázek poté vycházely z obdobného principu jako ty, směřované pediatrům a pedagogům, a to s využitím mírných modifikací s ohledem na cíle výzkumného a profesní zkušenosti zaměření sociálních pracovníků:

#### **Kolik podezření nebo prokázaných případů syndromu CAN aktuálně šetříte?**

Na pracovišti OSPOD NB se přímého výzkumného šetření účastnilo pět sociálních pracovníků, které mají profesní zkušenosti se syndromem CAN. Cílem tohoto okruhu otázek bylo zjistit, jakým způsobem je na pracovišti OSPOD NB personálně a organizačně zajištěno řešení podezření či prokázaných případů týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí. Od začátku ledna do konce listopadu roku 2013 bylo na OSPOD NB přijato patnáct oznámení na podezření z týrání, zneužívání či zanedbávání u dětí.

Čtyři z nich již byly v průběhu roku uzavřeny s tím, že se nejedná o syndrom CAN. U dalších jedenácti případů pak bylo zahájeno šetření v rámci OSPOD NB. V jednom případě šlo o podezření na syndrom CAN u tří sourozenců v rámci jedné rodiny. Z rozhovorů poté vyplynulo, že konkrétní případy jsou mezi sociální pracovníce rozděleny rovnoměrně. Jedna z nich šetří výše zmiňovaný případ syndromu CAN u tří sourozenců. Zbylé čtyři sociální pracovníce poté šetří každá po dvou případech.

V rámci snahy o zefektivnění práce OSPOD NB a vzhledem k nárůstu této i jiné sociální patologie na Novoborsku dojde v roce 2014 na tomto pracovišti k organizační změně, kdy bude na řešení případů týrání, zneužívání a zanedbávání vyčleněna jedna, případně dvě, sociální pracovníce, které budou mít plně v gesci řešení jen této problematiky.

### **Co je, podle Vás, největším problémem při odhalování syndromu CAN?**

Daný okruh otázek byl formulován v obecnější rovině, než jak tomu bylo u pedagogů a pediatriů, a to se záměrem zjistit vnímání dané problematiky u sociálních pracovníků OSPOD NB v širší zahrnující nejen jejich konkrétní profesní zkušenost, ale i osobní názor:

*„Tento jev se odehrává často skrytě, doma a lidé se o to, co se děje kolem nich, u sousedů moc nezajímají, mnohdy je ani neznají...lhostejnost a neznalost...nedostatek informací...lidé se bojí někoho udat, mají strach z pomsty a potíží...mezi řečí aneoficiálně vám například známí rodiny, lékaři nebo učitelé... podají poměrně přesný obrázek o tom, co se s dítětem děje, ale když po nich chci, aby to následně potvrdili u nás na OSPODu, tak mám pocit, že mluví úplně o někom jiném, najednou je vše v rodině ohroženého dítěte zalité sluncem a téměř ideální...lidem chybí osobní statečnost...o problému se sice již v posledních letech dost mluví i v médiích, ale informace o syndromu CAN obvykle bulvár překrouť a udělá z případu senzaci...“.*

Jedna ze sociálních pracovníků poté vyslovila i přesvědčení, že problémy v odhalování syndromu CAN přímo souvisejí se stavem současné společnosti:

*„Roste například nepřiměřené trestání dětí a psychické týrání, to se velmi špatně odhaluje. V takových případech je nutné, aby dítě samo promluvílo...osobně se domnívám, že děti se stávají pro své rodiče jakýmsi hromosvodem, ti jsou často frustrováni například ze ztráty zaměstnání a rostoucí chudoby...v důsledku toho roste*

*agresivita, konflikty v rodině a v takové situaci je jen krok k tomu, a by se v rodině ve vztahu k dítěti něco zvrtno...domnívám se, že jsme v současnosti schopni odhalit nanejvýš 7% případů týrání, zneužívání nebo zanedbávání u dětí.“.*

Z výpovědí sociálních pracovníků pak vyplývá, že zásadní problémem v odhalování syndromu CAN pro ně představuje zejména lhostejnost veřejnosti, nedostatek osobní statečnosti případných svědků špatného zacházení s dětmi, nedostatek relevantních informací o této problematice a zhoršující se sociální situace obyvatel Novoborska, respektive České republiky.

### **Jaké máte výhrady k systému a postupům Vaší práce?**

Tento okruh otázek vzbudil u sociálních pracovníků zájem a bylo evidentní, že mají řadu připomínek a námitek vůči současnému zavedenému systému práce v obecném měřítku i v rámci OSPOD NB:

*„V mé práci mi překáží určitá zkosnatělost pravidel, podle kterých postupuji...vadí mi, že dítě je opakovaně vyslýcháno a musí stále dokola popisovat co mu kdo udělal...chybí mi institut dětského policejního psychologa, který v rámci Novoborska není k dispozici, při sebevětší snaze policistů dochází při výsleších k sekundární viktimizaci dětí...opakování výpovědí dětí v rozmezí i půl roku od doby odhalení jejich případu, ty pak často své výpovědi při představě dalších výsledků raději odvolají, aby už měly alespoň relativní klid...chybí dobří soudní znalci, kteří by uměli vypracovat znalecký posudek ve vztahu k syndromu CAN...často si nás například policisté berou jako štít během výslechů dětí, my ale nejsme psychologové a stavíme tak jen na intuici a zkušenostech, jak s kterým dítětem zacházet...chybí nám jasně stanovené standardy komunikace a součinnosti se školami a zdravotnickými zařízeními...vadí mi přebujelá administrativa a výkaznictví...vše musíme dokumentovat a archivovat, to představuje velkou zátěž a zdržování od skutečného řešení problému...uvítala bych k ruce zdatnou asistentku, která by měla na starosti administrativu...“.*

Nejvíce zmiňovanými výhradami zaznamenaných od sociálních pracovníků byly ty, které se týkaly sekundární viktimizace a systémového týrání obětí syndromu CAN. Sociální pracovníci OSPOD NB by také přivítaly existenci vyslýchajících policistů s rozšiřujícím vzděláním z oboru z dětské psychologie nebo vyjasnění pravidel vzájemné kooperace s dětskými lékaři a učiteli či omezení administrativních úkonů.

Při rozhovoru na téma výhrad k systému a postupům práce se v odpovědích promítla i osobní soukromá přání jednotlivých sociálních pracovníků, která odrážejí náročnost jejich profese:

*„V současném systému nám hrozí syndrom vyhoření, policisté mají například nárok na lázně, my nic takového nemáme...přála bych si týden dovolené navíc...na našem pracovišti mi chybí mužský element, jsme tu samé ženy, to se odvíjí od finančního ohodnocení. Občas se k nám sice hlásí sociální pracovníci muži, ale když zjistí, jaký plat by dostali a kolik práce by je zde čekalo, tak si to velmi rychle rozmyslí...vadí mi zastaralé počítačové vybavení...“.*

Kromě kritiky a vyjmenování výhrad sociální pracovníce zmiňovaly i pozitivní aspekty jejich práce:

*„Práce na OSPODu mě naplňuje...máme hezké pracovní prostředí, sídlíme ve slunných velkých prostorách v prvním patře s výhledem do parku, kolegyně z jiných měst jsou většinou umístěné někde v malých tmavých kancelářích v přízemí...oproti jiným pracovištím OSPOD se nepotýkáme s problémem, že by na nás například nevybylo služební auto...“.*

### **S jakými stereotypy ve vnímání Vaší práce se setkáváte ze strany široké veřejnosti?**

Jak již bylo zmíněno výše, profese sociální pracovníce je velmi náročná z mnoha hledisek, pro účel výzkumného šetření bylo proto také vhodné zjistit, s jakou zpětnou vazbou se sociální pracovníce setkávají při výkonu svého povolání:

*„Jedním ze stereotypů, se kterým se často setkávám je - staráte se o nepřízpůsobivé spoluobčany a dáváte jim peníze...lidé nás vnímají jako inkvizici...bereme slušným lidem děti a posíláme je do ústavu nebo do polepšovny...strkáme nos kam nemáme...nahradili jsme Polednici, rodiče sociálkou vyhrožují svým dětem...jednou jsem zažila opravdu bizarní situaci- přišli za mnou rodiče náctiletého chlapce, abych ho jen trochu postrašila polepšovnou, aby se rozešel se svou dívkou a začal více věnovat škole a ukáznil se...řada lidí si myslí, že za ně můžeme vyřešit všechny problémy, které mají ve vztahu ke svým dětem. Naše práce je veřejností vnímána spíše negativně...sklízíme více kritiky než pochvaly...jsme na pranýři a pořád musíme před někým obhajovat úkony,*

*kteře provádíme...naše práce je u veřejnosti velmi nepopulární...veřejnost nám příliš nerozumí a bohužel často i někteří odborníci, kteří by s námi měli spolupracovat...lidé nechápou, že to druhé o ve zkratce našeho názvu znamená ochranu dětí...“.*

Sociální pracovnice z OSPOD NB sdělili, že jsou veřejností vnímány jako nástroj represe a nikoliv jako orgán, který má chránit a hájit zájmy dětí. Z rozhovorů také vyplynulo, že tuto negativní image považují za neoddělitelnou součást jejich práce a s touto skutečností jsou vyrovnané.

### **Jaké řešíte v souvislosti se syndromem CAN inter či intrapersonální konflikty?**

Obdobně jako pedagogům a pediatrům byl přednesen tento okruh otázek také sociálním pracovnícím na pracovišti OSPOD NB. Jejich reakce a odpovědi poté byly obdobné jako u lékařů a učitelů s tím rozdílem, že sociální pracovnice se více zabývaly otázkou intrapersonálních konfliktů:

*„Vnitřně bojuji v 80% případů, jestli mám opravdu pádné důvody rozjet tu mašinerii, která nepůjde zastavit...váhám pokaždé, zvláště když se opírám jen o výpověď dítěte a jiní svědci nejsou k dispozici...vždy si říkám, že se případu budu věnovat jen z hlediska profese a na pracovišti, ale stejně si ho v hlavě nosím domů...nikdy dopředu nevím, jestli jsem se rozhodla správně a jestli někoho nepoškodím...“.*

Z hlediska popisu interpersonálních konfliktů sociální pracovnice nejčastěji odpovídaly v tom smyslu, že na spory s laickou veřejností i některými odborníky jsou v rámci své profese zvyklé:

*„Různé stížnosti na nás a udání řešíme pravidelně...lidé si stěžují na městském úřadu, starostovi města, pranýřují nás v internetových diskuzích...pomluvy typu - jedna paní povídala- jsou na denním pořádku... už jsem si dopisovala i s ombudsmanem...s konflikty počítám a umím jim čelit a nebojím se jít do ostré konfrontace, když vím, že jednám v zájmu dítěte...vadí mi, když si mě Policie ČR bere jako štít a že často před soudem vystupuji jako svědek, a to nikoliv z pozice sociální pracovnice, ale jako civilní osoba...“.*

Dotazované sociální pracovnice se také shodovaly ve vyjádření, že v rámci pracoviště OSPOD NB nemají mezi sebou ani vůči nadřízeným žádné zásadní výhrady:

*„Cítím vzájemnou důvěru a podporu...mohu si přijít kdykoliv ke kolegyním pro radu...naše práce vyžaduje určité morální kvality a jsem přesvědčená, že mé kolegyně je mají...“.*

Sociální pracovnice OSPOD NB jsou tedy mnohem více zasaženy vnitřními konflikty pramenícími z odpovědnosti a náročnosti jejich profese. Ze spontánních reakcí poté bylo patrné, že interpersonální konflikty vnímají téměř jako běžnou rutinu a neodmyslitelnou součást jejich práce.

### **Jaké máte výhrady ke spolupráci s lékaři a zdravotnickými pracovníky v souvislosti odhalováním syndromem CAN?**

Smyslem tohoto a následujícího okruhu otázek bylo nalezení „třecích ploch“ v součinnosti mezi sociálními pracovníky a dalšími profesemi, které se podílejí na odhalování a šetření případů týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí. Výhrady sociálních pracovníků se nejčastěji týkaly váhavosti a zdrženlivého přístupu k řešení případů syndromu CAN:

*„Mnohdy vážne komunikace...když kontaktujeme lékaře s nějakým požadavkem, musíme je často upomínat, aby nám poskytli potřebné informace...to, že dítě nedorazilo na preventivní prohlídku nebo, že je nějaký problém se od nich dozvídáme se zpožděním...lékaři nejsou zvyklí pravidelně s námi komunikovat...je těžké se trefit do okamžiku, kdy mají zrovna čas, stává se mi, že mě lékař odmítne poskytnout nějaké údaje s tím, že má momentálně plnou čekárnu a nemá čas něco řešit...někdy se pediatři odvolávají na lékařské tajemství a údaje mi neposkytnou, i když je upozorňuji, že potřebuji jen údaje, které nesouvisejí se zdravotním stavem dítěte...stále dokola je nutné pediatriům opakovat, že na určité informace máme právo a že jednáme v zájmu dítěte a rozhodně nechceme poškodit dobrou pověst místních pediatrů ani je zbytečně zatěžovat nesmyslnými požadavky...lékaři se bojí rodičů ohrožených dětí...záleží na osobní statečnosti dětských lékařů...setkala jsem se i s případem, kdy jsme na základě předběžného opatření urychleně umisťovali dítě do bezpečí a potřebovali jsme potvrzení o bezinfekčnosti, obvykle lékaři reagují vstřícně a takové dítě vezmou přednostně, jeden z místních pediatrů ale nejprve vyšetřil všechny objednané pacienty a ty v čekárně a pak teprve vzal do ordinace vystresované ohrožené dítě, diagnózu určil*

*od stolu a ještě si vzal poplatek, na ten má pochopitelně právo, ale jeho jednání vypovídá mnohé o jeho osobnosti...“.*

Sociální pracovnice OSPOD NB poté zároveň vyslovily požadavek navázání užší spolupráce s místní dětskými lékaři:

*„Chybí nám osobní kontakt...žádné pravidelné schůzky mezi námi a dětskými lékaři se neuskutečňují... v rámci OSPOD NB jsme před časem pořádali setkání na téma syndromu CAN, pozvali jsme i pediatry, dorazil jen jeden...lékaři stále argumentují tím, že nemají čas...“.*

### **Jaké máte výhrady ke spolupráci s pedagogy v souvislosti s odhalováním syndromu CAN?**

Obdobný soubor otázek byl v rozhovoru položen v souvislosti se součinností sociálních pracovníků OSPOD NB a pedagogů základních škol v rámci ORP Nový Bor. Vnímání situace a vztahů mezi těmito dvěma profesními skupinami komentovaly sociální pracovnice následovně:

*„Školy s námi mají snahu řešit především záškoláctví a výchovné problémy, to nás kontaktují velmi rychle, protože od nás čekají pomoc a návrh řešení, naopak v případech podezření na syndrom CAN jsou pedagogové velmi zdrženliví...zaznamenali jsme i tendence, že školy svévolně přebíraly naše kompetence a chtěly podezření na syndrom CAN řešit skrytě a výhradně na půdě školy bez součinnosti s ostatními příslušnými orgány...mám zkušenost, že se pedagogové příliš v problematice týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí neorientují, a to zejména v související legislativě...zprávy od pedagogů, které si od nich žádáme při řešení syndromu CAN mají spíše výjimečně nějakou vypovídající hodnotu, učitelé jsou často váhaví a jejich zprávy uhlazené...ze základních škol získáváme informace s obtížemi, mnohem těžší je to ale od mateřských škol, tam se zdá, že problém týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí patří do sféry sci-fi...někteří pedagogové, stejně jako lékaři mají potíže stát si za svým původním názorem a obávají se konfliktů...školy a učitelé nejsou v tomto směr zrovna ideální partneři...“.*

Stejně jako při hodnocení spolupráce s pediatry, vyslovily sociální pracovnice OSPOD NB přání navázání užší spolupráce s pedagogy vycházející z navázání pravidelných osobních kontaktů:



*„Z naší součinnosti se vytrácí lidský faktor...za poslední čtyři roky osobní kontakty s učiteli skomírají...bylo by dobré nastavit pravidelné společné setkávání interdisciplinárního týmu...nevybavuji si, že by nás někdy ze škol pozvali, abychom pro žáky nebo pedagogy uspořádali přednášku na téma syndromu CAN...“.*

Další soubor otázek pak byl volen se záměrem potvrzení absence vzájemných osobních kontaktů mezi sociálními pracovníci OSPOD NB, pedagogů základních škol na Novoborsku a místních pediatrů.

**Jakou formou probíhá nejčastěji komunikace mezi Vámi na straně jedné a pedagogy a pediatry na straně druhé?**

Sociální pracovnice poté potvrdily, že nejčastěji se komunikace mezi nimi pedagogy a pediatry uskutečňuje s vyloučením osobního kontaktu:

*„Nejčastěji společně komunikujeme telefonicky a e-mailem...u lékařů se mi osvědčilo nejprve zatelefonovat a upozornit je, že po telefonátu bude následovat i e-mail s podrobnějšími informacemi a požadavky...telefonická komunikace s učiteli je většinou vypovídajícím vodítkem pro vytvoření prvotního obrazu o situaci dítěte...po telefonu se pedagogové obvykle rozpovídají, ale pokud mají podat písemnou zprávu, ta se diametrálně liší od toho, co sdělí po telefonu...“.*

Závěrečné téma polostandardizovaného rozhovoru se sociálními pracovníci z pracoviště OSPOD NB se týkalo návrhů preventivních opatření, které by ony samy přivítaly a jež by vedly k účinnějšímu odhalování podezření na syndrom CAN v rámci mikroregionu Noovborska.

**Jaký druh prevence syndromu CAN byste navrhla na základě svých vlastních zkušeností?**

Sociální pracovnice z OSPOD NB uvedly celou škálu možných preventivních opatření. Řada z nich se poté ztotožňovala s návrhy, které preferovali pedagogové a pediatři z Novoborska:

*„Základem je osvěta a předávání informací odborné i laické veřejnosti...distribuce letáků a brožur se souhrnnými informacemi o syndromu CAN*

*do škol a ordinací místních lékařů...přednášky pro rodiče, děti, pedagogy i lékaře...spolupráce s občanskými sdruženími, které se ve své činnosti zaměřují na pomoc týraným, zneužívaným a zanedbávaným dětem...pokosit se nastavit užší součinnost s pediatri a pedagogy, a to na základě rozvíjení osobních kontaktů...“.*

Jedna ze sociálních pracovnic uvedla zcela konkrétní požadavek vztahující se k zajištění ochrany dětí, které jsou vystaveny domácímu násilí:

*„Chybí nám azylové pokoje pro rodiče s dětmi, které utíkají z bydliště kvůli domácímu násilí...většinou se jedná o matky s malými dětmi, ty umisťujeme do vyčleněného pokoje v místní ubytovně, ta ale není pro tyto účely zcela vhodná. Sociální skladba zdejších obyvatel totiž představuje problém, matky s dětmi v takových situacích potřebují klid a ten jim ubytovna poskytnout nemůže...“.*

## **12.6 Kasuistiky a rozhovory s oběťmi syndromu CAN**

Následující kapitola praktické části diplomové práce je věnována dvěma konkrétním případům syndromu CAN a rozhovorům s dnes již dospělými oběťmi týrání, zneužívání a zanedbávání. Jejich kontaktování se realizovalo v několika stupních a prostřednictvím sociálních pracovnic OSPOD NB. K přímému setkání poté došlo v průběhu prosince roku 2013 se dvěma osobami, které se v dětství staly oběťmi týrání a zneužívání. Při popisu situace a případů účastníků rozhovoru byla záměrně změněna jejich jména, a to na přání obou zúčastněných. Obě osoby také poskytly souhlas k nahlédnutí do archivní dokumentace jejich případů, které šetřil v minulosti OSPOD NB s tím, že informace poslouží pouze k doplnění anamnestických údajů v rámci kasuistiky.

Tyto případy byly vybrány záměrně k ucelení náhledu problematiky opožděnosti prvotní informace o podezření na syndrom CAN, kterou dostávají sociální pracovnice na pracovištích OSPOD NB od zdravotnických zařízení nebo škol.

### **12.6.1 Kasuistika Petry S.**

K setkání s dnes již jednadvacetiletou slečnou Petrou S. došlo začátkem prosince roku 2013 v jejím domácím prostředí v jednom z měst na severu Čech. Schůzka byla

zprostředkována pracovníci OSPOD NB, jež Petře S. vysvětlila, za jakým účelem byla kontaktována. Petra S. s rozhovorem souhlasila s podmínkou, že získané údaje poslouží čistě pro účely vypracování praktické části diplomové práce. Volný a anamnestický rozhovor se uskutečnil v domácím prostředí Petry S. Ta během něho byla velmi vstřícná, otevřená a poskytla cenný náhled na vlastní situaci s odstupem několika let a důsledky syndromu CAN na její současný život.

### **Anamnestické údaje**

Petra S. se narodila v roce 1992 do úplné rodiny. Její matka pracovala jako zdravotní sestra v okresní nemocnici, otec byl technologem v jednom z místních sklářských podniků. Oběma rodičům v době narození Petry S. bylo třiatdvacet let. V roce 1996 se rodičům Petry S. narodila další dcera Zuzana S. Život rodiny byl zpočátku téměř idylický. Čtyřčlenná rodina žila v bytě 4+1 v panelovém domě na menším sídlišti na okraji města a byla finančně dobře zajištěna.

### **Rozhovor s Petrou S.**

Petra S. vzpomínala a hodnotila své dětství s oběma rodiči a mladší setrou velmi pozitivně.

*„Do mých osmi let bylo vše v pořádku. Na tu dobu velmi ráda vzpomínám. Měla jsem spoustu zájmů, dobře jsem se učila, chodila jsem do kroužku mažoretok, do hudebky, na výtvarku, hodně jsem četla a k jednomu Vánocům mně a sestře naši koupili psa...o prázdninách jsme jezdili na dovolenou k moři, v zimě na hory...i mezi našima to bylo tenkrát fajn, občas si sami vyrazili na večeri nebo do kina... V létě, po mé druhé třídě, se ale začalo něco měnit. Rodiče na sebe jen křičeli, hádali se...vždycky odešli do ložnice a my se setrou musely být v pokojíčku,“* vypověděla Petra S. s tím, že příčinou hádek rodičů byla nevěra její matky, o níž se ale dozvěděla až s odstupem času.

*„Máma se po mateřské se Zuzkou vrátila zpátky do nemocnice a tam se vyskytl nový pan doktor...stačilo pár společných nočních služeb a máma se do něho zamilovala...sliboval jí jak se rozvede a že budou spolu. Brzy se vše rozkřiklo a doneslo i k tátovi. Doktor se pochopitelně nerozvedl a nakonec se odstěhoval i jinam, snad do Prahy. Můj otec to nedokázal ustát, chvíli se zdálo, že manželství našich vydrží kvůli*

*mně a sestře, jenže otec se nedokázal smířit s tím, že ho matka podvedla. Žili jsme na malém městě a asi mu vadilo, jak se na něho všichni dívají...“* popsala Petra S. a dodala, že v jejích devíti letech se rodiče rozvedli a otec se odstěhoval ze společného bytu.

*„Pro matku to byl asi šok, myslím, že neuměla být sama. Velký zásah to byl i pro mě i pro sestru, stýskalo se nám po tátovi a přibýly nám povinnosti...když odcházela máma na noční, bylo nám se Zuzkou smutno...s tátou jsme se vídaly pravidelně, ale už to bylo jiné...máma si taky uvědomila, co ztratila a později mi řekla, že se snažila navázat kontakt s tátou, jenže bylo pozdě. Táta si asi rok po rozvodu našel přítelkyni, odstěhoval se za ní do krajského města a později se jim narodil syn. To si myslím, že matku hodně mrzelo a asi se chtěla tátovi nějak vyrovnat. Mámě bylo skoro pětatřicet a zřejmě měla pocit, že jí, jak se říká, ujíždí vlak...“* okomentovala Petra S. a rovněž dodala, že od té doby začala její matka intenzivně hledat přítele, který by zastoupil roli chybějícího otce.

*„Jednou, když mi bylo tak deset a půl a setře šest let, matka domů přivedla čtyřicetiletého, vysokého, pohledného strejdu Pavla. Malá Zuzka si na něho rychle zvykla a mně taky nijak nevadil, byla s ním legrace, hodně sportoval, jezdili jsme společně na výlety...máma vypadala šťastně a myslela si jaké je to terno. Pavel měl vlastní firmu s počítačovou technikou, rodinný domek v sousedním městě... byl sice rozvedený, ale bezdětný...Netrvalo to ani půl roku a žili jsme všichni společně v Pavlově domku...byla to změna, ale nijak zásadní, do školy jsme chodila pořád do té stejné, protože Pavel měl firmu v tomtéž městě a tak mě ráno vozil...holky ze třídy mi trochu záviděly, že teď máme domek, na zahradě bazén, do školy se vozím pěkným autem, na hory pojedeme do Alp a ne do Jizerek...“* uvedla Petra S. a vzápětí dodala, že brzy se pro ni idyla začala měnit v noční můru.

*„Po šesté třídě, to mi bylo dvanáct, jsme jeli všichni společně na dovolenou do Turecka a tam se začal Pavel vůči mně chovat divně. Vypadala jsem tenkrát o něco starší, než na dvanáct, nosila jsem dlouhé blond vlasy, byla jsem vytáhlá, štíhlá a rostla mi už prsa...mužský turecký personál v hotelu mě zaregistroval a číšníci nebo animátoři se mnou občas zalaškovali, ale nebylo to nic nevkusného nebo urážející ho, chovali se mile a obdobně jako k dalším mladým slečnám v hotelu. Pavel to ale vnímal jinak, byl vůči personálu nepříjemný, na pokoji mi pak vyčítal, že se chovám*

vyzývavě...tenkrát jsem neměla ani pojem o tom, co je to flirtování...vůbec jsme nechápala, co mu vlastně vadí. Až mnohem později mi došlo, že vlastně tenkrát žárlil. Matka byla dokonce potěšená, že mě tak hlídá, že se chová ochranně jako otec...“  
přiblížila Petra S. Jak dále uvedla, po návratu z dovolené se chování Pavla začalo vůči ní dále intenzivně proměňovat.

„Vrátili jsme se z Turecka a Pavel mě začal hlídat, nechtěl mě pouštět ven s kamarády, zbytek prázdnin jsem strávila jen na zahradě a doma u bazénu. Jednou, když máma sloužila o víkendu v nemocnici a Zuzka byla na táboře, přišel za mnou k lehátku a začal mi mazat záda opalovacím krémem. Potom chtěl, abych se otočila, že mě namaže celou...bylo mi to hrozně nepříjemné, ale v tu chvíli mě vůbec nenapadlo, že by to mělo mít nějaký sexuální podtext...Až asi za půl roku, to už mi bylo třináct...máma byla na noční, Zuzka spala ve svém pokoji a já byla v koupelně a sprchovala jsem se...Pavel přišel za mnou, svlékl se a vlezl si ke mně do sprchového kouta s tím, že, když se společně osprchujeme, ušetříme za vodu, pak mi řekl, abych mu rozetřela sprchový gel po zádech a to samé udělal i on mně, tenkrát se poprvé dotkl mých intimních partií...vyděsilo mě to, ale nezmohla jsme se na žádnou reakci...Společné sprchování, během máminých nočních služeb se pak stalo pravidlem...postupně jsem si na to zvykla a s Pavlem uzavřela tichou dohodu, budeme se spolu sprchovat a on se přimluví u mámy, když budu mít špatnou známku, když budu chtít jít s kamarády do kina, když budu chtít nové boty...jenže u sprchování to neskončilo. Po mých čtrnáctých narozeninách, v osmé třídě, za mnou jednou večer přišel a začal mi vysvětlovat, že jsem už velká holka, že si brzy najdu kluka. Proto mě musí naučit, jak se to s klukama dělá, a že mu za to jednou poděkuju...nebránila jsem se, jen jsem tiše brečela a představovala si, že jsem někde úplně jinde a přála si, ať to rychle skončí...pak do mě hučel, že to bude naše tajemství, že když to nikomu neřeknu, budu se mít moc dobře...ráno jsem se na Pavla nemohla ani podívat, bylo mi fyzicky zle a pamatuji si, že jsem se potom pozvracela. Ráno přišla máma z noční a našla mě v posteli. Pavel jí řekl, že je mi zle, že mám asi menstruaci...uvažovala jsem, že uteču za tátou, nedokázala jsem si představit, že budu dál po večerech s Pavlem. Volala jsem tenkrát tátovi, ale byl v zahraničí na montáži...nezbývalo mi, než to nějak přežít doma...vůbec jsem neuvažovala, že bych se někomu svěřila, strašně jsem se styděla... Několik týdnů byl klid, pak ale znovu večer přišel...potom chodil pravidelně,

obvykle jednou týdně, vždy, když měla máma noční...po každém takovém večeru jsem dostala od Pavla nějaký dárek nebo mi zvýšil kapesné, vydržoval si mě a platil, naučila jsem se toho využívat, když jsem chtěla nový mobil, dostala jsem ho, pak televizi do pokojíku, notebook...když chtěla něco Zuzka, tak jsem jí to taky zařídila...máma byla nadšená z toho, jak si jejích dcer Pavel hledí a jak hezky se k nim chová,“ popsala Petra S. a dodala, že se jí podařilo vše utajit a nikdo z jejího okolí neměl tušení o tom, že je zneužívána svým otčímem.

„Krátce před patnáctými narozeninami jsem začala mít gynekologické potíže, bolel mě podbřišek, máma mě vzala k nim do nemocnice ke své známé ženské doktorce, celou cestu mě připravovala na to, že vyšetření nebude příjemné, ale, že když už tam budu, tak mi nechá napsat očkování proti rakovině děložního čípku...dodnes si pamatuju, jak na mě doktorka koukala s otevřenou pusou...Potom si zavolala do ordinace i mámu a řekla jí - Dnes jste u mě vůbec nebyly, mám oznamovací povinnost a musela bych hlásit, že Petra už měla pohlavní styk- máma úplně ztuhla, doktorka jí ještě stačila strčit do ruky léky na můj zánět vaječníku, ale to už mě máma vlekla z ordinace domů...řvala na mě celou dobu jízdy autem...doma si mě posadila v kuchyni a zavolala Pavlovi, ten okamžitě přijel, měl strach, že řeknu pravdu...máma na mě křičela a chtěla vědět, s kým jsem přišla o panenství, když s žádným klukem nechodím...řekla jsem jí, že na to, abych souložila, nemusím s nikým chodit...mámě tenkrát ruply nervy a seřezala mě kabelem od šicího stroje...Pavel celou dobu stál v kuchyni a nezmohl se na slovo...máma pořád trvala na tom, abych jí řekla, s kým jsem spala...vymyslela jsem si, že s nějakým klukem z Prahy, který tu byl o prázdninách na hudebním festivalu...jméno, že neznám...máma tenkrát hystericky brečela, že mě špatně vychovala...zato Pavel mi byl vděčný, hýčkal mě jako princeznu...nějaký čas mě pak nechal na pokoji...“ uvedla Petra S. a zdůraznila, že nevyčítá gynekoložce, že její situaci nevyhodnotila správně a neučinila tak žádné oznámení.

„Neumím si představit, co by nastalo, kdyby to lékařka tehdy oznámila, neznala skutečnost a ze známosti k matce chtěla vše utulit, myslela si, že mi tím prokazuje službu a chrání mě. Po čase se situace doma uklidnila, ale jen do doby, když jsem mámě a Pavlovi oznámila, že si podám přihlášku na střední školu do krajského města a budu bydlet na internátu, viděla jsem to jako možnost úniku...máma i Pavel byli zásadně proti, máma se bála, že bych na internátě zvlčila a Pavel měl také své důvody, proč mě

*chtěl mít doma...nakonec jsem si ale prosadila svou, pomohl mi táta, který mi nabídl, abych místo na internátu bydlela u něho. Byla to obrovská úleva, myslela jsem, že tím celá záležitost mezi mnou a Pavlem skončí. Na školu do krajského města jsem opravdu nastoupila a cítila jsem se konečně bezpečně. Domů jsem jezdila jen na víkendy a Pavel si mě po večerech už nevšiml. Když jsem byla ve druhém ročníku začala jsem pozorovat, jak se mění Zuzka, bylo jí tenkrát dvanáct let, nemluvila, byla skleslá...o víkendech chodila večer ke mně do pokoje s tím, že se jí po mně přes týden stýskalo...začala jsem tušit, že se něco děje a naléhala na ni, ať se mi svěří...potvrdilo se toho, čeho jsem se bála - Pavel začal obtěžovat i ji, pozoroval ji při převlékání, chodil za ní do koupelny, když byla nahá, když máma měla noční, lehal si nahý k Zuzce do postele a chtěl, aby ho masírovala na intimních partiích...bylo to jako deja vu, byla jsem bezradná, nechtěla jsem, aby Zuzka musela prožívat to, co já...řekla jsem Pavlovi, ať ji nechá na pokoji. Vysmál se mi. Chtěla jsem jít za matkou, ale rozmyslela jsme si to, nevěřila by mi, nakonec jsem se svěřila otcově manželce, všechno jsem jí podrobně vyprávěla o mně, o Zuzce...hned druhý den jsme všechny tři zamířily na OSPOD...věci pak nabraly rychlý spád...otčím dostal podmínku, matka to stále odmítá přijmout, Zuzka žije u otce, studuje střední školu...já pracuji a zatím žiji sama v pronájmu,“ uzavřela Petra S. a rovněž potvrdila, že prožitá zkušenost ji v mnoha směrech ovlivnila. Zejména pak ve vztahu k mužům, ke kterým má nedůvěru, zároveň se domnívá, že se nikdy nepodaří konsolidovat vztahy mezi ní a matkou, je však ráda, že svým jednáním zabránila dlouhodobému zneužívání své sestry a rozhodnutí učinit oznámení bylo podle ní správné.*

### **12.6.2 Kasuistika Aleše T.**

Stejně jako setkání s Petrou S., byla schůzka s tříadvacetiletým Alešem T. zprostředkována za pomoci sociální pracovnice OSPOD NB. Aleš T. si rovněž vymínil, že jeho jméno bude změněno, aby nemohl být identifikován. Volný a anamnestický rozhovor se uskutečnil také v domácím prostředí Aleše T. v polovině prosince 2013. Mladý muž byl o poznání uzavřenější, než Petra S. Bylo patrné, že životní události spojené se syndromem CAN ho silně poznamenaly a ještě s nimi není zcela vyrovnán. Aleš T. také několikrát změnil téma hovoru s tím, že nechce sdělovat své prožitky,

při hovoru byl spíše věcný a omezil se na situační popis bez vyjádření hlubších emocí. V hovoru dělal pauzy a hledal správné výrazy a omezoval svou spontánnost.

### **Anamnestické údaje**

Aleš T. se narodil v roce 1990 v menším městě na Novoborsku, a to jako nejmladší ze tří dětí. Jeho matce bylo v době porodu již 39 let a otci 44 let. Jeho nejstarší bratr měl v době narození Aleše T. jednadvacet let a žil již samostatně v jiném regionu. Prostřední z bratrů, tehdy osmnáctiletý, byl již vyučen a z domácnosti rodičů se odstěhoval ke své přítelkyni půl roku po narození Aleše T. Ten tak ve své podstatě vyrůstal téměř jako jedináček. V malém a starším domku společně s rodinou Aleše T. žila ještě matka jeho otce, které v době narození nejmladšího vnuka bylo 64 let. Matka Aleše T. byla zaměstnána jako prodavačka v pekařství, otec pracoval jako údržbář v domově pro seniory v sousedním městě. Aleš T. nebyl hýčkaným dítětem, jeho otec se několikrát nechal veřejně slyšet, že jeho početí nebylo plánované a že ve svém věku si už s manželkou neměli dítě pořizovat. Vzhledem k nižšímu sociálnímu statusu rodiny byl Aleš T. omezen v možnostech navštěvovat placené zájmové kroužky a jiné volnočasové aktivity, jeho prospěch ve škole spadl do lepšího průměru.

### **Rozhovor s Alešem T.**

Aleš T. vypověděl, že si ve vzpomínkách na dětství vybavuje také příjemné momenty, jako jsou například rodinné oslavy a společná setkání s příbuznými.

*„Nebylo od začátku všechno špatně. Táta mě bral o víkendech na ryby. Máme rozvětvené příbuzenstvo a pravidelně k nám chodili na návštěvu tety a strejdové se svými rodinami, pamatuji si, že při takových sešlostech byla zábava,“* sdělil Aleš T. a v zápětí dodal, že situace se začala zhoršovat, když tragicky zemřela jeho matka.

*„Chodil jsem do šesté třídy, pamatuji si, jak se nejednou ve třídě během vyučování objevil můj táta, tušil jsem, že se něco stalo, ale myslel jsem, že jde o babičku, která byla dlouhodobě nemocná se srdcem...odvedl mě ze třídy a v šatně mi řekl, že mamka šla brzy ráno do práce pěšky po hlavní silnici a srazil ji nákladník a ona teď leží v nemocnici, to, že je v kritickém stavu mi neřekl...mamka zemřela za dva dny.“*



*Byl to šok pro mě i pro tátu,*“ popsal Aleš T. s tím, že smrt matky těžce zasáhla celou rodinu a jeho otec se s nastalou situací nedokázal vyrovnat.

*„Tátovi už bylo padesát šest let a byl sám na dvanáctiletého kluka a ještě se musel starat o svou nemocnou matku. Ze začátku nám pomáhala teta, tátova rozvedená sestra, ale asi po půl roce se, nevím kvůli čemu, pohádali, a teta k nám přestala docházet, občas jsem za ní chodil na návštěvy, ale to mi táta zakázal...za několik měsíců od nás odešla i babička, táta nezvládal starat se o ni a tak jí vyjednal místo v domově důchodců, kde pracoval jako údržbář...byli jsme najednou úplně sami...“* vypověděl Aleš T. a zdůraznil, že ke zhoršení situace a vzájemných vztahů mezi ním a otcem došlo o něco později.

*„Táta to přestal zvládat a začal pít...veškerou starost o domácnost nechal na mě, ráno jsem měl v kuchyni na stole papír se seznamem úkolů, co musím během odpoledne zvládnout. Bylo mi třináct a táta po mě chtěl, abych nahradil mámu, snažil jsem se, ale někdy jsem něco nestihl nebo udělal špatně...moje chyby v kombinaci s tátovým pitím byly rozbuškou. Táta nic nebral v klidu, neměl trpělivost a začal vždycky křičet a pro ránu taky nešel daleko. Postupně mu začalo vadit úplně všechno, k tomu aby mě zbil, stačila sebemenší záminka. Ve škole jsem nepatřil k nejlepším a můj prospěch se po smrti mámy ještě zhoršil, učitelé byli shovívaví, ale o tátově agresivitě nevěděli, mysleli si, že se neučím, protože jsem se ještě nevyrovnal se smrtí matky, to, že doma sekám do večera dříví, uklízím, vařím, peru a dělám jiné práce, to nikdo nevěděl, kamarády jsem domů nevodil...,”* přiblížil Aleš T. Ten také potvrdil, že otcova agresivita vůči němu nadále vzrůstala.

*„Byl jsem bit téměř denně, důvod se vždycky nějaký našel. Táta byl po alkoholu vždycky v ráži, to pak stačilo i třeba jen to, že jsem se nějak špatně podíval. Táta měl v předsíni plácačku na mouchy, její žlutou rukojeť si pamatuji dodnes, používal i pásek od kalhot nebo násadu od koštěte, jindy si vystačil i s holou rukou a pěstmi...ze začátku jsem ho prosil, ať mě nechá, že se polepším, ale nemělo to smysl, ještě víc ho to rozčílilo, později jsem raději snášel bití se zaťatými zuby,”* řekl Aleš T. a podotkl, že se mu dařilo fyzické stopy po bití skrývat před okolím.

*„Táta mě bil většinou do spodní části trupu, přes záda, takže modřiny byly schované pod oblečením, na tělocvik jsem vždy nosil tričko na sobě už z domova a po hodině jsem se nepřevlékal, pokaždé jsem se vymluvil, že doma moc prádlo*

*nepereme a nemám nic na převlečení, učitelé to nijak neřešili a spolužákům to bylo jedno, neviděli v tom žádnou zásludnost, působil jsem důvěryhodně. Jednou mě ale táta uhodil tak, až jsem spadl na rozžhavená krbová kamna a popálil si pravou tvář, táta mě odvezl na pohotovost, cestou k lékaři mě učil scénář, že až se mě bude doktor ptát, jak se mi to stalo, mám říct, že jsem uklouzl po vlhké podlaze...tenkrát jsem chtěl říct lékaři pravdu, byl jsem už rozhodnutý, ale v ordinaci otec rychle vychrlil svou verzi a lékař si jen povzdechl, že jsem určitě jako z divokých vajec,“ přiblížil Aleš T. s tím, že se svou situací se poprvé někomu svěřil až v deváté třídě základní školy.*

*„Na školu nastoupila nová paní učitelka, byla mladá a jednala s námi spíš jako starší kamarádka. Měli jsme ji na předmět rodinná výchova a jednou nám vyprávěla i o týrání dětí, pochopil jsem, že moje situace není normální...bál jsme se ale za ní dojit přímo a říct jí o tom, že mě otec téměř denně bije...měli jsme tehdy ve škole na chodbě schránky důvěry, napsal jsem tam, jak mě táta bije, ale nepodepsal jsem se, doufal jsem, že učitel, který to bude číst pozná, o koho se jedná, na škole jsem byl snad jediný kluk, který žil sám, jen s tátou údržbářem...čekal jsem dny a týdny a pořád se nic nedělo...nevím, jestli lístek někam zapadl a nikdo ho nečetl nebo jestli učitel nad tím mávl jen rukou, ale spíš se tím nikdo zabývat nechtěl a mysleli si, že můj otec jen vyznává přísnou výchovu a že si asi leccos přibarvuji. Většina učitelů ho znala, občas ve škole něco opravil, obrousil lavice nebo vymaloval, nikdo z nich by určitě neřekl, že je to tyran...Po čase jsem sebral odvalu a svěřil jsem se nové paní učitelce...ta mě odvedla k řediteli, všechno jsem mu podrobně vylíčil a ukázal i modřiny, byl překvapený a bylo vidět, že moc neví, co má dělat, stále se mě vyptával na to samé. Nakonec mi poradil, ať nikomu jinému zatím nic neříkám, že si zkusí s otcem promluvit sám. Druhý den se táta dostavil do školy, samozřejmě vylíčil vše úplně jinak a já věděl, že bude následovat další výprask, hrozně jsem se bál...odpoledne jsem už ani nešel ze školy domů, ale počkal jsem na novou paní učitelku, ta kontaktovala sociálku...nějaký čas jsem bydlel u tety...všechno se zdálo být na dobré cestě...potom se ale zhoršil zdravotní stav mé babičky, převezli ji z domova důchodců do léčebny dlouhodobě nemocných. Zajel jsem se za ní s tetou jednou podívat a v jejím pokoji jsem se setkal se svým otcem...babička moc plakala a prosila mě, ať se s tátou usmírím, že už jí moc času nezbyvá a chce mít v rodině klid...co jsem měl dělat? Nakonec jsem vzal všechno zpátky a své výpovědi odvolal...odešel jsem na učiliště a na internát a domů jezdil jen*

*sporadicky, víkendy jsem trávil střídavě u bratrů nebo u tety...babička mi před svou smrtí založila stavební spoření a uložila na ně většinu svých úspor, před třemi lety babička zemřela...nyní se o ty peníze soudím s tátou, nařkl mě, že jsem je z babičky vymámil, když už nebyla při smyslech a připravil ho o dědictví. Často přemýšlím, jak se to mohlo tak zvrtnout a jestli táta lituje toho, jak se choval a chová i teď, když ho potkám na ulici, tak raději přejdu na druhou stranu, abych ho nemusel pozdravit,“ uzavřel Aleš T. s tím, že se s otcem vůbec nestýká a kontakty udržuje jen se svými bratry a tetou. V současnosti pracuje ve firmě na výrobu automobilových komponentů a žije v pronajatém bytě se svou přítelkyní. Podle Aleše T. jeho přítelkyně o tom, že byl týrán svým otcem, neví. Aleš T. jí jen řekl, že se s otcem rozešel ve zlém, a to kvůli dědictví po babičce.*

## **12.7 Závěry vyplývající z kasuistik**

Prezentované kasuistiky dvou osob, které v dětství zažily zneužívání a týrání, byly vybrány ve spolupráci se sociálními pracovníci OSPOD NB, a to na základě skutečnosti, že v obou případech bylo zaznamenáno prodlení oznámení prvotní informace o syndromu CAN pracovišti OSPOD NB. Obě kasuistiky zahrnují zkušenost obětí, která podporuje tvrzení sociálních pracovníků, a to tu, že zásadní problém v odhalování syndromu CAN pro ně představuje právě opoždění prvotní informace od pedagogů nebo pediatrů či jiných odborných lékařů.

### **12.7.1 Závěry vyplývající z kasuistiky Petry S.**

V kasuistice Petry S., oběti sexuálního zneužívání ze strany svého otčima, měla odborná lékařka gynekoložka povinnost oznámit defloraci své pacientky před jejím patnáctým rokem života příslušným orgánům. Místo profesionálního přístupu a zákonného postupu ale u lékařky v danou chvíli převážily osobní vazby s matkou oběti sexuálního zneužívání a k oznámení tak vůbec nedošlo, a to ani opožděně. Lékařka se pravděpodobně i mylně domnívala, že tím dívce a její matce prokazuje určitou službu a ušetří je tak dalších nepříjemností. Je zjevné, že gynekoložka nebyla dobře obeznámena se situací, neboť Petra S. nesdělila, za jakých okolností u ní ke ztrátě

panenství došlo a kdo byl jejím prvním sexuálním partnerem. V důsledku výrazné převahy lidského faktoru pak bylo další ohrožení a trauma Petry S. a poté i její sestry Zuzany S.

Osobní zkušenost Petry S. tak podporuje a doplňuje i výpovědi pediatrů působících v mikroregionu obce s rozšířenou působností Nový Bor. Ti v rámci polostandardizovaného rozhovoru, který je součástí praktické části diplomové práce, sdělili, že s oznámením podezření na syndrom CAN váhají z důvodu své nejistoty, zda situaci vyhodnotili skutečně správně. Obávají se tedy svých omylů a možných konfliktů s rodinou ohrožených dětí.

Svým váháním pak dětští či odborní lékaři způsobují, byť mnohdy neúmyslně a v dobré víře, že jednají v zájmu dítěte, prolongaci a protrahovanost nepříznivé situace týraných, zneužívaných či zanedbávaných dětí. Situace dětí ohrožených syndromem CAN se s postupem času obvykle zhoršuje a důsledky špatného zacházení s nimi se odráží v jejich dalším vývoji, a to z fyzického, psychického i sociálního hlediska. Oběti se obvykle ani v dospělosti nedokážou s traumatem z dětství plně vyrovnat. Což dokládá i případ Petry S., která v rozhovoru potvrdila obtíže v navazování plnohodnotných vztahů s muži.

### **12.7.2 Závěry vyplývající z kasuistiky Aleše T.**

Případ Aleše T. obdobně jako případ Petry S. poukazuje na závažný problém opožděné prvotní informace o jeho ohrožení příslušnému pracovišti OSPOD, a to ze strany základní školy, kterou Aleš T. navštěvoval. Aleš T., který byl dlouhodobě fyzicky týrán svým otcem, využil možnost svěřit se a informovat o svém problému pedagogické pracovníky školy formou schránky důvěry umístěné na dostupném veřejném místě v budově školy. I když, jak sám sdělil během rozhovoru v rámci výzkumného šetření pro potřeby vypracování diplomové práce, oznámení neobsahovalo jeho jméno, uvedl v něm ale konkrétní indicie, které mohli učitelé na základní škole na základě znalosti místních poměrů na malém městě snadno identifikovat. Pedagogové ani vedení příslušné základní školy se tímto oznámením, ale s největší pravděpodobností nijak nezabývali.

Aleš T. dále uvedl, že se po dalších několika týdnech světil pedagožce, ke které měl důvěru, ale ani poté nedošlo k řešení situace, jež by zaručovalo ochranu jeho zájmů. Z výpovědi Aleše T., vyplývá, že škola volila postupy „po své linii“, tak jak uváděly sociální pracovnice OSPOD NB v rozhovoru, jako své výhrady vůči spolupráci a součinnosti se školami. Vedení školy o svém podezření nejprve informovalo týrající osobu a vystavilo tak dítě dalšímu přímému ohrožení z jeho strany. Až na základě intervence OSPOD NB, který byl informován pedagožkou, které se Aleš T. světil, byl ohrožený Aleš T. umístěn do bezpečného prostředí ke své vlastní tetě.

Dalším významným momentem, který Aleš T. během rozhovoru sdělil, bylo odvolání jeho původní výpovědi a popření fyzického týrání ze strany svého otce, a to na základě naléhání těžce nemocné babičky, matky jeho otce. Ta vyslovila přání konsolidace rodinných vztahů a poměrů. Aleš T. tomuto naléhání, kdy už žil v relativním bezpečí u své tety a další bezprostřední riziko útoků ze strany otce mu tak již nehrozilo, nakonec podlehl. Kýžený efekt konsolidace narušených vztahů s otcem nenastal, naopak se vzájemné animozity obou mužů nadále prohlubovaly. Zejména pak v důsledku finančního daru, který dnes již zesnulá babička Aleši T. věnovala ve formě vkladu na stavební spoření.

Jak dále uvedl Aleš T., v současnosti se se svým otcem vůbec nestýká a neudrhuje s ním ani telefonický nebo písemný kontakt. Aleš T. dokonce vypověděl, že se otcí účelově vyhýbá. Prožitá situace pro něho zřejmě i nadále představuje trauma se, kterým se zcela nevyrovnal. O skutečnosti, že byl v dětství dlouhodobě tělesně týrán otcem, nesdělil ani své současné přítelkyni, s níž již nějakou dobu žije ve společné domácnosti. V rámci původní rodiny udržuje užší kontakty pouze se svými bratry a tetou, která se o něho po určitou dobu starala a poskytla mu potřebné zázemí.

## **12.8 Shrnutí výsledků výzkumného šetření**

Výzkumné šetření v rámci praktické části diplomové práce bylo uskutečněno v rámci lokality obce s rozšířenou působností Nový Bor, a to formou polostandardizovaných rozhovorů s pedagogy a pediatry působícími ve zdejším mikroregionu a sociálními pracovníky OSPOD NB, analýzou dokumentace související s problematikou týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí a rovněž

i s využitím kasuistik a rozhovorů s dnes již dospělými osobami, které se v dětství staly oběťmi sexuálního zneužívání a fyzického týrání.

Cílem praktické části diplomové práce bylo zejména zodpovězení stanovených výzkumných otázek:

### **Hlavní výzkumná otázka:**

Mají pedagogové a pediatri důvěru v činnost OSPOD NB a znají postupy jeho práce?

### **Výsledky výzkumného šetření:**

Za účelem zodpovězení hlavní výzkumné otázky byly vedeny polostandardizované rozhovory s pedagogickými pracovníky základních škol na Novoborsku, pediatri a pro doplnění celkového rámce problematiky rovněž i se sociálními pracovníci OSPOD NB. Z rozhovorů s učiteli a pediatri poté vyplývá, že **pedagogové i pediatri mají důvěru v činnost OSPOD NB**, což obě profesní skupiny potvrzovaly právě svými výpověďmi během rozhovorů (*„Důvěru v OSPOD mám...výrazně negativní zkušenost s OSPODem zatím nemám...co se týká profesionality, tak zásadní výhrady nemám, na osobnostní hodnocení si netroufám, předpokládám, že musí mít zkušenosti a vědí, co dělají...“*).

Zodpovězení druhé části otázky u učitelů a dětských lékařů nevykazovalo takovou shodu, jako v případě první části. Z rozhovorů s oběma profesními skupinami je zřejmé, že **pedagogové a pediatri mají pouze elementární a mnohdy nepřesné povědomí o postupech práce a činnosti OSPOD**. Učitelé jsou totiž často ovlivněni preferencemi v souvislosti se svým profesním zaměřením (*„Řešení záškoláctví...výchovných problémů...umísťování dětí do náhradních rodin...návrhy na umístění dětí do ústavní výchovy...“*) nebo veřejným míněním, které dle zpětné vazby poskytnuté také samotnými sociálními pracovníci, je mnohdy negativní. Tato skutečnost se rovněž odrazila v zaznamenaných odpovědích (*„Slídění v rodinách sbírání drbů od sousedů, kontrola komínků ve skříni, a jestli je utřený prach na poličkách... lidé nás vnímají jako inkvizici...bereme slušným lidem děti a posíláme je do ústavu nebo do polepšovny...strkáme nos, kam nemáme“*).

### **Výzkumná podotázka č. 1:**

Proč je pro pracovníky OSPOD NB v souvislosti se syndromem CAN a jeho odhalováním žádoucí užší součinnost se školami a se zdravotnickými zařízeními?

### **Výsledky výzkumného šetření:**

Pro zodpovězení výzkumné podotázky č. 1 byla využita analýza dokumentace OSPOD NB. Odpověď na tuto otázku je pak patrná ze zpracovaných údajů získaných analýzou spisové dokumentace OSPOD NB. Z té totiž vyplývá, že **nejpočetnější skupinu dětí ohrožených týráním, zneužíváním či zanedbáváním tvoří ty, které věkem spadají do kategorie žáků plnících povinnou školní docházku na základních školách v rámci ORP NB.** V roce 2012 bylo v rámci mikroregionu Novoborska ohroženo týráním, zneužíváním nebo zanedbáváním 14 dětí ve věku 6 až 15 let, a to z celkového počtu 17 šetřených případů.

**Nejvíce případů syndromu CAN na Novoborsku se dle statistiky týkalo tělesného týráním,** a to ve stejném počtu dívek i chlapců, celkem 12, ve věku 6-15 let. Dvě děti pak musely být v důsledku fyzických útrap hospitalizovány po předchozí diagnostice a na základě doporučení dětského lékaře. **Pedagogové a pediatři jsou zároveň nejčastějšími nepříbuzenskými oznamovateli podezření na syndrom CAN v rámci mikroregionu Novoborsko.** V roce 2012 bylo zdejšími školami a zdravotnickými zařízeními na OSPOD NB oznámeny 4 případy podezření na syndrom CAN.

**V této souvislosti je proto žádoucí, aby byla permanentně podporována součinnost a kooperace pedagogů ze základních škol na Novoborsku a místních pediatrů s OSPOD NB.** Všechny zainteresované profesní skupiny by poté měly rovněž usilovat o navázání užších kontaktů a nastolení preventivních opatření, která by umožnila včasné odhalování hrozícího rizika syndromu CAN u dětí na Novoborsku.

### **Výzkumná podotázka č. 2:**

Proč ze strany pedagogů dochází k opoždění oznámení první informace o podezření na syndrom CAN?

### **Výsledky výzkumného šetření:**

Pro zodpovězení této výzkumné podotázky byly údaje získány polostandardizovaným rozhovorem s vybranými pedagogy základních škol v rámci obce s rozšířenou působností Nový Bor. Jednotlivé okruhy otázek v rozhovoru byly tématicky zaměřeny tak, aby byly získány relevantní informace.

Na základě rozhovorů došlo ke zjištění, že **pedagogové pocítují omezení v možnostech zachytit ohrožení syndromem CAN u svých žáků, a to zejména v souvislosti s nízkou četností jejich vzájemných kontaktů mimo vyučovací proces** („*Příležitostí, jak navázat užší vztah s dítětem, tak, aby vnímalo učitele jako někoho, kdo mu může pomoci, je velmi málo... Jsme velmi vytížení a je obtížné sledovat všechny změny v chování dětí a pít se po jejich důvodu... Při výuce se musím soustředit především na výklad učiva, není mnoho prostoru pro zjišťování, jestli dítě nemá nějaké problémy, zvláště psychické týrání nemám šanci odhalit ...*“).

Dalším významné zjištění představují sdělené **obavy pedagogů z nesprávného zhodnocení situace, které je limituje v tendenci učinit oznámení o podezření na syndrom CAN na OSPOD NB** (*Nejvíce se bojím svého omylu v posouzení situace... toho, že se nakonec ukáže, že jsem se spletl... rozjede se něco, co nepůjde jednoduše zastavit... že svým oznámením poškodím rodinu dítěte... “*).

Z rozhovorů s pedagogy bylo zároveň patrné, že kromě obav ze zásahu a možného poškození rodiny dítěte na základě jimi neadekvátně posouzené situace, mají učitelé také obavy z možných konfliktů s rodinnými příslušníky dětí. Kromě samotných učitelů tuto skutečnost potvrdily v rozhovoru také dotazované sociální pracovníce OSPOD NB (*Zprávy od pedagogů, které si od nich žádáme při řešení syndromu CAN, mají spíše výjimečně nějakou vypovídající hodnotu, učitelé jsou často váhaví a jejich zprávy uhlazené... někteří pedagogové mají potíže stát si za svým původním názorem a obávají se konfliktů... školy a učitelé nejsou v tomto směru zrovna ideální partneři... “*).

### **Výzkumná podotázka č. 3:**

Proč ze strany lékařů a zdravotníků dochází k opoždění oznámení první informace o podezření na syndrom CAN?



### Výsledky výzkumného šetření:

V případě pediatrií působících v rámci obce s rozšířenou působností Nový Bor byl zvolen shodný postup výzkumného šetření, jako ve variantě, kdy byli dotazováni pedagogové místních základních škol. **Získané údaje pak vykazovaly podobnost, a to zejména v souvislosti s obavami týkajícími se nesprávného posouzení situace** (*Vnitřně vždy volím oznámit a co nejrychleji, pak ale převáží pochybnosti a váhání, jestli náhodou situaci nevnímám jinak, než se jeví...někdy se uchyluji k alibismu... “).*

Pro pediatriy pak jeden ze zásadních problémů v rozhodování učinit oznámení o podezření na syndrom CAN představuje **časový limit při stanovování diagnózy u dětí a vysoké pracovní vytížení pediatrií** (*Při plné čekárně kašlajících a unudlaných dětí opravdu nemám čas provádět detailní vyšetření a zkoumání...jestli mám dodržet ordinanční dobu, tak mám na každého pacienta maximálně patnáct minut a za čtvrt hodinky skutečně nemůžu zjistit, jestli je dítě ohrožené... “).*

Dalším omezujícím faktorem, který mi vliv na opožděné sdělení prvotní informace o možném týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí, je skutečnost, že **lékaři ve svých ordinacích obvykle posuzují zjevné znaky fyzického týrání či zanedbávání**. Jak sami uvedli, je téměř eliminována možnost při návštěvě dítěte zachytit případy psychického týrání (*Opakované bolení břicha, hlavy, zvracení nebo hubnutí mají mnoho příčin, jestli se jedná o důsledek toho, že dítě je doma permanentně ve stresu a žije ve strachu z mamčinina nového už asi pátého přítele, se dá prokázat jen málokdy... své podezření musím mít podložené objektivním nálezem na dítěti...na základě poškození a poranění na těle dítěte...zbystrím, jestliže jinak zdravé dítě v nějakém směru neodpovídá obvyklému vývoji... “).*

Výzkumné šetření a jeho výsledky pak mají sloužit jako podklad pro nastavení praktických opatření, která by vedla ke zlepšení situace v odhalování syndromu CAN u dětí v rámci mikroregionu Novoborska. Z údajů získaných výzkumným šetřením vyplývá, že je vhodné usilovat o nastolení užší součinnosti mezi pracovištěm OSPOD NB, místními školami a zdravotnickými zařízeními, a to již ve fázi prevence syndromu CAN.

## 12.9 Návrhy opatření a doporučení

Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že je žádoucí ze strany OSPOD NB nastavit užší součinnost se školami a zdravotnickými zařízeními v mikroregionu Novoborsko. V rámci rozhovorů realizovaných jako součást praktické části diplomové práce vyplynulo, že sociální pracovníci, pedagogové i pediatři mezi sebou komunikují téměř výhradně jen telefonicky nebo emailovou formou. Na základě této zjištěné skutečnosti vyslovily zúčastněné profesní skupiny zájem o užší interdisciplinární přístup při řešení problematiky syndromu CAN na Novoborsku, a to zejména jako jeden z účinných preventivních nástrojů. Jako reálné možnosti se v tomto směru jeví například:

- **Pravidelné schůzky sociálních pracovníků OSPOD NB s pedagogy a pediatry.**

V rámci těchto společných schůzek by byla možnost informovat účastníky pravidelných setkání například o vývoji a trendech v problematice sociální patologie, kterou představuje týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí. Účastníci na schůzkách mohou být mimo jiné také informováni o související legislativě a jejích případných změnách vztahujících se k syndromu CAN. Schůzky mohou být zároveň účinným způsobem, jak seznámit pediatry a pedagogy s obsahem činnosti OSPOD NB a možnostech, jak jim mohou být sociální pracovníci nápomocné při podezření na syndrom CAN u žáků či pacientů. Společné pravidelné setkávání by mělo mít zároveň efekt posílení vazeb mezi OSPOD NB, školami a zdravotnickými zařízeními, a to v profesní rovině i v rovině, která staví na lidském faktoru a budování vzájemné důvěry mezi všemi zainteresovanými institucemi a osobami. Podmínkou pro nastavení pravidel konání společných schůzek musí být princip dobrovolnosti a taková frekvence těchto schůzek, která by respektovala pracovní vytíženost sociálních pracovníků, pedagogů i pediatrů. Informace předávané na těchto schůzkách by pak měly vycházet z aktuálních poznatků souvisejících s danou problematikou a zároveň je žádoucí, aby byly podepřené i konkrétními poznatky z praxe. Vzájemné setkávání profesních skupin, které se účastní šetření syndromu CAN, má mít pozitivní efekt především v odbourání nejistoty a obav, a to zejména ze strany pedagogů a pediatrů a v eliminaci opožděnosti první informace o podezření

na syndrom CAN, kterou pracoviště OSPOD NB získává od škol a zdravotnických zařízení.

- **Osvětová činnost OSPOD NB směřovaná odborné i laické veřejnosti.**  
Syndrom CAN je závažnou sociální patologií, která se stává aktuálním tématem, a to jak mezi odbornou veřejností, ale i laiky. Případy týrání, zneužívání a týrání u dětí se pak stávají obsahem i různých mediálních výstupů. Relevantní informace o syndromu CAN by tak měly být sdělovány srozumitelnou formou s ohledem na jednotlivé cílové skupiny. V úvahu připadají zejména přednášky sociálních pracovníků pro pedagogy, ale i žáky obou stupňů základních škol na Novoborsku a zároveň i pro pedagogické pracovníky mateřských škol, zařízení pro zájmové vzdělávání a současně i pro pediatriy. Vhodné je vypracovat i tištěné osvětové materiály ve formě letáčků a brožur se základními údaji o syndromu CAN, identifikačních markerech, symptomech a postupech jednání v případě podezření na týrání, zneužívání a zanedbávání, které by byly distribuovány do škol, školských a zdravotnických zařízení v rámci obce s rozšířenou působností Nový Bor. Na zvážení je uspořádat osvětovou kampaň ve spolupráci s místními neziskovými organizacemi a občanskými sdruženími zaměřujícími se na sociální práci ve vztahu k rodinám a dětem. Případně využít pro spolupráci lokální média, webové stránky měst a obcí či sociální sítě.
- **Nastavení konkrétních efektivních postupů při vzájemné komunikaci.**  
Z výzkumného šetření vyplynulo, že v současnosti se uskutečňuje komunikace mezi sociálními pracovníky OSPOD NB, pedagogy a dětskými lékaři nejčastěji telefonicky nebo elektronickou poštou, přičemž vyvstává problém se zpětnou vazbou a vágností sdělení škol a zdravotnických zařízení, které následně způsobuje komplikace při šetření konkrétních případů. Sociální pracovníci OSPOD NB například uvedly, že dětské lékaře váhají poskytnout konkrétní informace s odvoláním na zachování lékařského tajemství. Možným řešením tohoto problému by pak mohl být standardizovaný elektronický formulář s možnými modifikacemi zahrnující dotazy zjišťující pouze údaje, které nebudou v rozporu s dodržáním lékařského tajemství, bude zaručovat ochranu citlivých osobních údajů a zároveň budou mít vypovídající hodnotu využitelnou pro potřeby šetření případů týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí.

Tento formulář by byl pomocí elektronické pošty distribuován konkrétním zdravotnickým zařízením a pediatrům.

Jako vhodný způsob zlepšující vzájemnou komunikaci a informovanost o problematice této sociální patologie je vypracovat i metodický materiál s konkrétními postupy a principy jednání v případě podezření na syndrom CAN s ohledem na specifika mikroregionu Novoborska. Tento materiál obsahující také kontaktní údaje konkrétních pracovníků OSPOD NB by mohl být poskytnut všem třídním učitelům základních škol v rámci obce s rozšířenou působností Nový Bor, místním zdravotnickým případně dalším školským zařízením.

## ZÁVĚR

Týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí představuje svou závažností a naléhavostí téma, kterému je nutné věnovat zvýšenou pozornost. Negativním faktorem, který znesnadňuje hlubší poznání této sociální patologie, je především její latence a mnohdy omezené možnosti zainteresovaných profesionálů i širší laické veřejnosti při odhalování a řešení konkrétních podezření či potvrzených případů špatného zacházení s dětmi, a to zejména v jejich domácím prostředí.

Podle statistik se s některou formou týrání, zneužívání a zanedbávání každý rok jen v České republice setkají tisíce dětí a několik desítek z nich pak na následky takového zacházení umírá. Jak uvádějí odborníci na tuto problematiku, procento odhalených případů představuje jen špičku pomyslného ledovce. Jednou ze zásadních překážek v nastolení účinných preventivních mechanismů a postupů je rovněž skutečnost spočívající v opožděném toku a předávání prvotních informací o možném týrání, zneužívání a zanedbávání příslušným orgánům a institucím, jež mají v gesci jejich řešení a disponují různou škálou způsobů, jak adekvátně intervenovat ve prospěch ohrožených dětí.

Cílem této diplomové práce pak bylo především hledání individualizovaných variantních způsobů identifikace a pomoci u dětí ohrožených týráním, zneužíváním a zanedbáváním s ohledem na specifika konkrétních zainteresovaných profesních skupin a zvážení reálného nastavení pomoci případně i specifických preventivních programů, které by vedly alespoň k částečné eliminaci této sociální patologie a přispěly k včasnějšímu odhalení špatného zacházení s dětmi.

Diplomová práce tak obsahuje nejen teoretická východiska a pojmy související s tímto tématem, ale její praktická část byla zaměřena na zmapování problematiky špatného zacházení s dětmi v mikroregionu Novoborsko. Výzkumné šetření, které se uskutečnilo v několika etapách v průběhu roku 2013, poté poukázalo a odhalilo konkrétní obtíže v součinnosti sociálních pracovníků, pediatrů a pedagogů. Jejich vzájemná kooperace a důvěra je přitom zásadním a elementárním předpokladem pro včasný záchyt týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí, a to již v počáteční fázi hrozícího rizika.

Z výzkumného šetření realizovaného formou polostandardizovaného rozhovoru s předem danou strukturou otevřených otázek, jejichž význam zůstal tématicky zachován, ale konkrétní znění bylo modifikováno individuálně a podle profesního zaměření respondentů, poté vyplynulo, že i když pediatri a pedagogové v dané lokalitě mají důvěru v činnost sociálních pracovníků, nejsou dostatečně a přesně obeznámeni s postupy jejich práce. Dále byla také prokázána nutnost vzájemné užší spolupráce, a to zejména na základě skutečnosti, že nejpočetnější skupinu dětí ohrožených týráním, zneužíváním či zanedbáváním tvoří ty, které věkem spadají do kategorie žáků plnicích povinnou školní docházku na základních školách a nejvíce případů špatného zacházení s dětmi na Novoborsku se dle statistiky týkalo tělesného týrání. Pedagogové a pediatri byli v uplynulém období zároveň nejčastějšími nepříbuzenskými oznamovateli podezření na týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí v rámci mikroregionu Novoborsko.

Na základě rozhovorů došlo též ke zjištění, že pedagogové i pediatri pociťují omezení v možnostech zachytit případné ohrožení u dětí, zejména pak v souvislosti s nízkou četností jejich vzájemných kontaktů se žáky nebo pacienty mimo rámec výkonu své profese. Zároveň se zástupci těchto profesních skupin shodovali i v obavách z nesprávného zhodnocení situace, které je limituje v tendenci učinit oznámení o podezření na špatné zacházení s dětmi právě sociálním pracovníkům.

V rámci rozhovorů realizovaných jako součást praktické části diplomové práce současně vykryštovalo zjištění, že sociální pracovníci, pedagogové i pediatri mezi sebou komunikují téměř výhradně pouze telefonicky nebo emailovou formou. Tato skutečnost vedla k tomu, že zúčastněné profesní skupiny vyslovily zájem o užší interdisciplinární přístup. Reálnými kroky při jeho naplňování se jeví především pravidelné schůzky sociálních pracovníků s pedagogy a pediatri. Jejichž obsahem by mělo být předávání informací o aktuálních tendencích a trendech souvisejících s problematikou týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí, vztahující se legislativě i navázání pevnějších kontaktů a posílení vzájemných vazeb. To by mělo následně vést k odbourání případných obav a nejistot na straně pedagogů a pediatri a k pozitivnímu efektu eliminace opožděnosti prvotní informace o riziku špatného zacházení s dětmi ze strany učitelů a dětských lékařů.

Směrem k laické i odborné veřejnosti se pak jeví jako vhodné realizovat pravidelnou osvětovou činnost koordinovanou sociálními pracovníky. Relevantní

informace o této sociální patologii by tak měly být sdělovány srozumitelnou formou s ohledem na jednotlivé cílové skupiny. Uvažovat lze zejména o přednáškách sociálních pracovníků pro pedagogy, ale i žáky obou stupňů základních škol na Novoborsku a zároveň i pro pedagogické pracovníky mateřských škol, zařízení pro zájmové vzdělávání a současně i pro pediatriy. Doplnkem této činnosti by také měla být distribuce tištěných informačních materiálů, brožur a letáků do škol a zdravotnických zařízení v mikroregionu.

Dalším možným postupem, jak zefektivnit vzájemné předávání informací o riziku případně o podezření na týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí, se jeví vytvoření standardizovaného elektronického formuláře s možnými modifikacemi zahrnujícími dotazy zjišťujícími pouze údaje, které nebudou v rozporu s dodržáním lékařského tajemství, zaručujícími ochranu citlivých osobních údajů. Tento uvažovaný formulář by měl mít rovněž vypovídající hodnotu využitelnou pro potřeby šetření případů týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí. Pomocí elektronické pošty by byl následně distribuován konkrétním zdravotnickým zařízením a pediatrům. Jako vhodný způsob zlepšující vzájemnou komunikaci a informovanost o problematice dané sociální patologie je žádoucí vypracovat i metodický materiál s konkrétními postupy a principy jednání v případě podezření na špatné zacházení s dětmi s ohledem na specifika mikroregionu Novoborska.

Dostupnou alternativou, která upozornit na problematiku týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí, se jeví například i oficiální webové stránky měst a obcí. Ty by mohly standardně poskytovat prostor pro odkazy a kontakty na pomáhající organizace. Lze uvažovat také o využití zejména mladými lidmi preferovaných sociálních sítí. Ty totiž dokážou oslovit široké spektrum populace, mohou ale vykazovat jistou kontraproduktivní funkci. Informace zde zveřejňované obvykle nepodléhají žádné odborné supervizi a editaci, mohou proto mnohdy mít zavádějící a spornou hodnotu.

Týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí je tématem pro širokou diskuzi vedenou na celospolečenské úrovni. Vzhledem ke složitosti této problematiky je základním prvkem dostatek srozumitelných a relevantních informací a otevřený přístup k závažné sociální patologii, kterou špatné zacházení s dětmi představuje. Zcela zásadním a rozhodným momentem je pak včasnost prvotního sdělení o případném riziku vycházející z úzké součinnosti zainteresovaných pomáhajících profesí - sociálních

pracovníků, pediatrů a pedagogů. Tato spolupráce by měla být oproštěna od osobních animozit, ambicí, profesních preferencí či jakési pseudostavovské hrdosti. Naopak by měla vyrůstat z obecné a zároveň zastřešující platformy, kterou je primární zájem a ochrana každého dítěte.

Výše popsané návrhy variant nastavení vzájemné kooperace mezi sociálními pracovníky, dětskými lékaři a učiteli poté mohou přispět k naplňování tohoto principu. Pro ověření zmíněného předpokladu by tak bylo vhodné po určitém časovém úseku obdobné výzkumné šetření zopakovat a případně způsoby součinnosti upravit s ohledem na nově zjištěné výsledky jejich aplikovatelnosti a fungování v praxi.



# SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY A POUŽITÝCH ZDROJŮ

## Seznam použitých českých monografií

- ADAMSOVÁ, C., FAZOVÁ, J. *Už žádná tajemství, jak chránit dítě před sexuálními napadeními*. 1. vyd. Praha: Themis, 1997. ISBN 80-85821-31-1.
- CONWAYOVÁ, L. H. *Domácí násilí: příručka pro současné i potencionální oběti se zákonem č. 135/2006 Sb. platným od 1. ledna 2007*. 1. vyd. Praha: Albatros, 2007. ISBN 978-80-00-01550-7.
- ČÍRTKOVÁ, L. *Kriminální psychologie*. Praha: Euronion, 1998. ISBN 80-85858-70-3.
- ČÍRTKOVÁ, L. *Policejní psychologie*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2006. 305 s. ISBN 80-86898-73-3.
- ČÍRTKOVÁ, L., VITOUŠOVÁ, P. a kol. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: Příručka pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2014-2.
- ČÍRTKOVÁ, L. *Moderní psychologie pro právníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2207-8.
- DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-192-5.
- DUNOVSKÝ, J. *Sociální pediatrie*. 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.
- FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.
- GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
- MACHIAVELLI, N. *Vladař*. Bratislava: NESTOR, 2001. ISBN 80-89000-23-1.

- MACHOVÁ, J. *Biologie člověka pro učitele*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-7184-867-7.
- MARTINKOVÁ, M. *Vybrané kriminologické a právní aspekty domácího násilí*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2001. ISBN 80-86008-98-3.
- MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. 1. vyd. Praha: SPN, 1992. ISBN 80-04-25236-2.
- MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Krizová situace rodině očima dítěte*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0332-7.
- MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 1. vyd. Praha: Slon, 2003. ISBN 80-86429-19-9.
- MILFAIT, R. *Komerční sexualizované násilí na dětech*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 80-7367-320-8.
- NOVÁK, T. *Rodičovské judo, dítě během rozvodového řízení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-247-0002-6.
- PETRUSEK, M. *Velký sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-310-5.
- PONĚŠICKÝ, J. *Agrese, násilí a psychologie moci*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-593-0.
- PROKOP, M. et. al. *Právní ochrana dětí a obětí domácího násilí*. 1. vyd. Brno, 2000. ISBN 80-902570-8-9.
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 6. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-647-6.
- PÖTHE, P. *Dítě v ohrožení*. 1. vyd. Praha: G plus G, 1999. ISBN 8086103-21-8.
- SPURNÝ, J. *Psychologie násilí*. 1. vyd. Praha: Eurounion, 1996. ISBN 80-85859-30-4.
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 8071785458.
- ŠEVČÍK, D., ŠPATENKOVÁ, N.. *Domácí násilí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-690-2.
- ŠPECIÁNOVÁ, Š. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. 1. vyd. Praha: Linde, 2003. ISBN 80-86131-44-0.
- VANÍČKOVÁ, E., PROVAZNÍK, K., HADJ-MOUSSVÁ, Z., SPILKOVÁ, J. *Sexuální násilí na dětech*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-286-6.

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

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

VOŇKOVÁ, J., SPOUSTOVÁ, I. *Domácí násilí v českém právu z pohledu žen*. 2. vyd. Praha: profFem, 2008. ISBN 978-80-903626-7-3.

WEISS, P. a kolektiv. *Sexuální zneužívání pachatelé a oběti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-795-8.

WEISS, P. *Sexuální zneužívání dětí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0929-5.

### **Seznam použitých internetových zdrojů**

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Děti až po svatbě?* [online]. © 15. 7. 2013 [cit. 2013-10-12]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/c/A500414CCD>

E-BEZPEČÍ. *Co je kyberšikana?* [online]. © 2009-2013 [cit. 2013-10-16]. Dostupné z: <http://cms.e-bezpeci.cz/content/view/14/39/lang,czech/>

E-BEZPEČÍ. *Co je sexting?* [online]. © 2009-2013 [cit. 2013-17-16]. Dostupné z: <http://cms.e-bezpeci.cz/content/view/154/19/lang,czech/>

FOND OFROŽENÝCH DĚTÍ. *Týrané děti. O týrání*. [online]. © [cit. 2013-10-18]. ]. Dostupné z: <http://www.fod.cz/>

NADACE NAŠE DÍTĚ. *O nadaci. Nadace Naše dítě slaví v letošním roce 20 let*. © [online]. 3. 10. 2013 [cit. 2013-10-18]. Dostupné z: [http://www.nasedite.cz/cs/o\\_nadaci](http://www.nasedite.cz/cs/o_nadaci)

POLICIE ČR. *Víte co je kyberšikana? O problematice nebezpečných jevů prostřednictvím internetu a mobilních telefonů*. [online]. © 2011-2013 [cit. 2013-10-17]. Dostupné z: <http://www.policie.cz/clanek/vite-co-je-kybersikana.aspx>

PÖTHE, P. *Rané trauma a vznik násilí*. [online]. © 2012 - 2013 [cit. 2013 -10 -22]. Dostupné z: <http://www.dr-pothe.com/trauma-v-ranem-veku-a-vznik-cyklu-nasili/>

ROZVOJOVKA. *Dětská práce. Novinky ze světa DP*. [online]. © Červenec 2013 [cit. 2013-10-19]. Dostupné z: <http://www.stopdetskepraci.cz/index.php?id=173&idp=217>

SEĎOVÁ, S. *Čeští tyraní loni zabili 28 dětí, násilností bylo nejvíce v historii. Novinky* © [online]. 2013 [cit. 2013-10-31]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/krimi/315130-cesti-tyrani-loni-zabili-28-deti-nasilnosti-bylo-nejvic-v-historii.html>

## **Seznam ostatních zdrojů**

Územně analytické podklady pro území obce s rozšířenou působností Nový Bor za rok 2012 [online]. © Listopad 2012 [cit. 2013-10-14]. Dostupné z: [http://www.novy-bor.cz/customers/novy-bor/ftp/File/MeU/\\_SU/PRURU\\_UAP\\_ORP\\_Novy\\_Bor\\_2012.pdf](http://www.novy-bor.cz/customers/novy-bor/ftp/File/MeU/_SU/PRURU_UAP_ORP_Novy_Bor_2012.pdf)

Výroční zpráva Dětské krizové centrum 2012 [online]. © 28. 2. 2013 [cit. 2013-11-11]. Dostupné z: [http://www.ditekrize.cz/sites/default/files/documents/dkc-vz\\_2012.pdf](http://www.ditekrize.cz/sites/default/files/documents/dkc-vz_2012.pdf)

Výzkumný projekt Ministerstva práce a sociálních věcí ZVZ 237- 2010 Vývoj dětí v náhradních formách péče [online]. © 2011 [cit. 2013-12-01]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/13150/nahradni\\_pece.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13150/nahradni_pece.pdf)

*Vyhláška MZ číslo 70/2012 Sb., ve znění pozdějších právních předpisů*

*Zákon číslo 45/2013 Sb., o obětech trestných činů, ve znění pozdějších právních předpisů*

*Zákon číslo 99/1963 Sb., Občanský soudní řád, ve znění pozdějších právních předpisů*

*Zákon číslo 200/1990 Sb., o přestupcích, ve znění pozdějších právních předpisů (Zákon číslo 360/1999 Sb.)*

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

*Zákony II/2010: (sborník úplných znění zákonů obchodního, občanského a trestního práva a souvisejících předpisů platných k 1. 1. 2010). Český Těšín: Poradce, s.r.o. 2010. ISSN 1802-8276.*

## SEZNAM ZKRATEK

- ADHD - Porucha pozornosti s hyperaktivitou
- FGM - Mrzačení ženských pohlavních orgánů
- CHKO - Chráněná krajinná oblast
- ILO - Mezinárodní organizace práce
- MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy Česká republiky
- NNd - Nadace Naše dítě
- ORP NB - Obec s rozšířenou působností Nový Bor
- OSN - Organizace spojených národů
- OSPOD NB - Orgán sociálně-právní ochrany dětí při Městském úřadu Nový Bor
- Syndrom CAN - Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte
- Syndrom CSA - Syndrom dětského přizpůsobení se sexuálnímu zneužití
- UNICEF - Dětský fond OSN, hlavní světová organizace pro pomoc dětem
- WHO - Světová zdravotnická organizace

## SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

### Seznam obrázků

Obrázek 1: Mapa mikroregionu Novoborsko.....	90
--	----

### Seznam grafů

Graf 1: Věk a pohlaví ohrožených dětí v roce 2012 na Novoborsku.....	95
--	----

Graf 2: Způsob ohrožení dítěte, věk, pohlaví.....	96
---	----

Graf 3: Oznamovatelé podezření na syndrom CAN v roce 2012.....	97
--	----

Graf 4: Zneužívající nebo týrající osoba.....	98
---	----

### Seznam tabulek

Tabulka 1: Věk a pohlaví ohrožených dětí v roce 2012 na Novoborsku.....	94
---	----

Tabulka 2: Způsob ohrožení dítěte, věk, pohlaví.....	96
--	----

Tabulka 3: Oznamovatelé podezření na syndrom CAN v roce 2012.....	97
---	----

Tabulka 4: Zneužívající nebo týrající osoba.....	98
--	----

Tabulka 5: Dopad syndromu CAN na dítě.....	98
--	----

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Jana Maněnová

**Obor:** Speciální pedagogika

**Forma studia:** kombinovaná

**Název práce:** Týrání, zneužívání a zanedbávání u dětí

**Rok:** 2014

**Počet stran textu bez příloh:** 127

**Celkový počet stran příloh:** 0

**Počet titulů českých použitých zdrojů:** 36

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů:** 0

**Počet internetových zdrojů:** 9

**Počet ostatních zdrojů:** 9

**Vedoucí práce:** PaedDr. Jan Toman