

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Barbora Toušová

Syndrom CAN v České republice
Bakalářská práce

vedoucí práce: PhDr. Mgr. Ivana Olecká, Ph.D.

2021/2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně na základě použitých pramenů a literatury uvedených v bibliografickém seznamu.

V Olomouci 19. 3. 2022

Barbora Toušová

Poděkování

Tímto způsobem bych chtěla poděkovat své vedoucí bakalářské práce PhDr. Mgr. Ivaně Olecké, Ph.D. za její cenné rady, připomínky a odbornou pomoc. Poděkování též patří mé rodině a nejbližším za jejich pochopení a podporu, kterou mi dávali během celého studia.

Obsah

Úvod

1	Syndrom CAN	10
1.1	Definice	10
1.2	Formy syndromu CAN	11
1.2.1	Tělesné týrání	11
1.2.2	Psychické týrání	12
1.2.3	Sexuální zneužívání.....	13
1.2.4	Zanedbávání	14
1.2.5	Zvláštní formy syndromu CAN.....	16
1.2.5.1	Systemové týrání.....	16
1.2.5.2	Organizované zneužívání dětí.....	16
1.2.5.3	Rituální zneužívání	17
1.2.5.4	Sexuální turismus.....	17
1.2.5.5	Münchhausenův syndrom by proxy	17
1.3	Příznaky syndromu CAN.....	18
1.4	Příčiny syndromu CAN	19
1.4.1	Rizikovní dospělí.....	19
1.4.2	Rizikové děti	19
1.4.3	Rizikové situace	20
1.5	Následky	20
1.5.1	Posttraumatická stresová porucha	20
1.5.2	Psychická deprivace	21
1.5.3	Přebírání dospělé role.....	23
1.5.4	Transgenerační přenos násilí	23
1.5.5	Dopad na emocionální a morální vývoj dítěte	23
2	Statistické údaje syndromu CAN na území České republiky	25

3	Sociální práce s rodinou zasaženou syndromem CAN	27
3.1	OSPOD a jeho role	27
3.2	Sanace rodiny	29
3.3	Případová konference	30
3.4	Krizová intervence.....	31
3.5	Systémový přístup	32
3.6	Systemický přístup	33
4	Scoping review.....	36
5	Shrnutí.....	44
6	Závěr	46
	Bibliografie.....	48
7	Seznam tabulek a grafů	52

Úvod

Ve své práci se zabývám syndromem týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Ochrana těchto dětí se stále více stává věcí veřejnou a měli bychom se o tyto děti zajímat. Myslím si, že každé dítě má právo vyrůstat v milující rodině. Právě děti ohrožené syndromem CAN tuto rodičovskou lásku nedostávají, nebo dostávají ve velice nízké míře. Tyto děti poté přebírají chování svých rodičů a násilně či agresivně se chovají ke svým vrstevníkům. Také mohou být často uzavřené a vyhýbat se dětským kolektivům. Taková zkušenost a negativní zážitky ovlivňují nejen psychický vývoj dítěte, ale i budoucí vztahy. Proto je velice důležité odhalit týrání, zneužívání nebo zanedbávání co nejdříve a těmto dětem věnovat maximální péči ve všech oblastech jeho života.

Cílem práce je pomocí již provedených výzkumů zanalyzovat jaký vliv má syndrom CAN na dítě a jak je tato problematika v České republice řešená z pohledu sociální práce. Tuto problematiku řeší především orgány sociálně-právní ochrany dětí, také se těmto rodinám věnují sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi a jiné neziskové organizace, lékaři, pedagogové, psychologové a další instituce. Jejich úkolem je navázat spolupráci a vytvořit multidisciplinární tým, který ohroženému dítěti pomůže.

Ve své práci vycházím ze zákona o sociálně-právní ochraně dětí, z děl psychologů Zdeňka Matějčka a Josefa Langmeira a dětského lékaře Jiřího Dunovského. Také jsem využila již provedené výzkumy a statistické údaje z Ministerstva práce a sociálních věcí, které poskytují každoročně orgány sociálně právní ochrany dětí.

V první kapitole se věnuji nastínění historického vývoje péče o ohrožené děti od 2. poloviny 19. století, kdy byl na našem území přijat první právní předpis věnující se této oblasti. Dále definuji syndrom CAN, představuji jeho formy, kterými jsou tělesné týrání, psychické týrání, sexuální zneužívání, zanedbávání a zvláštní formy. Také v této kapitole věnuji pozornost příznakům, příčinám a následkům syndromu CAN.

V druhé kapitole se věnuji statistickým údajům syndromu CAN v České republice v letech 2010-2020. Tyto údaje jsou zaznamenány do tabulek a vycházejí z Výkazů o sociálně-právní ochrany dětí.

Ve třetí kapitole se zabývám sociální prací s rodinou ohroženou syndromem CAN. Řeším, jakou roli hraje v této situaci OSPOD. Dále se věnuji sanaci rodiny, kterou zabezpečují pracovníci SPOD, ale není nijak ukotvena v zákoně. Pozornost také věnuji případové

konferenci, která také patří do činností OSPOD a měla by být součástí sanace rodin. Následuje krizová intervence, jejíž úkolem je zmírnění intenzity a obnovení psychického stavu. Krizová intervence je rozdělena na telefonickou a ambulantní a pozornost jsem zaměřila i na krizová centra v ČR. V rámci této kapitoly jsou zmíněny dva přístupy pro práci s rodinou, kterými jsou systémový a systemický přístup.

A v poslední kapitole se věnuji rešerši již provedených výzkumů na území ČR. Bohužel je málo pozornosti zaměřeno na výzkumy ohledně dopadů syndromu CAN na děti. Dopady na děti řeší ve svých statistických údajích OSPOD, jehož statistiky jsou zahrnuty ve druhé kapitole.

1 Syndrom CAN

Prajková (2008) uvádí, že první předpis na našem území, který se věnoval péči o výživu, péči o zanedbávané děti a výchovu chudých dětí, byl přijat v roce 1863 a v roce 1868 na něj navázal zemský zákon chudinský (Pemová, 2016, s. 22). V Československu byla po roce 1945 péče o ohrožené děti společensko-politicky ovlivněna a byl preferován kolektivní přístup. Následně byl přijat zákon č. 69/1952 Sb., o sociálně-právní ochraně mládeže, jehož úkolem bylo zabezpečit výchovu dětí, aby se staly uvědomělými občany naší republiky a byli ochotni přispívat svou prací společnosti (Veselá a kol., 2003 cit. dle Pemové 2016, s. 22). Dalším významným mezníkem v péči o děti a jejich ochraně se stalo přijetí zákona o rodině č. 94/1963 Sb. (Novotná a Burdová, 2007 cit. dle Pemové, 2016, s. 22). Od roku 1990 se problematika syndromu CAN začíná v České republice odkrývat a stávat se záležitostí veřejného zájmu a diskusí odborníků, které daly podnět k utvoření významných děl, které se zabývají syndromem CAN (Bechyňová, 2007, úvod). Další významnou aktivitou, která se stala podnětem pro rozvoj boje proti neradostnému dětství, byla třetí Evropská konference pro prevenci syndromu CAN, která byla uspořádána v roce 1991 v Praze, na kterou následně navázalo založení prvního Dětského krizového centra (Dunovský, 1995, s. 11). Od roku 1993 je v České republice zajišťována ochrana dětí prostřednictvím zákona č. 359/1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí v aktuálním znění (Pemová, 2016, s. 22).

Špeciánová (2003) uvádí, že z různých ústavních i mezinárodních právních předpisů vyplývá pro ČR, že je stát povinný dbát na ochranu dětí před týráním, zneužíváním a zanedbáváním. Tyto legislativní normy zajišťují vynutitelnost v případech ohrožení dítěte (Špeciánová, 2003, cit. dle Bechyňové, 2020, s. 45). Jedná se o Listinu základních práv a svobod, Úmluvu o právech dítěte, Zákon o sociálně-právní ochraně dětí, Trestní a Občanský zákoník.

1.1 Definice

„Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syn CAN) představuje závažný multifaktoriální sociálně patologický jev, se kterým se setkáváme i v naší společnosti.“ (Bechyňová, 2007, úvod). Podle Krejčířové je syndrom CAN definován jako poškození fyzického, psychického nebo sociálního stavu a vývoje dítěte (Krejčířová, 2007, str. 9). Dunovský (1995) definuje syndrom CAN jako soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti, především v rodině (Dunovský 1995, s. 15). *„Jde o syndrom se značně různorodými jevy, jak co do příčin, mechanismů, tak co do charakteru, závažnosti i dopadu na život dítěte a jeho nejbližšího i vzdálenějšího prostředí. Současně však zdaleka nejde jenom o jednostranný akt ze strany jejich původce či pachatele*

(abusora), ale o zvláštní interakci všech zúčastněných osob, složek a podmínek, v nichž tento proces probíhá.“ (Dunkovský, 1995, s. 15). Dále Dunkovský (1995) uvádí, že jde o nenáhodný děj, který je v dané společnosti nepřijatelný, či odmítaný a lze mu předcházet. (Dunkovský, 1995, s. 23).

1.2 Formy syndromu CAN

„Neadekvátní péče o dítě má řadu forem, přechody mezi nimi jsou přitom plynulé a všechny uvedené typy špatného zacházení s dětmi se velmi často vyskytují současně. Rozlišovány jsou tři základní formy ohrožení dítěte:

- 1) *Týrání (tělesné i psychické),*
- 2) *Zneužívání (k uspokojení vlastních sexuálních, fyzických i psychických potřeb),*
- 3) *Zanedbávání (tělesné i emoční, tj. psychická deprivace)“* (Krejčířová, 2007, s. 10-11).

1.2.1 Tělesné týrání

„Oběti tělesného násilí se dítě stávalo od nepaměti“ (Pöthe, 1996, s. 27). Podle Dunovského (1995) je právě tělesné týrání v rámci syndromu CAN nejvíce prozkoumaná forma, kterou rozděluje na aktivní a pasivní povahu. Do aktivní povahy zařazuje všechny akty násilí na dítěti, zatímco pasivní povaha zahrnuje nedostatečné uspokojování tělesných potřeb. Jedná se o úmyslné i neúmyslné nepečování, nepochopení role rodičovství a také o opomenutí v péči o dítě (Dunovský, 1995, s. 41, 59).

„Tělesné týrání je podle zdravotní komise Rady Evropy definováno (1992) jako tělesné ublížení dítěti nebo vědomé odmítnutí zabránit takovému ublížení“ (Krejčířová, 2007, s. 11). Podle Krejčířové (2007) je mezi některými společenskými skupinami trest za špatné chování ve formě tělesného trestání brán jako norma a je mezi ním a týráním neurčitá hranice, která se dá snadno překročit. Jak Krejčířová dále uvádí, formy a následky mohou být velice rozdílné *„bití rukou, řemenem, holí, gumovou hadicí i železnými řetězy, které zanechává četné hematomy, tržné rány, fraktury kostí a jiná poranění, úmyslné popálení, kopání, třesení dítětem, případně bušení s ním o stěnu či o zem („shaken infant syndrome“), které může mít za následek různě dlouhé bezvědomí, popřípadě nitrolební krvácení až smrt, řidčeji úmyslné dušení, topení nebo otravy“* (Krejčířová, 2007, str. 11, 13). Podle Pötheho (1996) k těmto formám tělesného týrání ještě patří pálení cigaretou či zápalkou, řezání, trhání vlasů nebo kroucení a svazování končetin (Pöthe, 1996, s. 27-28).

„Obětí tělesného týrání se dítě může stát i v situaci, kdy je tělesné napadání ventilem psychického napětí rodiče. Děje se tak obvykle u psychicky nevyrovnaných, neurotických jedinců, trpících zpravidla nějakou formou úzkostné či depresivní poruchy. Když se takový rodič ocitne v zátěžové situaci, kterou nedokáže zvládnout, dítě se může stát předmětem jeho agresivity. Ocitne se tak v pozici obětního beránka sloužícího vybití negativních emocí mocného dospělého bez možnosti se ubránit.“ (Pöthe, 1996, s. 29). Podle Mufsonové (1996) neexistuje žádný adekvátní důvod, aby rodiče ubližovali svým dětem, za které mají odpovědnost a ohrožovali jejich zdravý vývoj (Mufsonová, 1996, s. 37).

Elliotová (1995) uvádí, že pokud jsou děti fyzicky týrané, tak nejsou ochotné odhalovat paže ani nohy, mají strach se ve škole před hodinou tělesné výchovy převlékat, bojí se chodit domů a z domova často utíkají, jsou agresivní vůči ostatním dětem, mají strach z lékařských prohlídek či dokonce může docházet k sebepoškozování (Elliotová, 1995, s. 62).

1.2.2 Psychické týrání

Podle Krejčířové (2007) se psychické týrání týká zejména emočního týrání, ve kterém se často vyskytuje kritika, ponižování nebo posměch. Jeho hranice jsou neostré, a proto je velmi těžko rozpoznatelné. Následky tohoto typu chování mohou být pro dítě závažnější než u fyzického týrání. Především bývá postiženo sebepojetí a osobnostní vývoj dítěte. Dítě může trpět depresemi, úzkostmi a je zde zvýšené riziko suicidálního jednání (Krejčířová, 2007, s. 15-16). Pemová (2016) uvádí, že u emočně zanedbávaných dětí může docházet k apatickému a pasivnímu chování, děti nejsou schopné projevovat emoce nebo naopak mohou být hyperaktivní, agresivní či emočně nevyrovnané (Pemová, 2016, s. 107). *„Zároveň však platí, že nedostatek lásky, podpory a emočního zázemí je pravděpodobně nejzávažnější formou zanedbávání, která může trvale, i když „neviditelně“ poškodit dětskou osobnost“* (Dubowitz a DePanfilis, 2000, cit. dle Pemové, 2016). Elliotová (1995) uvádí, že v takovýchto rodinách není bezpodmínečná láska, ale děti si jí musí nejdříve zasloužit, ovšem ani tak není jisté, že lásku od rodičů i přes splnění zadaných úkolů dostanou (Elliotová, 1995, s. 63).

Formy psychického týrání dle Krejčířové (2007):

- Pohrdání
- Terorizování
- Izolování
- Korumpování
- Odpirání emoční opory (Krejčířová, 2007, s. 15).

„Takové „pouze“ psychické týrání vede nepochybně také k vážnému narušení psychického vývoje, ohroženy přitom bývají častěji děti starší, zejména na počátku školní docházky (mezi 6. - 8. rokem věku) nebo v období dospívání.“ (Krejčířová, 2007, s. 15). „Duševní týrání může probíhat jednak jako aktivní děj (dítě je ponižováno, zesměšňováno, směřují k němu nadávky...), nebo je to situace, kdy v rovině psychické a emoční nenastává něco, co nastávat má – odmítavost, nevšímavost, nezáměr, nedostatek lásky, času, pozornosti, izolace dítěte -, nenaplní se vztahová vazba, attachment mezi matkou a dítětem apod. Obě tyto podoby se v praxi samozřejmě často kombinují, ale nemusí to být vždy pravidlem“ (Langmeier a Matějček, 1974; Langmeier et al., 1989, Matějček, 1994, cit. dle Mydlíkové, 2021).

Dle Mydlíkové (2021) mohou být dopady psychického týrání odlišné v návaznosti na charakteru, délce, intenzitě, kdo se na tom podílel, kolik bylo dítěti let a jeho osobnosti (Mydlíková, 2021). Děti, které jsou zasažené emocionálním týráním, se dle Elliotové mohou např. sebepoškozovat, podceňovat se, hledat důvody k tomu trávit čas v jiných rodinách, obviňovat se, být si nejistí ve vztazích a nedůvěřovat dospělým lidem či mít sklony k návykovým látkám (Elliotová, 1995, s. 64).

1.2.3 Sexuální zneužívání

Elliotová uvádí, že pro sexuální zneužívání existuje mnoho definic (Elliotová, 1995, s. 49). Národní centrum pro zneužívané a zanedbávané děti definuje sexuální zneužívání takto: „Kontakty nebo interakce mezi dítětem a dospělým, při kterých je dítě použito pro sexuální stimulaci pachatele nebo jiné osoby. Sexuální zneužití může spáchat také člověk mladší osmnácti let, pokud je významně starší než oběť, nebo když je v pozici, která mu dává nad druhým dítětem moc.“ Podle Mufsonové (1996) má sexuální zneužívání s předešlými dvěma typy společně dvě věci, i přes to, že je jinak velmi odlišné. Tou první je, že zneužívající spoléhá na to, že jeho oběť si vše nechá pro sebe a druhou je, že oběť si může myslet, že může za to, že ji pachatel znásilnil (Mufsonová, 1996, s. 46). Podle Dunovského si pachatel mlčenlivost oběti snaží vynucovat ať už psychickým vydíráním, tak i nějakými tresty či odměnami, z čehož je dítě zmatené a raději si uchovává toto chování jako tajemství (Dunovský, 1995, s. 71).

Pokud hovoříme o sexuálním zneužívání, tak musí sexuální chování dle Malé, Rabocha a Sováka (1995) splňovat 3 podmínky:

- 1) Aktér je mnohem starší a zralejší než dítě,
- 2) Aktér má pozici autority nebo je směrem k dítěti v pečovatelském vztahu,
- 3) Aktivity vymáhá silou nebo podvodem (Malá, Raboch, Sovák 1995, s. 22).

Dunovský (1995) rozdělil sexuální zneužívání do několika forem:

- a) Exhibilicionismus – bezkontaktní forma, jedná se o odhalování genitálií pachatelů,
- b) Harassment – znepokojování, zneklidňování, chování se sexuálním podtextem, který pachatel popírá,
- c) Obtěžování – dotyková forma, kdy pachatel svou oběť osahává na erotogenních zónách, líbá a často využívá slovní obtěžování jako např. vulgarismy,
- d) Sexuální útok – dotyková forma, kdy se pachatel za použití síly dotýká erotogenních zón, do oběti vniká např. prstem a nutí jí k tomu stejnému,
- e) Z násilnění – dotyková forma, kdy dochází k vynucenému vniknutí do genitálií či úst oběti penisem,
- f) Incest – kontaktní forma mezi osobami, jimž není dovoleno uzavřít sňatek (styk mezi dítětem a pokrevním rodičem, dítětem a příbuzným včetně nevlastního rodiče a mezi sourozenci),
- g) Pedofilní obtěžování – kontaktní forma sexuálního obtěžování dospělým,
- h) Sexuální turistika, skupinové zneužívání – kontaktní forma, kdy k nám cizinci přijíždějí za účelem sexuálního potěšení s dítětem
- i) Sexuální útok s následkem smrti (Dunovský, 1995, s. 75-77).

Podle Dunovského (1995) může mít prožití sexuálního zneužívání krátkodobé i dlouhodobé následky, mezi které např. patří pocity viny, strach, ztráta důvěry a různé somatické problémy jako bolesti hlavy, břicha nebo třeba poruchy spánku a příjmu potravy (Dunovský, 1995, s. 80).

Nejčastěji k sexuálnímu zneužívání dochází ze strany mužů (otec, strýc, děda), kteří mohou mít nižší intelekt, být závislí na návykových látkách, či jsou sexuálně frustrovaní, nebo naopak se může jednat o muže, kteří jsou velmi úspěšní. Vlastnosti mužů, kteří sexuálně zneužívají dítě, bývají označovány jako abnormální (Finkelhor, 1986, cit. dle Matoušek, 2014, s. 147). Pokud začnou sexuálně zneužívat matky své syny, tak se jedná o ty matky, které jsou citově neuspokojené a rozvedené. Ovšem vlastnosti těchto matek nebývají označovány jako abnormální (Matoušek, 2014, s. 147).

1.2.4 Zanedbávání

Podle Sullivana (2000) je zanedbávání nejčastější formou špatného zacházení s dětmi, ale je složité ho definovat. Často se spojuje s týráním, přesto že se jedná o dvě odlišné formy (Pemová, 2016, s. 25). Zanedbávání je definováno v Úmluvě o právech dítěte takto: „Zanedbáváním se rozumí neschopnost splnit dítěti fyzické a duševní potřeby, zajistit mu

ochranu před nebezpečím, zajistit mu lékařskou péči a registraci při narození a další služby v případech, kdy lidé zodpovědní za péči o dítě mají takové prostředky, znalosti a možnosti, aby tak učinit mohli“ (MPSV, 2016, s. 92 [online]). Podle Dunovského (1995) zanedbávané děti dříve vyrůstaly v jednoduchém prostředí, kde není důležitá hygiena a dítě zde nemá vzory vyspělého chování, má špatnou školní docházku a nedostačující prostor pro rozvoj vlastního potenciálu. V dnešní společnosti se spíše setkáváme se zanedbanými dětmi v rodinách, které jsou ekonomicky zajištěné a které poskytují příležitosti k rozvoji. Dítě zde, ale i přes to není citově uspokojeno a není uspokojena ani jeho potřeba identity. Můžeme se setkat i s krajními případy zanedbanosti, kdy jsou děti izolované od lidské společnosti. Gessel (1940) popsál případ dvou indických sester Amala a Kamala jež se ujal vlk a v přírodě tedy přežili díky němu. Mnohem častější jsou, ale případy sociální izolace dítěte uvnitř společnosti, příkladem je Kaspar Hauser. Dále také uvádí, že máme dva faktory, které přispívají k zanedbávání dětí. První jsou vnější faktory, do kterých řadíme složení rodiny, její finanční situaci a kulturní úroveň. Jako druhé jsou vnitřní faktory, do kterých spadá psychika a osobnost rodičů, může se jednat např. o citovou nezralost a povahovou nevyspělost jednoho z rodičů nebo obou, duševní onemocnění rodičů či smyslové a pohybové poruchy. Vnitřní faktory se mohou navzájem kombinovat mezi sebou, ale i s těmi vnějšími (Dunovský, 1995, s. 87-88, 91-93).

Zanedbávání je věnováno málo pozornosti a to hned z několika důvodů: dle Pfohla (1977) protože nebylo klinicky definováno, dle Polanskiho a kol. (1981) mu není věnována pozornost, protože není tolik zajímavé a viditelné jako zneužívání. Podle Trocmého (1992) nechává definiční nejednotnost volnost v systému péče o dítě. Dalším důvodem proč se zanedbávání věnuje tak málo pozornosti je to, že musí dosáhnout určitého stupně, abychom ho mohli zaznamenat. Pokud chceme zanedbávání definovat v praxi, musíme odborně zhodnotit širší kontext života rodiny. Howarth (2007) říká, že se koncepce zanedbávání neustále mění (Pemová, 2016, s. 32-34). Jelikož o zanedbávání nemáme dostatek informací, tak se často setkáváme s tím, že se mluví o „zanedbávání zanedbávání“ (Kendall-Tacket, Eckenrode, 1996, cit. dle Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 286-287).

Typy zanedbávání dle Bechyňové (2020):

- 1) Fyzické,
- 2) Výchovné,
- 3) Emoční,
- 4) Zanedbávání zdravotní péče (Bechyňová, 2020, s. 38).

Naopak Hartl, Hartlová rozdělují zanedbávání na tělesné, kam zahrnují zdravotní péči, citové a výchovné. (Hartl, Hartlová, 2015, s. 698).

Zanedbávání působí na psychický vývoj dítěte buďto přímo, nebo nepřímo (Langmeier, 2006, str. 287). Jeho následkem může být vývojové zaostávání (Hartl, 2015, s. 698).

1.2.5 Zvláštní formy syndromu CAN

Kromě základních forem, rozlišujeme u dětí i další formy, které mají jinou podobu a proto je nazýváme jako zvláštní formy. Řadíme mezi ně systémové týrání, organizované zneužívání dětí, rituální zneužívání, sexuální turismus a Münchhausenův syndrom v zastoupení.

1.2.5.1 Systémové týrání

„Systémové týrání či zneužívání se označuje také jako druhotné ubližování (sekundární viktimizace).“ Přesto, že by systém měl dítěti pomáhat, tak je tomu naopak a dítěti je ubližováno. Nejzávažnějším problémem systémového týrání je to, že místo toho, aby byla rodině poskytnuta pomoc, tak je dítě z rodiny odebráno. Pod tuto formu také patří nedostatek péče o děti pocházejících z dysfunkčních rodin nebo nedostatečná péče v zařízeních. V této oblasti se také může jednat nerespektování mezioborového přístupu, nebo jeho vhodná koordinace (Dunovský, 1995, s. 97). V této formě je dítě nejen obětí syndromu CAN, ale i obětí vyšetřování, jelikož je opakovaně vyslýcháno a obviňováno z věrohodnosti svých výpovědí (Fischer, Škoda, 2009, s. 148). Také sem můžeme zařadit lékařské vyšetřování, které je opakované a neúčinné a pro dítě velice traumatizující (Langmeier, 2006, s. 284).

1.2.5.2 Organizované zneužívání dětí

Této formě je od konce 80. let minulého století věnováno stále více pozornosti. Začala se hlavně u dívek vyskytovat dětská prostituce. Celkově jak u dívek, tak u chlapců se objevuje dětská pornografie v návaznosti na sexuální turistiku. Vznikl nový obchod, ve kterém jsou zbožím děti, nejenom pro uspokojení sexuálních potřeb, ale i za účelem mezinárodního osvojení, dětské práce (nejčastější), nebo prodej dětských orgánů. *„Organizované týrání dětí lze charakterizovat velmi prostě spolu s La Fontainovou (1993) jako zneužití mnoha pachatelů, kteří se spojují za dosažení tohoto cíle. Jde tedy o situace, kdy je zde více zneuživatelů a kde je časový rozměr týrání dětí.“* (Dunovský, 1995) s. 98-99). Právě kvůli prodeji dětských orgánů, jsou děti vražděny. Dále jsou využívány k prostituci a dalšímu sexuálnímu zneužívání (Langmeier, 2006, s. 284).

1.2.5.3 Rituální zneužívání

V rituálním zneužívání dětí se podle Tinkelborna (1988) objevují různé symboly s náboženskou, magickou či nadpřirozenou charakteristikou. Rituální zneužívání je součástí organizovaného společenství. Používání symbolů má dětem navodit strach, přičemž jde o mnohem více. Je zde nutné včas odhalit dopady na vývoj dítěte a léčit je. I v této formě se jedná o: „*fyzické, psychické nebo sexuální ubližování dítěti*“ s tím, že je ale „*spojené s opakovanými aktivitami (rituálem), jejichž účelem či smyslem je spojit toto zneužívání s náboženským, magickým nebo nadpřirozeným kontextem.*“ (Dunovský, 1995, s. 101-102). Toto zneužívání se vyskytuje v různých kultech, může mít význam pro satanistické bohoslužby. Extrémní případ v této formě může být hromadná sebevražda (Langmeier, 2006, s. 284). Podle McFadyena (1993) se ne vždy jedná o skupinový jev, u kterého dopředu víme, jak se zneužívající osoba k dítěti zachová (Vaníčková, 1999, s. 89).

1.2.5.4 Sexuální turismus

Jedná se o poměrně nový jev, který se začal objevovat ve druhé polovině 20. století (Vaníčková, 1999, s. 103) „*V praxi znamená, že cizinci přijíždějí do cizí země již se záměrem vyhledat dítě k tomu, aby se jím sexuálně uspokojili.*“ (Dunovský, 1995, s. 102). Podle odhadů se sexuální turistika a organizovaná prostituce týká zhruba milionu dětí a toto číslo stále stoupá. Nejvíce sexuálních turistů je z ekonomicky rozvinutých zemí, jako je např. Severní Amerika, západní Evropa nebo Nový Zéland, ti se zaměřují převážně na chudé oblasti, do nichž spadá Jižní Amerika či Afrika. Ale už i některé další země ve východní Evropě se začínají orientovat na sexuální turistiku a exportují děti do cizích zemí za účelem prostituce (Vaníčková, 1999, s. 103-104).

1.2.5.5 Münchhausenův syndrom by proxy

Podle mezinárodní klasifikace nemocí se jedná o předstíranou poruchu. U dětí se jedná o vzácnou situaci, spíše se s touto formou setkáme u dospívajících (Langmeier, 2006, s. 283). Dunovský (1995) uvádí, že rodiče si vymýšlejí různé nemoci dítěte, různé příznaky onemocnění, aby bylo dítě vyšetřeno a léčeno (Dunovský, 1995, s. 51). Vyšetřování ani léčba neodpovídají objektivní situaci. Rodič z dané situace může těžit a pobírat dávky nebo být svým okolím litován (Fischer, 2009, s. 148). Kromě vymýšlení různých nemocí se setkáváme i s tím, kdy rodič podává svému dítěti různé léky, chemické prostředky nebo záměrně infikuje poraněná místa. Následuje dramatické líčení potíží pediatrovi a rodič se dožaduje léčby. Jelikož je možné v rámci hospitalizace dítěte přijmout i matku, tak takovéto zacházení pokračuje i v nemocnici. Tímto zacházením si rodič řeší své osobní problémy (Langmeier, 2006, s. 283-284). Proto se

často stává, že matky při rozvodu nařknou svého manžela ze sexuálního zneužití dítěte, a to pak nechávají opakovaně vyšetřovat (Vaníčková, 1999, s. 90).

1.3 Příznaky syndromu CAN

Mufsonová (1996) uvádí, že všechny formy syndromu CAN mohou mít mnoho podob a silně ovlivnit děti, které zažili týrání, zneužívání a zanedbávání, i přestože kolikrát předstírají, že to zvládají (Mufsonová, 1996, s. 28).

Příznaky tělesného týrání a zanedbané péče dle Mufsonové (1996):

- 1) Nevysvětlitelná, opakovaná zranění,
- 2) Popáleniny a modřiny,
- 3) Trávení více času ve škole,
- 4) Úzkosti,
- 5) Násilnické a nebezpečné chování,
- 6) Uzavřenost,
- 7) Špinavé oblečení, tělesný zápach,
- 8) Chtějí neustále pomáhat.

Příznaky sexuálního zneužívání dle Mufsonové (1996):

- 1) Spousta sexuálních partnerů, kteří bývají o hodně starší nebo mladší
- 2) Přehnaná stydlivost, vyhýbaní se všemu, co souvisí se sexem,
- 3) Uzavřenost, nesoustředěnost, nezájem o dřívější aktivity,
- 4) Zhoršující se prospěch,
- 5) Změna vztahu k lidem a odpor k určité osobě,
- 6) Problémy s návykovými látkami,
- 7) Poruchy příjmu potravy
- 8) Myšlenky na sebevraždu (Mufsonová, 1996, s. 29-30).

Některé příznaky zanedbávaných dětí dle Elliotové (2000):

- 1) Podvýživa
- 2) Zpomalený růst
- 3) Nedostatečná hygiena a nevhodné oblečení vzhledem k ročnímu období a počasí
- 4) Neošetřená zranění
- 5) Malá sebeúcta a nechápavost (Pešová, Šamalík, 2006, s. 120).

1.4 Příčiny syndromu CAN

Hoferková a Švrčinová (2009) uvádějí, že je nemožné definovat všechny příčiny toho, proč je dítě obětí syndromu CAN. Příčiny označují jako faktory a řadí mezi ně:

- a) Rizikové dospělé,
- b) Rizikové děti,
- c) Rizikové situace (Hoferková, Švrčinová, 2009, s. 12).

1.4.1 Rizikovní dospělí

Jedná se o rodiče, kteří jsou nevyspělí a z toho důvodu nejsou schopni ve svém životě přijmout rodičovskou roli. Mohou být agresivní, impulsivní, neurotičtí, cholericí, nebo se snažit potlačovat své afekty. Také se může jednat o rodiče se sníženým intelektem, zdravotně postižené, závislé na návykových látkách. Rizikovými dospělými mohou být i ti, kteří pocházejí z neúplné či dysfunkční rodiny, jsou členy některých sekt a kultů, nebo rodiče, kteří si tím sami prošli. Syndromem CAN mohou trpět i děti single rodičů (Hoferková, 2009, s. 13). Např. zanedbávání je častější hrozbou u svobodných matek, které nemají dostatečné zázemí, ale také u těch rodičů, kteří trpí nějakou duševní nemocí (Matoušek, 2014, s. 145). Pokud rodič trpí depresí či úzkostnou poruchou stává se, že právě tělesné týrání dítěte je pro něj ventilem psychického napětí (Chalk, 1993, cit. dle Matoušek, 2014, s. 145).

1.4.2 Rizikové děti

Mezi rizikové děti můžeme zařadit ty, které není lehké vychovávat a usměrňovat, svoji pečující osobu provokují a vyčerpávají. Děti, které jednají impulsivně a zkratkovitě, trpící ADHD či LMD, nebo jsou mentálně postižené. Dále sem také můžeme zařadit ty děti, které mají potíže v komunikaci, nejsou poučené o sexuálním napadení nebo slepě následující autoritu (Hoferková, 2009, s. 12-13).

Rizikové biologické faktory dle Matouška (2014):

- Nedonošenost,
- Nízká porodní váha,
- Obtížný temperament či jeho nestabilita,
- Chronická nemoc nebo častá nemocnost,
- Vrozená tělesná či mentální vada,
- Psychomotorická opožděnost,
- Neobratnost,
- Snížená inteligence,

- Problémový vztah ke stravování nebo zažívací obtíže,
- Pohlaví (Matoušek, 2014, s. 142-143).

1.4.3 Rizikové situace

Do rizikových situací Hoferková (2009) řadí rodiny s velkým počtem dětí, rodiny s přijatým dítětem, rodiny, které jsou sociálně izolované a rodiny, v nichž dochází k domácímu násilí opakovaně – tudíž rodiče sami zažili domácí násilí (Hoferková, 2009, s. 13-14).

Pokud jsou matky ohrožené, tak je to situace, která vede ke zvýšenému riziku ohrožení dítěte syndromem CAN. Rodiny, ve kterých jsou děti ohrožené zanedbáváním, jsou často označovány jako chaotické a nepředvídatelné (Matoušek, 2014, s. 149).

Další rizikovou situací může být i chudoba v rodině, zvláště pokud je otec nezaměstnaný, tak se zvyšuje riziko nevhodného chování k dětem (Chalk, 1993, cit. dle Matoušek, 2014).

1.5 Následky

Následky syndromu CAN se podle Kocourkové (2000) mohou projevovat různě. Záleží na tom, jak se dítě umí adaptovat a jaké má obranné mechanismy ke zvládnutí psychického traumatu, na věku dítěte a v jaké vývojové fázi se zrovna nacházelo. Pokud není traumatický zážitek léčen, je tato osoba emočně zraněna a toto zranění přenáší do nových vztahů (Bechyňová, 2007, s. 121).

1.5.1 Posttraumatická stresová porucha

Preiss (2007) uvádí, že významným prvkem, který spojuje posttraumatickou stresovou poruchu se syndromem CAN, je právě trauma a stres. Podle něj lze posttraumatickou stresovou poruchu rozdělit do tří skupin:

- 1) Znovuprožívání traumatu,
- 2) Snaha vyhnout se dané události, pocity izolovanosti, a že život nemá smysl,
- 3) Psychosomatické projevy (Bechyňová, 2007, s. 101-103).

Dle Preisse (2007) lze u dětí rozeznat pět fází procesu: akutní vyděšenost, popření zážitku, znovuprožívání zážitků, pochopení příčin a plánování budoucnosti (Bechyňová, 2007, s. 103).

To jak dítě bude na prožité trauma reagovat, závisí vývojové úrovni dítěte, jeho zkušenostech a emoční opoře od rodičů (Vágnerová, 2012, s. 439).

Příznaky posttraumatické poruchy dle Vágnerové (2012):

- Emoční příznaky – ztráta jistoty a bezpečí způsobená traumatickým zážitkem vede k přetrvávající úzkosti a strachu, k reakcím, které jsou ovlivněné strachem nebo ke zvýšené dráždivosti,
- Změny kognitivních funkcí – objevují se vtíravé myšlenky na prožité trauma, trauma se může objevovat i ve snech. Pro některé děti se prožité trauma stává hlavním zážitkem, který neustále prezentují. Mohou se objevovat i pocity viny, neboť si dítě myslí, že je špatné zacházení způsobené jejich vlastní vinnou,
- Změny v chování – děti se snaží vyhýbat podnětům, které mají spojené s traumatickým zážitkem, nebo naopak se snaží chovat tak, aby si ho mohli znova zopakovat. Také se může projevit vývojová regrese, kdy se děti začínají znova pomočovat, přestávají komunikovat,
- Sociální důsledky – děti, které si prožili trauma, mají narušené vztahy s ostatními lidmi, nejsou schopni tolerovat požadavky skupiny. Pravděpodobné je i agresivní a bezohledné chování ke slabším jedincům,
- Tělesné příznaky – bolesti hlavy, poruchy spánku, poruchy příjmu potravy (Vágnerová, 2012, s. 439-442).

Podle Preisse a Vizinové (1999) probíhá reakce na traumatizující zážitek v 5 fázích:

1. Fáze šoku a popření,
2. Fáze přijetí reality traumatu,
3. Fáze vyrovnávání,
4. Fáze reflexe a zpracování traumatu
5. Fáze zklidnění a vyrovnání (Vágnerová, 2012, s. 437).

Fáze vyrovnání se s prožitým traumatem podle Vágnerové (2012):

1. Fáze vyplakání
2. Fáze popření
3. Fáze intruze
4. Fáze zpracování (Vágnerová, 2012, s. 442-443)

1.5.2 Psychická deprivace

Langmeier a Matějček (1974) definují psychickou deprivaci jako: „*Nedostatečné uspokojení základních potřeb duševních.*“ (Langmeier, 1974, s. 19). Později Matějček (2005), ale tuto

definici rozšířil: „*Psychická deprivace je psychický stav, vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojovat některé základní psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu.*“ (Matějček, 2005, s. 198).

Důležitou potřebou, kterou dítě potřebuje pro svůj zdravý vývoj je láska a citová vřelost. Pokud se mu této potřeby dostává, může mu to vynahradit nedostatek psychických prvků, jako jsou např. smyslové podněty (Langmeier, 1974, s. 19). Deprivace se dle Langmeiera (1974) u každého jedince vyskytuje v jiné podobě (Langmeier, 1974, s. 307). Pokud je deprivace dlouhotrvající, tak může dojít ke vzniku specifických psychických odchylek (Vágnerová, 2012, s. 54).

Šulová (2007) uvádí různé formy deprivace:

- 1) Nedostatek podnětů – prostředí je chudé na podněty, dítě nedostává dostatek podnětů ani od rodičů,
- 2) Nepřiměřené množství podnětů – dítě je přetěžováno, nejsou brány v potaz jeho skutečné potřeby,
- 3) Nedostatečná styčnost časová či prostorová – dítě často mění prostředí, mění se i pečující osoby, dítě je z toho zmatené,
- 4) Proces integrace vlastního Já – k integraci vlastního já je za potřebí dostatečně vyvinutý vztah s matkou,
- 5) Deprivace v procesu socializace – chybějící vztah s matkou, nezáměr matky vede k nedostatečnému rozvoji tzv. sociálního Já (Bechyňová, 2007, s. 87-88).

Typy deprivace podle Vágnerové (2012):

- Deprivace v oblasti biologických potřeb – touto deprivací je ohroženo fyzické i duševní zdraví, jedná se o nedostatek jídla či spánku,
- Podněťová deprivace – chybí takové množství podnětů, které by dítě potřebovalo a jejich rozdílnost,
- Kognitivní deprivace – jedná se o deprivaci v oblasti potřeby učení, dítě se může jevit jako mentálně postižené,
- Citová deprivace – nedostatečné uspokojení citového vztahu s matkou nebo s jinou osobou, může ovlivnit vztah k dalším lidem, ale i k sobě samému,
- Sociální deprivace – vzniká, pokud je omezené množství kontaktu se sociálním prostředím (Vágnerová, 2012, s. 54).

Pokud jsou děti po materiální a sociální stránce zajištěné, mnohdy až nadprůměrně, ale od svých rodičů nedostávají lásku – tím pádem strádají po citové stránce, tak hovoříme o citové subdeprivaci (Langmeier, Matějček, 1974, cit. dle Fischer, 2009, s. 148). Psychická subdeprivace u dětí není až tak zřetelná, za to je čím dál běžnější v naší společnosti (Matějček, 1992, s. 116).

1.5.3 Přebírání dospělé role

Dítě musí pečovat o své sourozence, mnohdy dokonce i o své rodiče, což bývá neúměrné jeho věku (Langmeier, 2006, s. 286).

1.5.4 Transgenerační přenos násilí

Hartl, Hartlová definují transgenerační přenos jako: „*určení jevu z jedné generace na druhou*“ a dále uvádějí, že: „*u týraných dětí bývá často nalézáno týrání v anamnézách rodičů*“ (Hartl, 2015, s. 465). Podle Dydňanské se poté jedná o „*proces, následkem, kterého se vědomě nebo neúmyslně přenáší vzorce chování do další generace*“ (Bechyňová, 2007, s. 119). Dítě se s násilným chováním identifikuje a považuje ho za přijatelný způsob chování (Ševčík, 2011, s. 121).

Každé dítě přebírá vzorce své rodiny, ať už se jedná o negativní či pozitivní vzorce, které poté aplikuje ve výchově vlastních dětí. Pokud tedy dítě zažívá syndrom CAN, tak je velice pravděpodobné, že takovéto chování bude v dospělosti opakovat. Pro převzaté vzorce a jejich uplatnění musí být vazba mezi rodičem a dítětem shodná, jako ta, kterou měl rodič ve svém dětství. Někteří jedinci jsou ale natolik odolní, že se takovému chování na svých dětech vyvarují, přičemž v situacích afektu, kdy se mu vzpomínky vybaví, se zachová úplně stejně jako jeho rodiče, čehož později lituje (Bechyňová, 2007, s. 119-121).

Velkou roli v transgeneračním přenosu hraje důslednost ve výchově. U těch rodičů, kteří sice byli v dětství týráni, ale za to jejich výchova byla důsledná, později své děti týrají mnohem méně než ti, u kterých nebyla. Tito rodiče mají méně výchovných dovedností a při výchově svých dětí zažívají stres a frustraci (Bechyňová, s. 120). Studie nám ukazují, že k transgeneračnímu přenosu dochází až v 30% (Langmeier, 2006, s. 294).

1.5.5 Dopad na emocionální a morální vývoj dítěte

Společnost v ČR ještě nedospěla k výraznějšímu zájmu o morální vývoj dětí a jeho intervenci. Morální vývoj dítěte závisí na interakci s rodiči. Právě tato interakce je základním prvkem pro další pochopení etických norem, postojů a utvoření vlastního svědomí. Pokud je mezi dítětem a rodičem utvořena citová vazba, tak je výchova snadnější (Matějček, Dunovský, 2004, s. 97-

98). Dětem jsou předávány normy a pravidla již od narození. Proto je důležité, aby vztah mezi dítětem a rodiči byl už v této době stabilní a pravidelný. Postupem času začne dítě očekávat pravidelnost i od společnosti, do které se začleňuje a buduje si mezilidské vztahy (Matějček, 2004, s. 127).

Obrovský dopad syndromu CAN je hlavně na emocionální vývoj dětí, které jsou buďto stažené do sebe nebo naopak velice agresivní (Pešová, 2006, s. 119). Toto chování je ovlivněné narušenou emoční regulací. Dítě nezvládá regulovat své emoce, objevují se pocity zoufalství a smutku nebo naopak dochází k přehnaným reakcím a k agresivitě (Pešová, 2006, s. 94). Tendence chovat se agresivně přetrvává až do dospělosti, kdy se poté vyskytuje ve formě násilí a zneužívání (Riggs a spol. 1990, cit. dle Pešové, 2006, s. 94).

2 Statistické údaje syndromu CAN na území České republiky

„Ze statistických údajů Intervenčních center, která byla v roce 2007 zřízena ve všech krajích ČR a která pracují s osobami ohroženými domácím násilím, vyplývá, že za roky 2007 a 2008 bylo jen v rodinách, v nichž docházelo k domácímu násilí a zároveň byla násilnická osoba vykázána ze společného obydlí, přítomno celkem 1713 dětí.“ (Bílý kruh bezpečí, 2011, cit. dle Pemové, 2016).

Od roku 2005 dávají orgány sociálně-právní ochrany dětí k dispozici údaje o sociálně-právní ochraně dětí, které jsou v evidenci OSPOD. Údaje jsou odesílány na Ministerstvo práce a sociálních věcí, které jsou poté dostupné na webových stránkách MPSV.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Celkem evidovaných případů	5787	6642	7525	7527	8478	9433	9416	8929	9178	9253	7539
Tělesné týrání	677	738	836	859	787	686	626	635	531	573	542
Psychické týrání	826	953	952	1067	1171	1068	987	909	966	897	774
Sexuální zneužívání	786	806	813	888	932	745	780	729	720	751	620
Dětská pornografie	26	33	33	33	87	57	66	119	151	114	73
Dětská prostituce	12	9	22	17	17	15	23	9	2	8	5
Zanedbávání	3460	4103	4869	4663	5484	6862	6934	6528	6808	6910	5525

Tabulka 1 MPSV, roční výkaz o výkonu SPOD, 2010-2020

Jak je z výše uvedené tabulky zřejmé, tak celkový počet dětí ohrožených syndromem CAN mezi lety 2010-2019 značně stoupl. Od roku 2019 počet dětí týraných, zanedbávaných a zneužívaných klesl. V této tabulce nejsou započítány případy zneužívání zdravotně postižených dětí a ani ty případy, u kterých bylo podezření prokázáno jako nedůvodné. V následující tabulce jsou uvedeny počty dětí v evidenci OSPOD, které byli odebráni z péče biologických rodičů z důvodu týrání, zneužívání a zanedbávání v letech 2010-2020 (MPSV, Syndrom CAN u dětí statistika, [online]).

Důvody odebrání z péče rodičů	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Týrání	271	297	254	317	325	347	618	274	218	288	305
Sexuální zneužívání	96	100	83	85	116	74	115	74	64	84	66
Zanedbávání	509	616	641	610	660	971	1162	1353	1329	1377	917
Dětská pornografie	1	4	0	2	7	5	1	2	4	2	5
Dětská prostituce	1	3	4	1	4	2	8	3	3	1	2
Celkem	878	1020	982	1015	1112	1399	1904	1706	1618	1751	1295

Tabulka 2 MPSV, roční výkaz o výkonu SPOD, 2010-2020

Statistické údaje také sledují, jaké dopady má syndrom CAN na děti. Jedná se ovšem pouze o dopady na ty děti, které jsou v evidenci OSPOD. Tabulka č. 3 tedy ukazuje dopady syndromu CAN na děti a počet těchto dětí.

	Hospitalizace	Tělesné poškození	Nutnost poskytnutí psychologické pomoci	Posttraumatická stresová porucha	Úmrtí	Těhotenství
2010	197	76	Nejsou údaje	517	10	30
2011	225	85	Nejsou údaje	378	6	24
2012	183	88	Nejsou údaje	668	13	33
2013	192	144	Nejsou údaje	922	9	36
2014	240	96	Nejsou údaje	667	6	47
2015	187	104	1775	315	6	37
2016	198	140	1860	241	9	40
2017	178	93	1644	107	3	51
2018	197	85	1941	109	6	37
2019	203	102	1701	135	6	54
2020	173	91	1687	69	5	42

Tabulka 3 MPSV, roční výkaz o výkonu SPOD za rok 2010-2020, dopad na dítě

Statistické údaje za rok 2021 nebyli prozatím zpracovány.

3 Sociální práce s rodinou zasaženou syndromem CAN

Důležitou informací při zahájení spolupráce je vědět, s jakou organizací rodina spolupracovala a spolupracuje (Matoušek, 2014, s. 27).

Při práci s rodinou, ve které je ohrožené dítě, můžeme využít některé metody a přístupy sociální práce. Důležitou roli při sociální práci s rodinou hraje OSPOD, jehož pracovník je součástí multidisciplinárního týmu, ve kterém také může být psycholog, sociální pracovník z neziskových organizací, pedagog a zdravotníci. Matoušek (2014) uvádí, že samostatně tyto obory nemohou poskytnout komplexní hodnocení, ale pouze jeho část (Matoušek, 2014, s. 131). Proto by tito odborníci měli mezi sebou spolupracovat, aby se dospělo k celkovému řešení případu na všech jeho úrovních, ve všech fázích a ze všech aspektů (Musilová in Staněk, 2006, s. 58).

Pokud má sociální pracovník podezření na týrání, zneužívání a zanedbávání, tak je důležité navázat spolupráci s rodinou a zmapovat rizika, která vedou k vymezení základních problémů. Získávání informací o rodině by nemělo zasáhnout život ohroženého dítěte. V případě potvrzení podezření, se začínají mapovat možnosti nápravy situace v rodině. Je důležité zjistit, kdo dítě týrá a zdali o tom někdo ví. Po vyhodnocení těchto informací následuje buďto odejmutí dítěte z rodiny, nebo izolace týrající osoby. Rozdělené rodině, ale i dítěti se poskytuje terapie a další pomoc. Pokud se tato pomoc jeví jako účelná, začne se poskytovat terapie i izolované osobě. Spolupráce mezi rodinou a sociálním pracovníkem by měla pokračovat i nadále a zaměřit se na navrácení dítěte do rodiny. Což je v tomto případě velice rizikové (Podivínský in Staněk, 2006, s. 63).

3.1 OSPOD a jeho role

Sociálně-právní ochrana dětí se týká dětí, které spadají do cílové skupiny v §6 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. Vzhledem k mé bakalářské práci uvádím některé skupiny ohrožených dětí spadajících pod sociálně-právní ochranu dětí, která se tedy např. zabývá dětmi, jejichž rodiče neplní povinnosti nebo zneužívají či nevykonávají práva plynoucí z rodičovské odpovědnosti, děti, na kterých byl spáchán trestný čin ohrožující život, které jsou ohrožovány násilím mezi rodiči. Tyto skutečnosti trvají takovou dobu a v takové intenzitě, že nepříznivě ovlivňují vývoj dětí, nebo se mohou stát příčinou pro nepříznivý vývoj dětí (Zákon 359/1999, §6). Výkonem sociálně-právní ochrany dětí zabezpečují obecní úřady, obecní úřady obce s rozšířenou působností, krajský úřad, MPSV a úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí (Musilová in Staněk, 2006, s. 55-56).

Pro výkon sociálně-právní ochrany dětí vydalo MPSV v roce 2005 doporučený postup pro práci s oběťmi syndromu CAN (Podivínský in Musil, 2006, s. 60).

Pracovníci SPOD jsou povinni hájit zájmy a blaho nezletilých dětí. Jako jediní pracovníci spadající do pomáhajících profesí mohou provádět sociální šetření bez souhlasu rodičů nebo dítěte. Pokud ze sociálního šetření vyplýne, že je dítě ohrožené, tak jsou povinni podat soudu návrh na konkrétní opatření. Zákon jim ukládá mnoho pravomocí, které mohou zpomalovat spolupráci s rodinami, kterým je uložena sanace (Bechyňová, 2020, s. 26). Dalším úkolem pracovníků SPOD je chránit práva dětí na příznivý vývoj a řádnou výchovu. Snaží se, aby jejich práce měla příznivý dopad, který obnovuje narušené funkce rodiny (Ševčík, 2011, s. 122).

Dítě má právo se obrátit na kohokoli s prosbou o pomoc i bez toho aniž by o tom rodiče věděli. Pokud je schopno vyjadřovat své názory, tak má právo při výkonu SPOD je sdělovat i bez přítomnosti rodičů. Nahlásit skutečnost, že je dítě týrané upravuje §10 zákona o sociálně-právní ochraně dětí následujícím orgánům: školská a zdravotnická zařízení, státním orgánům a pověřeným osobám. Z různých studií vyplývá, že nejpočetnější skupinou, která tuto skutečnost oznamuje, jsou lékaři. Ti mají povinnost v případě podezření zaznamenat úraz a tento záznam zaslat příslušnému orgánu SPOD. Pro pracovníky SPOD se takováto anamnéza stává podkladem pro provedení sociálního šetření (Musilová in Staněk, 2006, s. 56).

Při provádění sociálního šetření by pracovník měl navštívit nejen rodinu ohroženého dítěte, ale měl by kontaktovat i jeho blízké okolí, školu, kterou dítě navštěvuje a jeho ošetřujícího lékaře, aby získal co nejvíce objektivních informací. Sociální šetření v domácnosti dítěte by mělo být prováděno za přítomnosti dvou sociálních pracovníků. Nemusí se ovšem konat jen v domácnosti dítěte, ale i v jiném prostředí jako je školské zařízení. V tomto případě by měl být součástí šetření i dětský psycholog a sociální pracovník by měl zmapovat zdroje pomoci, které se ve školním prostředí nacházejí (Podivínský in Staněk, 2006, s. 61-62).

Pokud pracovník SPOD identifikuje dítě jako ohrožené, tak musí podle zákona 359/1999 Sb., rozhodnout, které opatření je relevantní. Mezi prvotní opatření patří např. provedení pohovoru s dítětem, probrat celou záležitost s rodiči, zprostředkovat odborné poradenství, provést sociální šetření v místě bydliště dítěte, vyžádat si lékařské zprávy, nebo zprávu ze školy. Dalším opatřením může být výchovné opatření, ve kterém se nejčastěji jedná o uložení napomenutí rodiči, který narušuje řádnou výchovu dítěte, stanovení dohledu nad výchovou, nebo mohou uložit povinnost, aby rodina vyhledala odbornou pomoc pro dítě, pokud jí potřebuje. Dále se pracovníci mohou obrátit na soud, aby vydal předběžné opatření k zatímní úpravě péče o dítě, nebo s návrhem o svěřeni dítěte do péče zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, nařízení

ústavní výchovy nebo na omezení či zbavení rodičovské odpovědnosti, pozastavení jejího výkonu (Ševčík, 2011, s. 123-124). Pokud se dítě nachází ve stavu akutního ohrožení, je OSPOD povinen okamžitě podat návrh na nařízení předběžného opatření a soud o tomto návrhu musí do 24 hodin rozhodnout. Při rozhodovacím procesu zároveň rozhodne, kam bude dítě umístěno (Musilová in Staněk, 2006, s. 57). Může být umístěné např. do ZDVOP, což je zařízení, které poskytuje pomoc dětem, o které nikdo nepečuje, nebo těm, u kterých jsou ohrožené podmínky pro zdravý vývoj a jejich život. V tomto zařízení může být dítě umístěno na 3-12 měsíců (Chrenková, 2015, s. 40 [online]).

3.2 Sanace rodiny

Sanace znamená ozdravení (Hartl, 2015, s. 522). Pojem sanace rodiny není ukotven v žádném zákonu. „*Cílem odborné péče věnované sanaci rodin se syn CAN je dosažení stavu, kdy by odebrání dětí z rodin bylo vyhrazeno jen pro ty případy, u nichž selhaly všechny dostupné formy pomoci rodině směřující k jejímu zachování, ovšem zároveň při zajištění bezpečí dítěte.*“ (Bechyňová, 2007, úvod). Sanace si klade za cíl předcházení, zmírňování a eliminování ohrožených dětí, nepřipustit jejich odebrání z biologických rodin a rodinu podporovat. Klíčovou roli při sanaci rodiny hraje multidisciplinární spolupráce mezi sociálními pracovníky z orgánu sociálně-právní ochrany dětí, sociálních služeb, zařízení pro výkon ústavní výchovy, probačními a mediačními pracovníky, pediatry, mateřskými a základními školami, soudci, zdravotnickými zařízeními, atd. (Bechyňová, 2007, s. 171). Tito členové multidisciplinárního týmu by neměli říkat, co je pro rodinu nejlepší, ale společně vymýšlet řešení tak, aby bylo pro rodinu smysluplné (Hurychová, 2021, [online]).

Bechyňová také dále uvádí: „*Sanace rodiny je soubor činností SPOD, sociálních služeb a dalších programů/opatření, které jsou poskytovány/ukládány rodičům dítěte a dítěti ohroženému na sociálním, biologickém a psychologickém vývoji.*“ (Bechyňová, 2020, s. 18). Může se jednat např. o tyto činnosti: posílení a nácvik rodičovských dovedností, zplnomocnění dítěte, realizace změn v rodině v době umístění dítěte např. do náhradní rodinné péče, které směřují k tomu, aby se dítě mohlo vrátit do biologické rodiny a podpora udržení změn. Sanace rodiny by se dle Bechyňové měla týkat jak formálních, tak i obsahových stránek. Do formálních stránek můžeme zařadit např. zajištění sociálních dávek, vyrovnávání rodinného rozpočtu, udržitelné bydlení a úklid. Do obsahových stránek patří např. management rodiny, systém pochval a trestů, jaké mají vzpomínky na své dětství nebo nácvik rodičovského chování (Bechyňová, 2020, s. 18, 21-22).

Sanace rodiny je dle Hurychové (2021) doporučovaná těm rodinám, ve kterých se negativní, neřešené vzorce předávají z generace na generaci (Hurychová, 2021, [online]).

Základní znaky sanace rodiny dle Hurychové (2021):

- Sanace rodiny je realizována multidisciplinárním týmem,
- Rodiče a děti jsou důležitými partnery,
- Průběžné vyhodnocování činnosti a plánování další činnosti,
- Koordinátorem by měla být pracovnice SPOD,
- Rodina je v kontaktu s odborníky, kteří přispívají ke snižování ohrožení dítěte,
- Pravidelné případové konference,
- Nezpoptatná služba, protože sanace rodiny spadá pod sociálně-právní ochranu dětí (Hurychová, 2021, [online]).

3.3 Případová konference

Jak je uvedeno výše, případová konference patří mezi základní znaky sanace rodiny.

„Případová konference je plánované, koordinované a pevně strukturované pracovní setkání rodičů, dítěte a odborníků, kteří pracují, pracovali nebo budou pracovat s ohroženým dítětem, jeho rodiči, popř. i s členy širší rodiny.“ (Bechyňová, 2012, s. 14). Případové konference jsou svolávány proto, aby se vyhodnotila celková situace dítěte a byl navrhnut cíl pomoci a jeho plán řešení za aktivní spoluúčasti rodičů a dalších odborníků. Právě tato spolupráce motivuje a zplnomocňuje rodiče k samostatnému nalezení řešení problému. Rodiče i dítě jsou podporováni, aby vytvářeli či doplňovali plán cíle. Všichni účastníci s vypracovaným plánem musí souhlasit. Sezení je svoláváno pracovníci SPOD, pokud vyhodnotí, že to rodině pomůže k nalezení konkrétního řešení. Sebou si rodiče nebo dítě mohou vzít jednu osobu, která jim bude morální podporou (Bechyňová, 2012, s. 11-16).

Dále Bechyňová (2012) uvádí, že máme několik typů případových konferencí: klasická, urgentní, motivační, metodická a expertní.

- **Klasická PK:** Jedná se o nejčastější typ PK, která má úvodní, průběžnou a závěrečnou podobu. V úvodní PK se setkávají odborníci s rodinou poprvé. Jedná se o odborníky, kteří s rodinou už pracují, pracovali nebo teprve budou pracovat. Na setkání dojde k vytvoření cíle a stanoví se prostředky, pomocí kterých bude cíle dosaženo. Při úvodní PK je důležité nechat čas a prostor na přemýšlení, sdělování názorů a připomínek. Na úvodní PK navazuje průběžná PK, kde se vyhodnocují jednotlivé kroky plánu, situace dítěte a rodiny a může docházet ke změnám cíle. Závěrečná PK je posledním setkáním, kde dojde k vyhodnocení

a identifikaci možných budoucích rizik, přičemž jsou rodiče i dítě informováni jak jim mohou zabránit. Navrhne se další plán práce. Podle výsledku PK, je buď nad rodinou stanoven dohled pracovníka SPOD, nebo pokud se nebezpečné chování rodiče nezměnilo a dítě je stále ohroženo podá pracovník SPOD návrh na předběžné opatření k umístění dítěte do ZDVOP.

- Urgentní PK: Je svolávána, pokud jsou ohroženy potřeby dítěte, ale rodina a její blízké okolí mají zdroje řešení, nebo existuje možnost, že u dítěte dojde v blízké době k zanedbávání nebo pokud je dítě ohroženo natolik, že taková situace vyžaduje okamžitou pomoc. Délka této PK je zhruba čtyři až šest týdnů.
- Motivační PK: *„pomáhá popsat situace, kdy rodina spolupracovala a dosáhla konkrétní změny.“*
- Metodická PK: Svolává jí nadřízený metodický orgán (magistrát, krajský úřad nebo SPOD). Jde zde o řešení obtížného, komplikovaného případu ohroženého dítěte, kdy nejsou u tohoto setkání přítomni rodiče.
- Expertní PK: Je velice podobná metodické PK. Přispívá odborníkům nezávislou radou, konzultací nebo doporučením, pokud ji potřebují. Většinou se jedná o pomoc od soudních znalců nebo renomovaných odborníků zabývajících se řešenou problematikou v daném regionu. Nejsou zde přítomni rodiče, ti jsou poté za tři až čtyři týdny pozváni na klasickou PK (Bechyňová, 2012, s. 34-42).

3.4 Krizová intervence

Hartl (2015) definuje krizovou intervenci jako pomoc, která se poskytuje v krizových situacích. Jejím cílem je zmírnění intenzity a zklidnění. Z dlouhodobého hlediska se jedná o obnovení psychického stavu. Může se jednat o pomoc po telefonu či v přímém kontaktu (Hartl, 2015, s. 239). Vodáčková a kol. (2012) dodává, že se jedná o odbornou metodu, která se zabývá pouze tím, s čím klientova krize souvisí. Pracovník se snaží klienta podpořit k tomu, aby pro řešení problémů využíval své vlastní síly a schopnosti (Vodáčková, 2012, s. 60).

Pro telefonickou krizovou intervenci jsou využívány linky důvěry. Oběti týrání a zneužívání chtějí často zůstat v anonymitě a proto je linka důvěry nejvyužívanější metodou intervence. Pokud už na linku důvěry zavolají, může se nejprve jednat pouze o testovací hovor, který je pro ně rozhodující v tom, zda se svěřit. Proto by pracovník neměl moralizovat, ale zachovat klidný a korektní přístup. Na linku důvěry může volat samotná oběť, ale i někdo z jejího okolí. Také můžou volat osoby, které mají sklony k týrání a zneužívání, nebo osoby, které jsou označeny za zneužívající neprávem (Vodáčková, 2012, s. 462-466).

Krizová intervence má tři základní pilíře. Prvním je psychická stabilizace klienta, ve které se pracovník snaží zmapovat problém a jeho závažnost a v problému se zorientovat. Druhým pilířem je zamezení stupňování okolností. Pracovník se snaží nalézt, co je spouštěčem krize a přijít spolu s klientem na možnosti řešení. Třetí pilíř se poté týká zprostředkování návazné péče, kdy je klient předán do rukou specialisty či je k němu doprovázen. Na všechny pilíře musí pracovník nechat klientovi dostatek času (Růžička a kol., 2013, s. 17). Pro dobrou krizovou intervenci a nalezení správného řešení je důležité, aby pracovník porozuměl potřebám klienta. Jedná se o tyto potřeby: potřeba místa, potřeba podpory, potřeba bezpečí, potřeba péče a potřeba limitu (Vodáčková, 2012, s. 469-473). Krizovou intervencí by měla začínat celková pomoc oběti a následně na něj navazovat terapie a poradenství (Ševčík, 2011, s. 155).

Při krizové intervenci je důležité klást otevřené otázky, naslouchat klientovi a snažit se mu porozumět, ujistit klienta, že to, co prožívá je normální a pomoci mu, aby opět za své rozhodování přebral odpovědnost (Růžička, 2013, s. 18-19).

Krizovou intervencí v případě ohrožených dětí syndromem CAN může být zamezení kontaktu s týrající osobou, zamezení tomu, aby dítě zůstalo samo s týrající osobou, umístění dítěte např. do krizového centra nebo pokud je takovýto čin nahlášen na policii, tak trestně-právní intervence (Pešová, 2006, s. 131).

V České republice máme několik krizových center. První krizové centrum v České republice bylo otevřeno v Brně v roce 1989. Toto krizové centrum poskytuje telefonickou i ambulanti krizovou pomoc, je zde umožněná i krátkodobá hospitalizace. Přímo pro děti, které trpí syndromem CAN je v Brně centrum Spondea. Má 8 krizových lůžek, krizovou linku, která funguje nonstop, ambulanti formu pomoci a poskytují služby sociálně-právní ochrany dětí. Jako další bylo otevřené Centrum krizové intervence v Praze v roce 1991. V Praze je také od roku 1992 krizové centrum RIAPS. V témže roce zahájilo svou činnost i Dětské krizové centrum, které pomáhá obětem syndromu CAN. Toto centrum poskytuje pouze ambulanti služby a linku důvěry, která je nonstop (Vodáčková, 2012, s. 202-205). Okamžitou pomoc ohroženým dětem také zajišťují SOS dětské vesničky, jejichž cílem je mimo jiné komplexní krizová intervence (SOS vesničky, Co děláme [online]).

3.5 Systémový přístup

Pokud hovoříme o rodině jako o systému, tak definujeme systém jako: „*soubor částí a vztahů mezi nimi.*“ V tomto přístupu se zabýváme vztahy a pozicemi lidí, kteří utváří daný systém. V rámci terapií se přišlo na to, že pokud bude terapeut pracovat s celou rodinou společně, tak lépe pochopí chování jedinců, jelikož individuální problémy souvisejí s fungováním celé

rodiny. Právě systémové myšlení utvořilo rámec pro rozvoj rodinného hnutí. Do systémového pojetí spadají různé přístupy, jako je např. systematický a systemický přístup (Sobotková, 2007, s. 19-24).

Rodinný systém je důležité rozeznávat v jeho celku, čehož nedosáhneme rozložením na jednotlivé části. Každý člen rodiny utváří strukturu systému, a proto využíváme systémový přístup jako myšlenkový nástroj k pochopení rodiny, který nám umožňuje získat a zpracovat informace, které poslouží k intervenci. Z toho důvodu musí být rodina otevřená změnám. Pokud tomu není otevřená, může dojít ke zhoršení fungování nebo naopak při rychlých a častých změnách se vyskytuje chaos. Rodinné systémy jsou organizačně složité, otevřené a adaptabilní. Mají vlastní subsystémy, ze kterých se skládají. Jedná se o subsystém manželský, rodič-dítě a sourozenecký (Sobotková, 2007, s. 22-27). Pokud se objeví nějaká porucha v jedné části subsystému, automaticky to ovlivní celý systém (Matějček, 1992, s. 34).

Pokud hovoříme o rodině jako o systému, nahlížíme na ní jako na mikrosystém, který je současně zapojen do mezosystému (příbuzní, přátelé, sousedi). Tito lidé z oblasti mezosystému rodině pomáhají, ale také jí mohou zatěžovat. Oba tyto systémy se navzájem ovlivňují. Rodina je ovšem zapojena i do makrosystému (škola, zaměstnavatel, soudy, OSPOD, služby) (Matějček, 1992, s. 35).

V systému rodiny může docházet ke dvěma typům změn. Ke změně kontinuální, která je pozvolná a ke změně diskontinuální, což jsou náhlé změny vlivem události (Matějček, 1992, s. 35).

Do systémového přístupu řadí Steinglass (1978):

- a) Minuchinovu strukturální teorii rodiny
- b) Bowenovu teorii rodinných systémů
- c) Současné koncepce školy z Palo Alto

Tyto přístupy se mezi sebou značně liší (Kratochvíl, 2000, s. 36).

3.6 Systemický přístup

Ve druhé polovině 20. století se začal formovat systemický přístup, přičemž se název systemický začal používat v 70. letech, kdy byla takto označena psychoterapeutická škola. Jedná se o přístup, který je zaměřen na člověka a společnost a nabízí nové možnosti k řešení psychosociálních jevů. V západních zemích je systemický přístup uplatňován ve všech oblastech sociální práce. A to z důvodu, že se jedná o krátkodobý a efektivní přístup řešení. V České republice se obdobný trend také již projevuje (Matoušek a kol., 2007, s. 222-226).

Na rozdíl od systémového přístupu systemický přístup pohlíží na rodinu jako na uzavřený systém, ve kterém jsou pouze vnitřní změny, které nelze zvenčí ovlivňovat. „*Systematická terapie se hlásí k teoriím poznání (epistemologiím), které se označují jako radikální konstruktivismus a sociální konstrukcionismus.*“ V obou případech se jedná o to, že si realitu sami vytváříme. V konstruktivismu na základě individuálních zkušeností a v konstrukcionismu během interakcí s lidmi. Pro praxi to tedy znamená, že: „*neexistuje žádný pravdivý výklad události ani žádná správná interpretace.*“ S ohledem k tomuto přístupu si pracovník nechává všechno vyprávět, aniž by určil hranice rozhovoru. Později se začíná doptávat, aby si rozšířil pohled (Kratochvíl, 2000, s. 39-40).

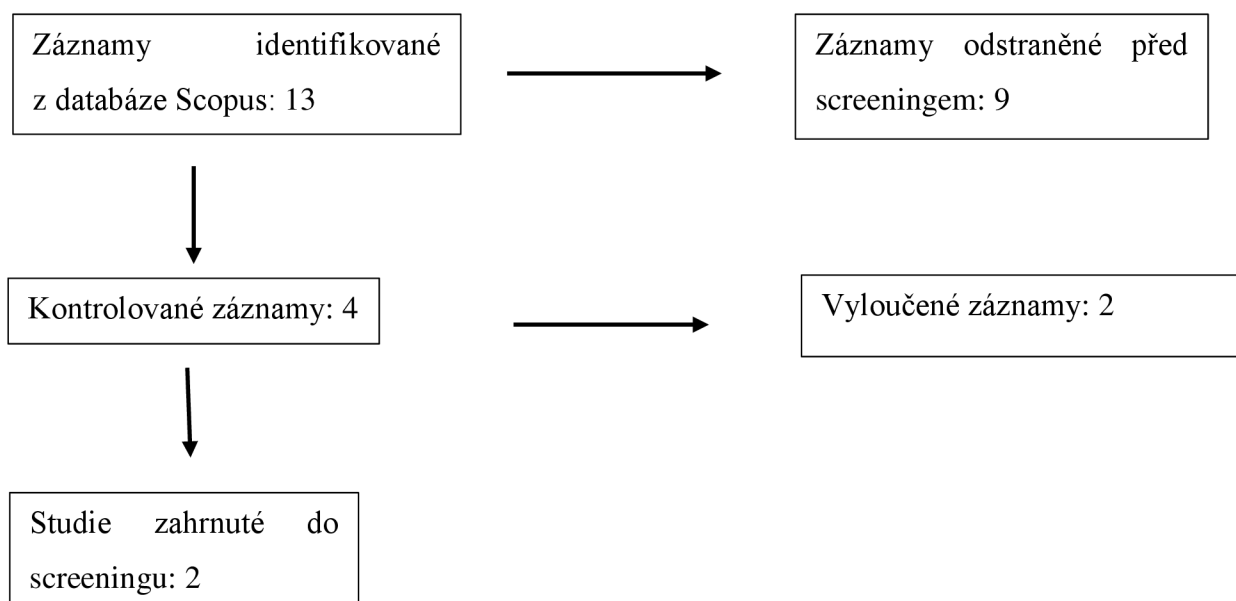
Systemický přístup spadá do Milánské systemické školy, kde byly zpracovány otázky k dotazování oklikou (cirkulární dotazování) (Úlehla, 1999, cit. dle Kratochvíla, 2000, s. 40). Také se v tomto přístupu využívá zázračná otázka, která může znít: „*Kdyby se v noci během vašeho spánku stal zázrak a váš problém se vyřešil, co byste ráno dělal jinak než dosud?*“ (Schlippe, Schweitzer, 1999, cit. dle Kratochvíla, 2000, s. 40).

Navádí nás k uvažování o systémech, ve kterých se problém odehrává, využívat více popisů systému a reflektovat různé perspektivy. Rozdíly v popisu systému pro nás mohou být zdrojem pro nalezení řešení k odstranění problému. Dále se orientovat na cirkulární souvislosti, což znamená, že se zajímáme o to, jak na sebe problémy vzájemně působí a jak se rodí. Měli bychom být otevření vůči různým pohledům, být neutrální a nepřiklánět se na žádnou stranu. A v poslední řadě zkoumat to, co se děje, ale také jaký to má význam pro každého účastníka (Gjuričová, Kubička, 2009, s. 21-23).

4 Scoping review

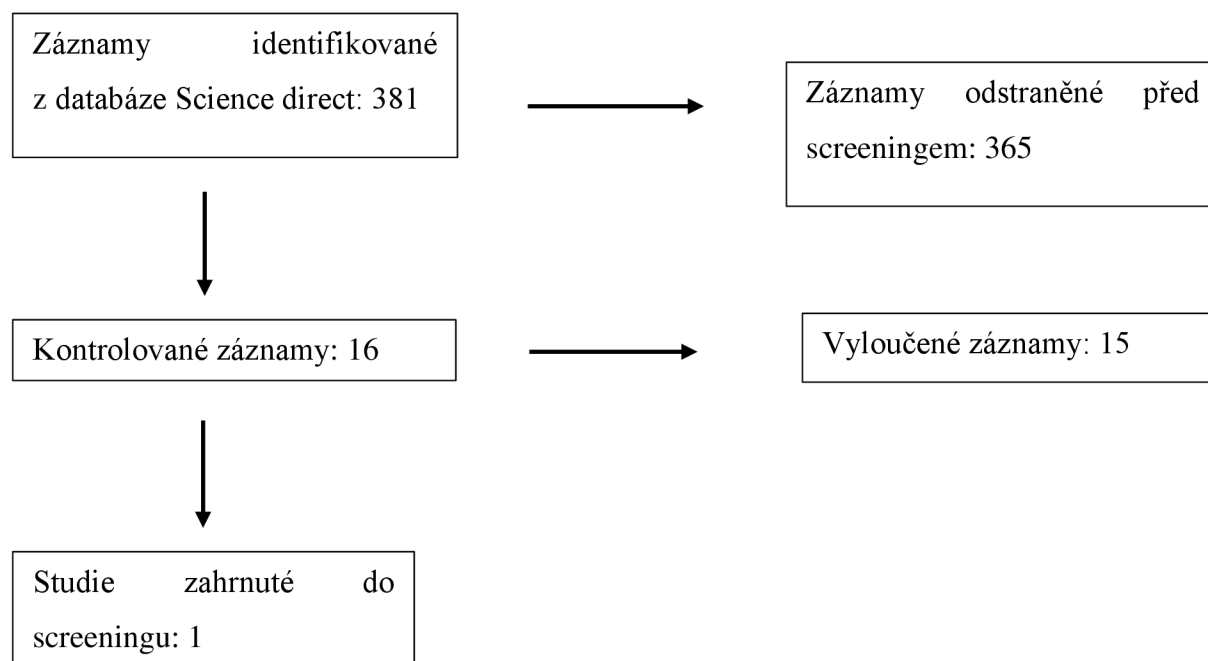
Pro tuto kapitolu své práce jsem využila k vyhledávání databáze Scopus, Science direct a Researchgate. Při hledání, jsem přišla na to, že spousta studií není k dispozici a je k dispozici pouze jejich anotace. Některé studie jsou k dispozici pouze na stránkách prolekare.cz, kam se ovšem mohou přihlásit pouze zdravotníci nebo studenti zdravotnických oborů.

Následující diagram ukazuje, průběh vyhledávání studií v databázi Scopus. Nejdříve jsem si zadala heslo child abuse, které jsem rozšířila o neglect a následně Czech Republic. Z toho mi vyšlo 13 záznamů. Po vyškrtnutí starších studií mi zůstali 7 studií od roku 2014. Z toho jsem nezařadila studii z roku 2014 od Calafata, která se týká evropského kontextu. Také jsem musela vyřadit studii od Kaščákové, která mi bohužel nešla otevřít v PDF. Před kontrolou záznamů jsem také odebrala studii od Košárkové (2020), která se týká religionizity. Následně jsem si přečetla anotace a z důvodu, že nebylo k dispozici PDF, jsem musela vyloučit další 2 záznamy. Z databáze scopus mi tedy zůstala Studie negativních zážitků z dětství od Velemínského (2017) a Násilná úmrtí dětí v rodinách s rizikovým chováním – existuje možnost prevence? od Lemrové (2021).



Jako další jsem využila databázi Science direct. Zde jsem použila stejná klíčová slova jako v databázi Scopus. Ovšem vyjelo mi mnohem více výsledků, které ale nebyly adekvátní k mému tématu. Jelikož mi vyšlo hodně výsledků, po zobrazení všech, jsem si dále nastavila filtr od roku 2015 a název publikace, ve které se studie objevila. V této databázi jsem našla novější studii od Velemínského z roku 2020, ale ta mi bohužel nešla zobrazit. Kromě studie od Glaserové (2020), která se týká Münchhausenova syndromu, o kterém je u nás dle mého málo

informací, proto jsem tuto studii vybrala a popsala v této kapitole, jsem žádné další neshledala jako adekvátní, jelikož se žádná netýkala České republiky.



Při hledání nedostupných PDF v databázi Scopus jsem narazila na Research gate. Kde jsem našla 2 studie, které jsem využila. Jedná se o studii od Podané (2018), která se týká násilí na dětech od roku 1999 a Organizované a rituální zneužívání dětí od Schröderové (2018), které se ovšem netýká ČR, ale jelikož je k němu málo informací, přišlo mi vhodné zmínit výsledky studie. Také jsem zde našla další 2 studie, které jsem ale nevyužila. První, která se týká přístupu sociálních pracovníků OSPOD k řešení rodičovských konfliktů. Tato studie je ovšem z roku 1998, proto jsem jí nevyužila, jelikož si myslím, že přístup pracovníků SPOD se v posledních letech velice změnil. A druhá studie, kterou jsem nevybrala, se týká pornografie a sexuální kriminality v ČR. Tato studie je z roku 2010, což mi také přišlo jako starší studie. Ovšem v této databázi jsem nehledala pomocí klíčových slov. Jelikož jsem hledala studii z jiné databáze, vyšla mi rovnou daná studie, u které se mi poté ukázaly další, podobné studie. Když jsem se snažila v databázi dále hledat, pomocí klíčových slov, kterými byli child abuse, dále rozšířené o neglect a poslední řadě o Czech Republic, zobrazily se mi pouze různé publikace, které ovšem obsahovaly buďto jenom heslo child abuse and neglect, nebo Czech Republic.

Také jsem při hledání narazila na stránky pediatriepropraxi.cz, kde jsem našla článek od Čiháka (2011), který se týká psychické reakci obětí sexuálního násilí. Zde ovšem byly uvedené pouze kazuistiky, ze kterých nevyšli najevo určité výsledky.

Podaná (2016) ve své práci, která se týká výzkumu násilí na dětech v České republice, uvádí, že je oblast násilí mezi sourozenci, rodiči a násilí ze strany rodičů k dětem zanedbávanou

oblastí. Málo kdo toto téma v České republice řeší a ve velké míře je to řešeno mimo veřejný prostor. I přes to, že jsou výzkumy v této oblasti potřebné, protože předkládají krátkodobé i dlouhodobé dopady na děti (Podaná, 2016, [online]).

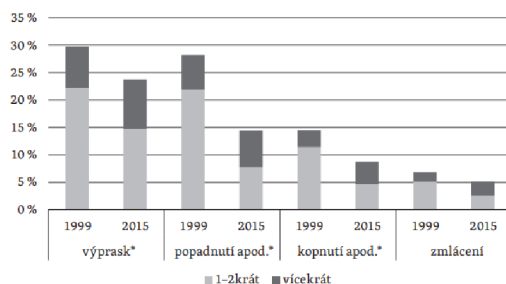
V roce 2015 proběhl výzkum ve 4 největších městech ČR, kterými jsou Praha, Brno, Plzeň a Ostrava (Podaná, 2016, [online]).

Tabulka č. 4 nám ukazuje výsledky výzkumu z roku 2015. Do výzkumu byl zahrnut zhruba stejný počet dívek a chlapců, kteří se setkali s nějakou formou násilí.

	Prevalence		Intenzita (%)				
	Chlapci (%)	Dívky (%)	Celkem (%)	Celkem	1-2x	3-5x	vícekrát
Výprask	23,8	21,3	22,5	341	14,1	4,2	4,2
Facka	34,2	37	35,6	539	24,1	6,3	5,2
Hrubé popadení, strčení, něčím po dítěti hodili	13,3	15,3	14,3	217	9,2	2,4	2,6
Celkem – lehčí formy násilí	42,1	43,9	42,9	653	27,8	8	7,1
Kopnutí či udeření předmětem	7,3	6,5	6,9	105	4,1	1,2	1,6
Zmlácení	4,5	6,7	5,7	86	3,4	0,6	1,6
Celkem – těžší formy násilí	8,9	9,6	9,3	141	5,8	1,4	2

Tabulka 4 Fyzické násilí ze strany rodičů za rok 2015

Jelikož Podaná (2016) se ve svém výzkumu zabývala vývojem násilí na dětech od roku 1999, kdy se výzkum zabýval pouze městem Plzeň, tak pro srovnání uvedla výsledky výzkumu z roku 2015 taktéž z města Plzeň a došla ke zjištění, že násilí v rodinách od roku 1999 mírně pokleslo a to zejména v případech chlapců. Je to způsobeno i tím, že se děti více svěřují. Výjimkou je ovšem sexuální násilí zejména u dívek, kdy se míra ohlášených případů nezměnila (Podaná, 2016, [online]). Přikládám graf pro srovnání roku 1999 a 2015.



Graf 1 Fyzické násilí ze strany rodičů rok 1999 a 2015

Studie z roku 2013, která se zabývala negativními zážitky v dětství v České republice, byla poprvé publikována pod názvem Survey of adverse childhood experiences in the Czech Republic v dokumentech WHO. Původní znění nebylo k dispozici veřejnosti, proto se Velemínský a kol. rozhodli požádat v roce 2017 o povolení k překladu a zveřejnění v Československé pediatrii. Vzorkem výzkumu byli Čeští studenti 5 vysokých škol prvního a druhého ročníku bakalářského studia. Výzkumu se zúčastnilo 1760 respondentů z toho 506 mužů a 1254 žen z čehož bylo do výzkumu zahrnuto 79 dotazníků. Tento výzkum shledává omezení v tom, že vyšší procento respondentů byly ženy, jelikož na fakultách, které byly vybrány při náhodném výběru, studuje více žen a vyšší procento mužů neodevzdalo vyplněný dotazník (Velemínský, 2017, [online]). V tabulce č. 5 předkládám výsledky výzkumu.

Kategorie	Muži (%)	Ženy (%)	Obě pohlaví (%)
Fyzické týrání	18,3	16,7	17,1
Kontaktní pohlavní zneužívání	6,3	6,4	6,4
Psychické týrání	21,9	20,2	20,7
Fyzické zanedbávání	8,1	7,9	8
Patologie rodiny			
Užívání drog	5	4,9	4,9
Abúzus alkoholu	15,2	15,4	15,3
Duševní onemocnění	14,4	13	13,4
Pokus o sebevraždu	3,3	4,2	3,9
Domácí násilí v roli svědka	21,3	22,5	22,1
Uvězněný člen rodiny	1,3	1,4	1,4
Rozvod rodičů/rodiče žijící odděleně	22,1	23,3	23

Tabulka 5 Výskyt negativních zážitků v dětství, 2013

Následující tabulka ukazuje poměr rizikového chování s ohledem na počet prožitých negativních zážitků v dětství. Vychází ze stejného výzkumu jako tabulka uvedená výše. Respondenti jsou tedy vysokoškolští studenti, což znamená, že výsledky nelze převádět na celou společnost (Velemínský, 2017, [online]).

Rizikové chování	Počet negativních zážitků v dětství			
	0	1	2-3	4 a více
Kouření	21,38%	25,29%	27,61%	38,55%
Začátek kouření před 15 rokem	7,07%	7,15%	13,47%	19,27%
Pití alkoholu	83,80%	89,02%	83,67%	83,13%
Užívání nelegálních drog	11,95%	15,27%	23,91%	28,92%
Zahájení pohlavního života v brzkém věku	18,55%	14,31%	26,09%	28,31%
Více než 4 sexuální partneři	25,31%	28,88%	38,26%	58,43%
Tělesná hmotnost nad 85 kg	9,75%	11,93%	11,52%	7,23%
Pokus o sebevraždu	0,63%	0,95%	5,65%	12,05%

Tabulka 6 Zdravotně rizikové chování ve vztahu k počtu negativních zážitků v dětství

Tabulka č. 7 vychází z výzkumu „Násilná úmrtí dětí v rodinách s rizikovým chováním – existuje možnost prevence?“. Pro výzkum byla použita retrospektivní analýza 192 pitevních spisů zemřelých dětí do 5 let věku. Tyto děti zemřeli náhle, neočekávaně a násilně v letech 2007-2016. Ve 41 rodinách se vyskytovalo hostilní chování. Jednalo se o rodiny s rizikovým chováním a sociálně slabší rodiny. V 10 případech probíhalo sociální šetření u rodin před zemřením dítěte, což činí 24% (Lemrová, 2021, [online]).

Tabulka č. 7 nám ukazuje procentuální část rodin, v nichž rodiče užívali návykové látky, ať už se jednalo o alkohol či drogy, v době, kdy dítěti bylo 0-5 let. Přítomnost návykových látek u rodičů, jejichž děti zemřeli do 1 roku života, činí 44% a ve věkové skupině 1-5 let se prokázal 1 případ, což je 16%.

Přítomnost alkoholu	29%
Užívání nelegálních návykových látek	29%
Celkový počet rodin užívajících alkohol a nelegální návykové látky při násilném úmrtí dítěte	44%

Tabulka 7 Přítomnost návykových látek v rodinách u zemřelých dětí 2007-2016

V současné době neexistují v České republice souhrnné platné údaje o násilí na dětech. Pilotní studie poskytují nepřesné a často zavádějící údaje. V současné době se prevenci násilí na dětech

zabývá řada dokumentů, např: Národní koncepce rodinné politiky (MPSV ČR, 2017), Národní strategie ochrany práv dětí 2021-2029 a Národní plán boje proti komerčnímu sexuálnímu zneužívání dětí (MPSV ČR, 2006) (Lemrová, 2021, s. 302, [online]).

Následující tabulka nám ukazuje jaké dopady má Münchausenův syndrom by proxy na děti také, že lze do každé oblasti zařadit, zda se jedná o týrání, zanedbávání či zneužívání. Tudiž jsou v této zvláštní formě syndromu CAN zahrnuty všechny základní formy. Tabulka vychází z „Fabricated or induced illness: From “Münchausen by proxy” to child and family-oriented action“ od Danya Glaser.

Zdraví dítěte a zkušenost se zdravotní péčí	Opakovaná a zbytečná vyšetření	Nemoc vyvolaná otravou, zadržením léků	Fyzické týrání
Vliv na vývoj dítěte a každodenní život	Omezená/přerušená předškolní/školní docházka a běžné aktivity	Dítě má roli nemocného a využívá nepotřebné pomůcky (např. invalidní vozík)	Výchovné a sociální zanedbávání
Psychická a zdravotní pohoda dítěte	Zmatené/úzkostné ohledně svého zdravotního stavu	Možnost vyvinutí psychiatrické poruchy	Citové zneužívání a psychologické týrání

Tabulka 8 Vliv Münchausenoiva syndromu

Pokud na Münchausenův syndrom přijdeme, je potřeba ihned zareagovat a dítě ochránit. K čemuž je potřebný multidisciplinární tým. Stejně jako u ostatních forem je tudiž třeba zahrnout pediatra, komunitní zdravotnictví, vzdělávání a služby na ochranu dětí, které mají za úkol pravidelnou kontrolu a dlouhodobé sledování (Glaser, 2020, [online]).

V této kapitole je možné využít statistiky z MPSV, které uvádějí každý rok OSPOD. V těchto statistikách je uvedený dopad syndromu CAN na děti. Jedná se ovšem pouze o děti, které jsou v evidenci OSPOD. Statistika je uvedena v tabulce č. 3 ve druhé kapitole. Údaje jsou k dispozici na webových stránkách MPSV od roku 2005. Od roku 2015 jsou navíc uváděné údaje o poskytnutí psychologické pomoci obětem. Taktéž jsou zde uváděné údaje o odebrání dětí z péče biologických rodičů. Ty nám ukazuje tabulka č. 2 taktéž ve druhé kapitole.

I přes to, že se ve své práci zabývám Českou republikou, tak právě ta má nízký počet výzkumů v oblasti syndromu CAN. Sice se násilí na dětech dostává stále více do povědomí a jeho řešení

přestává být tabu, ale již proběhlé výzkumy nejsou dostupné pro širokou veřejnost. Při hledání různých studií, mě zaujala jedna z Německa, která se zabývá organizovaným a rituálním zneužíváním dětí, ke kterému máme nedostatek informací. Proto níže přikládám její výsledky.

Schröderová (2018) ve své studii uvádí, že organizované a rituální zneužívání dětí má často kořeny v rodině dítěte. Cílem této studie bylo prozkoumat sociodemografické a klinické charakteristiky osob, které uvádějí zkušenosti s organizovaným a rituálním zneužíváním, a prozkoumat ochranné i podpůrné faktory a symptomy souvisejícími s traumatem. Tento výzkum probíhal v Německu pomocí anonymních online dotazníků a zapojilo se 165 lidí. Do studie se zapojilo poměrně více žen. To si můžeme vyložit tak, že muži se obětí rituálního a organizovaného zneužívání stávají méně často, nebo že ženy vyplňují dotazníky častěji než muži. Dalším vysvětlením může být i to, že ženy častěji vyhledávají pomoc (Schröderová, 2018, [online]).

Následující tabulka nám ukazuje, kolik procent obětí a jaké služby využívají.

	Ano (%)	Ne (%)
Poradentství	64,2	35,8
Ambulantní psychoterapie	95,8	4,2
Ústavní léčba	73,9	26,1

Tabulka 9 Klinická charakteristika obětí

V tabulce č. 10 jsou uvedené psychiatrické poruchy, které byli obětí organizovaného a rituálního zneužívání diagnostikovány.

Psychiatrické poruchy	Diagnostikováno během života (%)	Diagnostikováno v současné době (%)
Depresivní porucha	87,3	51,5
Komplexní posttraumatická stresová porucha	84,8	53,9
Disociativní porucha identity	83,6	78,8
Posttraumatická stresová porucha	73,9	23,6
Porucha příjmu potravy	62,4	24,2
Disociativní porucha	51,5	18,2
Generalizovaná úzkostná porucha	42,4	10,9
Hraniční porucha osobnosti	42,4	4,8

Tabulka 10 psychiatrické poruchy diagnostikované zdravotnickými pracovníky

5 Shrnutí

Do výzkumů se nejčastěji zapojují ženy. Je nutné si tedy položit otázku, zda jsou výzkumy relevantní. V České republice není k dispozici dostatek výzkumů ohledně syndromu CAN a jeho dopadů na děti. I přes to, že Podaná (2016) uvádí, že výzkumy na toto téma jsou velice důležité, abychom měli ponětí o tom, jak syndrom CAN působí na děti ať už krátkodobě či dlouhodobě (Podaná, 2016, [online]).

O počtu odebraných dětí v důsledku syndromu CAN informuje OSPOD pomocí každoročních výkazů o sociálně-právní ochraně dětí. V těchto výkazech je taktéž uveden počet dívek, které v důsledku sexuálního zneužívání otěhotněly, počet zemřelých dětí, děti trpících posttraumatickou stresovou poruchou, hospitalizovaných a těch, kterým byla poskytnutá psychologická pomoc. Výkazy jsou dostupné na webových stránkách MPSV, je v nich rozepsaný počet chlapců a dívek, ve své práci v tabulkách č. 1, 2 a 3 jsem uváděla celkový počet. Nejčastěji je těmto dětem poskytována psychologická pomoc, od roku 2010 se značně snížil počet dětí s posttraumatickou stresovou poruchou. Počet dětí, které byly hospitalizované, kolísá, stejně tak jako počet dětí s tělesným poškozením. Od roku 2010 do roku 2020 zemřelo průměrně 7 dětí za rok v důsledku syndromu CAN a průměrně otěhotnělo 39 dívek za rok.

Pokud se podíváme na násilí na dětech, tak neexistují žádné legitimní studie. Studie začínají být prováděné, ale prozatím ukazují nepřesné a zavádějící výsledky (Lemrová, 2021, s. 302, [online]). Násilí na dětech je ovšem řešeno v řadě dokumentů, kterými jsou např. Národní koncepce rodinné politiky, Národní strategie ochrany práv dětí 2021-2029 a Národní plán boje proti komerčnímu sexuálnímu zneužívání dětí (Lemrová, 2021, s. 302, [online]).

Ze studie z roku 2013, kterou přeložil a dal k dispozici široké veřejnosti Velemínský (2017) vychází, že rizikové chování u dětí se zvyšuje počtem negativních zážitků, ale např. míra dětí s váhou nad 85 kg v dětství je při více negativních zážitcích nižší než s žádným. Z této studie, také vyšlo najevo, že míra mezi týranými, zanedbávanými a zneužívanými chlapci není v podstatě o mnoho nižší než u dívek (Velemínský, 2017, [online]).

Z výsledků výzkumu o dopadech Münchhausenova syndromu by proxy, vychází najevo, že se v této zvláštní formě vyskytuje týrání, zanedbávání i zneužívání. Kdy jsou tyto děti opakovaně vystavovány zbytečným lékařským vyšetřením, rodiče jim nepodávají léky, nebo naopak podávají v nadbytečném množství. Jsou sociálně izolovány, mnohdy nechodí ani do školy a přebírají roli nemocného, kdy ke své nemoci mohou využívat i zdravotnické pomůcky, které

ovšem nejsou potřebné. U těchto dětí se může rozvinout psychická porucha, jsou zmatené a úzkostné ohledně svého zdravotního stavu (Glaser, 2020, [online]).

Schröderová (2018) ve své studii o organizovaném a rituálním zneužívání uvádí, že tato forma má často kořeny zakotvené v rodině. Velkému procentu obětí tohoto zneužívání byla během života diagnostikována psychiatrická porucha. Nejčastěji se jednalo o depresivní poruchu a hned v závěsu byla komplexní posttraumatická stresová porucha a disociativní porucha identity. Obětem byla nejčastěji poskytnutá ambulantní psychoterapie, kterou nepodstoupilo jen cca 4% obětí.

Z mého pohledu je tato problematika v České republice stále nedostatečně řešená a mělo by se jí věnovat více pozornosti, zaměřit se na různé studie, které by se věnovali důsledkům syndromu CAN, zmapovali současnou situaci a postavení sociálních pracovníků k této problematice. Také by díky studiím byli více informovaní pedagogové, kteří by věděli jak s těmito dětmi spolupracovat.

6 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo pomocí rešerše již provedených výzkumů zanalyzovat jaký dopad má syndrom CAN na děti a jak je tato problematika v České republice řešena. Ohroženým dětem se věnují orgány sociálně-právní ochrany dětí, které vytvářejí multidisciplinární tým společně s pediatry, pedagogy, psychology a dalšími sociální pracovníky z neziskového sektoru. V takovýchto rodinách je důležitá včasná intervence, poskytnutí psychologické podpory dětem trpícím syndromem CAN, ale mnohdy i odebrání dítěte z biologické rodiny. S rodinami se pracuje pomocí sanace rodiny, která zahrnuje případové konference. Ovšem sanace rodiny není ukotvená v zákoně. Dále jsou zajišťovány krizové intervence, které jsou buďto ambulantní nebo telefonické. Krizová intervence může být poskytována anonymně. Proto jsou nejvíce využívány linky důvěry. Je ovšem důležité při telefonické intervenci věnovat pozornost všem hovorům, neboť si volající může nejdříve několika hovory testovat, zda se může svěřit.

Dopady na děti jsou různé od přebírání rodičovské role přes psychickou deprivaci a narušení zdravého vývoje dítěte, může docházet i k posttraumatické stresové poruše. V rámci syndromu CAN je i nízká pravděpodobnost, že na následky může dítě zemřít. Důležitou roli v dopadech syndromu CAN hraje, jakou formou je dítě ohrožováno. Může se jednat o jednu ze čtyř základních forem, kterými jsou tělesné týrání, psychické týrání, zneužívání a zanedbávání, nebo o některou ze zvláštních forem, do kterých patří Münchausenův syndrom by proxy, Rituální zneužívání, sexuální turismus, organizované zneužívání dětí a systémové týrání neboli sekundární viktimizace. Taktéž záleží na věku dítěte a jeho psychické odolnosti. U každého dítěte se následky budou projevovat různě. Také záleží na tom, kolik negativních zkušeností během dětství prožijí.

Výzkumů na toto téma v České republice není zpracováno mnoho a často nejsou dostupné široké veřejnosti, i přes to, že Podaná (2016) tvrdí, že jsou výzkumy z této oblasti velice potřebné, protože předkládají krátkodobé i dlouhodobé následky (Podaná, 2016, [online]).

Ze statistik uváděných OSPOD, které poskytuje MPSV se dozvídáme kolik ohrožených dětí syndromem CAN je v evidenci OSPOD, jaký dopad na děti syndrom CAN má, kolika dětem je poskytována psychologická podpora, kolik dětí je v důsledku syndromu CAN odebráno z biologické rodiny a kam je následně umístěné. Od roku 2010 se počet odebraných dětí z biologické rodiny značně zvýšil, ale zvýšil se i evidovaný počet případů. Což si můžeme vyložit, tak, že je těmto dětem věnováno stále více pozornosti a jejich situace je řešena

Bibliografie

BECHYŇOVÁ, Věra. 2007. Syndrom Can a způsob péče o rodinný systém. Praha: IREAS, Institut pro strukturální politiku, o.p.s. ISBN 978-80-86684-47-5.

BECHYŇOVÁ, Věra. 2012. Případová konference: praktický průvodce pro práci s ohroženou rodinou. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0181-6.

BECHYŇOVÁ, Věra, KONVIČKOVÁ, Marta. 2020. Sanace rodiny. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1624-7.

DUNOVSKÝ, Jiří, DYTRYCH, Zdeněk, MATĚJČEK, Zdeněk. (eds.) 1995. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-192-5.

ELLIOTOVÁ, Michele. 1995. Jak ochránit své dítě. Praha: Portál. ISBN 80-7178-157-6.

FISCHER, Slavomír, ŠKODA, Jiří. 2009. Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2781-3.

GJURIČOVÁ, Šárka, KUBIČKA, Jiří. 2009. Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2390-7.

GLASER, Danya. 2020. Fabricated or induced illness: From “Munchausen by proxy” to child and family-oriented action. [online] [Cit. dne 2022. 03. 12.] Dostupné z <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213420303045>

HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. 2015. Psychologický slovník. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0873-0.

HOFERKOVÁ, Stanislava, ŠVRČINOVÁ, Linda. 2009. Téma kapitoly: Syndrom CAN. Projekt FRVŠ č. 648/2009/G5. [online] [Cit. 2022. 02. 12.] Dostupné z https://www.ospod.cz/e_download.php?file=data/editor/16cs_2.pdf&original=Syndrom_CAN_text.pdf

HURYCHOVÁ, Eva. 2021. Sociální práce s rodinou aneb sanace rodiny [online] [Cit. 2022. 02. 12.] Dostupné z <https://sancedetem.cz/socialni-prace-s-rodinou-aneb-sanace-rodinyhttps://sancedetem.cz/socialni-prace-s-rodinou-aneb-sanace-rodiny>

CHRENKOVÁ, Monika. 2015. Studijní opora: Sociální práce s rodinou. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7464-809-0. [online] [Cit. 2022. 02. 17] Dostupné z <https://dokumenty.osu.cz/fss/publikace/socialni-prace-s-rodinou.pdf>

- KRATOCHVÍL, Stanislav. 2000. Manželská terapie. Praha: Portál. ISBN 80-7178-332-3.
- LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. 2006. Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishing s.r.o. ISBN 978-80-247-1284-0.
- LANGMEIER, Josef, MATĚJČEK, Zdeněk. 1974. Praha: Avicem, zdravotnické nakladatelství. ISBN 08-049-74.
- LEMROVÁ, Adéla, OLECKÁ, Ivana, IVANOVÁ, Kateřina. 2021. Children's violent deaths in families at risk – is there any possibility of prevention?. [online] [Cit. dne 2022. 03. 12.] Dostupné z https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85124485613&origin=resultslist&sort=plf-f&featureToggles=FEATURE_NEW_DOC_DETAILS_EXPORT:1
- MALÁ, Eva, RABOCH, Jiří, SOVÁK, Zdeněk. 1995. Sexuálně zneužívané děti. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-99-9.
- MATĚJČEK, Zdeněk, 1992. Dítě a rodina v psychologickém poradenství. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. ISBN 80-04-25236-2.
- MATĚJČEK, Zdeněk. 2005. Výbor z díla. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1056-6.
- MATĚJČEK, Zdeněk, DUNOVSKÝ, Jiří. 2004. Raný psychický vývoj dítěte. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0877-4.
- MATOUŠEK, Oldřich, PAZLAROVÁ, Hana. 2014. Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny v kontextu plánování péče. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0522-7.
- MATOUŠEK, Oldřich, PAZLAROVÁ, Hana a kol. 2014. Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0697-2.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. 2007. Základy sociální práce. Praha: Portál. ISBN 978-80-7376-331-4.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. 2016. Úmluva o právech dítěte a související dokumenty. ISBN 978-80-7421-120-1. [online] [Cit. 2022. 02. 11.] Dostupné z <https://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/vybory/pro-prava-ditete/Preklady-dokumentu-OSN.pdf>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Č.j. MPSV 2020-24416. Syndrom CAN u dětí statistika. [online] [Cit. 2022.02.18] Dostupné z <https://www.mpsv.cz/-/c-j-mpsv-2020-24416-syndrom-can-u-deti-statistika>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Statistiky SPOD. [online] [Cit. 2022. 02. 18.] Dostupné z <https://www.mpsv.cz/statistiky-1>

MUFSONOVÁ, Susan, KRANZOVA, Rachel. 1996. O týrání a zneužívání. Praha: NLN, s.r.o. ISBN 80-7106-194-8.

MYDLÍKOVÁ, Eva, SLANÝ, Jaroslav, KOVÁČOVÁ, Mariana. 2021. Diagnostika syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Praha: Portál. ISBN 978-80-62-1834-0.

PEMOVÁ, Terezie, PTÁČEK, Radek. 2016. Zanedbávání dětí: příčiny, důsledky a možnosti hodnocení. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5695-0.

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

PODANÁ, Zuzana. 2016. Násilí na dětech – současná situace v ČR a vývoj od roku 1999. [Online] [Cit. 2022. 03. 10.] Dostupné z https://www.researchgate.net/publication/327895050_Nasili_na_detech-soucasna_situace_v_CR_a_vyvoj_od_roku_1999

PÖTHER, Petr. 1996. Dítě v ohrožení. Praha: G plus G. ISBN 80-901896-5-2.

RŮŽIČKA, Michal a kolektiv. 2013. Krizová intervence pro speciální pedagogy. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3305-9.

SCHRÖDER, Johanna, NICK, Susanne, RICHTER-APPELT, Herta, BRIKEN, Peer. Psychiatric Impact of Organized and Ritual Child Sexual Abuse: Cross-Sectional Findings from Individuals Who Report Being Victimized. [Online] [Cit 2022. 03. 17.] Dostupné z https://www.researchgate.net/publication/328647987_Psychiatric_Impact_of_Organized_and_Ritual_Child_Sexual_Abuse_Cross-Sectional_Findings_from_Individuals_Who_Report_Being_Victimized

SOBOTKOVÁ, Irena. 2007. Psychologie rodiny. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367_250-8.

SOS vesničky. Co děláme – okamžitá pomoc dětem. [online] [Cit. 2022. 02. 016]. Dostupné z <https://www.sos-vesnicky.cz/co-delame/detail/okamzita-pomoc-detem/>

STANĚK, Antonín. 2006. Násilí páchané na dětech. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1430-9.

ŠEVČÍK, Drahomír, ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. 2011. Domácí násilí: kontext, dynamika, intervence. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-690-2

VÁGNEROVÁ, Marie. 2012. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.

VANÍČKOVÁ, Eva, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana, PROVAZNÍK, Kamil, SPILKOVÁ, Jana. 1999. Sexuální násilí na dětech: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním postižením. Praha: Portál. ISBN 80-7178-286-6.

VELEMÍNSKÝ, Miloš, Sr., VELEMÍNSKÝ, Miloš, Jr., ROST Michael, SAMKOVÁ Jana, SAMEK, Jakub, SETHI, Dinesh. 2017. Studie negativních zážitků z dětství (ACE) v České republice. [online] [cit. 2022 03. 12.]. Dostupné z https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/598792/mod_resource/content/1/Veleminsky_Studie%20negativnich%20zazitku%20z%20detstvi_2017.pdf

VODÁČKOVÁ, Daniela. 2012. Krizová intervence. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0212-7.

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí

7 Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1 MPSV, roční výkaz o výkonu SPOD, 2010-2020.....	25
Tabulka 2 MPSV, roční výkaz o výkonu SPOD.....	26
Tabulka 3 MPSV, roční výkaz o výkonu SPOD za rok 2010-2020, dopad na dítě	26
Tabulka 4 Fyzické násilí ze strany rodičů za rok 2015	38
Tabulka 5 Výskyt negativních zážitků v dětství, 2013	39
Tabulka 6 Zdravotně rizikové chování ve vztahu k počtu negativních zážitků v dětství	40
Tabulka 7 Přítomnost návykových látek v rodinách u zemřelých dětí 2007-2016.....	40
Tabulka 8 Vliv Münchausenova syndromu	41
Tabulka 9 Klinická charakteristika obětí	42
Tabulka 10 psychiatrické poruchy diagnostikované zdravotnickými pracovníky	42
Graf 1 Fyzické násilí ze strany rodičů rok 1999 a 2015.....	38

Anotace

Cílem této bakalářské práce je zanalyzovat pomocí již provedených výzkumů jaký vliv má na dítě syndrom CAN a jak je tato problematika řešena v České republice z pohledu sociální práce. Bakalářská práce je zaměřena na rešerši výzkumů a statistických údajů z výkazů o sociálně-právní ochraně dětí, které předkládají nejen dopady syndromu CAN na děti, které má OSPOD v evidenci, ale i počet dětí ohrožených týráním, zneužíváním a zanedbáváním.

Klíčová slova: Syndrom CAN, Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, sociálně-právní ochrana dětí, sociální pracovník, OSPOD

Annotation

The aim of this bachelor thesis is to analyse the impact of CAN syndrome on the child and the way of dealing with this issue in the Czech Republic from the perspective of social work with the help of already conducted research. The bachelor thesis focuses on research and statistical data from the reports on social protection of children, which present not only the impact of CAN syndrome on children who are registered with the OSPOD, but also the number of children at risk of abuse, exploitation and neglect.

Translated with www.DeepL.com/Translator (free version)

Key words: CAN Syndrome, Battered, Abused and Neglected Child Syndrome, social and legal protection of children, social worker