TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická

Multidisciplinární pohled při řešení syndromu CAN v dětském centru

Bakalářská práce

Studijní program:	B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciální pedagogika pro vychovatele
Autor práce:	**Eliška Medková**
Vedoucí práce:	Mgr. Jan Kašuba Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Liberec 2021

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická

Zadání bakalářské práce

Multidisciplinární pohled při řešení syndromu CAN v dětském centru

Jméno a příjmení: **Eliška Medková**
Osobní číslo: P18000192
Studijní program: B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika pro vychovatele
Zadávající katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky
Akademický rok: **2019/2020**

Zásady pro vypracování:

Cíl bakalářské práce: Cílem práce je zjistit a vysledovat metody pracovníků dětského centra užívané při práci s dětmi se syndromem CAN.
Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.
Metody: Dotazník.
Při zpracovávání bakalářské práce budu postupovat v souladu s pokyny vedoucího práce.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Forma zpracování práce: tištěná/elektronická
Jazyk práce: Čeština

Seznam odborné literatury:

HANUŠOVÁ, J., 2006. *Násilí na dětech, syndrom CAN*. 1.vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-86991-78-4.
LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J., 2010. *Dětská psychoterapie.* 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-710-7.
MATOUŠEK, O., 2008. *Metody a řízení sociální práce.* 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-502-8.
ŠPECIÁNOVÁ, Š., 2003. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte.* 1. vyd. Praha: LINDE. ISBN 80-86131-44-0.
PÖTHE, P., 1996. *Dítě v ohrožení.* 1. vyd. Praha: G plus G. ISBN 80-901896-5-2.

Vedoucí práce: Mgr. Jan Kašuba
Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání práce: 2. dubna 2020
Předpokládaný termín odevzdání: 30. dubna 2021

L.S.

prof. RNDr. Jan Picek, CSc.
děkan

Ing. Zuzana Palounková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 2. dubna 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

12. července 2021 Eliška Medková

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala panu Mgr. Janu Kašubovi za jeho odborné vedení, cenné rady a ochotu, které mi věnoval při zpracování této bakalářské práce. Dále bych také ráda poděkovala Dětskému centru Liberec za umožnění realizace praktické části bakalářské práce.

Anotace:

Tato bakalářská práce nesoucí název „Multidisciplinární pohled při řešení syndromu CAN v dětském centru“ se zabývala činností pracovníků v dětském centru jejich metodami a technikami využívané při práci s těmito dětmi. Cílem bakalářské práce bylo zjistit jaké metody pracovníci využívají nejvíce, které jsou k dětem nejšetrnější, které pracovníkům chybějí a následně navrhnout opatření. V teoretické části byla pomocí odborných pramenů postupně popsána témata postavení dítěte ve společnosti, syndrom CAN, jeho formy a následky, sociální pracovník v souvislosti se syndromem CAN, metody užívané při práci se syndromem CAN a dětské centrum Liberec. V praktické části byly pomocí dotazníkového šetření vysledovány nejčastěji užívané metody, nejoblíbenější metody dětmi, nejšetrnější metody užívané pracovníky dětského centra Liberec při práci s dětmi se syndromem CAN.

Klíčová slova: syndrom CAN, týrání, zneužívání, zanedbávání, metody práce, techniky práce, sociální pracovník, multidisciplinární přístup

Annotation:

This bachelor's thesis entitled "Multidisciplinary view in solving the CAN syndrome in the children's center" dealt with the activities of workers in the children's center by their methods and techniques used in working with these children. The aim of the bachelor's thesis was to find out which methods workers use the most, which are the gentlest for children, which workers lack, and then to propose measures. In the theoretical part, the topics of the child's position in society, CAN syndrome, its forms and consequences, social worker in connection with CAN syndrome, methods used in working with CAN syndrome and the children's center Liberec were gradually described with the help of professional sources. In the practical part, the most frequently used methods, the most popular methods by children, the gentlest methods used by the staff of the Liberec Children's Center, but also methods that workers lack when working with children with CAN syndrome were traced using a questionnaire survey.

Keywords: CAN syndrome, abuse, neglect, methods of work, work techniques, social worker, multidisciplinary approach

Obsah

Úvod 12
1 TEORETICKÁ ČÁST 13
1.1 Dítě a jeho postavení ve společnosti 13
1.1.1 Pojem dítě 13
1.1.2 Postavení dítěte ve společnosti 13
1.1.3 Sociálně – právní ochrana dětí 14
1.1.4 Dítě jako oběť násilí 15
1.2 Syndrom CAN 16
1.2.1 Definice 16
1.3 Formy syndromu CAN 17
1.3.1 Týrání 17
1.3.2 Systémové týrání 19
1.3.3 Zneužívání 20
1.3.4 Sexuální zneužívání 20
1.3.5 Komerční zneužívání dětí 21
1.4 Zanedbávání 22
1.5 Následky syndromu CAN 24
1.6 Sociální pracovník při řešení syndromu CAN 26
1.7 Metody a přístupy při práci se syndromem CAN 27
1.7.1 Rozhovor a komunikace jako nástroj pracovníka 27
1.7.2 Hra jako nástroj pracovníka 28
1.7.3 Výtvarné činnosti jako nástroj pracovníka 31
1.7.4 Hudba jako nástroj pracovníka 33
1.7.5 Tanec jako nástroj pracovníka 34
1.7.6 Volba vhodné metody 36
1.7.7 Dětské centrum Liberec 37
2 PRAKTICKÁ ČÁST 39
2.1 Cíl průzkumu 39
2.2 Metodologie průzkumu 39
2.3 Popis zkoumaného vzorku a prostředí průzkumu 39
2.4 Průběh průzkumu 40

2.5 Hlavní průzkumné otázky 40
2.6 Průzkumná zjištění 41
2.7 Shrnutí výsledků praktické části 58
2.8 Diskuse 59
Závěr 61
Seznam použitých zdrojů 62
Seznam příloh 66
Přílohy 67

Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1 Nejvyšší dosažené vzdělání 41
Tabulka 2 Věkové kategorie dětí 42
Tabulka 3 Nejčastější důvody přijetí dítěte dle pracovníků 42

Graf 1 Délka praxe pracovníků v dětském centru Liberec 41
Graf 2 Nejčastější formy CAN, se kterými se pracovníci setkávají 43
Graf 3 Nejobtížnější oblasti dětí se syndromem CAN dle pracovníků dětského centra 44
Graf 4 Nejvyužívanější metody pracovníků při práci s dětmi se syndromem CAN - Paprsek 45
Graf 5 Nejvyužívanější metody pracovníků při práci s dětmi se syndromem CAN - dětský domov 45
Graf 6 Důvod volby metody dle pracovníků dětského centra Liberec 46
Graf 7 Nejčastější typ metody pracovníků dětského centra Liberec 47
Graf 8 Míra užívání diagnostické metody v dětském centru Liberec 47
Graf 9 Míra užívání terapeutické metody v dětském centru Liberec 48
Graf 10 Metody preferované dětmi - Paprsek 49
Graf 11 Metody preferované dětmi - dětský domov 49
Graf 12 Důvod oblíbenosti metody dětmi 50
Graf 13 Nejšetrnější metody k dětem – Paprsek 50
Graf 14 Nejšetrnější metody k dětem – dětský domov 51
Graf 15 Nejefektivnější metoda dle pracovníků dětského centra Liberec 52
Graf 17 Nejméně efektivní metoda dle pracovníků z oddělení Paprsek 53
Graf 18 Nejméně efektivní metoda cle pracovníků z oddělení dětský domov 53
Graf 19 Typ práce 54
Graf 20 Preferovaný typ práce pracovníky dětského centra Liberec 55
Graf 21 Nejčastější materiální pomůcky využívané pracovníky dětského centra Liberec 55
Graf 22 Chybějící metody 56
Graf 23 Metody, které pracovníkům chybějí - Paprsek 57
Graf 24 Metody, které pracovníkům chybějí - dětský domov 57
Graf 25 Metody, které chybějí pracovníkům z dětského centra Liberec 58

Seznam zkratek

Syndrom CAN – Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

PSPT – Posttraumatická stresová porucha

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

ČSFR – Česká a Slovenská Federativní Republika

Úvod

Statistiky MPSV evidují, že počet případů týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí od roku 2017 v tuzemsku každoročně narůstá zhruba o deset procent. Více než dvacet procent dětí dále nutně potřebuje další následnou odbornou péči. Na následek týrání, zneužívání a zanedbávání pak každý rok v České republice umírá zhruba sedm dětí. (Ministerstvo práce a sociálních věcí 2021). Toto jsou již zjištěná čísla a statistiky, bohužel nelze vyloučit, že některé případy se ani nepodaří odhalit a počet je ve skutečnosti vyšší, než zde uvádím. Během své praxe v dětském centru jsem se setkala nespočetněkrát se syndromem CAN, měla jsem možnost vidět jednotlivé přístupy a metody v praxi a aktivně jsem se podílela na péči o takovéto děti. Viděla jsem, jak se děti postižené syndromem CAN chovají, jaké to na ně mělo následky a čím více jsem se dostávala do hloubky tohoto tématu, tím více mě zajímala otázka metod práce a přístupu k takovýmto dětem. Jak k tomuto dítěti přistupovat? Jaký nástroj může pracovník použít pro svou práci a přiblížení se k dětem? Tato subjektivní zkušenost mi byla i velkou motivací k sepsání mé bakalářské práce nesoucí název Multidisciplinární pohled při řešení syndromu CAN v dětském centru, jelikož na základě výše uvedených skutečností se domnívám, že syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte je neustále aktuální a zaslouží si naši pozornost.

Ve své bakalářské práci jsem se rozhodla věnovat syndromu CAN z pohledu pracovníků v dětském centru Liberec. Teoretická část je věnována tématům dítě a jeho postavení ve společnosti, syndrom CAN, formy syndromu CAN a jeho následky. Následně pak také s ohledem na cíl mé práce jsem ve stručnosti uvedla sociálního pracovníka v souvislosti se syndromem CAN a metody používané při práci s týranými, zneužívanými a zanedbávanými dětmi. V neposlední řadě jsem také představila dětské centrum jako ústavní zařízení, ve kterém se dítě se syndromem CAN nachází.

Cílem praktické části práce bylo pomocí dotazníkové metody zjistit edukační metody pracovníků při práci s dětmi se syndromem CAN. Smyslem této práce bylo zjistit a vysledovat multidisciplinární pohled při řešení CAN optikou pracovníků ve vybraném sociálním zařízení, kdy na základě získaných dat: jaké metody konkrétně při práci s dětmi používají, jak s dětmi pracují, jakými formami práce děti procházejí, co by pracovníci při práci s dětmi sami uvítali, které metody by chtěli pracovníci vyzkoušet či vykonávat, jaké metody jsou podle pracovníků nejlepší, nejoblíbenější, nejefektivnější, nejšetrnější, tím zmapovat všechny metody práce s dětmi užívané v dětském centru Liberec a navrhnout opatření pro zlepšení práce s těmito dětmi.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Dítě a jeho postavení ve společnosti

První kapitola pojednává o postavení dítěte ve společnosti, jeho sociálně-právní ochraně, ale také jako o oběti násilí. Vzhledem k tomu, že v celé práci pracuji s pojmem „dítě“, tím vymezují, co si právě pod pojmem „dítě“ lze představit.

1.1.1 Pojem dítě

Nejzákladnějším rozdělením, když se řekne pojem dítě, je časové období, tedy rozdělení dle věku. Pedagogický slovník popisuje dítě, jako lidského jedince v životní fázi od narození do období adolescence (Průcha aj. 2013, s. 55).

Na pojem dítě se dá nahlížet z různých rovin. Soudnictví se opírá o zákony, mezi zásadní z nich lze zmínit například zákon č. 359/1991 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, který říká, že dítětem se rozumí každá nezletilá osoba. Zákona č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže vymezuje pojem „dítě“ pomocí věkového rozmezí, kdy se dítětem rozumí osoba, která nedovršila 15 let věku a mladistvým je osoba, která dovršila 15 let věku a nepřekročila 18 let věku (Sagit 2021).

1.1.2 Postavení dítěte ve společnosti

Postavení dítěte ve společnosti prošlo mnoha změnami a vývojem. Z historie víme, že s dítětem bylo velmi často nakládáno jako s bezprávným subjektem, mnoho dětí končilo jako nechtěné a často bylo odsouváno na okraj. Můžeme tedy tvrdit, že současnost je opakem minulosti, tedy orientovaná na dítě a jeho potřeby. „*Dnešní naše společnost vyrůstající z tzv. západní civilizace je nepochybně pedocentrická, tj. na děti zaměřená, děti chránící, děti vysoce hodnotící“* (Matějček In Dunovský aj. 1995. s. 25).

Dítě dnes, stejně tak jako v minulosti je závislé na dospělé osobě, kdy můžeme tvrdit, že tento vztah dítě – dospělý, bude vždy tak trochu nerovný, neboť v případě zneužití moci, kterou dospělý nad dítětem má, se dítě není schopno bránit (Pöthe 1999, s. 16). Pöthe (1999, s. 16) dále tvrdí, že „*moc dospělého se uplatňuje přímo v rámci rodiny nepřímo prostřednictvím*

státu. Politika státu vůči dětem vychází z kulturních a náboženských tradic, vlastní ideologie a v případě demokratických států z respektování aktuální vůle občanů.“

Lze říci, že celkově zájem o dítě, jeho výchovu a vzdělávání vzrostl. Současně je zde i snaha o rozšíření informací do širší laické společnosti a osvětou vzdělávat i o problematice spojenou s násilím na dětech. Naproti tomu v porovnání s minulostí stoupá počet dětí vychovávaných například v neúplných rodinách, tedy i výchova dítěte z tradičního pohledu se mění. Jak uvádí Vaníčková (1995, s. 11) „*rodina v celé své historii prošla rozmanitým vývojem, posledních 40 až 50 let je vývoj rodiny (otázkou zůstává, nejedná-li se pouze o chápání pojmu rodina) dramatický: přibývá plánovaných rodin s jedním rodičem, rodiny rozdělené v důsledku rozchodu nebo rozvodu, doplněné rodiny novým sňatkem, dvojice homosexuálů s dětmi apod.“*

Na pojem dítě můžeme také nahlížet z právního hlediska, kdy se o jeho ukotvení v zákoně opírá i jeho ochrana.

1.1.3 Sociálně – právní ochrana dětí

Jak jsem již zmínila výše, v kontextu sociálně – právní ochrany dětí hovoříme o všech věkových skupinách od 0 do 18 let. Dítě má v dnešní společnosti stejná práva jako dospělý člověk, čemuž nám může být důkazem Úmluva o právech dítěte z roku 1989 přijatá Spojenými státy. V ČSFR pak byla tato Úmluva ratifikována roku 1991, přičemž přešla platnost na Českou republiku dnem rozdělení republiky (Vaníčková, 1995, s. 6).

Úmluvě o právech dítěte pak předcházela Ženevská deklarace práv dítěte z roku 1924 a také Charta práv dítěte z roku 1959. Toto století je tak tedy právem nazýváno století dítěte, neboť na dosud opomíjené a přehlížené násilí na dětech bylo nahlíženo s větší pozorností (Vaníčková, 1995, s. 5).

Mezi zákony vztahující se k právům dítěte řadíme zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí a je zajišťována orgány jimiž jsou obecní úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností, krajské úřady, Ministerstvo práce a sociálních věcí a Úřad pro mezinárodně-právní ochranu dětí (Špeciánová 2007, s. 10–11).

Dále pak ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, kdy můžeme uvést například způsobilost každého mít práva, právo na život, právo nebýt podroben mučení ani krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestu, právo nebýt podroben nuceným pracím nebo službám, či právo na zachování lidské důstojnosti (Špeciánová 2007, s. 8–9).

Hlava IV. LZPS, která se vztahuje k hospodářskému, kulturnímu a sociálnímu právu, říká, že *rodičovství a rodina jsou pod ochranou zákona. Zvláštní ochrana dětí a mladistvých je zaručena a péče o děti a jejich výchova je právem rodičů; děti mají právo na rodičovskou*

výchovu a péči. Práva rodičů mohou být omezena a nezletilé děti mohou být od rodičů odloučeny proti jejich vůli jen rozhodnutím soudu na základě zákona (zákon č. 2/1993 Sb., Základní listina práv a svobod, hl. IV., čl. 32, odst. 1, 4).

Již zmiňovaná Úmluva o právech dítěte, která zaštiťuje základní práva dítěte říká, že státy, které jsou smluvními stranami Úmluvy tak bez jakékoliv diskriminace, barvy pleti, rasy, národnosti, náboženského vyznání či sociálního původu „*se zavazují respektovat a zabezpečit práva stanovená touto Úmluvou každému dítěti nacházejícímu se pod jejich jurisdikcí"* (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2021).

Právní ochrana dítěte je tedy vyjadřována třemi činiteli a těmi jsou dítě, rodiče a stát. Rodina a rodiče jako takoví mají právo na výchovu dítěte, nesou odpovědnost za jeho vývoj a řádnou výchovu a předním smyslem péče je zájem a blaho dítěte, přičemž dítě je nositelem práv, které může vykonávat samo. Stát je potom složka, která dohlíží na správnost této výchovy a vývoj, hájí zájem dítěte a má povinnost chránit dítě před týráním, zneužíváním a zanedbáváním (Vaníčková 1995, s. 10–11).

Bohužel, jak již tušíme, práva dítěte nemusí být vždy naplněna. Níže tedy představím situaci, kdy se dítě stává objektem násilí.

1.1.4 Dítě jako oběť násilí

Na úvod bych měla definovat, kdo a za jakých okolnosti se stává obětí. Heretik In Sochůrek a Sluková (2013, s. 20) udává, že „*osobnost se stává obětí, když je objektivně narušeno její právo a je to subjektivně prožíváno s nevolí a bolestí."*

Hovoříme-li o situaci, kdy se dítě stává obětí násilí, tedy z hlediska práva trestného činu, hovoříme o procesu viktimizace. Je to děj, který v důsledku poškozuje dítě a vytváří mu rány jak fyzické, tak ale i psychické. Z psychologického pohledu se viktimizace nevztahuje pouze na samotný, přímý útok na dítě ale i na procesy a událostmi s útokem spojenými. Dále zde můžeme rozdělit, zdali je dítě přímou nebo nepřímou obětí násilí. Pod pojmem nepřímé oběti násilí si lze představit dítě, které je svědkem násilí, tudíž není přímým terčem, ale například vidí či slyší týrání své matky, což jinak také můžeme nazývat psychickým týráním dítěte (Čírtková 2004. s. 116).

Ať už přímá či nepřímá viktimizace má dopad na dítě v nejrůznějších oblastech osobnosti, fyzické či psychické stránce a narušuje jeho vývoj. Problematiku násilí páchané na dětech je odborně souhrnně označován jako syndrom CAN, který pojímá všechny možné typy a formy ublížení dítěti. Proto v následující kapitole přiblížím syndrom CAN, jak se definuje a jaké má dopady na dítě.

1.2 Syndrom CAN

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte je sociálně patologický jev, který se vyskytuje ve společnosti odnepaměti. Existuje mnoho důkazů podkládající násilí na dětech, ať už se podíváme do starověké Sparty, kde se nechtěné děti zabíjely, či do středověku, kdy byly děti často končili osiřelé a nechtěné, ať už z důvodu onemocnění dítěte či finanční situace rodiny. Ani záznamy z novověku nedokazují příliš láskyplnou péči o dítě, zejména o kojence, kteří byli například odkládáni ke kojné (Špeciánová 2007, s. 5).

O tom, že v minulosti bylo dítě považováno za vlastnictví otce, který měl moc nad jeho životem se zmiňuje i Gjuričová aj. (2000, s. 13), která uvádí, že „*autorita otcova nad rodinou a ovšem také zodpovědnost za ni, vyjadřovaná pojmem patriarchát, byla po staletí východiskem rodinného života.“* Jak jsem již uvedla výše, dnešní společnost je orientovaná na dítě, tudíž nemůžeme nahlížet na tyto postoje současným měřítkem.

Problematika násilí na dětech se začala více dostávat ke slovu až v polovině dvacátého století, kdy si odborníci začali všímat závažných fyzických poranění, která zjevně nemohla vzniknout nijak jinak než cizím zaviněním. Tato neúrazová poranění pak byla nazývána jako „syndrom bitého dítěte,“ o jehož název se zasloužil americký pediatr C. H. Kempe viz C. H. Kempe a kolek. (1962). Teprve tato publikace vyburcovala k prozření tehdejší lhostejné společnosti. Tedy jednalo se zejména o aktivní formu fyzického týrání, ale s následným zkoumáním fyzického týrání bylo čím dál více zjevné, že se zde současně může vyskytovat jev známý jako psychické či emocionální týrání, což dalo vzniku termínu nám dnes známý jako syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (Hanušová 2006, s. 6). Čímž se nyní dostávám k samotné definici syndromu CAN.

1.2.1 Definice

Hanušová (2006, s. 6) definuje syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte jako souhrn nepříznivých symptomů ve všech oblastech dítěte jako je jeho psychický a fyzický vývoj ale i jeho vztazích ve společnosti, a především v rodině. Dále Hanušová (2006, s. 6) tvrdí, že je „*výsledkem převážně úmyslného ubližování dítěti, způsobeného nebo působeného nejčastěji jeho nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči. Jeho nejvyhraněnější formou je úplné zahubení dítěte.“* Syndrom CAN vzniká nejenom následkem úmyslného ubližování, ale i nedostatečnou péčí a neplnění povinností vůči dítěti. Jak uvádí Krejčířová (2007, s. 9) „*pojem CAN se tedy vztahuje na všechny základní formy ohrožení dítěte prostředím (týrání tělesné i psychické, zanedbávání, zneužívání) – tyto formy jsou velmi rozmanité a velmi často se navzájem kombinují.“*

Na následky týrání a špatného zacházení v naší zemi ročně umírá skoro padesát dětí a bohužel dítě bývá týráno nejčastěji ze stran osob, kterým věří nejvíce, které mu jsou nejbližší, a které by se měly primárně starat o jeho ochranu. Je obtížné říci, zdali je nárůst případů způsobený tím, že se více případů objasní díky pokročilejším metodám a odtabuizování problému, či se společnost mění a s tím i násilí, které je čím dál více agresivnější, systematičtější a promyšlenější. A tak i navzdory snaze pomoci dítěti, zůstává spousty případů neodhalených, a ne vždy se dostane dítěti pomoci (Cimický 2017).

S odkazem na definice CAN v následujícím textu uvedu formy syndromu CAN, kterými jsou fyzické a psychické týrání, zneužívání a zanedbávání

1.3 Formy syndromu CAN

Mluvíme-li o syndromu CAN nesmím opomenout vyjmenovat jeho primární formy, kterými jsou fyzické a emoční týrání, zneužívání a tělesné a psychické zanedbávání, které nyní uvedu v následujících kapitolách.

1.3.1 Týrání

Týrání je rozděleno na dva typy, a to tělesné a emoční či jinak také řečeno psychické, které nyní ve stručnosti popíšu.

Tělesné týrání

Tělesné týrání je velmi studovaný termín, avšak poněkud diskutabilní. Tělesné tresty byly a v některých kulturách, Česko nevymívaje, ještě stále jsou běžné výchovné prostředky. Motto „škoda rány, která padne vedle“ zná asi každý a nejspíše bychom i dnes našli rodiče, kteří se tímto mottem ztotožňují. Je třeba zde ale rozlišit adekvátní tělesný trest, který asi každý z nás někdy zažil a domnívám se, že to v nás nezanechalo traumatizující zážitek (Krejčířová 2007, s. 11). Naproti tomu zde ale jsou signály, které již alarmují fyzické týrání a zaslouží si naši pozornost. Hanušová (2006, s. 7), definuje fyzické týrání jako *„ublížení nebo nezabránění ublížení či utrpení dítěti.“* Tedy jinými slovy hovoříme o nepřiměřeném násilí směřovaném vůči dítěti, kterým je způsobeno poranění či poškození dítěte.

Ukazatele fyzického týrání

Tato poranění dělíme na **vnitřní** jako jsou pohmožděniny a hematomy, poranění svalů a kloubů či fraktury kostí. Dále pak poranění hlavy a otřesy, především mozku a míchy, vzniklá například třesením (Hanušová 2006, s. 10). Zde bych chtěla zmínit termín „shakin infant syndrom, který bývá nejčastější příčinou smrti, „*což je forma neúrazového poranění hlavy, při*

kterém je dítě drženo za trup nebo končetiny a prudce třeseno" (Havránek aj. 2012, s. 76).

Otevřená poranění, do kterých řadíme například rány, popáleniny a opařeniny. Nejčastěji vznikají bitím nejrůznějšími předměty, kopáním, škrcením, smýkáním, působením chemických látek či ale také klečením či uvedením dítěte do jiné nepohodlné pozice. Dále se uvádí také vystavování mrazu či nebezpečí, většinou jakožto krutý nepřiměřený trest (Sochůrek, Sluková 2013, s. 78).

Emoční týrání

Další formou týrání může být psychické týrání, což je pojem, který možná stále není zcela objasněný. Tato forma týrání se totiž může obejít i bez fyzického násilí a většinou se jedná o aktivní slovní útoky. Psychickou bolest každý může vnímat rozdílně, a proto je zcela nemožné ji změřit. Jak už nám toto napovídá, příznaky emočního týrání nejsou jasně ohraničené, a proto je obtížnější ho objektivně zachytit například pomocí fotografií jako u týrání tělesného. Přesto však jeho důsledky jsou neméně vážné (Procházková, Spilková In Dunovský aj. 1995, s. 65–69).

Krejčířová rozlišuje (2007, s. 15) pět subtypů emočního týrání:

Pohrdání *– ponižování, posměch, hrubé nadávky, zavrhování, zdůrazňování neschopnosti nebo morální zkaženosti. Pohrdání bývá často doprovázeno větami typu „jsi k ničemu", nebo „děláš mi ostudu."*

Terorizování *– hrozba tělesného ublížení nebo zabití, dítě je terorizováno například větami jako „já ti ukážu," nebo „do-staneš co proto," či musí přihlížet rodinnému násilí.*

Izolování *– bránění interakci s vrstevníky nebo dospělými, zavírání na záchodě, ve sklepě nebo v jiné (často tmavé) místnosti, zejména na delší dobu.*

Korumpování *– povzbuzování k antisociálnímu chování, k užívání drog či alkoholu, využívání dítěte v roli náhradního rodiče (péče o ostatní děti) tuto formu bychom ovšem zřejmě zařadili spíše pod pojem „zneužívání."*

Odpírání emoční opory *– psychologická nedostupnost, ignorování dítěte a jeho pokusů o interakci, dítě je odbýváno slovy „dej mi pokoj," „nemám čas," nebo „neotravuj."*

Ukazatele emočního týrání

Mnoho autorů také uvádí, že naopak psychické týrání děti mohou snášet hůř než týrání fyzické. Dopady na dítě jsou různé v souvislosti s délkou a intenzitou psychického týrání. Dítě

se může cítit méněcenné, zbytečné či na obtíž, orientované do sebe a mající problém se sebepojetím. Naproti tomu jiné dítě může naopak reagovat agresí, či se u nich mohou vyskytovat poruchy chování jako jsou lhaní, útěky z domova, záškoláctví apod. (Hanušová 2006, s. 12).

V této souvislosti bych také chtěla uvést psychosomatické potíže, jelikož si dítě může tyto psychické pocity promítat do tělesného stavu. Psychosociální faktory se pak mohou uplatňovat při mechanismech vedoucí k onemocnění, a dítě si tak může stěžovat na tzv. lékařsky nevysvětlitelné příznaky (Skorunka 2006, s. 357). Může pociťovat bolesti břicha, hlavy, mít nevysvětlitelné teploty, ekzémy či nechutenství.

Šikana

Vzhledem k tématu bych měla zmínit pojem, který se také řadí mezi formy CAN a tím je šikanování dětí. Říčan (1995, s. 26) uvádí definici, která si vysvětluje šikanu tak, že jedinec či skupina jedinců verbálně či fyzicky napadá jiného jedince, v tom případě dítě. Typickým obrazem pro šikanu je to, že se opakuje, šikanovaný je slabší a je tudíž pro něj těžké se ubránit (Říčan 1995, s. 26).

Může tedy představovat jak verbální útoky v podobě pomluv, nadávek, ponižování až vyhrožování, ale také fyzické napadání, kdy je dítě bito, kopáno či sexuálně napadáno. Šikana může zahrnovat také loupeže a poškozování osobních věcí dítěte (Lovasová 2006, s. 6).

Tedy jak zde vidíme škála forem šikany může být široká, stejně tak jako její ukazatele, do kterých řadíme jak fyzická zranění, tak emoční, srovnatelná s tělesným a psychickým týráním. Šikanující jsou nejčastěji vrstevníci dítěte, sourozenci ale i třeba učitelé či vychovatelé (Lovasová 2006, s. 15). V souvislosti se zmíněním institucionálních pracovníků je třeba uvést také pojem systémové týrání, kteří svou prací nedostatečně erudovanou prací mohou způsobit dítěti další újmy.

1.3.2 Systémové týrání

Systémové týrání neboli sekundární viktimizace je forma týrání způsobena opatřeními nebo osobami, které by primárně měli sloužit dítěti ku prospěchu. Tím jsou míněna například opakované a necitelné výslechy dítěte, zbytečné lékařské prohlídky či uzmutí dítěte od rodiny (Hanušová 2006, s. 8). Nyní jsou již poměrně propracované postupy, jimiž by se měl pracovník při práci s tímto dítětem řídit a mnoho rozmanitých metod, přesto se však volba metody je na pracovníkovi a například metoda výslechu pro traumatizované dítě se nejeví jako úplně šťastná, tudíž se velmi často stává, že dítě při těchto zásazích trpí. Tudíž toto je týrání, kterému lze

zabránit dostatečnou informovaností a odbornou kompetencí osob, které s dítětem přichází do styku, již například tím, že práce s dítětem bude multidisciplinární, tedy spolupracující s více obory. Takový pracovník by měl být dostatečně citlivý a připravený tu pro dítě být, nebagatelizovat, být trpělivý a naslouchat, ostatně kolikrát je mnohdy osud takového dítěte „v jeho rukou“ Nyní se dostávám ke kapitole zneužívání, kdy v následujícím textu představím formy a druhy zneužívání, které je dle mého názoru nejhorší, co se týče dopadu na psychickou stránku dítěte.

1.3.3 Zneužívání

Mezi nejzávažnější formy zneužívání jednoznačně patří sexuální zneužívání a komerční zneužívání dětí, o kterých se nyní stručně zmíním v následujících textech.

1.3.4 Sexuální zneužívání

Lidské tělo je soukromí a chcete-li vlastnictví každého člověka, bez ohledu na věk, pohlaví či rasu. Každý má právo rozhodovat o svém vlastním těle, kdo se ho bude dotýkat a jakým způsobem. Sexuálním násilím, či zneužíváním, oběť o toto právo přichází. V této kapitole budu alespoň ve stručnosti hovořit o sexuálním zneužívání u dětí, společností dlouho tabuizovaném jevu.

Bechyňovou aj. (2007, s. 21) je tento termín představován jako „*nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu nebo aktivitě – ať už formou dotykovou, nebo bezdotykovou, či „nežádoucí sexuální zkušenost“, která se definuje jako jakýkoliv druh sexuálního kontaktu, který je špatný, nepříjemný či vynucený.“*

Sexuální zneužívání se dělí na:

a) Kontaktní forma sexuálního zneužití

Do této kategorie spadá obtěžování líbáním, osaháváním a otíráním se na erotogenních zónách dětského těla, sexuální útok v podobě vnikání prsty či předměty do genitálů nebo znásilnění neboli vniknutí penisem do vaginy, konečníku či úst (Halfarová In Dunovský aj. 1995, s. 74–74).

b) Bezkontaktní forma sexuálního zneužití

Tato forma zahrnuje exhibicionismus, tedy úmyslné obnažování erotogenních zón před dítětem, dále také, ale vystavování dítěte sexuálnímu obsahu, či obscénní telefonáty (Halfarová In Dunovský aj. 1995, s. 74).

Sexualita je zcela přirozenou součástí vývoje dítěte. Dítě objevuje svoje vlastní tělo

a zkoumá svou sexualitu. Je velmi běžné, že s v této fázi sami sebe bezostyšně dotýkají apod. a začínají se zajímat o intimitu. Ve většině případů je sexuální útočník starší, silnější než dítě a využívá právě nevědomosti a neznalosti dítěte, kdy je dítě zneužíváno pod pohrůžkou, nebo uvedením dítěte do mylné představy, že to, co dělá je normální a dělá to každý (Lynn Daugherty, 2011, s. 12).

Dítě může být zneužíváno **intrafamiliárně**, neboli **incestně**, což znamená ze stran rodičů, sourozenců, nebo rodinných příbuzných či **extrafamiliárně**, tedy mimo rodinu, kdy se může jednat například o blízkého rodinného přítele, vychovatele, či souseda. Co je ale důležité uvést je fakt, že je to nejčastěji osoba dítěti blízká, a které důvěřuje (Hanušová 2006, s. 7)

Lynn Daugherty (2011, s. 13) uvádí, že *„čtyři z pěti dětských obětí jsou sexuálně zneužívány někým, koho znají a komu věří, více než někým cizím."* (vlastní překlad)[1] Pokud je dítě zneužito jednorázově a pachatel není známý, nejčastěji se jedná o osoby pedofilní, mentálně retardované či psychicky nemocné (Hanušová 2006, s. 7).

Ukazatele sexuálního zneužívání

Na příznaky sexuálního zneužívání lze nahlížet z krátkodobého či dlouhodobého hlediska. U krátkodobého hlediska může být alarmující nápadná změna v chování, úzkosti, pocit hanby, až suicidální a sebepoškozující se sklony. Opět zde smíme uvést psychosomatické obtíže, kdy si dítě například stěžuje na bolení břicha, trpí poruchami spánky či enurézou (Halfarová In Dunovský aj. 1995, s. 80) Z dlouhodobého hlediska pak příznaky nabývají podobu posttraumatické poruchy, některé studie, jak zmiňuje Krejčířová (2007, s. 23) také dokazují, že *samotné oběti pak mohou mít menší důvěru ve své rodičovské schopnosti a také mít sklony ke zneužívání či týrání*, a tedy dochází k tzv. transgeneračnímu přenosu, který dále popíši níže.

Další formou zneužívání může být komerční zneužívání, její vymezení a druhy nyní vymezím v následující kapitole.

1.3.5 Komerční zneužívání dětí

Komerční zneužívání dětí je velmi závažným problémem přesahující hranice států. Sochůrek a Sluková (2013, s. 86) ho řadí mezi jednu z nejhorších forem zneužívání dětí a definují ho jako *„použití dítěte pro sexuální účely výměnou za peníze nebo za odměnu v naturáliích mezi dítětem, zákazníkem, agentem či jinými osobami, které si vydělávají na*

[1] *Four out offive child victims are sexually abused by someone the know and trust, rather than by a stranger* (Lynn Daugherty 2011, s. 13).

obchodu s dětmi pro tyto účely.“

Mezi komerční formy zneužívání řadíme dětskou pornografii, dětskou prostituci a sexuální turismus neboli obchodování s dětmi.

Dětská pornografie představuje obrazový či zvukový materiál, který zneužívá děti v souvislosti se sexuálním vyobrazením (Hanušová 2006, s. 11). Hanušová (2006, s. 11) dále také uvádí, že obrazová pornografie je *„zobrazení dítěte při výslovné sexuální činnosti, skutečné či simulované, nebo vystavování pohlavních orgánů pro uspokojování uživatele, současně zahrnuje tvorbu a její šíření*.“

O dětskou prostituci se dle Sochůrka a Slukové (2013, s. 86) jedná, když se nabízí sexuálních služeb dítěte za odměnu, nejčastěji v podobě peněz. A jak dále uvádí Hanušová (2006, s. 14) vychází z mnoha faktorů, nejčastějšími důvody jsou špatná sociální situace v rodinách, chudoba, nátlakem či donucením ze stran rodičů, či špatným zacházením v rodině dítěte.

Další pojem související s komerčním zneužíváním je obchodování s dětmi. Dle Sochůrka a Slukové (2013, s. 86) se definuje jako „*všechny aktivity zahrnující získávání dětí za účelem sexuálního vykořisťování jakýmikoli prostředky, např. únos, poskytnutí útulku, fingované domácí práce, použití síly, moci či úplatků.“* Mezi formami komerčního zneužívání existuje úzký vztah, tedy je velmi časté, že se navzájem tyto formy prolínají a vyskytují se současně.

Nyní jsem se věnovala zejména aktivním druhům syndromu CAN, tím že syndrom CAN ale může mít i podobu pasivní, nejčastěji ve formě nějaké nečinnosti, se dostávám k pojmu zanedbávání, které zmíním na následujících řádcích.

1.4 Zanedbávání

Zanedbávání dítěte je asi nejčastější formou špatného zacházení s dítětem, jinak řečený také maltreatment, v souvislosti se syndromem CAN (Krejčířová 2007 s. 24).

Krejčířová (2007 s. 24) *uvádí, že je definováno jako vážné opomíjení rodičovské péče nezbytné pro tělesný a duševní vývoj dítěte.* Toto vážné opomíjení se může vyskytovat v nejrůznějších oblastech jako jsou tělesné a emoční oblasti či ale i také vzdělávání. Tedy z toho nám již vyplývá, že zanedbávání dělíme na dvě formy, a to tělesné a emoční (Krejčířová 2007, s. 24).

Tělesné zanedbávání

Tělesné zanedbávání představuje nedostatek potravy, špatné životní podmínky, tím míním například hygienu, nedostatek ošacení, ale i zanedbávání školní docházky a plnění školních povinností. Tělesné zanedbávání může mít souvislost jak s nezájmem rodiče o dítě, či ale i ekonomickým stavem rodiny čili chudobou (Provazníková 1995, s. 35).

Ukazatele tělesného zanedbávání

Identifikační markery dle Krejčířové (2007, s. 25) tělesného zanedbávání můžeme rozdělit na přímé a nepřímé.

Přímé – Dítě se může projevovat jako neukázněné, vzhledem k zanedbávání vzdělávání také jako poruchové v chování a mravním jednání, či nemusí mít osvojené základní návyky.

Nepřímé – Dítě může být podvyživené, nebo podchlazené v důsledku nedostatečného ošacení, či trpět somatickými onemocněními, které související se špatnou hygienou a péči o tělo.

Emoční zanedbávání

Emoční zanedbávání neboli psychická deprivace je podobně jako psychické týrání velmi složitě uchopitelný pojem. Krejčířová (2007, s, 27) ho definuje jako „*neuspokojení psychických potřeb dítěte, nedostatek lásky, absence intenzivního vřelého vztahu či nedostatečný přísun podnětů z okolí.“*

Toto zanedbávání můžeme zpozorovat nejen v rodinách, ale i v ústavních zařízení. Mohli bychom zde hovořit o sekundárním zanedbáváním, kdy systém péče primárně určený k ochraně jedince, pak neúmyslně poškozuje vývoj dítěte, kdy jsou sice saturovány potřeby tělesné, ale bohužel opomíjeny potřeby emoční. A jelikož i přes veškerou snahu vychovatelů a pracovníků není zcela možné nahradit úzký rodičovský vztah, u dítěte pak vzniká psychická deprivace. Pocit lásky a sounáležitosti jsou velmi důležité podmínky pro zdravý vývoj dítěte a duševní pohodu, tudíž není nic neobvyklého, že dítě, které se vyskytuje v rodině, kde sice nemá vhodné podmínky pro žití a jsou tak zanedbávány jeho fyzické potřeby, je ale šťastné, neboť jeho emoční potřeby jsou dokonale naplněny a dítěti se dostává potřebné lásky (Krejčířová, 2007, s. 26–28). Zde asi nastávají rozporuplné pocity, kdy se nabízí otázka, zda je pro dítě důležitější tělesná stránka či ta psychická. V souvislosti s tímto tématem bych měla v krátkosti uvést pojem „psychická deprivace.“

Psychická deprivace

Výše zmíněnou psychickou deprivaci Matějček a Langmeier (2011, s. 26) popisují jako *„psychický stav, vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost k ukojení některé základní (vitální) psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu.“*

Psychická deprivace byla velmi typickým jevem pro druhou polovinu dvacátého století, kdy byli děti vychovávány velmi často ústavním prostředím, rodiče na děti neměli čas, nebo se o ně nechtěli starat a takové děti pak emočně velmi strádaly a byly popisovány jako děti problémové. Naprosto průkopnická je právě výše citovaná práce prof. Matějčka a Josefa Lagmeiera z roku 1963, která se právě této problematice věnuje a předběhla tím svou dobu, kdy se ve svém výzkumu věnovali ústavně vychovávaným dětem, které trpěly psychickou deprivací (Krejčířová 2007, s. 25–27). Existují určité ukazatele, díky kterým lze předpokládat emoční či deprivované dítě, kterými mohou být nejčastěji odchylky v chování.

Ukazatele emočního zanedbávání

Dítě může mít problém v rozvoji poznávacích a emočních funkcí. Nejnápadnějším identifikačním markerem u těchto dětí je vzhledem k nedostatku podnětů z okolí celkové opoždění psychomotorického vývoje, vývoje řeči a sociálních dovedností. Velmi často mohou mít problém s navazováním vztahů, vynucují si pozornost a náklonnost někdy až agresivním chováním. Další skupinou projevů může být naopak pasivita, apatie či uzavřenost k okolí (Provazníková, 1995, s. 35–36).

Poté, co jsem popsala jednotlivé typy týrání, zneužívání a zanedbávání, se dostávám i k jejich následkům a dopadům na dítě, které jsou dle mého názoru ve většině případů velmi vážné.

1.5 Následky syndromu CAN

Na dopady týrání, zneužívání a zanedbávání můžeme nahlížet z krátkodobého či dlouhodobého hlediska. Ve většině případu si ale bohužel dítě odnáší dlouhodobější následky v podobě posttraumatické stresové poruchy, což je, jak uvádí Hašto a Vojtová (2012, s. 15), nejcharakterističtější klinický obraz po psychickém traumatu a je v současném mezinárodním a též americkém diagnostickém systému zapsaný jako diagnostická kategorie (vlastní překlad).[2]

[2] Najcharakteristickejší klinický obraz po psychickej traume je v súčasnom medzinárodnom a tiež americkom diagnostickom systéme opísaný ako diagnostická kategória posttraumatická stresová porucha (Hašto, Vojtová 2012, s. 15).

Posttraumatická stresová porucha, dále jen PSPT, vzniká jako opožděná nebo déle trvající reakce. Trauma může být latentní několik týdnů nebo měsíců, avšak ne více jak 6 měsíců. (Hanušová 2006, s. 20).

Diagnosticky PSPT musí splňovat pět kritérií a to:

A) Pacient prožil stresující událost nebo situaci (trvající krátce či dlouho) traumatogenního rázu, která by pravděpodobně vyvolala stresovou reakci u každého.

B) Znovuprožívání si události, stále se objevující živé vzpomínky, záblesky a pocity s nimi spjaté.

C) Vyhýbání se situacím, které se podobají traumatu.

D) Objevuje se aspoň některý ze znaků: neschopnost vzpomenout si na okolnosti spojené s událostí, poruchy spánku či pozornosti, či zvýšená senzitivita.

E) Symptomy se objevily do 6 měsíců od prožití traumatu (Hašto, Vojtová 2012, s. 16).

Dalším závažným následkem syndromu CAN je tzv. transgenerační přenos, o kterém více v následujícím odstavci.

Transgenerační přenos

Obecně je transgenerační přenos definován jako *„proces, následkem kterého se vědomě nebo neúmyslně přenášejí vzorce chování do další generace“* (Ijzendoorn In Dydňanská 2007, s. 119). Tedy jinak řečeno, dítě přirozeně přejímá vzorce výchovy ze své rodiny, a ty pak může uplatňovat ve své vlastní. Existuje zde velké riziko, že pokud bylo dítě týráno, zneužíváno či zanedbáváno, tak i své děti pak bude vychovávat nevyhovující způsobem (Dydňanská 2007, s. 119).

Bezpochyby následky syndromu CAN a jeho dopady na dítě jsou velmi vážné, stejně tak jako fakt, že oběť může být jednou tyranem. V následujících kapitolách představím možnosti terapie a přístupy práci k dětem postiženým syndromem CAN. Nemá-li se tedy vytvořit perpetuum mobile je velmi důležitá následná péče a práce s těmito dětmi, zejména pokud se ocitnou v ústavní péči, čemuž se má bakalářská práce primárně věnuje. Tato následná péče, jinými slovy metody práce s týranými, zneužívanými a zanedbávanými dětmi, představím níže, nejprve je však třeba zmínit sociálního pracovníka v souvislosti se syndromem CAN a jeho úlohu.

1.6 Sociální pracovník při řešení syndromu CAN

Syndrom CAN se řadí mezi prioritní otázky sociálního pracovníka, jehož cílovou skupinou jsou děti zejména pak ty ohrožené, a to v rámci úlohy práce i kompetencí. Aby ale mohl správně posoudit závažnost situace dítěte, je nezbytné, aby přistupoval komplexně a interdisciplinárně. Matoušek (2008, s. 203) poukazuje na to, že dítě je individuální, a tudíž *„je třeba posoudit každého jedince a jeho situace jak z hlediska zdravotního, resp. medicínského, tak z hlediska psychologického a samozřejmě i sociálního a sociálněprávního*."

Vzhledem k tomu, že pracuji s dětmi postiženými syndromem CAN, vím že se pracovník neobejde bez pomoci dalších odborníků, kterými mohou být pediatr, psychiatr, právník, speciální pedagog, logoped apod. a pro svou práci tak postupovat komplexně.

Sociální pracovník by pak měl na základě tohoto komplexního posouzení situace zpracovat sociální anamnézu, která pak slouží jako základní dokument pro další pracovníky. Měla by obsahovat všechny osobní údaje o dítěti, zdravotní anamnézu včetně rodinné. Pochopitelně vytvoření takové anamnézy si žádá značnou erudovanost a zkušenost v oboru (Karabelová In Dunovský aj. 1995, s. 211).

Výsledkem této práce je pak sociální diagnóza, které si všímá mnoha faktorů, odchylek a nuancí ve všech rovinách, a která se opírá o sociální anamnézu. Domnívám se, že sociální diagnóza je pak klíčem pro další kroky a postupy v práci se syndromem CAN. Karabelová In Dunovský aj. (1995, s. 211) uvádí, že „*sociální diagnóza se stává podkladem pro sociální terapii, jíž rozumíme soubor zásahů a opatření medicínských, psychologických, pedagogických, sociálních, právních, ekonomických a dalších, směřujících ve prospěch dítěte*." Z vlastní praxe v Dětském centru znám tuto sociální diagnózu jako soubor anamnéz a kazuistik, které se vedou pro dané dítě, kde se lze dopátrat po všech učiněných krocích a intervencích u dítěte. Dle mého názoru je i toto jedním z kroků, jak se vyhnout systémovému neboli sekundárnímu týrání, kdy všechny užitečné a získané informace jsou v kartě dítěte, které pak nemusí být podrobeno dalším zbytečným výslechům.

Jak můžeme vidět, posuzování potřeb dítěte trpící syndromem CAN je věc nelehká a zcela rozhodně vyžaduje značnou kvalifikovanost a zkušenost, stejně tak jako volba následného postupu při práci s dítětem. Vzhledem k tomu, že práce s dítětem má jistá specifika, tak i metody práce s dětmi trpícím syndromem CAN mají své zásady, kterým se budu nyní věnovat v následujících kapitolách.

1.7 Metody a přístupy při práci se syndromem CAN

Na úvod je třeba zmínit, že práce s dospělým a dětským klientem se v mnoha ohledech liší. Jak uvádí Elliot a Place (1998, s. 19) většina terapeutických metod a postupů u dospělých se zakládá na tom, že dotyčný je ochotný spolupracovat, což je rozdíl mezi dětským klientem, který mnohdy vstupuje v terapii do interakce s dospělou osobou, protože si myslí, že musí.

Dítě většinou přichází do ústavního zařízení s nejistotou a strachem, úkolem pracovníků je pak postupovat a pracovat tak, aby metody práce byly uzpůsobeny dětskému chápání světa. Výše jsem zmiňovala důležitost spolupráce a komplexnosti, stejně tomu je tak i u metod, které by měly být rozmanité, pro dítě zajímavé, pracovník by si měl vzít na pomoc více oborů, a tedy pracovat multidisciplinárně. K tomu, aby byly saturovány potřeby dítěte trpící syndromem CAN nestačí ale pouze jen vypracované metody a techniky. Dalšími klíčovými aspekty jsou postoje a vlastnosti samotného pracovníka, jeho zanícenost pro práci, altruismus, empatie apod. To vše jsou faktory, které se podílejí na účinnosti samotných metod. Následující kapitoly chtěla věnovat nejzákladnějším a dle mého názoru asi nejvyužívanějším technikám práce s dětmi se syndromem CAN, které jsou přizpůsobeny právě dětem.

1.7.1 Rozhovor a komunikace jako nástroj pracovníka

Rozhovor a celkově komunikace je přirozenou terapeutickou intervencí, kterou se dá vypořádat s problémy. O tom, že rozhovor je účinným prostředkem k řešení starostí svědčí fakt, že je zařazen mezi terapeutické intervence a odbornou léčbu (Elliot, Place 2002, s. 19)

Elliot a Place (2002, s. 20) ale upozorňují na to, že i odborná léčba rozhovorem má ale svá specifika zásady, které je třeba dodržovat. Ačkoliv se teoretická hlediska jednotlivých metod léčby rozhovorem mohou lišit, mají přece jenom některé prvky společné a tím podstatným je vytvoření terapeutického vztahu.

Za předpoklad toho, aby se dítě svěřilo s týráním či zneužitím Pöthe (1999, s. 67) uvádí právě již zmíněný terapeutický vztah, *„v jehož rámci se dítě může bez obav svěřit se vším, co ho trápí, ale i čímkoliv, co ho těší.“*

Vztah by tedy měl být otevřený, trpělivý a chápající. Nenalezneme v něm ponižování či strach, bez ohledu na to, co se v něm bude řešit. Pochopitelně budování takového vztahu je obvykle delší proces, při kterém se pracovník snaží získat důvěru dítěte, která je mnohdy velmi nalomená vůči ostatním dospělým. Pokud se již dítě rozhodlo svěřit, pak by se měl pracovník při komunikaci s dítětem snažit aktivně naslouchat, tedy ukázat dítěti pozornost, a dále se držet určitých postupů jako je například užívání slov a výrazů, které dítě zná. Zcela rozhodně ho pak nenutit do výpovědi informací, které sdělit nechce. Také by si měl pracovník hlídat, zda při

rozhovoru dítěti nepokládá sugestivní otázky a nevnucuje své myšlenky a představy, které dítě může velmi jednoduše odsouhlasit. Proto je žádanější pokládat otázky s otevřeným koncem, které pak dítě může více rozvinout (Pöthe 1999, s. 70). Tento přirozeně terapeutický vztah je pak také klíčovým pro následující metody a přístupy práce s týraným, zanedbávaným či zneužívaným dítětem a od něho se odvíjí kvalita a účinnost aplikovaných metod práce.

Výše se dozvídáme o navázání kontaktu s dítětem a zejména verbální komunikaci. Následující kapitoly nastíní také komunikační prostředky, ale prostřednictvím hry, která je pro dítě zcela zásadní a zároveň slouží jako nejužívanější metodou přístupu k syndromu CAN. Jelikož dítě na rozdíl od dospělého, má limitovanou schopnost verbalizovat své problémy a pocity, tak pro něj hra představuje přirozený komunikační nástroj. Tudíž, jak již z toho vyplývá, hra se též řadí do terapeutické práce s dítětem, ale také dospívajícím.

1.7.2 Hra jako nástroj pracovníka

Hra je velmi důležitým aspektem v životě dítěte. Dítě ji bere naprosto vážně a představuje pro něj smysluplnou činnost, kterou se rozvíjí a více než jen to. Oaklander (2020, s. 184) uvádí, že *hra je způsobem zkoumání okolního světa, tudíž je nezbytnou podmínkou zdravého vývoje dítěte.* Tedy domnívám se, že daleko přesahuje pouze malichernou činnost, kterou se hra obvykle stává v očích dospělých (Oaklander 2020, s. 184).

Hru jako takovou můžeme definovat z mnoha směrů. **Filosofický** pohled na ni nahlíží například jako na základní existencionální fenomén v řadě nosných témat naší životní cesty. Z **kulturního** hlediska je pak chápána jako dobrovolná činnost, která se odehrává ve vymezených časoprostorových hranicích, které jsou dobrovolné a je možné z nich kdykoliv vystoupit. Hra je pak doprovázena pocitem radosti a nevšednosti. V **psychologickém** pojetí je pak stěžejní hraní rolí a tzv. imitační hra, která má zcela zásadní roli v prvotních vývojových fází člověka (Valenta 2017, s. 12–22).

Tedy z výše uvedených definic se domnívám, že hru jako takovou potřebuje ve svém životě každé dítě, ovšem vzhledem k tématu mé práce mě zajímá, pro koho může být vhodná hra jakožto terapeutický nástroj. McMahon (2005, s. 14) zmiňuje že, metoda hry může sloužit dětem, které jsou zanedbávané, zneužívané, týrané či emocionálně poškozené, a které si v sobě nesou bolestivé pocity a pochybnosti o sobě samých, což nám tedy napovídá, že se na hru můžeme dívat také jako na nástroj práce s dětmi trpící syndromem CAN.

Ať se již díváme na hru z jakéhokoliv pohledu vždy ale uvidíme základní rysy a těmi jsou hravost, imaginativnost, dobrovolnost, aktivní prožívání, činnost a interakce. Tyto aspekty jsou pak zastoupeny i v léčebném procesu hrou, kdy pak slouží jako médium a tvoří tak celistvý

triangulární vztah mezi pracovníkem a dítětem (Lištiaková In Valenta, Humpolíček 2017 s. 190–192).

Thompson a Henderson In Kottman (2011, s. 4) uvádí, že v terapeutické oblasti může mít hra tedy hned několik významů, mezi základní patří

a. *Navázání vztahu a kontaktu s dětmi.*
b. *Pomoc pracovníkům porozumět dětskému světu, jejich interakcím a vztahům.*
c. *Pomoc odhalit pocity a myšlenky, které nedokáží vyjádřit slovy.*
d. *Konstruktivní řešení při pocitech úzkosti, napětí či hostilitě.*
e. *Výuka socializačních schopností.*
f. *Poskytnutí prostředí, ve kterém mohou děti testovat limity, získat přehled o svém vlastním chování a motivaci, zkoumat alternativy a dozvědět se o důsledcích.*

Nejpodstatnějším členěním hry v terapii dle Humpolíčka (2017, s. 74). jsou dvě oblasti, a to nedirektivní hrová terapie a direktivní hrová terapie.

Nedirektivní terapie hrou, jehož hlavní představitelkou je Virginie Axlineová, vychází z humanistických směrů a myšlenek Carla Rogerse. Podle této metody je dítě pak schopno tzv. autoterapie, tedy pomoci si samo a vnímat se při hře jako odpovědnou osobu. Tedy jinak řečeno, tato metoda dává dítěti volný prostor pro hru, pracovníci poskytnou dítěti herní materiál a příjemný, bezpečný prostor, kde se dítě bude cítit jistě, a ono si pak samo vybere, co chce dělat a jak si chce hrát. Tedy v tomto případě je zde pracovník spíše pasivním pozorovatelem (McMahon 2005, s. 28).

Direktivní pojetí je strukturovanější, má již nějaká pravidla a ideově se podobá konceptu behaviorální či kognitivně-behaviorální terapie. V tomto směru je pracovník již více aktivní a více či méně hru řídí, například tím, že nabídne náměty ke hře, či požádá dítě, aby hrálo určitou hru apod. (McMahon 2005, 38). Oaklander (2020) nabízí mnoho námětů a technik direktivních hrových terapií, kdy například zmiňuje práci s herním materiálem, loutkami či panenkami, kde využívá určitého zadaní, jak si s loutkami hrát, ale i třeba práci s fantazií a imaginací, kdy děti žádá, aby vytvářely určitě příběhy, či také propojení s uměleckými disciplínami, kterým se budu věnovat níže.

Tedy z toho již vyplývá další dělení a tím je to, zda hra vyžaduje nějaké pomůcky a materiál, v podobě hraček, deskových her, knih apod., či se jedná o volnou hru, která ke své činnosti žádné materiály nepotřebuje (Humpolíček 2017, s. 74).

Dále můžeme hovořit o tom, jaký má hra primární účel, zda diagnostický či

terapeutický. Jako příklad diagnostických metod jsem vybrala doll-play a scénotest, který je v České republice jedinou oficiálně dostupnou metodou diagnostiky hrou.

1.7.2.1 Doll-play

Doll-play je metoda vhodná zejména pro diagnostickou terapii hrou. Domnívám se, že je tomu tak právě kvůli přítomnosti panenky, která představuje „třetí osobu“, jelikož se dítě obvykle brání konfrontaci se svými problémy a svěření se někomu dalšímu. Humpolíček (2005, s. 5) zmiňuje „*využití různých druhů figurek či panenek, čímž se pracovník snaží odhalit vnitřní nebo vztahové konflikty a naznačit možné formy nejvhodnější intervence.“* Například pro práci se sexuálně zneužívanými dětmi se využívají panenky, které mají zjevné pohlavní znaky. Panenka pak zde slouží jako médium, na jehož úrovni může dítě jednat anonymně. Mann (1957, s. 14) uvádí, že „*pokud dítě může promítnout jeho potíže na jeviště hry s panenkou, může objektivně sledovat, co se děje a v současné době se aktivně podílet na intimní diskusi o svých vlastních postojích.“*

Autoři jako Levy, Solomon či Conn ve svých publikacích zmiňují doll-play jako direktivní terapii, která obvykle zahrnuje situace či scény, které dítě promítá do panenky, a tím mu slouží jako náhrada (Mann 1957, s. 14).

Jako další diagnostickou metodu hrou představím stručně Scénotest.

1.7.2.2 Scénotest

Scénotest neboli hrová projektivní technika, jejíž autorkou je G. Von Staabsová, je metoda, která využívá herní materiál k tomu, aby působila terapeuticky. Loutky a figurky zde hrají velmi důležitou roli (Humpolíček 2017, s. 76), a já se domnívám, že tato metoda opět pomáhá dítěti vysvětlit své problémy, aniž by muselo mluvit o své osobě – tedy anonymně.

Dle Humpolíčka (2017, s. 76) obsahuje scénostest nejrůznější předměty, které dítě zná z každodenního života i předměty, které mají symbolický význam. Dítě pak pomocí těchto figurek a předmětů má za úkol vytvořit nějaký příběh (scénu) na základní desce.

Pro terapii hrou jsem vybrala přístup nazývaný gestalt metoda, který se může uplatňovat ve všech možných disciplínách, neboť tento způsob myšlení je dle mého názoru multifunkční.

1.7.2.3 Gestalt hrová terapie

Skrze gestalt terapii hovoří Roubal (2007, s. 342) jako o terapii, *„která se zaměřuje na přítomný prožitek, důraz klade zejména na práci s emocemi. V přítomném vztahu s terapeutem či se skupinou pacient zvyšuje své uvědomění v emoční, kognitivní i tělesné složce a je poté schopen převzít zodpovědnost za svobodné vyjádření svých potřeb*.“

Během této terapie pak terapeut pracuje s klientem, tak aby mohl klient zpřítomnit

minulost, dojít k uvědomění si problémů a nalézt tak nové a lepší východiska. Samotná terapie pak stojí na základech mnoha filozofických a psychologických směrů a pracuje s experimenty a improvizací, což je nejspíše důvod, proč se v posledních letech stala tak oblíbenou a kreativní formou terapie (Roubal 2007, s. 342).

Pokud budeme hovořit o hře, která využívá principy gestalt terapie, může v tomto spojení hra sloužit jako experiment, případně jako bezpečný způsob pro dítě, jak vyzkoušet nové vzorce chování. Tento přístup si více než obsah „Proč se to děje," klade za otázku „Co se děje," tedy činnost může spočívat hlavně v pozorování dítěte, jakým způsobem si hraje, s jakými hračkami, obsahu hry, zda je chudý nebo naopak pestrý, využívání fantazie, a také jaké navazuje kontakty a na základě toho se pak zvolí vhodná intervence (Polínek In Valenta, Humpolíček 2017, s. 228–229).

Polínek In Valenta, Humpolíček (2017, s. 229) také upozorňuje na to, že zážitky *„z hry není třeba vždy převádět do slov a snažit se, aby dítě získalo „náhled". V rámci hry dochází přímo k integraci psychických obsahů dítěte."* Tato metoda hry tedy neslouží primárně k diagnostickým účelům, ale k terapeutickým a velmi se osvědčuje ve spojení s jinými metodami, zejména pak s uměleckými, či jinak řečeno expresivními disciplínami (Polínek In Valenta, Humpolíček 2017, s. 229). Následující kapitoly jsou proto věnovány právě již zmíněným expresivním formám metod užívaných při práci s dětmi se syndromem CAN, které jsou soudě z mnou nabyté praxe dětmi velmi oblíbené

1.7.3 Výtvarné činnosti jako nástroj pracovníka

Činnosti uplatňující výtvarné a arteterapeutické prvky jsou dle mého názoru jednou z nejpřínosnějších metod přístupu v oblasti expresivity. Právě výtvarná činnost totiž poskytuje širokou škálu možností práce a může sloužit jako prostředek komunikace, kterým dítě vyjadřuje své vnitřní pocity, emoce, strachy ale i radosti. Na základě tohoto pak může sloužit jak k diagnostice, tak ale i terapeutické práci. Liebmannová In Müller aj. (2014, s. 71) zmiňují, že terapie výtvarnými činnosti jsou určeny všem, neboť arteterapie *„užívá umění jako prostředek osobního vyjádření, pomáhá zprostředkovávat naše pocity okolí a nesoustředí se na tvorbu estetických produktů, které by měly být vystaveny hodnocení podle uměleckých standardů.*

Mezi terapeutické výtvarné činnosti patří nejčastěji malování, kreslení, modelování či zkrátka vyváření nějakého díla, přičemž se cíleně využívá kreativity a imaginativnosti dítěte. Müller aj. (2014, s. 71) představuje kresbu jako *„významný komunikační prostředek a prostředek vyjádření znalostí o sobě (jak člověk sám sebe vnímá a prožívá, jak vnímá a prožívá vztahy ke svému okolí). Jde o specifický druh jazyka, který dokáže nahradit nedostatky*

běžně používané verbální řeči.“ Müller aj. (2014, s. 71) dále také uvádí, že díky výtvarné činnosti lze pocity jako jsou strach, bezmoc či hněv vyjádřit uměleckou tvorbou a tak

Rozlišujeme několik typů metod a sám pracovník by měl zvážit, která z nich je nejvhodnější, neboť každé dítě je individuální. Některému vyhovuje volný prostor pro fantazii, tedy spontánní výtvarný projev, a některé dítě se nebude z improvizace cítit dobře a raději uvítá vzor či inspiraci.

Müller aj. (2014, s. 71–72) rozděluje arteterapeutické metody na:

Volný výtvarný projev *– který pracuje se spontaneitou vyvolanou např. hrou (viz techniky čmárání) nebo vztahující se ke konkrétním klientům (např. vztahy v naší skupině či v mé rodině).*

Výtvarný projev při hudbě *– využívá specifických vlastností hudby bezprostředně a intenzivně působit na psychomotoriku člověka a dělí se na asociativní výtvarný projev (ztvárňování asociací vyvolaných hudbou) a muzikomalbu (ztvárňování hudby).*

Skupinové výtvarné činnosti *– pracují se skupinovou dynamikou a jsou významné pro svoji sociometrickou hodnotu i jako činitel úpravy sociálních vztahů.*

Řízený výtvarný projev *– pracuje s přímou intervencí terapeuta do výtvarné činnosti klienta.*

volné kresby, volné malby, výcviku práce s čarou a linií atp.).

Tematický výtvarný projev *– je zaměřen na konfliktní témata, a sice obecně lidská*

Jak jsem již zmínila, možnosti výtvarné práce jsou opravdu široké, může se využívat nejrůznějších pomůcek, typů barev a také technik, kterými se dá tvořit, například kreslení prsty či chodidly. Oaklander (2020, s. 83) také zmiňuje ve své publikaci práci s materiály jako je keramická hlína či plastelína, které se dají využít takřka jakýmkoliv způsobem, neboť nemají daná pravidla, jak je používat. Pomocí těchto materiálů děti, které se cítí méněcenné a mají problém se sebepojetím, pak mohou svou osobu vnímat jako jedinečnou.

Dle své zkušenosti vím, že děti přitahují tyto typy tzv. „špinavých“ materiálů, kterých se mohou dotýkat, zamazat se, tvořit rukama a zároveň tak propojit vizuální oblast s hmatovou.

Ve spojitosti se syndromem CAN je zde klíčový fakt, že výtvarnou činnost lze využít k diagnostice syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, například pomocí projektivních výtvarných technik, jako je například kresba rodiny, sebe či postavy, ale také jako terapeutickou činnost, kdy se zejména jedná o uklidňující činnost (Müller aj. 2014, s. 71). V této souvislosti Stronach-Buschel (1990, s. 48) uvádí, že *„arteterapie je vhodná k uspokojení potřeb řešení problémů dětí, jejichž schopnost vizualizace a symbolizace jsou traumatem narušeny.*

Pro takové dítě je jednodušší získat zpět vizuální způsoby komunikace, než bude schopno o svých traumatech mluvit.“ (vlastní překlad)[3]

Van der Kolk In Stronach-Buschel (1990, s. 48) tvrdí, že výtvarná tvorba podporuje ego a pocity kompetence, které se pak mohou integrovat do jiných oblastí. Tedy výtvarná činnost je velmi vhodná pro děti traumatizované s pocity bezmoci.

Dle Cogneta (2013, s. 54) je volná kresba či kresba se zadáním *„prvním profylaktickým opatřením, která se nabízejí dětem, jež prožily a utrpěly dramatické události, o nichž lze předpokládat, že by mohly být traumatogenní, to znamená, že v sobě potencionálně nesou psychické trauma.“* Jsem toho názoru, že zde lze hovořit o multifunkční metodě přístupu, která přitom nevyžaduje náročné vybavení či materiál a dětskýma očima nepojímána jako metoda ale jako hra, či činnost, kterou se zabaví. Mezi metodami výtvarné činnosti jsem zmiňovala spojení s hudbou, která jak níže popíšu, má na dítě také terapeutické účinky.

1.7.4 Hudba jako nástroj pracovníka

Stejně tak jako výtvarné činnosti tak i působení hudby a muzikoterapie patří k expresivní metodě, která využívá hudbu především k nehudebním cílům, tzn. zde se opět vracíme k principům gestalt terapie, kdy není primární výsledek, ale jeho průběh a pocity s ním spjaté. Hudba je přirozeně spojená s lidským bytím a samotné lidské tělo funguje v určitém rytmu. Dokonce využívá v mozku stejnou oblast jako komunikace, čímž by se dalo říct, že hudba je vlastně jakousi řečí, která může být pro dítě mnohem jednodušší a přirozenější než samotná verbální řeč. Vzhledem k tomu, že dítě je schopno vnímat zvukové podněty již od novorozeneckého věku a reagovat na ně dříve než porozumět mluvenému slovu, tak je terapie hudbou neboli muzikoterapie, vítanou technikou zejména pak pro ty děti, které mají z jakéhokoliv důvodu problém s komunikací (Tichý 2020).

Bruscia in Gerlichová (2021, s. 19) tvrdí, že „*muzikoterapie je cílevědomý proces, během něhož pracovník pomáhá klientovi zlepšit, udržet nebo obnovit pocit duševní pohody. Využívá k tomu hudební prožitky a jako dynamická hnací síla slouží vztahy, které se vytvoří skrze hudební prožitky.“*

Müller aj. (2014, s. 64) zmiňuje, že hudba na člověka a jeho osobnostní dynamiku působí zcela přirozeně a že *„při aplikaci hudebního umění využívá muzikoterapie jeho základní „stavební kameny“ tzv. hudební složky: melodii, harmonii, rytmus, zvukovou barvu, tempo,*

[3] *Art therapy seems to be well suited to meet the needs and address the problems of children whose abilities to visualize and symbolize are impaired by trauma. It is perhaps easier for a child to regain visual modes of communication before being able to talk about the trauma* (Stronach-Buschel 1990, s. 48).

dynamiku a druh taktu.“

Pro terapeutické působení je však nezbytné stanovení metod a postupů a díky nim tak lépe porozumět procesům a konfliktům odehrávající se v klientovi a jeho vztazích (Gerlichová 2021, s. 49) Pro práci s dětmi jsou zásadní následující tři metody hudební činnosti:

Hudební improvizace – Poskytuje možnost prožít svobodný projev svého já, vnesení vlastního stylu, pracovník zde nechává volnost na dítěti, jak hudbu uchopí (Gerlichová 2021, s. 50–52). Děti velmi oceňují volnou improvizační hru zejména na jednoduché samozvučné nástroje jako je například tamburína, činely, dřívka apod. V praxi se mi osvědčila metoda „hluku a ticha“, kdy jsem děti požádala, aby udělaly velký hluk, jak jen dokáží a hrály, jak se jim zlíbí, zde pak docházelo k velkému uvolnění emocí a pocitů. A naopak poté se snažily hrát co možná nejtišeji, kdy se pak zejména dostávaly do uklidňujícího se stavu.

Hudební interpretace – Je nejčastěji založena na přehrání některého zaznamenaného díla. Většinou se jedná o systematický nácvik vybrané hudební skladby či hudební formy. Tato technika se užívá u dětí, které mají strach z improvizačního projevu. Vyžaduje disciplínu a organizaci času, zároveň však ale nesleduje přesnost a bezchybnost provedení, nýbrž terapeutický proces (Gerlichová 2021, s. 53).

Muzikoterapeutické relaxace – neboli receptivní metoda, kdy se pomocí poslechu hudby sleduje některý z terapeutických cílů, ať již jde o aspekt fyzický, duševní, estetický či spirituální. Jedná se zejména o poslech hudby, kdy se hudební relaxací pak může cílit na uvolnění napětí, imaginaci či vizualizaci. Zcela zásadní je zde tedy pak výběr žánru, tak i konkrétní skladby, kdy je v předním zájmu přání dítěte (Gerlichová 2021, s. 53–55).

Hlavními cíli, kterých se pracovníci snaží docílit při práci s týranými, zneužívanými a zanedbávanými dětmi je tedy stimulace smyslů či uvolnění, dále také ale socializace či komunikace, jelikož prostřednictvím hudby se může vytvořit neverbální komunikační kanál a skrze něj se pak lze postupně dostat i ke komunikaci verbální (Gerlichová 2021, s. 51–54). Následující kapitola má také souvislost s hudbou a tím je tanec, který představím jako terapeutický nástroj.

1.7.5 Tanec jako nástroj pracovníka

Ve spojení s hudbou pak lze rovněž zmínit tanec, jelikož právě tanec může být velmi častou reakcí na hudbu. Bartenieffová in Čížková (2005, s. 32) popisuje tanec jako „*neverbální prostředek emocionálního výrazu, který vede k radosti z tělesné pohybové aktivity.“* Pokud budeme nahlížet na tanec jako metodu přístupu k syndromu CAN je důležité zmínit, že jako předchozí metody ani tato neklade důraz na estetiku, nýbrž na samotnou výpověď tance

a pohybu, kterou dítě vytváří (Zedková 2012, s. 17). Obecně je pak tato metoda definována Čížkovou (2005, s. 33) jako „*psychoterapeutické užití pohybu v procesu, jehož účelem je dosažení emoční a fyzické integrace jedince,"* přičemž většinou se tato metoda neuskutečňuje direktivním ale strukturovaným přístupem, kdy jedním z hlavních aspektů v taneční terapii je převádění nevědomých obsahů do vědomí (Dosedlová 2012, s. 83).

Tancem pak lze sledovat několik cílů mezi základní tři oblasti dle Stantona-Jonese In Zedková (2012, s. 106) patří:

1. **Cíle na pohybové úrovni** – Jedná se o integraci psychických a fyzických faktorů a složek na základě vlastní zkušenosti. K těmto cílům patří například psychické i fyzické posílení, aktivace, zvýšení motivace nebo i zpřístupnění nových, autentických a adaptivních způsobů interakce s okolím
2. **Zlepšení interpersonálního fungování** – Odehrávající se zejména při skupinové formě tance, kdy například jeden člověk pohyb nabízí a skupina tento pohyb opakuje a vytváří mu tak „zrcadlo", což mu poskytuje určitou formu autonomie a pocit osobního významu. Hovoříme zde tak o tzv. neverbální empatii, která tak vzniká touto formou pohybu.
3. **Zpřístupnění důležitých emočních témat a jejich vyjádření** – Zde se jedná o práci s emočně významnými tématy. Důležitým faktorem zde, je vytvořit takové prostředí, ve kterém se bude dítě cítit bezpečně, a ve kterém pak pomocí symbolů, pantomimy a pohybů může vyjádřit i složité a hůře přístupné emoce a pocity.

Existuje také mnoho technik přístupu tancem, mezi základní z nich, které se dle mého názoru v ústavních zařízení pro děti využívají nejvíce, patří **bazální tanec,** jehož autorkou je Marian Chaceová. Chápala tanec jako přímočarý pohyb, díky kterému se jasně vyjadřují emoce. Jedná se o volný, svobodný, chcete-li bazální tanec v protikladu k tanci s přesně vymezenou technikou. Významnost se zde přikládá taneční improvizaci, ale také například zrcadlení, kdy jeden ze skupiny nabízí pohybový materiál a ostatní jej opakují. Vzhledem k tomu, že nápodoba, imitace a přehrávání rolí je pro dítě významné, a tedy sociálně facilitované, je tato metoda velmi vítaná (Dosedlová 2012, s. 85–86).

Další technika, která využívá zrcadlení je **body-ego** technika, jehož autorkou je Trudi Schoopová, a jehož podstata je zrcadlení, na základě sledování klientů, zaujímání jejich postoje, jejich držení těla a opakování jejich pohybů. Díky tomu pak lépe chápat jejich prožitkový svět a vnitřní pocity. Schoopová pak koncipovala termín ur-experience, neboli prvotní zážitek, což je jinými slovy zkušenost přiblížení se prožitku harmonie světa. Uvedla, že právě díky pohybu

se mohou této sjednocující zkušenosti přiblížit (Dosedlová 2012, s. 87–88).

Jako poslední bych chtěla zmínit **primitivní expresi**, což je technika, která se inspirovala původními kmenovými tanci. Přejala tak základní aspekty jako je cítění rytmu, opakování pohybů, skupina a hlasový doprovod. Tím, že je pohyb jednoduchý, tak je vhodný prakticky pro každého a díky opakování pohybů nabízí tzv. flow, nebo-li zainteresování se do pohybu a tím přejití do lehkého transu. Každý se soustředí na svůj vlastní pohyb, ale zároveň cítí, že ostatní vytvářejí stejný pohyb jako on, tedy vnímá spojení se skupinou a zároveň sám sebe. Tanec spočívá v symbolických pohybech – hladí, škrábají, tlučou, loví apod. tyto pohyby pak opakují za doprovodu neřečových slabik například „hou hou či ja ja“ (Dosedlová 2012, s. 96–98).

Bohužel se velice často stává, že pro dítě je nedostatkem podnětů z rodinného prostředí mnoho technik a metod zcela nových. Stalo se mi mnohokrát, že nejprve dítě cítilo rozpaky, nevědělo, jak se zapojit, nebo třeba i nechtělo a bylo spíše pasivním pozorovatelem. Domnívám se však, že tyto metody (metoda hry, výtvarných, hudebních a tanečních činností), které jsem zde uvedla, jsou velmi intuitivní a pro dítě přirozené, tudíž si většina z nich k nim najde cestu. Přesto je však třeba uvést co ovlivňuje pracovníkův výběr metod a technik, což zmíním v následující kapitole.

1.7.6 Volba vhodné metody

Výše uvedené metody jsou vhodnými technikami pro práci s dítětem postiženým syndromem CAN, ovšem je třeba zmínit, že i volba konkrétních metod má určité zásady, tedy při výběru metoda je třeba brát v potaz konkrétní dítě jeho potřeby ale také jeho schopnosti. Mezi nejzásadnější faktory, které ovlivňují volbu metody jsou věk dítěte, zda s dítětem budeme pracovat individuálně či ve skupině a co si klademe za cíl touto metodou (Geldard 2008, s. 162).

Pokud budeme brát v potaz věk dítěte, zohledňujeme, v jaké vývojové fázi se dítě nachází. Budu-li pracovat například s Piagetovými etapami vývoje, je nemožné chtít po dítěti vykonat činnost vyžadující například konkrétní logické operace, pokud se dítě momentálně nachází ve stádiu symbolického myšlení. Jinak tedy bude vypadat metoda hrou u předškolního dítěte a jinak u školního pubertálního dítěte.

Například hry s maňásky či plyšáky jsou vhodné zejména pro mladší věkové kategorie, ale ne pro pubertální dítě. Pro ně budou naopak vhodným řešení hry založené na imaginativnosti či kresba (Geldard 2008, s. 163). Ovšem jak uvádí Geldardovi (2008, s. 163) *některé děti jsou v důsledku minulých traumat a emočních problémů postiženy emoční, sociální a kognitivní*

regresí. Z čehož vyplývá, že například pro tyto děti bude vhodná i ta metoda, která se za normálních okolností užívá u mladších věkových kategorií. Není tedy překvapením a výjimkou, že děti trpící syndromem CAN jsou díky nedostatku podnětů a působením týrání, zneužívání či zanedbávání jsou opožděné.

Práce individuálně a ve skupině má taky své zásady. Uvádí se, že individuální terapie dává dítěti větší prostor se identifikovat a věnovat se svým problémům, kdy je zde větší pravděpodobnost, že se dítě více otevře se svými starostmi a svěří se. Ve většině případů je totiž pro něj snadnější svěřit se jedné osobě než celé skupině (Geldard 2008, s. 87). Na druhé straně skupinová práce nabízí také mnoho pozitiv jako je například využívání skupinové dynamiky, možnost sdílení zážitků, získání zpětné vazby a posílení vztahů ve skupině (Muller aj. 2014, s. 19). Zde pak záleží pochopitelně i na možnostech pracovníka, zda si může dovolit provádět individuální metodu práce, pokud má na starost více dětí a naopak.

Dále při výběru metody zohledňujeme cíle, jak jsem již uvedla, přičemž každá metoda má své určité aspekty, kterými lze dosahovat různých cílů. Pracovník by se tedy předem měl stanovit, co volbou dané techniky chce sledovat. Některé jsou vhodné na uvolnění a relaxaci, jiné naopak podněcují k vyjádření emocí a pocitů, či rozvíjí dovednosti, tím míním například sociální či komunikační a jiné se snaží o posílení sebepojetí (Geldard 2008, s. 164–168)

Pokud se dítě ocitne v ústavním zařízení, je to pro něj tak či onak velký zásah v podobě nového prostředí, které v něm může vyvolávat strach, nejistotu či nedůvěru. Jak jsem již zmiňovala, pracovník má v tomto roli velmi významnou, byť nelehkou. Při práci s těmito dětmi se snaží hlavně docílit nabývání mezilidských vztahů, kterým dítě věří a cítí se v nich v bezpečně. Pokud je již dítě odebráno z rodiny a nachází se v ústavním zařízení tak také vytvořit nové kvalitní vztahy s náhradními osobami a v neposlední řadě také zlepšit sebepojetí dítěte, které bývá ve většině případů narušené (Langmeier aj. 2010, s. 315).

Poslední kapitolu teoretické části své práci, věnuji Dětskému centru v Liberci, kde jsem měla možnost pracovat a setkávala jsem se zde týranými, zneužívanými a zanedbávanými dětmi. Ve stručnosti vám proto na dalších řádcích představím zařízení, jeho legislativní zřízení a jejich náplň.

1.7.7 Dětské centrum Liberec

Dětské centrum v Liberci je příspěvková organizace a nestátní zdravotnické zařízení, které zřizuje dětský domov, jehož posláním je poskytnutí služeb a zaopatření dětem zpravidla do 3 let věku (lze ze sociálních či zdravotních důvodů prodloužit až do 6 let), které nemohou vyrůstat v rodinném prostředí, zejména pak dětem týraným, zneužívaným, zanedbávaným a ohroženým

ve vývoji nevyhovujícím prostředím. Dětský domov je zřizován na základě zákonu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů. Současně v režimu zákona o zdravotnických službách příspěvková tato organizace současně poskytuje specializované ambulantní péče dětem do věku 18 let v jedné zdravotní ambulanci (Dětské centrum Liberec 2021).

Dále dětské centrum Liberec provozuje zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc Paprsek, který se řídí zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, jež je určený dětem, které se ocitly bez jakékoliv péče, nebo péče, která není vyhovující či děti, které jsou týrány či zneužívány nebo jsou ohrožena jejich práva (Dětské centrum Liberec 2021).

Hlavním cílem Dětského centra v Liberci je hledání optimálních postupů pro zajištění co nejkratší doby pobytu dítěte v zařízení a umožnění brzkého návratu do vlastní funkční rodiny, či pokud toto není možné, tak se snaží o umístění do náhradní rodiny. Aby dosáhli těchto cílů, tak se snaží, co nejvíce spolupracovat s jinými odborníky ale i s biologickou rodinou. Dětské centrum také umožňuje biologickým rodičům návštěvy dítěte (Dětské centrum Liberec 2021).

V dětském centru, jak jsem výše uvedla se nachází dvě oddělení, a to dětský domov a Paprsek, který slouží jako zařízení okamžité péče, přičemž dle legislativního dělení na oddělení dětského domova se vyskytují děti zpravidla do 6 let ovšem na oddělení Paprsku mohou být i děti starší. Tato jsou oddělení jsou ještě dále rozdělena na tzv. buňky, které slouží jako menší jednotky, kde je většinou čtyři až šest dětí na jednu pracovnici, která je pak má na starost ve směnách po 12 hodinách, které se střídají v noci a ve dne, tudíž děti mají nepřetržitou 24hodinovou péči. V dětském centru se personál a vedení snaží vytvořit pro dítě rodinné prostředí proto tzv. buňky vypadají jako bytové jednotky.

V dětském centru mimo klasického hospodářského, ekonomické a údržbářského úseku pracují pracovníci přímé péče, a to na oddělení Paprsek a na oddělení dětského domova je pak tým pracovnic tvořený zejména zdravotnickým personálem. Dále jsou v dětském centru zaměstnány sociální pracovnice a speciální pedagog, a svou ordinaci má zde i lékař, kteří se podílejí na spolupráci a péči o tyto děti (Dětské centrum Liberec). Čímž se dostávám k praktické části své bakalářské práce, jehož průzkumným vzorkem mi byla právě tato dvě oddělení – dětský domov a Paprsek.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Cíl průzkumu

Praktická část bakalářské práce s názvem „Multidisciplinární pohled při řešení syndromu CAN v dětském centru“ je zaměřena na pracovníky v dětském centru Liberec. Smyslem této praktické části této bakalářské práce bylo zmonitorovat činnost pracovníků v dětském centru Liberec v souvislosti s dětmi postiženými syndromem CAN na základě průzkumu, jehož cílem bylo zjistit, techniky a metody práce užívané pro práci s dětmi se syndromem CAN a zmapovat nejefektivnější a nejvyužívanější z nich, přičemž v neposlední řadě bylo záměrem, vysledovat metody, které pracovníkům dětského centra při jejich práci s týranými, zneužívanými a zanedbávanými dětmi chybějí. Pro praktickou část bakalářské práce byly stanoveny čtyři průzkumné otázky, které popisuji v další části textu v kapitole 2.5.

2.2 Metodologie průzkumu

K zodpovězení průzkumných otázek byla zvolena kvantitativní metoda ve formě dotazníkového šetření. Tato technika byla zvolena vzhledem k velikosti zkoumaného vzorku a vzhledem k zachování anonymity respondentů. Dotazník byl vytvořený pro účely bakalářské práce, resp. pro jeho praktickou část. Dotazník se skládal celkem z 19 otázek. Část dotazníku byla zaměřená na získání základních identifikačních informací a další na samotnou práci s dětmi se syndromem CAN a metody při ní užívané. V dotazníku jsem sledovala zejména druhy a typy metod, které pracovníci volí, které by uvítali, ale v zařízení se nepraktikují. V neposlední řadě jsem se zajímala také o to, jaké metody jsou při práci s dětmi nejšetrnější a které hry děti sami preferují. Dotazník se skládal z uzavřených a otevřených otázek. U uzavřených otázek bylo možno označit více odpovědí a vyskytovali se zde i otázky výčtové a škálové. V dotazníku bylo předem uvedeno, že je anonymní a slouží pro tyto účely.

Zpracování dat průzkumu praktické části bakalářské práce bylo manuální a výsledky byly zpracovány v počítačovém programu Word. Otázky byly zpracovány do tabulek a grafů. Tabulky a grafy byly očíslovány a byla u nich vypsána otázka, na kterou respondenti odpovídali. Tabulky a grafy byly také doplněny slovním popisem dosažených výsledků.

2.3 Popis zkoumaného vzorku a prostředí průzkumu

Ke zpracování praktické části bakalářské práce bylo využito dětské centrum v Liberci, což je příspěvková organizace pomáhající dětem v tísni. Respondentský vzorek tvořili respondenti – pracovníci dětského centra Liberec z obou oddělení (dětský domov a Paprsek

zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc). Výběr respondentů mezi pracovníky byl náhodný, dotazník vyplňovali pracovníci, kteří byli mezi dny 16. 6. 2021 až 24. 6. 2021 zrovna ve směně. Průzkumný vzorek tvořilo 30 pracovníků dětského centra Liberec, při návratnosti 25 dotazníků, viz níže.

2.4 Průběh průzkumu

Realizaci průzkumu praktické části bakalářské práce byla prováděna mnou s pomocí vrchní sestry dětského centra, kdy dotazníky byly rozdány pracovníkům na pracoviště dětského centra. Vyplněné dotazníky byly následně sesbírány dne 24. 6. 2021. Výzkumný vzorek tvořilo celkem 30 respondentů. Jednalo se o zaměstnance Dětského centra Liberec, kdy 15 respondentů tvořili pracovníci z oddělení Paprsek a 15 pracovníků pocházelo z oddělení dětský domov. Průzkumem získaná data byla vyhodnocována z dotazníků odevzdaných od 25 respondentů, a to 13 dotazníků z oddělení dětský domov a 12 z oddělení Paprsek. Návratnost dotazníků přesahující 83 % celkově hodnotím kladně. Domnívám se, že k vysoké návratnosti přispěla má osobní známost s pracovníky dětského centra, jelikož se průzkumné prostředí odehrávalo na mém bývalém pracovišti.

2.5 Hlavní průzkumné otázky

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat metody užívané pracovníky dětského centra Liberec v souvislosti se syndromem CAN, a to konkrétně vysledovat nejvyužívanější a nejefektivnější metody dle pracovníků užívané při práci s dětmi postiženými syndromem CAN, oblíbené metody dětmi a také metody, které pracovníkům chybějí. Pro tyto účely byly stanoveny čtyři hlavní průzkumné otázky:

1. **Jaké metody práce užívají pracovníci dětského centra nejvíce při práci s dětmi se syndromem CAN?**
2. **Jaké používané metody jsou u dětí z pohledu pracovníků dětského centra nejvíce oblíbené?**
3. **Jaké metody jsou při práci s dětmi dle pracovníků dětského centra nejvíce efektivní?**
4. **Jaké metody pracovníkům dětského centra při jejich práci s dětmi schází?**

Následně v další části textu blíže popíši výsledky ze všech dotazníkových otázek, z nichž jsem hledala odpovědi na shora uvedené hlavní průzkumné otázky.

2.6 Průzkumná zjištění

Otázka č. 1: Jaké je vaše dosažené vzdělání?

V této otázce jsem sledovala, jaké je nejvyšší dosažené vzdělání pracovníků zaměstnaných v dětském centru Liberec. Z dotazníků vyplynulo, že 19 ze 25 dotazovaných má středoškolské vzdělání s maturitou, to představuje 76 % ze všech dotazovaných. Pro srovnání na oddělení Paprsek má 92 % z dotazovaných respondentů středoškolské vzdělání s maturitou a pouze jeden z dotazovaných, tedy 8 % odpověděl, že má vyšší odborné vzdělání. Na oddělení dětský domov má středoškolské vzdělání s maturitou 8 (62 %) dotazovaných, 3 (23 %) vyšší odborné vzdělání a 2 (15 %) vysokoškolské vzdělání. Na oddělení dětského domova je tedy o 30 % více pracovníků, kteří mají vzdělání vyšší než středoškolské než na oddělení Paprsek.

Tabulka 1 Nejvyšší dosažené vzdělání

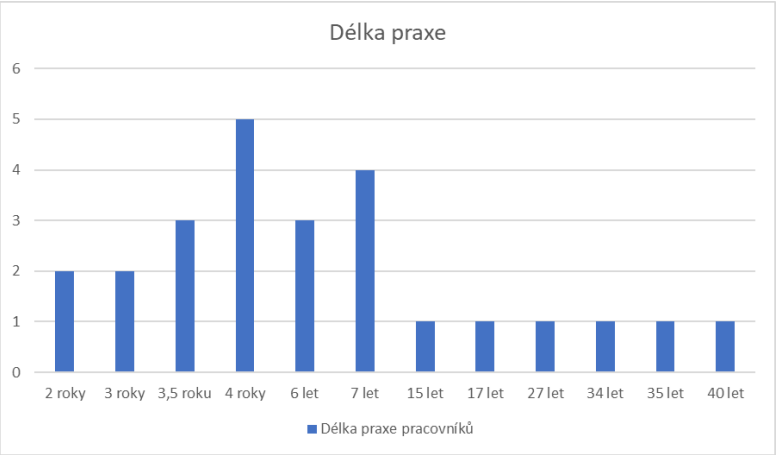
	Paprsek	Dětský domov	Celkově
Středoškolské vzdělání s maturitou	92 %	62 %	76 %
Vyšší odborné vzdělání	8 %	23 %	16 %
Vysokoškolské vzdělání	0 %	15 %	8 %

Zdroj: (vlastní šetření)

Otázka č. 2: Jak dlouhá je vaše praxe v dětském centru?

U druhé otázky jsem chtěla zjistit, jak dlouho pracovníci v dětském centru Liberec pracují. Odpovědi byly pochopitelně velmi různorodé, přičemž nejkratší doba praxe z dotazovaných respondentů je 2 roky a nejdelší 40 let. Získané údaje o délce praxe pracovníků v dětském centru Liberec prezentuji níže v grafu č. 1.

Graf 1 Délka praxe pracovníků v dětském centru Liberec



Zdroj: (vlastní šetření)

Otázka č. 3: S jakou věkovou kategorií dětí nejčastěji pracujete?

Třetí otázka sledovala, do jaké věkové kategorie patří děti, se kterými obvykle pracovníci přicházejí do styku. Zjistila jsem, že na oddělení Paprsek pracovníci mají na starost většinou starší děti a na oddělení dětský domov poté děti zpravidla do 6 let. Pracovníci na oddělení Paprsek nejvíce začlenili do kategorie „6 až 10 let“, přičemž žádný z respondentů neoznačil věkovou kategorii „1 až 3 roky“. Na oddělení dětský domov byla pak největší kategorie „1 až 3 roky“, přičemž ale procentuální rozdíl mezi kategorií „1 až 3 roky“ a „3 až 6 let“ činí pouze 8 %.

Tabulka 2 Věkové kategorie dětí

	Paprsek	Dětský domov
1 až 3 roky	x	7 (54 %)
3 až 6 let	2 (17 %)	6 (46 %)
6 až 10 let	6 (50 %)	x
10 až 16 let	4 (33 %)	x

Zdroj: (vlastní šetření)

Otázka č. 4: Jaké jsou podle vás nejčastější důvody přijetí dítěte do vašeho zařízení?

Čtvrtá otázka cílila na to, jaké jsou nejčastější důvody přijetí dítěte do zařízení, lépe řečeno domnívané důvody dle pracovníků. Byla zde možnost označit více odpovědí, tedy otázka byla výčtová, přičemž 100% většina dotazovaných z obou oddělení se shodla na tom, že dle jejich názoru je nejčastější důvod přijetí dítěte do zařízení zanedbávání péče. Na oddělení Paprsek pak 17 % označilo jako důvod přijetí také absenci jakékoliv péče. Na oddělení dětského domova označilo 38 % respondentů také jako důvod týrání. Žádný z respondentů na obou oddělení pak neoznačil odpověď „zneužívání“.

Tabulka 3 Nejčastější důvody přijetí dítěte dle pracovníků

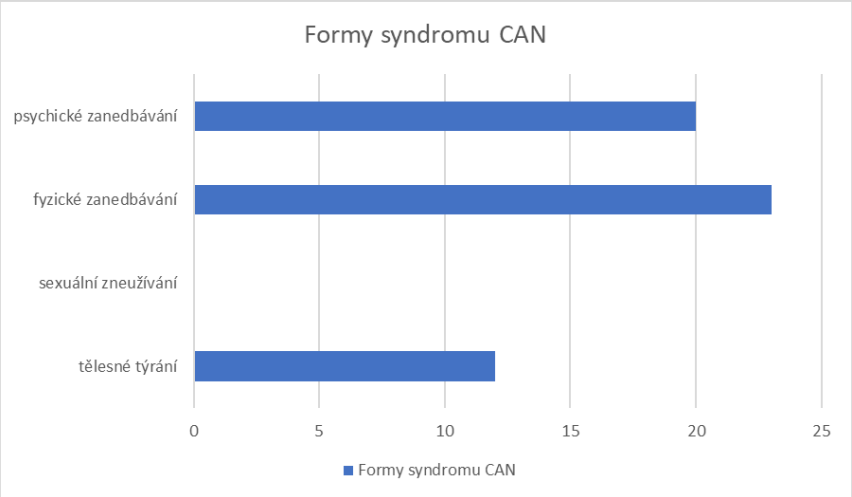
	Paprsek	Dětský domov
Zanedbávání péče	12 (100 %)	13 (100 %)
Absence jakékoliv péče	2 (17 %)	x
Týrání	x	5 (38 %)
Zneužívání	x	x

Zdroj: (vlastní šetření)

Otázka č. 5: Označte, s jakou formou týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte se setkáváte nejvíce?

U páté otázky, která byla výčtová, jsem chtěla zjistit, jaká je skutečná praxe pracovníků po přijetí dítěte do zařízení. Dotazovala jsem se, s jakou formou syndromu CAN se pracovníci dětského centra Liberec setkávají nejvíce. Odpovědi na obou oddělení byly takřka podobné, kdy 23 z 25 dotazovaných respondentů označilo odpověď fyzické zanedbávání, tedy 92 %. Jako druhá nejčastější odpověď bylo zanedbávání psychické, které označilo 80 % (20) respondentů. Takřka polovina respondentů dále uvedla také týrání, které označilo 48 % (12) všech dotazovaných. Žádný z dotazovaných se dle jejich názoru nesetkává se sexuálním zneužíváním.

Graf 2 Nejčastější formy CAN, se kterými se pracovníci setkávají

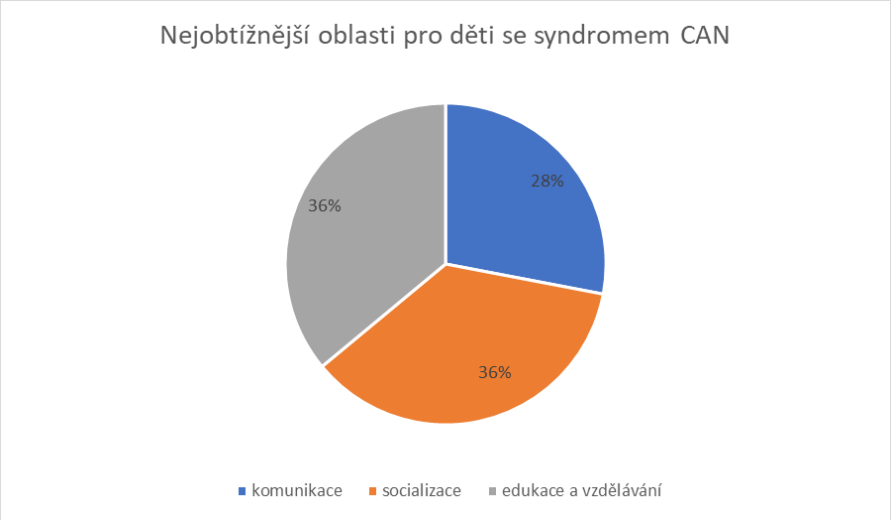


Zdroj: (vlastní šetření)

Otázka č. 6: Co podle Vás z vaší praxe při práci s týranými, zneužívanými a zanedbávanými dětmi, je pro ně samotné nejobtížnější?

Šestá otázka se ptala na to, co podle pracovníků dětem se syndromem CAN činí největší problém. Zde byly odpovědi z obou oddělení velice vyrovnané. Oblast socializace a edukace/vzdělávání zvolil stejný počet respondentů tedy 9 (36 %) a oblast komunikace pak 7 (28 %). Jinou odpověď žádný z respondentů neuvedl. Tedy na základě těchto odpovědí dotazovaných se mohu domnívat, že týrané, zneužívané a zanedbávané dítě pociťuje problémy ve více oblastech.

Graf 3 Nejobtížnější oblasti dětí se syndromem CAN dle pracovníků dětského centra

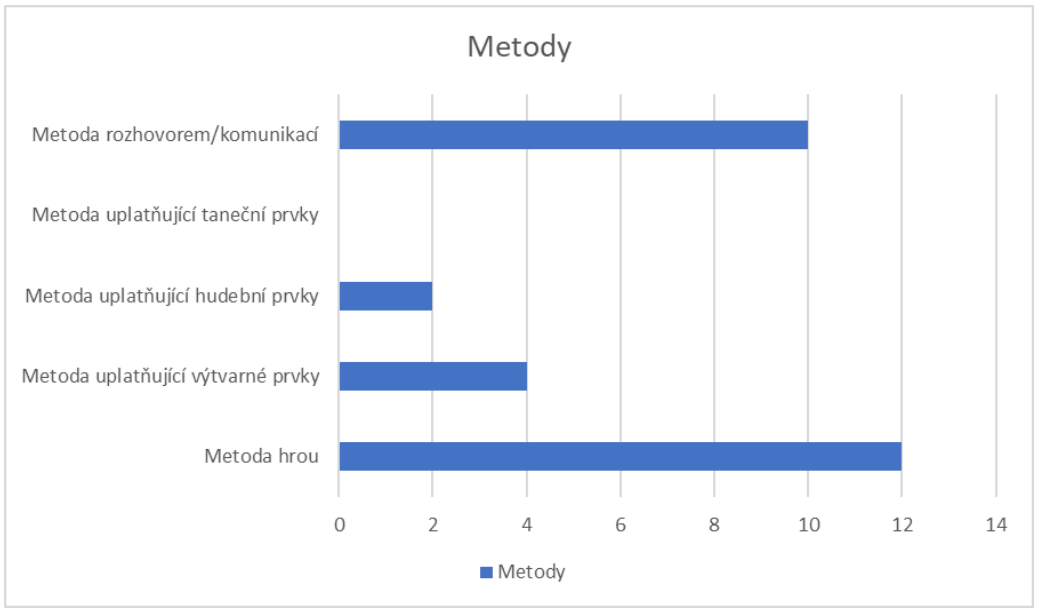


Zdroj: (vlastní šetření)

Otázka č. 7: Vyberte metodu/y, které běžně využíváte při své práci s týranými, zneužívanými zanedbávanými dětmi

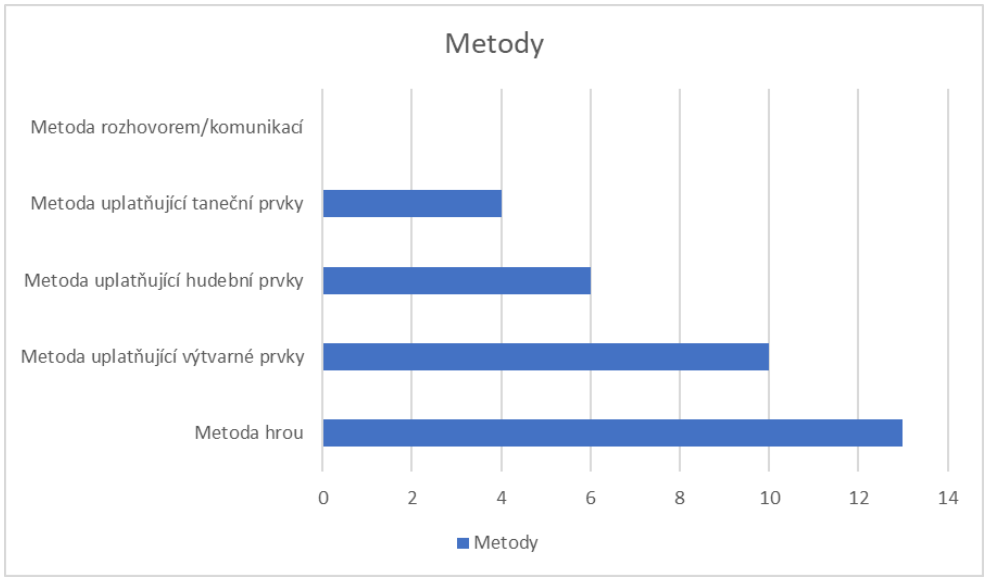
U sedmé výčtové otázky, kde bylo možné doplnit i jinou slovní odpověď, jsem chtěla zjistit jaké metody pracovníci používají nejvíce v souvislosti se syndromem CAN a tím si zodpověděla svou průzkumnou otázku. Zde se odpovědi na odděleních lišily, proto je opět rozdělím pro lepší srovnání. Na oddělení Paprsek 10 z 12 respondentů, tedy **83 %** označilo, že využívá metodu **rozhovorem/komunikací**, metodu uplatňující výtvarné činnosti zaškrtlo 33 % (4) respondentů, metodu hudebních činností pak 17 % (2) respondentů z oddělení Paprsek. Metodu uplatňující taneční prvky neoznačil žádný z respondentů na oddělení Paprsek. Ve srovnání pak na oddělení dětský domov 10 respondentů, což činí **77 %** volilo **metodu výtvarných činností**, 46 % tedy 6 respondentů na oddělení dětský domov dále označilo metodu uplatňující hudební prvky a 31 % tedy 4 respondenti označili metodu uplatňující taneční prvky. Žádný z dotazovaných z oddělení dětský domov nevybral metodu rozhovorem či komunikací. Přičemž **100% většina** z obou oddělení se však shodla na **metodě hrou**. Abych si tedy odpověděla na svou otázku „Jaké metody práce užívají pracovníci dětského centra nejvíce při práci s dětmi se syndromem CAN?“, tak na základě těchto dat mohu hovořit o **metodě hrou**, která měla 100% hlas od všech dotazovaných. Dále pak výběr metody dle mého názoru závisí na věku dítěte, kde pracovníci na oddělení starších dětí volí jiné metody než pracovníci na oddělení mladších dětí.

Graf 4 Nejvyužívanější metody pracovníků při práci s dětmi se syndromem CAN - Paprsek



Zdroj: (vlastní šetření)

Graf 5 Nejvyužívanější metody pracovníků při práci s dětmi se syndromem CAN - dětský domov



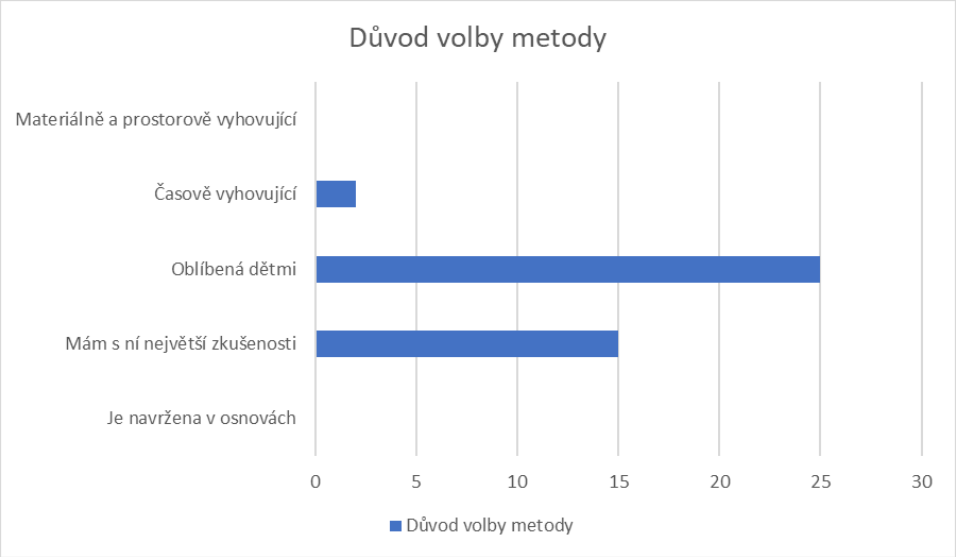
Zdroj: (vlastní šetření)

Otázka č. 8: Vyberte důvod výběru této metody

Zde jsem chtěla zjistit, co je důvodem volby těchto metod viz otázka č. 7. Tato otázka byla opět výčtová a bylo zde možné vypsat slovy jiné. Odpovědi se na obou oddělení velmi podobaly. Všech 25 respondentů tedy 100% většina se shodla na tom, že svou metodu rozhovorem/komunikací, hrou, tanečními, hudebními a výtvarnými prvky volí, protože je

oblíbená dětmi. Dále 15 (60 %) respondentů označilo, že s metodami, které si vybírají, mají největší zkušenosti. Pouze 2 (17 %) respondenti uvedli, že jsou časově výhodné. Žádný z respondentů neuvedl, že je volí, neboť jsou materiálně a prostorově vyhovující, či jsou navrženy v osnovách.

Graf 6 Důvod volby metody dle pracovníků dětského centra Liberec

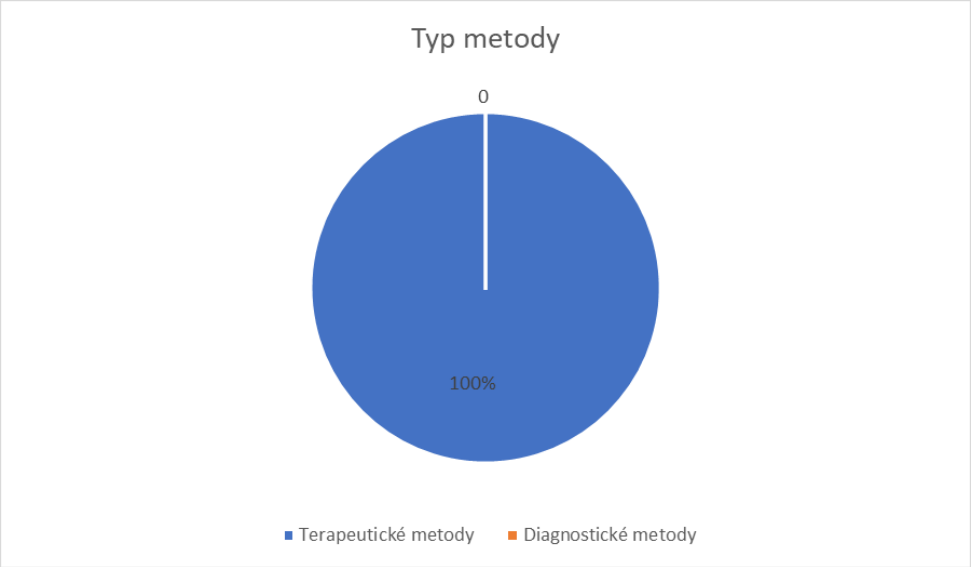


Zdroj: (vlastní šetření)

Otázka č. 9: Používáte diagnostické metody či spíše terapeutické?

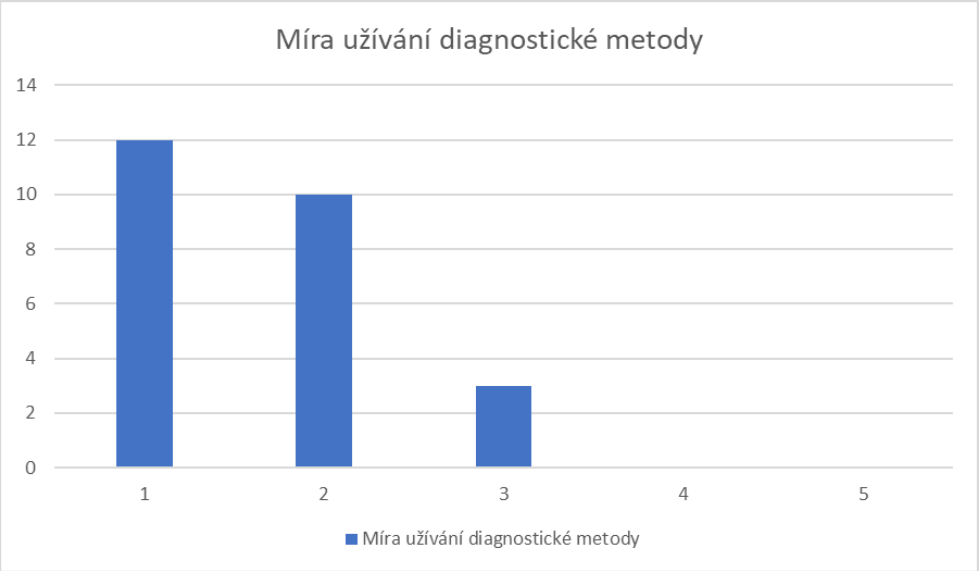
Devátá otázka sledovala, zda se v zařízení praktikují metody spíše diagnostického či terapeutického rázu. Zde byla odpověď zcela jednoznačná, kdy 25 z 25 dotazovaných odpovědělo, že užívá spíše terapeutické metody. Na škále od 1 do 5 pak vyznačovali míru užívání diagnostických a terapeutických metod. „1“ znázorňovala, že ji nepoužívají vůbec a „5“, že ji využívají velice často. U diagnostické metody vybralo 48 % tedy 12 respondentů z 25, že ji nevyužívají vůbec. Dále 10 respondentů pak zvolilo míru užívání „2“ a 3 respondenti zvolili míru „3“. U terapeutické metody 80 % (20) všech dotazovaných zodpovědělo, že ji užívají velice často, zbylých 20 % (5) respondentů zvolilo míru užívání „4“. Tedy z toho vyplývá, že v dětském centru Liberec pracovníci užívají spíše terapeutické metody.

Graf 7 Nejčastější typ metody pracovníků dětského centra Liberec



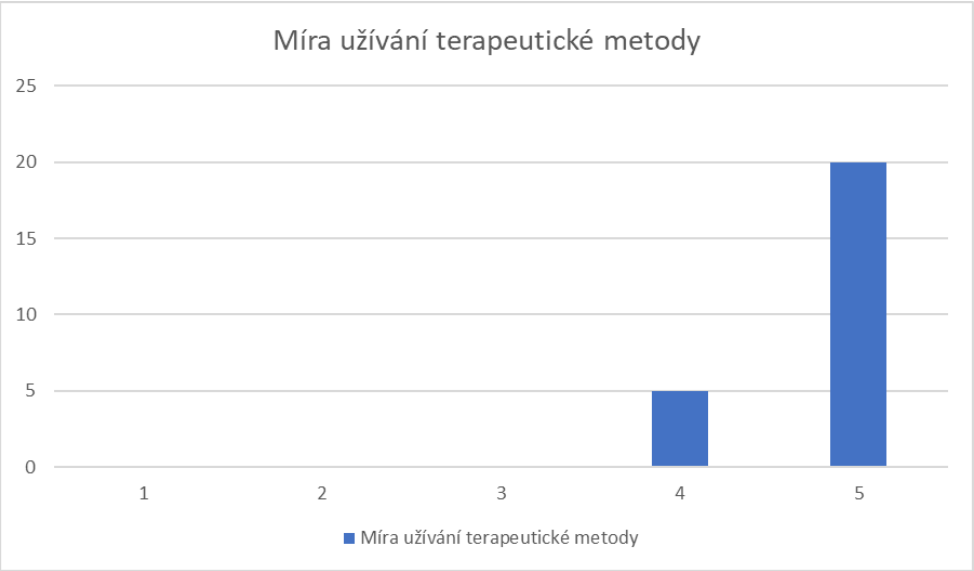
Zdroj: (vlastní šetření)

Graf 8 Míra užívání diagnostické metody v dětském centru Liberec



Zdroj: (vlastní šetření)

Graf 9 Míra užívání terapeutické metody v dětském centru Liberec

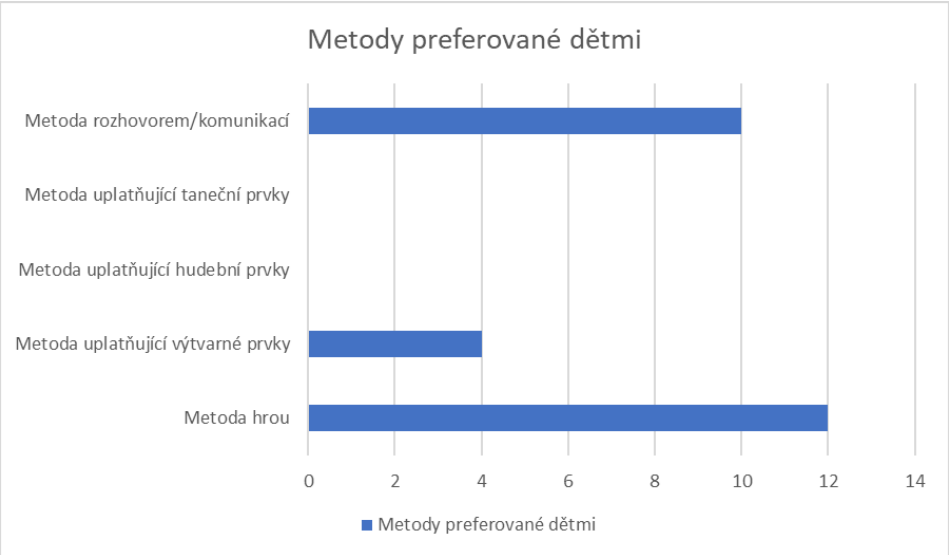


Zdroj: (vlastní šetření)

Otázka č. 10: Jakou metodu/y podle vás nejvíce preferují děti?

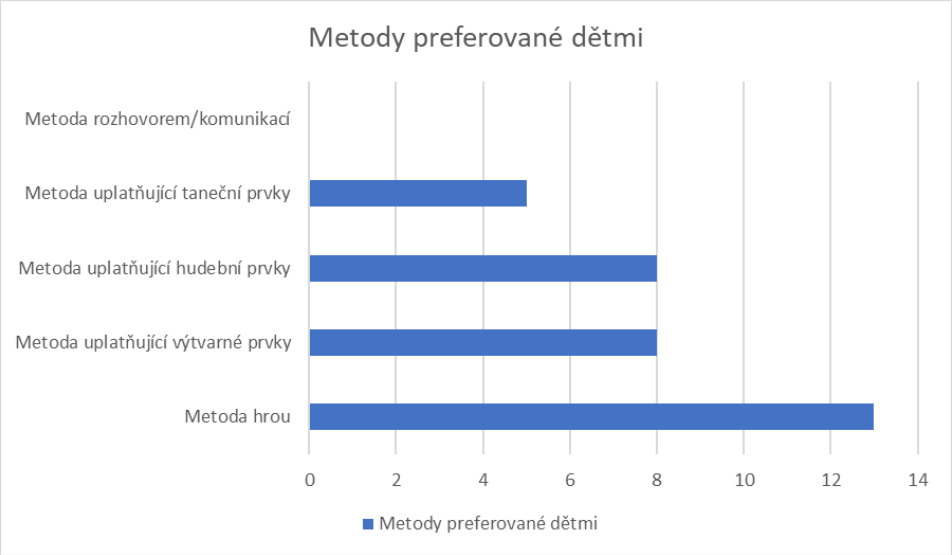
Desátá otázka se zaměřovala na to, jaké metody jsou nejvíce oblíbené a preferované dětmi. I zde byla otázka výčtová či mohli vypsat slovy jiné. Odpovědi na odděleních opět lišily, proto je nyní porovnám. Na oddělení Paprsek, kde se nachází starší děti 10 **(83 %)** respondentů z 12 uvedlo, že dle jejich názoru děti preferují **metodu rozhovorem/komunikací** a 4 respondenti tedy 33 % uvedlo pak také metodu výtvarných činností. V porovnání s oddělením dětský domov, kde měly metody **výtvarných činností a hudebních činností** stejné zastoupení tedy **62 %** všech dotazovaných z oddělení dětský domov. Dále pak také označili metodu s tanečními prvky, pro kterou se rozhodlo 5 (38 %) respondentů z 13. Zcela jednoznačně pak na obou odděleních volilo **100 %** všech respondentů **metodu hrou**. Tím si tedy odpovídám na další průzkumnou otázku „Jaké používané metody jsou u dětí z pohledu pracovníků dětského centra nejvíce oblíbené?“ a to sice **metoda hrou**. **Pro menší věkovou kategorii dětí to jsou pak metody výtvarných a hudebních činností a u starších dětí to je pak metoda rozhovorem/komunikací.**

Graf 10 Metody preferované dětmi – Paprsek



Zdroj: (vlastní šetření)

Graf 11 Metody preferované dětmi – dětský domov



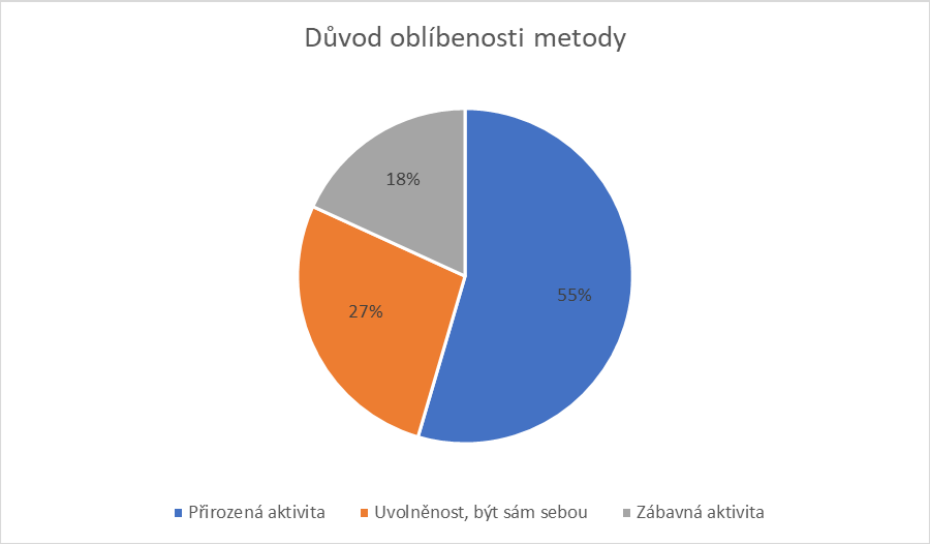
Zdroj: (vlastní šetření)

Otázka č.11: Uveďte, proč je podle vás nejoblíbenější

Jedenáctá otázka byla otevřená, tedy každý zde slovy mohl napsat odpověď, proč si myslí, že je tato metoda, viz otázka č. 11, dětmi oblíbená. Na tuto otázko odpovědělo pouze 22 respondentů z 25. Nejčastěji pracovníci uváděli, že je to pro děti přirozená aktivita, na čemž se shodlo 55 % (12) respondentů, dalších 27 % (6) uvedlo, že se u této aktivity mohou uvolnit

a být sami sebou a zbylých 18 % (4) uvedlo, že jsou pro děti zábavné. Z grafu tedy vyplývá, že důvod, proč děti preferují metodu viz otázka č. 11, je to, že je pro ně nejpřirozenější aktivitou.

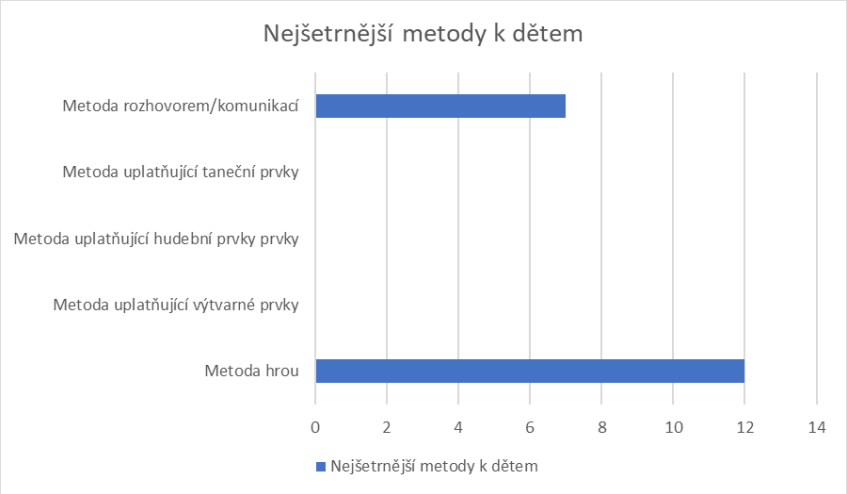
Graf 12 Důvod oblíbenosti metody dětmi



Otázka č. 12: Jaká metoda je podle vás k dětem nejšetrnější?

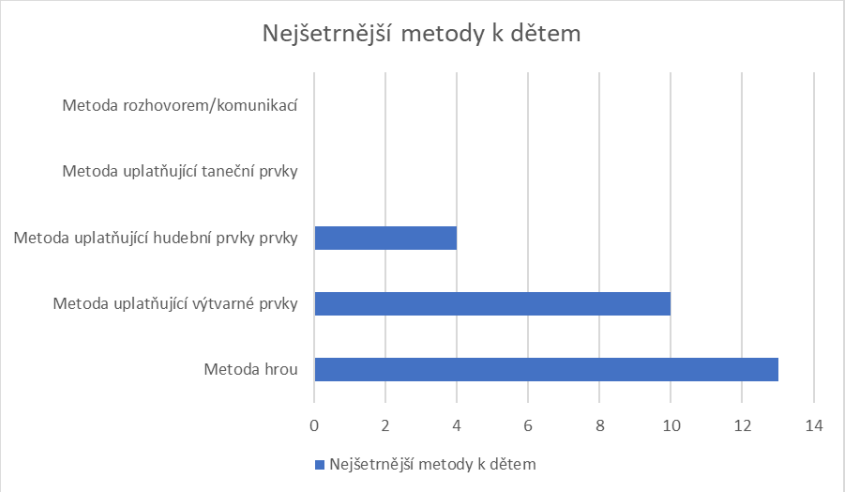
Tato otázka se ptala, jaká metoda dle pracovníku dětského centra Liberec, je pro děti nejšetrnější. Otázka byla opět výčtová, přičemž 100% většina se shodla na metodě hrou, kterou vidí pracovníci jako nejvíce šetrnou k dětem. Na oddělení Paprsek pak pracovníci dále uváděli metodu rozhovorem/komunikací, kterou zvolilo 58 % (7) z 12 respondentů. Na oddělení dětský domov 77 % (10) označilo dále jako šetrnou metodu s výtvarnými prvky a 31 % (4) také uvedlo hudební metodu.

Graf 13 Nejšetrnější metody k dětem – Paprsek



Zdroj: (vlastní šetření)

Graf 14 Nejšetrnější metody k dětem – dětský domov



Zdroj: (vlastní šetření)

Otázka č. 13: Jaká metoda je dle vašeho názoru nejvíce efektivní?

Třináctá otázka cílila na nejvíce efektivní metodu dle pracovníků dětského centra Liberec. U této otázky respondenti označovali pouze jednu odpověď, zde se **100% většina tedy 25 respondentů z 25 shodlo na metodě hrou.** Na otevřenou podotázku „proč“ pak respondenti odpovídali takřka stejně pouze odlišnými slovy, kdy uváděli „oblíbenost dětmi,“ či protože je to „přirozená aktivita pro dítě“ či také „dítě při ní dobře spolupracuje“. Odpověď na další průzkumnou otázku „Jaké metody jsou při práci s dětmi dle pracovníků dětského centra nejvíce efektivní?“ tedy vyplývá zcela jednoznačně z grafu, že se jedná o **metodu hrou**, a to z toho důvodu, že je pro dítě oblíbenou a zároveň přirozenou činností, při které pak také dobře spolupracují s pracovníky.

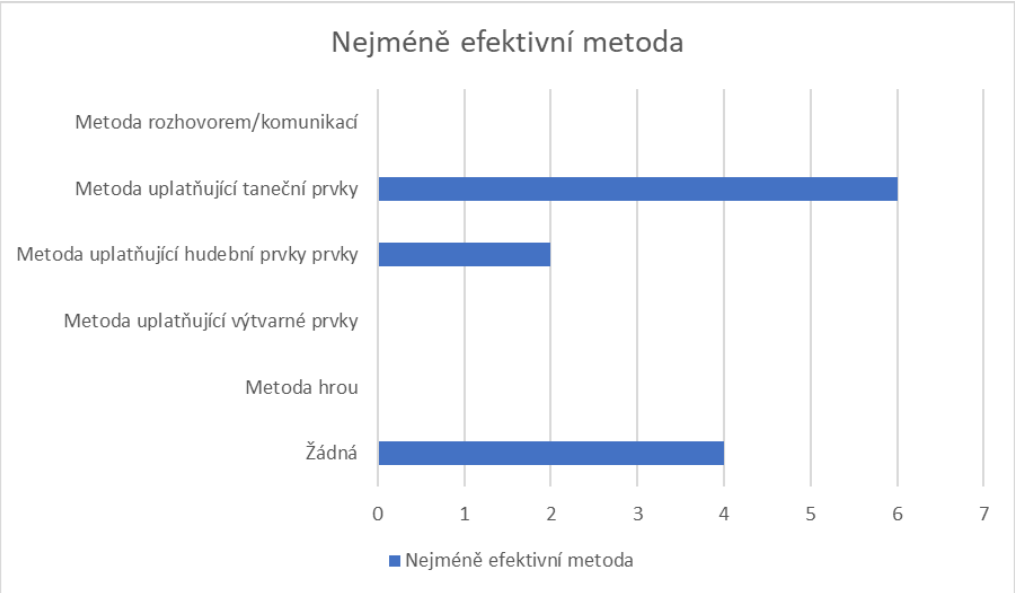
Graf 15 Nejefektivnější metoda dle pracovníků dětského centra Liberec

Zdroj: (vlastní šetření)

Otázka č. 14: Jaká metoda je dle vašeho názoru nejméně efektivní?

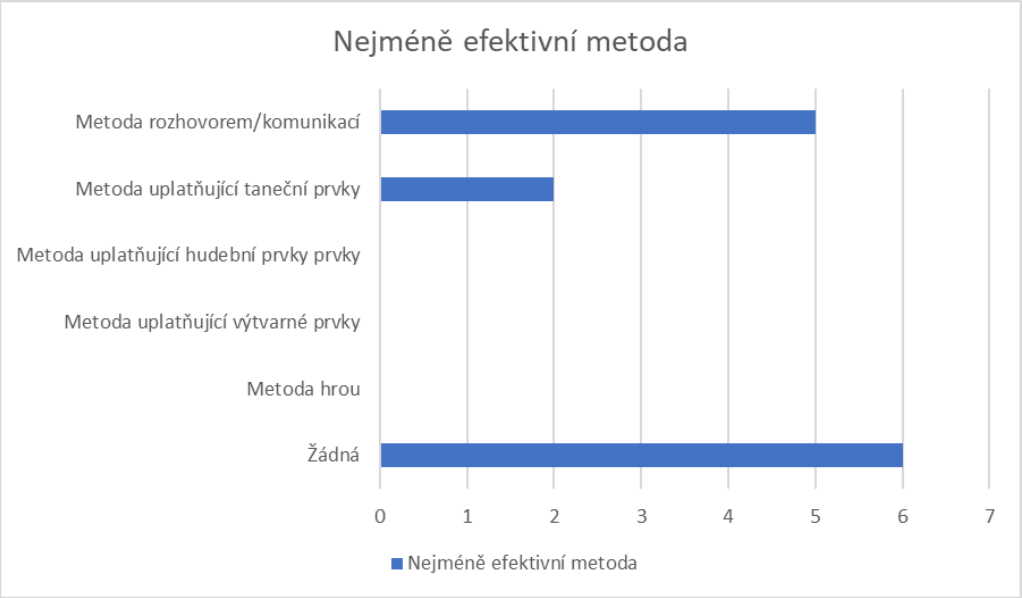
Čtrnáctá otázka se dotazovala na to, která metoda je dle pracovníků dětského centra nejméně efektivní. Zde vybrat pouze jednu odpověď či napsat slovně „jiné“, přičemž 10 (40 %) respondentů z 25 uvedlo do „jiné“, že žádná, protože jsou všechny efektivní, někteří respondenti dokonce dopisovali, že jsou efektivní všechny, zejména pokud se propojují a střídají. Na oddělení Paprsek „žádná“ uvedli 4 respondenti, 6 respondentů uvedlo pak také metodu s tanečními prvky a 2 respondenti uvedli metodu s hudebními prvky. Na oddělení dětský domov uvedlo „žádná“ 6 respondentů, dalších 5 respondentů uvedlo metodu rozhovorem/komunikací a 2 z nich pak označili metodu s tanečními prvky.

Graf 16 Nejméně efektivní metoda dle pracovníků z oddělení Paprsek



Zdroj: (vlastní šetření)

Graf 17 Nejméně efektivní metoda cle pracovníků z oddělení dětský domov



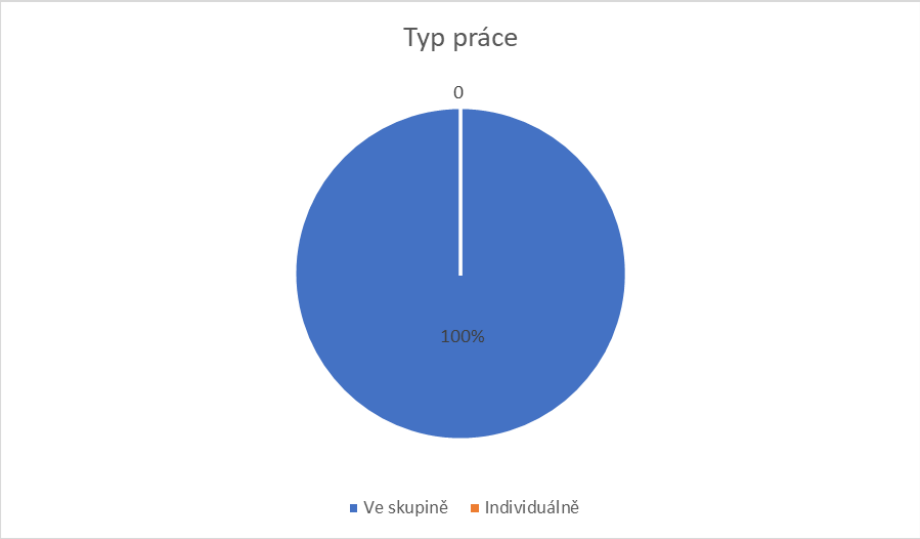
Zdroj: (vlastní šetření)

Otázka č. 15: Pracujete s dětmi spíše individuálně či ve skupině a proč?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jakou formou pracovníci s dětmi nejčastěji pracují, zda individuálně či ve skupině. Zde se 100 % respondentů shodlo, že pracují s dětmi spíše ve skupině. Na otevřenou otázku, proč pracují s dětmi spíše ve skupině, odpověděli všichni respondenti obdobně pouze odlišnými slovy a to sice, že mají na starost více dětí

najednou/pracovní podmínky/na oddělení je více dětí apod. Tedy z těchto dat mohu usuzovat, že pracovníci pracují s dětmi ve skupině, protože mají na starost skupinu dětí.

Graf 18 Typ práce

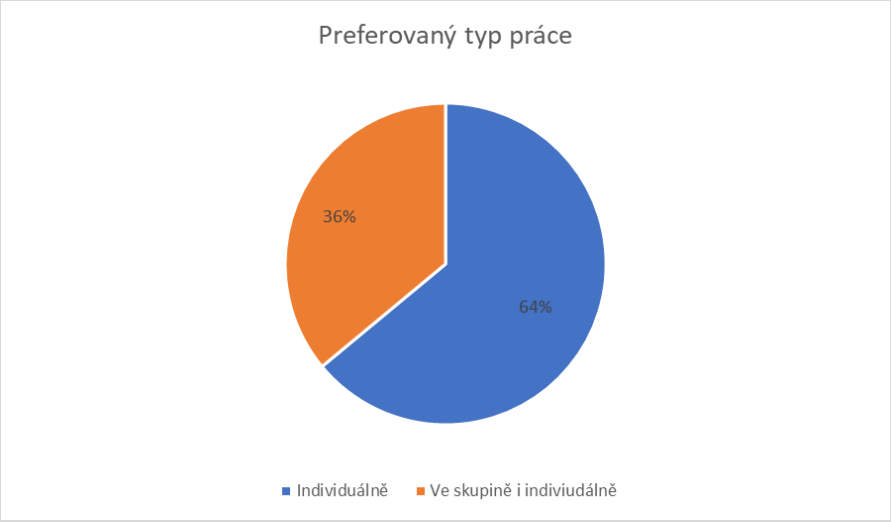


Zdroj: (vlastní šetření)

Otázka č. 16: Preferoval/a byste práci ve skupině či individuálně a proč?

Šestnáctá otázka se zaměřovala na to, co by preferovali sami pracovníci, zda pracovat s dítětem individuální či ve skupině. Tato otázka byla otevřená, kde 16 pracovníků z 25 odpovědělo, že by chtělo spíše pracovat s dítětem individuálně, což tvoří 64 % z celkového počtu respondentů. Na podotázku „proč“ odpovídali vesměs všichni stejně a to, že „měl bych užší vztah s dítětem“ či „měl bych na dítě více času“ či „mohl se mu více věnovat“. Zbylých 9 respondentů (36 %) odpovědělo, že by preferovalo obojí, tedy jak práci individuálně, tak ve skupině, svou odpověď nejčastěji odůvodňovali tím, že „každé dítě je individuální“ či „děti potřebují obojí“. Z grafu tedy vyplývá, že většina dotazovaných pracovníků by uvítala spíše práci individuální.

Graf 19 Preferovaný typ práce pracovníky dětského centra Liberec

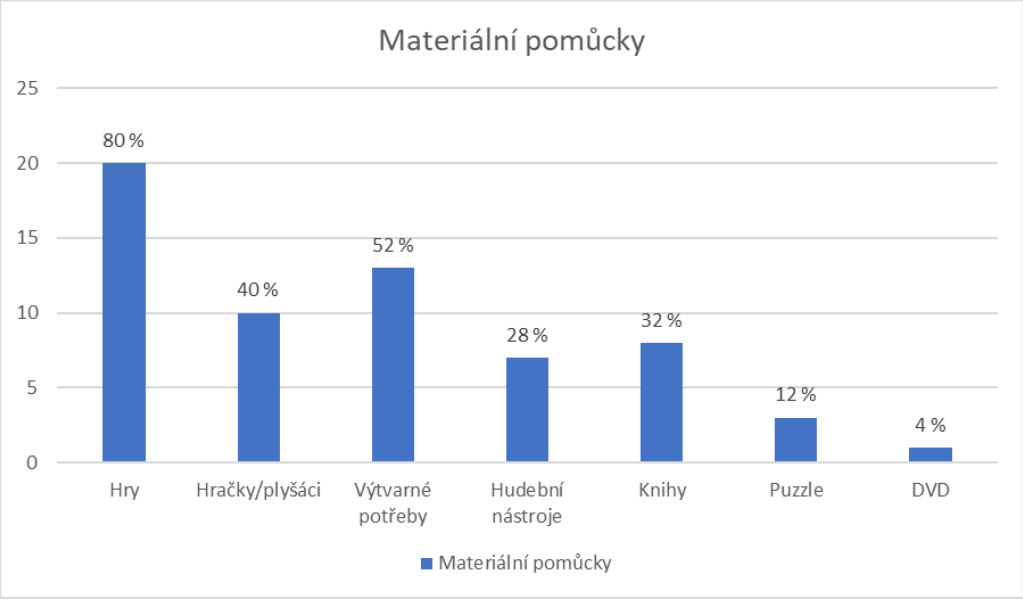


Zdroj: (vlastní šetření)

Otázka č. 17: Využíváte pro svou práci materiálních pomůcek? Pokud ano uveďte jaké

Tato otázka sledovala, zda využívají pracovníci nějakých materiálních pomůcek a jakých nejčastěji. Všichni, tedy 100 % respondentů, uvedli, že pomůcky používají a jako příklady uváděli nejčastěji „hry“ a „hračky/plyšáci“ dále pak také „výtvarné potřeby“ a „hudební nástroje“ a také například „knihy“, přičemž většina z nich napsala více pomůcek najednou.

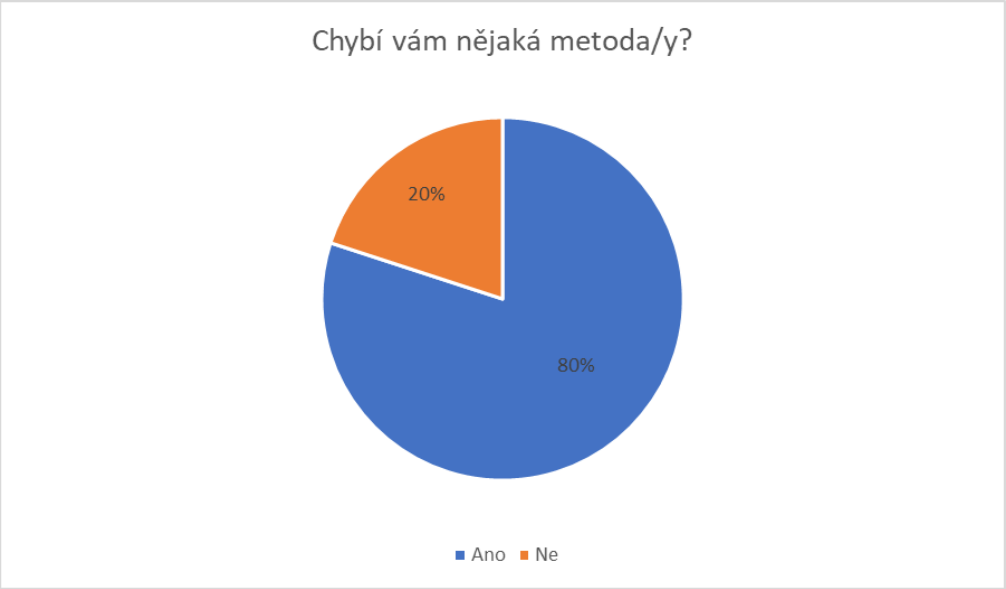
Graf 20 Nejčastější materiální pomůcky využívané pracovníky dětského centra Liberec



Otázka č. 18: Je metoda/y, která vám při vaši práci s týranými, zneužívanými a zanedbávanými dětmi chybí?

Předposlední otázka dotazníku cílila na to, zda je metoda či metody, které pracovníkům v dětském centru Liberec chybí. Z níže uvedeného grafu vyplývá, že 80 % všech pracovníků se shodlo na tom, že jim některá metoda/y schází. Zbylých 20 % odpovědělo „ne," tedy vyjádřili se v tom smyslu, že jim žádná metoda nechybí.

Graf 21 Chybějící metody



Zdroj: (vlastní šetření)

Otázka č. 19: O jakou metodu/y se jedná a čím by podle vás přispěla?

Poslední otázka navazovala na otázku č. 18. Zde se zdrželi odpovědi ti, kteří v předešlé otázce uvedli „ne". Na tuto otázku tedy odpovídalo 9 respondentů z oddělení Paprsek a 11 respondentů z oddělení dětský domov. Na oddělení Paprsek pracovníci uváděli nejčastěji formu nějaké psychoterapie (67 %) a dále pak metody využívající zvířata (33 %). Na otevřenou podotázku, čím by právě tato metoda přispěla se nejčastěji shodli na tom, že forma psychoterapie „by prospěla zejména starším dětem", či že by „pomoc byla odbornější" a zooterapeutická metoda by „dětem udělala radost" či „pozvedla jejich psychiku". Na oddělení dětského domova se všech 11 respondentů z 11 shodlo na tom, že by uvítali metodu využívající zvířata a na podotázku čím by tato metoda přispěla, se většina shodla na tom, že by „děti z toho měly radost," „zlepšilo by to jejich psychický stav" či by se „děti mohly dostat do kontaktu se zvířaty, se kterými se běžně nemají možnost se setkat". Tím si mohu odpovědět na svou

poslední průzkumnou otázku „Jaké metody pracovníkům dětského centra při jejich práci s dětmi schází?“ a to sice **metoda uplatňující zooterapeutické prvky**, kterou by uvítalo 56 % všech dotazovaných respondentů a **metoda uplatňující psychoterapeutické prvky,** kterou by uvítalo 24 % pracovníků.

Graf 22 Metody, které pracovníkům chybějí – Paprsek

Zdroj: (vlastní šetření)

Graf 23 Metody, které pracovníkům chybějí – dětský domov

Zdroj: (vlastní šetření)

Graf 24 Metody, které chybějí pracovníkům z dětského centra Liberec

Zdroj: (vlastní šetření)

2.7 Shrnutí výsledků praktické části

Průzkum praktické části bakalářské práce byl zaměřen na zjištění metod práce pracovníků v dětském centru Liberec. Cílem dotazníkového šetření bylo nalézt odpovědi na čtyři hlavní průzkumné otázky:

1. **Jaké metody práce užívají pracovníci dětského centra nejvíce při práci s dětmi se syndromem CAN?** Na základě sesbíraných dat jsem zjistila, že pracovníky dětského centra Liberec je nejužívanější metodou metoda hry. Dále jsem zjistila, že výběr metody je odlišný u dětí různých věkových kategorií, tedy dle mého názoru věk dítěte je jedním z aspektů ovlivňující volbu metody, kdy u starších dětí převládá na základě odevzdaných dotazníků metoda rozhovorem či komunikací, kdežto u mladších dětí to jsou pak velmi často metody s výtvarnými či hudebními prvky.

2. **Jaké používané metody jsou u dětí z pohledu pracovníků dětského centra nejvíce oblíbené?** Průzkumem jsem došla k zjištění, že u dětí je nejoblíbenější metoda hrou, a to u všech věkových kategorií. Tedy o hře můžeme v tomto případě hovořit jako o univerzální metodě, která je schopna se přizpůsobit všem věkovým kategoriím dětí. Dále pak starší děti preferují spíše komunikaci, než expresivní metody jako je tomu u mladších dětí, u kterých jsou oblíbené i výtvarné, hudební a taneční metody.

3. **Jaké metody jsou při práci s dětmi dle pracovníků dětského centra nejvíce efektivní?** Zde jsem zjistila, že nejefektivnější metodou dle pracovníků je opět napříč

věkovými kategoriemi metoda hrou, a to z toho důvodu, že je dětmi nejoblíbenější a také je pro děti nejpřirozenější aktivitou, při které dobře spolupracují s pracovníky.

4. **Jaké metody pracovníkům dětského centra při jejich práci s dětmi schází?** Z odevzdaných dotazníků vyplynulo, že pracovníkům dětského centra Liberec chybějí metody na bázi psychoterapie, a to konkrétně na oddělení starších dětí, a dále pak zooterapeutické metody, které by uvítali pracovníci jak u mladších, tak i u starších dětí.

2.8 Diskuse

V praktické části své bakalářské práce bylo smyslem odpovědět na položené průzkumné otázky, kdy byly zjištěny nejvíce užívané metody práce s dětmi se syndromem CAN v dětském centru Liberec, jaké metody nejvíce preferují sami děti, a které metody pracovníkům chybějí. Mimo tyto čtyři hlavní otázky jsem také zjistila formy práce v dětském centru Liberec, typy metod a výčty nejšetrnějších či nejméně efektivních metod. Domnívám se, že výsledky dat zde interpretované jsou dostatečně validní pro zmapování práce v konkrétním sociálním zařízení.

S odstupem času spatřuji, že mnou zvolené dotazníkové šetření, bych nyní spíše nahradila formou rozhovorů, kdy tato metoda by dle mého názoru byla účinnější, pro získání lepších, kvalitnějších a bohatších informací, či by mohla více do hloubky objasnit volby metod práce s dětmi se syndromem CAN a lépe nastínit situaci pracovníků, kdy bych se díky osobní konfrontaci mohla případně dále dotázat na uvedené odpovědi či důvody těchto odpovědí. Vzhledem k tomu, že si tato metoda klade vyšší časové nároky na zpracování ze strany respondenta i výzkumníka, tak jsem zvolila s ohledem na časovou vytíženost pracovníků dětského centra metodu dotazníkového šetření, jelikož vím z osobní praxe, jak těžké je najít si prostor pro jiné než pracovní povinnosti.

Mnou provedený průzkum v korespondenci s teoretickou částí jednoznačně poukázal na široké možnosti využitelnosti metody hrou, kdy jsem se odkazovala na definice autorů viz Humpolíček, Valenta ale i na zahraniční zdroje, které prezentovaly hru jako účinnou pomoc traumatizovanému dítěti a přiblížení se k němu pomocí metody, s kterou se bude cítit bezpečně. Praktická část mi pak tato tvrzení potvrdila a metoda hrou vyšla nejen jako nejvíce využívaná metoda pracovníků dětského centra Liberec, ale i jako metoda nejšetrnější, nejefektivnější a dětmi nejoblíbenější, a to napříč věkovými kategoriemi dětí. Naproti tomu taneční metoda, která se také uvádí v odborných zdrojích například Gerlichovou či Čížkovou jako účinná, se mi na základě sesbíraných dat nejevila jako metoda, kterou by pracovníci běžně volili a využívali. Obtížné říci, proč je tomu tak, zdali stojí překážka na straně pracovníků či dětí, nicméně v tomto zařízení raději volí jiné metody, jako jsou metody s výtvarnými a hudebnímu prvky, či metoda

rozhovorem/komunikací. Zde jsem si potvrdila kapitolu „Volba vhodné metody“, kdy jsem uváděla, že pracovník volí metodu s ohledem na určité aspekty, kdy jedním z nich byl věk dítěte, který jak jsem zjistila i v praktické části, hraje velkou roli při výběru metody, a i oblíbenosti metod dětmi.

Dalším aspektem je typ práce, tím míním individuální či ve skupině. V teorii jsem se opírala o fakty, že svá pozitiva má jak práce individuální, tak ve skupině, kdy z průzkumu vyplynulo, že v dětském centru Liberec praktikují pracovníci více práci ve skupině, jelikož jim v individuální práci brání především pracovní podmínky. Průzkumná část mi také nastínila, jaké metody pracovníkům při jejich práci chybějí, což byly psychoterapeutické a zooterapeutické metody. Domnívám se, že je tomu tak proto, jelikož se jedná o metody, které pracovníci nedokáží zajistit sami, nemají k nim přístup a tyto metody vyžadují, aby je prováděli kvalifikovaní pracovníci či odborníci.

Na základě provedeného šetření, pro mě bylo jistým překvapením, že se pracovníci dětského centra Liberec nesetkávají se sexuálním zneužíváním, což může mít i souvislost s faktem, že pracovníci uvedli minimální užívání diagnostických metod. V teoretické části jsem diagnostické metody zmiňovala zejména v kontextu sexuálního zneužívání, tedy z mého pohledu tato skutečnost může být způsobena nedostatečnou diagnostikou dětí, či nerozpoznání těchto forem syndromu CAN, které mnohdy zůstávají skryté, než tím že by se v zařízení takovéto děti zcela nenacházely.

Z mého pohledu předložená bakalářská práce splnila vytčený cíl, kterými byly zjištěny nejvyužívanější a nejefektivnější metody pracovníky dětského centra Liberec při práci s týranými, zneužívanými a zanedbávanými dětmi a nejoblíbenější metody těchto dětí. Dále ale také metody, které pracovníkům chybějí, což jsem zjistila, že jsou metody využívající psychoterapeutické prvky zejména pro starší děti a následně také zooterapeutické metody. Cíle, které jsem zjistila, jsou dle mého úsudku stěžejními body péče o týrané, zneužívané a zanedbávané dítě a reflektují přístupy pracovníků k těmto dětem. Tyto cíle shledávám přínosnými, neboť ukázaly, že práce s dětmi se syndromem CAN by rozhodně neměla být jednotvárná, ale pokud možno co nejvíce přiblížena dětskému chápání světa, tedy metody by měly být hravé, expresivní, užívat rozmanitých pomůcek a přizpůsobovat se věku a individualitě dítěte. Následně také spatřuji přínos v navrhnutí opatření, které by dle mého názoru mohlo spočívat ve spolupráci s jinými odborníky, konkrétně v tomto případě s psychoterapeuty a zooterapeuty, kteří by v pravidelných intervalech navštěvovali zařízení a svými metodami by pak obohatili práci pracovníků, neboť se domnívám, že dítě, respektive dítě se syndromem CAN, potřebuje pro svůj rozvoj multidisciplinární přístup, ve kterém se

bude užívat více než jedna či dvě metody. V ideálním případě si dále představuji, že pracovníci mají možnost se více věnovat dětem individuálně, neboť sesbíraná data dokazují, že pracovníci většinou pracují s dětmi ve skupině, za což mohou především pracovní podmínky. Zlepšení pracovních podmínek bych docílila snížením počtu dětí na pracovníka, tedy zvýšením počtu pracovníků v zařízení, a tím zvýšila i možnost individuální práce s dítětem.

Chtěla bych také zmínit skutečnost ohledně potencionálního sexuálního zneužívání u dětí přijatých do dětského centra Liberec, kdy se domnívám, že by se na základě lepší a obsáhlejší diagnostiky, která se v tomto zařízení na základě odpovědí takřka nevyužívá, mohlo změnit povědomí pracovníků o sexuálním zneužívání dětí. Čímž se mi i nabízí myšlenka námětu k dalšímu průzkumu, který by se mohl o tuto problematiku více zajímat a zjistit například, proč se zde ve větší míře nepraktikují diagnostické metody, jakou diagnostikou tedy vlastně dítě prochází před přijetím či v jeho průběhu apod.

Závěr

Předložená bakalářská práce se zabývala tématem „Multidisciplinární pohled při řešení syndromu CAN v dětském centru“. Práce se skládala z teoretické části a praktické části, kdy v teoretické části bylo pomocí odborných pramenů stručně pojednáno o tématech: postavení dítěte ve společnosti, syndrom CAN, jeho formy a následky, sociální pracovník v kontextu syndromu CAN, vybrané metody práce s dětmi se syndromem CAN a volba těchto metod a dětské centrum Liberec.

Praktická část pak obsahovala průzkum, který byl zpracováván metodou dotazníkového šetření a byly zvoleny čtyři hlavní průzkumné otázky, na které jsem si následně zodpověděla. Cílem praktické části bylo vysledovat nejvyužívanější metody pracovníků dětského centra Liberec v souvislosti se syndromem CAN, nejoblíbenější metody dětmi a metody, které pracovníkům chybějí. V centru zájmu průzkumu pak byli pracovníci dětského centra Liberec, kteří pracují s dětmi postiženými syndromem CAN.

Práce dle mého soudu splnila vytčený cíl, kterým bylo zodpovězení všech položených hlavních průzkumných otázek. Vzhledem k tom, že z průzkumné části vyplynulo na základě respondentských odpovědí zjištění, jak pracovníci přistupují k týraným, zneužívaným a zanedbávaným dětem, jaké metody volí nejčastěji pro svou práci a jaké jsou dle nich nejefektivnější a nejšetrnější, kdy v neposlední řadě bylo rovněž zjištěno, které metody pracovníkům při jejich práci chybí, lze přínos spatřovat v navrhnutí opatření nejen pro toto konkrétní zařízení, kterými by mohla být spolupráce s jinými odborníky, konkrétně psychoterapeuty a zooterapeuty. Doporučením může být zlepšení samotné organizace práce,

která by dovolovala pracovníkům více individuálního přístupu k dětem. Domnívám se, že tato opatření by pak mohla zlepšit práci pracovníků dětského centra Liberec, a tedy byla přínosem pro děti se syndromem CAN.

Seznam použitých zdrojů

BECHYŇOVÁ, V., KREJČÍŘOVÁ, D., DYDŇANSKÁ, R., a kolek. 2007. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém.* Praha: Ireas. ISBN 978-80-86684-47-5.

CIMICKÝ, J., 2017. Týrané dítě a Stockholmský syndrom. In Šance dětem [online]. [vid. 21. 2. 2021]. Dostupné z: https://www.sancedetem.cz/tyrane-dite-stockholmsky-syndrom.

COGNET, G., 2013. *Dětská kresba jako diagnostický nástroj.* Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0499-2.

ČÍRTKOVÁ, L., 2004. *Forenzní psychologie*. Praha: Aleš Čeněk. ISBN 80-86473-86-4.

ČÍŽKOVÁ, K., 2005. *Tanečně-pohybová terapie.* Praha: Triton. ISBN 80-7254-547-7.

DAUGHERTY, L., 2011. *Child Molesters, Child Rapists, and Child Sexual Abuse: Why and How Sex Offenders Abuse.* Roswell: Cleanan Press. ISBN 9781482688399.

DOSEDLOVÁ, J., 2012. *Terapie tancem*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3711-9.

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

ELLIOT, J., PLACE, M., 2002. *Dítě v nesnázích.* Praha: Grada. ISBN 80-247-0182-0.

GELDARD, K., GELDARD, D., 2008. *Dětská psychoterapie a poradenství*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-476-2.

GERLICHOVÁ, M., 2021. *Muzikoterapie v praxi*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1791-8.

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

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

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

HAŠTO, J., VOJTOVÁ, H., 2021. *Posttraumatická stresová porucha.* Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-2944-1.

HAVRÁNEK, P., aj. 2012. Syndrom třeseného dítěte a jeho chirurgické aspekty. *Pediatrie pro praxi.* [online], roč. 13, č. 2, s. 76–78 [vid. 7. 2. 2021]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2012/02/03.pdf.

HUMPOLÍČEK, P. (2005). Diagnostika a terapie hrou. *Psychologie Dnes*, r. 10, č. 12, s. 30-32. ISSN1212-9607.

KOTTMAN, T., 2011. *Play therapy*. 2 vyd. Alexandria: American Counselling association. ISBN 978-1-55620-305-3.

LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J., 2010. *Dětská psychoterapie*.3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-710-7.

LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z., 2011. *Psychická deprivace v dětství*. 4. dopl. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1983-5.

LOVASOVÁ, L., 2006. *Šikana*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-86991-65-2.

MATĚJČEK, Z., 1994. *Co děti nejvíce potřebují*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-006-5.

MATOUŠEK, O., a kolek., 2008. *Metody a řízení sociální práce.* 2 vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-502-8.

MANN, L. Persuasive Doll Play: A Technique of directive psychotherapy for use with children. *Journal of Clinical Psychology* [online], vol. 13, no 1, pp 14–19, [vid 6. 6. 2021]. ISSN 0021-9762. Dostupné z: http://eds.b.ebscohost.com.ipac.kvkli.cz:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=3f9f7323-a974-49d1-ab52-8c1cc62dbfcc%40sessionmgr102.

Ministerstvo práce a sociálních věcí: Statistické údaje k výkonu sociálně právní ochrany dětí. [online]. [vid. 11. 2. 2021]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/web/cz/vyzadane-informace?p_r_p_categoryId=1248329&p_r_p_resetCur=true&p_j_a_id=1051811&p_p_mode=view&p_p_id=com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_m3e3pKcN9QEp&p_p_lifecycle=0&_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_m3e3pKcN9QEp_urlTitle=2010-48671-21-statisticke-udaje-k-vykonu-socialne-pravni-ochrany-deti&_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_m3e3p

KcN9QEp_type=content&_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_m3e3pKcN9QEp_mvcPath=/view_content.jsp.

Ministerstvo práce a sociálních věcí: Úmluva o právech dítěte. [online]. [vid. 21. 2. 2021]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/-/c-j-mpsv-2020-90457-umluva-o-pravech-deti.

MÜLLER, O., a kolek. 2014. *Terapie ve speciální pedagogice.* 2. přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4172-7.

McMAHON, L., 2005. *The handbook of play therapy*. London: Routledge Taylor & Francis. ISBN 0-203-35931-3.

OAKLANDER, V., 2020. *Třinácté komnaty dětské duše.* Praha: Portál. ISBN 97á-80-262-1591-2.

Pedagogicko psychologická poradna Plzeň: sekce primární prevence. [online] [vid 20. 11. 2020] Dostupné z: http://www.kapezet.cz/index.php?object=General&articleId=162&leveMenu=0.

PÖTHE, P., 1999. *Dítě v ohrožení.* 1 vyd. Praha: G plus G. ISBN 80-86103-21-8.

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J., 2013. *Pedagogický slovník.* rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0403-9.

ROUBAL, J., 2007. Psychoterapie deprese – přístup gestalt terapie. *Česká a slovenská Psychiatrie*, r. 103, č. 7, s. 341–345. ISSN 1212-0383.

ŘÍČAN, P., 1995. *Agresivita a šikana mezi dětmi.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-049-9.

Sagit: sbírka zákonů. [online]. [vid. 11. 2. 2021]. Dostupné z: https://www.sagit.cz/info/sbirka-zakonu.

SOCHŮREK, J., SLUKOVÁ, K., 2013. *Úvod do viktimologie pro pomáhající profese*. Liberec: Technická univerzita. ISBN 978-80-7372-951-6.

STRONACH-BUSCHEL, B., Trauma, children and art. *American Journal of Art Therapy*. [online], vol. 29, no 2, p. 48, [vid 14. 6. 2021]. ISSN 0007-4764. Dostupné z: http://eds.b.ebscohost.com.ipac.kvkli.cz:8080/eds/detail/detail?vid=3&sid=cdf5ef14-80cc-4893-9fbd-a2b553edc133%40pdc-v-sessmgr01&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=9610280029&db=a9h.

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

TICHÝ, O., 2020. Hudba v životě dětí In Časopis Harmonie. [online]. [vid. 21. 5. 2021]. Dostupné z: https://www.casopisharmonie.cz/komentare/hudba-v-zivote-deti.html.

VALENTA, M., HUMPOLÍČEK, P., 2017. *Hra v terapii.* Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1190-7.

VANÍČKOVÁ, E., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., PROVAZNÍKOVÁ, H., 1995. *Násilí v rodině.* Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-008-4.

Zákon č. 2/1993 Sb., Základní listina práv a svobod, hl. IV., čl. 32, odst. 1, 4. Dostupný z: https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html.

ZEDKOVÁ, I. 2012. *Tanečně pohybová terapie: teorie a praxe.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3185-7.

Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník 67

Přílohy

Příloha 1 Dotazník

Vážené respondentky, vážení respondenti,

V současnosti studuji 3. ročník oboru speciální pedagogika pro vychovatele na Technické univerzitě v Liberci a tímto se na Vás obracím s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro Bakalářskou práci na téma „Multidisciplinární přístup k syndromu CAN v dětském centru Liberec". Cílem tohoto dotazníku je zmapovat metody, které Vy, coby pracovníci, používáte při práci s dětmi se syndromem CAN. Dovoluji si Vás rovněž požádat o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku, který zabere zhruba 10–15 minut. Účast ve výzkumu je anonymní a dobrovolná. Předem děkuji za vstřícnost a spolupráci.

Dotazník obsahuje 19 otázek. U uzavřených otázek prosím zakroužkujte Vaši odpověď, či více odpovědí. U otevřených otázek Vás prosím o stručnou slovní odpověď.

1. Jaké je vaše dosažené vzdělání?
   a) středoškolské s maturitou
   b) vyšší odborné vzdělání
   c) vysokoškolské

2. Jak dlouhá je vaše praxe v dětském domově?

   _____

3. S jakou věkovou kategorií dětí nejčastěji pracujete?

   _____

4. Jaký jsou podle vás nejčastější důvod přijetí dítěte do vašeho zařízení?
   a) Zanedbaná péče
   b) Absence jakékoliv péče
   c) Ohrožení na životě
   d) Týrání
   e) Zneužívání

5. Označte, s jakou formou týraného, zneužívaného či zanedbávaného dítěte se setkáváte nejvíce?
   a) Tělesné týrání
   b) Sexuálně zneužívané
   c) Zanedbávané fyzicky

d) Zanedbávané psychicky

e) Jiné (uveďte)

6. Co podle Vás z vaší praxe při práci s týranými, zneužívanými a zanedbávanými dětmi, je pro ně samotné nejobtížnější?

   a) Komunikace

   b) Socializace – začlenění se do kolektivu

   c) Edukace a vzdělávání

   d) Jiné (uveďte)

7. Vyberte metodu/y, které běžně využíváte při své práci s týranými, zneužívanými a zanedbávanými dětmi?

   a) Metoda hry

   b) Metoda uplatňující výtvarné prvky

   c) Metoda uplatňující hudební prvky

   d) Metoda uplatňující taneční prvky

   e) Metoda rozhovoru/komunikace

   f) Jiné (uveďte)

8. Vyberte důvod výběru této metody?

   a) Časově vyhovující

   b) Materiálně a prostorově vyhovující

   c) Oblíbená dětmi

   d) Mám s ní největší zkušenosti/znalosti

   e) Je navržena v osnovách

   f) Jiné (uveďte)

9. Používáte diagnostické metody či spíše terapeutické?

   a) Diagnostické

   b) Terapeutické

Zakroužkujte číslici na škálách od 1 do 5 míru užívání terapeutických a diagnostických metod.

1 – nepoužívám vůbec, 5 – využívám ji velmi často.

Diagnostická metoda:

Terapeutická metoda:

10. Jakou metodu dle Vás nejvíce preferují děti?
    a) Metoda hry
    b) Metoda uplatňující výtvarné prvky
    c) Metoda uplatňující hudební prvky
    d) Metoda uplatňující taneční prvky
    e) Metoda rozhovoru/komunikace
    f) Jiné (uveďte)

11. Uveďte, proč je podle Vás tato metoda (viz otázka č. 10) dětmi nejoblíbenější:

_____

12. Zvolte prosím, jaká metoda dle Vás je k dětem nejšetrnější?
    a) Metoda hry
    b) Metoda uplatňující výtvarné prvky
    c) Metoda uplatňující hudební prvky
    d) Metoda uplatňující taneční prvky
    e) Metoda rozhovoru/komunikace
    f) Jiné (uveďte)

13. Jaká metoda je dle vašeho názoru nejvíce efektivní?

    a) Metoda hry
    b) Metoda uplatňující výtvarné prvky
    c) Metoda uplatňující hudební prvky
    d) Metoda uplatňující taneční prvky
    e) Metoda rozhovoru/komunikace
    f) Jiné (uveďte)

14. Jakou metodu vidíte jako nejmíň efektivní?

    a) Metoda hry
    b) Metoda uplatňující výtvarné prvky
    c) Metoda uplatňující hudební prvky
    d) Metoda uplatňující taneční prvky
    e) Metoda rozhovoru/komunikace
    f) Jiné (uveďte)

15. Pracujete s těmito dětmi individuálně nebo spíše ve skupině?

    a) Individuálně
    b) Ve skupině

    Zdůvodněte proč ve skupině/individuálně:

_____

16. Co byste preferoval/a vy? Pracovat s dětmi ve skupině nebo spíše individuálně a proč?

    a) Individuálně, protože …
    b) Ve skupině, protože…

17. Využíváte pro svou práci materiálních pomůcek? Pokud ano uveďte jaké.

    a) Ano: _____
    b) Ne

18. Jsou metody, které Vám při vaši práci s týranými, zneužívanými a zanedbávanými dětmi chybějí a vy byste je ocenili?

    a) Ano

    b) Ne

19. Uveďte prosím příklad, o jakou metodu/y se jedná a čím by podle vás dětem prospěla:

_____