

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Diplomová práce

Pedagog na základní škole a syndrom CAN

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Karolina Diallo, Ph.D.

Autor práce: Bc. Michaela Böhmová

Studijní obor: Pedagogika volného času NMgr.

Ročník: 2.

2016

Prohlášení:

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

Prohlašuji, že, v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě (v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Teologickou fakultou) elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 1. března 2016

.....
Bc. Michaela Böhmová

Poděkování

Děkuji vedoucí mé diplomové práce Mgr. et Mgr. Karolině Diallo, Ph.D. za čas věnovaný jejímu metodickému vedení, za cenné rady a podnětné připomínky.

Dále bych ráda poděkovala PsLic. Janu Vyhnálkovi za odborné konzultace, trpělivost a vstřícnost a RSDr. Jánů Mišovičovi, CSc. za cenné rady a připomínky při zpracování vlastního výzkumu.

V neposlední řadě patří také poděkování mojí rodině za podporu a trpělivost v průběhu celého mého studia.

Obsah

ÚVOD.....	6
1. Domácí násilí a jeho vztah k syndromu CAN	9
2. Syndrom CAN	10
2.1 Definice pojmu	12
2.2 Formy syndromu CAN	12
2.2.1 Zanedbanost a zanedbávání dítěte	13
2.2.2 Týrání	14
2.2.2.1 Tělesné/fyzické týrání	15
2.2.2.2 Psychické/emocionální týrání.....	17
2.2.3 Sexuální zneužívání.....	18
2.3 Následky syndromu CAN.....	23
2.3.1 Syndrom deprivovaného dítěte.....	23
2.3.1.1 Citová deprivace.....	24
2.3.1.2 Citová subdeprivace	28
2.3.1.3 Sociální a kognitivní deprivace	29
2.3.2 Syndrom týraného dítěte.....	29
2.3.3 Syndrom sexuálně zneužívaného dítěte.....	31
2.3.4 Reakce na těžký stres.....	32
2.4 Oběť a pachatel	33
2.4.1 Kdo je oběť	33
2.4.2 Pachatelé.....	35
2.5 Jak poznáme dítě se syndromem CAN	37
2.5.1 Tělesné známky a projevy	38
2.5.2 Obranné reakce	42
2.5.3 Patologie v chování a jednání.....	44
3. Pedagog a prevence syndromu CAN.....	48
3.1 Pedagog.....	48
3.2 Systém prevence syndromu CAN.....	50
3.2.1 Primární prevence.....	51

3.2.2 Sekundární prevence	52
3.2.3 Terciální prevence	52
3.3 Prevence syndromu CAN na základní škole.....	52
4. Výsledky výzkumu týkající se informovanosti a zkušeností pedagogických pracovníků na základních školách o syndromu CAN	55
4.1 Metodika	55
4.1.1 Stanovení výzkumných otázek a hypotéz.....	55
4.1.2 Výzkumná metoda a výzkumný nástroj	56
4.1.3 Výzkumný vzorek	56
4.1.4 Nastavení parametrů vyhodnocování	57
4.1.4.1 Parametry pro vyhodnocení základních znalostí pedagogů o syndromu CAN (Výzkumná otázka č.1).....	57
4.1.4.2 Parametry pro vyhodnocení míry informovanosti pedagogů o syndromu CAN (hypotéza).....	58
4.2 Analýza dat	60
4.2.1 Zpracování jednotlivých otázek dotazníku.....	60
4.2.2 Vyhodnocení výzkumných otázek a verifikace hypotézy	74
4.2.3 Závěrečné shrnutí výzkumu a diskuze	79
ZÁVĚR	83
Použitá literatura	85
Elektronické zdroje.....	88
Příloha.....	91
Abstrakt	94
Abstract.....	95

ÚVOD

Násilí ve společnosti bylo, je a bude. Je to jev, který se – bohužel – úplně vymýtít nedá a týká se jak jednotlivců, tak společnosti jako celku. Člověk je svobodná bytost a ať se to ostatním líbí nebo ne, za své činy – chování a jednání odpovídá pouze on sám. A taktéž jen on sám se může rozhodovat, jak své síly ve svém životě bude využívat – zda způsobem konstruktivním – tvůrčím, či destruktivním – zničujícím. Ať už se násilí děje kdekoliv a vůči komukoliv, je to jev, který je neomluvitelný. A pokud jedinec není schopný korigovat své chování a jednání tak, aby tím ostatním bytostem nečinil bolest a utrpení, pak je úkolem společnosti s takovým počínáním nějakým způsobem zacházet, pracovat. Druh násilí, který bude popisován v této diplomové práci, je však o to citlivější a bolestivější, neboť se dotýká jedinců, kteří nejsou schopni se proti němu sami bránit. Jedná se o násilí ve smyslu týrání, zanedbávání a sexuálního zneužívání dětí, tedy o násilí směřované vůči dětem od narození až do dovršení 18-ti let věku. Z velké části se takové násilí děje v rodině, dítě bývá týráno rodiči či jinou pečující osobou případně ostatními blízkými členy rodiny. V takové rodině může docházet současně k domácímu násilí – tzn., že nejsou postiženy pouze děti, ale více členů rodiny. Lze říci, že pokud již dochází k domácímu násilí, je téměř 100% jistota, že je jím aktivně či pasivně zasaženo i dítě.

Domácím násilím jsem se zabývala podrobně ve své bakalářské práci, která nesla název „Domácí násilí a jeho vliv na psychosociální klima rodiny“. Téma bylo rovněž citlivé a bolestivé a to zejména proto, že jsem se s domácím násilím osobně setkala ve své širší rodině. Při zpracovávání bakalářské práce mne zaujala oblast týkající se právě dětí, které jsou svědky či oběťmi tohoto patologického jevu. Co všechno musí tyto bezbranné bytosti snášet? Proč se jim takové příkoří děje právě od lidí, kteří jsou jim nejbližší, kteří by jim měli poskytovat péči a lásku a utvářet jim takové podmínky, aby z nich vyrostli zdraví a sebevědomí jedinci, znající svou hodnotu a své místo ve společnosti? A jaké důsledky z takového negativního jevu vyplývají? Tyto otázky byly základem pro to, rozpracovat téma násilí dotýkající se dětí hlouběji a samostatně a to prostřednictvím této diplomové práce, která tak navazuje na mou bakalářskou práci.

Tato diplomová práce nese název „Pedagog na základní škole a syndrom CAN¹“. Proč zrovna pedagog na základní škole? Zejména proto, že základní vzdělávání je povinné pro všechny děti bez rozdílu. Do základních škol docházejí děti z různých sociálních vrstev společnosti, a tedy i děti, které jsou obětmi domácího násilí, syndromu CAN či jiných sociálně-patologických jevů nebo jsou těmito jevy přímo či nepřímo ohroženy. Pedagog na základní škole je po rodiči další blízkou osobou, která s dítětem přichází každodenně do styku a tráví s ním podstatnou část dne. Může si tak – pokud bude dostatečně empatický a bude mít příslušné znalosti o dané problematice – všimnout různých abnormalit (chování, projevy, fyzický vzhled apod.), které se u dítěte vyskytují a případně se jimi dále zabývat, pokud vybočují z mezí norem. Tím, že případné ohrožené dítěte (v horším případě již týrané) včas odhalí, může tak zabránit jeho dalšímu ubližování. Věřím, že poslání pedagoga je víc, než pouhé naučení dětí číst, psát, počítat... a že pedagog určitě nepatří mezi ty, kteří zavírají oči před něčím, co raději nechtějí vidět. A protože pedagog volného času může být také pracovníkem pedagogického sboru na základní škole, vnímám toto téma jako aktuální také pro mnou studovaný obor „Pedagogika volného času“.

Diplomová práce se tedy bude zabývat tématem pedagoga na základní škole a jeho potýkáním se s problematikou syndromu CAN. Bude rozčleněna do čtyř kapitol, první kapitola ve stručnosti ujasní vztah domácího násilí k syndromu CAN, druhá kapitola podrobně vysvětlí problematiku syndromu CAN – od definice pojmu se dostaneme k formám syndromu CAN, poté nastíníme následky, se kterými se potýkají děti postižené syndromem CAN, přiblížíme kdo je oběť a kdo pachatel, nejen pro pedagogy bude důležitá podkapitola pojednávající o tom, jak poznáme dítě se syndromem CAN. Kapitola třetí se zaměří na pedagoga a základní školu – ve stručnosti představíme profesní „portrét“ pedagoga, aneb jaký by měl správný pedagog být, objasníme základní druhy prevence syndromu CAN a také popíšeme, v jakém smyslu probíhá prevence syndromu CAN na základní škole. Kapitola čtvrtá se bude zabývat vlastním výzkumem – metodikou, analýzou dat s následnou interpretací výsledků, verifikací hypotézy a závěrečným shrnutím.

Hlavním cílem této diplomové práce bude zjistit, do jaké míry jsou pedagogové základních škol informováni o syndromu CAN a zdali se s tímto jevem při své pedagogické

¹ Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, z anglického překladu Child Abuse and Neglect – dále jen syndrom CAN.

praxi setkali. V souladu s dosažením cíle budeme postupovat analyticky. V prvních třech kapitolách budou podrobně představeny teoretické informace, které poslouží jako základ k rozpracování vlastního výzkumu. Dále budou stanoveny výzkumné otázky a hypotéza, vypracována metodika výzkumu – výzkumná metoda, výzkumný nástroj, výzkumný vzorek, spolu s nastavením kritérií pro vyhodnocení získaných dat. Získaná data budou analyzována, porovnána a vyhodnocena. Následně budou vyhodnoceny výzkumné otázky, ověřena stanovená hypotéza a shrnuta veškerá získaná data.

Čerpáno bude zejména z publikací předních českých odborníků, zabývajících se touto problematikou (Dunovský J., Dytrych J., Matějček Z., Langmeier J., Říčan P., Špeciánová Š. a další).

1. Domácí násilí a jeho vztah k syndromu CAN

„Obecně platí, že způsob, jakým rodič dítě vychovává a jak se k němu chová, do značné míry odpovídá způsobu, jakým se k němu chovali jeho vlastní rodiče. Dospělí, kteří byli v dětství týráni, se s větší pravděpodobností stávají týrajícími rodiči.“²

Rodina, jakožto důležitá sociální skupina plní řadu biologických, ekonomických, sociálních a psychologických funkcí. Má za úkol poskytovat svým členům potřebné zázemí, uspokojovat jejich potřeby a zprostředkovávat zkušenosti, které nikde jinde nemohou získat. Mezi rodinnými příslušníky se utvářejí vazby a vztahy a je pro ně charakteristické určité chování a styl komunikace. Pokud je rodina disfunkční, některé její důležité potřeby bývají neuspokojeny a taková rodina se pak pro jedince stává spíše zátěží. Jestliže takovým členem je dítě, jehož osobnost se teprve vyvíjí, mohou mu v souvislosti s narušenými funkcemi rodiny chybět určité významné zkušenosti či jeho vývoj může být deformován negativními vlivy.³

V rodinách, kde dochází k domácímu násilí, jsou v 95 % svědky děti. Takovéto skryté působení násilí na psychiku dítěte pro něj představuje vysokou psychickou zátěž, dítě nedokáže situaci rozumově ani emočně zpracovat. Bylo prokázáno, že děti, které byly vystaveny pasivně domácímu násilí, vykazují stejně závažné emoční příznaky (deprese apod.), jako je tomu u dětí týraných a zneužívaných.⁴

Domácí násilí tedy úzce souvisí se syndromem CAN. Níže si vysvětlíme pojem domácího násilí a dále se budeme podrobněji zabývat syndromem CAN.

V Národním akčním plánu prevence domácího a generově podmíněného násilí na léta 2015-2018 je definován pojem domácího násilí takto:

„...veškeré akty fyzického, sexuálního, psychického, ekonomického či dalších forem násilí, k němuž dochází v rodině nebo v domácnosti anebo mezi bývalými či stávajícími manžely, partnery či osobami blízkými, bez ohledu na to, zda násilná osoba sdílí nebo sdílela společnou domácnost s osobou ohroženou tímto násilím.“⁵

Dufková charakterizuje domácí násilí jako opakované, dlouhodobé a stupňující se – od

² VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 617.

³ Srov. „tamtéž“, s.589.

⁴ Srov. ŠEVČÍK D., ŠPATENKOVÁ N., a kol., *Domácí násilí*, s. 17.

⁵ KOLEKTIV AUTORŮ, *Akční plán prevence domácího a generově podmíněného násilí na léta 2015–2018*, s. 6.

prvopočátečního útoku na lidskou důstojnost, přes útoky fyzické, vyznačující se ubližováním na zdraví, až po nejtvrďší zásahy mířené proti lidskému životu – jehož aktéry se stávají mladiství či dospělí a aplikují ho na své blízké v kruhu rodinném. Jeho podoby jsou psychického, fyzického, ekonomického či sexuálního rázu a často dochází k jejich vzájemné kombinaci. Od ostatních delikventních chování se odlišuje tím, že se jedná o násilí osob, jež jsou v blízkém vztahu a pachatelem je cíleně budována závislost oběti na jeho osobě, čímž nad ní získává absolutní moc a kontrolu. Domácí násilí se svou trvalostí a rozličnou intenzitou násilných činů stává běžnou součástí života a jeho činnost je vědomá.⁶

Ševčík chápe násilí v rodině jako celek, který dále člení na oblast domácího násilí a oblast týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte (syndrom CAN). Do první oblasti – domácího násilí – zahrnuje veškeré projevy psychického, fyzického a sexuálního násilí, k němuž dochází mezi jednotlivými členy rodiny (patří sem partneři, potomci, sourozenci a předci) a které se týká všech rodinných vztahů. Do druhé oblasti – týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte – zahrnuje všechny vědomé či nevědomé aktivity, jež jsou páčány dospělým/i na dítěti s následkem poškození zdraví a zdravého vývoje dítěte.⁷

2. Syndrom CAN

Z předchozí kapitoly vyplývá, že v případě výskytu domácího násilí v rodině či jejím okolí, má toto násilí přímý nebo nepřímý dopad i na dítě v ní žijící. Takové dítě je ohroženo syndromem CAN.

Dle předpokladů trpí v současné době syndromem CAN přibližně 1-2 % dětí. 69 % dospělé české populace má nějakou zkušenost s psychickým týráním, které se jeví jako častější, než týrání fyzické. Vymezit přesněji počet sexuálně zneužívaných dětí je obtížné, protože o velké části z nich se nikdy nikdo nedozví. Dle katamnestických studií má 20-25 % dospělé populace z dětství nějakou sexuální zkušenost s dospělou osobou. V České republice to uvedlo 33 % žen a 17 % mužů.⁸

⁶ Srov. DUFKOVÁ I., ZLÁMAL J., *Domácí násilí se zaměřením na problematiku obětí*, s. 7.

⁷ Srov. ŠEVČÍK D., ŠPATENKOVÁ N., a kol., *Domácí násilí*, s. 24.

⁸ Srov. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 593.

Ministerstvo průmyslu a sociálních věcí (dále jen MPSV)⁹ od roku 2005 pravidelně uveřejňuje roční výkaz o výkonu sociálně právní ochrany dětí, ze kterého vyplývají pro rok 2014 následující data. V roce 2014 bylo nahlášeno celkem 8478 případů týrání, zneužívání či zanedbávání dítěte, z toho bylo 52 % dívek a 48 % chlapců (viz tab. č.1).

Tabulka č.1

Věk dítěte	Počet nahlášených dětí									
	tělesné týrání		psychické týrání		sexuální zneužívání		zanedbávání dětí		celkem	
	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky
do 6 let	136	109	202	208	41	97	1040	1015	1419	1429
6 - 15 let	234	199	301	326	133	579	1510	1272	2178	2376
15 - 18 let	41	68	53	81	28	158	325	322	447	629
CELKEM	411	376	556	615	202	834	2875	2609	4044	4434

Pozn. do sexuálního zneužívání je zahrnuta také dětská pornografie a dětská prostituce

Zdroj: MPSV, *Roční výkaz o výkonu sociálně právní ochrany dětí pro rok 2014*. [on-line]

Jako tři nejčastější oznamovatelé se na předním místě umístila zdravotnická zařízení, školy či školská zařízení s podílem 35 % z celkového počtu nahlášených případů, dále policie či jiný státní orgán s podílem 23 % a matka s podílem 11 % (viz tab. č.2).

Tabulka č.2

Oznamovatel	Počet ohlášení v %
zdrav. zařízení, škola, školské zařízení	35 %
policie, jiný státní orgán	23 %
matka	11 %
anonym	7 %
otec	6 %
jiný příbuzný	6 %
cizí fyzická osoba	6 %
dítě samo	3 %
nestátní nezisková organizace nebo jiná práv. osoba	2 %
sourozenec	1 %
Celkem	100 %

Zdroj: MPSV, *Roční výkaz o výkonu sociálně právní ochrany dětí pro rok 2014*. [on-line]

⁹ Srov. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, *Sociálně-právní ochrana dětí*. [on-line]

Následující kapitola přiblíží, co pojem syndrom CAN znamená.

2.1 Definice pojmu

Syndromem týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte je chápáno úmyslné jednání rodičů či jiné blízké osoby, které narušuje duševní, tělesný a společenský vývoj dítěte, případně v jeho nejvyhraněnější podobě způsobí jeho smrt. Jedná se o syndrom, který se vyznačuje různorodými jevy – různé příčiny, mechanismy a také závažnost dopadu na život dítěte a jeho okolí se různí.¹⁰

Tímto úmyslným jednáním dochází k zanedbávání důležitých životních potřeb dítěte. Rozlišujeme následky vzniklé deprivací (tj. nedostatečným uspokojováním různých potřeb), týráním a zneužíváním. Násilí na dítěti je nejčastěji pácháno rodiči, příp. dalšími členy rodiny, pokud se k němu chovají necitlivě, bezohledně nebo jej využívají k uspokojení vlastních potřeb. Takové chování chápeme jako zneužití fyzické síly či psychické nadřazenosti a moci dospělých nad dítětem, které je jim podřízené a závislé.¹¹

Mufsonová a Kranzová označují za týráním a zneužíváním dítěte takové jednání, kdy dospělý člověk, či mladistvá osoba v pozici autority využije své moci nad dítětem k získání nějakých výhod. Jestliže má takové zneužívání formu, která působí fyzickou bolest, nazývá se tělesné týráním, pokud má podobu slovní – urážky, ponižování, podřívání sebedůvěry – jedná se o týráním psychické či emocionální. Jako další podobou uvádí sexuální zneužití.¹²

2.2 Formy syndromu CAN

Rozlišujeme tři základní podoby – formy syndromu CAN, které mívají odlišné příčiny a také následky.

¹⁰ Srov. DUNOVSKÝ J., DYTRYCH Z., MATĚJČEK Z., *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*, s. 15.

¹¹ Srov. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 593.

¹² Srov. MUFSONOVÁ S., KRANZOVÁ R., *O týráním a zneužívání*, s. 5-6.

2.2.1 Zanedbanost a zanedbávání dítěte

Krejčířová uvádí definici zanedbávání jako vážné opomíjení rodičovské péče nezbytné pro tělesný a duševní vývoj dítěte.¹³

Základní uspokojování potřeb dítěte – psychických a tělesných - je nutným předpokladem pro jeho zdravý a zdárný vývoj. Neuspokojováním základních potřeb dítěte, jehož příčinou je nedostatečná interakce mezi rodičem a dítětem, dochází k poškozování dítěte – zanedbávání.¹⁴

Zanedbávání se projevuje nedostatečnou péčí rodičů vůči dětem, tento vzorec chování děti přijímají za své a následně ho aplikují do svých životů, a tak se stává, že se zanedbávání v rodině opakuje po celé generace. Zahrnujeme sem např. také neposkytnutí možnosti vzdělávat se ve škole, případně vědomé zabraňování dítěti v docházce do školy nebo i neposkytování vhodných příležitostí vzdělávat se s ohledem na specifické potřeby dítěte.¹⁵

Matějček od sebe rozlišuje pojmy deprivace a zanedbanost/zanedbávání. *Deprivace* je výsledek dlouhodobého neuspokojováním základních psychických potřeb dítěte v určité míře. Deprivace (strádání) je nedostatkem něčeho – jedná se tedy důsledek dlouhodobého ubližování dítěti, které někdy bývá tak kruté a závažné, že hraničí s vraždou. *Zanedbaností* jsou myšleny následky nedostatečné výchovy v prostředí s nízkou socioekonomickou úrovní. Takto zanedbané dítě vyrůstá obvykle v prostředí s nedostatečnou hygienou, jednoduchém, primitivním a bez vhodných vzorů chování dospělých jedinců. *Zanedbávaným dítětem* označuje takové dítě, které je akutně ohroženo nedostatkem podnětů důležitých ke svému zdravému fyzickému a psychickému rozvoji. Podle Matějčka je klasicky pojímaná „zanedbanost“ jakýmsi předstupněm psychické deprivace, či spíše jednou z cest, které k ní vedou.¹⁶

Matějček v této souvislosti také rozděluje činitele přispívající k zanedbávání dítěte v rodině na *vnější* a *vnitřní*, přičemž dochází i ke kombinaci obou dvou.

Vnější činitelé – sem patří složení rodiny, její ekonomická a kulturní úroveň a celkové

¹³ Srov. KOLEKTIV AUTORŮ, *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*, s. 24.

¹⁴ Srov. DUBOWITZ, *What is child neglect? In child protection practice*, s.21-22.

¹⁵ Srov. BECHYŇOVÁ V., KONVIČKOVÁ M., *Sanace rodiny: sociální práce s dysfunkčními rodinami*, s.32-35.

¹⁶ Srov. DUNOVSKÝ J., DYTRYCH Z., MATĚJČEK Z., *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*, s. 87-88.

postavení ve společnosti.

Tam, kde scházejí lidé, kteří mohou o dítě pečovat, tam ve vyšší míře hrozí také nedostatek určitých důležitých vývojových podnětů. Jedná se o ztrátu matky, osiření dítěte, nepřítomnost otce.

Další oblastí závažnějších okolností je nízká/vysoká socioekonomická úroveň rodiny. Nízká socioekonomická úroveň rodiny dnes bývá často také kombinována s jinými nepříznivými okolnostmi, jako je alkoholismus, drogová závislost, promiskuitní sexuální vztahy, nestálost prostředí atd. Mohou sem však patřit i děti, které vyrůstají v rodinách utečenců, migrantů nebo jiných skupin osob, které žijí dlouhodobě v chudých podmínkách. Naproti tomu dítě z opačného konce socioekonomického spektra se může dostávat do situace, kdy jeho rodiče mají náročné a exkluzivní zaměstnání, rodiče jsou pře-zaměstnaní a na dítě nemají v důsledku své vytíženosti čas a prostor.

Vnitřní činitelé – sem patří zejména psychika a celková osobnost primárních vychovatelů dítěte. Radíme sem např. citovou nezralost a povahovou nevyspělost jednoho či obou rodičů, rodiče trpící duševními nemocemi či poruchami, vychovatele s lehkou či hlubší mentální retardací, s vážnými smyslovými poruchami, s pohybovou invaliditou a také sem patří i různé zvláštní životní zásady, postoje a praktiky, kterými se vyznačují některé náboženské sekty či jinak definované společenské skupiny.¹⁷

Špeciánová upozorňuje i na extrémní případy zanedbávání, a to, kdy je dítě úplně izolováno od lidské společnosti.¹⁸

2.2.2 Týrání

Týráním dítěte se rozumí agrese směřovaná vůči dítěti. Riziko týrání je zvýšené tam, kde vztahy mezi rodinnými příslušníky/členy rodiny jsou narušené. Nefunguje zde kooperace při řešení problémů, převažuje napětí, nespokojenost, chybí vzájemná podpora a veškeré problémy se řeší násilným způsobem. Agrese směřovaná vůči dítěti je projevem nakumulovaného napětí, jež plyne z neschopnosti rodiny zvládnout své problémy jiným způsobem a dítě, jakožto nejslabší článek se stává obětí této dysfunkce.¹⁹

¹⁷ Srov. DUNOVSKÝ J., DYTRYCH Z., MATĚJČEK Z., *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*, s. 89-94.

¹⁸ Srov. ŠPECIÁNOVÁ Š., *Jak poznat týrané, zneužívané a zanedbávané děti a jak jim pomoc*, s. 5.

¹⁹ Srov. VÁGENROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 594.

Týrání dělíme na tělesné/fyzické a psychické.

2.2.2.1 Tělesné/fyzické týrání

Tělesné neboli fyzické týrání je jev, který je nejpodrobněji prozkoumaný a popsáný v rámci syndromu CAN. Rozlišujeme tělesné týrání aktivní povahy a tělesné týrání pasivního charakteru.

a) Tělesné týrání aktivní povahy

Do tělesného týrání dětí aktivní povahy se zahrnují všechny akty násilí směřované vůči dítěti, jedná se o záměrné opomenutí v péči o dítě, které má za následek jeho poranění nebo smrt. Tělesné týrání může mít za následek poranění dítěte – sem patří např. poranění v důsledku bití, popálení, opaření, trestání a také zanedbání či selhání ochrany dítěte před násilím. Tělesné týrání však nemusí mít bezprostředně známky tělesného poranění – patří sem např. dušení, trávení, záměrná opakovaná lékařská vyšetření a také velká oblast sexuálního zneužívání za užití násilí. Velice tenkou hranicí pro přechod do oblasti tělesného týrání je používání tělesných trestů. Co je „pouhým“ tělesným trestem a co již je tělesné týrání, je velice těžko identifikovatelné. Studie, kterou provedla v roce 1994 Vaníčková a spol. potvrdila, že tělesné násilí je u nás stále významným výchovným prostředkem.²⁰

Spilková a Dunovský charakterizují tři následky poranění dítěte při tělesném týrání:

Zavřená poranění – dochází k poškození tkání a orgánů za použití tupého násilí bez porušení kůže. Taková poranění vznikají při náhlém a prudkém úderu nebo působením tlaku na tělo či nárazem těla na tupý předmět. Patří sem otřesy, pohmoždění, vytrhávání vlasů, kousnutí, poranění svalů, kostí a hlavy, poranění míchy, nitrobřišních orgánů.

Otevřená poranění – dochází k porušení kůže, sliznice či povrchu některého orgánu. Patří sem rány na hlavě, nitrooční krvácení, rány na hrudníku, popáleniny, bezvědomí, bolesti břicha, bolesti hlavy, závrať, křečové stavy.

Mnohočetná poranění – dochází k nim nejčastěji tam, kde již dítě trpí delší dobu, zejména se jedná o útoky psychopatické osobnosti. Taková poranění mají rozsah od drobných

²⁰ Srov. DUNOVSKÝ J., DYTRYCH Z., MATĚJČEK Z., *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*, s. 41.

oděrek až po těžké úrazy spolu s devastujícím psychickým a emocionálním zasažením dítěte.²¹

b) Tělesné týrání pasivního charakteru

Tělesné týrání pasivního charakteru popisuje Dunovský jako nedostatečné uspokojení nejdůležitějších tělesných potřeb dítěte, které souvisí také s psychickými a sociálními potřebami. Jedná se o úmyslné a neúmyslné neposkytování péče z důvodu vážných psychických poruch či nezralosti rodičů. Výsledkem těchto skutečností je situace, kdy dítě neprospívá, vykazuje známky menší či větší zanedbanosti, nedostatečného rozvinutí jeho sil, schopností i vztahů s okolím. V krajních případech dochází k zpusnutí dítěte, případně i k jeho smrti. V těchto situacích – dle zákona o rodině – rodiče zneužívají svých práv a neplní povinnosti k dítěti.²²

Důsledky pasivního týrání jsou:

Poruchy v prospívání dítěte neorganického původu – hlavním rysem tohoto problému je nedostatečná výživa (kvalitativní i kvantitativní).

Nedostatek zdravotní péče – vědomé odmítání zdravotnické péče – preventivní, odmítání očkování. Ale také se sem řadí i situace, kdy se rodiče nestarají dostatečně o kvalitní hygienickou péči, dostatek ochrany, něhy a lásky. „*To svým způsobem vede k rozšíření vlastního pojetí syndromu CAN a vyjadřuje názor, že každé dítě, které není milováno, je týráno. Právě v nejtěžším věku života je odepření lásky dítěti vždy těžkým prohřeškem proti jeho potřebám a znásilněním jeho práv.*“²³

Nedostatky ve vzdělání a výchově – každé dítě má právo na vzdělání, což není uspokojováno u všech dětí – zejména u dětí z rozvojových zemí.

Nedostatek přístřeší, ošacení a ochrany – jedná se o situace, kdy dítěti nejsou zabezpečeny vhodné životní podmínky – bydlení, ochrana před nepříznivými vlivy ohrožujícími zdraví a život dítěte.

Děti vykořisťované – dětská námezdní práce, žebrání dětí apod.²⁴

²¹ Srov. DUNOVSKÝ J., DYTRYCH Z., MATĚJČEK Z., *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*, s. 42-51.

²² Srov. „tamtéž“, s. 59.

²³ „Tamtéž“ s. 62.

²⁴ Srov. „tamtéž“, s. 59-64.

2.2.2.2 Psychické/emocionální týrání

Po fyzickém útoku zůstávají oběti modřiny a jizvy, které čas zahojí, ale po útoku psychickém zůstávají oběti hluboké šrámy na duši, které se samy nezahojí a bolí po několik let. Oběti tak způsobují další těžkosti následně i v budoucnosti, kdy ji tyto zážitky ovlivňují v jejím rozhodování, chování a vystupování. Psychické týrání bývá velmi často první formou, jež odstartuje další formy násilí, které se mohou přidružovat – což je v praxi častým jevem. Psychické týrání je velice těžko odhalitelné, protože bývá dobře skryto – v srdci i duši dítěte.²⁵

Čírtková uvádí, že psychické týrání je samo o sobě tak závažné jen tím, že oběť je podrobena psychickému tlaku, kterého se dopouští blízká osoba, což je velmi traumatizující.²⁶

Obecně lze říci, že psychické a emocionální týrání je takové jednání, které podryvá sebedůvěru dítěte.

Nejčastější výskyt psychického týrání se děje u rodičů, kteří se rozvádějí nebo tam, kde se o dítě přetahují – a to jak při rozvodu, po něm, ale i během soužití. Psychické týrání může mít aktivní složku – když se dítěti přímo děje (nadávky, zesměšňování, nedůvěra, opovrhování, ponižování atd.), ale také i složku pasivní – jedná se o neprojevení lásky, zájmu, poskytování dostatečné péče těmi, které má dítě rádo. Mnozí rodiče si ani neuvědomují, co vše již může být považováno za psychické týrání.²⁷

Mufsonová a Kranzová uvádějí jako příklady emocionálního týrání – shazování pracovních výsledků srovnáváním s výsledky sourozenců či jiných lidí, popírání svých činů, nespokojení rodiče, kteří svou nespokojenost vždy dávají zřetelně najevo. Jedním z nejhorších následků emocionálního týrání je vznik pochybností o sobě samém a o svém vnímání.²⁸

Říčan řadí mezi jednu z forem syndromu CAN i šikanu. Zahrnuje ji jako psychické týrání a definuje ji jako agresi, které se dopouští jedinec nebo skupina a to vůči jedinci nebo skupině v bezbranných, kteří se pro fyzickou či jinou slabost nemohou účinně bránit.²⁹

²⁵ Srov. DUNOVSKÝ J., DYTRYCH Z., MATĚJČEK Z., *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*, s. 64.

²⁶ Srov. ČÍRTKOVÁ L., *Moderní psychologie pro právníky*, s. 20.

²⁷ Srov. DUNOVSKÝ J., DYTRYCH Z., MATĚJČEK Z., *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*, s. 67-69.

²⁸ Srov. MUFSONOVÁ S., KRANZOVÁ R., *O týrání a zneužívání*, s. 43-44.

²⁹ Srov. ŘÍČAN P., *Jak na šikanu*, s. 2-3.

Krejčířová poukazuje na pět subtypů psychického týrání:

Pohrdání – patří sem ponižování, posmívání, hrubé nadávky, poukazování na neschopnost a morální zkaženost.

Terorizování – vyhrožování tělesným ublížením či zabitím, přihlížení násilí v rodině

Izolování – zabraňování interakce s vrstevníky, zavírání v místnostech (sklep, záchod, apod.).

Korumpování – povzbuzování k antisociálnímu chování, podporování užívání drog, alkoholu, využívání dítěte v péči o ostatní děti.

Odpírání emoční opory – ignorace dítěte a jeho pokusů o navázání kontaktu, psychologická nedostupnost.³⁰

2.2.3 Sexuální zneužívání

Při sexuálním zneužívání dochází k využívání dítěte pro uspokojování sexuálních potřeb dospělého, či je dítě zneužíváno v oblasti prostituce či pornografie.³¹

Sexuální zneužívání může být také interpretováno jako sexuální kontakt či intimní zkoumání dítěte dospělým, ke kterému dítě nedalo souhlas. Palusci sem zahrnuje i pojem sexuální útok, který obsahuje několik druhů nucené sexuální aktivity – patří sem např. znásilnění.³²

Mufsonová a Kranzová uvádějí citaci definice sexuálního zneužívání tak, jak ho popisuje Národní centrum pro zneužívané a zanedbané děti (NCCAN): „*Kontakty nebo interakce mezi dítětem a dospělým, při kterých je dítě použito pro sexuální stimulaci pachatele nebo jiné osoby. Sexuální zneužití může spáchat také člověk mladší osmnácti let, pokud je významně starší než oběť, nebo když je v pozici, která mu dává nad druhým dítětem moc.*“³³

Sexuální zneužití se výrazně liší od zneužití/týrání tělesného nebo psychického, ale má s nimi společné dva znaky – zneužívající často očekává diskrétnost zneužívaného; zneužívaný může mít pocit, že se spolupodílí na tom, co zneužívající páchá. Tyto dva znaky

³⁰ Srov. KOLEKTIV AUTORŮ, *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*, s. 16.

³¹ Srov. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 596.

³² Srov. PALUSCI V. J., FISCHER H., *Child abuse and neglect*, s. 98-101.

³³ MUFSONOVÁ S., KRANZOVÁ R., *O týrání a zneužívání*, s. 46.

jsou časté právě proto, že oběť takového činu velice těžko přijímá myšlenku, že by mu ubližoval blízký člověk.³⁴

Sexuální zneužití se dělí na:

Bezdotykové – patří sem setkání s exhibicionisty, účast na sexuálních aktivitách (bez tělesného kontaktu, např. vystavení dítěte pornografii apod.)³⁵

Vaničková také řadí do tohoto druhu zneužívání *voyeurismus* – kdy se pachatel uspokojuje pozorováním jiných osob při svlékání, sexuálním styku, masturbaci. Zároveň zmiňuje i verbální zneužívání – pachatele uspokojuje používání obscénních výrazů a popisování sexuálních aktivit, kterých užívá ke svému sexuálnímu uspokojení.³⁶

Dotykové – dochází k pohlavnímu kontaktu, sahání na pohlavní orgány dítěte, může dojít k pohlavnímu styku, orálnímu či análnímu sexu.³⁷

Sexuální zneužívání v rámci rodiny můžeme rozlišit ve vztahu k aktérovi a k místu, kde se odehrává. Dělíme tak zneužívání na *intrafamiliární* a *extrafamiliární*.

Intrafamiliární – tedy incestní – zneužívání je z hlediska psychických následků závažnější a vyznačuje se specifickými znaky – aktérem je člověk dítěti blízký, zneužívání bývá opakované, podstatným způsobem mění rodinné role a z nich vyplývající funkce a vztahy, deformuje vztahy dospělých. Vyznačuje se také dlouhodobým působením – v polovině případů trvá v průměru pět let.³⁸

Jako nejčastější formou incestu – až v 80 % sexuálního zneužívání uvnitř rodiny – je uváděn pohlavní styk mezi otcem (otčímem či jiným mužem zastávajícím roli otce v rodině) a dcerou. Obvykle se tedy jedná o opakované, několikaleté zneužívání, kdy se „otec“ dopouští incestu i na ostatních dcerách v rodině. Incestní vztahy otec – syn se vyskytují pouze ojediněle.³⁹

Extrafamiliární zneužívání – bývá obvykle jednorázové (ale být tomu tak nemusí), pachatelem se stává nejčastěji mužský příslušník rodiny (otec, nevlastní otec, strýc,

³⁴ Srov. MUFSONOVÁ S., KRANZOVÁ R., *O týrání a zneužívání*, s. 46.

³⁵ Srov. DUNOVSKÝ J., DYTRYCH Z., MATĚJČEK Z., *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*, s. 71.

³⁶ Srov. VANÍČKOVÁ E., a kol., *Sexuální násilí na dětech*, s. 120.

³⁷ Srov. DUNOVSKÝ J., DYTRYCH Z., MATĚJČEK Z., *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*, s. 71.

³⁸ Srov. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 620-621.

³⁹ Srov. KACAFÍRKOVÁ M., *Incest – příznak rodinné patologie. Právo a rodina*, s. 1-4.

dědeček apod.)⁴⁰

Vaníčková popisuje také *Komerční sexuální zneužívání* – které je definováno jako využívání dítěte pro sexuální účely výměnou za peníze či jiné hmotné prostředky. Radí sem obchodování s dětmi, dětskou prostituci a dětskou pornografii.⁴¹

V současné době je komerční sexuální zneužívání chápáno jako velmi závažná forma syndromu CAN a za posledních několik let se stalo závažným mezinárodním problémem. Např. prostituce dětí a mladistvých je tak vysoce organizovaná a velice dobře utajovaná trestná činnost a lze ji odhalovat velice těžko.⁴²

Jako nejvýznamnější rizikový faktor komerčního sexuálního zneužívání se uvádí chudoba a osobní zkušenost se sexuálním zneužíváním v dětství.⁴³

V oblasti sexuálního zneužití se můžeme setkat s pojmem „*Syndrom dětského přizpůsobení sexuálnímu zneužívání*“. Jedná se o následek sexuálního zneužití, kdy dochází k tomu, že dítě, jakožto oběť, své tajemství někomu svěří a celá věc se začne vyšetřovat. Děti se poté velmi často stávají obětí znovu – setkávají se s tzv. sekundární viktimizací, kdy dochází k opětovnému traumatizování, zneužívání a zraňování. Namísto důvěry vůči dítěti dochází ke zpochybňování, dospělí odmítají jeho tvrzení a dítě je zbaveno jakékoliv naděje na důvěryhodnost. Syndrom dětského přizpůsobení sexuálnímu zneužívání zahrnuje 5 fází:

1. *Utajování* – dítě bývá většinou na tom, kdo ho obtěžuje/zneužívá, závislé. Bývá na něj vyvíjen psychický nátlak např. ve formě strašení, vyhrožování, také bývá pachatelem manipulováno pomocí různých tvrzení, které dítě neumí racionálně zpracovat – např. pokud vyzradí „tajemství“, nikdo ho nebude mít rád, případně mu bude ublíženo, bude zabito apod. Takto zmanipulované dítě si raději vše nechá pro sebe, než aby bylo potrestáno tím, čím pachatel vyhrožuje.
2. *Bezmocnost* – je situace, kdy se dítě cítí bezmocné vůči pachateli – zejména, pokud je to člen rodiny či jiný blízký příbuzný/pečující. Dítě nechápe důvody jeho chování a má vůči pachateli ambivalentní pocity – má pachatele do jisté míry rádo, nechce

⁴⁰ Srov. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 620-621.

⁴¹ Srov. VANÍČKOVÁ E., *Komerční sexuální zneužívání dětí*, s. 56-58.

⁴² Srov. HANUŠOVÁ J., *Sexuální zneužívání*, s. 10-12.

⁴³ Srov. VANÍČKOVÁ E., PROVAZNÍK K., HADJ-MOUSSOVÁ Z., *Sexuální zneužívání dětí*, s. 18.

zničit rodinné vztahy, ale zároveň si přeje, aby zneužívání skončilo.

3. *Svedení a přizpůsobení* – dítě se cítí provinilé ze vzniklé situace, pro získání lásky a přijetí dospělého se snaží zavděčit pachateli a zcela se mu podrobuje. Sexuální zneužívání bývá opakovanou záležitostí, dítě prožívající takové situace je nakonec přijme a podřídí se jim. Je to jeho způsob „obraný“, jak situaci „přežít“. Dochází však ke vzniku vnitřního konfliktu a jeho nezvládnutí, což pak může vést v adolescenci k různým psychopatologiím, patologické závislosti, sebetrestání, narušení reality a osobnosti apod.
4. *Opožděné, konfliktní a nespravedlivé odhalení* – dítě nějaký čas o zneužívání mlčí, odhalení samotného činu nebývá vyvoláno samotným aktem sexuálního zneužití, ale např. konfliktem v rodině – hádkou s rodičem, rozvod rodičů apod. Dospělí nechápou, proč dítě tuto skutečnost nesdělilo hned při prvním ataku a často dochází k tomu, že dítěti nevěří.
5. *Odvolání výpovědi* – dítě se bojí se zavržení rodinou – hrozí např. „rozbití“ rodiny, dítě má silné pocity viny a svou výpověď odvolává s tím, že si vše vymyslelo.

Pokud však takové jednání necháme bez povšimnutí a zásahu, posiluje se další poškozování dítěte a také lhostejnost a netečnost společnosti k rozsahu tohoto zneužívání.⁴⁴

Tím, že dochází k sexuálnímu zneužívání, je zároveň narušena psychika dítěte a problémy s tím vzniklé a související si jedinec uvědomí až v dospělosti – pokud se na ně tedy neprijde dříve. Následná terapie bývá dlouhodobého charakteru a ne vždy přináší pozitivní výsledky.⁴⁵

2.2.4 Zvláštní formy syndromu CAN

Ve výše uvedeném jsme nastínili základní formy týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. Existují však ještě další, které jsou možná méně časté, ale neméně bolestivé.

⁴⁴ Srov. SUMMIT C.R., *The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome*, s. 5-14. [on-line]

⁴⁵ Srov. LISÁ L., KŇOURKOVÁ M., *Vývoj dítěte a jeho úskalí*, s. 141-252.

Systémové týrání (druhotné zneužívání a ponižování)

Systém, který by měl chránit a pomáhat dětem a jejich rodinám problematické situace řešit, však často činí kroky, které následně vedou k další traumatizaci dítěte. Zvláště závažné jsou takové systémy, které automaticky odebírají děti z rodin jako první krok, který je v situaci učiněn, aniž by se snažily nejprve poskytnout pomoc a podporu rodině. Do této problematiky je zahrnuta i nedostatečná péče o děti v problémových a dysfunkčních rodinách, v denních zařízeních, školkách, školách apod. Systémové týrání/zneužívání se zahrnuje do sekundární viktimizace.⁴⁶

Organizované zneužívání

V oblasti organizovaného zneužívání se často hovoří o zneužívání sexuálním. Patří sem dětská prostituce, pornografie (foto i video) – jedná se o rozsáhlé sítě organizovaných skupin, které se zaměřují na tzv. obchod s dětmi, děti figurují jako zboží. Mimo sexuálního zneužívání sem však řadíme také obchod s dětmi pro dětskou práci, námezdní práci až otroctví, ilegální mezinárodní osvojení, vraždy dětí za účelem prodeje jejich orgánů. Organizované zneužívání je charakterizováno jako zneužití dítěte mnoha pachatelů, kteří jsou spojeni dosažením tohoto cíle.⁴⁷

Rituální zneužívání

Rituální zneužívání patří svými projevy mezi netypickou formu týrání. Zahrnujeme sem různé pohnutky pramenící z náboženské, magické či nadpřirozené symboliky a bývají součástí organizovaného společenství. Nelze však říci, jak často a jakým způsobem se rituální zneužívání bude opakovat a jaké následky to na dítěti zanechá.⁴⁸

⁴⁶ Srov. DUNOVSKÝ J., DYTRYCH Z., MATĚJČEK Z., *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*, s. 97.

⁴⁷ Srov. „tamtéž“, s. 98-100.

⁴⁸ Srov. „tamtéž“, s. 101.

Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy)

Jako „Münchhausenův syndrom v zastoupení“ (do češtiny převedeno „syndrom barona Prášila“) označujeme takové chování a jednání rodiče, který úmyslně předstírá, „vyrábí“ či zveličuje zdravotní potíže dítěte. Rodič tak jedná s cílem opakovaných vyšetření a léčení dítěte, je schopen poškozovat vzorky krve, moči a dalších materiálů k vyšetření tak, aby vyzněly patologicky. Také je schopný přímo poškozovat své dítě simulující určité onemocnění.⁴⁹

V literatuře byly opakovaně popisovány případy rodičů (příp. jiné dospělé osoby), kteří byli schopni „vyrobit“ různé patologické stavy u dítěte tak, že mu podávali různé léky, chemické prostředky, nadměrné množství soli, případně sami prováděli úrazy dětem tak, aby bylo opětovně lékařsky vyšetřeno.⁵⁰

Špeciánová uvádí, že nejčastější osobou, která se takového činu dopouští, bývá matka, která obtíže dítěte úmyslně zkresluje, čímž dosahuje provádění opakovaných lékařských vyšetření, případně i operací.⁵¹

Všechny formy syndromu CAN se týkají dětí, které vyrůstají jak v rodinném prostředí, tak dětí žijících v ústavní péči. Jejich působení je z časového hlediska většinou dlouhodobé a opakující se, avšak výjimkou není ani jednorázový čin. Následky, které syndrom CAN způsobuje, budou popsány v další kapitole.

2.3 Následky syndromu CAN

2.3.1 Syndrom deprivovaného dítěte

„U dětí, které dlouho musely žít v prostředí citově chudém, pozorujeme často, že mají vážné obtíže v citových vztazích na všech dalších vývojových stupních.“⁵²

⁴⁹ Srov. DUNOVSKÝ J., DYTRYCH Z., MATĚJČEK Z., *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*, s. 51.

⁵⁰ Srov. KOLEKTIV AUTORŮ, *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*, s. 16-17.

⁵¹ Srov. ŠPECIÁNOVÁ Š., *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*, s.25-26.

⁵² VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 597.

Strádání – deprivace, jakožto důsledek nedostatečného uspokojování významných potřeb dítěte, se může podílet na poškození dalšího vývoje dětské osobnosti. Z psychologického hlediska rozlišujeme dvě zásadní deprivace, které mají závažné důsledky – citová deprivace a sociokulturní (sociální a kognitivní) deprivace.⁵³

Z. Matějček pak ještě užívá pojem „citová subdeprivace“.⁵⁴

2.3.1.1 Citová deprivace

V důsledku dlouhodobého násilí, páchaného na dítěti, může u něj dojít k citové deprivaci. „**Citová deprivace** je neuspokojením potřeby citové jistoty a bezpečí v dostatečné míře a po dostatečně dlouhou dobu.“⁵⁵

To, jak se důsledky citové deprivace projeví u konkrétního jedince, záleží na genetické dispozici a jeho primární zkušenosti. Mohou se projevovat v těchto oblastech: v řeči a komunikaci, rozumových schopnostech, socializaci, sebepojetí dítěte, hierarchii hodnot a také je typickým způsobem změněno citové prožívání a vztahy. Citové strádání povzbuzuje různé obranné mechanismy (blíže jsou popsány v kapitole 2.5.2) a dítě se snaží potřebu citové jistoty a bezpečí uspokojit tím, že svou pozornost směřuje vůči jinému objektu. Např. sourozenci, kteří prožívali citovou deprivaci, vykazovali znaky vyšší vzájemné citové vazby. K hledání nového náhradního objektu, jenž by tuto potřebu uspokojil, dochází velmi intenzivně a toto chování bývá často vnímáno jako „vlezlé“ a tím dochází k negativní odezvě namísto citového přijetí.⁵⁶

V normálně fungující rodině je pro dítě zdrojem jistoty a bezpečí matka (event. jiná osoba), která mu poskytuje určitou zkušenost prožitku spolehlivého mezilidského vztahu, čímž obvykle uspokojuje jeho potřebu citové jistoty. Tímto umožňuje dítěti splnit jeho prvotní vývojový úkol – získat základní důvěru ve svět, sebedůvěru a životní jistotu. Prvotní zkušenost spolehlivého a jistého vztahu je důležitým základem pro další rozvoj dětské osobnosti, čím v dítěti upevňuje:

- schopnost uchovat si pocit vnitřní jistoty a vyrovnanosti

⁵³ Srov. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 597.

⁵⁴ Srov. MATĚJČEK Z., *Rodiče a děti*, s. 56.

⁵⁵ LANGMEIER J., MATĚJČEK Z., *Psychická deprivace v dětství*, s. 25–68.

⁵⁶ Srov. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 321–322.

- schopnost udržet si pozitivní vztah ke světu a k sobě samému
- schopnost navazovat a udržovat spolehlivé a trvalejší vztahy s lidmi

Tyto zkušenosti nejdou jinak získat a nemohou je nahradit či vyvážit prožitky z jiné oblasti. Pro vývoj dětské osobnosti je velice nepříznivé, pokud rodiče své dítě neakceptují a ono citově strádá, což dlouhodobě vede k citové deprivaci. Citová deprivace je tedy způsobena nedostatkem určitých emočních podnětů, absencí stabilního, spolehlivého vztahu s mateřskou osobou, z čehož vyplývá narušení jistoty a bezpečí. Jedná se o situace, kdy matka či jiná (blízká) osoba je bez zájmu o dítě, zaujímá k němu ambivalentní či dokonce hostilní postoj. Dítě nemající jinou zkušenost, se proti takovému zanedbávání těžko ubrání a tak dochází k tomu, že tento negativní proces (který zpravidla ovlivňuje vývoj dítěte již od narození) považuje za normu.

Deprivační zkušenost citově strádajícího dítěte nepříznivě ovlivňuje jeho vývoj a projevuje se změnami v jeho chování, uvažování a prožívání. Psychické důsledky citové deprivace mohou být značně variabilní, protože na každého jedince, který byl deprivaci vystaven, působí odlišně. A tak rozumové schopnosti těchto dětí nemusí být nikterak postiženy, avšak nebývají dostatečně využívány. V této souvislosti můžeme pozorovat nápadné nepochopení významu vlastního chování, ale také i chování jiných lidí – dochází k neschopnosti poučit se ze zpětné vazby (zobecnění konkrétních a aktuálních následků svého chování). Již zde lze pozorovat absenci zkušenosti s matkou, jakožto průvodcem a interpretem okolního světa. Citově deprivované dítě nemá důvod, proč se snažit – od samého počátku jeho vývoje mu chybí dostatek pozitivní stimulace k jakémukoli učení, k ocenění dětských pokusů o různé aktivity, citově pozitivní zpětná vazba, která pak dává jakékoli jeho činnosti smysl. A právě z tohoto důvodu mívají tyto děti ve škole horší prospěch, než by jinak odpovídalo jejich skutečnému nadání. Hůře se soustředí, snadno se rozptýlí, neumí pracovat samostatně. Potřebují přímé vedení a citovou podporu motivace k učení, které se jim nedostávalo v raném dětství. Dále děti citově deprivované mají narušený vztah k vlastnímu výkonu, což ztěžuje adekvátní školní adaptaci. Jejich slabá motivace k učení je následkem pokřivené hodnotové struktury, kde převažují subjektivně významnější, avšak dosud nedostatečně uspokojované potřeby. Ač se to může zdát obtížné, je potřeba k těmto dětem přistupovat velmi citlivě a obezřetně a jejich projevy (pasivní, negativní či agresivní) nenechávat bez povšimnutí.

Citové prožívání a vztahy s okolím bývají u těchto dětí změněny. Jejich vztahy bývají primitivní, nediferencované a povrchní, bez známek empatie s přílišným egocentriem. S absencí pozitivní emoční zkušenosti souvisí i celková nejistota.

Citově deprivované děti bývají:

- emočně ploché
- nedůvěřivé
- někdy i hostilní
- agresivní
- s nízkou frustrační tolerancí
- dráždivější
- výbušnější
- zlostnější s afektivními výbuchy

Citovým strádáním se zvyšuje psychické napětí a je tak snížena celková pohoda a vyrovnanost. Velmi těžko se takové děti orientují ve svých vlastních pocitech – důvodem je opět absence zpětné vazby s matkou (či jinou blízkou osobou), která by jim svými reakcemi napomohla v rozvoji sebecitu. Nezažily empatickou reakci, která by projevila respekt vůči jejich pocitům a potřebám a tak tuto zkušenost postrádají jak ve vztahu k sobě, tak i ve vztahu k ostatním lidem. Citově deprivované dítě také postrádá dostatečnou identifikaci v hodnotovém systému norem chování. To, co mu nebylo zprostředkováno citově důležitou autoritou, bude těžko přijímat od člověka, který pro něj bude osobně bezvýznamným. Z toho vyplývá, že za takových okolností dítě není schopno identifikovat se s příslušnými normami natolik, aby dostatečným způsobem ovlivňovaly jeho chování. Důležité je pro něj pouze to, co má osobní význam.

Další oblastí, která je u dětí citově deprivovaných dotčena, je řeč a komunikace. Tím, že mateřskou osobou o dítě není projevován zájem, chybí zde i pozitivní emoční odezva na jakýkoliv řečový projev dítěte, jež by podporovala jeho úsilí o rozvoj komunikačních kompetencí. Obecně platí: „*Chybí-li osobně významná bytost, s níž chce být dítě v kontaktu, nevytváří se ani potřeba komunikace.*“⁵⁷ Slovní zásoba tak u těchto dětí bývá v pozdějším věku chudší a děti např. neumí správně užívat osobní zájmena – především zájmeno „JÁ“. Jazyková citlivost nebývá dobrá, což se projevuje zvláštní skladbou jejich řeči. U citově

⁵⁷ VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 322.

deprivovaných dětí bývá velmi nápadná malá spontaneita řeči a neschopnost jejího přiměřeného sociálního využití.

Sebepojetí citově deprivovaného dítěte je ovlivňováno jeho vztahy s lidmi. Pokud nejbližší osoby hodnotí dítě negativně, narušuje se i jeho sebehodnocení, výsledkem takové zkušenosti je pak nejistota, zvýšená potřeba obrany a nedostatek sebedůvěry. V sebehodnocení dítěte pak můžeme nalézt dva extrémy – *nerealistické sebezpřeceňování*, které je obranou proti nízkému sebevědomí a výrazné *sebezpodceňování*, spojené s obavami, nejistotou a negativní anticipací budoucnosti. Snížená sebedůvěra a nedostatečná sebeúcta vedou k hledání nějakého objektu, který by byl pro dítě oporou – může mít charakter vazby na silnější bytost, např. na vůdce nebo členství ve skupině, která prostřednictvím sdílené identity posiluje jeho sebevědomí.

Chování citově deprivovaných dětí bývá nápadné, je pro něj typický infantilní stereotyp, který bývá projevem určité bezradnosti a nejistoty. Nezralá autoregulace a nedostatečné sebeovládání způsobují impulzivní jednání. Odlišné chování může být projevem různých obranných mechanismů (blíže o nich v kapitole 2.5.2), sloužících k dosažení náhradního uspokojení – hledání náhradního objektu k uspokojení neuspokojené potřeby. Většina těchto obranných reakcí vede k nahromadění problémů. Někdy se potřeba citového vztahu stává dominantní motivační tendencí a je tak vyvinut tlak na její uspokojení. Rozlišujeme dva typy takového chování:

Sociálně hyperaktivní typ – dítě si nevybírá vhodný objekt a navazuje kontakt s kýmkoli, zcela bez zábran a nediferencovaně. Z pohledu vývoje sociálních vztahů můžeme jeho chování charakterizovat jako fixaci ve stadiu předběžného objektu – kdy dítě ještě nemá potřebu rozlišovat osoby podle jejich významu (blízké, známé, cizí).

Typ sociálně provokující – od předchozího se odlišuje jen tím, že využívá méně únosné strategie, takové děti mají tendence navazovat kontakty agresivně či jinými nepříjemnými způsoby. Jejich projevy bývají egocentrické a žárlivé, a protože se nedokáží poučit ze zkušenosti, negativní zpětná odezva nevede ke korekci chování ale k fixaci této strategie. Čím nižší je míra jejich uspokojení, o to více se snaží, a protože nedošlo k osvojení jiného způsobu chování, počínají si stále stejným nevhodným způsobem, což má za následek čím dál více odmítavé reakce.⁵⁸

⁵⁸ Srov. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 597-602.

2.3.1.2 Citová subdeprivace

Citová subdeprivace – je pojem, který razí Z. Matějček a definuje ji jakožto mírnější a obtížněji zjištělnou formu deprivace. Může k ní docházet ve zdánlivě dobře (převážně formálně) fungujících rodinách, kde není patrná přítomnost patologie. Jedná se například o rodiny, které jsou na vyšší socioekonomické úrovni, avšak mají sníženou míru akceptace dítěte, projevují nízkou empatii a mezi rodiči a dítětem je snížená frekvence interakcí.⁵⁹

Rodiny, ve kterých může docházet k citové subdeprivaci dítěte, bývají dysfunkční jen částečně, některé ze svých funkcí plní více než dobře. Děti zde mohou být velice dobře materiálně zabezpečeny a mohou mít zajištěno kvalitní vzdělávání, avšak strádají v citové oblasti. U rodičů se projevuje neochota či absence dítě dostatečným způsobem citově uspokojovat. Riziko takových projevů signalizují tyto postoje:

- **snížená akceptace dítěte** – rodiče hodnotí své dítě kriticky, negativně a nenalézají na něm nic pozitivního, jejich projev je chladný, s minimální citovou angažovaností
- **snížená empatie k dítěti** – ze strany rodičů dochází k nepochopení potřeb a pocitů dítěte, jejich interpretace je nepřiměřená do takové míry, že je to nápadné i okolí
- **snížená frekvence interakcí** – ve vztahu mezi rodičem a dítětem nedochází v dostatečné míře k interakcím, k poskytování zpětných vazeb, málo komunikují a netráví spolu volný čas, dítě bývá často samo doma a i v přítomnosti rodičů zůstává nepovšimnuto

Děti, které mají zkušenost s citovou subdeprivací bývají hůře hodnoceny a nebývají příznivě akceptovány svými vrstevníky. Sociogram ukázal, že tyto děti nemívají dobré postavení v dětské skupině, jejich vztahy s ostatními dětmi bývají méně příznivé, než je tomu obvyklé. Bývají často odmítány, ve škole jsou hodnoceny jako největší rváči či naopak jako zbabělci, případně o ně ve třídě není projevován zájem vůbec. Dalším nápadným znakem je jejich horší školní prospěch. Příčinou však nebývá snížená inteligence, nýbrž neschopnost ji účelně využívat. Spolužáci je však často vnímají jako „méně inteligentní“ a postoj učitelů k takovýmto dětem bývá skeptický.⁶⁰

⁵⁹ Srov. HARTL P., HARTLOVÁ H., *Psychologický slovník*, s. 574.

⁶⁰ Srov. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 603-604.

2.3.1.3 Sociální a kognitivní deprivace

Sociální a kognitivní deprivace vzniká v důsledku nedostatečné stimulace vhodným prostředím a také omezenými příležitostmi k učení. Projevuje se vývojovým opožděním, které bývá nerovnoměrné:

- **opožděný vývoj řeči** – výchovně zanedbané děti mívají nedostatečnou slovní zásobu, nerozumí zcela mnohým sdělením a neměly příležitost naučit se adekvátně verbálně komunikovat, v této souvislosti i stagnuje rozvoj jejich myšlení týkající se zejména verbální složky
- **opoždění v oblasti socializace** – jejich chování je odlišné a nápadně jiné od běžných společenských norem, ve vztazích a při zvládání různých zátěžových situací volí jiné strategie, než bývá běžné, mívají problém s rozlišováním sociálních rolí
- **chování je motivováno tendencí uspokojit aktuální potřeby** – dochází k fixaci způsobů chování, jež jsou pro dítě účelné (dochází k uspokojování jeho potřeb), avšak společností mohou být posuzovány jako nežádoucí, v praktických životních situacích projevují známky soběstačnosti (byly nucené je od raného dětství je zvládat samy), avšak ne vždy přijatelným způsobem (žebrání, krádeže apod.)

Důsledky výchovného zanedbání se projevují i později v dospělosti. Tito dospělí jedinci dosáhnou většinou nízkého vzdělání, chybí jim potřebné kompetence a mají potíže se zvládnutím základních sociálních rolí.⁶¹

2.3.2 Syndrom týraného dítěte

Charakteristiku týrání jsme již popsali v kapitole o formách syndromu CAN. Zde tedy zaměříme na psychické následky, které týrání způsobuje. Obecně platí, že čím mladší je týrané dítě, tím větší hrozí riziko poškození dalšího vývoje – psychického i somatického.

Opakované týrání má vliv na citové prožívání dítěte a může vést k jeho inhibici. Dítě může mít projevy apatie, může být neschopné projevů radosti a emocí. Dítě nedokáže porozumět vlastním emocím a nedokáže správně popsat své pocity. Dítě je nedůvěřivé

⁶¹ Srov. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 608-610.

k okolí, bojí se lidí, svůj pocit ohrožení aplikuje na okolní svět. Nedostalo se mu možnosti získat od rodičů základní pocit důvěry a svět se mu v důsledku jeho zkušenosti zdá být nebezpečný a ohrožující. Týrané dítě může mít obavy z opuštění rodičem a v té souvislosti prožívá úzkost, nejistotu a beznaděj. Velice těžko správně interpretuje chování a běžné projevy lidí, je k nim nedůvěřivé, ostražitě a bývá vztahovačné.

Následkem dlouhodobého týrání je postupná fixace negativního sebehodnocení, z čehož vyplývá i nedostatek sebedůvěry. Co se týče chování těchto dětí, tak se mohou projevovat jako tiché, apatické, zakřiknuté a pasivní, bez zájmu o kontakt s okolím anebo naopak u nich může převažovat neklid a hyperaktivita. Častěji se u nich vyskytují destruktivní a agresivní tendence a obtížná vychovatelnost. Týrané děti selhávají v oblasti sociální adaptace – tím, že neznají normy chování, bývají okolím často odmítané.

Vágnerová popisuje obranné reakce týraného dítěte. Dochází k nim, když dítě prožívá konflikt dvou významných psychických potřeb – zbavení se fyzické bolesti a udržení si pocitu bezpečí domácího prostředí, což je velmi těžké, protože aktérem násilí je blízký člověk, který by měl právě pocit bezpečí domácího prostředí poskytovat. Dítě nedokáže tento konflikt reálně vyřešit, a proto stimuluje různé obranné mechanismy:

- *Popírání skutečnosti* – přítomnosti týrání – ať již z důvodu obavy dalšího potrestání nebo ve snaze ochránit rodiče, ke kterému má i přes všechna utrpení a negativa silný citový vztah. Chrání tak zároveň i svou iluzi „bezpečí domácího prostředí“.
- *Přijetí role špatného dítěte* – přijme skutečnost, že je trestáno oprávněně. A je to z toho důvodu, že jen tak si týrané dítě vysvětluje spravedlivost rodičovského trestání – pocitem viny.
- *Aktivní obranná strategie* – týrané a bité dítě velice těžce snáší odloučení od rodiny (ač by přece mělo cítit úlevu), je to tím, že si potřebuje udržet svou citovou vazbu na týrajícího rodiče, který mu však citovou náklonnost neopětuje.
- *Tendence zopakování negativního prožitku* – v opakovaném negativním prožitku může dítě najít jeho přijatelnější interpretaci a tak se s ním snadněji vyrovnat (například jde o postupnou změnu pohledu na agresora, který se po několikátém zopakování potrestání nejeví tak zlý).
- *Identifikace s agresorem* – aby snadněji dítě zpracovalo negativní zážitek, začne se chovat podobně jako agresor (je agresivní, bezohledné, vyvolává konflikty, je

nesnášenlivé a útočné).⁶²

2.3.3 Syndrom sexuálně zneužívaného dítěte

Sexuální zneužívání je tělesnou, duševní a sociální zátěží, která dítě velmi ovlivňuje a vede k jeho poškození. Do jaké míry je pro dítě zátěží se projevuje změnou v jeho psychice a interpretací problému. Pokud je zatížení dítěte opravdu závažné, může se u něj rozvinout posttraumatická stresová porucha (viz kapitola 2.3.4).⁶³

Mezi projevy mající vliv na citové prožívání dítěte patří negativní citová reakce, která v sobě zahrnuje strach, úzkost, zlost a odpor. Dítě také prožívá pocity viny, studu ponížení a pocity beznaděje. Intrafamiliární zneužívání může u dítěte rozvinout vznik tzv. *home alone syndromu*. Jedná se o dlouhodobý stav, kdy dítě pociťuje opuštěnost uvnitř vlastního domova, rodiny, nedostává se mu opory u žádného člena rodiny. Takové dítě se pak cítí „úplně samo“ nejen doma, ale i mimo svůj domov. Projevy v chování sexuálně zneužívaných dětí mohou být často extrémní – bývají nápadně pasivní, dráždivé se sklonem k afektivním reakcím, mívají tendence k izolaci od svého okolí (straní se kamarádů, společnosti). Vůči dospělým se chovají nestandardně – buď vyjadřují nadměrnou potřebu obrany, nebo jsou negativistické a provokující. Rozdílně také může sexuální zneužívání ovlivnit i následný vztah k sexualitě. V chování dítěte je buď předčasně zdůrazněna sexualita – např. některé děti pak využívají sexu jako prostředku k manipulaci s lidmi a k získávání určitých výhod, anebo se dítě jakéhokoli projevu sexuality nápadně bojí. Dochází tak k jejímu potlačení – dítě pak může mít problémy se svou sexuální identitou, jejímž důsledkem je následně i problém s přijetím role v dospělosti.⁶⁴

Mufsonová a Kranzová uvádějí tyto následky sexuálního zneužívání:

- poškozené sebevědomí
- sebevražedné myšlenky či pokusy o sebevraždu
- poruchy příjmu potravy
- poruchy v sexuálním chování – promiskuita, destruktivní sexuální vztahy, prostituce
- útky z domova

⁶² Srov. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 611-616.

⁶³ Srov. „tamtéž“, s. 623.

⁶⁴ Srov. „tamtéž“, s. 624-630.

- tendence utváření vztahů, v nichž dochází také k sexuálnímu zneužívání
- potíže s utváření důvěrných vztahů
- potíže s tím, mít příjemné pocity ze sexuálních vztahů⁶⁵

2.3.4 Reakce na těžký stres

Jako další následky násilí prováděného na dětech jsou akutní reakce na stres a posttraumatická stresová porucha.

Posttraumatické poruchy jsou reakcí na jednorázový nebo déletrvající traumatický zážitek. Tyto poruchy se vyznačují tím, že ve vědomí dítěte dochází k znovuprožívání a přetrvávání traumatické události a toto prožívání je spojené s intenzivním strachem, pocity hrůzy, bezmoci a vyhýbáním se podnětům, které jsou s touto zkušeností spojeny.

První zmiňovanou poruchou je:

Akutní reakce na stres – jedná se o dočasnou poruchu, ke které dochází v důsledku vnějšího působení na fyzickou či psychickou zátěž u duševně zdravé osoby, tato porucha odeznívá max. do 2–3 dnů od události a na tuto epizodu může být částečná nebo úplná amnézie.

Druhou poruchou je:

Posttraumatická stresová porucha – projevuje se jako opožděná či protahovaná odpověď na stresovou situaci/událost, mající mimořádně ohrožující povahu. Je pro ni typické znovuprožívání traumatu ve vzpomínkách, snech či nočních děsech. Její začátek se objevuje po prožitém traumatu s latencí několik týdnů až několik měsíců. Je specifická zejména pro děti v předškolním, školním a adolescentním věku, avšak všechny děti mohou na trauma reagovat shodně – buď uzavřením se či popřením události.⁶⁶

Projevy reakcí na těžký stres bývají různé u dětí rozdílného věku:

Děti předškolního věku bývají po prožitém incidentu ztuhlé, nemluvné, úzkostné, nejdí či se přejídají, může dojít k návratu do předchozích vývojových stadií (pomočování se, problémy s defekací), trpí poruchy spánku či nočními děsy.

Děti školního věku mívají často poruchy učení a chování (bývají uzavřené či agresivní),

⁶⁵ Srov. MUFSONOVÁ S., KRANZOVÁ R., *O týrání a zneužívání*, s. 84.

⁶⁶ Srov. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 425.

mají psychosomatické potíže (bolesti hlavy, břicha, bušení srdce), dochází u nich k pocitům viny, sebeodsuzování, projevům lhostejnosti a zlostnosti.

Adolescenti velmi často reagují nejistotou, úzkostí (v případě dlouhodobého působení může dojít k sebepoškození), odporem ke škole a rodičovské autoritě. Velmi často u nich dochází ke změně projevů v chování – záškoláctví, asociální projevy – krádeže, sexuální promiskuita, požívání alkoholu, drog atd.⁶⁷

Výše jsou v obecné rovině nastíněny možné následky syndromu CAN u dítěte. Blíže budou různé změny v chování, jednání, vnímání apod., na těle i na duši dítěte se syndromem CAN, popsány v kapitole 2.5.

2.4 Oběť a pachatel

2.4.1 Kdo je oběť

Kdo jsou vlastně ti, kterým se děje násilí? Děti jsou plně závislé na svých rodičích či na těch, kteří je vychovávají a starají se o ně. Od útlého dětství je dospělí svým přístupem tvarují, vychovávají a předávají jim vzorce chování a jednání. Přípravují prostředí, ve kterém dítě vyrůstá a učí se reagovat na různé podněty různým způsobem. Když budeme brát v potaz to, že obětí se stává jedinec, který z nějakého důvodu nedokáže odvrátit a zamezit útoku na svou osobu, pak obětí se stává každé dítě, které je v pozici vůči svému „protivníkovi“ slabší či neschopné adekvátní sebeobrany. Každý takový útok je neomluvitelný a neobhajitelný.

Jsou ale autoři (např. J. Langmeier, Z. Matějček), kteří ve svých publikacích charakterizují „oběť“ z trochu jiného pohledu s ohledem na výše popsané pojetí, a to způsobem, kdy poukazují na to, že dítě svým chováním či projevy může v dospělých podněcovat agresivní či jiné nevhodné chování – jedná se o děti tzv. „v rizikovém postavení“. Tím se ale může zdát, že vinu za takové chování přesouvají z rodičů na dítě. Avšak za chování a jednání dospělého jedince k dítěti je vždy plně odpovědný dospělý

⁶⁷ Srov. ČÍRTKOVÁ L., VITOUŠOVÁ P., a kol., *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů*, s. 51–55.

a nelze tuto odpovědnost snižovat tím, že projevy a chování dítěte nejsou zcela standardní. Jedná se tedy o jisté charakteristické vlastnosti a projevy dítěte, které mohou dítě postavit do role „oběti“ snáze, než dítě, které tyto projevy či vlastnosti nevykazuje.

Langmeier a Matějček uvádí charakteristiku dětí, které mohou inklinovat k tomu, aby na nich bylo následně pácháno násilí ve formě tělesného týrání. Mohou to být děti, které jsou dráždivé, zlostné, křičící a neklidné. Riziku zanedbávání pak mohou být vystaveny děti naopak tiché, pasivní, nenápadné.⁶⁸

Rizikové dítě je takové, jehož projevy, chování, jednání a reakce jsou spouštěcími mechanismy rizikového chování dospělého. Důvodů a příčin může být několik, někdy to je i kombinace více faktorů.

Děti, které dospělého vyčerpávají

Bývají to malé děti (počínaje novorozenci), které z nějakého důvodu celé noci nespí, křičí, pláčou, vztekají se a nejdou nijak utiшит. Chronicky neuspokojená potřeba spánku rodiče (či jiné pečující osoby), se promítá do jeho psychiky jako frustrace. Tato frustrace pak v tělu aktivizuje obranné mechanismy, které se mají za úkol tělo takové frustrace zbavit. Jedním z těchto mechanismů je agrese, která se může projevovat i zkratkovitým jednáním dospělého. Agrese je pak s velkou pravděpodobností mířena směrem k původci jejího vzniku – k dítěti. Každý jedinec má jinou míru odolnosti vůči psychické zátěži, jedná se o tzv. frustrační toleranci a tato má významný vliv na chování dospělého v případech vypjatých situací.

Jako další problémové děti mohou být takové, které se jeví jako neaktivní a neagresivní, avšak jsou velmi citlivé, úzkostné či psychicky labilní, nebo naopak děti, které jsou hyperaktivní, neklidné, impulzivní, mající zájem o všechno dění v okolí s malou schopností soustředění a vytrvalé práce. Obojí typy projevů chování mohou být pro své okolí velmi vyčerpávající a frustrující. Pro dospělého jedince s nízkou frustrační tolerancí pak hrozbou vzniku rizikového jednání.

⁶⁸ Srov. LANGMEIER J., MATĚJČEK Z., *Psychická deprivace v dětství*, s. 107.

Děti s málo pochopitelným chováním

V této kategorii se nacházejí dva typy dětí – ty, kterým vychovatelé nemohou dobře porozumět pro zvláštnosti či výjimečnost jejich povahy a dále děti, ocitající se ve výjimečné sociální situaci, která vychovatelům v různé míře stěžuje ji pochopit. Jedná se o děti s poruchami autistického spektra, se specifickými poruchami učení, s atypickými či anomálním vývojem osobnosti apod.

Děti, které nesplňují očekávání rodičů

Pokud rodiče mívají větší očekávání od svých dětí, které je neplní, může docházet k tomu, že děti budou více trestány a méně milovány. Takovými dětmi bývají děti s mentální retardací (spíše s lehčí formou) či děti s lehkou mozkovou dysfunkcí, ale také děti, které trpí smyslovými vadami, tělesnými defekty (mívající odchylku od běžné normy).⁶⁹

2.4.2 Pachatelé

Někteří lidé mají blíže k násilnému chování vůči dítěti než jiní, jsou také rozdíly v příčinách takového jednání, a to v souvislosti na formě násilí. Někteří lidé se dopouští aktivního a dlouhodobého týrání, jiní ubližují dítěti pasivně – svým nezájmem, nevšímavostí nebo nedostatkem kontaktu a jiní mají sklony uspokojovat své sexuální potřeby prostřednictvím dítěte.

Matějček⁷⁰ uvádí charakteristiku rizikových dospělých, kteří se nejčastěji dopouští příslušných forem syndromu CAN na dětech:

Fyzické týrání (primární vychovatelé dítěte):

- lidé s anomálním vývojem osobnosti (psychopatie), zejména s agresivními povahovými rysy
- psychicky nemocní jedinci (psychotici) a jedinci s neurotickými obtížemi
- alkoholici, toxikomani
- povahově nezralí, nevyspělí a mladiství rodiče
- příslušníci některých společenských skupin s agresivním programem či lidé se

⁶⁹ Srov. LANGMEIER J., MATĚJČEK Z., *Psychická deprivace v dětství*, s. 135–140.

⁷⁰ Srov. „tamtéž“, s. 108–110.

zvláštním životním stylem

- jedinci, ocitající se po delší dobu v stresové situaci (nezaměstnaní, uražení či ponížení lidé)

Pohlavní zneužívání dítěte (nejen primární vychovatelé dítěte, ale i osoby přicházející s dítětem do styku v rodině i mimo ni):

- sexuální devianti (jedinci kteří trpí nějakou sexuální úchylností)
- jedinci staršího věku (při ochabnutí kontroly chování, demence či jiné onemocnění, které omezuje kontrolu pudového jednání)
- sexuálně hyperaktivní jedinci
- alkoholici, toxikomani

Zanedbávání (primární vychovatelé, ale spíše než jednotlivci, tak celé prostředí, ve kterém dítě žije):

- mentálně retardovaní
- smyslově či pohybově postižení, somaticky a psychicky nemocní, invalidní
- osaměle žijící osoby
- alkoholici, toxikomani
- povahově nezralí, nevyspělí a mladiství rodiče
- lidé s deprivací či subdeprivací životní zkušeností (vytvářející opět svým dětem deprivací životní prostředí)
- lidé žijící na velmi nízké životní úrovni – v hmotné bídě, nezaměstnaní, bezdomovci apod.
- sebestřední lidé, kteří jsou příliš zaujati svými zájmy, prací zálibami či povinnostmi

Děti, které zažívají v rodinném prostředí jakékoliv násilí, se učí reagovat na podněty vycházející zvenčí jinak, než je tomu u dětí, jež násilí vystaveny nebyly. Z dětí se stávají dospělí, kteří plodí a vychovávají další generaci jedinců. Jaké jsou předpoklady, že si budou počínat stejně ve své výchově a přístupu ke svým potomkům? U takových dětí resp. dospělých je vysoké riziko trvalých následků a vzniklých patologií, promítajících se do jejich prokreačních rodin, do rodin, které budou utvářet.

Bentovim uvádí, že násilí prožité v dětství se opakuje v další generaci a jeho míra závisí

na délce a intenzitě týrání, zneužívání či zanedbávání. Tento proces se nazývá „transgenerační přenos“ a postihuje tak další generaci rodičů a jejich dětí.⁷¹

2.5 Jak poznáme dítě se syndromem CAN

Odhalit dítě, které trpí syndromem CAN, nebývá lehké a stejně jako na faktech, záleží také na pocitech a intuici dospělého, který je s dítětem v užším kontaktu. Velmi často nám takové dítě může připadat zvláštní či podivné již od prvního kontaktu s ním, či může nastat změna v jeho chování, projevech, například po prázdninách nebo se změni postupem času. Velmi obecně lze říci, že děti se syndromem CAN mají významné problémy v oblasti emocí. Mohou být nepřiměřeně stažené do sebe, anebo naopak mohou být nepřiměřeně agresivní. Úkolem dospělého, který s takovým dítětem pracuje (např. pedagogický pracovník) je pomoci mu „vyjít z ulity“ nebo v druhém případě pomoci mu zvládnout jeho vlastní agresivitu. Dítě, které je tiché a uzavřené, je v podstatě nekonfliktní a nebývá terčem pozornosti pedagogů, takže jeho skrytá bolest tak může být snadno nepovšimnuta. U dítěte, které je agresivní, hrozí označení jako „zlé“ či označení diagnózou „porucha chování“, opět může být nepovšimnuto jeho skryté volání o pomoc, a tak bývá trestáno nejen doma, ale i ve škole, na kroužku. U profesionálů pracujících s dětmi a mládeží by však k takovým postojům nemělo dojít.⁷²

Odhalit konkrétní druh násilí bývá obtížné, protože většinou nedochází pouze k jedné formě násilí, nýbrž ke kombinaci více druhů. Dítě, které je sexuálně zneužívané, většinou bývá i fyzicky a psychicky týrané, dítě týrané fyzicky je současně týrané psychicky a dítě na kterém je páčáno násilí psychické, bývá zanedbávané. Pokud si všimneme jednoho znaku z výčtu symptomů, to samo o sobě ještě neznamená, že dítě je nějakým způsobem týrané, zneužívané či zanedbávané. Avšak nalezneme-li více než jeden znak či symptom, je třeba věnovat dítěti zvýšenou pozornost a připustit i možnost, že by se mohlo jednat o oběť násilí.⁷³

⁷¹ Srov. BENTOVIM A., *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*, s.56.

⁷² Srov. PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M., *Poradenská psychologie pro děti a mládež*, s. 119-120.

⁷³ Srov. „tamtéž“, s. 120-121.

2.5.1 Tělesné známky a projevy

Elliottová uvádí charakteristiku možných projevů u dětí, které jsou *zanedbávané*. Tyto děti se mohou vyznačovat tím, že mají neustále hlad, mohou být vyhublé, nejsou schopné dodržovat základní hygienická pravidla, mívají projevy chronické únavy, jejich oblečení může být znečištěné, zapáchající či velmi zastaralé, může se u nich vyskytovat záškoláctví, či opakované pozdní příchody do školy, mohou trpět neléčenými zdravotními problémy, mívají sebedestruktivní sklony, trpí nízkou sebeúctou, mají projevy neurotického chování a absenci sociabilního chování, mohou mít nutkání ke krádežím či sbírání odložených věcí a mohou se u nich vyskytovat opakované útěky z domova.⁷⁴

Děti, které jsou *tělesně týrané*, mohou mít na svém těle různá poranění, popáleniny nevysvětlitelného původu (zejména, jsou-li opakované), zdůvodnění jejich vzniku jsou nepravděpodobná či dítě o nich nechce mluvit. Vyskytuje se u nich poranění v důsledku neúměrného trestání, takové děti mají strach ze styku s rodiči. Neméně nápadné mohou být další fyzické projevy, jako jsou lysiny (po vytrhávání vlasů), pohmožděniny nadloktí, stehen, tváří (po kousání, štípání, bití). Takové děti nechtějí odhalovat paže a nohy – i v teplém počasí, mají strach ze svlékání se před hodinou tělesné výchovy, mívají strach a obavy jít domů, z lékařské pomoci či ošetření. Mívají sklony k sebedestrukcii a sebetřýznění, vyskytuje se u nich agresivní chování a také útěky z domova.⁷⁵

Děti *psychicky/emocionálně týrané* mívají známky fyzického, mentálního nebo emocionálního opoždění ve vývoji, jejich reakce na vlastní chyby jsou neúměrné a silné, dochází u nich k neustálému podceňování se a mívají obavy z nových situací. Jejich chování může mít neurotické podoby (kroucení, vytrhávání si vlasů, cucání si prstů, bezdůvodné mytí se apod.), často u nich dochází k sebepoškozování, reakce na bolest bývají až nápadně nepřiměřené (necitlivost nebo přehnaná citlivost). U těchto dětí se může vyskytovat užívání drog, alkoholu a jiných omamných látek. Bývají nejistí ve vztazích a obtížně navazují nebo udržují přátelství s vrstevníky. Jejich chování může být pasivní či

⁷⁴ Srov. ELLIOTT M., *Jak ochránit své dítě*, s. 65.

⁷⁵ Srov. „tamtéž“, s. 61-62.

agresivní, mívají strach z potrestání a trpí častým sebeobviňováním se. Objevují se u nich i obavy o přízeň a lásku.⁷⁶

Sexuálně zneužívané děti do 5-ti let věku jsou bez pocitu jistoty a s nápadným strachem „visí“ na rodičích, bývají hysterické při přebalování či vysvlékání spodního prádla. Jsou-li v přítomnosti konkrétní osoby (zneuživatele), projevují neobvykle silný strach. Jejich obranným mechanismem je regres. Bývají často smutní, mohou být až agresivní či naopak uzavření s nepřítomným pohledem. Mívají problémy s jídlem a jejich sebehodnocení bývá pokřivené (říká o sobě, že je zlé, nehodné...). Projevuje se u nich ztráta zájmu o různé zábavné aktivity – hry, pohádky, kontakt s jinými dětmi. Dalším signálem může být věku neúměrné sexuální chování a používání neslušných slov, frází – neodpovídající běžným nadávkám a frázím dětí ve stejném věku.

Sexuálně zneužívané děti 5 – 12 let mohou nepřiměřeně upoutávat pozornost na svou osobu lhaním, krádežemi či nevysvětlitelným chováním, naznačovat, že znají nebo mají nějaké tajemství, se kterým se však nemohou nikomu svěřit. Mohou mít na dospělého také otázky, zdali by nikomu neprozradil nic, s čím by se mu svěřily. Z nevysvětlitelného důvodu začnou nesnášet určitou dospělou osobu a i když byla předtím oblíbená, nechtějí, aby o ně chodila pečovat. Mohou mít zlé sny, mohou se začít pomočovat, nemají radost z dříve oblíbených činností, mohou trpět chronickými bolestmi (v krku, hlavy, žaludku), gynekologickými problémy, zvýšenou citlivostí v oblasti genitální/anální (např. bolesti při močení), nechutenstvím či naopak přejídáním. Nápadné může být vlastnictví nevysvětlitelného obnosu peněz, dárků apod. I u nich se projevuje neochota vysvlékat se před tělocvikem, mohou vykazovat sexuální aktivitu nepřiměřenou jejich věku, kreslit sexuálně inspirované obrázky, mohou se pokusit zneužít jiné děti, často také mluví nebo píšou o sexuálních otázkách. Mívají deprese, špatné sebehodnocení a projevy sebepoškození někdy i s pokusy o sebevraždu. Tyto děti jsou stále ve střehu, nechtějí se navracet domů a používají k tomu nejrůznější výmluvy či opakovaně utíkají z domova. Může u nich dojít k regresi v chování.

⁷⁶ Srov. ELLIOTT M., *Jak ochránit své dítě*, s. 63-64.

U *sexuálně zneužívaných dětí starších 13-ti let* (platí stejně tak i pro všechny předešlé) se mohou vyskytovat projevy nevhodného, sexuálně vyzývavého chování, užívání drog či nadměrného množství alkoholu. Mívají chronické deprese (i se sklony k sebevraždě), ztrátu paměti, obavy z konkrétních lidí, opakující se zlé sny, strach ze tmy, izolují se od vrstevníků/kamarádů. Nedokážou se soustředit, jsou uzavřené ve svém vlastním světě, mohou mít náhlé změny chování, návyků či prudké výbuchy hněvu/agrese. Může u nich docházet k přebírání rodičovské úlohy (starají se o všechno, jen ne o sebe). Častěji mívají pocity viny, předstírají zákaz chození ven, své trápení mohou ventilovat jako problémy známých, které někdy někdo zneužil.⁷⁷

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy⁷⁸ na svých internetových stránkách poskytuje pedagogům a pedagogickým pracovníkům základní informace o syndromu CAN a uvádí změny v chování dítěte, které by jím mohlo být dotčeno:

„Změny v chování dítěte

- celková stísněnost a nezáměr o dění kolem
- zvýšená opatrnost v kontaktu s dospělými
- úzkost a vyděšené reakce v přítomnosti konkrétních dospělých osob nebo v situaci, kdy je dítě s dospělým samo
- vyhybání se školním a mimoškolním aktivitám
- nápadně lhostejné postoje, výroky typu „mně je to jedno“
- agresivní napadání a šikanování vrstevníků
- zvýšená citová dráždivost a agresivní projevy na sebemenší podněty
- potíže se soustředěním a zhoršení prospěchu ve škole
- váhání s odchodem domů po vyučování
- neomluvené absence ve škole
- odmítání jídla nebo přejídání
- sebepoškozování
- útěky z domova

⁷⁷ Srov. ELLIOTTOVÁ M., *Jak ochránit své dítě*, s. 65-66.

⁷⁸ Srov. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY, *Dokumenty*. [on-line]

Známky na těle dítěte

- opakovaná zranění včetně zlomenin
- modřiny
- řezné rány
- otoky částí těla, například rtů, tváří, zápěstí
- stopy po svazování
- otisky různých předmětů na těle
- natrhnutí ucha
- otisky dlaně a prstů
- stopy po opaření nebo popálení cigaretou

Fyzické (tělesné) týrání:

- aktivní – bití a jiné agresivní formy napadání dítěte
- pasivní – nedostatečné uspokojování nejdůležitějších potřeb dítěte

Některé známky zanedbávání:

- trvalý hlad
- podvýživa
- chudá slovní zásoba
- špatná hygiena
- zkažené zuby a časté záněty dásní
- dítě není očkováno proti nemocem
- nevhodné oblečení vzhledem k počasí
- nedostatek dohledu – dítě je večer doma samo, venku pobývá dlouho do tmy a bez dozoru apod.
- vyčerpanost, přepracovanost
- s dítětem se nikdo neučí, nezajímá se o jeho školní povinnosti
- vyhození z domova

Některé projevy zanedbávaného dítěte:

- má chudé nebo velmi špatné vztahy s rodiči

- touží po citu a pozornosti jakéhokoliv dospělého (nedělá rozdíly mezi blízkými a cizími lidmi, vrhá se k cizím dospělým, odešlo by s nimi)
- je neobvykle unavené až apatické, někdy naopak nezvládnutelné
- všechno jí hltavě a hladově
- chodí za školu nebo do ní chodí pozdě
- má potíže s učením
- zdráhá se odcházet domů
- houpá se, cucá věci nebo prsty, kýve hlavou
- žebra o jídlo, peníze nebo jiné „věci“

2.5.2 Obranné reakce

U každého jedince, který se střetne se zátěžovou situací, dochází k tzv. obranným reakcím. Obrannými reakcemi jsou myšleny různé způsoby vyrovnání se jedince se zátěží, kterou prožil či prožívá. Vycházejí ze dvou základních, fylogeneticky starých mechanismů – útok, únik a mají za cíl udržet, resp. znovu získat psychickou pohodu a rovnováhu jedince. Tyto reakce ovlivňují chování a prožívání, mohou být i vodítkem toho, že s dítětem není něco v pořádku. Patří mezi ně:

Útok – jedná se o aktivní variantu a vyjadřuje tendenci s ohrožující a nepřijatelnou situací bojovat. Agrese dítěte může být zaměřena směrem ven – tedy na nějaký náhradní objekt (např. spolužáci apod.), anebo může být agrese obrácena i vůči sobě samému a projevit se jako verbální sebeobviňování či v krajních případech i jako sebevražedné tendence. S upřednostněním útočné strategie souvisí i sklon ke zvýšené aktivitě, která souvisí s řešením aktuálního problému – např. odmítané dítě usilovně hledá někoho, s kým by se více sblížilo a zaměřuje k tomuto cíli veškerou svou energii, avšak způsoby, které využívá, okolí spíše odrazuje. Můžeme sem zařadit i tendence k upoutávání pozornosti, k sebeprosazování (např. odlišným a nápadným chováním či úpravou zevnějšku). Takovýto mechanismus je popisován jako reakce na citovou deprivaci – určitý typ dětí se snaží vyvolat u svého okolí alespoň negativní emoce, když už nemůže vyvolat emoce pozitivní. Smyslem provokujícího sociálního chování citově strádajících dětí je pak ten, že chtějí

dostat alespoň pohlavek, když už nemohou dostat pohlazení.

Únik – jedná se o opak varianty útoku, kdy má dítě tendenci utéct z tíživé situace, která se pro něj zdá neřešitelná. Způsob, kterým se o únik pokusí, může být různý – útěk z domova, přenesení odpovědnosti za řešení na jiného člověka, nebo rezignace.⁷⁹

Obranné reakce, které nejsou plně uvědomované

Tyto reakce mají podobný význam jako výše uvedený útok a únik. Liší se mírou zkreslení skutečnosti a způsobem, jakým jedinec s takovou informací naloží – jaký zaujme postoj a jak se bude chovat. Rozlišujeme:

Popření – jedinec přijímá pouze takové informace, které pro něho nejsou ohrožující. Skutečnost, která pro něj byla traumatická neakceptuje.

Potlačení a vytěsnění – jedinec se snaží zbavit pocitů, myšlenek, pohnutek, které jsou pro něj subjektivně nepřijatelné – např. vytěsňování traumatických, násilných zážitků. Takovéto vytěsněné obsahy vědomí se sice projevují i nadále, ale v pozměněné zastřené podobě, kdy nevyvolávají tak intenzivní pocity ohrožení.

Fantazie – pomáhá jedinci nahradit nesnesitelné zážitky jinými, které jsou sice nereálné, ale uspokojující. Stejný význam má i bájeví lhavost, kdy si nespokojené dítě vytváří nové nepravdivé příběhy, které kompenzují jeho problémy – např. je atraktivní, statečné, oblíbené, milované, úspěšné apod., přestože tomu tak ve skutečnosti není.

Racionalizace – jedinec se snaží zvládnout zátěžovou situaci jejím zdánlivě logickým přehodnocením, zkreslením skutečného příběhu. Zastírá tíživé problémy jejich přijatelnějším, ne však zcela přesným a správným způsobem výkladu. Např. dítě neúspěšné ve škole vysvětluje svůj neúspěch a své selhání neschopností učitelů, zaměřením se proti němu a jejich nespravedlností.

Regrese – jedná se o únik na vývojově nižší úroveň chování, často vyjadřuje odmítnutí samostatnosti a zvyšuje se potřeba závislosti na podpoře okolí. Může přinést úlevu a pomoc dočasně se vyrovnat se situací. Freud označuje tento stav jako fixaci na úrovni orálního stádia, ve kterém mělo dítě uspokojit svou potřebu bezpečí.

⁷⁹ Srov. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 56-57

Identifikace – jejím prostřednictvím dochází k posilování vlastní hodnoty tím, že se jedinec ztotožní s někým, koho lze obdivovat. Posiluje sebevědomí, snižuje pocity méněcennosti a nejistoty, avšak její důsledky nemusí být vždy pozitivní, obdivovaný jedinec či skupina může frustrovaného jedince svést k experimentaci s alkoholem, drogami, k asociálním činnostem apod. Silná identifikace blokuje rozvoj vlastní osobnosti, vede pouze k nápodobě někoho jiného.

Substitute – náhrada nedosažitelného uspokojení takovým, které se jeví jako dostupné. Např. dospívající jedinec, který není akceptován svou rodinou, spolužáky ve třídě apod., začne hledat náhradní uspokojení v problémové skupině/partě, kde může být konečně přijat, kdy bude cítit, že někam patří, že je přijímán. Mnohdy taková skupina není vyhovující po stránkách sociálních (nutí její členy krást, užívat návykové látky, podřizovat se vůdci atd.), ale pocit uspokojení z přijetí je pro frustrujícího jedince v danou chvíli přijatelnější. Nebo např. velká část citově strádajících dětí je zaměřena na jídlo, hromadění věcí či jiné tělesné potřeby.

Projekce – jedná se o promítání svých vlastních obav či názorů do jednání jiných lidí, velmi často jde o přisuzování vlastních chyb druhým, resp. jedinec očekává takové chování, ke kterému má sám sklony (nespolehlivost, agrese apod.).

Rezignace – bývá často reakcí na dlouhodobě zátěžovou situaci, kdy se jedinec něčeho předem vzdá považujíc to za nedosažitelné. Je vyjádřením bezmoci, apatie, pasivity, jejíž efekt spočívá v tom, že jedinec pokud nic neočekává, nemůže být ani zklamán. Je častým projevem obětí násilí, které se na základě svých negativních zkušeností straní ostatních lidí.⁸⁰

2.5.3 Patologie v chování a jednání

Žijeme ve společnosti, ve které na děti a mládež působí různé vnitřní a vnější vlivy – pozitivní, negativní, až nebezpečné. Jedná se např. o užívání návykových látek, kriminalitu, různé formy agresivního chování apod. Těmito jevy jsou ve zvýšené míře ohroženy děti, které z nějakého důvodu hledají uspokojení svých potřeb jinde, když ho nenalezly ve svém nejbližším okolí. Mohou to být děti vyrůstající v nevhodném prostředí za nevhodných

⁸⁰ Srov. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 57-60.

podmínek, tedy i děti se syndromem CAN. A protože sociálně patologické jevy u dětí mohou být signálem toho, že děti by potenciálně mohly být ohroženy syndromem CAN, tak tato kapitola patologické chování dětí popíše blíže.

Agresivní syndrom

Agresivní chování je porušování sociálních norem, které omezuje práva a poškozuje živé osoby či neživé objekty. Může se jednat o reálný či symbolický útok, různé způsoby ubližování – bití, nadávky, omezování, ničení. *Agresivitou* označujeme tendenci/pohotovosti k násilnému způsobu reagování, *agresí* je míněn reálný projev chování mající charakter násilí. Sklon k agresivitě je ovlivněn více faktory. Jedná se o kumulaci různých vlivů – vrozených dispozic, získaných zkušeností, aktuálních podnětů. Sociální složkou, která může posilovat sklon k agresivnímu reagování na základě určité zkušenosti, případně může působit jako startovací podnět, je *vliv prostředí*. Agresivita může v závislosti na učení vzrůstat – pokud se jedinec např. identifikuje s určitou osobou. A tak se nejvýznamnějším zdrojem rané zkušenosti stává rodinné prostředí, členové rodiny. Pokud jsou u dítěte pozitivně posilovány agresivní projevy, pak vzrůstá i jeho tendence k agresivitě. Dalším významným faktorem je míra emočního přijetí dítěte – nezám, odmítání spolu s citovým strádáním posiluje jeho pocity nejistoty a z toho plynoucí sklon k násilnému a bezohlednému jednání, a to nejen v dětství, ale i v dospívání a rané dospělosti. Agresivní chování dítěte postiženého syndromem CAN je nutné chápat jako obrannou reakci na citovou deprivaci, prožívanou s frustrací, která může být spojena se zvýšenou úzkostí a strachem.⁸¹

Poruchy chování v dětském věku

Poruchami chování chápeme takové jednání, které se projevuje v oblasti socializace – jedinec nerespektuje normy chování odpovídající jeho věku či jeho rozumovým schopnostem. Dítě se v průběhu jeho sociálního vývoje učí rozpoznávat jaké chování je

⁸¹ Srov. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 757-764.

žádoucí, nežádoucí, jakým způsobem je vhodné reagovat na určité situace. Tím, kdo v prvních letech jeho života koriguje, stimuluje jeho chování a učí ho normám, jsou rodiče, později by dítě mělo být schopné dodržovat normy samo, i když nad ním není žádná kontrola. K tomu, aby bylo dosaženo určitého stupně autoregulace, potřebuje být rozumově vyspělé – musí chápat význam a podstatu pravidel, být schopné odložit aktuální potřebu uspokojení, pokud to v tu chvíli není možné. Za poruchové chování označujeme:

- *chování, kdy jedinec nerespektuje sociální normy společnosti* – mluvíme o ní tehdy, kdy jedinec je schopen chápat význam norem a hodnot, ale neřídí se jimi, neakceptuje je (rozdílná hodnotová hierarchie, neschopnost ovládat své chování, různé osobní motivy)
- *jedinec není schopný navázat a udržet sociální vztahy* – projevuje se zde nedostatek empatie, nadměrný egoismus, zaměření se na uspokojování vlastních potřeb. Velmi často tito lidé nezažili citový vztah, poskytující pozitivní zkušenost, který by rozvinul jejich schopnost vcítění projevující se neohleduplností k jiným bytostem, věcem atd. Jsou bez pocitu viny za jejich chování/porušování norem, není dostatečně rozvinuto jejich svědomí.

Příčinou vzniku poruchového chování je tzv. multifaktoriální podmínění, tzn., že jedinec je nepříznivě ovlivněn ve více oblastech, které se vzájemně ovlivňují. Patří sem především biologické a sociální faktory.⁸²

V *raném školním věku* mohou různé změny v chování souviset s vývojovým výkyvem, ale v opačném případě signalizují právě možné poruchy chování, patří sem – nepřesnosti v hodnocení reality (lhavost – nepřesné rozlišení skutečnosti, vzpomínek či fantazie), nerespektování osobního vlastnictví (berou si věci, které jim nepatří). Avšak v tomto věku se jedná spíše o nezralost v oblasti kognitivních funkcí či autoregulace, než o vědomé a úmyslné překračování sociálních norem. *Ve středním školním věku* se prohlubuje potřeba jedince patřit do určité skupiny vrstevníků, kdy může docházet k tomu, že některé děti začnou být pro nevyhovující chování, vzhled atp., vyčleňovány, může docházet k šikaně či dalším prohřeškům proti sociálním normám. Případně, že „problémové“ děti organizují samy skupiny, vyznačující se asociálním chováním. *V období dospívání* považujeme za

⁸² Srov. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 779-780.

důležitý vývojový znak změnu myšlení, která je daná rozvojem formálních logických operací. U dospívajícího jedince se začíná zvyšovat kritičnost k doposud respektovaným normám, neakceptuje vždy vše, co mu dospělí předkládají, odpoutává se od rodiny, má potřebu dokazovat si vlastní nezávislost. Zvyšuje se riziko experimentování, které překračuje běžné sociální normy (symbolické/fyzické útoky proti společensky respektovaným hodnotám). Děti, které v rodině nenalezly citové zázemí, se v tomto období definitivně oddělí od rodiny, necítí potřebu rodiče nadále respektovat. Jejich chování přerůstá v různé přestupky mající charakter kriminálního chování (krádeže, přepadávání, loupeže apod.).

Typy poruch chování

Lhaní – můžeme ho chápat jako jeden ze způsobů úniku dítěte z nepříjemné situace, kterou nedovede vyřešit jinak.

Záškoláctví, útěky a toulání – dítě má tendenci odněkud utíkat. Takový útěk může znamenat obranné, únikové jednání, kterým dítě řeší svůj problém odejít z prostředí, kde se necítí bezpečně, které je pro něj nepřijatelné nebo ho nějak ohrožuje.

Krádeže – jsou projevem porušení norem respektování vlastnictví jiné osoby a jedná se o vědomé a záměrné jednání. U dítěte o něm lze hovořit tehdy, když je na určitém stupni rozumové vyspělosti a kdy tedy chápe pojem vlastnictví, je schopno akceptovat normu chování a rozlišuje vztah k vlastním a cizím věcem.

Agresivní poruchy chování – agresivní chování je spojeno s omezováním základních práv ostatních spolu s porušováním společenských norem. Dítě používá agresi jako prostředek k uspokojení nějaké jeho potřeby. Bývá namířena proti osobám, zvířatům či věcem.⁸³

Pro ochranu dětí zatížených syndromem CAN a pro předejití prohlubování následků u dětí, které se v této oblasti nacházejí, hraje významnou roli společnost. Ať již je to role preventivní či poskytující přímou ochranu a pomoc. Jedním z významných článků pro odhalení syndromu CAN u dítěte je základní škola, ve které děti tráví velkou část dne. Zde mají pedagogičtí pracovníci možnost všimnout si anomálií v chování, jednání či vzhledu

⁸³ Srov. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 788-797.

dítěte a dále s těmito skutečnostmi nakládat. Jaká je vlastně role pedagoga na základní škole? Jakým způsobem by měl pedagog a základní škola vystupovat v souvislosti s problematikou syndromu CAN? A jaká jsou preventivní opatření syndromu CAN na základních školách? Odpovědi na otázky nám poskytne další kapitola.

3. Pedagog a prevence syndromu CAN

Pedagog je bezprostředně po rodičích osobou, která s dítětem přijde do užšího kontaktu. Má možnost děti dlouhodobě pozorovat a všimnout si tak odlišností v jejich chování, jednání, vystupování či vzhledu. Pokud se při své pedagogické činnosti dostane do kontaktu s dítětem, které by mohlo být týráno, může v celém procesu sehrát velmi důležitou roli a zamezit tak dalšímu týrání, popř. může i dítěti zachránit život. Blíže se zaměříme na to, jak na roli pedagoga pohlíží odborná literatura.

3.1 Pedagog

Od pedagoga se očekává, že by měl své žáky vzdělávat a vychovávat. Z těchto dvou úkolů vyplývá řada požadavků na jeho profesní dovednosti. J. Čáp uvádí jako důležité především tyto:

- osvojit si příslušný obor a neustále se v něm zdokonalovat
- získat a nadále prohlubovat své pedagogické a psychologické poznatky, které mu umožní poznávat žáky a efektivně na ně působit
- rozvíjet a realizovat interakci a komunikaci se žáky, jejich rodiči a také s dalšími pedagogickými pracovníky
- zdokonalovat své sociální kompetence
- starat se o své tělesné a duševní zdraví, poskytovat žákům model zralé osobnosti⁸⁴

Problematikou profesních/ klíčových kompetencí pedagogů se zabývá celá řada autorů. Švec definuje kompetence jako ucelenou demonstrovanou schopnost jedince vykonávat speciální úkoly, které jsou potřebné ke splnění speciálních požadavků či nároků při výkonu odborných pracovních funkcí, sociálních rolí a zahrnuje praktické znalosti a dovednosti,

⁸⁴ Srov. ČÁP J., MAREŠ J., *Psychologie pro učitele*, s. 325-328.

postoje a kvality osobnosti.⁸⁵

Vašutová uvádí model profesních kompetencí pedagoga, který je v současné odborné literatuře považován jako nejpropracovanější. Jedná se o těchto sedm kompetencí:

- *předmětová-oborová* – pedagog je schopný zpřístupnit svým žákům veškeré znalosti ze svého aprobačního oboru, umí vyhledávat a zpracovávat informace
- *didaktická a psychodidaktická* – pedagog zvládá strategie učení a vyučování spolu se znalostmi psychologických a sociálních aspektů
- *pedagogická* – pedagog umí aplikovat teoretické poznatky z oblasti teorie výchovy a vzdělávání, zná a respektuje práva dítěte
- *diagnostická a intervenční* – pedagog umí používat prostředky pedagogické diagnostiky, ví, jak pracovat s nadanými žáky, s žáky se specifickými poruchami učení, dokáže se orientovat v oblasti prevence sociálně patologických jevů a řešit výchovné problémy
- *sociální, psychosociální a komunikativní* – pedagog se orientuje v sociální situaci žáka, v sociálních vztazích ve třídě i mimo ni, zvládá efektivně komunikovat a spolupracovat jak se žáky, tak s jejich rodiči
- *manažerská a normativní* – pedagog je dobrým organizátorem, ovládá administrativní práce a umí se orientovat v zákonech a vzdělávací politice
- *profesně a osobně kultivující* – pedagog je schopný sebereflexe a autoevaluace, má rozsáhlý vědomostní a kulturní rozhled, dokáže reflektovat potřeby svých žáků a ctí etické zásady své profese⁸⁶

Prostřednictvím svých vlastností a získaných znalostí může pedagog utvářet ve třídě pozitivní prostředí, motivovat tím žáky k učení a také jim předávat hodnoty, které sám ctí. Všichni žáci nejsou stejní, každý z nás je individuální bytostí s potřebou být pochopen takový jaký je – a právě empatie patří k těm vlastnostem, které by měl každý dobrý pedagog mít.⁸⁷

Příslušným úřadům nejčastěji oznamují případy týrání, zneužívání či zanedbávání dítěte

⁸⁵ Srov. DYTRIOVÁ, KRHUTOVÁ M., *Učitel: příprava na profesi*, s. 50.

⁸⁶ Srov. „tamtéž“, s.51-52.

⁸⁷ Srov. SNOWMAN J., McCOWN R., BIEHLER, R. *Psychology Applied to Teaching*, s. 450-452.

školy, školská zařízení, zdravotnická zařízení. Pedagogové pak tvoří velmi důležitý článek, protože jsou – na rozdíl od lékařů – v užším kontaktu s dětmi. Pokud pedagog vyučuje dítě, jež by mohlo být týráno, může být tím, kdo napomůže k zamezení dalšímu týrání. Tím, že nebude lhostejný a nevšímavý a podá „pomocnou ruku“, může mu pomoci zbavit ho dalšího psychického či fyzického ubližování, v závažných případech mu může dokonce i zachránit život. Takový pedagog však musí mít v této oblasti dobré znalosti, aby si dokázal všimnout a odhalit stopy týrání, a to např. změny v chování žáka, fyzické stopy po násilném zacházení s dítětem apod. Významným a nejčastějším signálem možného týrání dítěte, bývá jeho náhlé a podstatné zhoršení týkající se studijního prospěchu. Dítěti začne být úplně jedno, jakou dostane ve škole známku, z běžného a veselého dítěte se často stává úzkostný a neprůbojný žák. Dítě, které dříve bylo kamarádké, se může začít ostatních stranit, mít problémy se vztahy s ostatními spolužáky, být agresivní. Také se u něj mohou projevit různé poruchy v pravidelných návycích – spaní (přichází pozdě do školy), stravování (nechutenství, pravidelně nedojídá). A také učitel tělocviku má možnost všimnout si u dítěte různých modřin, odřenin, nezvyklé únavy či apatie. Dále pak si pedagog může povšimnout i méně zřetelných a citlivějších signálů, které dítě vysílá, avšak jejich skutečná diagnostika je již na posouzení odborníka. Mezi takové lze uvést např. potíže při sezení v lavici, krev v moči atp.⁸⁸

Jak z výše uvedeného vyplývá, pedagog by měl být schopný odhalit, že u jeho žáka není něco v pořádku, ať už jsou projevy takového nesouladu jakékoliv. K tomu, aby rozpoznal, zdali se může jednat o projevy syndromu CAN, musí mít alespoň základní znalosti týkající se této oblasti. K získání či upevnění informací a znalostí mohou sloužit různé zdroje, se kterými pedagog přichází do styku, ale velmi důležitým prvkem je prevence syndromu CAN. Se systémy prevence nás seznámí další kapitola.

3.2 Systém prevence syndromu CAN

To, že je lepší negativním situacím předcházet, než poté řešit jejich dopady na těle či duši jedince, platí pro oblast syndromu CAN obzvláště. Prevenci syndromu CAN lze rozdělit do tří oblastí, které si blíže vysvětlíme.

⁸⁸ Srov. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY, *Dokumenty*. [on-line]

3.2.1 Primární prevence

Primární prevencí rozumíme takový postoj a jednání společnosti, který neumožní rozvoji patologického jevu, respektive vůbec nedá možnost jeho vzniku. Vždy budou existovat rizika, která výskyt patologických jevů mohou předpokládat, avšak s vyšší informovaností společnosti o takovém jevu lze nežádoucí chování/jednání rizikových jedinců včas odhalit, zastavit a nedat mu prostor pro jeho další vývoj.

Dle Světové zdravotnické organizace je primární prevence strategie: „...*kteřá vede přecházení neblahého společenského jevu takovým způsobem, že neblahý jev je potlačen přímo v zárodku, neblahý jev nemá žádné podmínky pro svůj vznik.*“⁸⁹

Encyklopedie zneužívání dětí uvádí, že cílem primární prevence je vyvinout veškeré úsilí ve společnosti tak, aby děti byly před týráním chráněny do té míry, aby k němu vůbec nedocházelo.⁹⁰

Dunovský rozlišuje tři vrstvy, které nacházíme v primární prevenci syndromu CAN:

- působení a poskytování informací široké veřejnosti
- působení a poskytování informací rodičům, vychovatelům a také těm, kteří se na rodičovství či profesionální vychovatelství připravují
- působení a poskytování informací odborným pracovníkům (sociálním pracovníkům, lékařům, psychologům, právníkům apod.)

V podstatě nabádá k tomu, zaměřit se nejen na jednotlivé vrstvy ve společnosti, ale působit i na společnost jako celek tak, aby se stala citovější a citlivější vůči zájmům a potřebám dítěte, aby dítě mělo ve společnosti vyšší hodnotu než hmotné statky požitky a také, aby zde panovala taková společenská životní atmosféra, kde by se každý uskutečněný akt násilí stal nepřehlédnutelným. Takovým prostředkem vnímá široce založenou osvětu, jejímiž činiteli jsou veškeré instituce, které se nějakým způsobem dotýkají života dětí.⁹¹

⁸⁹ Srov. WEISS P. a kolektiv., *Sexuální zneužívání, pachatelé a oběti*, s. 42.

⁹⁰ Srov. CLARK R. E., FREEMAN-CLARK J., ADAMEC CH., *The Encyclopedia of Child Abuse*, s. 73.

⁹¹ Srov. DUNOVSKÝ J., DYTRIYCH Z., MATĚJČEK Z., *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*, s. 104.

3.2.2 Sekundární prevence

Sekundární prevencí je míněno vytipování a zaměření se na rizikové skupiny obyvatelstva (děti, dospělí, rodiny – blíže specifikovány v kapitole 2.4) a rizikové životní situace (např. rozvodové situace, manželské hádky, nechtěné či postižené děti, nevlastní rodina, intoxikace alkoholem/drogami, hmotná bída, stresové situace apod.), kdy může docházet k týrání, zanedbávání či zneužívání dítěte. Dále do sekundární prevence zahrnujeme cílené působení na tyto jedince a situace s cílem minimalizovat riziko syndromu CAN.

Sekundární a následně i níže uvedená terciální prevence již přichází na řadu tam, kde k násilí páchanému na dítěti došlo či dochází. Avšak i zde je důležitá znalost problematiky syndromu CAN a následně i kvalitní spolupráce mezi jednotlivými odbornými pracovníky, kteří s dítětem či případně ohroženou skupinou přijdou do styku – sociální pracovníci, pedagogové, lékaři, psychologové apod.

3.2.3 Terciální prevence

Cílem terciální prevence je zamezení dalšího opakování násilí páchaného na dítěti. K takovému kroku může přispět lékař, pedagog, psycholog, vychovatel, rodič atp., který tím zabrání dalšímu poškozování dítěte. Zahrnujeme sem ochrannou a terapeutickou pomoc směřovanou jak vůči dítěti, tak vůči prostředí či skupině ve které se nachází. Jedná se o propracovanou, systematickou a dlouhodobou pomoc, kterou poskytují odborníci, zabývající se problematikou syndromu CAN.⁹²

3.3 Prevence syndromu CAN na základní škole

Škola by měla na žáka záměrně působit v oblastech výchovy a vzdělávání a také by jim měla umožnit rozvíjet jejich osobnost prostřednictvím vrstevníků. Čabálová⁹³ uvádí základní funkce, které by měla základní škola plnit:

- kvalifikační – učit se poznávat

⁹² Srov. WEISS P. a kolektiv., *Sexuální zneužívání, pachatelé a oběti*, s. 43.

⁹³ Srov. ČABÁLOVÁ D., *Pedagogika*, s.250-263.

- socializační – učit se společně žít
- integrační – učit se konat
- personalizační – učit se být
- poradenská a intervenční – pomoci žákům a učitelům v krizových situacích

Pokud má pedagog působící na základní škole jakékoliv podezření o tom, že by žák mohl být ohrožen syndromem CAN, může své podezření konzultovat s výchovným poradcem, školním psychologem či metodikem prevence. Zároveň je také jeho povinností ohlásit své poznatky řediteli školy, ať je již žák ohrožen ve škole či mimo ni, a to na základě Vyhlášky č. 263/2007,⁹⁴ kterou se stanoví Pracovní řád pro zaměstnance škol a školských zařízení. Učitelé jsou sice vázáni mlčenlivostí, ale výjimku tvoří právě oblast týrání, zneužívání či zanedbávání dítěte. Státní orgány, pověřené osoby, školy, školská zařízení a zdravotnická zařízení, případně další zařízení určená pro děti, jsou dle Zákona č. 359/1999 Sb.,⁹⁵ o sociálně-právní ochraně dětí (§10 (4)), povinna v případě podezření na ohrožení dítěte syndromem CAN tuto skutečnost bez zbytečného odkladu oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností, resp. příslušnému orgánu sociálně-právní ochrany dětí.

Prevence na základních školách by měla být směřována jak vůči žákům, tak zároveň vůči pedagogům. Pokud se totiž vhodné prevence nedostane dětem doma, ve své rodině, pak významnou roli zde může sehrát právě škola, která má prostředky k tomu, jak na děti v tomto směru působit.

Nejedná se však pouze o programy sexuální výchovy a výchovy dětí směrem k rodičovství. Jako podstatné a důležité vnímám poskytnutí komplexních základních informací, týkajících se problematiky syndromu CAN, tedy toho, které chování vůči dítěti již není zcela běžné a normální a kdy je zapotřebí obrátit se s žádostí o pomoc v nepříjemné situaci, byť k ní došlo pouze jednou nebo opakovaně. Je nutné si uvědomit, že spousta dětí, žijících v rizikovém prostředí, může mít zkreslené představy o tom, co lze považovat za normální a co už je abnormální. Důležité informace jsou také ty, které ukážou, kam se může dotyčný obrátit o pomoc v případě, že ji bude potřebovat. Bohužel zde vnímám v naší společnosti velké „hluché místo“, které by bylo příhodné vhodným obsahem vyplnit.

⁹⁴ MŠMT, *Vyhláška č. 263/2007*. [on-line]

⁹⁵ MPSV, *Zákon č.359/1999 Sb.* [on-line]

MŠMT vydalo dne 16.10.2007 „*Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních*“⁹⁶. Tento dokument popisuje jednotlivé instituce, které jsou začleněny do systému prevence a dále úlohu pedagogického pracovníka při zjištění sociálně patologického jevu u dítěte. Také definuje Minimální preventivní program a doporučuje školám a školským zařízením, jak postupovat při výskytu určitých rizikových forem chování dětí a mládeže. Dokument je určen pro právnické osoby vykonávající činnost škol zřizovaných MŠMT a také je doporučován i dalším školským institucím pro jejich využití.

Primární prevence zaměřená na pedagogy by měla být samozřejmostí a nedílnou součástí přípravy na jejich profesní život. Základní znalosti dotýkající se této problematiky jsou velice důležité jak pro prevenci zaměřovanou na žáky, tak pro případné včasné odhalení podezření na výskyt syndromu CAN u dítěte, se kterým pedagog přijde do styku. Jak je uvedeno v kapitolách blíže pojednávajících o syndromu CAN, mohou být takové projevy často přisuzovány nevhodné výchově, povahovým rysům dítě, temperamentu či tendencemi vyrušovat, být středem pozornosti nebo naopak plachostí apod. Při bližším seznámení se s problematikou syndromu CAN však můžeme zjistit, že některými projevy by bylo příhodné se zabývat hlouběji a pokusit se nalézt odpověď na otázku, proč se tomu tak děje.

V další části této diplomové práce zabývající se vlastním výzkumem, se pokusíme zjistit, jak na tom pedagogičtí pracovníci se základní informovaností o problematice syndromu CAN jsou a zdali by uvítali hlubší seznámení s tímto sociálně patologickým jevem.

⁹⁶ B.a., MŠMT, *Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních*. [on-line]

4. Výsledky výzkumu týkající se informovanosti a zkušeností pedagogických pracovníků na základních školách o syndromu CAN

4.1 Metodika

Hlavním cílem této diplomové práce bude zjistit, do jaké míry jsou pedagogové základních škol informováni syndromu CAN a jaké jsou jejich praktické zkušenosti s tímto jevem.

4.1.1 Stanovení výzkumných otázek a hypotéz

Pro tento cíl byly stanoveny dvě výzkumné otázky, které pomocí provedení vlastního výzkumu budou vyhodnoceny:

Výzkumná otázka č.1: Jaké procento pedagogů ve vybraném vzorku populace má základní znalosti o syndromu CAN?

Výzkumná otázka č.2: Jaké procento pedagogů ve vybraném vzorku populace se setkala s dítětem postiženým syndromem CAN?

Na základě poznatků vyplývajících z teoretické části této diplomové práce (viz kapitola 3.2) lze předpokládat, že hlavním zdrojem získávání informací pedagogických pracovníků o syndromu CAN je pedagogická praxe. Součástí pedagogické praxe by mělo být vzdělávání pedagogických pracovníků týkající se prevence syndromu CAN. A tak lze předpokládat, že s růstem praxe by měla u pedagogů vzrůstat i informovanost s následným dostatečným osvojováním získaných poznatků týkajících se této problematiky. V souvislosti s výše uvedeným byla pro tuto diplomovou práci stanovena **hypotéza**:

„Delší pedagogická praxe (10 let a více) přispívá ke zvyšování míry informovanosti pedagogů o problematice syndromu CAN.“

4.1.2 Výzkumná metoda a výzkumný nástroj

Pro realizaci výzkumu jsem zvolila kvantitativní metodu a nástrojem sběru dat byl anonymní dotazník⁹⁷ obsahující 14 otázek – jedenáct uzavřených a tři polouzavřené s možností vlastní odpovědi respondenta.

Mezi uzavřenými otázkami jsou dichotomické a polynomické otázky. Dichotomická otázka nabízí dvě možné volby odpovědi – ano/ne, polynomická otázka nabízí více možností volby odpovědi, a to jak pouze jedné správné, tak možnost označit více správných.⁹⁸

Otázky č. 1. – 3. zjišťují nezávislé proměnné – pohlaví, věk a délku praxe respondentů. Otázky č. 4., 5. a 8. – 14. jsou zjišťovací a představují data pro zjištění základní informovanosti pedagogů o syndromu CAN. Otázka č. 6. je filtrační „Setkali jste se při své pedagogické činnosti s dítětem, které se stalo obětí syndromu CAN?“, dále na ní zavazuje otázka č. 7. zjišťovací, na kterou odpovídají pouze ti respondenti, kteří na otázku č. 6 odpověděli „Ano“.

4.1.3 Výzkumný vzorek

Základní soubor tvořili pedagogové základních škol, přičemž výběrovým souborem byli všichni pedagogové náhodně vybraných základních škol v Jihočeském kraji. Sběr dat probíhal v období 22.1.2016 - 28.1.2016. Bylo osloveno celkem 152 respondentů, a to prostřednictvím elektronické komunikace, kdy respondenti měli následně možnost vyplnit dotazník prostřednictvím internetové aplikace Survio⁹⁹ a dále také prostřednictvím rozdaných dotazníků v tištěné podobě. Celková návratnost vyplněných dotazníků byla 124 z celkového počtu 152, což činí 82 %.

⁹⁷ Dotazník tvoří přílohu č.1 této diplomové práce.

⁹⁸ GAVORA P., *Úvod do pedagogického výzkumu*, s. 102.

⁹⁹ *Survio* je internetový nástroj pro tvorbu online dotazníků, dostupný na internetových stránkách <www.survio.com>.

4.1.4 Nastavení parametrů vyhodnocování

Pro účely následné analýzy dat v této diplomové práci byly stanoveny parametry, které budou podkladem pro vyhodnocení stanovených výzkumných otázek a hypotézy.

4.1.4.1 Parametry pro vyhodnocení základních znalostí pedagogů o syndromu CAN (Výzkumná otázka č.1)

Při stanovování parametrů pro níže uvedené tvrzení budeme vycházet z odborné literatury, na jejímž základě byly sestaveny odpovědi otázek tak, aby odpovídaly základním informacím, které se problematiky syndromu CAN dotýkají.

Pro tvrzení „pedagog na základní škole má základní znalosti o syndromu CAN“ musí hodnota všech odpovědí níže uvedených otázek odpovídat 100% správnosti:

Otázka č. 8 „Co vše byste do syndromu CAN zařadil/a? (lze označit více možností)“ – 100% správností se rozumí označení všech uvedených odpovědí:

- psychické týrání
- fyzické týrání
- sexuální zneužívání
- tělesné zanedbávání
- ekonomické týrání
- šikana
- systémové týrání
- rituální týrání
- Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy)

Otázka č. 9 „Víte co znamená Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy)?“ - 100% správností se rozumí označení odpovědi „ano“.

Otázka č. 10 „Má pedagog možnost ve škole konzultovat případné podezření výskytu syndromu CAN u žáka např. s výchovným poradcem či školním psychologem?“ - 100% správností se rozumí označení odpovědi „ano“.

Otázka č. 11 „Je povinností pedagoga oznámit případné podezření na výskyt syndromu CAN řediteli školy?“ - 100% správností se rozumí označení odpovědi „ano“.

Otázka č. 12 „Komu by měl pedagog nejprve oznámit podezření na výskyt syndromu CAN? (vyberte jednu odpověď)“ - 100% správností se rozumí označení odpovědi „řediteli školy“.

Při sumární hodnotě 100 % všech výše uvedených odpovědí lze předpokládat, že respondent má základní znalosti o syndromu CAN.

Respondenti s procentem správností odpovědí nižší než 100 % budou selekcí vyřazeni z této skupiny a míra jejich znalostí bude určena pomocí aritmetického průměru vzhledem k 100% úspěšnost/% úspěšných odpovědí/celkový počet vyplněných dotazníků a následně procentuálně vyjádřena.

4.1.4.2 Parametry pro vyhodnocení míry informovanosti pedagogů o syndromu CAN (hypotéza)

Pro účely této diplomové práce stanovíme tři kategorie, do kterých budou zařazeni respondenti dle % úspěšnosti jejich odpovědí vzhledem k 100% hodnotám odpovědí.

Otázka č. 8 „Co vše byste do syndromu CAN zařadil/a? (lze označit více možností)“:

- psychické týrání
- fyzické týrání
- sexuální zneužívání
- tělesné zanedbávání
- ekonomické týrání
- šikana
- systémové týrání
- rituální týrání
- Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy)

100% správností se rozumí označení všech uvedených odpovědí – tedy 9.

Hodnota % úspěšnosti se vypočítá pomocí trojčlenky (přímá úměrnost), vzorcem:

$$A = \frac{y}{9} \cdot 100$$

Písmenem „A“ je vyčíslena vypočítaná hodnota % úspěšnosti. Písmeno „y“ je počet označených odpovědí respondentem.

Otázka č. 9 „Víte co znamená Münchausenův syndrom v zastoupení (by proxy)?“ - 100% správností se rozumí označení odpovědi „ano“, odpověď „ne“ má hodnotu 0 % - zjištěná hodnota je označena písmenem „B“.

Otázka č. 10 „Má pedagog možnost ve škole konzultovat případné podezření výskytu syndromu CAN u žáka např. s výchovným poradcem či školním psychologem?“ - 100% správností se rozumí označení odpovědi „ano“, odpověď „ne“ má hodnotu 0 % - zjištěná hodnota je označena písmenem „C“.

Otázka č. 11 „Je povinností pedagoga oznámit případné podezření na výskyt syndromu CAN řediteli školy?“ - 100% správností se rozumí označení odpovědi „ano“, odpověď „ne“ má hodnotu 0 % - zjištěná hodnota je označena písmenem „D“.

Otázka č. 12 „Komu by měl pedagog nejprve oznámit podezření na výskyt syndromu CAN? (vyberte jednu odpověď)“ - 100% správností se rozumí označení odpovědi „řediteli školy“, ostatní odpovědi mají hodnotu 0 % - zjištěná hodnota je označena písmenem „E“.

Aritmetickým průměrem součtu zjištěných hodnot výše uvedených pěti otázek získáme celkovou míru informovanosti konkrétního respondenta. Ideální stav by měl být 100% z 5-ti otázek.

Výpočet pro zjištění celkové míry „I“ - informovanosti konkrétního respondenta:

$$I = \frac{(A+B+C+D+E)}{5}$$

Míra informovanosti dle hodnoty „I“:

0 % – 29,9 % - malá informovanost

30 % – 64,9 % - částečná informovanost

65 % – 100 % - značná informovanost

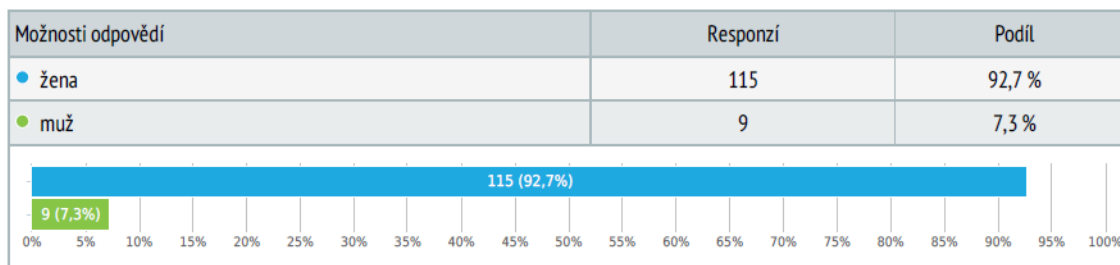
4.2 Analýza dat

4.2.1 Zpracování jednotlivých otázek dotazníku

Otázka č. 1

1. Jste:

Výběr z možností, zodpovězeno 124x, nezodpovězeno 0x



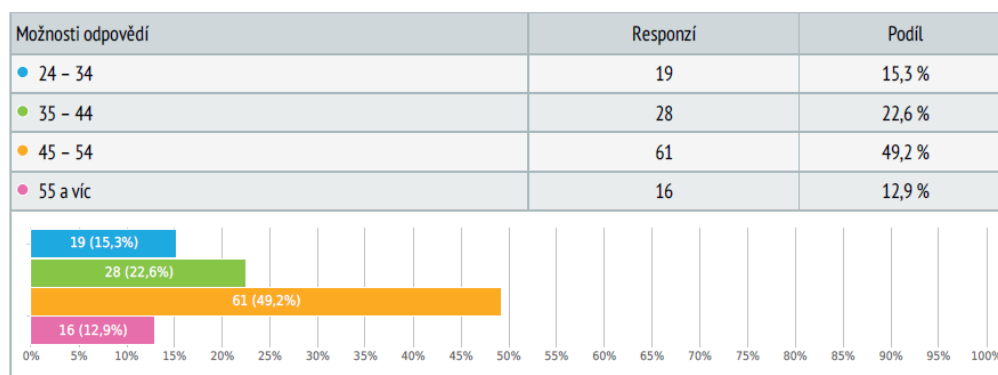
Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Jak vyplývá z grafu, z celkového počtu 124 respondentů tvoří tento celek větší počet žen s podílem 92,7 % respondentů a podstatně méně mužů s podílem pouhých 7,3 % respondentů.

Otázka č. 2

2. Váš věk je:

Výběr z možností, zodpovězeno 124x, nezodpovězeno 0x



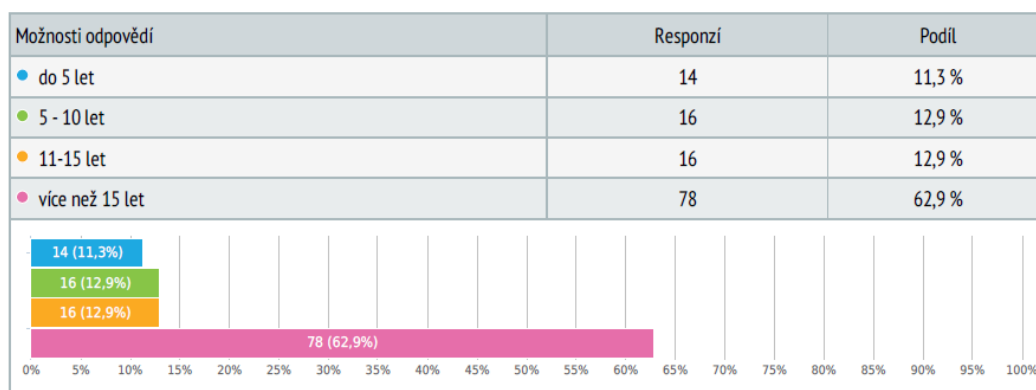
Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Největší počet respondentů - 49,2 % tvoří věková skupina 45-54 let. Naopak nejnižším počtem respondentů je zastoupena věková skupina 55 let a více s podílem 12,9 %.

Otázka č. 3

3. Délka Vaší pedagogické praxe:

Výběr z možností, zodpovězeno 124x, nezodpovězeno 0x



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

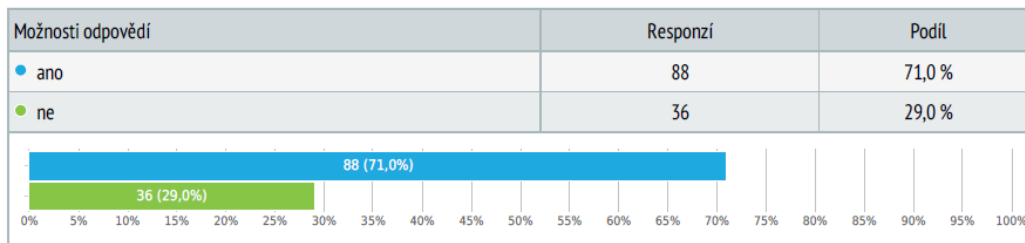
Největší podíl 62,9 % z celkového počtu oslovených respondentů uvádí délku své pedagogické praxe „více než 15 let“. Zatímco nejmenší skupinu tvoří respondenti s délkou

praxe „do 5 let“ s podílem 11,3 %. Zastoupení respondentů ve skupině s délkou praxe 5 - 10 let a 11 – 15 let je pro obě skupiny shodné s poměrem 12,9 %.

Otázka č. 4

4. Jste třídní učitel?

Výběr z možností, zodpovězeno 124x, nezodpovězeno 0x



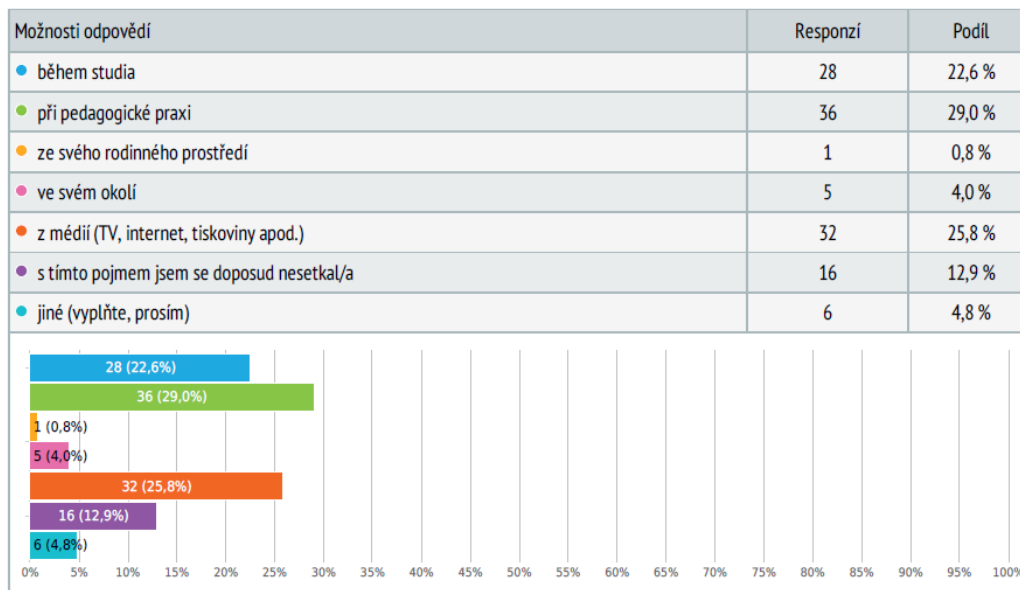
Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Celkové množství třídních učitelů tvoří 71 % respondentů, ostatní pedagogičtí pracovníci jsou zastoupeni v podílu 29 %.

Otázka č. 5

5. Kdy/ jak jste se poprvé setkali s pojmem „syndrom CAN“? (vyplňte pouze jednu odpověď)

Výběr z možností, zodpovězeno 124x, nezodpovězeno 0x



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Tři odpovědi na tuto otázku získaly vysoký a přibližně stejný podíl z celkového počtu respondentů - největší počet 29,0 % respondentů se setkal s pojmem „syndrom CAN“ při pedagogické praxi, 25,8 % respondentů zaznamenal tento pojem z médií a 22,6 % respondentů se s ním setkala během studia. Poměrně vysoký podíl respondentů se s pojmem „syndrom CAN“ doposud neseťkal - 12,9 %. 4 % respondentů se s pojmem setkala ve svém okolí. Odpověď „ze svého rodinného prostředí“ označil jediný respondent a jeho podíl tak činí 0,8 % z celkového počtu odpovědí. Šest respondentů tvořící podíl 4,8 % označilo odpověď „jiné“ s těmito doplněnými odpověďmi:

1. „v dětství, i když tento pojem vlastně nebyl používán – kamarádka byla postiženou“
2. „adoptované dítě s tímto syndromem“
3. „nyní, v tomto dotazníku“ – odpověď napsali dva respondenti
4. „při studiu mé dcery“
5. „při studiu 250 pro ŠMP“

Tabulka č. 3 nám ukazuje hodnoty odpovědí rozdělené dle délky praxe:

Tabulka č. 3

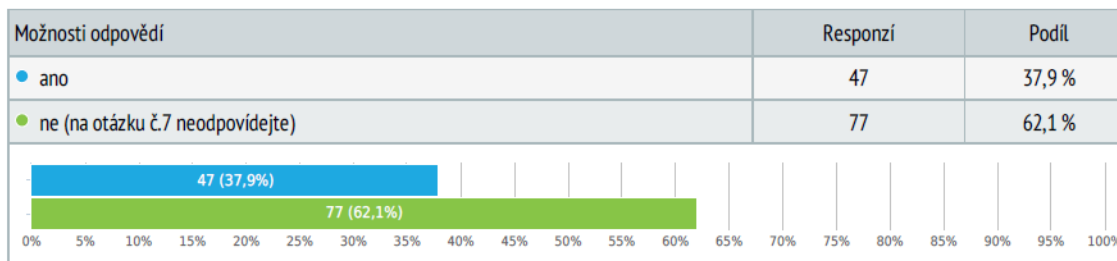
Délka praxe	Poprvé jsem se s pojmem "syndrom CAN" setkal/a:							Celkem
	při studiu	při pedagogické praxi	ze svého rodinného prostředí	ve svém okolí	z médií	doposud neseťkal/a	jiné	
do 5 let	10	0	0	0	0	4	0	14
5 - 10 let	8	2	0	0	4	1	1	16
11 - 15 let	4	6	0	0	4	2	0	16
15 let a více	6	28	1	5	24	9	5	78
Celkem	28	36	1	5	32	16	6	124

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Otázka č.6

6. Setkali jste se při své pedagogické činnosti s dítětem, které se stalo obětí syndromu CAN?

Výběr z možností, zodpovězeno 124x, nezodpovězeno 0x



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Otázka č. 6 je filtrační, respondenti, kteří odpověděli „ne“ na další otázku neodpovídali. Jak je tedy vidět z grafu, tak při své pedagogické činnosti se s dítětem, které se stalo obětí syndromu CAN, setkala pouze 37,9 % respondentů.

Tabulka č. 4 nám ukazuje hodnoty odpovědí rozdělené dle délky praxe:

Tabulka č.4

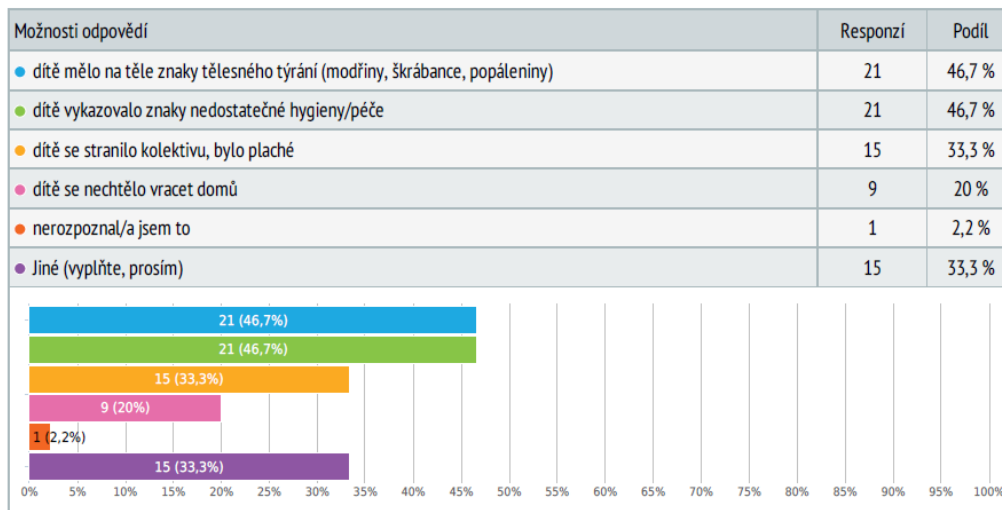
Délka praxe	Při své pedagogické praxi jsem se setkal s dítětem postiženým syndromem CAN:		Celkem
	ano	ne	
do 5 let	5	9	14
5 - 10 let	4	12	16
11 - 15 let	9	7	16
15 let a více	29	49	78
Celkem	47	77	124

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Otázka č. 7

7. Pokud ano, jak jste ho rozpoznal/a? (lze označit více možností)

Výběr z možností, více možných, zodpovězeno 45x, nezodpovězeno 79x



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Na tuto otázku mělo odpovědět 47 respondentů, avšak jak vyplývá z grafu, dva respondenti neodpověděli.

Respondenti mohli u této otázky odpovědět na více než jednu odpověď, a proto se vždy procentuální vyjádření u jednotlivých odpovědí týká těchto odpovědí samostatně, vycházíme tedy z celkové hodnoty 100 % u každé odpovědi.

Nejčastějším příznakem, podle kterého respondenti rozpoznali dítě se syndromem CAN, byly znaky tělesného týrání na těle - 46,7 %, a se stejným podílem byly známky nedostatečné hygieny/péče – 46,7 % označených odpovědí. Jeden respondent uvedl, že syndrom CAN u dítěte nerozpoznal. Odpověď „jiné“ označilo 15 respondentů – 33,3 %, 14 respondentů uvedlo i vlastní odpověď, jedna odpověď zůstala nevyplněna:

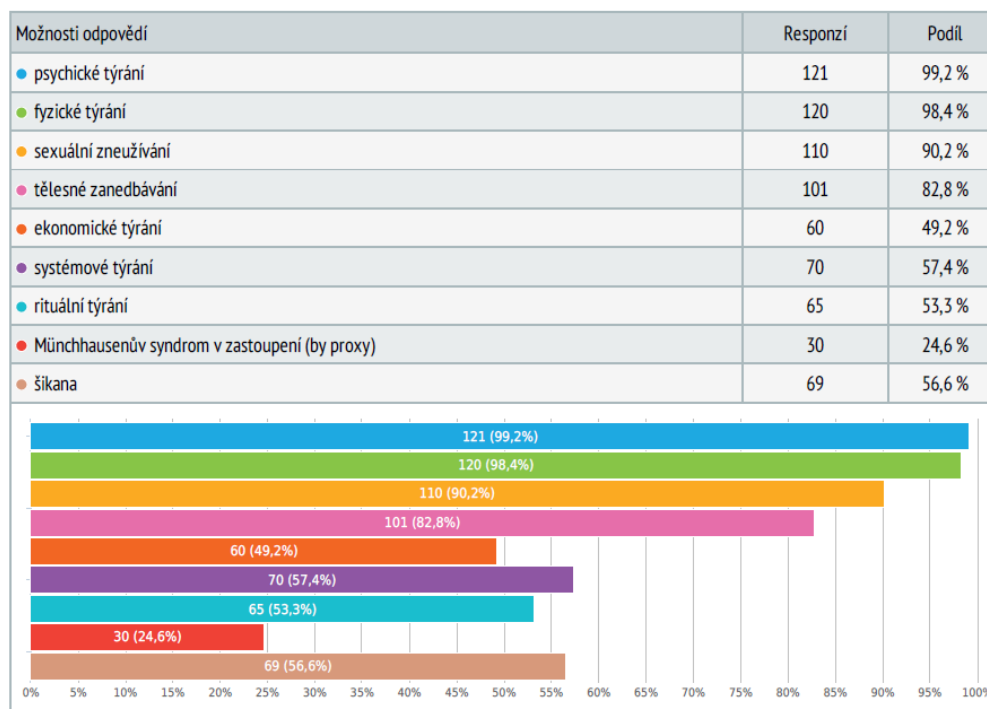
1. „sdělila nám to matka – dítě bylo týrané otcem“
2. „dítě nenosilo úkoly a pomůcky“
3. „dítě bylo velmi agresivní vůči okolí, agresivitu vysvětlovalo lži (strach z trestu od otce)“
4. „poznala jsem ho až po několika letech od týrání“

5. „samo o tom promluvílo“
6. „dívka přišla, po povídání o tom, že nikdo nesmí osahávat dítě na intimních místech“
7. „v dětském domově – ve zprávě o minulosti dítěte“
8. „pravděpodobně jsem to u dalších dětí nerozpoznal“
9. „z lékařské zprávy“
10. „dítě si vymýšlelo příčiny svých zranění“
11. „součást diagnostiky odborného posudku“
12. „dítě se zhoršilo ve školních výsledcích, začalo se stranit kolektivu“
13. „ze zprávy psychologa“
14. „smutek, idealizace rodiny při vyprávění, fixace na učitele, strach se sdělování podrobnosti o rodině“

Otázka č. 8

8. Co všechno byste do syndromu CAN zařadil/a? (lze označit více možností)

Výběr z možností, více možných, zodpovězeno 122x, nezodpovězeno 2x



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Respondenti mohli také u této otázky odpovědět na více než jednu odpověď, a proto se vždy procentuální vyjádření u jednotlivých odpovědí týká těchto odpovědí samostatně, vycházíme tedy z celkové hodnoty 100 % u každé odpovědi.

Do syndromu CAN respondenti nejčastěji zařadili první čtyři nabídnuté formy, a to: psychické týrání s podílem 99,2 % označených odpovědí, fyzické týrání dosahuje podílu 98,4 % označených odpovědí, sexuální zneužívání s podílem 90,2 % označených odpovědí, tělesné zanedbávání s podílem 82,8 % označených odpovědí. Ani jedna odpověď v kumulovaném součtu však nedosáhla 100 % hodnoty, z čehož vyplývá, že ani jednu odpověď neoznačilo všech 124 respondentů. Na tuto otázku 2 respondenti neodpověděli. Tabulka č. 5 zobrazuje hodnoty četnosti odpovědí rozdělené dle délky praxe. Dále jsou zde v procentech uvedeny míry úspěšnosti odpovědí (vzhledem k 100 % správnosti a celkovému počtu respondentů) – jak jednotlivých otázek, tak sumárně dle délky praxe.

Tabulka č.5

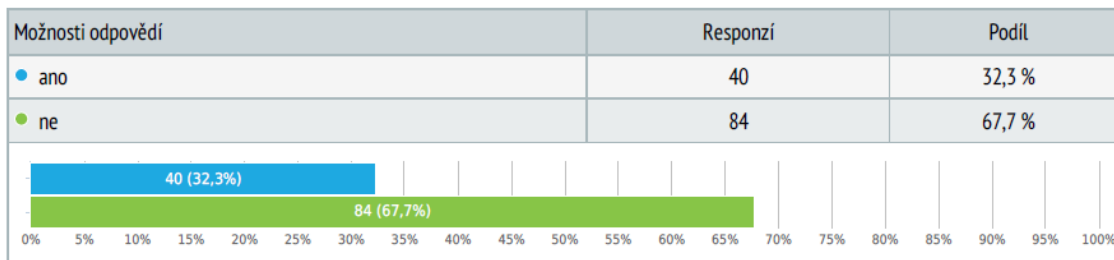
Formy syndromu CAN	Délka praxe				Úspěšnost jednotlivých odpovědí v %
	do 5 let (14 resp.)	5 - 10 let (16 resp.)	10 - 15 let (16 resp.)	více než 15 let (78 resp.)	
psychické týrání	14	15	15	77	97,6 %
fyzické týrání	13	15	15	77	96,8 %
sexuální zneužívání	12	13	15	70	88,7 %
tělesné zanedbávání	13	13	13	62	81,5 %
ekonomické zanedbávání	7	9	7	37	48,4 %
systémové týrání	7	10	9	44	56,5 %
rituální týrání	5	8	12	40	52,4 %
Münchhausenův syndrom v zastoupení	4	4	3	19	24,2 %
šikana	5	7	11	46	55,6 %
Celková úspěšnost odpovědí v %	63,5 %	65,3 %	69,4 %	67,2 %	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Otázka č. 9

9. Víte co znamená Münchausenův syndrom v zastoupení (by proxy)?

Výběr z možností, zodpovězeno 124x, nezodpovězeno 0x



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Z celkového počtu 124 respondentů uvedlo pouhých 32,3 %, že ví, co znamená Münchausenův syndrom v zastoupení (by proxy).

Tabulka č. 6 zobrazuje hodnoty četnosti odpovědí rozdělené dle délky praxe.

Tabulka č.6

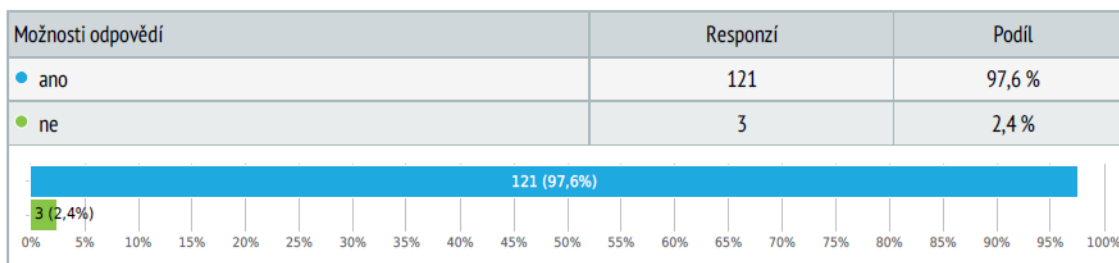
Délka praxe	Vím, co znamená Münchausenův syndrom v zastoupení (by proxy):		Celkem
	ano	ne	
do 5 let	6	8	14
5 - 10 let	5	11	16
11 - 15 let	3	13	16
15 let a více	26	52	78
Celkem	40	84	124

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Otázka č. 10

10. Má pedagog možnost ve škole konzultovat případné podezření výskytu syndromu CAN u žáka např. s výchovným poradcem či školním psychologem?

Výběr z možností, zodpovězeno 124x, nezodpovězeno 0x



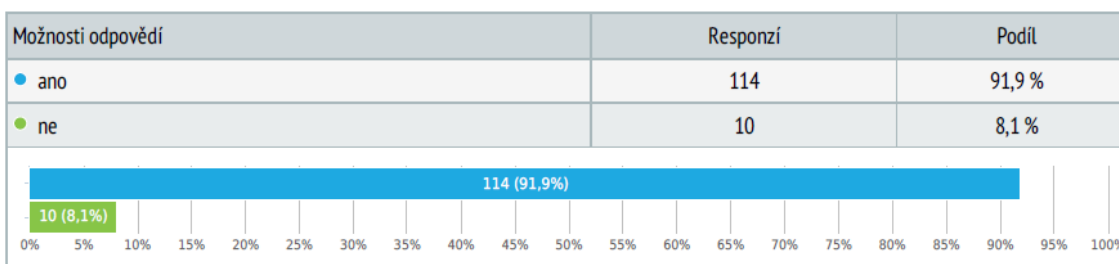
Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Na tuto otázku odpovědělo 97,6 % respondentů kladně a 2,4 % respondentů má názor, že pedagog nemá možnost ve škole konzultovat případné podezření výskytu syndromu CAN u žáka např. s výchovným poradcem či školním psychologem.

Otázka č. 11

11. Je povinností pedagoga oznámit případné podezření na výskyt syndromu CAN řediteli školy?

Výběr z možností, zodpovězeno 124x, nezodpovězeno 0x



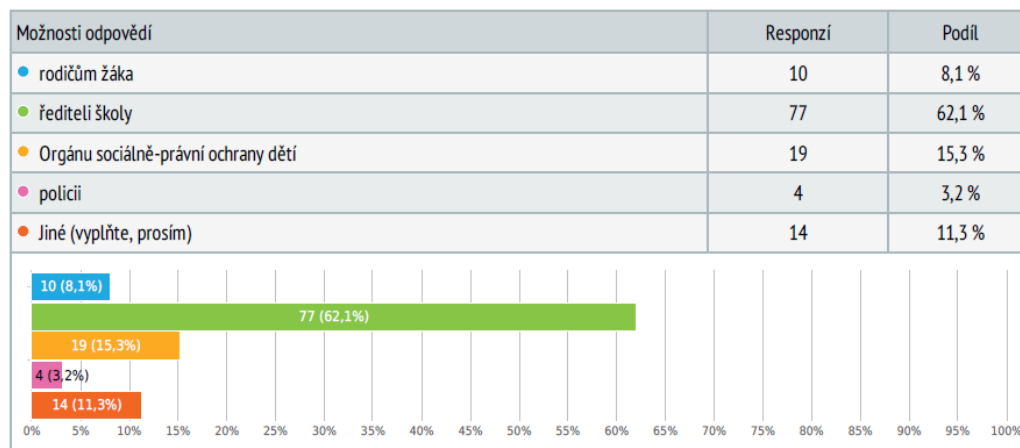
Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

91,9 % respondentů je názoru, že je povinností pedagoga oznámit případné podezření na výskyt syndromu CAN řediteli školy. I přes to, že z Pracovního řádu pro zaměstnance škol a školských zařízení, který stanovuje Vyhláška č. 263/2007, vyplývá pro pedagogy povinnost ohlásit své poznatky řediteli školy (a to i v případě, že je žák ohrožen např. syndromem CAN i mimo školu) označilo možnost „ne“ 8,1 % respondentů.

Otázka č. 12

12. Komu by měl pedagog nejprve oznámit podezření na výskyt syndromu CAN? (vyberte jednu odpověď)

Výběr z možností, zodpovězeno 124x, nezodpovězeno 0x



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Dle dokumentu MŠMT „CO DĚLAT, KDYŽ – INTERVENCE PEDAGOGA“ musí být u každého podezření o výskytu syndromu CAN vždy informován ředitel školy (školského zařízení), pokud se následně nějakým způsobem prokáže, že dítě je postiženo syndromem CAN či byl spáchán trestný čin, obrací se pedagog spolu s ředitelem školy dále na OSPOD, Policii, případně na další odborníky.¹⁰⁰

Na otázku „Komu by měl pedagog nejprve oznámit podezření na výskyt syndromu CAN?“ odpovědělo 62,1 % respondentů – řediteli školy, 15,3 % respondentů by se obrátilo nejprve na Orgán sociálně-právní ochrany dětí, 8,1 % respondentů by své zjištění oznámili rodičům žáka a 3,2 % respondentů by kontaktovalo Policii. 11,3 % (14) respondentů zvolilo odpověď „jiné“ a vypsali níže uvedené odpovědi:

1. „výchovnému poradci“ – tuto odpověď napsalo šest respondentů
2. „školní psycholog, metodik prevence“ – tuto odpověď napsali tři respondenti
3. „ředitel nahlásí policii“

¹⁰⁰ Srov. Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy, *Dokumenty – CO DĚLAT KDYŽ – INTERVENCE PEDAGOGA*. [on-line]

4. „myslím, že řediteli školy, pokud by s tím nechtěl mít nic společného, pak Orgánu sociálně-právní ochrany dětí“
5. „myslím, že by mělo nejprve jít o konzultaci s kolegy, následně připojit rodinu a až na tomto základě pak sdělit řediteli školy“
6. „školnímu poradenskému pracovišti – psycholog, spec. pedagog“
7. „nevím“

Tabulka č. 7 zobrazuje hodnoty četnosti odpovědí rozdělené dle délky praxe.

Tabulka č.7

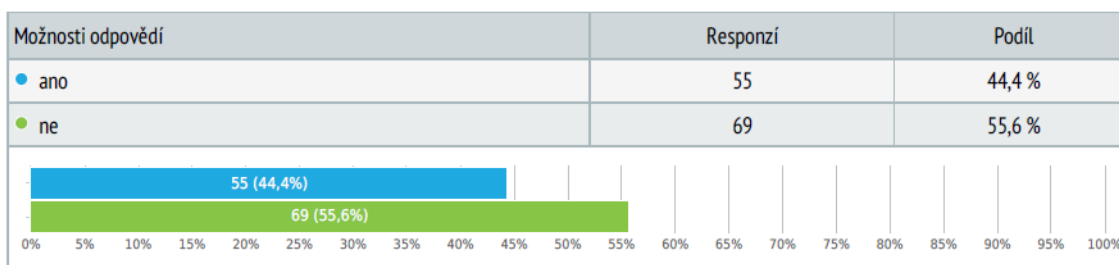
Délka praxe	Pedagog by měl oznámit své podezření o syndromu CAN nejprve:					Celkem
	rodičům žáka	řediteli školy	Orgánu sociálně-právní ochrany dětí	Policii	jiné	
do 5 let	1	11	1	0	1	14
5 - 10 let	2	9	2	1	2	16
11 - 15 let	1	8	3	1	3	16
15 let a více	6	49	13	2	8	78
Celkem	10	77	19	4	14	124

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Otázka č. 13

13. Jsou informace, které v současné době máte o problematice syndromu CAN, pro Vás a Vaši pedagogickou činnost dostačující?

Výběr z možností, zodpovězeno 124x, nezodpovězeno 0x



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Pro 44,4 % z celkového počtu respondentů jsou informace týkající se problematiky syndromu CAN v současné době dostačující, pro 55,6 % respondentů dostačující nejsou - tato druhá skupina tvoří poměrně velkou část, respektive většinu respondentů, v tabulce č. 8 si podrobněji zobrazíme, kterých respondentů (vzhledem k délce praxe) se tyto procenta týkají.

Tabulka č.8

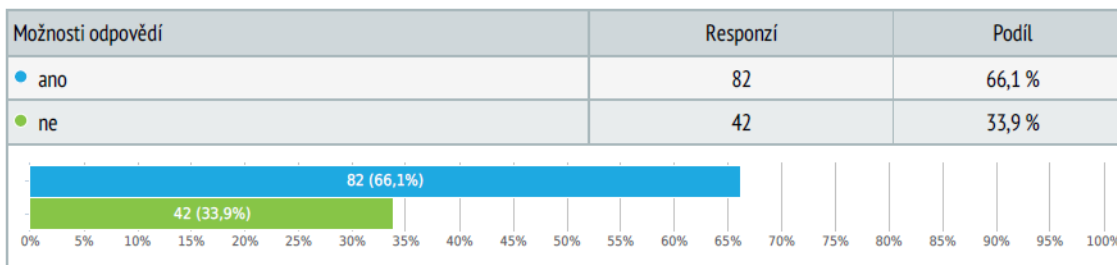
Délka praxe	Informace o syndromu CAN jsou pro mne v současné době dostačující:		Celkem
	ano	ne	
do 5 let	6	8	14
5 - 10 let	7	9	16
11 - 15 let	5	11	16
15 let a více	37	41	78
Celkem	55	69	124

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Otázka č. 14

14. Měli byste zájem o případné školení či kurz (týkající se problematiky syndromu CAN), který by objasnil případné nejasnosti, týkající se odhalení a následného postupu v případě podezření výskytu syndromu CAN?

Výběr z možností, zodpovězeno 124x, nezodpovězeno 0x



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Výsledky této otázky jsou tématem k zamyšlení, zdali je v současné době vzdělávání pedagogů ohledně syndromu CAN dostatečné či nikoliv. 66,1 % respondentů totiž uvedlo,

že by měli zájem o případné školení či kurz, který by jim objasnil případné nejasnosti týkající se oblasti syndromu CAN.

Tabulka č. 9 zobrazuje hodnoty četnosti odpovědí rozdělené dle délky praxe.

Tabulka č.9

Délka praxe	Měl/a bych zájem o případný kurz či školení ohledně syndromu CAN:		Celkem
	ano	ne	
do 5 let	11	3	14
5 - 10 let	8	8	16
11 - 15 let	5	11	16
15 let a více	37	41	78
Celkem	61	63	124

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

4.2.2 Vyhodnocení výzkumných otázek a verifikace hypotézy

Výzkumná otázka č.1 – Jaké procento pedagogů ve vybraném vzorku populace má základní znalosti o syndromu CAN?

V souladu s nastavenými parametry pro vyhodnocování výzkumné otázky č.1 dané touto diplomovou prací byly zpracovány a roztřizeny odpovědi z dotazníků a výsledek byl zanesen do tabulky č.10.

Tabulka č.10

Délka praxe	Mají respondenti základní znalosti o syndromu CAN?		Celkem
	NE	ANO	
do 5 let	13	1	14
5 - 10 let	15	1	16
11 - 15 let	15	1	16
15 let a více	71	7	78
Celkem	114	10	124
Celkem v %	92%	8%	100%

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Vyhodnocení výzkumné otázky č.1:

Jak vyplývá z výše uvedené tabulky základní znalosti o syndromu CAN vykazuje 10 respondentů, což činí 8 % z celkového počtu 124.

Výzkumná otázka č.2 – Jaké procento pedagogů ve vybraném vzorku populace se setkala s dítětem postiženým syndromem CAN?

Zjištěná data z dotazníků byla zpracována a zanesena do tabulky č. 11.

Tabulka č.11

Délka praxe	Při své pedagogické praxi jsem se setkal s dítětem postiženým syndromem CAN:		Celkem
	ano	ne	
do 5 let	5	9	14
5 - 10 let	4	12	16
11 - 15 let	9	7	16
15 let a více	29	49	78
Celkem	47	77	124
Celkem v %	38%	62%	100%

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Vyhodnocení výzkumné otázky č.2:

S dítětem postiženým syndromem CAN se při své praxi setkala 47 dotázaných respondentů, což činí 38 % z celkového počtu 124.

Hypotéza - Delší pedagogická praxe (10 let a více) přispívá ke zvyšování informovanosti pedagogů o problematice syndromu CAN.

Pro ověření platnosti této hypotézy bude využita statistická metoda „Test dobré shody - chí-kvadrát test (dále jen „ χ^2 “). Tento test se obecně využívá k testování shody četností a také k otestování shody rozdělení četností u kvantitativních znaků. Je založen na porovnání rozdílu mezi skutečnými (empirickými) četnostmi výskytu hodnot ve výběrovém souboru a četnostmi očekávanými (teoretickými). χ^2 test nám rozhodne, zdali je mezi empirickými a teoretickými četnostmi rozdíl a to, zdali je tento rozdíl způsoben jen náhodně a výběrový soubor pochází z populace s normálním rozdělením či je rozdíl tak veliký, že ho způsobuje skutečnost, kdy výběrový soubor nepochází z populace odpovídající tzv. Gaussovu normálnímu rozdělení, ale pochází z nějakého jiného neznámého rozdělení.¹⁰¹

Testování hypotézy

Respondenti byli rozděleni do dvou skupin dle délky praxe:

skupina A – délka praxe do 10 let – 30 respondentů

skupina B – délka praxe 10 let a více – 94 respondentů

a dále byli rozděleni dle míry informovanosti. Pro vyhodnocení míry informovanosti jsme využili postup popsáný v kapitole 4.1.3.3. Následně byl počet respondentů roztržien do tří kategorií – míra informovanosti malá, částečná, značná, viz tabulka č.12.

Tabulka č.12

Respondenti	Míra informovanosti "I" respondentů:			Celkem
	značná	částečná	malá	
sk. A	5	16	9	30
sk. B	21	58	15	94
Celkem	26	74	24	124
Celkem v %	20%	60%	20%	100%

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

¹⁰¹ Srov. B.a., Fakulta veterinární hygieny a ekologie, *Testování hypotéz ve statistice*. [on-line]

Byla stanovena nulová a alternativní hypotéza:

H_0 – Informovanost skupin A a B o syndromu CAN je stejná.

H_A – Informovanost skupin A a B o syndromu CAN souvisí s délkou praxe.

Budeme testovat, zdali platí nulová hypotéza a tedy předpokládáme, že neexistuje vztah mezi mírou informovanosti respondentů a délkou jejich praxe.

Zvolená hladina významnosti pro tuto hypotézu je $\alpha = 0,05$.

Pro otestování hypotézy využijeme skupinu respondentů s nejvyšší mírou informovanosti - „značná informovanost“ – kdy respondenti dosáhli míry informovanosti v rozmezí 65 – 100 %.

Tabulka č. 13 nám zobrazuje výpočet hodnoty χ^2 , přičemž hodnoty znaku „P“ jsou skutečné počty respondentů skupin A a B, kteří dosáhli vybrané míry informovanosti. Hodnoty znaku „O“ jsou očekávané počty respondentů tak, aby byly rovny předpokladu nulové hypotézy. Výpočet probíhal v souladu se vzorcem:

$$\chi^2 = \sum \frac{(P - O)^2}{O}$$

a výsledky vypočítaných hodnot jsou zaneseny do tabulky č.13.

Tabulka č.13 – Výpočet hodnoty χ^2

Délka praxe	Pozorovaná četnost "P"	Očekávaná četnost "O"	P - O	(P-O) ²	(P-O) ² :O
sk. A	5	13	-8	64	4,923
sk. B	21	13	8	64	4,923
Celkem	26	26	0		9,846

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Vypočítaná hodnota $\chi^2 = 9,846$. Stupeň volnosti pro nalezení kritické hodnoty je st.1. V tabulce kritických hodnot¹⁰² je kritická hodnota na hladině významnosti 0,05 při jednom stupni volnosti 3,841.

Porovnáním těchto dvou hodnot zjistíme, že vypočítaná hodnota je větší než hodnota kritická: $9,846 > 3,841$.

Vyhodnocení hypotézy:

Na hladině významnosti 0,05 nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme a přijímáme alternativní hypotézu (H_A). χ^2 test nám prokázal, že mezi délkou praxe a mírou informovanosti respondentů existuje signifikantní souvislost.

¹⁰² Srov. B.a., Univerzita Hradec Králové, *Kritické hodnoty testového kritéria chí-kvadrát*. [on-line]

4.2.3 Závěrečné shrnutí výzkumu a diskuze

Z výzkumného šetření jsme získali zajímavá data, týkající se informovanosti pedagogů na základních školách o syndromu CAN.

Významnou část našich respondentů tvořily ženy 92,7 % a lze tedy konstatovat, že muži mají na základních školách velmi nízké procento zastoupení. To odpovídá údajům MŠMT, které ve své publikaci „České školství v mezinárodním srovnání 2015“ uvádí informaci, že v celé České republice jsou na základních školách ženy zastoupeny v 97 %. Z údajů MŠMT také vyplývá, že čím vyšší stupeň vzdělávání (preprimární, primární, sekundární, terciální), tím vyšší procento zastoupení v něm muži (pedagogičtí pracovníci) zastávají.¹⁰³

Většina respondentů uvedla, že jsou třídními učiteli. Nejnižší počet pedagogů tvoří věková skupina 55 let a více (12,9 %), dále je zastoupena skupina ve věku 24 – 34 let (15,3 %), druhou nejpočetněji zastoupenou skupinou je skupina ve věku 35 – 44 let (22,6 %) a nejvíce pedagogů zaujímá věková skupina 45 – 54 let (49,2 %). Porovnáme-li získané údaje se statistickými údaji MŠMT uvedených v tabulce „Věková struktura – ženy a muži v regionálním školství v 1. pololetí 2015“¹⁰⁴ zjistíme, že výsledky se téměř shodují. Nejnižší zastoupení na základních školách v České republice má věková skupina pedagogických pracovníků do 35 let (17,3 %), další je skupina pedagogů s věkem 56 let a více (18,8 %), druhou nejpočetněji zastoupenou je skupina pedagogů ve věku 36 – 45 let (30,2 %) a nejpočetnější skupinu tvoří pedagogové ve věku 46 – 55 let (33,7 %). S těmito údaji také souvisí zjištění z vlastního výzkumu, že nejvíce pedagogů tvoří skupina s délkou praxe delší než 15 let (62,9 %).

Zajímavým a zřejmě ne zcela potěšujícím zjištěním je fakt, že i přes to, že v dnešní době s poměrně snadnou a kvalitní dostupností všech možných informací jsou pedagogové, kteří se doposud nesetkali s pojmem „syndrom CAN“ a jejich počet není zanedbávající (13 %). Dušková poukazuje na skutečnost, že od roku 1990 se v České republice se tato

¹⁰³ Srov. MŠMT, *České školství v mezinárodním srovnání*. [on-line]

¹⁰⁴ Srov. MŠMT, *Genderová problematika zaměstnanců ve školství*. [on-line]

problematika postupně odkrývá a stává se více předmětem veřejného zájmu a odborných diskuzí. V průběhu uplynulých téměř 3 desetiletí se čeští odborníci na problematiku týraných a zneužívaných dětí více zaměřili a vzniklo tak mnoho odborných a významných publikací zabývajících se syndromem CAN.¹⁰⁵

Täubner považuje právě nedostatečnou informovanost pedagogů o syndromu CAN jako největší problém, který brání v poznání jakékoliv formy násilí na dětech a následné zachycení tohoto problému.¹⁰⁶

Pokud budeme vycházet z předpokladu, že metodickým pokynem MŠMT definuje Minimální preventivní program¹⁰⁷, který je zároveň základní strategií pro prevenci sociálně patologických jevů ve školách a školských zařízeních, je zde možná na řadě položit si otázku, jakým způsobem je v běžné praxi řešena a realizována prevence či jiná forma vzdělávání pedagogů týkající se této oblasti – vzhledem ke zjištěným skutečnostem.

K zamyšlení je také zjištění, že nejvyšší počet respondentů (29 %) se poprvé s pojmem „syndrom CAN“ setkal až při své pedagogické praxi. Očekávala jsem, že se s tímto pojmem při nejmenším setkává každý student připravující se na svou pedagogickou profesi. Z toho lze usuzovat, že při profesním vzdělávání budoucích pedagogů zřejmě není věnován dostatečný prostor vzdělávání a prevenci dotýkající se oblasti tohoto vcelku rozsáhlého společenského problému.

Špeciánová uvádí, že všichni pedagogičtí pracovníci by měli být vyškoleni v problematice syndromu CAN. Měli by vědět, jaké jsou příznaky objevující se u dětí, které trpí fyzickým, psychickým či sexuálním zneužíváním a dalšími formami syndromu CAN. Měli by vědět, jaké kroky mají podniknout v případě zjištění takové skutečnosti. Je tedy názoru, že do výchovy a vzdělávání pedagogických pracovníků (jakožto i studentů připravujících se na profesi pedagoga) by mělo být zahrnuto vzdělávání o ochraně dětí.¹⁰⁸

Dále byla zjišťována míra informovanosti respondentů o syndromu CAN. Byla hledána odpověď na výzkumnou otázku č.1 „Jaké procento pedagogů ve vybraném vzorku populace

¹⁰⁵ Srov. KOLEKTIV AUTORŮ, *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*, s. 6.

¹⁰⁶ Srov. TÄUBNER V., *Nejtřeženější tajemství – sexuální zneužívání dětí*, s.60.

¹⁰⁷ B.a., MŠMT, *Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních*. [on-line]

¹⁰⁸ Srov. ŠPECIÁNOVÁ Š., *Sociálně-právní ochrana dětí*, s.23-26.

má základní znalosti o syndromu CAN?“. Překvapilo mne, že co se týče základních znalostí o syndromu CAN, nedosahuje jich významné procento z celkové počtu odpověděvších respondentů, ale pouhých 20 %. Dle úspěšnosti odpovědí byli respondenti rozděleni do tří kategorií charakterizující míru jejich informovanosti o syndromu CAN – značně informovaní, částečně informovaní a málo informovaní. Nejpočetnější skupinu 60 % všech respondentů tvoří ti, jejichž míra informovanosti je zařadila do střední kategorie „částečně informovaní“ – což procentuálně odpovídá míře základních znalostí v rozmezí 30 % – 64,9 % ze všech možných správných odpovědí. Většina respondentů tedy určité znalosti o syndromu CAN má, ale nedosahují kritéria základních znalostí potřebných pro dostatečnou orientaci v této problematice. Do kategorie „značně informovaní“ a „málo informovaní“ patří shodné procento respondentů a to 20%.

Dunovský tvrdí, že ve školství, ale i v ostatních oblastech péče o dítě není problematice syndromu CAN věnována dostatečná pozornost. Ať je to již z neznalosti tohoto jevu nebo z pouhé nevšimavosti zvláštního chování dítěte. Není zde podle něj stále dostatečné množství poskytovaných informací typu „postupy“ nebo „návodů“ pro učitele, jak se zachovat při zaregistrování takových případů. Přitom zdůrazňuje, že právě pedagogové hrají v prevenci a záchytu tohoto problému významnou roli. Avšak poukazuje na to, že ve své praxi se setkává především s nedostatečnými znalostmi a rozpaky pedagogů při šetření a řešení takových situací.¹⁰⁹ Výše zjištěné výsledky vlastního výzkumu tvrzení Dunovského potvrzují.

Předchozímu zjištění odpovídají i výsledná data, týkající se vlastních pocitů respondentů – zdali jsou pro ně v současné době dostačující informace, které mají o syndromu CAN. Kladně odpověděla méně než polovina, tudíž více než polovina respondentů má pocit, že jejich informace týkající se syndromu CAN nejsou v současné době pro ně dostačující. Většina respondentů následně odpověděla, že by měla zájem o kurz či školení, týkající se problematiky syndromu CAN – jeho odhalení a následný postup řešení.

Toto zjištění koresponduje s výsledky výzkumu, který provedla Kalibová pod názvem „Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte jako aktuální celospolečenský problém se zaměřením na informovanost pedagogů o tomto jevu“. Zjistila, že většině

¹⁰⁹ Srov. DUNOVSKÝ J., *Komerční sexuální zneužívání dětí*, s. 139-147.

oslovených respondentů (pedagogů) neprošly rukama materiály, které by zvýšily jejich povědomí o tomto jevu. Zároveň také většina respondentů uvedla, že by měla zájem zúčastnit se školení, které by bylo na tuto problematiku zaměřeno. Kalibová také uvádí, že vysoké procento pedagogů silně souhlasí s tezí, aby informovanost pedagogů o problematice syndromu CAN byla lépe propracovaná a jim více dostupná.¹¹⁰

Výzkumnou otázkou č. 2 jsme zjišťovali, kolik pedagogů se při své pedagogické praxi setkalo s konkrétním případem, kdy dítě bylo týrané, zanedbávané či sexuálně zneužívané. Méně než polovina respondentů a to 38 % uvedlo, že se při své pedagogické praxi setkali s dítětem postiženým syndromem CAN. Vzhledem k výše uvedeným zjištěním týkajících se míry informovanosti pedagogů o syndromu CAN je na místě zabývat se otázkou, zdali druhá část respondentů může s čistým svědomím a s jistotou říci, že dítě, se kterým se při svém pedagogickém působení setkala, nemohlo být syndromem CAN také postiženo. Byli by tito respondenti vůbec schopni odhalit a rozpoznat příznaky týrání, zanedbávání či sexuálního zneužívání od jiného „nevhodného“ chování, projevů apod.? Dokázali by své dosavadní znalosti aplikovat v praxi?

Testováním hypotézy „Delší pedagogická praxe (10 let a více) přispívá ke zvyšování informovanosti pedagogů o problematice syndromu CAN“ bylo zjištěno, že s delší pedagogickou praxí se zvyšuje informovanost pedagogů o syndromu CAN. Otázkou však zůstává, jaká skutečnost má na tomto zjištěném faktu významný podíl. Může to být tím, že se pedagogové při své praxi setkali s dítětem postiženým syndromem CAN a tím si své znalosti upevnili? Nebo toto zjištění souvisí s jejich následným profesním vzděláváním, případně samostudiem dotčené problematiky? Jistě se jedná o otázky, jejichž odpovědi by poskytly zajímavé informace a mohly by tedy být předmětem dalšího zkoumání.

¹¹⁰ Srov. KALIBOVÁ P., *Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte jako aktuální celospolečenský problém se zaměřením na informovanost pedagogů o tomto jevu*. [on-line]

ZÁVĚR

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit, do jaké míry jsou pedagogové základních škol informováni o syndromu CAN a zdali se s tímto jevem při své pedagogické praxi setkali. Práci můžeme rozdělit do dvou na sebe navazujících částí – z nichž první se zabývá teorií. Zde je podrobně popsána problematika syndromu CAN – vysvětlen pojem, formy a následky syndromu CAN, popsána oběť a pachatel a také čeho si všimnout u dítěte, které by mohlo být ohroženo syndromem CAN, následně jsou ještě uvedeny informace o prevenci. Část druhá, se zabývá vlastním výzkumem. Empirický výzkum byl realizován provedením kvantitativní metody, prostřednictvím anonymního dotazníku. Bylo osloveno celkem 152 respondentů – pedagogů náhodně vybraných základních škol v Jihočeském kraji, z nichž odpovědělo 124, což činilo celkovou návratnost 82 %. Jak vyplývá z analýzy dat při vyhodnocování jednotlivých otázek a následného vyhodnocení výsledků, cíl diplomové práce byl naplněn - byla zjištěna míra informovanosti pedagogických pracovníků – ať již celková, tak také podle délky jejich pedagogické praxe. Dále bylo také zjištěno, kolik pedagogů se při své pedagogické praxi setkalo s dítětem postiženým syndromem CAN a jak oni sami vnímají svou současnou informovanost o této problematice.

Výsledky výzkumu jsou pro mne velice zajímavé a trochu překvapivé, očekávala jsem, že pedagogové základních škol jsou podstatně více informováni o syndromu CAN, se kterým se mohou při své pedagogické praxi velmi často setkávat. I většina pedagogů vnímá svou současnou informovanost jako nedostatečnou a uvítali by případné školení či kurz týkající se této problematiky. Toto zjištění by mohlo být podnětem např. pro ředitele základních škol, kteří mají v kompetenci prevenci syndromu CAN na jejich konkrétní škole, aby zvážili, zdali by nebylo od věci u svých pedagogů v této oblasti prohlubovat jejich dosavadní znalosti.

Závěrem bych chtěla popřát všem pedagogům, aby případů dětí, které jsou nějakým způsobem týrány, zanedbávány či zneužívány, bylo co nejméně – nejlépe, aby se společnosti dařilo úspěšně tomuto negativnímu jevu předcházet. A pokud – bohužel – již k takovému případu dojde, aby tito pedagogové měli dostatek znalostí a informací pro

případné odhalení týrání, zneužívání či zanedbávání dítěte a následně dostatečnou podporu ve svém profesním okolí ke zdárnému řešení a vyřešení situace.

Použitá literatura

BECHYŇOVÁ V., KONVIČKOVÁ M., *Sanace rodiny: sociální práce s dysfunkčními rodinami*. Praha: Portál 2008. ISBN 978-80-7367-392-5

BENTOVIM A., *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*. Praha: Grada 1998. ISBN 80-716-9629-3.

CLARK R. E., FREEMAN-CLARK J., ADAMEC CH. *The Encyclopedia of Child Abuse*. New York: Facts on file, 2007.

ČABÁLOVÁ D., *Pedagogika*. Praha: Grada Publishing, a. s. 2011. ISBN 978-80-247-2993-0

ČÁP J., MAREŠ J., *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál 2007. ISBN 978-80-7367-273-7

ČÍRTKOVÁ L., *Moderní psychologie pro právníky*. Praha: 2008. ISBN 80-247-2207-0

ČÍRTKOVÁ L., VITOUŠOVÁ P., a kol., *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů*. Praha: Grada 2007. ISBN 978-80-247-2014-2

DUBOWITZ, *What is child neglect? In child protection practice*. London: Inc. International Educational and professional Publisher, 2002.

DUFKOVÁ I., ZLÁMAL J., *Domácí násilí se zaměřením na problematiku obětí*. Střední policejní škola Ministerstva vnitra, Středisko pro výchovu k lidským právům a profesní etiku, 2005. ISBN 80-2395-686-8

DUNOVSKÝ J., *Komerční sexuální zneužívání dětí*. In WEISS, P. a kol. *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Grada Publishing 2005. ISBN 80-247-0929-5

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

DYTRTOVÁ., KRHUTOVÁ M., *Učitel: příprava na profesi*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2863-6

ELLIOTT M., *Jak ochránit své dítě*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-157-6

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

HANUŠOVÁ J., *Sexuální zneužívání*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí v roce 2006. ISBN 80-86991-64-4

HARTL P., HARTLOVÁ H., *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X

KACAFÍRKOVÁ M., *Incest – příznak rodinné patologie*. Časopis Právo a rodina. Ročník 2003. Vyd. č.8.

KOLEKTIV AUTORŮ, *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. Praha: IREAS, 2007. ISBN 978-80-86684-47-5

LANGMEIER J., MATĚJČEK Z., *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1983-5

LISÁ, L., KŇOURKOVÁ, M., *Vývoj dítěte a jeho úskalí*. Praha: Avicentrum 1986. ISBN 08-084-86

MATĚJČEK Z., *Rodiče a děti*. Praha: Avicenum 1989.

MUFSONOVÁ S., KRANZOVÁ R., *O týraní a zneužívání*. Havlíčkův Brod: Lidové noviny 1996. ISBN 80-7106-194-8

PALUSCI V. J., FISCHER, H. *Child abuse and neglect*. London: Manson Publishing, 2011.

PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M., *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1216-4

ŘÍČAN P., *Jak na šikanu*. Praha: Grada 2010. ISBN 978-80-247-2991-6

SNOWMAN J., McCOWN R., BIEHLER R. *Psychology Applied to Teaching*. Wadsworth: CENGAGE Learning, 2011.

ŠEVČÍK D., ŠPATENKOVÁ N., a kol., *Domácí násilí*. Praha: Portál 2011.
ISBN 978-80-7367-690-2

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

ŠPECIÁNOVÁ Š., *Jak poznat týrané, zneužívané a zanedbávané děti a jak jim pomoci*.
Časopis Právo a rodina. Ročník 2004. Vyd. č. 6.

ŠPECIÁNOVÁ Š., *Sociálně-právní ochrana dětí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí
2007. ISBN 978-80-86991-27-6.

TÄUBNER, V. *Nejstřeženější tajemství – sexuální zneužívání dětí*. Praha : Trizonia,
1996. ISBN 80-85573-72-5

VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál 2004.
ISBN 80-7178-802-3

VANÍČKOVÁ, E., *Komerční sexuální zneužívání dětí*. Česká společnost na ochranu dětí –
edice RŮŽOVÁ LINKA, Praha. 2004. ISBN 80-239-3443-0

VANÍČKOVÁ E., a kol. *Sexuální násilí na dětech*. Praha: Portál 1999.

ISBN 80-7178-286-6

VANÍČKOVÁ, E., PROVAZNÍK K., HADJ-MOUSSOVÁ, Z. *Sexuální zneužívání dětí*.

I. Díl. Praha: Karolinum UK 1997. ISBN 80-7184-479-9

WEISS, P. a kolektiv. *Sexuální zneužívání, pachatelé a oběti*. Praha: Grada 2000.

ISBN 80-7169-795-8

Elektronické zdroje

FAKULTA VETERINÁRNÍ HYGIENY A EKOLOGIE, *Testování hypotéz ve statistice*.

[on-line] [cit. 06.02.2016] Dostupné z WWW:

<<http://cit.vfu.cz/statpotr/POTR/Teorie/Predn3/chi2test.htm>>.

KALIBOVÁ P., *Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte jako aktuální celospolečenský problém se zaměřením na informovanost pedagogů o tomto jevu*. [on-line]

[cit.28.02.2016] Dostupné z WWW:

<<http://clanky.rvp.cz/clanek/c/s/14261/SYNDROM-TYRANEHO-ZNEUZIVANEHO-A-ZANEDBAVANEHO-DITETE-JAKO-AKTUALNI-CELOSPOLECENSKY-PROBLEM-SE-ZAMERENIM-NA-INFORMOVANOST-PEDAGOGU-O-TOMTO-JEVU.html>>

KOLEKTIV AUTORŮ, *Akční plán prevence domácího a generově podmíněného násilí na*

léta 2015–2018. [on-line] [cit.28.02.2016] Dostupné z WWW: <<http://www.vlada.cz/cz/-130347/>>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, *Sociálně-právní ochrana dětí*. [on-line]

[cit. 14.10.2015]. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/7260>>.

MINISTERSTVO PRŮMYSLU A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, *Zákon č.359/1999 Sb.* [on-line] [cit.28.02.2016] Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/14305/novela.pdf>>

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY, *Dokumenty.* [on-line] [cit. 14.10.2015]. Dostupné z WWW: <<http://www.msmt.cz/modules/search/index.php?plugin=3&query=syndrom%20CAN>>.

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY, *Dokumenty – CO DĚLAT KDYŽ INTERVENCE PEDAGOGA.* [on-line] [Cit. 08.01.2016. Dostupné z WWW: <www.msmt.cz/uploads/Priloha_5_Syndrom_CAN.doc>.

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY, *České školství v mezinárodním srovnání.* [on-line] [cit.28.02.2016] Dostupné z WWW: < <http://www.msmt.cz/vzdelavani/skolstvi-v-cr/statistika-skolstvi/ceske-skolstvi-v-mezinarodnim-srovnani-1>>

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY, *Genderová problematika zaměstnanců ve školství.* [on-line] [cit.28.02.2016] Dostupné z WWW: <<http://www.msmt.cz/vzdelavani/skolstvi-v-cr/statistika-skolstvi/genderova-problematika-zamestnancu-ve-skolstvi>>

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY, *Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zřízeních.* [online] [cit. 08.01.2016]. Dostupné z WWW: <http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/PH_20006_07_51_MP_k_preveni_SPJ_k_podpisu_mini.doc>

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY, *Vyhláška č. 263/2007.* [on-line] [cit.28.02.2016] Dostupné z WWW: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-263-2007-sb-kterou-se-stanovi-pracovni-rad->

pro-zamestnance-skol-a-skolskych-zarizeni-zrizenych-ministerstvem-skolstvi-mladeze-a-
telovychovy-krajem-obci-nebo-dobrovolnym-svazkem-obci>

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ, *Kritické hodnoty testového kritéria chí-kvadrát*. [on-line] [cit. 06.02.2016] Dostupné z WWW:
<http://lide.uhk.cz/pdf/ucitel/zumarmo1/vyzkumne_metody/Tabulky.pdf>.

VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY, *Akční plán prevence domácího a generově podmíněného násilí na léta 2015-2018*. [on-line] [cit.14.10.2015] Dostupné z WWW:
<<http://www.vlada.cz/cz/clenove-vlady/pri-uradu-vlady/jiri-dienstbier/aktualne/vlada-schvalila-akcni-plan-prevence-domaciho-a-genderove-podmineneho-nasili-na-leta-2015--2018-126943/>>.

SUMMIT C.R., *The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome*. [on-line] [Cit.14.10.2015]. Dostupné z WWW:
<<http://www.abusewatch.net/Child%20Sexual%20Abuse%20Accommodation%20Syndrome.pdf>>.

SURVIO, *Online dotazník snadno a rychle*. [online] [cit.06.02.2016]. Dostupné na WWW:
< <http://www.survio.com/cs/>>.

Příloha

Dobrý den,

dovoluji si Vás oslovit s prosbou o vyplnění dotazníku. Aktuálně pracuji na diplomové práci na téma „Pedagog na ZŠ a syndrom CAN“. Cílem mé práce je zjistit do jaké míry jsou pedagogové informováni o syndromu CAN (syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte). Vámi vyplněné informace budou využity jen pro účel diplomové práce. Dotazník je zcela anonymní. Děkuji Vám za ochotu a Váš čas věnovaný vyplnění dotazníku.

Michaela Böhmová

1. Jste:

- žena
- muž

2. Váš věk je:

- 24 - 34
- 35 - 44
- 45 - 54
- 55 a víc

3. Délka Vaší pedagogické praxe:

- do 5 let
- 5 - 10 let
- 11-15 let
- více než 15 let

4. Jste třídní učitel?

- ano
- ne

5. Kdy/ jak jste se poprvé setkali s pojmem „syndrom CAN“? (vyplňte pouze jednu odpověď)

- během studia
- při pedagogické praxi
- ze svého rodinného prostředí
- ve svém okolí
- z médií (TV, internet, tiskoviny apod.)
- s tímto pojmem jsem se doposud neseťkal/a
- jiné (vyplňte, prosím)

6. Setkali jste se při své pedagogické činnosti s dítětem, které se stalo obětí syndromu CAN?

- ano
- ne (na otázku č.7 neodpovídejte)

7. Pokud ano, jak jste ho rozpoznal/a? (lze označit více možností)

- dítě mělo na těle znaky tělesného týrání (modřiny, škrábance, popáleniny)
- dítě vykazovalo znaky nedostatečné hygieny/péče
- dítě se stranilo kolektivu, bylo plaché
- dítě se nechtělo vracet domů
- nerozpoznal/a jsem to
- Jiné (vyplňte, prosím)

8. Co všechno byste do syndromu CAN zařadil/a? (lze označit více možností)

- psychické týrání
- fyzické týrání
- sexuální zneužívání
- tělesné zanedbávání
- ekonomické týrání
- systémové týrání
- rituální týrání
- Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy)
- šikana

9. Víte co znamená Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy)?

- ano
- ne

10. Má pedagog možnost ve škole konzultovat případné podezření výskytu syndromu CAN u žáka např. s výchovným poradcem či školním psychologem?

- ano
- ne

11. Je povinností pedagoga oznámit případné podezření na výskyt syndromu CAN řediteli školy?

- ano
- ne

12. Komu by měl pedagog nejprve oznámit podezření na výskyt syndromu CAN? (vyberte jednu odpověď)

- rodičům žáka
- řediteli školy
- Orgánu sociálně-právní ochrany dětí
- policii
- Jiné (vyplňte, prosím)

13. Jsou informace, které v současné době máte o problematice syndromu CAN, pro Vás a Vaši pedagogickou činnost dostačující?

- ano
- ne

14. Měli byste zájem o případné školení či kurz (týkající se problematiky syndromu CAN), který by objasnil případné nejasnosti, týkající se odhalení a následného postupu v případě podezření výskytu syndromu CAN?

- ano
- ne

Abstrakt

BÖHMOVÁ, M. *Pedagog na ZŠ a syndrom CAN*. České Budějovice 2016. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce Mgr. et Mgr. Karolina Diallo, Ph.D.

Klíčová slova: týrání, zneužívání, zanedbávání, sexuální obtěžování, syndrom CAN, šikana, pedagog, základní škola, prevence.

Práce se zabývá pedagogem na základní škole a syndromem CAN. První kapitola uvádí vztah domácího násilí k syndromu CAN. Druhá kapitola vysvětluje problematiku syndromu CAN – definici pojmu, formy syndromu CAN, následky syndromu CAN, charakterizuje kde je oběť a kdo pachatel a jak rozpoznat dítě se syndromem CAN. Kapitola třetí je zaměřena na pedagoga a základní školu – je zde popsán profesní „portrét“ pedagoga, základní druhy prevence syndromu CAN a prevence syndromu CAN na základní škole. Kapitola čtvrtá představuje vlastní výzkum zjišťující míru informovanosti pedagogů o syndromu CAN, zahrnuje metodiku, analýzu dat s následnou interpretací výsledků, verifikaci hypotézy a závěrečné shrnutí.

Abstract

A teacher at an elementary school and a the syndrome CAN.

Key words: maltreat, abuse, neglect, sexual harassment, CAN syndrome, bullying, teacher, elementary school, prevention.

This diploma thesis deals with a teacher at an elementary school and the CAN syndrome. The first chapter shows the relation between domestic violence and the syndrome. The second chapter explains the issues of the syndrome - definition, forms of the syndrome, syndrome consequences, describes who the victim is and who the perpetrator is and how to recognize a child with the syndrome. The third chapter is focused on the teacher and the elementary school - there is described professional "portrait" of the educator, basic types of the prevention of the syndrome and syndrome prevention in elementary school. Chapter Four presents the research itself assesing the level of awareness of the teachers about the syndrome. This chapter also includes methodology, data analysis and subsequent interpretation of the results, verify hypothese, and the final summary.