

Univerzita Palackého v Olomouci
Katedra psychologie Filozofické fakulty

DŮSLEDKY EXTRÉMNÍHO ZANEDBÁVÁNÍ DÍTĚTE
V RANÉM VĚKU



Bakalářská diplomová práce

Autor: Mgr. Břetislav Váca
Vedoucí práce: PhDr. Martin Lečbych Ph.D.

Olomouc
2010

Poděkování

patří především PhDr. Martinu Lečbychovi Ph.D. za odbornou pomoc, důvěru, vedení v optimální míře, trpělivost a shovívavost.

Můj dík také směřuje k mým kolegům z dětského domova.

V neposlední řadě chci poděkovat také své rodině, která snášela vše, co s psaním bakalářské práce souvisí.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a všechny použité prameny řádně citoval a uvedl.

V Olomouci 15. března 2010

OBSAH

Úvod	5
1. TEORETICKÉ UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY....	7
1.1. Rodina.....	7
1.1.1. Definice rodiny.....	7
1.1.2. Funkce rodiny.....	8
1.2. Funkčnost rodiny.....	15
1.2.1. Pojetí funkčnosti.....	15
1.2.2. Modely rodinného fungování.....	18
1.2.3. Problematické a rizikové typy rodin.....	23
1.3. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě.....	28
1.3.1. Potřeby dítěte.....	29
1.3.2. Typy ohrožení dítěte.....	31
1.3.2.1. Týrání.....	32
1.3.2.2. Sexuální zneužívání.....	33
1.3.2.3. Zanedbávání.....	34
1.3.3. Důsledky zanedbávání.....	35
1.4. Případy extrémního zanedbávání.....	41
2. PŘÍPADOVÁ STUDIE MALÉHO CHLAPCE BEZ DOMOVA.....	47
2.1. Život chlapce před jeho objevením.....	47
2.1.1. První rok života.....	47
2.1.2. Události vedoucí k přemístění dítěte.....	49
2.1.3. Ze soudního spisu.....	50
2.2. Počátky v dětském domově.....	52
2.2.1. První setkání.....	52
2.2.2. První půlrok v dětském domově.....	53
2.3. Život v dětském domově.....	62
2.3.1. Péče a vedení chlapce.....	62
2.3.2. Pokroky po dvou letech v DD.....	69
2.3.3. Analýza případu.....	72

3.	DISKUZE.....	76
3.1.	Používané metody zkoumání.....	76
3.2.	Chyby a nepřesnosti.....	76
3.3.	Úskalí výchovy.....	77
3.4.	Pěstouni.....	78
3.5.	Sporná diagnóza.....	79
3.6.	Doporučení pro budoucí praxi.....	80
4.	ZÁVĚREČNÉ HODNOCENÍ PŘÍPADU.....	81
	Souhrn	83
	Literatura	86

ÚVOD

Tato práce začala vznikat před několika lety v době, kdy k nám do dětského domova (jsem zaměstnancem DD) byl přiveden malý kudrnatý chlapec, s velmi neobvyklými projevy chování. Bezprostřední minulost nám nastínila pracovnice odboru sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD), která jeho rodinu měla na starosti. Případ se jevil natolik zajímavý, že jsme si s kolegy začali zaznamenávat chlapcovy projevy. Druhým důvodem psaní záznamů byla objednávka státní zástupkyně, která se případem zabývala a která se přibližně jednou měsíčně na chlapcův stav ptala.

Zatímco ostatní kolegové po několika měsících od psaní upustili, já jsem v jeho pozorování a zaznamenávání pokračoval. Formu deníku jsem znal ze svého působení v terapeutické komunitě. Klienti léčící se z drogové závislosti si deníky psali. Bylo nesmírně podnětné sledovat jejich myšlenky, emoce a následné posuny od začátku léčby do případného absolvování.

Až mnohem později jsem si jeho příběh zvolil jako téma bakalářské práce. Hlavním cílem je demonstrovat kazuistiku, a tím vytvořit jakési ponaučení pro ty, kteří se v budoucnu s podobným případem setkají a vedle doporučení psychologů a speciálních pedagogů budou mít k dispozici pouze svůj zdravý rozum a intuici. Popis chlapcova příběhu a následné intervence může v podobných případech pomoci navést pěstouny či vychovatele, jakým způsobem se má postupovat při výchově extrémně zanedbaného dítěte.

Práce obsahuje teoretická východiska předních českých odborníků v dané problematice. Začneme rodinou a jejími funkcemi, přes zdravé a následně závodové rodinné fungování až k dětem, jejichž duše jsou svými nejbližšími silně poškozovány. Závěrem teoretické

části budou tři srovnávací případové studie našich nejvýznamnějších psychologů zabývajících se touto tematikou.

Empirickou část tvoří případová studie již zmíněného chlapce, jeho život s původní rodinou, počátky a průběh jeho života v dětském domově po dobu dvou let. Ve sledovaných oblastech budeme porovnávat jeho chování a zvládání úkolů v několika meznících. Dozvíme se něco o spolupráci s lékaři i různými institucemi hrající v našem případě nezanedbatelnou roli. Na závěr porovnáme chlapcovy schopnosti a dovednosti s teoretickým vývojovým modelem zdravých dětí žijících v podnětném prostředí.

Obohatí-li tato práce čtenáře, dá-li mu impuls k zamyšlení či mu leccos osvětlí, má zcela jistě smysl.

1. Teoretické uvedení do problematiky

1.1. RODINA

1.1.1. Definice rodiny

Rodina jako nejvýznamnější součást, a také základní sociální a vztahová jednotka společnosti bývá definována mnoha způsoby. Osmisvazkový Havránek Slovník spisovného jazyka českého (1989) definuje rodinu jako „*základní společenskou jednotku tvořenou dvojicí manželů, společenství rodičů a dětí*“.

Sociolog Jandourek (2003, s. 115) vymezuje rodinu jako „*formu dlouhodobého solidárního soužití osob spojených příbuzenstvím a zahrnující přinejmenším rodiče a děti*“.

Podle psychologického slovníku manželů Hartlových (2000, s. 512) je rodina „*společenská skupina spojená s manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí*“.

Z definic je čitelné, že rodina je jednotka tedy jakýsi celek, který má určité charakteristiky. Členové jsou příbuzní, ačkoliv tomu tak nemusí být od počátku (osvojené dítě, nový otčím apod.), mají k sobě různé závazky (vyživovací povinnost, vzájemné respektování, vzájemná pomoc...) V dnešní době už ne tak zcela platí definice Langmeiera a Kňourkové (1984, s. 62), protože rodinu mohou tvořit i dvě ženy či muži se svými dětmi – „*Rodina je institucionalizovaná biosociální skupina, vytvořená přinejmenším ze dvou členů odlišného pohlaví, mezi nimiž neexistují pokrevní pouta, a z jejich dětí*“.

V teorii rodinné terapie jak poznamenává Baštecká (2001, s. 171, cit. Simon, Stierlin, 1995) se rodina vymezuje jako systém, tedy „*celek, uspořádaně sestavený z libovolných prvků materiální nebo duchovní povahy*“.

K zamyšlení je definice Odehnala (1984, s. 115 in Výrost, Slaměník, 1998, s. 304.), která říká: „*Rodina je jakýmsi*

nejuniverzálnějším socializačním činitelem, který poskytuje jedinci identifikační vzory, seznamuje ho s předpokládaným chováním pro mužskou a ženskou roli. Učí jedince reagovat žádoucím způsobem v procesu interakce a umožňuje mu i praktické ověření získaných dovedností v rámci rodiny. Uplatňuje se jako regulátor chování jedince a poskytuje mu společensky žádoucí normy. Pod vlivem rodinného působení se vytváří postoje k personálnímu okolí, sobě samému i společnosti obecně.“

A pro doplnění Dunovský (1989, s. 53) uvádí, že „rodina představuje biosociální systém, který neustále hledá a nachází své místo ve společnosti a přitom je společností znovu a znovu ovlivňován, formován. Funguje v plném rozsahu a má svá opodstatnění jen tehdy, když uspokojuje potřeby každého svého člena...“

Zatímco některé z definic jsou zaměřené na členy rodiny, jiné se soustřeďují spíše na vztahy nebo na funkce. Pokrevní vztahy jsou zde navíc, poněvadž rodina se může skládat i ze členů, kteří do ní přišli zvenčí (osvojení, pěstounská péče). Na čem se shodují všechny definice je to, že rodina je jakási jednotka (systém, celek, skupina, forma soužití apod.) Dunovského jednotka je živá, Odehnalova je plná funkcí, Langmeier s Kňourkovou se soustřeďují jen na strukturu. Problémem je, že každý se dívá na rodinu z rozdílného pohledu. Pokud by se vůbec dala sestavit, byla by univerzální definice rodiny pravděpodobně velmi složitá a rozsáhlá.

1.1.2. Funkce rodiny

Rodina jako společenství nejbližších osob existuje z mnoha důvodů. Vedle rolí, které mají všichni jejich členové, jsou mezi jednotlivými členy vztahy, které mohou být velmi různé jak v intenzitě tak v kvalitě. Je však něco, co snad všechny rodiny mají společného – univerzální funkce rodiny (Langmeier, Krejčířová, 2006)

1. **Reprodukční funkce rodiny:** Základní funkce plození nových generací, vytváření potomstva. Nejde však jen o to zplodit a porodit dítě, ale té ho řádně zabezpečit a vytvořit mu vhodné podmínky pro život. Tato funkce bývá také nazývána biologicko-reprodukční.
2. **Hospodářská (materiální) funkce:** Podobně jako podnik nebo stát musí i rodina hospodařit se svými finančními i věcnými prostředky. Rodinný rozpočet je závislý na příjmech rodiny. Pokud jsou příjmy nižší, než je únosná hranice, může ohrožená ekonomika rodiny vést k závažným vztahovým problémům uvnitř rodiny. S hospodářskou funkcí souvisí také vedení domácnosti, a její spotřeba. V historii patřila do této funkce i složka výrobní. Rodina produkovala určité produkty, které prodávala. Dnes výrobní složka existuje jen ve formách, jako je např. různé domácí práce, úklid, příprava pokrmu apod. V literatuře se pro tuto funkci užívá také termín ekonomicko-zabezpečovací. (Dunovský, 1989)

L. Šulová (1998) podotýká, že v případě špatného fungování rodiny po stránce materiální je ve společnosti dobře propracovaný systém sociálních podpor, takže je zde v této oblasti rodina zastupitelná společností. Autorka dnešní dobu porovnává s dobou minulou, a z tohoto hlediska s ní lze tedy souhlasit.
3. **Emocionální funkce:** Rodina emočně uspokojuje všechny její jednotlivé členy. Celková nálada nebo dlouhodobější emoční stav v rodinách ovlivňuje působení jejich členů na okolí (komunikace s kolegy, agrese ke spolužákům apod.) Členové rodiny si vzájemně pomáhají a podporují se i v nepříznivých dobách. Rodinné klima značně působí na pracovní výkonnost u

dospělých, školní pak u dětí. Zvláště u dětí se projevuje přenesení klimatu doma do školního prospěchu i chování, což znamená, že rodinná atmosféra také determinuje socializační neboli výchovnou funkci. S emocionální funkcí rodiny souvisí také potřeba důvěrnosti, zázemí, podpory, pomoci, bezvýhradného přijímání a jiné. Členové rodiny sdílí své emoce i během různých rodinných rituálů.

4. **Socializační (výchovná) funkce:** Rodina je prvním vstupní stanicí při přechodu dítěte do společnosti. Rodiče učí své děti, jak se chovat ve společnosti, jak být společnosti prospěšný, jak komunikovat, jak se chovat k majetku a hodnotám, a to vše v rámci společenské kultury dané oblasti.

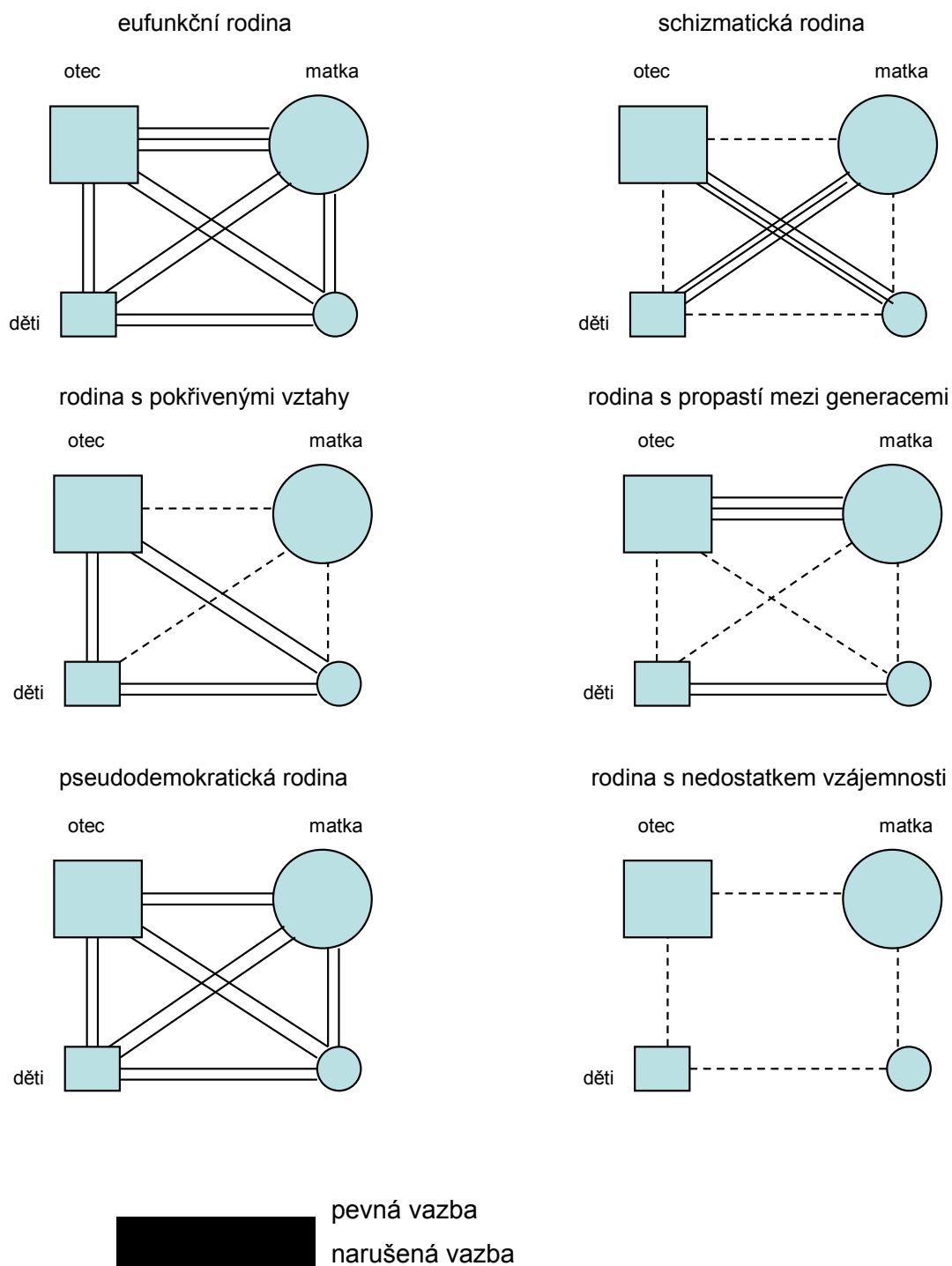
Šulová (1998) připomíná, že právě rodina působí jako regulátor nežádoucího chování. Má na mysli sociálně patologické jevy (dnes nově pojmenováváné jako rizikové projevy chování), a dodává, že pro osoby bez rodinného zázemí přichází samotné odhalení či snaha o léčbu mnohem později právě z důvodů neregistrování negativních jevů okolím.

Výše uvedené univerzální či chcete-li základní funkce, však zůstaly zachovány. Všechny funkce jsou navzájem propojené. Vedle hlavních funkcí rodiny, existují i méně důležité funkce jako např. rekreační, světonázorová, kulturní, zdravotní, právní.

Základem pro naplnění funkcí rodiny jsou vztahy mezi jejími jednotlivými členy. Tyto vztahy v podstatě determinují rodinné fungování. Je např. všeobecně známé, že způsob jakým se otec chová k matce, se převede do synova vzorce chování, a ten se pak s velkou pravděpodobností bude chovat ke své budoucí ženě podobně. Různost vztahů v rodině popsali Langmeier a Krejčířová (2006, s. 184), kteří

modifikovali původní modely rodin Glicka a Kesslera z roku 1974 (obr.1).

Obr. 1: typy rodinných „koalic“



Pouze **eufunkční rodina** plní emocionální a socializační funkci tak, jak má. Mezi otcem a matkou je kvalitní koalice a zároveň oba mají dobré vztahy s dětmi. Děti mají vstřícné vztahy k sobě navzájem i k rodičům. Tento model rodiny je optimální. **Schizmatická rodina** je rodina špatně fungující, kdy každý z rodičů má jednoho „oblíbence“ se kterým má koalici, zatímco vztahy s ostatními členy jsou narušené. **Rodina s pokřivenými vztahy** je nevyrovnaná. Členové takovéto rodiny si jakoby nejsou rovni. Jeden rodič má dominantní vztah k dítěti, přičemž dítě se tak stává jeho spojencem v boji proti druhému rodiči. **Rodina s propastí mezi generacemi** je charakterizována kvalitní koalicí mezi rodiči, zatímco vztah k dětem je narušený či minimální. **Pseudodemokratická** rodina je rodina, která funguje na základě falešné demokracie. Chybí zde autorita k rodičům, což narušuje příznivý vývoj socializace dětí. Pro **rodinu s nedostatkem vzájemnosti** je typické, že vztahy mezi jednotlivými členy jsou nekvalitní a slabé, což hrubě narušuje emocionální i socializační funkci rodiny. Všechny typy rodinných koalic kromě eufunkční jsou rodinami problémovými.

Zatím jsem se zabýval rodinami úplnými, tedy rodinami s oběma žijícími rodiči v jedné domácnosti. V případové studii, kterou popíši v praktické části práce, šlo původně před umístěním dítěte do dětského domova o matku samostatně vychovávající – tedy neúplnou rodinu. Proto je vhodné, abych se zmínil také o neúplných rodinách.

V důsledku rozvodu, úmrtím jednoho z rodičů, narozením dítěte svobodné matce nebo z jakéhokoliv jiného důvodu jde o rodinu bez jednoho z rodičů – neúplnou rodinu. Dle Českého statistického úřadu byla úhrnná rozvodovost v roce 2004 více než 49%. Podle dlouhodobého trendu každým rokem rozvodovost stoupá. Rodič, který je sám na výchovu svých dětí, to má mnohem těžší než rodiče, kteří výchovu se svým partnerem sdílejí. Převážná většina neúplných rodin

jsou pod vedením osamělých matek. Sobotková (2007) uvádí, že rodiny s jedním rodičem jsou cca v 90% matky s dítětem nebo dětmi, a kolem 10% otcové s dítětem nebo dětmi.

Dle Championové (1995, in Sobotková, 2007) je pro rodiny vedené osamělou matkou z hlediska postojů okolí k nim charakteristické:

- 1) Ke vdovám s dětmi je okolí shovívavé, tolerantní a často litující z důvodu nezavinění si vlastního postavení.
- 2) K osamělým rozvedeným matkám s dětmi jsou postoje ambivalentní. Jedny hlasy moralizují, že si za to žena může sama, jiné hlasy říkají, že než žít v nefungujícím svazku, je lepší se s partnerem rozejít. Takováto rodina není zcela jistě ideální, však v dnešní společnosti častá a může být i uspokojující, ba dokonce může i lépe fungovat než některá z úplných rodin.
- 3) K osamělým matkám, které si samy zvolily, že chtějí zůstat svobodné s dítětem bez muže, se postoje postupem času mění. Od velmi negativních k citově nezabarvených. Zde patří i matky s osvojenými dětmi či dětmi v pěstounské péči.

Přestože neúplná rodina může za určitých okolností naplňovat socializační a emocionální funkce lépe než úplná rodina, je nadprůměrné fungování neúplné rodiny věcí složitou. Neúplné rodiny často selhávají už například jen proto, že osamělá matka nezvládne svoji roli, nemá možnost sdílet problémy rodiny s partnerem, stará se o děti a nemá dostatek volného času pro sebe. Důležitou pomocí pak pro osamělého rodiče mohou být prarodiče dítěte. Základem pro dobré fungování jsou vedle kvalitního vztahu matky (otce) s dítětem také hmotné podmínky a bydlení. Výzkum Junkové (1975, in Langmeier, 2006, s. 185) mimo jiné sděluje, že *„u všech dětí z neúplných rodin bylo více neurotických rysů nebo výchovných obtíží, častěji se vyskytovaly*

také problémy se školním prospěchem i v zařazování do dětské skupiny.“ Přestože je studie Junkové už více než třicet let stará, má platnost i dnes. Obecně řečeno je většina dětí z neúplných rodin po stránce emocionální, ekonomické i sociální více ochuzena než děti mající oba rodiče, kteří je společně vychovávají.

Když se zamyslíme nad tím, co pro nás rodina znamená v průběhu našeho ontogenetického vývoje, přicházíme na to, že zpočátku je pro nás rodina zprostředkovatelem životně důležitých potřeb, bez kterých bychom nepřežili, později jako místo, kde se obvykle cítíme bezpečně a jistě. Tím nejbližším člověkem bývá nejčastěji matka, ke které si dítě postupně vybudovává velmi silné pouto – stěžejní pro jeho zdravý duševní vývoj. Rodina je pro většinu z nás tím nejcennějším. Je škoda, že si to většinou uvědomujeme jen v okamžicích ohrožení. Děti z dětského domova pocházející ze lhostejných rodin říkají, že rodina je pro ně důležitější, než jsou ony samy. Vzpomínám si, když šestiletá dívka koupila na jarmarku za svoje poslední peníze z kapesného náramek pro maminku, která ji měla ten den navštívit. Maminka přišla až za měsíc. Občas se stává, že dítě má jet ke svému rodiči na víkend či Vánoce a místo toho mnoho hodin pročeká u okna, vyhlížejíce, kdy matka přijede. Matka nepřijede, dítě zůstává v DD. Jeho důvěra k lidem opět utrpěla.

1.2. FUNKČNOST RODINY

Funkčností rodiny neboli rodinným fungováním se rozumí vztahy a procesy existující a probíhající v rodině. Podle Pattersonové (2002, in Sobotková, 2007, s. 71) je rodinné fungování „*způsob, jakým rodina plní své funkce.*“ O funkcích rodiny jsem se zmínil v podkapitole 1.1.2.

1.2.1 Pojetí funkčnosti

Sobotková (2007) uvádí, že přestože rodinné fungování je velmi složitý jev, shoduje se s mnohými autory, že existují jeho tři základní principy: Soudržnost (koheze), adaptabilita a komunikace.

Soudržnost jsou síly působící na členy (v našem případě rodiny), které pomáhají udržet vztah. S tímto pojmem souvisí mnoho dalších, jako je láska, intimita, pocit sounáležitosti, afiliace, přijetí druhého apod. Dále Sobotková říká, že zdravá soudržnost v rodině je vyvažována osobní autonomií jejich členů. Aby byl člověk spokojen, je potřeba být autonomním jedincem, ale zároveň také být spolu s rodinou.

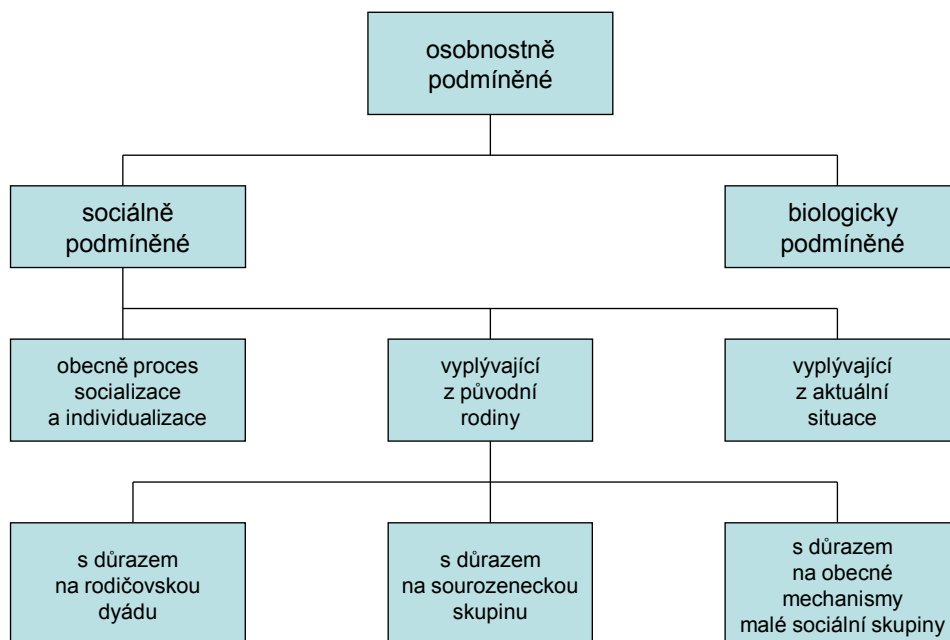
V Hartlově psychologickém slovníku (2000) pod heslem adaptabilita nalezneme vysvětlení, že adaptabilita je schopnost jedince přizpůsobit se přírodnímu i společenskému prostředí. A vlastně o to jde. Být flexibilní k různým změnám a leckdy složitým životním situacím je pro dobrou funkčnost rodiny důležitým faktorem. Sobotková (2007) zastává názor, že stejně jako musí být rodinný systém adaptabilní, měl by být také hierarchicky uspořádaný. „*Rovnováha mezi adaptabilitou a organizovaností je rozhodující moment při zvládnání situačních stresů v rodinném životě.*“ (Sobotková, 2007, s. 34)

Rodinná komunikace je proces, pomocí kterého se v rodinném kruhu nejen sdělují informace, ale také se jím vytváří atmosféra. Příjemná atmosféra působí na všechny členy pozitivně a mimo jiné je může chránit před dopady z nezdaruů zvenčí, a stejně tak nepříjemná atmosféra zvyšuje pravděpodobnost nepohody, rozbrojů, stresů.

Řekněme si nyní něco o tom, co ovlivňuje funkčnost rodiny. Podle L.Šulové (1998) jsou nejdůležitější faktory ovlivňující funkčnost rodiny osobnostně podmíněné. Argumentuje tím, že stejná situace může být hodnocena v jedné rodině pozitivně, v jiné negativně. (Například manžel, který brzo ráno odchází do práce a pozdě se vrací, si po návratu přečte noviny a jde se věnovat dětem, které jdou za chvíli spát. Toto však může být chápáno různě. Jedna žena je spokojena s tím, že má na sebe dost času, když se nemusí starat ještě o manžela, který je přece skvělý, když se ještě utahaný z práce věnuje dětem, druhá žena reaguje podrážděně, protože se jí manžel vůbec nevěnuje, protože už jí asi nemá rád. Sotva přijde z práce, sedne si k novinám a pak k dětem a čas si na ní udělá, až se jí chce spát.)

Šulová (1998, s. 329) předkládá faktory ovlivňující funkčnost rodiny následujícím znázorněním (obr.3):

Obr. 3: Faktory ovlivňující funkčnost rodiny



Sobotková (2007) se také zaměřuje na jevy, které vysvětlují rozdíly v rodinném fungování. Zmiňuje Greeffovu studii z roku 2000, která došla k následujícím závěrům: Kvalitu rodinného fungování ovlivňují:

- 1) Spokojenost jednotlivých členů s rodinným životem. Koheze a adaptabilita, se kterými jsou členové spokojeni, je pro zdravé fungování rodiny důležitější než vysoká míra koheze a adaptability, se kterými členové rodin spokojeni nejsou.
- 2) Dovednosti a schopnosti řešit konflikty a problémy v partnerském vztahu efektivně, aby bylo dosaženo oboustranné spokojenosti.
- 3) Flexibilita a soulad partnerů ohledně možností trávení volného času.
- 4) Pozitivní postoj k sexualitě a spokojenost se způsobem vyjadřování citů.
- 5) Spokojenost s tím, jak jsou uspokojovány osobní potřeby a zájmy.
- 6) Efektivní komunikace mezi partnery a volný tok informací. Zde je důležitá oboustranná spokojenost.
- 7) Členové rodiny jsou na rodinu hrdí, jsou k sobě loajální a věří, že spolu překonají i případné krize.
- 8) Dobré vztahy s širší rodinou a přáteli, tedy kvalitní sociální opora.

Zatímco Šulová vychází z osobnostního naladění tedy z dispozic členů rodiny, Sobotková spíše ze situačních naladění, na jejichž kombinaci je založena kvalita rodinného fungování. Spokojenost členů s rodinným životem jako hlavní faktor je pak výsledkem dalších faktorů (uspokojování potřeb, zájmů, komunikace, akceptace apod.) Spokojenost tedy chápeme jako zastřešující pojem. Šulová rovněž uvádí soubor faktorů vycházejících ze situace, ale pouze jako jednu složku. Domnívám se, že rozdíl je také v tom, že zatímco Šulová faktory

pojmenovává na obecné rovině, Sobotková faktory pojmenovává konkrétně. Obě teorie dohromady dávají ucelený výklad toho, co ovlivňuje zdravé resp. nezdravé fungování rodiny.

Tolik stručně k pojetí funkčnosti rodiny. S funkčností souvisí taktéž např. pojmy rodinné zdraví, rodinná resilience, family well-being. Pro lepší pochopení rodinného fungování byly vypracovány některými autory tzv. modely rodinného fungování, kterým se budeme věnovat v následující podkapitole.

1.2.2. Modely rodinného fungování

Model jako abstrakce či zmenšenina čehosi reálného nebo jako model, co předvádí nové kreace oděvního průmyslu nebo model coby základní jednotka matematické teorie modelů vždy pochází z myšlenky něco objasnit, něco předvést, něco znázornit. Ze stejných důvodů také pravděpodobně vznikly i modely rodinného fungování, aby nám pomohly poznávat rodiny z různých pohledů.

Jacob (1987, in Sobotková, 2007) rozděluje funkce modelů na:

- 1) **deskriptivní** – popisuje určité hledisko rodinného fungování. Je potřeba, aby deskriptivní typologie byla v kombinaci s jinou typologií. Jedině tak nejde jen o čistý popis, ale také o možnost hodnocení.
- 2) **diagnostické** – s jejich pomocí jsme schopni rozlišovat zdravé či nezdravé rodinné systémy.
- 3) **prediktivní** – umožňuje a napomáhá očekávat budoucí rodinné fungování.
- 4) **preskriptivní** – přímé spojení s klinickou oblastí. S jejich pomocí máme možnost volit vhodné intervence a terapeutické strategie.

Modelů rodinného fungování je mnoho. Některé jsou jednoduché, některé komplikované. Mezi jednodušší patří např. symptomatologické,

bipolární a mřížkové modely, složitějšími modely jsou modely vývojové a pravděpodobně nejpropracovanějšími a zároveň nejsložitějšími jsou modely procesuální. O některých modelech se nyní zmíním.

Sobotková (2007) vymezuje typologie a následující modely různých autorů:

Symptomatologické typologie, dnes už nepoužívané, byly založeny na behaviorálních charakteristikách členů rodiny. Slabá stránka těchto typologií je v tom, že pro popis rodiny jako celku nejsou již zcela vyhovující.

Bipolární typologie jsou založené na srovnávání dvou odlišných typů rodiny. Minuchinova studie rodin delikventních chlapců hovoří o dvou extrémních typech rodin. To však ne zcela vyhovuje potřebě vymezit rodiny v rovině kontinua. Máme tak krajní body A a B (extrémy), kdežto téměř nic mezi tím.

Modely mřížkového formátu si uvedeme dva. Moosových typologie sociálního prostředí popisuje a hodnotí klima rodiny třemi faktory – interpersonálními vztahy členů, organizačním uspořádáním rodiny a směry osobnostního růstu rodinou preferovanými. Autoři odvodili sedm typů sociálního prostředí rodiny – orientace na vzájemnou podporu, na strukturu, nezávislost, výkon, konflikt, orientace intelektuálně-kulturní a morálně-náboženská.

Model Wertheimové se vedle struktury orientuje i na změny v rodinách resp. jejich mechanismy. Strukturální proměnné jsou stupně otevřenosti (uzavřenosti) systému. Zatímco strukturální proměnné jsou čtyři, procesuální proměnné jsou dvě. Když proměnné překřížíme, vznikne osm typů rodin. Na papíře to vypadá jako mřížka, proto mřížkový formát.

Vývojové modely by mohl reprezentovat propracovaný spirálovitý model od Lynn Hoffmanové. Autorka pojmenovává tři úrovně vymezené extrémními póly v oblasti odstředivých a dostředivých sil

(úroveň centripetální – centrifugální), v oblasti dodržování pravidel v rodině (úroveň anarchistická – autoritativní) a v oblasti rozložení moci (úroveň autokratická – demokratická). Rodinné fungování je založeno na změně a pohybu. Sobotková (2007) uvádí, že tento model je již velmi spekulativní, tudíž se nedá dostatečně používat v praxi naproti ostatním modelům.

Nejpropracovanější, výzkumně podložené a nejvíce vycházející z praxe jsou tzv. **procesuální modely**. Uvedeme si tři z těchto modelů: **Rodinný FIRO model** autorů Dohertyho, Colangela a Hovandera (in Sobotková, 2007) klade důraz na vývojové změny v průběhu života a zátěžových situací v rodině. Tři základní kategorie modelu tvoří tři nosné pilíře interakce mezi členy rodiny – inkluze, kontrola a intimita.

Inkluze (tj. interakce vztahující se k vazbám a organizaci) definuje jádro rodiny, tedy determinuje systém a subsystémy rodiny, vzájemné vztahy členů, jejich role a prezentace rodiny ve vztahu k okolí. Inkluze má tři podkategorie: strukturu (rozdělení rolí, pozice, hranice), propojenost (oddanost, sounáležitost, afiliace) a sdílené významy (rodinná identita, rituály, loajalita, hodnoty). Do inkluze patří také rodinná hierarchie a moc, na rozdíl od snahy změnit hierarchii či interakce vztahující se k moci, jež patří do kontroly. Dalo by se možná říci, že fragmenty, co v rodině stojí na místě, spadají pod inkluzi a fragmenty naznačující pohyb (změnu) se týkají kontroly.

Kontrola (neboli interakce vztahující se k vlivu a moci v průběhu konfliktu) má tři podsložky podobně jako inkluze: Dominantní (konfrontace, přinucení, manipulace, nařizování, vyžadování kázně), reaktivní (rezistence, vzpurnost, podřizování se, stažení se, neposlušnost) a spolupracující (vyjednávání, kompromisy, vyvažování, řešení problému).

Rodinná intimita vyjadřuje vzájemné sdílení pocitů, starostí a nadějí (jak se říká v dobrém i ve zlém), emocionálně založené sexuální

vzájemné působení partnerů, vztah k druhému jako k jedinečné bytosti a sdílenou vulnerabilitu. Autoři upřesňují, že o intimitě hovoříme až v okamžiku, kdy k ní existuje zdravá osobní identita jejich nositelů. Vyloučena je tak závislost na partnerovi nebo dítěte na matce.

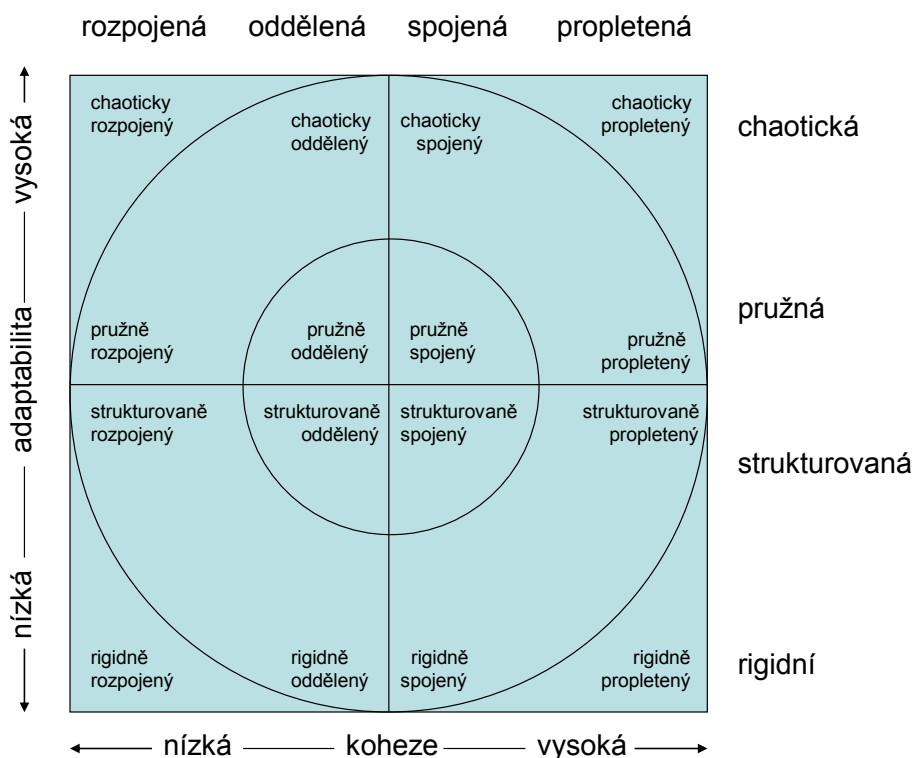
Sobotková (2007) model FIRO shrnuje tak, že intimita je možná, pokud jsou zvládnuty otázky kontroly. Pro úspěšné přizpůsobení v oblasti kontroly jsou velmi důležité otázky inkluze. Všechny tři pilíře tak spolu úzce souvisí. Intimita je však pilířem vrcholným.

Druhým modelem, o kterém se zmíníme je **Reissova konstruktivistická teorie rodinné změny**. Na situaci, které předchází nezvládnutá rodinná krize, a rodina je tak dezorganizována, je právě aplikovatelná Reissova teorie. Zaměřuje se totiž na rozsáhlé a základní změny. Tyto změny přeměňují nejzákladnější orientaci rodiny vůči okolnímu světu.

Reissova typologie rodin zahrnuje tři typy. Jednotlivé typy jsou charakterizovány orientací na prostředí mimo rodinu a interakci členů při řešení problému. Rodinná koheze je nejdůležitější pro rodiny citlivé na soulad, přičemž mimorodinné informace nejsou příliš podstatné. Naproti tomu jsou rodiny citlivé na interpersonální vzdálenost, které téměř nesdílí informace mezi členy, ale zajímá je pouze to, co se děje vně rodiny. Někde mezi tím je typ rodiny orientované na prostředí, která klade důraz na intra i extrarodinné signály a informace.

Ve své době velmi zdařilým a v této práci posledním uvedeným modelem je Olsonův tzv. **cirkumplexní model rodinných systémů**, na který přímo navazuje diagnostická škála FACES, která posuzuje rodinu jako celostní systém. Olson identifikoval dvě centrální (na sobě nezávislé) dimenze, kterými byly koheze a adaptabilita. Spojením čtyř úrovní koheze i adaptability vzniklo 16 rodinných typů (obr.3).

Obr. 3: Šestnáct typů manželských a rodinných systémů



Vnitřní kruh obsahuje 4 typy rodin – vyvážené, ty jsou definovány jako normální. V mezikruží je 8 typů a na okrajích (v rozích čtverce) jsou 4 dysfunkční typy. Takto vypadala první Olsonova verze, která byla později několikrát revidována a rozšířena na 3-D cirkumplexní model. Důvodem byly výtky některých výzkumníků na tzv. křivkovou hypotézu, která předpokládala, že krajní skóry v kohezi a adaptabilitě jsou známky rodinné nestability a dysfunkce. Z výzkumů vyplynulo, že neexistuje žádný vztah mezi adaptabilitou a spokojeností rodiny, a naopak lineární vztah mezi spokojeností a kohezí v rodině. Pokud však chápeme adaptabilitu pouze jako množství změn a ne jinak, pak je křivková hypotéza platná. Výtek, jak uvádí Sobotková (2007), bylo ještě více, ale

to nemění nic na tom, že cirkumplexní model je stále perspektivní teorií rodinného fungování.

Nevýhodou modelů je možné zjednodušení problematiky rodin – tedy jakési škatulkování. Žádný model vzhledem k rozmanitosti a proměnlivosti zcela nepojímá všechny možné typy rodin. Model nám sice napomáhá chápat, ale nelze aplikovat na všechny výsledky kombinací všech možných vlivů, které formují charakter rodiny. Důležité však je, že pomocí modelů můžeme pojmenovávat a následně s pojmenovaným pracovat.

1.2.3. Problematické a rizikové typy rodin

Zdravá rodina je taková rodina, která dobře plní své funkce. Naopak nezdravá rodina je ta, která jednu nebo více svých funkcí nezvládá, tedy funkci nenaplnuje. Dunovský (1989) říká, že je velmi obtížné diagnostikovat a následně napravovat nefungující rodiny. Lze to pouze pod vedením spolupracujících odborníků – lékařů, sociálních pracovníků, učitelů, právníků, psychologů. Zde je velmi důležitá úloha dětského lékaře, protože ten během lékařských prohlídek či např. povinného očkování jako první odborník přichází na špatné fungování rodičů. Někteří zanedbávající rodiče nechodí s dětmi na pravidelné lékařské kontroly (což je i náš případ ve druhé části práce) nebo při návštěvě si lékař povšimne, že příchozí dítě je např. špinavé, silně opruzené, páchnoucí, s podlitinami, s popáleninami apod. Lékař při podezření na syndrom CAN (syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte) a má oznamovací povinnost, což znamená, že je povinen toto podezření hlásit příslušným orgánům. Podrobněji o postupu lékařů se lze dozvědět např. na webových stránkách zdravotnických novin.

„Poruchou rodiny rozumíme takovou situaci, kdy rodina z nějakého důvodu a v různé míře neplní základní požadavky a úkoly dané

společenskou normou a vyjádřené v očekávání na adekvátní začlenění jejích členů do společnosti.“ (Dunovský, 1989, s. 131)

Pokud z nějakého důvodu není naplněna některá ze základních rodinných funkcí, lze hovořit o selhání jednoho nebo více členů rodiny. Podle Dunovského (1989) bychom v řešení poruch rodiny měli rozlišovat přinejmenším tři metodologické přístupy:

- 1) **etiopatogenetický** – definující příčinu poruchy, dobu a místo jejího vzniku, způsob vývoje a působení
- 2) **symptomatický** – popisující a hodnotící rozsah a charakter poruch rodiny a jejího vlivu na členy
- 3) **terapeutický** – hodnotící potřebu k překonání těchto poruch.

Některé rodiny dostatečnou péči o dítě z různých důvodů nezvládají nebo nechtějí zvládat. Pro některé matky je dítě velkou zátěží a překážkou. Na druhou stranu však naštěstí většina matek v domácnosti ve výchově dítěte a v péči o jeho rozvoj nalézají svůj smysl života (Vágnerová, 2008).

V praktické části této práce se především budu zabývat poruchami funkce socializační a emocionální. Chlapec, o kterém budu psát, byl právě v těchto oblastech poškozen svojí rodinou extrémním způsobem. Jeho rodiče se o něj nedovedli řádně postarat. Následující tabulka (tab.1) pomůže rozkrýt důvody neschopnosti o chlapce pečovat.

Tab.1 Rodinné poruchy ve vztahu k dítěti (Dunovský,1989,s. 133)

Péče o dítě	Důvod poruchy	Charakter důvodu	Místa vzniku poruchy	Vyvolávající jev poruchy	Hlavní mechanismus poruchy	Zájem o dítě
dostatečná	rodiče nemohou o dítě pečovat	objektivní	příroda	přírodní katastrofy, devastace prostředí	likvidace či neexistence základních životních podmínek	je
			společnost	válka, hladomor, nezaměstnanost, epidemie	demoralizace, hmotný nedostatek spojený s nedostatkem vých. podnětů	
			rodina	rozpad rodiny z nezaviněných příčin, velký počet dětí		
			jedinec	úmrtí, invalidita, nemoc		
nedostatečná	rodiče nedovedou o dítě pečovat	objektivní a subjektivní	rodina, jedinec	nezralost, neschopnost přijmout společenské normy, neschopnost se vyrovnat se zvláštními situacemi	dostatečné nebo nedostatečné podmínky pro socializaci dětí	je i není
žádná	rodiče nechtějí o dítě pečovat	subjektivní	jedinec	poruchy struktury a stability rodiny disharmonická osobnost, psychopatie, maladaptace	problematické až zcela nedostatečné či žádné podmínky pro socializaci dětí	není

Tabulka nám ukazuje, jak se dělí rodinné poruchy z etiopatogenetického pohledu. Nabízí se zde hlavní příčiny, z jakého důvodu není o děti vhodně postaráno. Příčiny mohou být objektivní, smíšené či subjektivní. Rozdíl mezi nimi je ten, že objektivní jsou nezávislé na vůli rodičů, kdežto subjektivní jsou na rodičích přímo závislé. Rodiče se na základě charakteru důvodů pak buď nemohou o

dítě postarat, nebo to nedovedou nebo se v některých případech o dítě starat vůbec nechtějí.

Z jiného pohledu se můžeme zaměřit na rizika jdoucí od členů rodiny nebo z prostředí. Jak podotýká Krejčířová (2006) jsou rizika jdoucí ze strany rodičů jen v malém procentu případů z důvodů individuální psychopatologie rodičů samých. Co je však nejzávažnějším rizikem? Podle Krejčířové (2006) jsou to vlastní **negativní zážitky rodičů z dětství**. Do rizikové skupiny zapadají ti rodiče, kterým bylo v dětství ubližováno. Může jít o deprivaci, týrání nebo zneužívání. Ze strany rodičů jsou rizikové i **velmi mladé matky či páry**. Jejich nezralost může vést k neuvědomění si odpovědnosti, kterou s sebou nese péče o dítě. Rizikové jsou i lidé s malou schopností vcítit se do druhého, s nízkou frustrační tolerancí či lidé prchlíví a impulzivní. Podle Vágnerové (2002) jsou rizikové rodiče lidé, kteří nemají pro rodičovskou roli dostatečné kompetence, nejsou schopni nebo aktuálně nemohou plnit požadavky této role a lidé, kterým chybí dostatečná motivace k rodičovství (jsou příliš orientováni na své problémy nebo své zájmy).

Na straně dítěte je rizikovým faktorem cokoliv, čím své rodiče odrazuje od láskyplné péče. **Smyslová postižení, mentální retardace, nižší adaptabilita, obtížný temperament, neschopnost rodiči vracet péči** např. úsměvem, a všelijaké další poruchy či vlastnosti směřující spíše do negativních sfér. Vágnerová (2002) hovoří o dětech, které nedovedou své rodiče zaujmout a o dětech, kteří zklamali očekávání rodičů.

Krejčířová (2008) udává, že **ohroženy jsou především rodiny zatěžované chudobou, stresy, konflikty**. Rizikové mohou být i rodiny, které jsou na sociálním okraji společnosti. Jejich izolovanost nedovolí rodině naplňovat některé z jejich potřeb. Shánění obživy nebo jiné zaměření související s přímou existencí mohou vnášet do rodiny nervozitu a napětí, ve kterém se jejím členům nevede dobře. S tím

souvisí myšlenka Výrosta a Slaměníka (2001), že prostředí má na osobnostní rysy člověka přímý vliv, poněvadž charakteristiky adaptace jsou stále v jejich projevech.

Na základě zkušeností se domnívám, že ačkoli faktorů rizikových rodin je více, tak hlavní podíl nestálosti nesou rodiče. Dítě se může narodit nějak postižené, ale pořád je to dítě rodičů, které zaslouží lásku a péči. Rodiče pak stojí před volbou starat se o postižené dítě a nést tak riziko případného rozpadu rodiny nebo raději dítě umístit do zařízení sociální péče.

Jeden faktor nebo jejich kombinace může ve výsledku vést ke znevýhodnění dítěte na základě zanedbávání či zneužívání. Je důležité včasné odhalení těchto ohrožených dětí a přímý zásah do jeho původní rodiny. A v případě, že dítě v ne úplně vhodném prostředí zůstane, je nutná důsledná kontrola právě onoho prostředí. O ohrožených dětech je následující kapitola.

1.3. TÝRANÉ, ZNEUŽÍVANÉ A ZANEDBÁVANÉ DÍTĚTE

V literatuře i v povědomí odborníků se v souvislosti se slovním spojením syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte užívá zkratka CAN (z angl. Child Abuse and Neglect). Vzhledem k tomu, že jde o závažný negativní fenomén byla v roce 1977 založena mezinárodní společnost ISPCAN (The International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect), která se v témže roce založila o vydávání časopisu Child Abuse and Neglect (Langmeier, 2006).

Na úvod podkapitoly uvedu Břicháčkův pohled na dítě jako na bytost na počátku své pouti. *„Dítě se rodí s rozsáhlými možnostmi budoucího vývoje. Přeměna těchto možností ve skutečnost je složitě determinovaný a dlouhodobý proces. Působí zde v první řadě vlivy biologické – jako je dědičnost, somatické dispozice, negativní momenty z fáze prenatální a z raného vývoje postnatálního, prodělané nemoci, důsledky úrazu apod. Stejně tak působí vlivy psychosociální – jako je styl výchovy, sociální postavení dítěte, životní zkušenosti, sociální učení, sociální opora apod. A přitom ontogeneze jedince se odehrává v konkrétních historicko-společenských podmínkách, které se samy mění a zároveň ovlivňují průběh individuálního vývoje dítěte.“* (Dunovský a kol., 1989, s. 33)

Vágnerová (2002, s. 320) vymezuje základní charakteristiku CAN jako *„necitlivost a bezohlednost k dítěti, jeho podřízení nebo využití k uspokojení potřeb dospělého“*.

Pokud bychom chtěli přesnou definici syndromu CAN, nabízí se definice Dunovského (1995, s. 24): *„Jakékoli nenáhodné, preventabilní, vědomé (případně i nevědomé) jednání rodiče, vychovatele nebo jiné osoby vůči dítěti, jež je v dané společnosti nepřijatelné nebo odmítané a jež poškozují tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popřípadě způsobuje jeho smrt“*. Kolik procent dětí syndromem CAN

skutečně trpí, se můžeme jen domnívat. Dunovský (1995) uvádí, že před 15 lety tímto syndromem trpělo cca 1-2% dětí.

1.3.1. Potřeby dítěte

Obecně se říká, že míra neuspokojení základních potřeb dítěte je přímo úměrná narušení jeho vývoje a celkového stavu. S mírou narušení do značné míry souvisí i temperamentové charakteristiky dítěte a především věk. Čím je dítě mladší, tím je rozsáhlejší a těžší. Jinak působí na matka svým opuštěním a necháním dítěte bez jídla na devítileté dítě, a jinak na jednoleté.

Úzký a vztah matka-dítě stručně vystihuje Kotásková (1987, s. 13): *„Kombinace potřeb dítěte a systému postojů a potřeb matky vytváří unikátní celek, vyjádřený specifickými komunikací a vzájemnou senzitivností.“*

Mezi základní biologické potřeby dítěte patří **dostatek potravy**. Tím je myšlena dostatečná výživa dítěte z hlediska kvantity i kvality. Dnes se všeobecně hovoří o důležitosti kojení nejen z důvodu kvalitních živin a posilování imunity, ale také kvůli bližší vazbě matka-dítě. Dítě matku cítí a je mu u jejího prsu dobře. S různými potížemi v oblasti kojení dnes radí tzv. laktiční poradkyně.

Uspokojování základních hygienických potřeb je také uspokojování potřeb biologických. Zde patří dostatek tepla, čistoty i ochrany před negativními vlivy i potřeba rozvoje obranyschopnosti (Dunovský, 1989).

Pro nervovou soustavu a psychiku vůbec je důležité uspokojovat **potřeby dostatečné stimulace**. Jen tak se může dítě rozvíjet po stránce rozumových schopností. Podle Vestera (1997) v prvních měsících života dochází k rozsáhlému množování a spojování neuronů. Tohle období je nenahraditelné. Ve své knize „Myslet, učit se... a zapomínat“ předkládá snímky mozkové struktury těsně po

narození, po třech měsících, po patnácti měsících a ve třech letech. Snímek ze tří měsíců a patnácti měsíců se téměř neliší. Následně cituje amerického jezuitu Conela, že „*počet mozkových buněk od třetího měsíce života prakticky nepřibývá*“ (Vester, 1997, s. 29).

Zůstává otázkou, že pokud by se dítě narodilo a nebylo by vůbec nijak v počátcích života stimulováno z důvodu např. bezvědomí, jestli by se proces spojování neuronů „rozjel“ následně po uplynutí tohoto období bez stimulace.

Další potřebou je **potřeba jistoty**. Je známou věcí, a Dunovský (1989) ji před mnoha lety vysvětluje, že řada výzkumů potvrzuje důležitost vztahu dítěte s matkou nebo pečující osobou, což je základním předpokladem pro utváření vztahu s druhými lidmi. Dunovský (1989) dále hovoří o **potřebě vědomí vlastní identity**, vlastního já. Dítě si na sebe vytváří pohled podle toho, jak ho nejbližší přijímají, jak ho hodnotí, co ho učí ve smyslu co je dobré a co zlé. Identita dítěte ovlivňuje jeho sebevědomí a to se pak odráží ve společenských vztazích v dalších etapách jeho vývoje.

Matka (pečující osoba) je tedy nejústřednější postavou v raném věku dítěte. Kotásková (1987) hovoří o silném emocionálním kontextu při střetávání se matky s potřebami dítěte. Vyjmenovává potřeby jako **pocit bezpečí, pocit, že je mu dobře, důvěra ve vnější svět, pocit, že je akceptováno** aj. Při absenci uspokojování těchto potřeb vzniká u dítěte úzkost jako důsledek dezorientace i ztráty kontroly nad nepřehlednou situací.

Spojením uvedených potřeb se tedy vytváří potřeba dítěte dostatečné péče vedoucí k rozvoji jeho všech sil a schopností. Dalo by se říci, že biologické potřeby přesahují do potřeb psychických, potažmo sociálních. Člověk je skutečně bio-psycho-sociálně-spirituální jednota – potvrzuje se nám to často.

1.3.2. Typy ohrožení dítěte

Než si typy ohrožení dítěte rozdělíme, vysvětlíme některé termíny:

Dunovský (1997, s. 22) pod pojem „zneužívání“ rozumí „*veškeré formy násilí, agrese či aktivní nedostatečné péče*“. Pojem „zanedbávání“ zachycuje především všechny „*škodlivé formy ne-péče o dítě se všemi nepříznivými důsledky pro jeho život a vývoj jak v oblasti tělesné, tak psychické a emocionální i sociální*“. Pojmem „týrání“ označujeme nejen aktivitu s užitím síly proti dítěti, ale také jiné neaktivní formy násilné povahy. „Citová deprivace“ je pak strádání v oblasti citových potřeb dítěte a nakonec „sociokulturní deprivace“ je „*nedostatek podnětů, které podporují rozvoj schopností a dovedností dítěte*“ (Vágnerová, 2002, s. 231)

Podle Vágnerové (2002) rozlišujeme tři základní varianty strádání:

- 1) **Týrání fyzické či psychické** – ubližování dítěti nadměrným bitím a jiným tělesným trestáním. Dospělý zneužívá fyzickou sílu proti dítěti. Psychické týrání se objevuje formou častého a nadměrného kritizování, shazování, vysmívání, ponižování nebo citového vydírání dítěte. Zde dospělý opět zneužívá svojí psychickou převahu. Demonstruje svoji moc a převahu nad závislým dítětem.
- 2) **Sexuální zneužívání** je chápáno jako zneužití moci dospělého nad dítětem za účelem sexuálního uspokojení.
- 3) **Zanedbávání dítěte** znamená „*poškození nedostatečnou aktivitou rodičů, omezení interakce mezi rodičem a dítětem, což se projeví nedostatečným uspokojováním jeho potřeb deprivací*“ (Vágnerová, 2002, s. 321)

1.3.2.1. Týrání

Langmeier (2006) používá k pojmenování tohoto výrazu definici komise Rady Evropy z roku 1992: „*Týrání je tělesné ublížení dítěti nebo vědomé odmítnutí zabránit takovému ublížení.*“

Podle Vágnerové (2002) tvoří nejvýraznější charakteristiku dvě skutečnosti:

- 1) Dítě fyzicky i psychicky trpí, protože mu někdo ubližuje, přičemž tato zkušenost narušuje následující vývoj dítěte
- 2) Osoby, které dítě týrají, jsou velmi často rodiče, což je paradox, neboť právě rodiče bývají obvykle nositeli jistoty a bezpečí.

Dunovský (1995) stejně jako Krejčířová (2006) k týrání přidává i Münchhausenův (baron Prášil) syndrom v zastoupení, kdy rodiče (z důvodu potřeby uznání za péči o nemocné dítě) předstírají nebo vyvolávají u dítěte různé somatické obtíže.

Spilková s Dunovským (1995) rozlišují týrání na:

- 1) **Tělesné týrání dítěte aktivní povahy** – všechny akty násilí na dítěti, záměrné zapomenutí péče o dítě, které končí zraněním nebo smrtí. Rodiče velmi přehnaně a neadekvátně trestají své dítě mnoha způsoby a různými předměty.

Není nezajímavé, že studie Vaníčkové z roku 1994 (in Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995) uvádí, že pouze 9,2% dotazovaných 10-11letých dětí nebilo nikdy bito, více než 66% dětí bylo bito jen výjimečně a relativně často bylo bito každé páté dítě.

- 2) **Tělesné týrání dítěte pasivní povahy**, kam patří všechna nedostatečná uspokojení nejdůležitějších tělesných, psychických i sociálních potřeb dětí – úmyslné resp. neúmyslné nepečování, jehož výsledkem je neprospívání dítěte, odmítání zdravotní péče, porušování práva dítěte na vzdělání, nezajištění ošacení, ochrany nebo bydlení pro dítě.

Zde je vhodné citovat Dunovského (1995, s. 62): „Každé dítě, které není milováno, je týráno. Právě v nejtěplejším věku života je odepření lásky dítěti vždy těžkým prohřeškem proti jeho potřebám a znásilněním jeho práv.“

- 3) **Psychické týrání** obsahuje kromě jiných také komponentu emocionální. Psychické týrání jde ruku v ruce s fyzickým týráním. Těžko si lze představit, že přehnané bití dítěte za jeho přirozený projev nenese s sebou také psychickou újmu dítěte. Jenže psychika dítěte je poškozována nejen bitím, ale také projevy, kdy se rodiče o dítě „handrkují“, kdy si přes dítě ubližují apod.

S psychickým týráním souvisí také různé formy šikany. Ponižování za špatnou známku, zesměšňování při nějakém přirozeném projevu dítěte, přehnané nároky na výkony jsou jen malým výčtem.

S týráním dětí souvisí domácí násilí, kterým se mimo jiné zabývá i forenzní psychologie. Není bez zajímavosti, že ve většině násilím poškozených vztahů, vyrůstají děti. Čírtková (2004) uvádí, že jde o rozpětí od 65% (z výzkumů v Anglii) až po 82% (z výzkumů v ČR). Toto číslo je alarmující. Světová zdravotnická organizace proto zahrnuje domácí násilí jako formu psychického týrání dětí.

1.3.2.2. Sexuální zneužívání

V literatuře bývá sexuální zneužívání označované jako Child Sexual Abuse, zkratkou CSA. Jde o akt, při němž „se dospělý sexuálně uspokojuje dítětem nebo dítě zneužívá v oblasti prostituce a pornografie“ (Halfarová, 1995, s. 71).

J. Kocourková (2006) tvrdí, že nejčastější sexuální zneužití dítěte se váže na patologickou rodinu, ve které se objevuje a udržuje její patologická rovnováha.

Sexuální zneužívání může být dotykové nebo bezdotykové. Dotykové (kontaktní) je zneužití, při kterém dochází k pohlavnímu

kontaktní (osahávání, pohlavní styk, orální, anální sex), bezdotykové je účast na sexuálních aktivitách, při kterých nedochází k tělesnému kontaktu (voyerismus, masturbace před dítětem, projekce pornografického materiálu dítěti apod.)

H. Halfarová (1995) také vymezila formy sexuálního zneužívání. Když se budeme držet již uvedeného rozdělení tak mezi bezdotykové především patří exhibicionismus a harassment; k dotykovým pak sexuální útok, znásilnění, incest (rodičem, příbuzným, mezi sourozenci), pedofilní obtěžování, sexuální turistika, skupinové zneužívání, sexuální útok s následkem smrti.

Příčiny a příznaky sexuálního zneužívání jsou nad rámec této práce, a tak se dostáváme k jednomu z hlavních témat, tedy k zanedbávání dětí.

1.3.2.3. Zanedbávání

Matějček (1995, s. 87) rozlišuje psychickou deprivaci od zanedbanosti. Deprivaci definuje jako „*výsledek životní situace, kdy dítěti nejsou uspokojovány jeho základní psychické potřeby v náležitě míře a po určitou, dosti dlouhou dobu.*“

Zanedbanost je podle Matějčka (1995) souhrn následků nedostatku výchovy ve špatném prostředí. Zanedbané dítě je vychováváno v primitivním prostředí, s nízkou úrovní hygieny a bez vhodných vzorů chování ze strany dospělého. Připodobňuje zanedbanost k cestě vedoucí k psychické deprivaci. Konkrétním termínem „zanedbané dítě“ se rozumí dítě, nacházející se v situaci, kdy „*je akutně ohroženo nedostatkem podnětů důležitých k svému zdravému fyzickému i psychickému rozvoji.*“ (Matějček, 1995, s. 88)

Langmeier a Krejčířová (2006, s. 286) definují zanedbávání jako „*vážné opomíjení rodičovské péče nezbytné pro tělesný vývoj dítěte.*“ Vztahují k němu nedostatek výživy, oblečení, nezbytného přístřeší,

hygieny, ochrany před nebezpečím, nezajištění řádné školní docházky či dohledu nad přípravou domácí úkoly a prospěch vůbec. Zanedbání dle těchto autorů působí buď přímo (nedostatek dohledu) nebo nepřímo (podvýživa, prochlazení apod.)

Kdybychom měli odpovědět na to, kde bývá dítě z valné většiny deprivováno, odpověď by zněla, že v rodině. Přestože děti v kojeneckých ústavech nebo dětských domovech nemohou mít tak kvalitní vazby s vychovateli, jako jsou ve zdravé rodině, přímé ohrožení zdraví nebo psychického vývoje se v těchto zařízeních téměř neobjevuje.

Matějček (1995) rozděluje činitele přispívající k zanedbávání dítěte v rodině na vnější a vnitřní. K vnějším přiřazuje složení rodiny, ekonomickou a kulturní úroveň a celkové postavení ve společnosti. Mezi vnitřní podmínky patří především psychika a celková osobnost rodičů (vychovatelů dítěte). Duševní nemoci, citová nezralost, povahová nevypěstlost a příslušnictví k náboženským sektám jsou příklady, kdy je rodič a jeho „postižení“ živnou půdou pro ubližování dětem – pro zanedbávání.

Autoři zabývající se zanedbáváním dětí se liší v tom, že někteří pojem zanedbávání směřují s pojmem psychické deprivace, jiní tyto dva pojmy oddělují. My se budeme orientovat podle jednoho z největších odborníků v této oblasti – Zdeňka Matějčka, který o deprivaci hovoří jako o důsledku zanedbávání (viz výše). Přecházíme tak k podkapitole – důsledky zanedbávání.

1.3.3. Důsledky zanedbávání

Jednou se základních otázek týkajících se důsledků zanedbávání je problematika tzv. kritických nebo mírněji řečeno senzitivních období ve vývoji dítěte. Tento termín vznikl inspirací z etologie jako modifikace jevu imprinting při pozorování ptačích mláďat. Imprinting znamená

vtisknutí objektu do své mysli v určitý čas po narození. Ptačí mládě pak za objektem běhá jako za svojí biologickou matkou. V pozdější době už k vtisknutí nedochází.

Kritická perioda obsahuje představu, že příznivý vývoj dítěte v budoucnu je podmíněn zdárným průběhem některých skutečností ve vymezeném úseku života. V těchto obdobích dochází k velkým změnám organizace chování. Zastánci této teorie říkají, že po uplynutí doby jsou další změny nemožné nebo velmi obtížné. Aspekt kritického období byl prosazován především u emočního připoutání se k matce (attachment) a také při připoutání matky k novorozenci (mother-infant bond). (Langmeier, 2006)

Říčan (2006) se drží raději pojmu „senzitivní období“ a uvádí několik jejich příkladů:

- 1) Těsně po porodu vzniká vývoj mateřských citů. Matka snáze k dítěti přilne, jestliže ji miminko položí na tělo.
- 2) V prvním měsíci života se slepé dítě začíná spontánně usmívat jako vidoucí.
- 3) Období mezi šestým a dvacátým čtvrtým měsícem je senzitivní období citové vazby k matce nebo jiné pečující osobě. Pokud si dítě tuto vazbu v daném období nevytvoří, velmi obtížně si pak bude vytvářet vztahy jiné.

Kotásková se k této problematice vyjadřuje ve smyslu, že psychická deprivace se vztahuje k existenci kritických period v raném věku. Podle ní jsou otázky „*reverzibility či ireverzibility změn v psychické organizaci způsobené nedostatkem podnětů v určité vývojové fázi*“ (Kotásková, 1987, s. 17). Zároveň ale uvádí, že některé studie tuto teorii zpochybňují a spíše se přiklánějí k reparabilitě důsledků rané deprivace – výzkumy Kagan & Kleinové, Sheelse či u nás Koluchové.

Změnami osobnosti v důsledku citové deprivace se zabývá Vágnerová (2002). Vysvětluje, že reakce na psychickou deprivaci jsou různé. Záleží na genetických dispozicích a primární zkušenosti. Hlavní změny podle ní tedy jsou:

- 1) **v řeči a komunikaci** – Díky nedostatečného zájmu matky a nízké řečové stimulace má dítě omezenou slovní zásobu. Pokud dítě nemá v okolí osobu mu blízkou, je omezená i jeho potřeba komunikace. Citově deprivované děti mají nízkou jazykovou citlivost a malou spontaneitu řečového projevu.
- 2) **v rozumových schopnostech** – Děti nemusí být špatně rozumově vybavené. Problém je v tom, že jejich výbavu nikdo nevyužívá. Děti pak mají potíže s učením se ze zkušeností mimo jiné proto, že jim chybí pozitivní zpětná vazba.
- 3) **v citovém prožívání a vztazích** – Jaké budou děti, když se jim nedostává tolik potřebné lásky? Pravděpodobně emočně ploché, nepřátelské k okolnímu světu, nedůvěřivé, s nízkou frustrační tolerancí, možná impulzivní a agresivní.
- 4) **v socializaci** – Povrchní vztahy dětí k lidem budou založené na nejistotě. Jen těžko můžeme u těchto dětí hovořit o schopnosti empatie, když se jeho nejbližší nechtějí či nejsou schopni vcítit do něj. Z toho pak plyne, že takové dítě je egocentrické, žárlivé a překáží-li mu něco v cestě, má problém se ovládat.
- 5) **v sebepojetí dítěte** – Když dítěti chybí hodnocení z okolí nebo je hodnocení jen negativní, hrouť se i jeho sebehodnocení. Výsledkem je pak nejistota, zvýšená potřeba obrany a nedůvěra k druhým lidem. Takové děti se často projevují jako „vejtahové“, kteří se povyšují nad ostatními... Zde by bylo vhodné uvést případ z naší zkušenosti. Chlapec z dětského domova byl mezi svými v DD „největší hrdina“. Neustále se povyšoval nad ostatními, pohrdal dětským domovem, jeho zdánlivé sebevědomí

se dotýkalo nebe. Mezi dětmi ve škole se však necítil. Učitelé o něm mluvili jako o klidném a tichém. Vždy odmítal navštěvovat jakýkoli kroužek, neměl žádné kamarády z okolí – odmítal překročit hranici areálu DD. Jednou na sebe prozradil, že se mu děti smějí, že je z dětského domova.

- 6) **ve změně hierarchie hodnot** – pokroucené hodnoty z původní rodiny často děti přejímají za své. Není pro takové dítě důležité, jakým způsobem dosáhnou toho, co chtějí. V dětských domovech se s tím setkáváme prakticky denně.

Mírnější variantou deprivace je tzv. citová subdeprivace. Jejím velkým úskalím je to, že je velmi obtížně identifikovatelná. Projevuje se sníženou akceptací dítěte, sníženou empatií k dítěti a sníženou frekvencí interakcí mezi rodičem a dítětem. Důsledky citové subdeprivace jsou podobné jako u deprivace, jen nejsou tak nápadné a rušivé. (Vágnerová, 2002)

Matějček (1986, s. 55) rozšiřuje důsledky psychické deprivace v oblasti citové o „*neschopnost navázat vřelé, hluboké a trvalé citové vztahy s erotickým partnerem čili, jinak řečeno, dobře a hluboce se zamilovat, i určitá neschopnost navázat takové vztahy k vlastním dětem*“.

Někteří autoři dělí důsledky zanedbávání resp. deprivace dětí na ty, které postihují povrchové stránky osobnosti a ty, které zasahují hlubší složky osobnosti (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000).

Postižení povrchových stránek osobnosti jsou, podle těchto autorů, důsledkem výchovného zanedbávání. Jde o hygienické návyky, osvojování si kulturních dovedností, znalostí, způsoby životosprávy, jednání ve shodě se sociálními normami apod. Postižení hlubších složek osobnosti následkem psychické deprivace se týká především rozvoje poznávacích a emočních funkcí.

Krejčířová (2006) vymezuje důsledky psychické deprivace dítěte jako narušení kognitivního a motorického vývoje, projevující se např. postižením řeči a sociálního chování, a narušení vývoje osobnosti, jehož nejnápadnějším znakem je omezená schopnost dítěte navazovat hlubší sociální vztahy. Z tohoto hlediska se může velmi zanedbané dítě projevovat jako mentálně retardované i jako dítě postižené časným infantilním autismem (viz praktická část).

V této souvislosti uvádí Krejčířová (2006) nejčastější projevy chování a sociálních vztahů: Dítě buď velmi snadno a rychle navazuje kontakt s dospělými, přičemž stále na sebe upozorňuje – sociální hyperaktivita, nebo může záměrně provokovat dospělé svým nevhodným až agresivním chováním s cílem upoutat pozornost. Třetí alternativou je tzv. „útlumový typ“, který se projevuje svoji pasivitou, nezájmem až apatií. Takové dítě se často nadměrně zaměřuje na uspokojování svých biologických potřeb (masturbace, jídlo apod.)

Následky narušených vazeb mezi dítětem a rodiči se zabývají také Koukolík a Drtilová (2006). Narušené, nepřiměřené sociální vztahy a patologická péče mohou vést ke dvěma typům reaktivním poruchám vazby:

- 1) **inhibovaný** (utlumený) – chování dítěte je ztlumené, přitom je pozorné, má obvykle charakter přiblížování a vyhýbání.
- 2) **dezinhibovaný** (bez tlumení) – chování dítěte je přesně opačné. Dítě se snaží najít vazbu s kýmkoliv, kdo je v jeho blízkosti. Tento typ poruchy vazby může mít vliv na antisociální chování v dětském věku nebo i později. (Lze připodobnit k sociální hyperaktivitě popsané výše.)

Zde si můžeme povšimnout, že různí autoři pojmenovávají a vymezují stejné věci jinak. Z důvodů snahy o sjednocení základních pojmů zavedla v roce 1992 Rada Evropy termín citové zanedbávání, což má

být synonymem pro citovou deprivaci. Citové zanedbávání pak definuje jako „*neuspokojování potřeb dítěte*“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 289).

Vágnerová (2002) se také zmiňuje o důsledcích citového strádání v dospělosti. Odchytky nachází v profesním uplatnění (úspěchem je dosažení ekonomické soběstačnosti), v partnerské a rodičovské roli (zdali budou schopni navázat a udržet partnerský vztah a později vhodně pečovat o své děti) a v obecné sociální adaptaci (s tím souvisí zodpovědnost za své chování, přijetí role dospělého, dodržování norem společnosti).

Když se nad touto problematikou zamyslíme, napadne nás, co vede rodiče k tomu, že svým dětem ubližují. Na základě častých hovorů se sociálními pracovníky OSPOD a svých zkušeností se domnívám, že častou příčinou týrání a zanedbávání je vlastní prožitá zkušenost rodičů. Nezřídka kdy rodiče, jejichž děti jsou v DD, pochází z neúplných rodin, z rodin, kde se často pil alkohol, kde někdo z rodičů byl opakovaně ve vězení. Někteří z nynějších rodičů vyrůstali v dětském domově. Společným jmenovatelem jsou pak narušené vztahy. Můžeme předpokládat, že některé děti právě kvůli narušeným vztahům s blízkými, budou mít své budoucí děti rovněž v dětských domovech z důvodu nedostatečné sociální i emocionální výbavy.

Přejdeme nyní k případům extrémního zanedbávání dětí.

1.4. PŘÍPADY EXTRÉMNÍHO ZANEDBÁVÁNÍ

V poslední kapitole před samotným příběhem „chlapce ze stanu“ si dovoluji uvést tři případy zanedbání v české historii. Prvním případem budou dvojčata – chlapci (z literatury známá jako dvojčata Koluchové), jejichž příběh se odehrál v šedesátých letech minulého století, druhý případ bude o třech dětech z Mělnicka, které byly objeveny v roce 1971, a konečně třetí případ bude o chlapci, který se svými projevy podobá našemu. Pro autentičnost budeme Matějčkovy a Langmeierovy případy doslovně citovat.

Dvojčata popsaná Koluchovou

Jde o dva chlapce, jednovaječná dvojčata, narozená v roce 1960. Po časně smrti své matky na srdeční chorobu byly obě děti umístěny do kojeneckého ústavu. Jejich psychický vývoj byl podle záznamů z kojeneckého ústavu přiměřený až do 11 měsíců věku. V té době se jejich vlastní otec oženil a děti si vyžádal do své péče. Chlapcům bylo 18 měsíců. Otec je dal do malé, nevytápěné místnosti, kde byli odděleni od okolního světa. Nesměli vycházet ven. Jako trest otec s macechou používali kruté bití, mučení hladem a zavírání do sklepa. *„Někteří sousedé v okolí jejich rodinného domku o jejich existenci vůbec nevěděli“* (Koluchová, 1980, s. 68). Dle výpovědi svědků byl otec viděn, jak chlapce bije gumovou hadicí do té doby, než zůstali ležet na zemi. Pro záchranu však nic neudělali. Důvodem bylo, že se nechtěli dostat do konfliktu s jejich nevlastní matkou, která byla u soudního přelíčení charakterizována jako citově chladná, egocentrická, která dvojčata nenáviděla. Otec byl charakterizován jako pasivní. Byl zaměstnán u železnic, takže často nebyl doma.

Na konci roku 1967 byli chlapci odebráni z rodiny. *„Děti byly vyděšené, neuměly jíst, hrát si, a nejzávažnější bylo, že u nich vůbec nebyla rozvinuta řeč, vydávaly jen huhňavé zvuky.“* (Koluchová, 1980,

s. 69) Měli velké problémy s chůzí, přestože jim bylo více než 7 let. Bez bot byli schopni ujít pár kroků, v botách neuměli chodit vůbec. V sedmi letech vážili pouhých 15kg resp. 17kg. Přibližně půl roku po vysvobození ze strašného vězení se dorozumívali jen neverbálně, tak jak to dělají mladší batolata. I přes nesnadnou artikulaci se snažili napodobovat dospělé tím, že se pokoušeli o svá první slova. V osmi letech byli na mentální úrovni čtyřletých dětí. Přes foniatrický nález byla u chlapců vyřčena prognóza, že v budoucnu nebudou schopni samostatného života ve společnosti. Pediatrická prognóza vypadala podobně, dokonce se uvažovalo nad tím, že jejich deprivace jim brání i ve vzdělání na zvláštní škole.

V dětském domově pro předškolní děti, kam byli umístěni, se hochům vedlo podstatně lépe než u otce. Několik potencionálních pěstounů je po prvním kontaktu odmítlo, a tak se jich nakonec ujala svobodná žena středního věku. Koluchová (1987) hodnotí tento pěstounský svazek po sedmnácti letech jako vynikající. U pěstounky našli jistotu, bezpečí, sounáležitost a především láskyplný domov. Po nějaké době byli dokonce schopni mluvit o tom, co se dělo u otce a macechy. Obě děti zpočátku navštěvovaly zvláštní školu, ale hned příští rok začaly navštěvovat školu základní. Jejich intelekt se u pěstounky rozvíjel. Prvnímu chlapci bylo v 18 letech naměřeno IQ 114 (v 9 letech měl IQ 82) a druhému IQ 112 (v 9 letech 73). Oba úspěšně absolvovali střední školu – odmaturovali. Svým okolím byli hodnoceni jako obětaví, skromní, přátelští a ochotni pomoci. Dle autorky jsou oba obratní a zruční s dobře vyvinutou hrubou i jemnou motorikou. Jeden z nich pracuje jako mistr odborné výchovy na učilišti, druhý je technik se zaměřením na počítače...

Tři sourozenci z Mělnicka

Matějček s Langmeierem (1974, s. 44) uvádějí: „Sami jsme měli příležitost seznámit se s podobným případem těžké sociální izolace v nedávné době. Na podzim 1971 byly zachyceny v jedné rodině tři děti ve věku 1,6r., 2,4r. a 5, 9r., hrubě podvyživené a po všech stránkách zanedbané, takže nejmladší bylo blízke smrti. Žily v poslední době většinou z toho, co sebraly z misky psa v sousedství. Zásah zdravotnických pracovníků znamenal doslova jejich záchranu. První psychologické vyšetření za dva měsíce po přijetí do nemocnice ukázalo velmi vážné opoždění mentálního vývoje, který u mladších dvou dětí odpovídal pásnu imbecility. Kontrolní vyšetření za dva měsíce, kdy byla dětem věnována intenzivní péče, vykazovalo však již výraznou vzestupnou tendenci, takže bylo možno soudit, že u dětí je opoždění podmíněno těžkou deprivací, a nikoli vrozeným defektem...

... Dvě starší děti se po dalším půlroce převýchovy blíží vývojové hranici průměru, zatímco nejmladší a nejtíže postižené dítě zůstává dosud silně opožděno.“

Třetí případ popisují Matějček s Langmeierem (1974, s. 42) následovně: „K.P. byl dítětem svobodné psychopatické matky a neznámého otce. Matka žila velmi neukázněným životem, nestálá, střídala ustavičně pracoviště. V těhotenství se pokusila o potrat – najedla se syrových makovic. O porodu není bližších zpráv, byl prý předčasný a „těžký“. Brzy po narození dítěte matka odjela od svých rodičů a žila zprvu jako šatnářka v hotelu (přičemž nechávala dítě u cizích lidí), později jako pomocnice v jedné okresní nemocnici s dítětem na zapřenou. Chlapec zůstával téměř do dvou let po celé dny zavřen v jejím pokoji úplně o samotě, hladový, bez ošetření a ovšem bez jakékoliv výchovy. Když se tato okolnost prozradila, bylo jí dítě odňato a svěřeno do pěstounské péče velmi dobrých a inteligentních pěstounů.

V té době (po 2.roce) dosud špatně chodil, stále plakal, všeho se bál (auta, psa, kočky, větru, ale i lidí a hraček – dlouho trvalo, než se odvážil vzít hračku vůbec do ruky). Nemluvil vůbec, znal jen jediný výraz „takn“ neurčitěho významu. Adoptivní matka – bývalá učitelka – ujala se jeho převýchovy s velkou obětavostí a trpělivostí. Z krajní bázlivosti před lidmi a věcmi přešel hoch brzy do opačné krajnosti: objímal a líbal každého na potkání. Začal mluvit teprve kolem 3 a půl roku, ale další jeho postup ve vývoji řeči byl rychlý, brzy mluvil v celých větách a srozumitelně. Jen se nesnadno učil tělesné čistotě – teprve kolem 4. roku přestalo pomočování a pokálení. V mateřské škole i doma byl velmi roztěkaný a neklidný, ubližoval dětem a rušil kázeň. Ve škole celkem dobře prospíval, ač byl nevytrvalý a nepozorný. Brzy však začaly stížnosti, které nikdy neustaly: odmlouval, lhal, byl drzý, močil po ostatních dětech, sahal jim po genitálu, lechtal je, válel se nahý po jiném chlapci na dvoře. I s rodiči se chtěl stále jen mazlit a líbat je. Nedal se žádným způsobem ukáznit, žádné své přání nedokázal odložit, v ničem nedovedl počkat a podřídít se. Ještě v 8 letech musel být krmen jako malé dítě. Podle opakovaného vyšetření je jeho inteligence normální (spíše lehce nadprůměrná), má dobře rozvinutou řeč a poměrně bohaté znalosti, svědčící o dobré výchově doma. Při volné kresbě si vybere „špajz a záchod“. Při pozorované hře ve skupině stále na sebe strhuje pozornost psychologa dotazy, chlubením a intenzivním mazlením, jehož používá, chce-li něco dostat. Nevyhoví-li se mu, začne být drzý a neklidný. Kde se naskytne příležitost, stahuje si kalhoty a sahá po genitálu, jindy sexuální tendence maskuje agresivitou, pláčem, zlobením, vzbuzováním závidi u druhých apod. Tyto abnormální charakterové rysy trvají ještě v 15 letech. Je stále umíněný, hravý a roztěkaný, ze školy stále nosí poznámky, že ruší ostatní žáky, má rád senzace a stále na sebe upozorňuje. Rád sportuje,

až do úplného vyčerpání. Učí se lehce a rychle, ale stejně rychle zapomíná, neboť je nestálý a jeho zájem je přelétavý.“

V naší případové studii se dozvíme, že mezi uvedenými případy i následujícím existují určité podobné znaky. Vedle podobných fragmentů z projevu dětí je tím hlavním, zrychlené učení ve sledovaných oblastech a prokazatelné pokroky už krátce po odebrání dětí ze závadových rodin.

PRAKTICKÁ ČÁST

2. Případová studie malého chlapce bez domova

V praktické části této práce se budu zabývat chlapcem, který byl odebrán z rodiny z důvodu nevhodných podmínek pro život, nepodnětného prostředí a zanedbání v takovém rozsahu, že zpráva o něm byla ve své době odvysílána všemi českými televizními stanicemi a popsána v mnohých novinách. V létě, kdy mu byly čerstvě čtyři roky, byl přivezen do našeho dětského domova v doprovodu sociální pracovnice. Protože jeho případ dobře znám (sám jsem se podílel a dodnes podílím na jeho výchově) budu se ho snažit popsat co nejvíce autenticky. Budu se snažit být objektivní, však vzhledem k tomu, že jsem jeho vychovatel a mám k němu určitý vztah, objektivita nebude zcela jistě stoprocentní. Pro zachování jeho anonymity neuvedu žádné údaje týkající se jeho osobních dat, míst ani času. Časová souslednost bude uváděna ode dne nula – počátek pobytu v dětském domově.

2.1. ŽIVOT CHLAPCE PŘED JEHO OBJEVENÍM

2.1.1. První rok života

Ze zprávy o novorozenci se dozvídáme, že chlapcův porod byl vaginální, bez použití kleští, záhlavím. Jeho porodní hmotnost byla 3400g, délka 50 cm. Narodil se ve 40. Týdnu bez léčby na porodním sále. Jeho Apgar skóre bylo: akce 2, 2, 2; dech 2, 2, 2; tonus 2, 2, 2; reflex 2, 2, 2; barva 1, 2, 2, celkem tedy 9, 10, 10.

Z vyšetření během prvního roku zjišťujeme, že zpočátku se zdravě vyvíjel. V jeho 4 měsících života prodělal respirační infekci, při které byl poprvé hospitalizován s tímto diagnostickým závěrem: Stav po opakovaných křečích s bezvědomím a vstupní hypoglykémii. Suspektní

vrozená metabolická vada, **hypoglykemické kóma**, hypernatremická dehydratace, SŠ (není jasné, co označení znamená, možná jde o septický šok). Z nemocnice byl leteckou záchrannou službou převezen do Prahy na jednotku intenzivní péče Všeobecné fakultní nemocnice. Zde byl jeho stav stabilizován. Chlapec byl znovu vyšetřen: CT CNS normální nález, USG CNS a břicha bez patologického nálezu. Ihned po přijetí měl opakované generalizované tonicko-klonické křeče (tonické – svalová ztuhlost, klonické – opakované svalové záškuby), které v průběhu prvních šesti hodin se 2x opakovaly. Dále mírná hypotonie (snížené napětí svalů) a vzestup teplot. Hraniční hodnoty bakteriurie (infekce močových cest) byly řešeny antibiotickou léčbou. Chlapec byl také na základě ataku poruchy vědomí s křečemi, hyperlaktacidémie (nadbytek kyseliny mléčné v krvi) a ketonické hypoglykémie, která vznikla po respirační nákaze a protahovaném hladovění, vzat na metabolické vyšetření s výsledky, které vyloučily fenylketonurii a leucinosu (poruchy metabolismu). EKG – fyziologická křivka. Z neurologie byl diagnostikován **centrální hypotonický syndrom**, EEG těžce abnormální záznam pro dominující vysokovoltážní delta aktivitu. Ze všech vyšetření vyšly tyto závěry:

- 1) akutní ataka poruchy vědomí s ketonickou hypoglykemií**
- 2) hypotonický syndrom**
- 3) psychomotorická retardace**

Během prvního roku chlapcova života byl ještě 4x hospitalizován pro epileptické záchvaty.

Ze záznamů neurologa byl jeho psychomotorický vývoj v rozmezích normy. Při kontrole EEG zaznamenány opakované generalizované hroty, bez ložiska.

Podle záznamů dětské lékařky byl jeho následující stav v pořádku. V jedenácti měsících života vážil 11kg.

2.1.2. Události vedoucí k přemístění dítěte

První známkou toho, že v chlapcově nejbližším okolí není něco v pořádku, byla skutečnost, že se v roce a půl nedostavil na očkování k dětské lékařce. Po 14 dnech se matka s dítětem na očkování dostavila. Něco podobného se odehrálo i za 9 měsíců, kdy se měl opět dostavit k očkování. Otec, který v tu dobu ještě žil s rodinou, sdělil, že na očkování zapomněl. Dítě bylo očkováno až po měsíci a půl od původního data.

Ve 30 měsících života byl chlapec opět hospitalizován pro epileptické záchvaty. Měsíc na to otec odmítl do bytu pustit zdravotní sestru, přitom v průběhu dalších dnů bylo rodičům opakovaně domlouváno, aby se dostavili k lékaři.

Medikamentózní léčba: Od půl roku věku Phenealetten 15mg 3x3/4 tbl. denně, Diazepam rektálně po epileptickém záchvatu, od roku nasazen Convulex původně 3x5 kapek, po záchvatech 3x7 kapek. Od třech a půl let Convulex převeden na 2x1 tbl. V dávce 150 mg. Po silném záchvatu s křečemi a následnou ochablostí přidán i Lamogine 25 mg. – ½ tbl. denně. V následné zprávě bylo uvedeno, že po nasazení Lamogine záchvatů zřetelně ubylo. Nakonec byla upravená léčba – Lamogine (25mg.) ½ - 0 – ½, a Convulex (150mg.) 1 – 0 – 1.

Ve 3 letech byla provedena preventivní prohlídka – uvedena psychomotorická retardace. V chlapcových třech a půl letech bylo nařízeno sociální šetření v rodině + zajištění sociální pomoci. Na základě údajů od sociální pracovnice, která měla chlapce na starosti a z úvodní části znaleckého posudku – výpis ze spisu – se dozvídáme o úrovni bydlení, rodičích a pozadí odebrání chlapce z rodiny:

Původně žil chlapec v jedné panelovém domě. Podle nájemníků byla jeho rodina velmi hlučná. V noci bylo často slyšet chlapcův pláč. V bytě spolu s ním bydlela jeho matka, babička a matčini bratři. Otec v té době už s rodinou nežil. Matka se svojí matkou a bratry chodili

hrávat automaty a dítě nechávali samotné doma. Když měl chlapec tři a půl roku, musela se rodina vystěhovat. Otec ani matka, přestože oba věděli, že matka s hochem přijdou o střechu nad hlavou, nic pro další bydlení neudělali. **Po vystěhování z bytu se matka spolu s chlapcem přestěhovala do přírody pod stan.** Na tomto místě již žilo několik bezdomovců. Jejich život v přírodě trval déle než dva měsíce, než byl chlapec matce odebrán. Chlapec se údajně volně pohyboval v přírodě. Pár dní po jeho čtvrtých narozeninách bylo soudem nařízeno předběžné opatření o odebrání z rodiny. Chlapec byl nejprve přemístěn do dětského domova pro děti do 3 let, den poté do našeho dětského domova...

2.1.3. Ze soudního spisu

Na základě rozsudku jednoho z okresních soudů, byl chlapec umístěn do dětského domova. Důvodem tohoto předběžného opatření bylo, že matka neměla pro dítě zajištěny ani základní podmínky - bydlení, s dítětem žila ve stanu.

Po osmi měsících byla nařízena ústavní výchova s odůvodněním, že **matka nezajišťovala řádnou péči o nezletilého** a nespolupracovala řádně s orgánem sociálně-právní ochrany dětí, přestože nad výchovou nezletilého byl stanoven dohled. Oba rodiče shodně s nařízením ústavní výchovy souhlasili.

Když se chlapec narodil, matka měla 16 let. Po mateřské dovolené byla vedena na úřadu práce, nikdy nepracovala. Má pouze základní vzdělání. Během soudu matka uvedla, že není schopna se o dítě řádně postarat, a to z důvodu finančních, bytových, tak i kvůli jeho zhoršenému zdravotnímu stavu. Na dotaz, jak zajišťovala dítěti jídlo, odpovídala, že nakoupené věci připravovala na ohništi...

Otec je vyučen jako malíř, natěrač. Byl 4x odsouzen za majetkovou trestnou činnost. Dokud bydleli všichni společně, výhradně

on chodil s dítětem k neurologovi. V době soudu pracoval jako pomocný dělník a bydlel na stavbě v maringotce, kterou zároveň i hlídal za 50Kč za noc.

V té době bylo proti matce i otci vedeno trestní řízení pro trestný čin „*ohrožování výchovy mládeže dle § 217 odst. 1 písm. c), odst. 3 písm. b) trestního zákona, když se měli dopustit toho, že zanedbávali péči o svého nezletilého syna, v důsledku čehož těžkým výchovným zanedbáním a citovým strádáním prohloubili středně těžkou mentální retardaci a způsobili nerozvinutí verbální složky a v důsledku deprivace podnětové a emoční výrazně opozdili psychický vývoj dítěte a zapříčinili tak u něj trvalé následky v oblasti intelektové, emoční i sociální.*“

Ze zprávy Magistrátu města bylo jednoznačně prokázáno, že matka dlouhodobě nespolupracovala s oddělením péče o dítě, péči zanedbávala, po dobu tří měsíců neměli o pobytu matky ani dítěte žádné informace. Matka rovněž nedocházela s epileptickým dítětem na lékařské kontroly.

Tímto způsobem okresní soud rozhodl o odebrání dítěte a předání ho do ústavní péče.

2.2. POČÁTKY V DĚTSKÉM DOMOVĚ

Při předávání do dětského domova pro děti do tří let (kde byl jeden den) se choval velmi hyperaktivně, nebylo možné jej vyšetřit, neuměl si hrát, hračky pouze ničil, nereagoval na slovní projevy, nemluvil, vydával pouze zvuky, bylo namáhavé jej zvládnout.

A protože už měl 4 roky, tak ho přemístili do standardního dětského domova, k nám...

2.2.1. První setkání

Byl jsem u toho, když chlapce v doprovodu sociální pracovníce přivezli. Na první pohled se nám (mně i všem kolegům) vzhledově líbil. Tmavé veselé oči s velmi dlouhými řasami, jemné rysy, tmavší pleť, kudrnaté vlasy, postava bez jakékoli deformace spíše atletická, pokud by se to u malého chlapce dalo takto uvést. Tvářil se nezúčastněně, nebyl smutný ani veselý. Když byl puštěn z ruky, dal se na útěk po chodbě domova. Byl pořád v pohybu, hyperaktivní. Nic jsme o něm nevěděli, tak jsme se ho snažili zeptat, jak se jmenuje. Neodpověděl, jen zavýskl a utekl...

Bylo jasné, že bude potřebovat neustálý dohled. V průběhu prvních dnů jsme zjistili následující:

- 1) **Nemluví** – používal jen pár „svých slov“: „Mami, dipá, mana mana a ba.“ Až později jsme zjistili, co tato slova znamenají (Dipá = jít ven, mana mana = chci jíst, ba = babička).
- 2) **Nechodí na záchod** – svoji potřebu vykoná kdekoli bez upozornění. Toaletní papír nezná, utřít se neumí.
- 3) **Nereaguje ani na silné zvukové podněty** – možná hluchota – odborným lékařským vyšetřením to bylo vyvráceno.
- 4) **Hrubá motorika velmi dobrá** – vylezl na okno, na vysokou postel, na žebřiny, kamkoli, kde dosáhl, skákal, neustále běhal.
- 5) **Špatné spaní** – špatně usínal, často se budil, enuréza, enkopréza

- 6) **Způsob stravování** – neuměl jíst lžící, vše bral do rukou. Dříve než dal jídlo do úst, očichal ho. Nekousal, co dal do úst, polkl. Jedl hltavě, nenasytně, bral jídlo ostatním dětem. Venku měl tendence pít vodu z bazénu, ze země. Uměl si odšroubovat petláhev a z ní se napít. Stalo se, že se takhle napil z láhví, zatěžující kryt bazénu. Bonbóny pravděpodobně neznal. Po očichání je dal do úst i s papírem. Rozbalit je neuměl a ani ho to nenapadlo.
- 7) **Velmi častá masturbace** – třel se několikrát denně o všelijaké předměty. Prováděl kopulační pohyby, u toho vzdychal.
- 8) **Všem v okolí ubližoval** – kousal děti i dospělé.
- 9) **Věci uvnitř v domě asi neznal** – na vše sahal, drobné věci si strkal do úst, nepolykal je však.
- 10) **Bez základních hygienických návyků** – když viděl sprchu s tekoucí vodou, začal křičet a plakat. Ze sprchování měl velký strach. Neuměl si umýt ruce, neuměl se vysmrkat.
- 11) **Z hraček ho zajímal pouze balón.** Na zahradě vydržel nepřetržitě několik desítek minut házet balónem do basketbalového koše. Jindy, když neměl míč v blízkosti, házel do koše větvičky a kameny.

Chlapec byl dán do rodinné skupiny mezi dalších šest dětí.

2.2.2. První půlrok v dětském domově

Případ silně zanedbaného chlapce byl pro nás velmi zajímavý. Abychom měli zmapované jeho pokroky, které jsme předpokládali, začali jsme s kolegy psát deník jeho projevů. Do deníku jsme události zapisovali všichni, kteří jsme se na jeho výchově podíleli. Dalším důvodem zapisování byla skutečnost, že soud ještě nerozhodl o případné vině či nevině jeho rodičů. Bylo tak velmi pravděpodobné, že

se nás na chlapce budou ptát (soudy se cca jednou za půl roku ptají na děti do DD svěřené).

Oblast hygienických návyků:

den	událost
5.	sám se na WC vymočil, splachování nezná, neumí se utřít, toaletní papír trhá, brání se osobní hygieně
8.	při pobytu na zahradě kaká kdekoliv bez upozornění
11.	když se mu chce na záchod v budově, začne poposedávat
13.	nerad si myje ruce, rád splachuje záchod, baví ho tekoucí voda
23.	ráno se pomočil, v poledne podruhé, nedal najevo, že chce na WC.
24.	2x se vykagal na zahradě
44.	sám si vytáhl z balíčku papírový kapesník, utřel si nos (smrkat neumí) a kapesník vyhodil do koše
51.	zvládl se vysmrkat
57.	poslední týden se opět pomočuje - řešíme s lékařem
114.	několik dní se nepomočil
130.	při vycházce 2x ukázal, že chce čůrat
149.	řekl "kaka" a skutečně se šel na WC vykakat
164.	opět při procházce naznačil, že se mu chce kakat
175.	rád si čistí zuby, jí pastu

Celkové hodnocení po půl roce v DD:

Mytí rukou, smrkání, používání WC zvládá s pomocí.

Chlapci čistí zuby vychovatel, sám by to nezvládl. Pokaždé se chlapec musí upozornit, aby vodu s pastou vyplivl. Když se mu chce kakat, upozorní vychovatele. Po stolici se nechá utřít, sám se k tomu nemá. Umí si sám pustit vodu, sám spláchnout WC. Když se mu neutrou ruce, sám by si je neutřel. Po použití WC nemá tendenci si umýt ruce.

Sebeobsluha a chování při jídle:

den	událost
5.	polévku u obědu snědl s pomocí, nejprve srkal, potom pěkně otevíral ústa.. Zjišťoval, zda není polévka horká, foukal do lžice. Při pití z hrnku vrací zpět tekutinu do hrnku. Všechno očichává, jídlo začal napichovat na vidličku podle ostatních dětí.
7.	Při nákupu oděvů a obuvi dobře spolupracoval při převlékání. Při jídle se snažil opakovat natáčení špaget na vidličku. Večer na pokyny "další" a "do tašky" dokázal uklidit téměř polovinu hraček do igelitové tašky.
9.	S pomocí vychovatele jí lžící. Střídá ruce.
12.	Když řekne "boty", sedne si a chce se about. Stále k jídlu čichá, lépe kouše potravu, pije z hrnku
15.	Má snahu si sám obouvat boty, když se mu řekne "obuj" a podají se mu. Vydrží už sedět u jídla. S nalámanou sušenkou si hravě poradí.
27.	Občas reaguje na pokyny: "sundej si boty" - boty si sundá; Dnes zase potravu hltal, málo kousal.
28.	Sám jedl lžící polévku a rizoto. Po návratu ze zahrady, sám se zul a uložil si boty do botníku.
29.	Jedl sám. Neumí nabrat na lžici menší množství potravy.
32.	Snídani rozpatlal, nakonec vše snědl, ani se nepobryndal kakaem.
52.	Přišel za vychovatelkou a chtěl si nechat ošetřit píchnutí komára.
61.	V šatně mateřské školy se snažil sám about - s částečným úspěchem.
93.	Dokáže si po sobě uklidit hračky bez odmítání. Mí dát plyšáky do poličky, hračky i puzzle do krabice.
168.	Na pokyn uklidí hračky, neutíká při tom z místnosti
177.	Byl poprvé sám ve školce bez asistence vychovatele - zvládl to
178.	Snědl polévku, šel si sám přidat. Po jídle dokáže odnést talíř a příbor do špinavého nádobí

Celkové hodnocení po půl roce v DD:

Přestože nepozná pravou a levou (neustále je zaměňuje), **umí si about boty**. Ne zcela se umí sám obléknout s pomocí vychovatele, který mu ukazuje, co má dělat. Neumí zapnout knoflík, zip, neumí si nasadit rukavice. **Umí pod dohledem vychovatele uklidit všechny hračky**. V jídelně se sám posadí na své místo, **dokáže jíst samostatně lžící**. Vidličkou umí napichovat, dohromady však s vidličkou i nožem jíst neumí. **Potravu už normálně kouše** jako jiné děti, pije ze sklenice i

hrnku. Nejdříve sní, co mu nejvíce chutná a pak ostatní. Stále bere jídlo ostatním dětem. **Tendence pít ze země už nemá.**

Usínání:

Zpočátku usínal jen v přítomnosti vychovatelů, před usnutím si okusoval nehty. Usínal dlouho (i 2 hodiny). Při usínání držel vychovatele za ruku, bál se, že odejde. Vychovatelé si lehali k němu.

den	událost
26.	Byla bouřka. Usínal cca 2,5 hodiny, křičel, plakal, kvílel. Celou dobu říkal něco jako "hono", pak zřetelněji něco jako "hodný", ještě i po usnutí vzlykal ze spaní
56.	Po dohodě s lékařem ho přestáváme dávat spát po obědě. Večer tak usíná kolem 20.hodiny.
61.	Usnul sám v posteli, vychovatel byl v místnosti. Před spaním si chlapec povídal "svou řečí".
63.	Žvatláni patří k jeho rituálům před spaním. Usíná během cca 30 minut.

Po půl roce už usíná samostatně s přítomnosti vychovatele v místnosti. Usíná dobře. Před usnutím se s vychovatelem pomazlí, zpívá si a žvatlá.

Hra, získané dovednosti:

den	událost
5.	Nabídnuté hračky zpočátku zahazoval. S kostkami velkého lega (duplo) si nevěděl rady, házel s nimi po dětech i dospělých. Při hře nereaguje na děti, nejeví tendence si s někým hrát.
6.	Velmi vytrvale skládal (po předvedení) k sobě plastové tvary stavebnice. Dokáže najít v místnosti, kde je rozházených několik dílů z několika stavebnic díly jedné stavebnice. Díly nosil na hromádku. Líbí se mu velké barevné díly stavebnic. Malé ho nezajímají, zahazuje je nebo si je dává do úst. Televize ho nezajímá. Papír a malování pastelkami ho nezajímá. Počmárá klidně i stůl mimo papírovou plochu. Při procházkách se místy snaží vytrhnout z ruky. Zaujetí a vytrvalost u činností je různá podle jeho zájmu o činnost, hračky zahazuje.

7. Při hře podává míč ostatním, aby také házeli na koš. Přitom cosi neartikulovaně říká. Na pískovišti obdobně začal nosit vychovateli formičky s pískem. Jde o počátek komunikace při hře.
9. V televizi začal reagovat na znělku večerníčku. Líbí se mu. Radost projevuje poskoky a třením genitálií.
10. Na vycházce se dokáže držet dětí, neutíká. Poprvé vešel do bazénku, umí zadržet dech a potápět se. Jeho nejoblíbenější činností je stále házení na koš a pískoviště. U těchto činností vykazuje až ulpivavé setrvávání. Dnes také olupoval kůru ze špalků.
16. Hrál si poprvé společně s dalším malým chlapcem z DD. Honili se a váleli sudy. Reaguje lépe na vychovatele muže než na ženy.
19. Vyzýval starší dívku ke hře, bral ji za ruce a zvedal je. Hrál si na pískovišti společně s dětmi, koupal se s nimi v bazénu, nechal se od dětí držet a vozit.
25. Při házení na koš preferuje míč namísto větviček a kamenů. V přítomnosti tří dospělých podává míček postupně každému, vyzývá ke hře. Na zahradě sbíral jablka a nosil je vychovatele na stůl.
27. Nejvíce ho baví: házení míčem, mačkání spínačů, klávesnice, stavění jednoduchých stavebnic. Ostatními věcmi hází kolem sebe. Stále často provádí kopulační pohyby a stimuluje si genitálie.
34. Chvilí si vydržel hrát s dalším malým chlapcem. Stavěli z lega a s ozubenými kolečky z plastu.
39. Při hipoterapii si nechtěl na hlavě nechat přílbu. Když viděl, že i ostatní děti ji mají, nechal si ji. Na koni se mu moc líbilo, vydržel na něm 30min.
58. Dlouho si vydržel skládat puzzle, přestože mu skládání dílu nešlo.
60. V televizi ho zajímají jen reklamy a znělky. Vydržel si hrát s pálkou na stolní tenis a míčkem. Večer si vzal pastelky a čmáral na papír. U toho říkal "pisy pisy"
64. Celé dopoledne si klidně hrál, neměl potřebu pobíhat. Při procházce se dotýkal kolemjdoucích.
65. S mateřskou školou domluven přivykáací pobyt v přítomnosti vychovatele na 2x 2 hodiny týdně. V MŠ vytahoval hračky z poliček, házel s míčkem, kopal do něj, válel se po gymnastickém míči.
67. Večer chvilí seděl a maloval pastelkou kroužky na papír.
71. Sám si vzal večer papír a pastelky a dělal "pisy pisy".
74. Děti ve školce si nevšímá. Hází kolem sebe hračkami, pak do hraček kope. Chvilí ukládal čísla do podložky.
87. Rád bere dospělým klíče a snaží se je strkat do zámku. Začíná zkoušet, co si může dovolit. Baví ho jízda v autě. V čekárně u lékaře se chytil kolene cizí paní a třel si o ně genitálie.
88. Ve školce opět nejevila zájem o předměty ani o děti. Na procházce

- plácal kolemjdoucí.
91. Na vycházce mu vychovatelka nabídla vodítko se psem (pes DD). Chvilí ho nechtěl, pak si vodítko vzal sám a měl radost, že pejska vede. Utíkal s ním, nechal se táhnout. Vydržel to asi 20 minut.
96. Dokáže sám složit 3-4 dílky devítidílného puzzle. Při skládání lega dává dílky na sebe nahodile, nemá trpělivost zkoušet lepší variantu. S pomocí dokáže složit auto. Jezdí s ním a dělá "brm brm".
105. Hrál si s kočárkem pro panenky. Líbí se mu snad vše, co má kolečka včetně tašky na potraviny s kolečky.
112. Poprvé udělal pěkný kotoul dopředu.
132. Vysypal krabici s hračkami na zem, pak hračky jednotlivě přenesl na stůl, sedl si na židli ke stolu a s hračkami si v sedě hrál cca 15 minut.
133. Za čokoládu je schopen udělat cokoli. Kreslil kruhy na papír, říkal u toho "kolo kolo", skládal pěnové puzzle. Večer spatřil čokoládu, sám si vzal puzzle a začal ho skládat, pak uklidil ze země i pastelky. To vše za čokoládu. Večer vydržel 5 minut poslouchat četbu z knihy.
143. Čím dál tím častěji se mu daří skládat pár dílků puzzle. Zpívá si u toho. Lehl si břichem na skateboard a pokoušel se odrážet.
144. Ve školce hravý, klidný, hrál si se stavebnicemi, hračky si po sobě uklidil.
170. S přehledem poskládá pěnové puzzle i skládanku se zvířátky. Hraje si s autíčky, na pokyn uklidí všechny hračky, neutíká z místnosti.
-

Po půlročním pobytu v DD si dokáže krátkou chvíli sám hrát. Když je činností velmi zaujatý, vydrží u ní i více než 10 minut. Zkrátila se doba samostatného házení do koše. Tato hra ho už samotného nebaví, **hledá si k ní partnery.** Když s ním hází jeden nebo více lidí, vydrží u toho mnohem déle. Méně už kolem sebe rozhazuje věci. Zabývá se funkčností různých předmětů. Přišel na to, že se předměty dají používat i jinak, než s nimi házet. Při některých činnostech používá adekvátní zvukový doprovod, podobně jak to dělají ostatní menší děti.

Komunikace

den	událost
5.	<p>Po několikadenním předvádění říkanek "paci, paci, pacičky" a "vařila myšička" tleská a u "paci paci" říká "pa". Do mobilního telefonu říká něco jako "haló".</p> <p>Nesměje se ani nepláče. Radost (např. při úspěšné střelbě na basketbalový koš) projevuje tak, že si dá ruce na penis a začne skákat. Když se na zahradě bouchnul, vykřikl, ale nerozplakal se. Bolest evidentně cítil.</p>
6.	<p>Komunikuje neartikulovaně. Jeho škála verbálních projevů se rozšiřuje kombinací různých slabik. Smysl je však neuchopitelný.</p> <p>Při uspávání dokola vyžaduje říkanku "paci, paci". Snaží se to opakovat, říká jen náznaky slov... většinou první slabiku. Melodicky opakuje "halí, belí".</p>
10.	<p>Poprvé pohlídl psa DD. Začíná reagovat na zvukové podněty. Většinou reaguje na hlasité pokyny, podobné povelům pro psa. Volá "mami, tati" před spaním. Otázkou zůstává, jestli těmto slovům přiřazuje význam. Před spaním ještě hladí palcem a ukazovákem ušní lalůček.</p>
11.	<p>Když řekneme "boty" sedá si a chce about.</p>
12.	<p>Začal říkat "jéjéjé".</p>
19.	<p>Vyzýval starší dívku ke hře, bral ji za ruce a zvedal je. Volal na vychovatele "mami, tati". Poprvé se v DD smál.</p>
20.	<p>Poprvé zareagoval na slovní pokyn. Dal ho muž - vychovatel. Reagoval na "pojď sem". Chlapec přiběhl a podal mu ruku.</p>
27.	<p>Reaguje na pokyny: "sundej si boty" - boty si sundá</p> <p>Minimálně reaguje na úsměv, oční kontakt je však častější.</p>
29.	<p>Často se smál, byl mazlivý.</p>
30.	<p>Za chlapcem přišla matka. Reagoval na ni vlažně, nevyběhl za ní, nevolal "mami". Reagoval na ní jako na kteroukoli jinou vychovatelku. Když ho vzala do náruče, smál se a přitulil se k ní.</p>
45.	<p>Náznaky slov: "dobrou noc" a "zítra".</p>
52.	<p>Přišel za vychovatelkou a ukazoval ruku. K tomu říkal "brumí" (prosím), ukázal na štípanec od komára a nechal se ošetřit.</p> <p>Od své pracovnice OSPOD dostal plyšovou hračku. Nevšímal si ji, celou dobu běhal.</p>
65.	<p>Začíná reagovat na pokyn: "Nesmíš".</p>
67.	<p>Náznak slov: "Dobrý večer". Nepřiřazuje však k tomu význam.</p>
72.	<p>Říká své jméno způsobem, jakým ho všichni oslovujeme.</p>

77. Říká opakovaně: "No, no, no". Zakrývá si u toho uši a poslouchá se.
81. U večere řekl zcela zřetelně: "Máš ještě?"
83. Když něco nechce, říká "neci", a když si šel lehnout řekl "hají".
84. Více reaguje na pokyny: "hačí, obuj se, jdeme se obléct, udělej pápá ne, nesmíš". Říká zkomoleně: "dík, máš ještě, moje, teta".
Při kontaktu mne dospělému ušní lalůček. Umí se srdečně nahlas smát.
85. Vychovatelka mu podala míček, řekl "díky."
86. Začal říkat "umí".
96. Při hře s autem říká: "Brm, brm." Vychovatelce říká "mami" nebo "teto".
100. Zpívá zkomoleně "Pec nám spadla" a "Prší, prší".
Říká "a je to".
105. Podává věci a říká: "Na."
115. Mnohokrát za den zpíval zřetelně: "Prší, prší, jen se leje, pojedeme..."
116. Zpívá začátek písně: "Jedna, dvě, Honza jde."
124. Reaguje na "ty ty ty" se zdviženým ukazovákem.
144. Začíná říkat "prosím". Už to není "brumí".
161. Řekl "další" při podávání kostek.
165. Často zpívá, přibývá více zřetelných slov.
169. Umí zazpívat delší části písniček, je mu lépe rozumět.
172. Umí říkat "promiň, teto dej", začíná zpívat "Nechod tam..."
Další slova: "ahoj, Vlata (dítě Vlasta), Didor (Igor)". Když uvidí jednu z vychovatelek, říká pravidelně "ách jo" na jinou reaguje „tuli“, na jednoho vychovatele „papů“. Pravděpodobně zachytil projev vychovatelů, kteří k němu něco verbálně směřovali.
177. U teplé polévky a u topení říká: "Pálí".
178. Na WC říká: "Spáchni".
180. Několikrát se zeptal: "Kde jsi?" a hned si odpověděl: "Já tě vidím".
181. Zazpívá celou píseň "Prší, prší", drží melodii až do konce. Když se setká s dospělým řekne: "Ahoj teto" (i muži). Říká to i při loučení.
-

Po půl roce má přiměřený oční kontakt při komunikaci s druhou osobou. **Zpívá několik dětských písní**, dobře drží melodii. Je už **více než 20 slov**, kterým dává význam. Některá další slova vyslovuje, ale význam pro něj nemají. S dospělým komunikuje především přes ušní boltec. **Reaguje na některé pokyny**. Některé vychovatele respektuje více, některé téměř vůbec. Je to jednoznačné z reakcí na pokyny jednotlivých vychovatelů.

Vzhledem k jeho pokrokům během půlročního období, je jasné, že byl chlapec vážně výchovně zanedbán. Podobně se k tomu staví i argumentace soudu při nařízení ústavní výchovy: *„Z listinných důkazů bylo prokázáno, že nezletilý je opožděný ve vývoji asi 3 roky. Jedná se o dítě labilní, nerozvinuté rovněž po stránce citové vzhledem k tomu, že za krátkou dobu pobytu v dětském domově je vidět pokrok v různých oblastech, je možno usuzovat, že se jedná o závažným způsobem zanedbané dítě, kterému se nikdo nevěnoval, nemá zafixovány základní návyky, nekomunikuje, vydává pouze skřeky, nechodí sám na záchod... Nezletilý byl v průběhu pobytu v dětském domově všestranně vyšetřen a byla opakovaně vyšetřujícími lékaři potvrzena hypotéza, že nezletilý byl závažným způsobem výchovně zanedbán“.*

Během prvního půlroku ho několikrát navštívila matka. Neprojevoval k ní výraznější city než k ostatním. Jednou ho spolu s matkou navštívil otec. **Zájem obou rodičů odezněl cca po 5 měsících.** Od té doby ho ani jednou nenavštívili, ani jednou netelefonovali, aby se zeptali, jak se mu vede.

Podobně jako na matku, chlapec ani nijak nereagoval na změny prostředí. Během prvního půlroku se pohyboval nejprve v budově DD, pak jsme s dětmi jeli na týdenní pobyt, potom zpět DD a na to byl 4 dny v nemocnici kvůli velmi silnému epileptickému záchvatu. Ve všech případech nijak pozitivně ani negativně na změnu prostředí nereagoval. Jak bylo uvedeno výše, zpočátku neprojevoval emoce radosti ani smutku.

2.3. ŽIVOT V DĚTSKÉM DOMOVĚ

Dalo by se říci, že příchodem chlapce se v zaběhnutém systému DD leccos změnilo. Služby vychovatelů se přizpůsobovaly potřebě permanentního dozoru nad chlapcem. Na rodinné skupině, do které byl chlapec dán, se pohybovali současně dva vychovatelé – jeden byl u dětí jako obvykle, druhý běhal za chlapcem. Jak už bylo uvedeno v předchozí podkapitole, zpočátku (kromě házení s míčem) nevydržel u žádné činnosti ani minutu. Neustále běhal, lezl do výšek apod. Po pár týdnech byli vychovatelé značně vyčerpaní. Nutno podotknout, že s hlídáním často pomáhaly starší děti. Přestože péče o chlapce byla velmi náročná, vychovatelé i děti ho měli velmi rádi. Při pravidelných průzkumech vztahů byl na vrcholu oblíbenosti. Zhruba pětina dětí s ním chtěla bydlet na pokoji (pokoje v DD jsou dvoulůžkové). Odůvodňovali to tím, že si s ním rádi hrají (přičemž on si s nimi nehrál, ignoroval je), že je legrační nebo že je krásný.

2.3.1. Péče a vedení chlapce

Abychom s chlapcem mohli pracovat, potřebovali jsme řadu odborných vyšetření. Neurologický nález jsme již znali (viz 2.1.1, 2.1.2), chybělo nám vyšetření psychologické, psychiatrické, foniatrické a speciálně pedagogické.

Prvním vyšetřením bylo vyšetření **foniatické**. Jak bylo uvedeno výše, chlapec při nástupu do DD nereagoval na sluchové podněty normální intenzity, na silné podněty reagoval jen občas. Při běžném foniatrickém vyšetření lékařka vyloučila těžkou sluchovou vadu, střední nebo lehkou nebylo možné diagnostikovat pro nemožnost vykonání vyšetření otoakustické emise. Vzhledem k tomu, že se nenechal vyšetřit (nepodařilo se nám mu udržet v hlavu v klidu), byl poslán jinam na vyšetření pod celkovou anestezií. Výsledky vyšetření: Oboustranně až do nejvyšších podkorových center sluchová dráha bez známek léze, ve

frekvenční oblasti 2-4 kHz fyziologický práh sluchu. **Podezření na sluchovou vadu bylo tedy vyloučeno.**

Druhé vyšetření bylo **psychologické** v pedagogicko-psychologické poradně. Závěr: Současný stav je způsoben kombinací výchovného zanedbání a emoční deprivace. Dítě má mentální retardaci blíže nespecifikovanou, poruchy aktivity a pozornosti při záchvatovitým onemocnění. Doporučení: Zařazení do kolektivu speciální třídy mateřské školy a osobní asistence.

Třetí vyšetření bylo opět **psychologické**, ale tentokrát v ordinaci klinického psychologa. Závěr vyšetření – **dětský autismus**. CARS skóre 43,5. Psycholog dodává, že nelze vyloučit, že projevy autismu jsou zvýrazněny v důsledku velkých změn v prostředí, odloučením od blízkých nebo zanedbáním.

Psychiatrické vyšetření bylo čtvrtým v pořadí. Navazovalo na výsledky klinického psychologa. Dětský psychiatr diagnostikoval níže uvedené:

F 84.9 – Pervazivní vývojová porucha;

F 90.0 – Porucha aktivity a pozornosti;

F 79.1 – Neurčitá mentální retardace s významnou poruchou chování;

F 80.0 – Specifická porucha artikulace řeči;

G 41.2 – Status epilepticus typu parciálních záchvatů s komplexní symptomatologií;

Z 62.0 – Nedostatečný rodičovský dohled a kontrola;

Z 62.4 - Emocionální (citové) zanedbání dítěte;

Z 62.2 – Institucionální (ústavní) výchova.

Chlapci byla předepsána medikace Tiapridal 3-3-5 kapek, Chlorprotixen 7,5 mg večer. Stav byl hodnocen jako nespecifikovaný autismus s doporučením kontaktovat SPC. Pro výchovu a vzdělávání psychiatr doporučil TEACCH program. V diagnóze připouští, že je nutno oddělit míru autismu od projevů emoční deprivace, následků zanedbávání.

Na základě tohoto vyšetření jsme jako instituce požádali o příspěvek na péči. Po přezkoumání případu posudkovou komisí byl chlapci přiznán příspěvek 5.000Kč měsíčně (skupina 2).

Posledním důležitým vyšetřením bylo speciálně pedagogické. Zde opět doporučili vzdělávat dle TEACCH programu, zadávat jasné, časově omezené úkoly, individuální přístup k dítěti, zařazení do speciální třídy MŠ, vytvoření relaxační místnosti.

Zajímavostí je, že hlavní **diagnóza – pervazivní vývojová porucha se je v rozporu se znaleckým posudkem** z psychologie a psychiatrie, který si vyžádala Služba kriminální policie a vyšetřování. V části rozbor a souhrn se uvádí, že znaleckým šetřením bylo zjištěno, že chlapec vyrůstal dlouhodobě v nekvalitním, zanedbávajícím výchovném prostředí. Anamnestické údaje, které jsou k dispozici, nejsou úplné, v rodině není uváděna významnější hereditární zátěž psychiatrická. Péče rodičů byla zanedbávající, matka s dítětem nedocházela na očkování, ani na neurologické kontroly... U dítěte nebyla diagnostikována žádná vážná duševní choroba ve smyslu psychózy či pervazivní vývojové poruchy. **Chlapec splňuje kritéria, svědčící pro syndrom CAN... Byla u něho diagnostikována duševní porucha – středně těžká mentální retardace, na které se kromě možných vlivů hereditárních a organicity (epilepsie) uplatňuje těžké výchovné zanedbání.** Pro významný podíl výchovného zanedbání svědčí především to, že během krátkého pobytu ve výchovném zařízení došlo u nezletilého k akceleraci psychických funkcí a sociálních dovedností. U nezletilého se jedná o **desinhibovanou přichylnost v dětství**, která je typická právě pro děti deprivované (nedostatečně emočně saturované a výchovně zanedbané).

Další částí znaleckého posudku byly odpovědi na otázky zadané vyšetřovatelem:

1) Trpí nezletilý duševní chorobou nebo poruchou, jakou a jak se tato projevuje? (Odpověď – viz předešlý odstavec).

2) Jaká je mentální úroveň nezletilého se zaměřením zejména na jeho rozumové schopnosti a strukturu osobnosti?

Současná mentální úroveň odpovídá dvěma rokům, přesto však mnohé jeho bystré reakce ukazují na významný podíl deprivace.

3) Jaká je schopnost nezletilého správně vnímat prožitky a reprodukovat je?

Nezletilý netrpí žádnou zjevnou smyslovou vadou. Jeho psychický vývoj je opožděn, což je vysoce pravděpodobně dáno těžkým zanedbáním. Verbální složka není vůbec rozvinuta, nezletilý tedy není schopen reprodukovat prožité události.

4) Došlo jednáním rodičů k psychotraumatizaci nezletilého?

U nezletilého došlo k těžké deprivaci, která je podmíněna nedostatečnou saturací emoční, nedostatečnou stimulací podnětovou a výchovným zanedbáním. Nezletilý je díky uvedenému mentálně retardovaný.

5) Zanechá jednání rodičů trvalé následky ve vývoji nezletilého a v čem mohou spočívat?

Vzhledem k tomu, že u dítěte došlo k těžkému zanedbání, nelze vyloučit trvalé následky ve vývoji nezletilého. I když lze předpokládat akceleraci psychického vývoje, trvalé následky se projeví v oblasti emoční (nebude schopen navazovat citové vazby k blízkým osobám), lze předpokládat emoční plochost s porušováním společenských pravidel a norem. Lze tedy očekávat problémy s jeho socializací.

Zřetelný rozpor v diagnóze přispěl k nejistotě, jakým způsobem je třeba chlapce vést. **Diagnóza autismu je pravděpodobně mylná, ale je pro chlapce výhodná**, navíc Mezinárodní klasifikace nemocí se soustřeďuje na vnější projevy nemocí, nikoliv na etiologii. Chlapcova

diagnóza tedy zaručuje výchovu a vzdělávání ve speciální třídě mateřské školy na základě propracovaného TEACCH programu, dále pak pomoc při získání příspěvku na péči, který je podstatnou částí nákladů na osobní asistenci. Zajímavostí je, že původní Kannerova teorie autismu je postavena na chladném chování matky – tedy na špatných citových vazbách. Tato teorie byla hlavní až do 60. let minulého století, kdy se autismus začal podrobněji zkoumat. Od této doby začalo vznikat mnoho dalších teorií, které zanedbání či chladné vztahy s pečující osobou jako příčinu autismu vyvracejí.

Jak už bylo předesláno, mezi mezníky v péči o chlapce se dá zařadit pravidelná návštěva mateřské školy ve třídě pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami, se zaměřením na autistické děti a najmutí osobní asistentky. Do školky začal pravidelně chodit po půl roce od nástupu do DD. Do té doby chodil nejprve jednou týdně na 2 hodiny, později na 4 hodiny pokaždé s vychovatelkou z DD.

Spolu se školkou, kterou chlapec navštěvoval, jsme se dohodli na společném plánu chlapcova rozvoje metodou výchovně vzdělávacího TEACCH programu. S plánem jsme seznámili chlapcovu osobní asistentku, které začala s chlapcem pracovat až po roce chlapcova pobytu v DD.

Po čtyřměsíčním pobytu v DD a zároveň při nástupu do MŠ hodnotili pedagogové z mateřské školy na základě dokumentu z SPC a vlastního pozorování tehdejší chlapcovu úroveň v oblastech:

Hrubá motorika – samostatná chůze, chodí po schodech, střídá nohy, koordinace pohybů je dobrá, napodobí jednoduché pohyby, hází míč, kope do míče, je hyperaktivní

Jemná motorika – lateralita – užívá obě ruce, úchop dlaňový, vhazuje předměty do nádoby, staví komín z kostek, staví kostky do řady, navléká kroužky na tyč, vkládá tvary do otvorů, zapichuje kolíky

do perforované desky, odšroubuje víčko na láhev (to už uměl, když přišel do DD), nabírá a přesypává sypký materiál.

Grafomotorika – nesprávný úchop kreslicího náčiní, kresba na úrovni čmáranice.

Sebeobsluha – pije z hrníčku, jí lžící, hygienu udržuje, v oblékání potřebuje pomoc.

Vědomosti – dobrá úroveň zrakového vnímání, zkoumá věci při manipulaci, přiřazuje jednoduché obrázky, nezná účel předmětů.

Komunikace – má svou řeč, opakuje jednoduchá slova, zpívá 4 písničky, rozumí jednoduchým pokynům, ukáže si, co chce.

Sociální vývoj – účastní se krátké činnosti s ostatními dětmi, ale nereaguje na ně, naváže oční kontakt, nevydrží dlouho u jedné činnosti, rychle bere a zkoumá vše kolem sebe, vzdorovitý, na krátkou dobu se zúčastní hry s dospělým.

S ohledem na úroveň chlapce v jednotlivých oblastech byl vypracován první výchovně vzdělávací plán:

V oblasti **hrubé motoriky**: cvičit pohybovou koordinaci (labilní plochy, rehabilitační míč); zdolávat jednoduchou překážkovou dráhu; hry s míčem ve dvojici.

V oblasti **jemné motoriky**: navlékání korálek; spojování dílů větších stavebnic; šroubování matičky na šroubek; válení a koulení plastelíny; lepení menších tvarů;

mačkání a trhání papírů; nápodoba jednoduché stavby z kostek.

V oblasti **grafomotoriky**: volba vhodných kreslicích náčiní; cvičení spojovat body; vybarvování ohraničených tvarů; nakreslení kruhu podle vzoru.

V oblasti **sebeobsluhy**: cvičit samostatnost v oblékání; ukládat si věci na určené místo.

Oblast **kognice**: napodobování hry na rytmický nástroj (buben, štěrkadla); přiřazování 2-3 barev; skládání jednoduchých puzzle; poznávání funkce předmětů; přiřazování (předmět – předmět, předmět – obrázek, obrázek – obrázek).

Oblast **komunikace**: stimulování řečových projevů; využívat jeho zájem o zpěv; v komunikaci používat jednoduché pokyny; napodobovat tleskání; rytmizovat slova s facilitací; poslech říkadel a písní s obrázkem; zahájit logopedickou péči.

Oblast **sociálního vývoje**: užívání denního režimu pomocí předmětů; učit se navázat kontakt s dospělým, dětmi (podání ruky, pohlazení); učit se splnit jednoduchý pokyn; učit se dokončit hru, uklidit hračku.

Osobní asistentka je hlavní osobou, která se od pondělka do pátku o chlapce stará. Je druhou asistentkou v pořadí, jelikož původní asistentka chlapcovu náročnost nezvládala a po prvním dnu odmítla spolupracovat. O víkendu chlapce vychovává jeho kmenová vychovatelka.

V průběhu dnů, co je chlapec u nás, jsme s ním zažívali všelijaké situace. Asi nejhorší zážitek byl na letním pobytu s DD, když si vychovatelka nevšimla, že odešel z ubytovny. Bylo 19h a chlapec už byl v pyžamu. Sám tedy vyšel bez povšimnutí z ubytovny k bazénu. V papučích a pyžamu skočil do vody a začal se topit. V té době nikdo z dospělých ani z dětí jeho nepřítomnost nezaregistroval. Nebýt toho, že šla náhodou okolo ubytovny paní, která pro něj skočila, pravděpodobně by se utopil. Venku totiž nikdo jiný nebyl. Událost se odehrála téměř přesně rok od doby, co k nám přišel.

Několikrát se stalo, že se při procházce po městě vychovateli vytrhl z ruky a vběhl do cesty. Je velké štěstí, že ho nepřejelo žádné auto, přestože dvakrát chyběl ke srážce přibližně 1 metr.

Na základě těchto zkušeností je zřejmé, že chlapec není schopen vyhodnotit reálně situaci a uvědomit si možné nebezpečí. Po skoku do bazénu a následném topení se druhý den jen namáčel ze břehu...

2.3.2. Pokroky po dvou letech v DD

V oblasti **hygienických návyků** si chlapec sám zajde na záchod. Je schopen se i utřít, ale ještě to neumí zcela bezchybně. Po toaletě si samostatně umyje ruce tak, že si pustí vodu, vloží ruce pod tekoucí vodu, zastaví vodu a utře se do kteréhokoliv ručníku. Přestože je k tomu veden, ruce si po použití toalety nemyje mýdlem. Je schopen se vysmrkat, když mu vychovatel drží u nosu kapesník. Je schopen si samostatně nedokonale čistit zuby. Když vychovatel večer zapomene, sám se neverbálně připomene (zajde do koupelny a vezme si kartáček na zuby a do kelímku si nalije samostatně vodu).

V oblasti **sebeobsluhy** (mimo hygieny - viz výše) jsou jeho pokroky v dovednostech velmi malé. K nejvýraznějším změnám docházelo během prvního půlroku v DD. Uklízí si po sobě hračky a je schopen se obléknout s mírnou pomocí vychovatele. Pravou a levou botu již nezaměňuje, tričko si občas obleče naopak či naruby. Zapnout knoflík u kalhot si neumí, zip zcela sám rovněž ne. U stolu se chová klidněji než dříve, jíst příborem mu nejde, když si může zvolit, vezme si vždy lžiči. Ostatním dětem stále bere jídlo z talíře.

Ve **hře** je více samostatný. U skládanek a puzzle většinou vydrží, dokud je neposkládá. Hovoříme zde o jednoduchých puzzle (20-30 ks), které zná. Na skládání nepřicházel zcela sám. Správnost mu dříve předvedli vychovatelé nebo druhé děti. Zcela nové puzzle mu trvají mnohem déle. Pokud mu nejdou, odběhne. Rád rovněž vkládá do otvorů různé předměty. Jde mu to velmi rychle. O známých předmětech neuvažuje – automaticky je vkládá správně. Ve svém pokoji má

basketbalový koš pro děti i malou fotbalovou branku. Velká obliba v házení na koš mu zůstala (samotného ho to však nebaví), velmi rád kope do branky (také s někým). Když se mu podaří dát koš či gól, raduje se. Jeho hra není již taková roztěkaná jako dříve. V porovnání s běžným dítětem je však chlapec ve hře daleko pozadu. Není soupeřivý, na pravidlech mu nijak nezáleží. Stolním hrám s kostkou nerozumí – ani těm nejjednodušším určené pro děti od 3 let. Nikdy si nehraje „na něco nebo někoho“, vždy jen s konkrétními předměty. Jde tedy vždy o realistický, konstrukční typ hry, nikdy o iluzivní typ hry (nepoužívá předměty v přeneseném významu).

Zřejmě největší pokroky zaznamenáváme v oblasti **komunikace**. Na rozdíl od počátečního období v DD je velmi dobře schopen vyjadřovat emoce. Jeho emoční prožívání je zcela zřetelné, což se projevuje i v komunikaci. Chlapec umí zřetelně pozdravit, poděkovat, užívat slovo „prosím“. Toto vše adekvátně k sociální situaci. Jeho slovní zásoba se zvětšila na několik desítek slov. Většinou slov dává správný význam. U chlapce zůstává „jeho řeč“, které nejde rozumět. Tvořit smysluplnou větu nedokáže, přestože se mu občas podaří správně spojit pár slov dávajících smysl. Je schopen u „svých“ vět střídat různé melodie. Když něco chce, použije prosebný tón, když má radost jde to z melodie věty poznat. Schéma jeho typické věty vypadá takto: „Mana tada mana mana pata nana autem.“ V závěru věty je ona výpověď, kterou chce sdělit. Domníváme se, že je to tím, že lidé používají pro něj dlouhé věty, kterým nerozumí. On je napodobuje – řekne dlouhou větu, kde na závěr sdělí svůj požadavek. Vlastně jeho styl řeči je o tom, jestli něco chce nebo nechce. Až na výjimky nepoužívá slovesa. Pojmenovává pouze to, co zná, to co vidí. Za dva roky se naučil docela dobře reagovat na mnohé jednoduché instrukce. Téměř bezchybně reaguje na: „Nechod' tam, obuj si boty, obleč se, umyj si ruce, podej, stůj, lehni si, sedni si, přines mi... a jiné.“ Zajímavé je, že u žen

vychovatelek má podstatně větší tendence neposlechnout než u mužů. Dobrá komunikace je i prostřednictvím obrázků popř. piktogramů. Už zdaleka tak neporušuje hranice vymezených prostorů, které má k určitým činnostem. Má místo na hraní, místo na odpočinek, na práci, na oblékání apod. Dlouhou dobu místa vymezená místa naprosto ignoroval.

V oblasti **hrubé motoriky** je na tom podobně s výjimkou toho, že se naučil jezdit na kole bez balančních koleček a vyleze po žebříku. Lze tedy hovořit o zlepšené koordinaci pohybu a dobré schopnosti udržet rovnováhu.

V **jemné motorice** došlo ke změně laterality. Mnohem více využívá pravou ruku. Dříve užíval obě. Je schopen lepit menší tvary, válet a koulet plastelínu, skládat jednoduchou mozaiku, navlékat korále na šňůru. Jeho oblíbenou činností je šroubování matic na šroub.

Jediný pokrok v **grafomotorice** je, že dokáže nakreslit kruh podle vzoru. Spontánní kresba je stále na úrovni čmáranice.

V oblasti **kognice** k sobě správně přiřazuje obrázky, které k sobě patří, přiřazuje barvy, orientuje se v čase podle režimu dne, dotýká se pojmenovaných částí těla.

Přestože k určitým posunům došlo, zůstává otázkou do jaké míry je náprava takto extrémně zanedbaného a rozumově postiženého dítěte možná. Jisté je, že přemístěním chlapce do DD se udělal dobrý tah, protože je na mnohem lepší úrovni v mnoha oblastech. Můžeme spekulovat o tom, zdali by ještě žil ne následkem přímého zavinění matky, ale nedostatečného dozoru a následného smrtelného úrazu.

Na počátku života chlapce v DD bylo předpokladatelné, že dítě je poškozeno přístupem svých rodičů. Jak jeho stav napravit mimo péči v dětském domově nebo v pěstounské rodině? S tím souvisí i myšlenka Tammie Ronenové (2000, s. 149) „*Jaký je nejlepší terapeutický přístup*

u tohoto konkrétního dítěte, ve světle jeho vývojových potřeb, jeho aktuálního problému a podmínek, v nichž žije? Různé děti v různém věku a z různých společenských prostředí potřebují různé typy terapeutické intervence.“

2.3.3. Analýza případu – shrnutí chlapcova vývojového období

Na začátku případu jsme stáli před otázkou, do jaké míry se bude dát napravit to, co u chlapce zanedbali jeho rodiče. Po půlroce v dětském domově udělal chlapec v oblastech komunikace, hry, hygienických návyků a chování při jídle značné pokroky. Bylo tedy potvrzeno, že jeho stav způsobilo zanedbávání.

Tato práce postihuje jedno z vývojových období – **období předškolní**. Zde by bylo dobré porovnat chlapcovy schopnosti a dovednosti s normami popsány ve vývojové psychologii. Jako model si vezměme například popis vývojových období podle Langmeiera a Krejčířové (2006):

Z teoretického modelu víme, že čtyřleté dítě velmi dobře běhá, skáče, umí seběhnout ze schodů, vyleze do výšky po žebříku. Přesně tohle náš chlapec už zvládal při příchodu do dětského domova. Chlapcova **hrubá motorika** byla tedy v normě.

Ve čtyřech letech se dítě obvykle umí umýt, pod dohledem se umí koupat, obuje si boty, přičemž si pokouší zavazovat tkaničky, samo se svléká a obléká. V **sebeobsluze** byl chlapec schopen po půlroce se samostatně obout (bez zavázání tkaniček), po roce a půl přestal zaměňovat levou a pravou botu. Po půlroce si též umí umýt ruce. V té době jsme ho museli na mytí upozorňovat, po roce si myl ruce po použití toalety automaticky. Ani po dvou letech pobytu v DD se neuměl sám obléknout a svlékal se pouze s dopomocí.

Rozumové chápání světa se mimo jiné u předškolních dětí odráží také v **kresbě**. Zpočátku kreslil chlapec čáry tak, jak mu to

zrovna vyšlo. Nebylo výjimkou, že přetáhl papír. Tvary neuměl, „čmáral“ za použití ruky od loktu dolů. Každá kresba mu trvala asi 10 vteřin. Po 4 měsících začal kreslit tvary – uzavřený kruh, klubíčka. Ani po dvou letech nebyl schopen namalovat „hlavonožce“. V porovnání se zdravě se vyvíjejícími dětmi byl na tom chlapec o poznání hůře. Dle teorie ovládne dítě ve třech letech kresbu křížku, v pátém roce čtverec a v šestém roce trojúhelník. Ve čtyřech letech obvykle dítě kreslí lidskou postavu jako „hlavonožce“.

Hra předškolního dítěte už není podle teoretického modelu jen omezena na cvičení funkcí vlastního těla a prozkoumávání vlastností předmětů, je spíše zaměřena na vytváření něčeho nového. U našeho chlapce byla hra zpočátku jen o házení předmětů volně kolem sebe nebo hra s pravidly – házení balonu na koš. Dalo by se tedy říci, že šlo o hry na procvičování funkcí svého těla, což spadá pod předešlé vývojové období. Po několika týdnech ho zaujaly jednoduché konstrukční hry, u kterých však vydržel pouze chvíli. Konstrukční hry jsou typické pro předškolní období. O funkčních, realistických, úkolových či iluzivních hrách nelze tedy hovořit. Až po několika měsících začal skládat jednoduchá puzzle či kostky. Nejoblíbenější herní činností však zůstalo házení na koš.

Čtvrtý rok života s sebou nese také postup ze symbolického (předpojmového) **myšlení** na myšlení názorové (intuitivní). Dítě uvažuje v pojmech vznikajících na základě podobností. Náš hoch si především všiml věcí, které mu byly k užitku. Pokud něco uviděl a chtěl to, tak si to vzal. Nerozlišoval mezi jeden, někteří a všichni. Jeho myšlení za celé období zůstalo na úrovni symbolické. S tím souvisela i jeho **řeč a komunikace s okolím**. Když se naučil pár slov, používal je jen, když mu o něco šlo, když něco chtěl (jít ven, měl hlad, žízeň, chtěl balon, sladkost). Později jednoslovně komentoval některé své činnosti („papu, hačí“). Asi po půl roce oslovoval děti ve své skupině jejich jmény.

Zhruba po roce se v jeho řeči objevovala slova jako „děkuji“, když něco dostal, „dobrý den“, když vcházel do místnosti. Komunikace s druhými byla z jeho strany založena na jednom slově. Od okolních lidí nejlépe fungovala krátká sdělení – „Umyj si ruce, přines boty“ apod. Po dvou letech velké části slov, které znal, přiřazoval správný význam. Přestože v této oblasti dosáhl největších pokroků, ve srovnání s normou byl v řeči velmi opožděn. Věty dvouletých dětí jsou většinou tříslovné, věty předškolních dětí jsou již značně složitější. Dle vývojového modelu čtyřleté děti jsou schopny používat jak souvětí souřadné, tak i podřadné.

V oblasti **socializace** jde v období od 4 do 6 let především o osvojování sociálních kontrol a sociálních rolí. V předešlém období šlo mimo jiné o prapočátek záměrného sebeovládání. Náš chlapec si během celého předškolního období sebeovládáním nelámal hlavu. Přestože byl mnohokrát sankcionován za své nepatřičné chování, jeho způsoby chování se příliš nezměnily. Když něco chtěl, tak si to vzal. Nebylo pro něj důležité, že mu to nepatří. Takhle daleko jeho myšlení nezasahovalo. Před kýmkoli i v 6 letech byl schopen masturbovat. Jednoduše řečeno co chtěl, to dělal do té doby, než mu v tom bylo zabráněno či pohroženo sankcí. Vysvětlování nepomáhalo, protože až do takové míry druhému nerozuměl.

Co stojí v pozadí chlapcova postižení? Krejčířová (2006) uvádí, že rizikové jsou velmi mladé matky, což je i náš případ. Chlapec se narodil šestnáctileté dívce. Její nezralost mohla vést k neuvědomění si zodpovědnosti, což by mohlo vysvětlovat fakt, že matka nenavštěvovala s dítětem jeho lékaře. Na druhé straně zde máme dítě s nižší adaptabilitou. Snížená adaptabilita je rovněž rizikovým faktorem, tentokrát však ze strany dítěte.

Když se zaměříme na potřeby dítěte, musíme konstatovat, že potřeby našeho chlapce byly v mnohých aspektech nenaplňovány.

Dunovský (1989) hovoří o **dostatečné a kvalitní výživě**. Náš chlapec při příchodu do DD neuměl kousat – pouze polykal a hltal. Je tedy vysoce pravděpodobné, že byl krmen pouze kašovitou resp. tekutou stravou. Po několika dnech se totiž při podávání tuhé stravy kousat bez problému naučil. Dunovský dále hovoří o důležitosti uspokojování **hygienických potřeb**. Vzpomeňme na to, že chlapec nebyl zvyklý na užívání toalety, na to, že se vyprazdňoval kdekoliv a kdykoliv.

Nejvíce postižená byla oblast **dostatečné stimulace**. Chlapec se pravděpodobně až v dětském domově setkal s některými běžnými věcmi poprvé. S uspokojováním potřeb dítěte souvisí i potřeba jistoty a bezpečí. Aby si dítě mohlo vytvářet zdravé vztahy s druhými osobami, mělo by mít kvalitní vztah se svoji matkou. O matčině vztahu k chlapci hovoří skutečnost, že chlapce naposledy viděla 5 měsíců od doby, kdy byl přemístěn do dětského domova. Setkání bylo pouze účelové, poněvadž nebylo ještě soudem rozhodnuto o vině rodičů z hlediska zanedbání jejich dítěte.

Když se zamyslíme nad důsledky psychické deprivace našeho chlapce, zjistíme, že se velmi dobře shodují s vymezením důsledků podle Vágnerové (2002). Chlapcův vývoj byl narušen v řeči a komunikaci, v rozumových schopnostech, v citovém prožívání a v socializaci.

Přechod do dětského domova na jednu stranu chlapci velmi prospěl (jeho vývoj rapidně akceleroval), na druhou stranu však není pro chlapce tím nejlepším. Dle vlastních zkušeností jsme přesvědčeni, že mnohem lépe by se chlapci dařilo v **pěstounské rodině**, kde se u něj nebudou střídát vychovatelé či osobní asistenti. V pěstounské rodině by chlapec měl své stálé místo a byla by zajištěna jeho stabilní výchova. Bohužel chlapcův zdravotní stav je pro potencionální pěstouny zatím nepřekonatelnou překážkou.

3. Diskuze

Než se dostaneme k důležitým otázkám, řekněme si stručně něco o způsobech získávání informací do této práce:

3.1. Používané metody zkoumání

Hlavními metodami zkoumání byla analýza dokumentů – z lékařské dokumentace, soudně-znaleckého posudku, ze soudního spisu, dokumenty z pedagogicko-psychologické poradny. V přímé práci s chlapcem byla hlavní metodou pozorování. Přímá účast při různých událostech a postupných krocích chlapcova vývoje, pomáhala dobarvit celkový dojem z jeho vývoje.

3.2. Chyby a nepřesnosti

Je nutno říci, že jako pozorovatel jsem byl limitován ve své objektivitě, protože mám k chlapci jistý vztah. Moje přítomnost chlapce ovlivňovala přinejmenším tím, že jsem nebyl úplně cizí. Má role totiž byla a je především v tom, že jsem jeho „strejda“. Aby bylo rozuměno – vedle výchovného působení, jak se co dělá či nedělá, jsme si spolu hráli, házeli na koš, kopali do míče, chodili na procházky, na nákupy, koupali se v bazénu a dělali mnoho dalších aktivit. Pozorování bylo tedy ovlivněné jiným vztahem, než má obvykle výzkumník a objekt výzkumu.

Nyní se dostáváme k otázkám, které byly v práci nastíněny dříve:

Proč se ne zcela daří chlapcova výchova? Chlapec byl silně postižen dlouhodobým zanedbáváním svých rodičů (především matky). Byl zanedbáván nedostatkem podnětů důležitých pro jeho rozvoj. Jeho zanedbanost v senzitivních obdobích raného věku v kombinaci se zdravotními komplikacemi v prvním roce jeho života je pravděpodobně

důvodem komplexních problémů s jeho výchovou. Dalšími faktory, které hovoří proti, jsou různé vedlejší vlivy, nazývané jako:

3.3. Úskalí výchovy

Jedno z hlavních úskalí ve výchově byla skutečnost, že chlapce vychovávalo více lidí. Důsledek byl takový, že přestože jsme měli jasné společné cíle, každý chlapce vychovával trošku jinak. Měl sice 2 kmenové vychovatelky, leč do doby než bylo vyřízeno vše potřebné k získání osobních asistentek, jsme se u něj střídali všichni. O stabilitě výchovného působení tedy nemůžeme mluvit, což je jeden z důvodů, proč by pěstounská péče byla pro chlapce vhodnější. Ústavní péče mu nemůže nabídnout tolik, co život v milující rodině. Přestože vychovatelky, které se o něj starají, jsou velmi schopné, vztah mezi chlapcem a jimi je vztah profesionální, nikoliv mateřský. Vazby k chlapci mají tudíž odlišné kvality, než by tomu bylo v rodině. Nelze po vychovatelkách chtít, aby se plně soustředily pouze na jedno dítě, zatímco na rodinné skupině jich je dalších sedm. A nesmíme zapomenout na to, že vychovatelky mají své vlastní rodiny, z čehož vyplývá, že tolik důležitý vztah mezi dítětem a osobou, která ho vychovává, má odlišných kvalit – k ideálu vzdálených.

I přes snahu o sjednocení výchovných postupů byly patrné rozdíly. Některé vychovatelky byly příliš benevolentní a leccos chlapci tolerovaly. Např. při snaze o učení jíst lžící, ho některé nechávaly do jídla sahat a jíst rukama. Jindy se přešlo čištění zubů, což vedlo k tomu, že v dalších dnech si chlapec nechtěl nechat čistit zuby, protože jednou nemusel. Nebo pravidlo – než se vytáhne nová hračka, ta předchozí se musí uklidit, nebylo vždy dodržováno. Některé vychovatelky měly tendence za chlapce hračky uklízet. Tolik důležitá stabilita a pevná pravidla, o která se chlapec může opřít, neboť mu dávají jistotu, byla v důsledku nejednotných postupů u chlapce narušena.

Dalším úskalím v naší praxi je samotné nastavení výchovy dětí v dětském domově. Život v DD není jako v rodině, přestože již bylo uděláno mnoho kroků, aby se dětský domov rodině přiblížil. Když si vzpomeneme na funkce rodiny z teoretické části práce, musíme si uvědomit, že domov není schopen zabezpečit ani ty 4 základní. Hovořím o emocionální funkci, která není naplňována. Členové rodinné skupiny spolu s vychovateli totiž sdílí emoce jen do jisté míry. Nemůžeme čekat, že by tomu bylo jinak. Vždyť vychovatelé jsou zaměstnanci a děti mají své rodiče. Funkce ekonomická je zase plněna scestně až bizarně. Děti se ve většině případů nemusí o nic zasloužit, dostávají vše automaticky a na cestách k zisku zřídka participují.

A co bude dále? Zatím nevíme. Můžeme se podívat na uvedené kazuistiky a náš případ porovnat s nimi. Bude chlapcův vývoj podobný jako u dvojčat popsaných Koluchovou? Nebo bychom případ připodobnili spíše k vývoji dvou ze tří sourozenců z Mělnicka? Zatím to vypadá, že největší podobnost je s případem chlapce, který byl i ve starším věku více problémový, než je obvyklé u většiny jeho vrstevníků. I v dnešní době má totiž náš chlapec tendence masturbovat kdekoliv a kdykoliv stejně jako v době příchodu do DD. Chybí mu autoregulace chování spojená s omezenou schopností odkládat své potřeby.

Chlapec nejspíše setrvá v dětském domově, protože ani rodiče ani pěstouni o něj nejeví zájem. Postupem času, se pravděpodobnost jeho umístění do pěstounské rodiny bude ještě snižovat, protože většina pěstounů chce menší dítě.

3.4. Pěstouni

Asi není sporu o tom, že kvalitní pěstouni by chlapce mohli vést mnohem lépe, než to lze v dětském domově. Proběhly dva pokusy o umístění chlapce do pěstounské rodiny, však oba ztroskotaly při prvním

kontaktu. Přestože je chlapec vizuálně velmi hezký, jeho projev potencionální pěstouny odradil. Ostatní ho odmítli, jakmile získali základní informace o jeho zdravotním stavu. Chlapcova diagnóza je pravděpodobně vystrašila. Můžeme spekulovat, proč ho zatím nikdo nechce. Vysvětlení může tkvět v tom, že chlapec je natolik náročný, že péče o něj zaplní veškerý čas jedné pečující osoby. Ani na chvíli se nemůže nechat o samotě, což ztěžuje i vykonávání domácích prací. Variantou by mohla být rodina se staršími dětmi, které by matce – pěstounce pomáhaly. To však nemění nic na tom, že by rodina neprocházela těžkými zkouškami. A proč procházet těžkými zkouškami a riskovat, když je možná jednodušší cesta – přijmout zdravé dítě?

3.5. Sporná diagnóza

Zajímavou skutečností je mírná nejistota, co vlastně chlapci je. Jak bylo uvedeno, různí odborníci mají na chlapcův stav různé názory. Shrňme si fakta: Chlapec byl svými rodiči velmi silně zanedbán – volně se pohyboval v přírodě, žil ve stanu, rodiče s ním zřídka chodili na pravidelné lékařské kontroly. Prošel si v prvním roce života akutní atakou poruchy vědomí (následkem hypotonického kómatu), která pravděpodobně poškodila jeho mozek. Chlapec má epilepsii – mívá záchvaty několikrát za týden, těžké záchvaty se ztrátou vědomí tak 1-2x do měsíce. Soudní znalec jasně uvádí, že chlapec netrpí vážnou duševní poruchou ve smyslu psychózy či pervazivní vývojové poruchy.

Vše nasvědčuje tomu, že jeho stav způsobilo extrémní zanedbání dítěte ze strany rodičů v kombinaci s jeho mentálním postižením. V neprospěch pervazivních vývojových poruch hovoří také skutečnost, že se zajímá o funkčnost věcí, na změnu prostředí nereaguje nijak negativně, vyhledává druhé lidi, chce se s nimi občas mazlit. Je možné, že oficiální diagnóza pervazivních poruch daná

psychiatrem je jakousi účelovou, a jak se zdá, pro chlapce velmi prospěšnou volbou (programové učení, příspěvek na péči apod.)

3.6. Doporučení pro budoucí praxi

Již uvedeným hlavním cílem práce je vytvořit jakési svědectví, demonstrovat ojedinělý případ extrémního zanedbávání dítěte, a upozornit na problémy, které s sebou nese jeho náprava. Jde o postup, jakým způsobem řešit vzniknuvší závažnou situaci, na kterou, dle našeho názoru, není společnost zcela připravena.

Prvním krokem v podobných případech je co nejrychleji odebrat dítě z původního závadového prostředí a přivést ho do prostředí bezpečného a podnětného. Vhodnými postupy, které dítěti jednoznačně prospějí, jsou jednotné vedení, důslednost při výchově, kvalitní spolupráce se zdravotními i ostatními školními institucemi. Příchodem do DD se chlapcův život vydal úplně jiným směrem. Režim a později práce podle TEACCH programu se velmi osvědčila. Pravidelnost v činnostech, vymezování hranic a citlivý přístup napomáhal chlapci ve zpočátku rychlém vývoji a dohánění různých ještě neosvojených dovedností. Důležitá byla spolupráce s pracovníci autistické třídy mateřské školy, od kterých jsme se učili různým metodám, jak s chlapcem pracovat. Součástí původního plánu byla také spolupráce s jeho původní rodinou s pomocí pracovnice OSPOD. Matka však o chlapcejevila zájem jen do doby, než proběhl soud o případném týrání.

V popsaném případě bylo uvedeno několik zajímavostí. Poslední, kterou si dovolím uvést, je pohled ze strany práva. Ačkoli jde o jednoznačné zanedbání dítěte, soudce mající tento případ na starosti rozhodl jinak – oba rodiče zprostil viny. Zde se vracíme k tomu, zdali je naše společnost na takové případy připravená.

4. Závěrečné hodnocení případu

Důsledky extrémního zanedbávání dítěte v raném věku jsou vlivem neuspokojování jeho potřeb v nedostatečných předpokladech dítěte se přirozeně vyvíjet. V našem případě se tyto důsledky projevily v rozumových schopnostech, v řeči a komunikaci, v citovém prožívání a v socializaci. Vzpomeňme si na jeho slovní zásobu na počátku pobytu v DD, na jeho projevy emocí, na jeho výbavu v rámci sebeobsluhy. Velmi důležitým obdobím pro nápravu jsou první měsíce. Chlapcovy schopnosti a dovednosti nejvíce akcelerovaly během prvního půlroku. Kdyby byl chlapcův vývoj v DD znázorněn graficky, graf by se podobal průběhu logaritmické funkce. Samozřejmě. Po příchodu do DD se dostal do odlišného prostředí, kde se učil novým věcem. Vychovateli mu bylo předáváno, jak se co dělá, jak se co používá, co není vhodné a co naopak žádoucí. Naději takovému dítěti dává jen změna nepodnětného prostředí v podnětné a systematické práce zkušených vychovatelů (pěstounů). Existuje šance, že při pokračujícím vhodném vedení bude schopen samostatně žít pod dohledem. Ve své praxi jsem se setkal s dětmi, které byly při příchodu do DD na tom velmi špatně. Tehdy by nikdo neřekl, že se budou schopny o sebe v budoucnu postarat. Vhodným působením se naučily nejen dovednostem v oblasti sebeobsluhy, ale také dovednostem sociálním. A přestože šlo o děti zanedbané a jejich mentální úroveň je v pásmu lehké mentální retardace, dnes žijí samostatně.

Přestože tyto řádky jsou součástí závěru celé práce, objevuje se řada otázek, na které zatím nejsme schopni odpovědět. Avšak i tak už leccos víme a naše zkušenosti můžeme předávat ostatním. Jak bylo naznačeno v úvodu – práce je prezentací sloužící k inspiraci, snahou o jakési ponaučení, co dělat v obdobných případech, kdy je dítě rozsáhle poškozováno nezájmem svých nejbližších. Cesta je snad dostatečně nastíněna. Dítě, které bylo v raném dětství extrémně zanedbávané, je

sice značně poškozené, ale to neznamená, že se jeho handicap nedá alespoň částečně napravit. Vhodným vedením se dítě naučí mnohým věcem, jeho život se stane z našeho pohledu kvalitnějším. Naše i jiné zde uvedené studie to potvrzují.

SOUHRN

Rodina jako místo a nejbližší prostředí, do kterého se narodíme, má své funkce. Pokud tyto funkce jsou v dostatečné míře plněny, je vyšší pravděpodobnost, že se budeme zdravě vyvíjet. V opačném případě může být náš vývoj ohrožen. Svou roli hraje i to, jestli je rodina úplná či neúplná.

Když hovoříme o funkčnosti rodiny, máme na mysli vztahy a procesy, které v rodině probíhají. Existuje několik faktorů, které právě toto fungování rodiny ovlivňují. Za základní je považována spokojenost, protože úzce souvisí s ostatními a zároveň je zastřešuje. K pochopení rodinných svazků nám napomáhají rodinné modely. Některé rodinné systémy jsou rizikové. V těchto rodinách není o dítě dobře postaráno. Příčiny této skutečnosti mohou být nezávislé na vůli rodičů, nebo naopak přímo na rodičích závislé. Nedostatek kompetence nebo motivace se starat o dítě, vedou k jeho poškozování.

Zde se dostáváme k syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, známého pod zkratkou CAN (z anglického Child Abuse and Neglect). Dítě má řadu svých potřeb. Neuspokojováním těchto potřeb v určité míře je narušen vývoj dítěte a jeho stav. Biologické potřeby a potřeba jistoty a bezpečí jsou těmi základními. Zpravidla jsou uspokojovány ústřední postavou – matkou.

Přístup matky nebo pečující osoby k dítěti může být různý. Milující, výchovný nebo hyperprotektivní, lhostejný, týrající, zanedbávající. Deprivované dítě ohrožené nedostatkem podnětů je pak výsledkem nevhodného působení rodičů, kteří se nedostatečně o dítě starají. Důsledky zanedbávání dítěte postihují jeho komunikaci, rozumové schopnosti, citové prožívání, socializaci včetně hodnotové hierarchie a schopnosti navazovat vztahy s druhými a vlastní sebepojetí dítěte. Některé z těchto důsledků provázejí dítě až do dospělosti.

Dospělý má poté problémy se sociální adaptací, s navazováním vztahů, s přijímáním odpovědnosti, partnerské nebo rodičovské role.

Jak nám však ukazují vybrané kazuistiky našich předních psychologů, existuje šance poškozenou mysl a důvěru v lidi při dobré konstelaci osobnostních vlastností dítěte spojené s kvalitním působením náhradních rodičů (vychovatelů) do značné míry napravit. Příkladem může být případ dvojčat popsany Koluchovou či částečně případy popsané Matějčkem.

V návaznosti na tyto publikované případy se dostáváme k tomu našemu – k chlapci z nepodnětného, závadového prostředí. K jeho zanedbanosti můžeme přiřadit přívlastek extrémní. Ve svých 4 letech žil s matkou ve stanu mezi bezdomovci a volně se pohyboval v přírodě. Aby se zabránilo dalšímu poškozování, byl na základě předběžného opatření přemístěn do dětského domova. Chlapec ve svém prvním roce života prožil ataku spojenou s křečemi a ztrátou vědomí, hypoglykemické kóma a hypernatremickou dehydrataci. Během prvního roku byl opakovaně hospitalizován pro epileptické záchvaty.

V prvních dnech v dětském domově bylo zjištěno, že chlapec nemluví (místo řeči se projevuje neartikulovanými zvuky), nereaguje na zvukové podněty, má velmi špatné spaní, neumí pokousat stravu, pije jakoukoli vodu (kaluž, odhozená pet-láhev apod.), nemá osvojeny žádné hygienické návyky, ubližuje dětem i dospělým, ve volných chvílích neustále masturbuje. Zde začínají podrobné záznamy o chlapcových projevech.

Během chlapcova pobytu v DD se vedle výchovy soustředujeme na pozorování v oblasti hygienických návyků, sebeobsluhy a chování při jídle, usínání, hru, komunikaci, sociální vývoj a oblast jemné i hrubé motoriky. Během prvního půlroku dochází u chlapce k velkým posunům ve všech oblastech kromě hrubé motoriky (od počátku v DD byl na tom v této oblasti vzhledem ke svému věku velmi dobře). Na základě toho

pak bylo soudním znalcem v oboru psychologie prokázáno, že chlapcův stav je způsoben výchovným zanedbáním.

Abychom mohli s chlapcem kvalitně pracovat, potřebovali jsme dostatek informací o jeho zdravotním stavu resp. handicapech. Odborná vyšetření vyloučila vadu sluchu. Výsledek psychiatrického vyšetření s diagnózou pervazivní vývojové poruchy však bylo v přímém rozporu s výsledky vyšetření soudního znalce. Velmi zanedbané děti se mohou projevovat jako mentálně retardované či postižené infantilním autismem. Chlapcovy projevy v prostředí dětského domova však diagnózu dětského autismu zpochybňovaly. Přesto jeho zařazení do mateřské školy mezi autistické děti mu velmi prospělo. Psychiatrem doporučený TEACCH program se osvědčil. Dobrá spolupráce s mateřskou školou pomáhala chlapci v mnoha směrech.

Po dvou letech v dětském domově byl na tom chlapec o poznání lépe. S dětmi v jeho věku se zatím nemohl srovnávat, leč jeho posun od doby, kdy přišel do DD, byl ohromný: Komunikace byla mnohem lepší, chlapec reagoval na verbální pokyny, a přestože měl slabou slovní zásobu a nebyl schopen poskládat slova do vět, dokázal se se svými vychovateli i dětmi domluvit. Většinu používaných slov (několik desítek) dával správný význam. Uměl si umýt ruce, vysmrkat se a po toaletě se i utřít. Hrál si samostatně, po hře si uklidil hračky. Dobře spal a jedl příborem.

Značně zanedbané dítě, kterým chlapec beze sporu byl, může být v důsledku kvalitního působení posunuto dobrým směrem a jeho stav je pokud ne úplně tak alespoň částečně reparabilní. Tato studie je jednou z těch, které to potvrzují.

LITERATURA

- Baštecká, B., Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
- Čírtková, L.(2004). *Forenzní psychologie*. Plzeň: Aleš Čeněk.
- Dunovský, J., Eggers, H. a kol. (1989). *Sociální pediatrie*. Praha: Avicenum.
- Dunovský, J., Dytrych Z., Matějček Z. (1995). *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada.
- Hartl, P., Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Portál: Praha.
- Havránek, B. a kol. (1989). *Slovník spisovného jazyka českého*. Praha: Academia.
- Jandourek, J. (2003). *Úvod do sociologie*. Praha: Portál.
- Klenerová, V., Hynie, S. (2008). *Neurobiologie autismu*. Psychiatrie, 12(2), 11-16.
- Koluchová, J. (1987). *Diagnostika a reparaibilita psychické deprivace*. Praha: SPN.
- Kotásková, J. (1987). *Socializace a morální vývoj dítěte*. Praha: Academia.
- Koukolík, F., Drtilová, J. (2006). *Vzpouza deprivantů*. Praha: Galén
- Langmeier, J., Matějček, Z. (1974). *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Avicenum
- Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J. (2000). *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál.
- Langmeier, J., Kňourková, M. (1984). *Psychologie. Část 1, Úvod do obecné a sociální psychologie*. Praha: SPN.
- Langmeier, J., Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Matějček, Z., Langmeier, J. (1986). *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama
- Plhánková, A. (2004). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Radvanová, S., Koluchová, J., Dunovský, J. (1980). *Výchova dětí v náhradní rodinné péči*. Praha: SPN
- Ronenová T. (2000). *Psychologická pomoc dětem v nesnázích*. Praha: Portál.
- Říčan, P. (2006). *Cesta životem*. Praha: Portál.

- Říčan, P., Krejčířová, D. a kol. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada
- Sobotková, I. (2007). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
- ČSÚ
- Šulová, L. (1998). Člověk v rodině in Výrost, Slaměník, eds. *Aplikovaná sociální psychologie I*, Praha: Portál
- Vágnerová, M. (2002). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál
- Vágnerová, M. (2008). *Vývojová psychologie II – dospělost a stáří*. Praha: Karolinum
- Vester, F. (1997). *Myslet, učit se... a zapomínat?* Plzeň: Fraus
- Výrost, J., Slaměník, I. (1998). *Aplikovaná sociální psychologie I*. Praha: Portál
- Výrost, J., Slaměník, I. (2001). *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. necentrální revize – Instrukční příručka*. (2009). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
- Biskup, P. a kol. (2008). *Postup lékařů primární péče při podezření na syndrom CAN*. Zdravotnické noviny 26/2008 Zdroj: <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=366212> (26.8.2009, 22:25)
- Český statistický úřad (2007). *Rozvodovost*. Zdroj: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/rozvodovost> (1.9.2009, 23:24)

Přílohy

Příloha č. 1: Abstrakt v českém jazyce

Příloha č. 2: Abstrakt v anglickém jazyce

Příloha č. 3: Zadání bakalářské diplomové práce

Příloha č. 1: Abstrakt v českém jazyce

Vysoká škola: Univerzita Palackého v Olomouci
Katedra: psychologie

Fakulta: filozofická
Akad. rok: 2009/2010

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno: Mgr. Břetislav Váca

Obor: Psychologie
Vedoucí práce: PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.
Počet stran: 87

Rok imatrikulace: 2007
Oponent:

Název bakalářské diplomové práce:

Důsledky extrémního zanedbávání dítěte v raném věku

Abstrakt bakalářské diplomové práce:

V teoretické části je popsána rodina a její funkce, různá pojetí funkčnosti rodiny směřující k rizikovým typům rodin. Následuje pohled na syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte zaměřený především na důsledky zanedbávání. Poté jsou prezentovány tři případové studie zanedbávání dětí v našich zemích. Praktická část se zabývá příběhem malého, velmi zanedbaného chlapce, žijícího se svou matkou ve volné přírodě. Po odebrání dítěte z rodiny byl přemístěn do dětského domova a v něm vychováván. Jeho extrémní zanedbanost byla taková, že se musel učit základním dovednostem, které obvykle zvládají děti už v batolecím věku. Studie chlapce byla prováděna několik let. Byl kladen důraz na chlapcovu komunikaci, sebeobsluhu, motoriku a hru. Analýza jeho případu potvrzuje, jak může zanedbávání dítěte poškozovat jeho vývoj, a jakým způsobem lze s takovým dítětem pracovat.

Klíčová slova:

CAN
případová studie

ústavní výchova
rodina

důsledky zanedbávání
dětský domov

Příloha č. 1: Abstrakt v anglickém jazyce

University: Palacký University in Olomouc
Department: Psychology

Faculty: Philosophical
Acad. year: 2009/2010

**ABSTRACT
OF BACHELOR'S THESIS**

Name: Mgr. Břetislav Váca

Field of study: Psychology

Year of Matriculation: 2007

Supervisor: PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Oponent:

Number of pages: 87

Title of Bachelor's Thesis:

Implications of extreme neglect of child in early age

Abstract of Bachelor's Thesis:

The theoretical part of the work deals with the role of family, its main functions and various concepts of family risk factors. The next part is focused on results of neglecting and general characteristics of child abuse and neglect syndrome. Three case studies will be presented to illustrate the neglect of children in our country. In the practical part of the work we will present a true story of a small neglected boy, living in the wild with his mother. After being removed from the family he was brought up in children's home. He was so neglected by the family that he had to learn the basic skills, which are already mastered by toddlers. The study was carried out for several years. Main emphasis laid on communication skills, self-reliance, motor skills and game. The analysis shows the devastating effects on the intellectual, physical, social, and psychological development of child and also techniques to handle such problem.

Key words:

CAN
case study

institutional education
family

implication of neglect
children's house

Vysoká škola: **Palackého univerzita Olomouc**
Katedra: **Psychologie**

Fakulta: **Filozofická**
Akademický rok: **2007/2008**

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno: **Mgr. Břetislav Váca**

Osobní číslo studenta: **I07411**

Obor: **Psychologie, bc. kombinované studium**

Zadané téma: **Důsledky extrémního zanedbávání dítěte v raném věku**

Název práce v angličtině: **Implications of extreme neglect of child in early age**

Zásady pro vypracování:

- 1) Seznámení se s normami diplomových prací v oboru psychologie a dodržování hlavních zásad v nich uvedených.
- 2) Hledání relevantních zdrojů – monografií, článků, výzkumných prací, teoretických studií – domácích i zahraničních. Využití databází zahraničních článků na internetu, které jsou volně přístupné z univerzitní sítě (EBSCO).
- 3) Studium relevantní literatury z oblasti klinické psychologie, vývojové psychologie, problematiky CAN sy.
- 4) Zpracování osnovy bakalářské práce, formulace cíle praktické části práce – předpokladem je prezentace kasuistiky z vlastní praxe.
- 5) Zpracování základní kostry teoretické části práce a její konzultace s vedoucím bakalářské práce.
- 6) Zpracování praktické části práce a její konzultace s vedoucím diplomové práce – předpokladem je zpracování kasuistické studie, která bude ilustrovat problematiku zanedbávání dítěte raného věku.

- 7) Dokončení bakalářské práce – integrace jednotlivých částí a kapitol do srozumitelného a logicky navazujícího celku s ohledem na požadované formální náležitosti.

Rozsah grafických prací: **Dle potřeby.**

Rozsah původní zprávy: **Dle potřeby, minimální rozsah BP 40 normostran.**

Seznam odborné literatury:

Baštecká, B., Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.

Baštecká, B. a kol. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.

Langmeier, J., Krejčířová, D. (1998). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada publishing.

Říčan, P., Krejčířová, D. a kol. (1997). *Dětská klinická psychologie* (3. vydání). Praha: Grada.

Dále řada publikací autorů: Matějček, Langmeier, Dunovský, Prokopec, Kapalín, Kolučová

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.**

Datum zadání bakalářské práce: 5. 12. 2008

Termín odevzdání bakalářské práce: březen 2010

.....
Vedoucí práce

.....
Vedoucí katedry

.....
Děkan

V Olomouci dne: 5.12. 2008