

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Denisa Pospíšilová

Vychovatelství

Zkušenosti vychovatelů v dětských domovech z práce s dětmi se
syndromem CAN

Olomouc 2020

vedoucí práce: doc. PhDr. Tomáš Čech, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Zkušenosti vychovatelů v dětských domovech z práce s dětmi se syndromem CAN vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího práce a použila jsem jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 2. 7. 2020

.....

Poděkování

Děkuji doc. PhDr. Tomáši Čechovi Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, ze jeho ochotu, trpělivost, za poskytování cenných rad a připomínek. Dále bych chtěla poděkovat respondentům, bez nichž by nebylo možné práci realizovat.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá zkušenostmi vychovatelů z práce s dětmi se syndromem CAN. Práce je rozdělená na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou objasněny teoretická východiska z oblasti ústavní výchovy, náhradní výchovy, syndromu CAN a jeho forem, nejčastější terapie syndromu CAN. Hlavním cílem praktické části bylo zjistit pomocí polostrukturovaných rozhovorů zkušenosti vychovatelů z práce s dětmi se syndromem CAN. Výsledky výzkumu jsou uvedeny v diskuzi a závěru práce.

Klíčová slova: syndrom CAN, vychovatelé, dětský domov, ústavní péče, terapie

Abstract

This bachelor thesis deals with experience of educators working with children with CAN syndrome. This thesis is divided into a theoretical and a practical part. In the first theoretical part, area of institutional education, substitute education, CAN syndrome and its forms, the most common therapy of CAN syndrome have been explained. The main goal of the practical part was to find out the help of semi-structured interviews, the experiences of educators from working with children with CAN syndrome. The results of this thesis are presented in the discussion and conclusion of the work.

Keywords: syndrome CAN, educators, children's home, institutional education, therapy

Obsah

ÚVOD.....	7
1. Ústavní výchova	8
1.1 Náhradní rodina a její formy	8
1.2 Definice dětského domova a dětského domova se školou	8
1.3 Vychovatel v dětském domově	9
1.4 Zákon o pedagogických zaměstnancích – vzdělání	10
1.5 Pracovní náplň vychovatele v dětském domově	10
2. Syndrom CAN	11
2.1 Vývoj pojmu syndromu CAN	12
2.1.1 <i>Definice syndromu CAN</i>	12
2.1.2 <i>Formy a projevy syndromu CAN</i>	13
2.2 Týrání	13
2.2.1 <i>Rizikové faktory</i>	14
2.3 Tělesné týrání	15
2.3.1 <i>Formy tělesného týrání</i>	15
2.3.2 <i>Münchhausenův syndrom v zastoupení</i>	16
2.4 Citové týrání	16
2.4.1 <i>Formy a příčiny citového týrání</i>	16
2.4.2 <i>Dopady citového týrání</i>	16
2.4.3 <i>Šikana</i>	16
2.5 Sexuální zneužívání	17
2.5.1 <i>Formy sexuálního zneužívání</i>	18
2.5.2 <i>Syndrom přizpůsobení</i>	18
2.5.3 <i>Komerční sexuální zneužívání dětí</i>	19
2.6 Diagnostika sexuálně zneužitých dětí	20
2.7 Následky syndromu CAN	21
2.8 Sanace rodiny	21
3. Terapeutické činnosti a metody	24
3.1 Rodinná systematická terapie	24

3.2 Skupinová psychoterapie	26
3.3 Ostrov rodiny	28
3.4 Léčebný proces traumatických systému.....	29
5. Praktická část	32
5.1 Výzkumné cíle a otázky	32
5.2 Výzkumné otázky.....	32
5.3 Volba výzkumného designu	32
5.4 Výzkumná metoda	33
5.5 Charakteristika výzkumného vzorku.....	34
5.6. Etika výzkumu	35
5.7 Popis průběhu výzkumu.....	35
5.8 Otevřené kódování	35
5.9 Diskuze.....	55
ZÁVĚR.....	58
Seznam použité literatury.....	59
Elektronické zdroje	60
Seznam zkratk	61
Seznam příloh	62
Přílohy	64

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá tématem a problematikou vychovatelů v dětském domově z práce s dětmi se syndromem CAN. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit zkušenosti vychovatelů z práce s dětmi se syndromem CAN.

Jakékoliv týrání nebo zneužívání dítěte je velký zásah do psychiky dítěte, zvláště pokud týrání provádí někdo z blízké rodiny, což je bohužel nejčastější. Jakmile se zjistí, že se v rodině něco takového děje, je dítě rodině odebráno a je umístěno buď do diagnostického, nebo dětského domova. Dítě postupuje psychologické nebo psychiatrické vyšetření, kde se mu diagnostikuje syndrom CAN. Děti se syndromem CAN se projevují dvěma způsoby. Prvním způsobem je to, že dítě je zakřiknuté, zamlklé a straní se kolektivu. Druhým způsobem je agresivní chování, agresí mohou využívat proti sobě, to znamená například sebepoškozováním nebo anorexií. Agresi dále mohou využívat proti sobě nebo proti neživým věcem, to znamená například rozbíjení nábytku a podobně.

. Profese vychovatele je velmi psychicky a časově náročná práce. Vychovatelé v dětských domovech se musí naučit jak se psychicky vyrovnávat s psychicky náročnými případy. Vychovatel v dětském domově by měl vědět jaký je nejefektivnější přístup k dítěti se syndromem CAN, metody k přístupu k dítěti se syndromem CAN, tak aby nejvíce pomohl dítěti.

V teoretické části se budu zabývat pojmy a definicemi syndromu CAN jeho projevy a formami. Dále se budu zabývat pojmy a definicemi ústavní výchovy, dětského domova a dětského domova se školou a na definici vychovatele, jeho vzdělání a pracovní náplň. V neposlední řadě se zaměřím na nejčastější terapie, které jsou doporučovány.

V praktické části je hlavním cílem zjištění zkušeností vychovatelů v dětských domovech z práce s dětmi se syndromem CAN. K získání potřebných dat využiji polostrukturovaný rozhovor s vychovateli. Získaná data budu otevřeně kódovat, z těchto kódů si vytvořím kategorie, které popíšu a doplním odpověďmi z rozhovorů.

1. Ústavní výchova

Ústavní výchova je ukotvena zákoně o rodině v § 46.

Nařízení k ústavní péči se řeší, pokud je výchova dítěte ohrožena nebo vážně narušena a žádné předešlé výchovné opatření nevedla k její nápravě, nebo pokud zákonní zástupci nechtějí nebo nemohou výchovu zabezpečit.

Soud je povinen před nařízením ústavní péče prozkoumat, jestli dítě nemůže být zařazené do jiné formy náhradní výchovy, ty mají přednost před ústavní výchovou v případě, že je to v zájmu dítěte. Ústavní výchova je určena pro nezletilé děti, ve výjimečných případech soud může ústavní výchovu prodloužit o 1 rok po dosažení zletilosti. (Novotná 2009, s. 76-77)

1.1 Náhradní rodina a její formy

Pokud je zjištěno, že se rodiče z jakýchkoliv důvodů nemohou starat o své dítě, je zapotřebí najít řešení v náhradní výchově. Nejlépe najít tu formu náhradní výchovy, která by byla pro dítě nejlepší.

Formy náhradní výchovy:

1. Svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče
2. Pěstounská péče
3. Poručenství
4. Osvojení
5. Mezinárodní osvojení
6. Pobyt dětí v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc a provoz zařízení
7. Ústavní výchova

1.2 Definice dětského domova a dětského domova se školou

Dětský domov se dělí na dětský domov a dětský domov se školou. V zákonu o Výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a preventivně výchovná péče ve školských zařízeních § 12 je dětský domov definován takto:

„(1) Dětský domov pečuje o děti podle jejich individuálních potřeb. Ve vztahu k dětem plní zejména úkoly výchovné, vzdělávací a sociální.

(2) Účelem dětského domova je zajišťovat péči o děti s nařízenou ústavní výchovou, které nemají závažné poruchy chování. Tyto děti se vzdělávají ve školách, které nejsou součástí dětského domova.

(3) Do dětského domova mohou být umísťovány děti ve věku zpravidla od 3 do nejvýše 18 let. Do dětského domova se rovněž umísťují nezletilé matky spolu s jejich dětmi.“

Dětský domov se školou je taktéž definovaný v zákoně o Výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a preventivně výchovná péče ve školských zařízeních § 13, a to následovně:

„Účelem dětského domova se školou je zajišťovat péči o děti

a) s nařízenou ústavní výchovou,

1. mají-li závažné poruchy chování, nebo

2. které pro svou přechodnou nebo trvalou duševní poruchu vyžadují výchovně léčebnou péči, nebo

b) s uloženou ochrannou výchovou,

(4) Do dětského domova se školou mohou být umísťovány děti zpravidla od 6 let do ukončení povinné školní docházky.

(5) Pokud v průběhu povinné školní docházky pominuly důvody pro zařazení dítěte do školy zřízené při dětském domově, je dítě na základě žádosti ředitele dětského domova se školou zařazeno do školy, která není součástí dětského domova se školou.

1.3 Vychovatel v dětském domově

Vychovatel v dětském domově je pedagogický pracovník, a jeho předpoklady pro výkon tohoto povolání jsou definované a popsány v zákonu o pedagogických pracovnících § 3, a to konkrétně:

a) je způsobilý právním úkonům,

b) má odbornou kvalifikaci pro přímou pedagogickou činnost, kterou vykonává,

c) je bezúhonný,

d) je zdravotně způsobilý

e) prokázal znalost českého jazyk, není-li stanoveno jinak,

1.4 Zákon o pedagogických zaměstnancích – vzdělání

Podle zákona o pedagogických pracovnících § 16, (2) musí mít vychovatel odbornou kvalifikaci, kterou získává následovně:

„a) vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném studijním programu v oblasti pedagogických věd zaměřené na speciální pedagogiku nebo sociální pedagogiku,

b) vyšším odborným vzděláním získaným ukončením akreditovaného vzdělávacího programu vyšší odborné školy v oboru vzdělání zaměřeném na speciální pedagogiku, nebo

c) vzděláním stanoveným pro vychovatele podle odstavce 1 a vzděláním v programu celoživotního vzdělávání uskutečňovaném vysokou školou a zaměřeném na speciální pedagogiku.“

1.5 Pracovní náplň vychovatele v dětském domově

Pracovní náplň v dětském domově je velmi náročné povolání, které je náročné v některých případech především psychicky. Popíšu pracovní náplň vychovatele v dětském domově v Olomouci. Autorem tohoto dokumentu je pan ředitel Mgr. Dalibor Křepský, ten popsal pracovní náplň vychovatelů v dětském domově následovně:

„1. Komplexní výchovná, vzdělávací, diagnostická a preventivní činnost zaměřená na celkový rozvoj osobnosti a na socializaci, resocializaci a reedukaci včetně navrhování cílených opatření k optimalizaci výchovně vzdělávacího procesu.

2. Protidrogová prevence v rámci DD, zejména podle pokynů preventivy.

V bodu jedna až tři zejména:

a) Zabezpečuje výchovu a vzdělávání svěřených dětí v době mimo vyučování a ve volném čase. Odpovídá za úroveň a výsledky výchovně vzdělávací práce v rodinné skupině, která je mu přidělena, i za kvalitní obsah a výsledky činnosti, kterou s dětmi zabezpečuje. Sleduje prospěch a chování svěřených dětí, proto je v neustálém styku s učiteli a mistry odborného výcviku. Podle jejich návodu pracuje při přípravě dětí na vyučování.

b) Podle pokynů ředitele vykonává další práce zabezpečující plynulou činnost zařízení – odpovídá za inventář přidělený skupině, vede například sklady, knihovnu a podobně.

- c) *Je povinen se účastnit se svěřeným kolektivem dětí školy v přírodě, lyžařského výcviku, výletů a jiných akcí pořádaných zařízením, pokud mu v tom nebrání vážné důvody.*
- d) *Při organizování mimoškolní a zájmové činnosti úzce spolupracuje s jinými organizacemi a institucemi.*
- e) *Je povinen si promyslet výchovnou práci, případně si poznamenat, zabezpečit materiál. Vede příslušnou pedagogickou dokumentaci – Knihu denní evidence a zpracovává a s dětmi plní Program rozvoje osobnosti.*
- f) *Ve výchovné práci pomáhá utvářet morální vlastnosti dětí a zabezpečuje tělovýchovnou a sportovní činnost. Do programu výchovné práce zařazuje činnosti pracovního charakteru v rozsahu přiměřeném věku žáků a potřebám pro jejich přípravu do samostatného života. Rozvíjí pracovní návyky dětí a jejich sebeobsluhu, zabezpečuje esteticko-výchovné činnosti a soustavnou kulturní práci s dětmi. Zabezpečuje přípravu dětí do školy a podle potřeby i činnosti, které prohlubují vědomosti a zručnosti dětí získané při vyučování a odborném výcviku. Učí je vytvářet si správné návyky společenského chování, návyky potřebné při osobní hygieně, při udržování čistoty a pořádku v místnostech a v okolí domova. Pozoruje, jak se děti projevují při hrách, zábavách a spontánních činnostech, při besedách, exkurzích, návštěvách sportovních a kulturních akcí.*

2. Syndrom CAN

Syndrom CAN – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, pokud dítě trpí touto poruchou je téměř jasné, že rodina je nefunkční, anebo je v ní něco v nepořádku. Hanušová (2006, s. 5) tvrdí, že někteří rodiče, nemají na své děti čas a z toho vyplývá, že se dítě nemá komu svěřovat, s kým mluvit, tím pádem hledá svou „spřízněnou duši“, kterou je většinou jeho nejbližší kamarád, může se ale stát, že při hledání své „duše“ mohou natrefit na člověka, který záměrně vyhledává děti a zneužívá je ve svůj prospěch. Bohužel nejčastěji však tak zvlášť krutým způsobem ubližují dětem jejich nejbližší, a to rodiče nebo někdo z blízké rodiny.

2.1 Vývoj pojmu syndromu CAN

Slaný (2008, s. 13) uvádí, že v roce 1183 v Liverpoolu vzniká dobrovolnická organizace **Národní společnost prevence proti krutostem na dětech**, o rok později, tedy v roce 1884 vzniká i v Londýně. Zhruba ve 20. století si vědci začínají všimnout závažných somatických poškození dětí, které vznikly záměrně. V roce 1959 vzniká zásluhou OSN **Charta práv dítěte**. V roce 1962 přichází americký pediatr Henry Kempe s názvem – **Battered Child syndrome, syndrom bílého dítěte**. V druhé polovině 20. století se začíná s registrací psychického týrání a sexuálního zneužívání dětí, a vzniká **Světová deklarace o přežití, ochraně a rozvoji dítěte – prováděcí směrnice k Úmluvě o právech dítěte**.

Syndrom CAN – Child Abuse and Neglect, česky překlad by byl podle Slaného (2008, s. 13): syndrom TZZ – Týrání, zanedbávání, zneužívání.

2.1.1 Definice syndromu CAN

Slaný (2008, s. 14) definuje vlastnosti syndromu CAN následovně:

- jde o nenáhodný děj, situaci – dospělý si je obvykle dobře vědom, co činí, akce proti dítěti se neděje v afektu, vzplanutím, ale plánovaně, chtěně, cíleně,
- který je v dané společnosti nepřijatelný či odmítaný,
- je preventabilní, tzn., že mu lze předcházet,
- jedná se buď o **akci** (zpravidla opakovanou) – tělesné týrání, duševní týrání, sexuální zneužívání nebo **ne-akci** – zanedbávání, nepečování o dítě, případně je to duševní deprivace dítěte,

- toto chování dospělého poškozuje tělesný, duševní a sociální status.

Hanušová (2006, s. 6) definuje syndrom CAN následovně: „*Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte lze definovat jako soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu, vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti, v rodině především. Je výsledkem převážně úmyslného ubližování dítěti, způsobeného nebo působeného nejčastěji jeho nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči. Jejich nejvyhraněnější podobou je úplné zahubení dítěte. Současně však zdaleka nejde jenom o jednostranný akt ze strany jejich původce či pachatele, ale o zvláštní interakci všech zúčastněných osob.*“

2. 1. 2 Formy a projevy syndromu CAN

Dunovský (1995, s. 19) sestavil následující tabulku přehledu o formách a projevech syndromu CAN:

	Aktivní	Pasivní
Tělesné týrání, zneužívání a zanedbávání	tržné, zhmožděné rány a poranění, bití, zlomeniny, krvácení, dušení, otrávení, smrt	neprospívání, vyhladovění, nedostatky v bydlení, ošacení, ve zdravotní a výchovné péči
Duševní a citové týrání, zneužívání a zanedbávání	nadávky, ponižování, strašení, stres, šikana, agrese	nedostatek podnětů, zanedbanost, duševní i citová
Sexuální zneužívání	sexuální hry, pohlavní zneužití, ohmatávání a manipulace v oblasti erotogenních zón, znásilnění incest	exhibice, video, foto, audiopornografie, zahrnutí dětí do sexuálních aktivit dospělých

2.2 Týrání

Když se řekne slovo týrání, většina lidí Vám řekne, že je to nejčastější projev agrese zaměřená na dítě. Slaný (2008, s. 16) uvádí, že při posuzování agrese vůči dítěti je důležité sledovat kvantitu agrese, její kvality (typy a charakter), trvání (opakování, jednorázová záležitost) a vyhodnocení kauzality (trest za nějaký prohřešek dítěte – sledovat

úměrnost a adekvátnost trestu vzhledem k „provinění“ dítěte, důležitá je taky časová vazba trestu na prohřešek.), nebo musíme vyhodnotit, jestli se nejedná o bezdůvodnou agresi dospělého vůči dítěti.

2.2.1 Rizikové faktory

Rizikové faktory se většinou nachází na obou stranách, tedy i na straně rodičů, i dítěte. V podstatě jsou to potencionální agresoři a oběti. Jsou to lidé, kteří mají předpoklady k tomu někoho týrat nebo být někým týrán. Slaný (2008, s. 17 -18) rozlišuje rizikové faktory následovně:

Jako **rizikovní dospělí**, pro tento způsob chování se jeví zejména:

- anomální osobnosti, agresivní jedinci vůbec,
- nezralé osobnosti, frustrovaní dospělý (neúspěchy v životě, v profesi), dospělý s nízkou úrovní své identity,
- příliš nízký věk rodičů dítěte,
- duševně nemocní, mentálně retardovaní,
- dospělí závislý na návykových látkách,
- dospělí vyznávající odlišný životní styl (náboženský, rituální, a podobně),
- dospělí, kteří jako děti byli taktéž takto vychováni,
- není zde závislost na formálně dosaženém vzdělání dospělého.

Jako **rizikové děti** se jeví zejména:

- děti problémové (lehká mozková dysfunkce, specifické poruchy učení – ADHD syndrom, děti úzkostné, snadno plačtivé, labilní),
- syndrom „obětního beránka“, kdy dítě „přitahuje“ svou osobností, chováním na sebe agresi, šikanu okolí v rodině či škole a kolektivech vůbec,
- děti mentálně či jinak retardované, děti autistické,
- sociálně obtížně přizpůsobivé, nestandardně psychomotoricky vyvrávené děti,
- děti nechtěné.

Jako **rizikové situace** pro týrání dítěte to jsou zejména:

- afunkční, dysfunkční rodina,

- rozvodová situace,
- stresová situace, zátěž v rodině, se kterou se rodina nedokáže vyrovnat,
- závislost na návykové látce u rodičů,
- tzv. Médein syndrom – jeden rodič chce zranit a ublížit tomu druhému tím, že týrá jejich společné dítě,
- nízká socioekonomická situace rodiny.

2.3 Tělesné týrání

Hanušová (2006, s. 7) definuje tělesné týrání takto: „*tělesné ublížení dítěti anebo nezabránění ublížení či utrpení dítěti, včetně úmyslného otrávení nebo udušení dítěte, a to tam, kde je určitá znalost či důvodné podezření, že zranění bylo způsobeno anebo mu vědomě nebylo zabráněno.*“

2.3.1 Formy tělesného týrání

Tělesné týrání má své formy a ty jsou aktivní a pasivní. **Aktivní forma** tělesného týrání dítěte zahrnuje všechny případy agrese vůči dítěti, jako je například bití, trestání, kopání, popálení, opaření, dušení, otrávení, ale také neochránění dítěte před násilím jiné osoby. Také sem může patřit sexuální zneužívání, protože už při tak těžké situaci pro dítě bývá často použito násilí, ale také sem můžeme zařadit třeba neustálé návštěvy lékařů. **Pasivní forma** se projevuje oproti aktivní formě například tak, že dítěti není zajištěna lékařská péče, není mu poskytnuta dostatečná výživa – dítě je podvyživené. Také je mu upíráno jeho právo na vzdělání, má velké nedostatky ve vzdělání a ve výchově, není mu poskytnuto přístřeší a ošacení. Také může být dítě nuceno k práci, tím pádem se jedná o vykořisťování dítěte. Aktivní forma se tedy od pasivní liší tím, že v pasivní formě se dítěti fyzicky neublíží, ale ubližuje se mu tím, že mu není zajištěna dostatečná péče pro to, aby byly uspokojeny jeho základní potřeby.

U tělesného týrání nejčastěji dochází **k poranění a postižení orgánů a funkcí** (pohmožděniny – modřiny, poranění kostí – zlomeniny, poranění žeber, otřesy mozku a míchy, poranění svalů nebo šlach, poranění hlavy – většinou jsou pro dítě smrtelné.) a **k otevřeným poraněním** (popáleniny, rány na hlavě, rány na hrudníku, nitrooční krvácení.)

2.3.2 Münchhausenův syndrom v zastoupení

Projevem tělesného týrání také může být **Münchhausenův syndrom v zastoupení**. Dunovský (1995, s. 51) popisuje tento syndrom tak, že se jedná o úmyslné trávení dětí různými léky, anebo si onemocnění a problémy dětí vymýšlí, anebo je také schválně způsobují za účelem vyšetření u lékaře.

2.4 Citové týrání

Hanušová (2006, s. 7) definuje citové týrání následovně: „*zahrnuje chování, které má vážný negativní vliv na citový vývoj dítěte a vývoj jeho chování. Citové týrání může mít formu verbálních útoků či jeho zavrhování. Vystavování dítěte násilí nebo vážným konfliktům doma, násilná izolace, omezování dítěte, vyvolávání situace, kdy dítě má skoro pocit strachu, což může též způsobit citové ublížení.*“

2.4.1 Formy a příčiny citového týrání

Citové týrání může mít **aktivní děj** – spíše verbální útoky, k dítěti směřují nadávky, ponižování dítěte. Nebo nastává situace, kdy v psychické rovině **nenastává něco, co nastat má** – nevšímavost, nedostatek lásky, času a pozornosti, izolace dítěte a další (Slaný, 2008, s. 24)

K citovému týrání může přispět rozvod rodičů a jejich přetahování o dítě, vysoké nároky na výkony dítěte ve sportu, škole a podobě – dítě je trestáno za případné neúspěchy nějakými zákazy, anebo emočními vydíráním typu „nepovedlo se ti, stydíme se za tebe!“, nevhodné srovnávání třeba se sourozencem nebo s bývalým partnerem.

2.4.2 Dopady citového týrání

Dunovský (1995, s. 68) uvádí, že se některé děti stávají ustrašenými a úzkostnými – snadno se rozpláče. Často se v různých situacích už předem vzdávají, obtížněji se prosazují, vyslovují svá přání, názory a požadavky. Na některé děti ale zase citové týrání působí opačně – reagují agresivně a razantně prosazují své názory. Ovšem všechny tyto děti mají problém v mezilidských vztazích. U těchto dětí také často dochází k poruchám chování – lhaní, záškoláctví, a podobně. Časté jsou také psychosomatické potíže, například bolest hlavy, břicha a podobně.

2.4.3 Šikana

Do citového týrání také zahrnujeme šikanu. Definice šikany podle policie ČR:

- *jakékoliv chování, jehož záměrem je opakovaně ubližovat, ohrožovat nebo zastrašovat jiného člověka, případně skupinu lidí,*
- *zahrnuje jak fyzický útok v podobě bití, poškozování věci druhé osobě, tak i útok slovní v podobě vydírání, nadávek, pomluv, vyhrožování či ponižování,*
- *nebezpečí šikany spočívá především v závažnosti, dlouhodobém působení a s tím souvisejících následcích v oblasti duševního a fyzického zdraví.*

(Šikana - Policie České republiky. Úvodní strana - Policie České republiky [online]. Copyright © 2020 Policie ČR, všechna práva vyhrazena [cit. 12.05.2020]. Dostupné z: <https://www.policie.cz/clanek/preventivni-informace-sikana.aspx>)

2.5 Sexuální zneužívání

Definice podle Národního centra pro zneužívané a zanedbávané děti (Mufson, s. 46):

„Kontakty nebo interakce mezi dítětem a dospělým, při kterých je dítě použito pro sexuální stimulaci pachatele nebo jiné osoby. Sexuální zneužití může spáchat také člověk mladší osmnácti let, pokud je výrazně starší než oběť, nebo když je v pozici, která mu dává nad druhým dítětem moc.“

Bechyňová (2007, s. 20-21) definuje sexuální zneužívání dětí následovně: *„Sexuální zneužívání dětí je obvykle vymezováno jako nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu nebo aktivitě – ať už formou dotykovou nebo bezdotykovou.“*

Podle Bechyňové (2007, s. 20) je sexuální zneužívání časté i ve vyspělých zemích světa. Pozornosti tomuto jevu se dostalo až v 70. letech 20. století, do té doby byl spíše bagatelizovaný.

Sexuální zneužití se podle Dunovského (1995, s. 72) dělí na **bezdotykové** a **dotykové**.

- **Bezdotykové** – účast na sexuálních aktivitách, kde ovšem nedochází k tělesnému kontaktu, setkání s exhibicionisty.
- **Dotykové** – dochází k pohlavnímu styku - i k análnímu, orálnímu, k pohlavnímu kontaktu – včetně laskání prsou a pohlavních orgánů.

2.5.1 Formy sexuálního zneužívání

Rozdělení podle Dunovského (1995, s. 74 -77):

1. **Exhibicionismus** – odhalování genitálií před dětmi. Jedná se o bezdotykovou formu.
2. **Harassment** = znepokojování, zneklidňování. Zneklidňování dítěte například slovní výpady. Toto jednání má sexuální podtext, i když ho dospělý popírá.
3. **Obtěžování** - jedná se o sexuální útok vůči dítěti od dospělého člověka. Dítě je osaháváno, líbáno a útok je provázen slovním obtěžováním. Jedná se o dotykovou formu.
4. **Sexuální útok** – dospělý se za užití síly dotýká erotogenních zón dítěte, poškozují tím, že do něj vniká – prstem, jazykem, a žádá totéž po dítěti, Dítě se často brání. Jedná se o dotykovou formu.
5. **Znásilnění** – vynucené vniknutí do vagíny, konečníku nebo úst dítěte. Jedná se o dotykovou formu.
6. **Incest** – je to sexuální aktivita dvou osob, kterým není dovoleno uzavřít sňatek. Jedná se o styk mezi dítětem a pokrevním rodičem, dítětem a příbuzným – včetně nevlastního rodiče, mezi sourozenci.
7. **Pedofilní obtěžování** – jedná se o sexuální obtěžování dítětem jakýmkoliv dospělým.
8. **Sexuální turistika, skupinové zneužívání** – jedná se o dětskou pornografii a dětskou prostituci.
9. **Sexuální útok s následkem smrti** – jedná se o sexuálního devianta, který dítěti ublíží tak, že dítě zemře.

2.5.2 Syndrom přizpůsobení

K sexuálnímu zneužívání patří také **syndrom přizpůsobení**, který znamená, že se dítě přizpůsobuje pohlavnímu zneužívání. Podle Dunovského (1995, s. 72-74) se dělí se do 5 fází:

1. **Utajování** – dítě je na pachateli závislé a není připraveno na to, že by ho mohl pachatel zneužít. Většinou pachatel dítěti vyhrožuje a vyvolává v něm strach.
2. **Bezmoc** – dítě pocítuje ještě větší bezmoc, pokud je v péči pachatele.

3. Svedení a přizpůsobení – pokud je dítě zneužito, vyrovnává se s tím velmi těžko. Buď se s tím naučí žít, anebo to neumí zpracovat a výsledkem je narušení osobnosti, sebepoškozování, patologická závislost, psychopatologie.

4. Opožděné, konfliktní a nespravedlivé odhalení – oběť pachatele obviní až po nějaké době, což působí nepravdivým dojmem.

5. Odvolání výpovědi – vše, co dítě o zneužití řekne, vezme zpět. Má strach z rozbití rodiny, z opovržení a zavržení.

2.5.3 Komerční sexuální zneužívání dětí

Do komerční sexuálního zneužívání podle Vaničkové patří:

1. dětská prostituce
2. dětská pornografie
3. obchodování s dětmi
4. online násilí

1. Dětská prostituce

Definice dětské prostituce podle Vaničkové (2009, s. 31):

„je definována jako využívání dětí pro sexuální účely a peníze či jinou odměnu. Může mít podobu dyadického sexuálního zneužití, skupinového sexu, sexuálního kroužku, rituálního zneužívání, institucionálního nebo organizovaného zneužití.“

Prostituci děti provádějí na základě přinucení rodiny nebo nějaké cizí osoby, anebo se prostituce děti mohou dopouštět kvůli tomu, že jsou závislé, kvůli zisku, děti na útěku či kvůli vrstevnickému vlivu.

2. Dětská pornografie

vyobrazení dítěte při jakýchkoliv sexuálních aktivitách. Je to obrazový nebo zvukový záznam.

3. Obchodování s dětmi

Definice obchodování s dětmi podle Vaničkové (2009, s. 34)

„je definováno jako najímání, únos, koupě nebo získání jejich souhlasu či souhlasu jejich rodičů/vychovatelů s transportem dítěte za použití síly, jiných forem nátlaku využití

bezmoci, či použití odměny s úmyslem děti vykořisťovat. Je součástí fenoménu obchodu s lidmi a odhaduje se, že tvoří jeho plnou čtvrtinu.“

Obchod s dětmi může být například sexuální vykořisťování, dětská práce, dětské sňatky, nezákonné adopce.

4. Online násilí

Vynucení nahých fotografií nebo sexuálně laděných videí pro potřebu dospělého člověka, který pak následně dítě vydírá, aby mu poslalo další nebo udělalo to, co chce.

2.6 Diagnostika sexuálně zneužitých dětí

Pokud je někým – dítětem, pedagogem, rodičem či jakoukoli jinou osobou nahlášeno sexuální zneužití je zapotřebí udělat postupnou a podrobnou diagnózu a zahájit terapii.

Dunovský (1995, s. 82 – 83) uvádí, že je základem pro volbu terapie je zajistit sociální anamnézu, pediatrické a psychologické vyšetření, gynekologické vyšetření a v něm: rozsah poškození v oblasti genitálií a konečníku spolu s vyšetřením z laboratoře na sexuálně přenosné choroby, obsah výpovědi. Po zajištění těchto informací zajišťujeme vhodnou terapii, pomoc rodině – včetně dlouhodobé rodinné psychoterapie a socioterapie.

Dále se používají tyto metody – Dunovský (1995, s. 82 – 83):

Psycholog – na základě rozhovoru se psycholog snaží zjistit, co se dítěti stalo. Rozhovor je nahráván na videozáznam, a ten je potom analyzován.

Kresba rodiny – zjistíme, jak dítě vnímá rodinu, zjistíme, jaké jsou vztahy v rodině. Sexuálně zneužitá děti většinou kreslí nahou postavu se sekundárními pohlavními znaky.

Anatomické panenky – používá se většinou malých dětí, které ještě nemají tak bohatou slovní zásobu, anebo u starších dětí u kterých je zapotřebí odstranit stud.

Bechyňová (2007, s. 22) uvádí, že u nás, v České republice, bylo Dětským krizovým centrem zjištěno, že pachatelé sexuálního zneužívání dětí je ve více než 45% vlastní rodič. Pachatelé sexuálního zneužívání mohou být ale osoby různého věku, různého pohlaví i vzdělání, může jít o člena rodiny, ale také nemusí. Tento pachatel může mít i závažnou psychickou poruchu – o to nebezpečnější pachatel je.

2.7 Následky syndromu CAN

Jako nejčastější reakce na stres vzniká posttraumatická stresová porucha. Příčinou vzniku této poruchy je stres, trauma a stresová či traumatická situace. Vzniká několik týdnů nebo měsíců po traumatu, nejvíce však půl roku po traumatu. Posttraumatická stresová porucha se projevuje například emočními poruchami, poruchami nálad a chování. Vznikají také bloky vzpomínek a objevují se flashbacky. (Hanušová 2006, s. 20)

Hanušová (2006, s. 20) uvádí, že se posttraumatická stresová porucha charakterizuje takto:

- „Zlhostejnění, umrtvení, znecitlivění.
- Odtazením od klíčových osob.
- Depersonalizací.
- Dismnézií dissociativní“

2.8 Sanace rodiny

Bechyňová (2012, s. 11) definuje sanaci rodiny takto: „*Sanace rodiny je soubor činností sociálně - právní ochrany dětí, sociálních služeb a dalších opatření a programů, které jsou poskytovány a/nebo ukládány převážně rodičům dítěte a dítěti ohroženému ve svém sociálním, biologickém a psychologickém vývoji.*“

Činnosti sanace rodiny provádí multidisciplinární tým a cílem sanace rodiny je předcházet rizikům a nabídnout rodinám pomoc k tomu, aby byla zachována celá rodina, například snaha o to, aby dítě nebylo odebráno s rodiny nebo naopak zajistit dítěti bezpečný návrat zpět domů k rodině. Základním pravidlem sanace rodiny je to, že dítěti pomáháme tím, že pracujeme s rodinou.

Mezi základní sanace rodiny patří multidisciplinární tým odborníků, který spolupracuje s rodinou a dítětem. Tento tým tvoří odborníci, kteří jsou s dítětem v kontaktu a snaží se eliminovat rizika zanedbávání rodinou. Do tohoto týmu patří sociální pracovníce, pracovník sociálních služeb, pracovník pedagogicko-psychologické poradny, učitel nebo výchovný poradce, lékař a popřípadě pracovník střediska pro výkon ústavní výchovy.

Právě sociální pracovníce může svolat případovou komisi, která jí zjednoduší její práci a pomůže jí při výkonu práce. Úkoly se rozdělí mezi členy týmu a členy rodiny.

Výsledky s šetření případové komise pomáhá sociálním pracovním lépe se orientovat v případě rodiny a pomáhá plánovat a najít styl práce.(Bechyňová 2012, s. 12 - 15)

Případová komise

Bechyňová, Konvičková (2008, s. 17) definuje případovou konferenci následovně: *„jsou to plánované a koordinované multidisciplinární setkání odborníků, kteří s rodinou a ohroženým dítětem pracují ve své každodenní praxi. Tito odborníci jsou vědomě nebo automaticky průvodci rodiny a dítěte v ohrožené situaci. Realizací případových konferencí vytvoří společně multidisciplinární tým, znamenající pro rodinu podpůrnou síť...“*

Bechyňová (2012, s. 14) ale ve své jiné knize definuje případovou konferenci jinak než v knize předešlé, definice zní takto: *„Případová konference je plánované, koordinované a pevně strukturované pracovní setkání rodičů, dítěte a odborníků, kteří pracují, pracovali nebo budou pracovat s ohroženým dítětem, jeho rodiči, popřípadě i s členy širší rodiny.“*

Typy případových komisí

Existuje pět typů případových komisí, které jsou ve své podstatě stejné, ale liší se pouze situací rodiny a dítěte. Bechyňová (2012, s. 33-43) je popisuje takto:

1. Klasická případová komise – skládá se ze tří částí – z úvodu, průběhu a závěru. Nejdříve musí proběhnout úvodní případová komise, kdy se poprvé setkávají odborníci s rodinou a na základě tohoto setkání si odborníci stanovují první cíle a plánují svoji práci. Odborníci vyhodnocují potřeby dítěte, výchovný styl rodičů, plánují zlepšení situace. V průběžné části je to každé další setkání komise s rodinou a dítětem, kde se zjistí aktuální situace v rodině, zpřesňuje se cíl a zjišťují se nedostatky v plánu. V závěrečné části se jedná o poslední setkání rodiny s dítětem s odborníky, kde vzniká vyhodnocení a další plán pro práci s dítětem.
2. Urgentní případová komise – tato případová komise se svolává, pokud jsou potřeby dítěte ohroženy, ale ještě existuje důvod proč dítě neodebírat s rodiny. Dalším důvodem je, že potřeby dítěte ještě nejsou zanedbány, ale v blízké době hrozí nebezpečí, že zanedbané budou. A posledním důvodem je, že jsou potřeby dítěte zanedbány tak, že se musí poskytnout odborná pomoc dítěti i celé rodině. Lhůta pro svolání této komise je tři až čtyři pracovní dny.

3. Motivační případová komise – tento případ případové komise vzniká, pokud rodina spolupracovala a podařilo se jí splnit cíl a podařilo se v rodině problém změnit. V tomto případě se snaží najít cíl, jak v rodičích vzbudit vnitřní motivaci, toto se týká i dítěte.
4. Metodická případová komise – tuto případovou komisi svolává nadřízený orgán, například magistrát, a to v případě, že se jedná o komplikovaný případ. Rodiče u této případové komise nejsou přítomni. Na tuto případovou komisi v následujících maximálně čtyřech týdnech navazuje klasická případová komise.
5. Expertní případová komise – je velmi podobná metodické případové komisi. A tato komise má za úkol přispět odborníkům nějakou radou, informací či doporučením. Tato komise je svolávána je ve velmi těžkých případech, například pokud odborníci potřebují vyjádření soudního znalce a podobně. Opět nejsou rodiče přítomni a navazuje klasická případová komise.

3. Terapeutické činnosti a metody

Terapeutické činnosti nebo metody, jak pomoci dítěti se syndromem CAN, určujeme na základě rozboru případu dítěte. Hanušová (2006, s. 20) ve své knize tvrdí, že za nejúčinnější terapie považuje kombinaci cílené sociální pomoci a paralelní psychoterapie pro dítě i rodiče.

Další terapeutická metoda, která se doporučuje, je **rodinná systematická terapie**.

3.1 Rodinná systematická terapie

Bechyňová (2007, s. 140) charakterizuje rodinnou systematickou terapii následovně: „*Systematická rodinná terapie hledá nové řešení, nové úhly pohledu. Spíše než objasňováním teoretických východisek přístupu lze otevřít úvahu o povaze systematického myšlení a o roli systematických terapeutů praktickými ukázkami.*“

Důležitou roli v této terapii hrají terapeuti. Jejich cílem je si s účastníky vytvořit prostředí důvěry, ale zároveň zachovat otevřenost. Terapeut neustále zachovává pozici neutrality, to znamená, že nedává ničemu přednost, například nedává přednost názoru jednoho člena rodiny. Tímto si terapeut vytváří podmínky, při kterých se může rozvíjet tvořivost rodiny a může dojít ke změně situace v rodině, problém se může ztratit, anebo úplně zmizet, protože se díky této terapii objevují nová řešení. (Bechyňová 2007, s. 131)

Proces terapie v případech syndromu CAN

Bechyňová (2007, s. 137-138) uvádí, že se proces této terapie rozděluje do 3 částí.

1. Role terapeutů v případech CAN

Terapeuti v těchto případech naslouchají především dětem a vystupují jako jejich mluvčí. Terapeuti ale musí také hovořit a naslouchat i rodičům, kteří dítě například bili, a chápali to jako trest za zlobení. Terapeuti rodiče neodsuzují, nekritizují, snaží se jejich jednání a chápání porozumět. Tím, ale samozřejmě, s jednáním rodičů nesouhlasí. Terapeuti se snaží těmto rodičům psychologicky porozumět, ale zároveň si uvědomují zodpovědnost rodičů, jejich práva a povinnosti. Bechyňová (2007, s. 137) uvádí, že „*Porozumět násilnému chování rodiče a jeho vysvětlení není totéž, jako chování omlouvat nebo popírat odpovědnost za ně.*“ Účast rodiny na této terapii znamená, že rodina

s terapeutem mohou tato témata otevírat a řešit spolu, a tím zlepšit nebo napravit situaci v rodině.

2. Ochránit dítě před opakovanou traumatizací

Bechyňová (2007, s. 137) říká, že: „*Ochrana dítěte spočívá nejen v zajištění bezpečí ze strany trýznitele, ale také v ochraně před druhotnou traumatizací opakovanými výpověďmi.*“ V případech sexuálního zneužívání to platí obzvláště. V těchto závažných a psychicky náročných případech pro dítě, musí instituce spolupracovat tak, aby jim stačil pouze jeden odborný rozhovor s dítětem. V těchto případech je komunikace mezi dítětem a rodinou velmi narušená. (Bechyňová 2007, s. 137)

3. Vyjasnění odpovědnosti a spolupráce

Při případech syndromu CAN nelze říci jednotný terapeutický postup, jelikož se terapeutické setkávání bude týkat více různých osob. Podle Bechyňové (2007, s. 137) záleží na tom:

„1) zda pečující a trýznitel jsou táž osoba, zda jde o příbuzné či o cizí lidi,

2) kdy, v jaké části procesu dojde k terapeutickému setkání,

3) které instituce se budou podílet na vedení konkrétního případu.“

Na tyto otázky je důležité si před začátkem terapie odpovědět. Mají totiž velký vliv na počátku případu i na jeho vedení.

Rodina je často k této terapii doporučena nějakou institucí, v tomto případě je důležité, aby si instituce a terapeut domluvili, co instituce očekává za výsledek. Dále je důležité vyjasnit si odpovědnost a spolupráci obou stran. Poté se informuje rodina, se kterou je velmi důležité plánovat další postup, v případech syndromu CAN je plánování s rodinou velmi důležitý faktor v terapii. Dále je zapotřebí rodinu informovat i o postupu se kterými nebude chtít souhlasit, například s postupem sociálních pracovníků. Terapie může začít až ve fázi, kdy bude rodina s terapií souhlasit z vlastního přesvědčení, ne proto, aby vyhověla různým institucím.

První setkání v rodinné systematické terapii vypadá tak, že si terapeut pozve všechny osoby, které jsou do problému zainteresované, v případech syndromu CAN si terapeut může pozvat i osoby z institucí, které případ řeší. Při prvním setkání se stanovují očekávání, odpovědnost a způsob spolupráce, podle Bechyňové (2007, s. 139) to pomáhá navodit demokratický styl komunikace. Dále se musí domluvit s rodinou, kdo

bude a nebude přítomen na terapii. Osoba, která je oběť, musí být chráněna před dalším traumatem. Je dobré rodinám, ve kterých je přítomen syndrom CAN ukázat různé modelové situace, o tom, že se lidé dokáží změnit a že terapie vedla k nápravě v rodině.

Po celou dobu terapie terapeut informuje instituci, která si terapii „objednala“, terapeut informuje i nespolečnosti rodiny nebo předčasném ukončení terapie. Terapeuti jsou ale vázání služebním tajemstvím, toto tajemství může být prolomeno jen ve stanovených případech. Další informace mohou terapeuti poskytovat je se souhlasem rodiny. (Bechyňová 2007 s. 138-139)

3.2 Skupinová psychoterapie

Skupinovou psychoterapii Kratochvíl (2005, s. 15) definuje následovně: „*Skupinová psychoterapie je postup, který se využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce, jak mezi členy a terapeutem, tak mezi členy navzájem. V kolektivní či hromadné psychoterapii působí terapeut psychologickými prostředky na více pacientů současně, avšak nevyužívá systematicky k léčebným účelům to, co se mezi nimi děje.*“

Cíle psychoterapie

Existují dvě formulace cílů psychoterapie, každá se ale výrazně liší, Kratochvíl (2002, s. 17) je popisuje takto:

1. Odstranění chorobných příznaků – pacient za terapeutem přichází s určitým problémem, úkolem terapeuta je pacienta tohoto problému zbavit. Za splněný cíl se považuje, pokud tento problém u pacienta zmizí.
2. Reeducace, resocializace, reorganizace, restrukturalizace, rozvoj či integrace pacientovy osobnosti – „*osobnost se přetváří ve směru správné adaptace nebo ve směru správné adaptace nebo ve směru zrání a uskutečňování svého individuálního životního poslání*“ Kratochvíl (2002, s. 17). Odstranění nějakých příznaků se při tomto cíli považuje spíše za vedlejší účinek.

Struktura skupiny

Struktura terapeutické skupiny je formální, a naopak může být i neformální, například pokud je uznávaným vůdcem nějaký pacient a ne terapeut. Skupina je daná organizací, díky, které skupina vzniká a plní povinnosti. Ve skupině každý účastník zaujímá své místo ve skupině, podle své oblíbenosti. Ale každá pozice sebou nese své práva a

povinnosti, pokud se účastník terapie chová podle očekávání, plní svoji roli.(Kratochvíl 2005, s. 16)

Počet účastníku terapeutické skupiny se liší, počet účastníků může být mezi třemi až třiceti. Tyto skupince můžou dělit na malou skupinu – skupina do deseti lidí, střední skupinu – skupina do dvaceti osob a velkou skupinu – to je skupina do 30 osob. Počet členů ovšem souvisí i s frekvencí a trvání skupiny.

Frekvence a trvání terapie záleží na jejím zaměření, druhu pacientů a na frekvenci sezení. Terapie se může provádět v ambulantních skupinách, kdy se skupina setkává jednou až dvakrát týdně, doporučovaný počet je 7- 8 osob. Dále terapie může probíhat na denních nebo docházkových klinikách, v sanatoriích a při stacionární léčbě, v těchto zařízeních se skupina setkává až pětkrát týdně. V některých zařízeních může terapie probíhat celý víkend, tomuto sezení se říká maratonová sezení. Setkání většinou trvá 90 minut, výjimkou jsou maratonová sezení, tam terapie probíhá nepřetržitě. V poslední půlhodině probíhá diskuze, při které účastníci říkají svá sdělení, a může dojít k afektivním reakcím.(Kratochvíl 2005, s. 32-35)

Zásady práce skupiny

Jsou to obecné zásady, se kterými je velmi důležité skupinu na začátku setkávání seznámit. Kratochvíl (2005, s. 46) je formuluje a popisuje takto:

1. Zásada otevřenosti a upřímnosti – ve skupině se může mluvit o všem. Při této terapii je důležité, aby účastník vyjadřoval svůj názor a své pocity, i takové, za které se normálně stydí. Účastník, kterému dělá v momentální situaci problém svůj názor nebo své pocity vyjádřit, může odmítnout odpovídat, v žádném případě, ale nesmí uvádět lživé informace nebo pocity.
2. Zásada zodpovědnosti v jednání – je důležité dodržovat nastavené pravidla skupiny, jako například včasný příchod. Ve skupině, i mimo ni je stále zapotřebí dodržovat pravidla, aby nedošlo k nějakému poškození jiného člena skupiny, jak tělesně, tak psychicky a společensky.
3. Zásada dodržování důvěrnosti – jedno z nejdůležitějších pravidel je nevynášet ze skupiny důvěrné informace. Tímto pravidlem se ve skupině navodí bezpečná atmosféra a účastníci terapie mají pocit jistoty.

4. Právo říci stop – tato zásada bývá jen v některých skupinách, každý účastník má určitým gestem, které znázorňuje stop, právo, kdykoliv přerušit diskuzi, ve které figuruje.

Mezi metody skupinové terapie řadíme:

- pohybové techniky – tanec, pohybové hry, neverbální komunikaci, verbální komunikaci, psychodramatické etudy
- fantazijní techniky – řízená imaginace, hudební stimulace, projektivní kreslení, interakční grafy, sny.
- psychoterapeutické hry
- diskuze
- zaměřování na pocity a vztahy – neverbální vyjadřování pocitů, pohybový sociogram, gestalt technika
- Hraní rolí – přehrávání situací ze života jednotlivých pacientů, přehrávání situací ze života skupiny.(Kratochvíl 2005, s. 78-91)

3.3 Ostrov rodiny

„Ostrov rodiny. Tato metafora vznikla ve spolupráci s klienty psychologických a psychoterapeutických pracovišť. Nabízí obrazné vyjádření mnohvrstvého, polydimenzionálního ekosystému, jehož obyvatelé jsou tvůrci pevniny. Ostrov rodiny je svébytným integrujícím pojetím rodinného systému. Je metaforou, která může inspirovat rodinné terapeuty, sociální pracovníky a ostatní odborníky k tvořivé spolupráci s celými rodinami nebo s některými jejími členy.“(Rieger 1996, s. 9)

Využití metafory Ory, je jedním z mnoha přístupů práce s rodinou. Terapeutům tak dává možnost využít různých způsobů práce podle životní filosofie a svých dispozic a možností.

Použití metafory ostrov rodiny v terapeutickém procesu

Rieger (1996, s. 186) popsal, jak je možné metaforu využít:

Alternativy využití metafory – tato metafora lze využít při poradenské a psychoterapeutické práci, její použití dělíme do tří způsobů:

- jako součást filosofie rodiny – metafora se může uplatnit v terapii skupinové i individuální. V individuální terapii tuto metaforu využijeme, pokud je terapie s účastníkem zaměřena na řešení rodinných otázek.

- jako filosofii, se kterou terapeut seznamuje účastníka v rámci běžného terapeutického rozhovoru, například v podobě příběhu – terapeut vypráví o možnosti metafory Ora a tím účastníky může pobízet k aktivnějšímu přístupu.
- při praktickém aranžování modelu rodiny – účastníci mohou vytvořit ostrov rodiny v prostoru, vše probíhá za pomoci terapeuta.

Práce s celou rodinou

Rodinná terapie se řadí k těm neúčinnějším terapiím vůbec. Pokud chce terapeut použít ostrov rodiny, musí si nejdříve celou rodinu řádně zmapovat, a to velmi citlivě. Někdy se může stát, že některý z účastníků zareaguje na tuto terapii negativně, například může opustit terapii nebo přestat spolupracovat. Proto je dobré na první konzultaci zvát jen některé rodinné příslušníky. Při použití metafory Ora je nejlepší mít co nejméně konzultací s rodinou. Jako u každé terapie je základem zájem rodiny. (Rieger 1996, s. 196 – 198)

Za vhodné adepty pro sezení s celou rodinou považuje rodiny s těmito problémy:

1. Problémy, které vznikají v díky vývojovým změnám v Oru, a buď se projevují, nebo se mohou projevit dlouhodobou krizí v rodině.
2. problémy, které vyplývají z náhlých zvrátů v životě obyvatelů Oru.
3. problémy, které vznikají kvůli poruše osobnosti, anebo s poruchami chování jednoho z obyvatel Ora.

Pro praktické využití metafory Or v rodinné terapii je nejdůležitější:

1. Ochota rodiny začít s touto metaforou a její aktivní spolupráce.
2. Rodina musí mít pro využití této metafory dispozice.

Metafora Ora je dobře využitelná při řešení různých otázek, které rodina potřebuje pomoci zodpovědět. Metafora Ora je ale taky dobře využitelná i při poruchách osobnosti nebo nežádoucím chování jednoho člena rodiny, může se jednat o poruchy jednávání ve vztahu k rodině i mimo rodinu, ale i u závažnějších poruch, jako je například schizofrenie a podobně. (Rieger 1996, s. 198-202)

3.4 Léčebný proces traumatických systémů

Bentovim (1998, s. 105) ve své knize tvrdí, že je důležité pracovat s jedincem i se systémem jako takovým. Tvrdí, že se jedná o práci s obětí a o práci s viktimizérem.

1. Práce s obětí

Podle Bentovima (1998, s. 105) je třeba se v léčebném procesu traumatu zaměřit u oběti na dva procesy, a to:

- kognitivní – toto zpracování znamená proces, díky kterému se oběti objevuje možnost změnu vysvětlení svého traumatu. Pomocí terapie je možné vytvořit si takovou skutečnost, která pro oběť nebude představovat riziko.
- emocionální - toto zpracování znamená, že se při terapii pracuje s procesem, jenž způsobil traumatizující událost, to znamená například vyhýbání se skutečnosti, o opakování a vytěšňování vzpomínek. Právě tento proces je předmětem terapie. Oběť se učí při terapii tento proces přijímat a pracovat s ním, to znamená, že takzvaně posiluje svůj strach, a to tím, že ho ve své podstatě znovu prožívá a pracuje s ním za pomoci terapeuta. Terapie oběti přináší oporu, pocit bezpečí a pochopení. Při terapii si oběť buduje ochranné chování, které ale bude pod dohledem terapeuta odpovídající

2. Práce s viktimizérem (=sekundární poškození oběti)

Při sdílení zážitků s oběťmi týrání nebo zneužívání je zapotřebí mít příjemné prostředí, které bude působit tak, že bude oběti dávat pocit podpory a zázemí. Tyto předměty pomáhají oběti vyrovnat se se způsobem týrání nebo zneužívání, což velmi ovládá její život. Oběť se při terapii zabývá svými city a chováním, ať už se vzpomínky oběti transformovali například na agresivní chování, stud a podobně.(Bentovim 1998, s. 105-106)

Práce terapeutů

Práce terapeutů se podle Bentovima (1998 s. 107-108) skládá ze čtyř stádií, které popsal následovně:

1. stádium – jedná se o odhalení týrání nebo zneužívání, které se delší dobu může projevovat například jako agrese. Při odhalení je hlavním cílem zastavit týrání nebo zneužívání a řešit jakou pomoc oběti nabídnout a poskytnout oporu oběti. Poté se zahajuje proces zjišťování příčin týrání, a z jakého důvodu oběť mlčela.
2. stádium – v tomto stádiu se řeší ochrana oběti. V případě dítěte, zda dítě odebrat z rodiny nebo ne.

3. stádium – jedná se o fázi rehabilitace. Zda dítě vrátit nebo nadále ponechat v rodině. Nebo jestli je zapotřebí ambulantní léčba, anebo pouze docházení do terapeutického střediska.
4. stádium – představuje novou rodinu. Někdy je potřebné svěřit dítě krátkodobě či dlouhodobě do náhradní rodiny, protože v původní rodině by se mohla opakovat agrese, týrání nebo zneužívání.

5. Praktická část

Výzkum se bude skládat z polostrukturovaných rozhovorů a bude zaměřený na zjištění zkušeností vychovatelů z práce s dětmi syndromem CAN.

5.1 Výzkumné cíle a otázky

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo prozkoumat zkušenosti vychovatelů z výchovné práce s dětmi se syndromem CAN. Jednotlivé zkušenosti budou zjišťovány pomocí polostrukturovaného rozhovoru s vychovateli v dětských domovech, kteří mají zkušenost s dítětem se syndromem CAN. Dalšími dílčími cíli praktické části bakalářské práce je analyzovat práci vychovatelů v dětských domovech, kteří se starají o dítě se syndromem CAN. Analyzovat terapie syndromu CAN. Zjistit jaký dopad měl syndrom CAN na práci vychovatelů.

5.2 Výzkumné otázky

Hlavním úkolem mé bakalářské práce bylo zjistit zkušenosti vychovatelů z práce s dětmi se syndromem CAN. Proto jsem si stanovila pět výzkumných otázek:

1. Jak se syndrom projevuje na chování dětí?
2. Jaký dopad má syndrom CAN na začleňování dětí do společnosti?
3. Jaký je nejeftivnější přístup k dítěti se syndromem CAN?
4. Jaké jsou nejlepší metody na práci s dětmi se syndromem CAN?
5. Jaký důsledek měl syndrom CAN na osobní život vychovatelů?

5.3 Volba výzkumného designu

Pro sběr dat jsem použila hloubkový rozhovor. Existují dva typy hloubkového rozhovoru polostrukturovaný a nestrukturovaný. Já při svém výzkumu využila rozhovor polostrukturovaný. Tento rozhovor je založený na předem připraveném seznamu otázek. Na rozhovor je důležité se předem připravit nejen teoreticky, ale zjistit si a připravit se i na další specifika respondentů. (Svaříček, Šed'ová, 2007. s. 160)

Otázky k rozhovoru jsem si připravila předem a snažila jsem se o to, aby byly ucelené a jasné. Rozhovory jsem si nahrávala na diktafon a poté jsem je přepsala. Hlavní část otázek se zaměřovala na děti se syndromem CAN a na práci vychovatelů s nimi.

Rozhovory jsem vyhodnocovalo pomocí otevřeného kódování.

5.4 Výzkumná metoda

Pro výzkumnou část své bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní výzkum, a to proto, že mám menší počet respondentů. Kvalitativní výzkum definuje metodolog Creswell následovně: „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“ (Creswell 1998 in Hendl, 2005, s. 50)

Za největší přednosti kvalitativního výzkumu se podle Hendla (2005, s. 50) považuje:

- Užitečnost při zkoumání velkých skupin,
- výsledky kvalitativního výzkumu jsou poměrně nezávislé na výzkumníkovi,
- lze jej zobecnit na populaci,
- přímočarý a rychlý sběr dat,
- poskytovatel přesných a numerických dat.

Jako metodu výzkumu jsem si zvolila zakotvenou teorii. Základní principy zakotvené teorie popisuje Svaříček, Šeďová (2007, s. 84-85) následovně:

- Tato teorie má být zakotvena v datech, to znamená, že výzkumník k ní musí přistupovat s otevřenou myslí a nepředpojatostí.
- Jde o to najít relativní proměnné a identifikovat vztah mezi nimi. Výsledkem je pak teorie zabývající se vztahy mezi proměnnými a jejich tvrzení.
- Jedná se o dynamický popis dění a teorie, která takto vzniká, se soustředí především na sociální procesy.
- Práce s literaturou nepodléhá zažitým vědeckým pravidlům. Je nutné se oprostit od předpokladů jiných autorů.
- Cílem je nalézt společný základ skupin a ukázat v čem se liší.

Zakotvená teorie má tři druhy kódování, a to: selektivní, otevřené a axiální. „*Představují spíš různé způsoby, jak zacházet s textovým materiálem, a výzkumník může mezi nimi podle potřeby přecházet.*“ Hendl (2005, s. 246-247). V každém případě se začíná otevřeným kódováním a pak se přechází k dalším.

5.5 Charakteristika výzkumného vzorku

Sběr dat probíhal formou polostrukturovaného rozhovoru. Cílem mého výzkumu bylo získání potřebných dat, se kterými jsem dále pracovala pomocí metody otevřeného kódování.

Výběr respondentů měl jednu podmínku. Každý z respondentů musel mít zkušenost s prací s dítětem se syndromem CAN. Respondenty jsem získávala, tak, že jsem oslovila celkem čtyři dětské domovy a požádala je o pomoc s výběrem vychovatele, který už zkušenosti s dítětem se syndromem CAN má. Celkově se mého výzkumu účastnilo 6 respondentů.

V následujícím textu uvádím charakteristiku respondentů:

1. **Mírek** – Mírek pracuje v dětském domově ve Zlínském kraji celkem 5 let. Vystudoval učitelství pro 2. stupeň základní školy, konkrétně biologii a tělesnou výchovu. V průběhu inkluze se rozhodl, že ve škole už učit nechce a rozhodl se pro změnu. Nastoupil do dětského domova jako vychovatel, k této práci musel vystudovat obor sociální pedagogiky. Mírek po dobu své praxe v dětském domově pracoval s 5 dětmi se syndromem CAN. Motivaci k výkonu tohoto povolání neměl žádnou, místo mu bylo nabídnuto ze známosti, a on ho přijal.
2. **Zuzana** – Zuzana pracuje v dětském domově Šance v Olomouckém kraji celkem 5 let. Má vystudovaný obor Vychovatelství pro děti vyžadující zvláštní péči a etopedii. Po dobu své praxe paní Zuzana odhaduje, že se setkala asi s 50 dětmi se syndromem CAN, ovšem ne všechny byly z její rodinné skupiny, ona sama přímo pracovala asi s 10 dětmi s tímto syndromem. Motivací pro výkon této práce byla láska k dětem a práce s nimi.
3. **Jana** – Jana pracuje v dětském domově ve Zlínském kraji celkem 14 let. Vystudovala obor Speciální pedagogika pro vychovatele. Po dobu své praxe se paní Jana setkala s 10 dětmi se syndromem CAN. Motivací pro výkon této práce byla práce s dětmi, a to, že ji tato práce přišla různorodá a zajímavá.
4. **Ludmila** – Ludmila pracuje v dětském domově ve Zlínském kraji jako ředitelka. Před tím ale pracovala také jako vychovatelka. V dětském domově tedy celkem pracuje 33 let. Vystudovala obor Speciální pedagogika. Za svou dlouhou profesní praxi se setkala se 7 dětmi se syndromem CAN. Vzorem pro výkon tohoto povolání byla její paní vychovatelka na základní škole, kde se rozhodla, že tuto práci

v životě chce dělat. To že skončila, jako vychovatelka v dětském domově popisuje jako náhodu.

5. **Klára** – Klára pracuje v dětském domově ve Zlínském kraji krátce, celkem 6 měsíců, ale už se stihla potkat s dětmi se syndromem CAN, celkem pracovala s 6 dětmi s tímto syndromem. Klára vystudovala obor Sociální a Speciální pedagogika. Motivací pro výkon tohoto povolání jí byla práce s dětmi, která ji baví a naplňuje.
6. **Simona** – Simona pracuje v dětském domově ve Zlínském kraji celkem 14 let. Vystudovala obor Speciální pedagogika pro vychovatele a Sociální pedagogiku. S kolika dětmi se syndromem CAN Simona pracovala, nedokáže přesně říct, protože si přesné číslo nepamatuje, ale v posledních letech pracovala se 3 dětmi s tímto syndromem. Motivací pro výkon tohoto povolání jí byla práce s dětmi, která ji naplňuje.

5.6. Etika výzkumu

Každý z účastníků byl předem upozorněn, k čemu a jak budou získané informace zpracovány. S každým účastníkem jsem se dohodla slovní formou na průběhu rozhovoru a každý účastník do výzkumu vstupoval dobrovolně.

Na žádost respondentů jsem změnila jejich jména.

5.7 Popis průběhu výzkumu

S respondenty jsem si domluvila termín našeho rozhovoru. Všechny rozhovory byly prováděny přímo v dětských domovech. Na začátku našeho setkání jsem se respondentů zeptala, zda jim nevadí, že budu rozhovor nahrávat na diktafon. Po celou dobu jsem seděla naproti dotazovanému a pozorně jej poslouchala. Otázky jsem měla předem připravené a postupně se na ně ptala respondentů. Získala jsem velmi zajímavé a důležité informace, které jsem se poté snažila vyhodnotit otevřeným kódováním.

Díky polostrukturovaným rozhovorům jsem se dozvěděla spoustu zajímavých a užitečných informací ve kterých jsem se snažila nalézt odpovědi na své výzkumné otázky.

5.8 Otevřené kódování

Otevřené kódování nalézá v datech určitá témata, která mají vztah k výzkumným otázkám, k literatuře, k pojmům, ale také může jít o nové myšlenky, vznikajících tak,

jak pronikáme k textu. Výzkumník si dělá seznam s kódy z textu, tento seznam se postupně třídí a organizuje. Cílem kódování je rozkrytí textu. Dá se říci, že podstatou kódování je označování pojmů kódy, které potom dělíme do kategorií. V těchto kategoriích se potom dimenzují, porovnávají a získávají vlastnosti. Hendl (2005, s. 247-248)

Z těchto kódů jsem utvořila 7 kategorií:

1. Projevy a s nimi související problémy chování dětí se syndromem CAN
2. Nejefektivnější přístupy k dítěti se syndromem CAN z praxe vychovatelů
3. Nejčastější terapie dětí se syndromem CAN
4. Socializace dětí se syndromem CAN
5. Dopad práce vychovatelů na jejich osobní život
6. Pracovní náplň a náročnost práce vychovatele
7. Příběhy dětí se syndromem CAN z praxe vychovatelů

Kategorie č. 1 Projevy a s nimi související problémy chování dětí se syndromem CAN

Pokud je dítě jakýmkoliv způsobem týráno nebo zneužíváno je to obrovský zásah do jeho psychiky. Zvláště pak pokud to dítěti prováděl někdo blízký – rodiče, prarodiče. Tyto případy jsou bohužel nejčastější. Dítě neví, jak se s tímto zážitkem vyrovnat, a projevuje se to na jeho chování. Podle zkušeností vychovatelů z praxe jsou nejčastější dva způsoby toho, jak se dítě projevuje. První způsob je, že je buď zakřiknuté, zamlklé, nekomunikativní a ustrašené. Druhým způsobem je, že se tento zážitek na jeho chování podepisuje agresí. Agresi dítě může používat proti sobě, a to sebepoškozováním, nebo proti někomu, to znamená, že je agresivní vůči ostatním, například nesnese prohru ve hře nebo vtip, který byl namířený proti němu a reaguje tak, že je agresivní na ostatní děti. Nebo agresi může využívat vůči neživým věcem, to znamená, že například rozbíjí a rozkopává nábytek a podobně. Jak se ale týrání nebo zneužívání na dítěti projevívá, záleží na jeho osobnosti.

Respondent Mirek uvádí, jak se děti se syndromem CAN projevují: „*Děti to v sobě nejčastěji dusí, takže záleží, jaká je to dítě osobnost. Někdo to dává najevo, tak že používá agresi vůči sobě – měl jsem případ, kdy si slečna několikrát podřezala žíly a neustále utíkala. Někdo si vybíjí svoji agresi na věcech – zase mám případ z praxe,*

chlapec 13 let, byl fyzicky týraný, vždycky když se na něho kladli nějaké požadavky nebo se hrála nějaká hra a mu se nedařilo, začal kopat a mlátit do věci. Třeba u tohoto případu je chyba, že rodiče nepozbývají práv, i když jsou třesně stíhaní třeba za to týrání, s chlapcem jsme my i psychologové neustále pracovali, až začal svůj hněv zvládat, ale stačila jedna návštěva nebo telefonát rodičů a byl zpátky tam, kde byl. Někdo zase chování, co vidí doma, používá na ostatních, třeba chlapec, co byl taky fyzicky týraný, si ve škole stoupl o přestávce na lavici, sundal si pásek a začal na ostatní děti volat, že je tím pásek všechny zmlátí, jestli nebudou potichu. Měl to chování naučené z domu, napodoboval chování otce. A někdo používá svou agresi vůči někomu, měl jsem případ chlapce, který byl fyzicky týraný a jakmile do něj třeba někdo ze srandy strčil nebo tak něco, tak on chytl prostě záchvat, začal toho druhého bít.“ Mirek opět vyzdvihuje problém, že rodiče nepozbývají práv, i v těchto závažných případech jako je týrání nebo zneužívání.

Respondentka Zuzana popisuje projevy chování dětí se syndromem CAN úplně stejně jako Mirek, jen vyzdvihuje tento problém: „*U někoho se setkávám i s nezájmem, něco po něm chci a on mi na to odpoví například: „já už jsem byl tolikrát bitej, že je mi to úplně jedno.“*

Respondentka Jana zase ze svých zkušeností uvádí, jak se týrané děti projevují: „*Tyto děti jsou ustrašenější. Dalším faktem je, že si nevěří, mají nízké sebevědomí, protože jim třeba bylo celou dobu sráženo. Někdy jsou tyto děti agresivnější a jednají neuváženě.“*

Respondentka Ludmila v podstatě potvrzuje slova Jany, Ludmila na otázku jak se děti se syndromem CAN projevují, uvedla: „*Ve většině případů jsou zakřiknuté, tičné, uzavřené. Při zvýšení hlasů druhé strany se choulí do sebe, třesou, pláčou. Pokud jsou v kolektivu někdy „vybouchnou“, protože to takto mají naučené z domu. Ze začátku třeba malé děti ani nechápou, že toto chování je špatné, protože nic jiného do této doby neznali.“*

Ostatní respondentky popsaly projevy chování dětí s tímto syndromem stejně, proto jejich odpovědi neuvádím.

Podle odpovědí vychovatelů se dá říct, že jejich odpovědi byly skoro stejné. Děti se syndromem CAN se projevují tak, jak už jsem výše uvedla. Jak ale tyto problémy souvisí se syndromem CAN? Můžeme říct, že tyto projevy chování souvisí se zlými vzpomínkami a zážitky, které se dětem děly. Ustrašené a zakřiknuté chování souvisí

s nízkým sebevědomím dítěte, protože v rodině mu bylo neustále snižováno. Děti mívají často pocit, že za vše můžou oni. Naopak agresivní chování pramení z toho, že dítě neví, jak má se svým vztekem pracovat a taky tím, že má naučené vzorce chování z domu. Jak už jsem uváděla výše, pokud je dítě z rodiny od malička zvyklé jen na křik, bití a ponižování bude se tak nejspíš chovat také, protože je to jediné co zná. Nepřijde mu, že je to špatné, protože v tom žilo odmalička.

Tyto slova potvrzuje i respondentka Klára, která uvádí: *„Dítě k nám přichází bez žádných návyků, zná jen to, co bylo doma, a pokud od malička zná jen křik a bití, tak se potom taky tak chová, protože mu na tom nepřijde nic zvláštního.“*

Obdobně hovoří i respondentka Simona: *„Podle mě tyto problémy pramení ze špatné životní zkušenosti, citové zploštělosti a asociálního chování.“*

Respondentka Jana o vzniku těchto problémů s chováním mluví také stejně: *„Myslím si, že tyto problémy souvisí s tím, že nevyrostali v bezpečném prostředí – není důvěra ve svět. Také v podstatě opakují jen to, co mají zažité z rodiny, a pokud od malička žije v tom, že ho někdo týrá, nebo neustále křičí, bude se tak chovat později, protože nic jiného nezná.“*

Podle mě je také důležité si říci, jaké týrání se syndromu CAN bývá nejčastější. Vychovatelé se ve svých odpovědích shodli na tom, že týrání je většinou kombinace dvou forem týrání. Nejčastěji uvádí psychické týrání. U dalších forem týrání nebyly schopni odpovědět, protože ve své praxi měly různorodé případy syndromu CAN.

Respondent Mirek uvádí: *„Z mé praxe teda asi převažuje psychické a fyzické týrání, to bývá spíš u kluků.“*

Respondentka Zuzana na tento dotaz odpověděla následovně: *„Podle mě je to nejčastěji zanedbávání a psychické týrání. Ale opravdu velmi časté je kombinace nějakého týrání.“*

Respondentka Jana, uvádí: *„Opět hovořím ze své praxe. Já jsem zaznamenala především psychické a fyzické týrání, a to bití. A v nespolední řadě je to zanedbávání, tedy neuspokojování základních potřeb dítěte.“*

Respondentka Ludmila ze své dlouholeté praxe uvádí: *„Nejčastější je to kombinace psychického týrání a zanedbání dítěte, tím myslím neuspokojené základní potřeby dítěte. Ale psychické týrání najdete u každého dítěte s tímto syndromem.“*

Respondentka Klára uvedla obdobný názor: „Z mé praxe to zatím byla kombinace zanedbávání a psychického týrání.“

Pouze respondentka Simona neuvedla žádnou formu týrání, a odpověděla pouze takto: „Nevím, většinou je to kombinace dvou týrání.“

Nejhůře se podle respondentů děti vyrovnávají právě s psychickým týráním. Respondenti se shodli na tom, že rány na těle se zahojí, ale rány na duši zůstávají a je velmi těžké se s nimi vyrovnat. Dětem se vrací vzpomínky, myslí na to, jak jim ublížili jejich nejbližší. Respondent Mirek uvádí: „... v dětech se to pak bije. Oni rodiče milují, ale zároveň je nenávidí za to, co jim udělali.“

KATEGORIE Č. 2 Nejefektivnější přístupy k dítěti se syndromem CAN z praxe vychovatelů

Pokud má vychovatel ve své rodinné skupině dítě se syndromem CAN, měl by vědět, jak s ním pracovat. Důležité je k dítěti přistupovat citlivě a do ničeho ho netlačit, také je důležité jednat intuitivně. Další důležitou složku v přístupu k dítěti s tímto syndromem je důvěra, je důležité, aby vychovatel s dítětem na důvěře pracoval a získal si ji. Dítě se podle respondentů někdy potřebuje vypovídat, a to udělá s člověkem, ke kterému má důvěru. Velmi důležitá je i častá komunikace s dítětem. Toto je postup, který používá každý z mých respondentů. Další kroky k přístupu k dítěti se syndromem CAN záleží na individualitě dítěte.

Respondent Mirek popisuje svoji práci s dítětem CAN následovně: „Je to individuální. Je velmi důležité, aby to dítě k tobě mělo důvěru, to chce ale samozřejmě čas. Nejde se nikomu nutit, nabízím dětem možnost a ono ať si samo vybere, co pro něj bude nejlepší. Každý člověk je jiný, takže u někoho pomáhá odlehčení vtipem, někdo se chce sám vypovídat. Hlavní je netlačit na pilu.“ Mirek tedy klade důraz na důvěru, podle něj je důvěra velmi důležitá, k tomu, aby se dítě cítilo bezpečně a tak, že se má vždycky komu svěřit.

Respondentka Zuzana svoji práci s dítětem se syndromem CAN popisuje podobně: „Velmi citlivě, protože je to velmi ožehavé téma a dítě se za to stydí. Jinak jednám naprosto intuitivně. Velmi důležitá je důvěra, aby vám to dítě věřilo, chvíli to trvá, ale pak se mnohem lépe pracuje.“ Zuzana také považuje důvěru jako jeden z důležitých

faktorů z přístupu k dítěti se syndromem CAN. Zároveň, ale vyzdvihuje také intuici a citlivý přístup. To znamená, že na dítě nespěchá a dává mu čas.

Respondentka Jana pracuje s dítětem se syndromem CAN podobně jako předchozí respondenti, a odpověděla takto: „*Určitě s ním musíme pracovat citlivěji, s dopomocí rad odborníků – psychologů, psychiatrů. Důležitá je důvěra mezi mnou a dítětem a vzájemná komunikace.*“ Jana tedy také využívá stejné metody jako ostatní respondenti, ale také zdůrazňuje pomoc a rady odborníků. Pokud si s nějakým případem nebo chováním dětí neví rady, ráda požádá odborníky o radu.

Respondentka Ludmila ve svém pracovním postupu k dítěti se syndromem CAN postupuje podobně jako Jana: „*Je to zejména pomoc odborníků – psycholog, terapeuti, tedy psychoterapie. Ti dětem nejvíce pomohou a nám dávají rady, jak s ním pracovat, snažím se je poslouchat, protože je to pro něj nejlepší. Snažím se na děti působit klidně. Jsem k dětem upřímná. Důležité je být v těchto případech empatická, chápající a povzbuzující. Snažím se si u každého dítěte získat důvěru a povídat si s ním o tom, co ho trápí.*“ Ludmila tedy používá obdobný přístup k dítěti se syndromem CAN jako ostatní respondenti.

Respondentka Klára také popisuje svůj pracovní postup podobně jako ostatní respondenti, a to následovně: „*...je to velmi individuální. Většinou je to individuální přístup k dítěti, řídit se radami psychologů, budování důvěry s dítětem a komunikace s dítětem.*“

Respondentka Simona charakterizuje svůj pracovní postup takto: „*Je zapotřebí individuální přístup dle potřeb dítěte. Každému dítěti vyhovuje něco jiného, takže se vždycky řídím intuicí a osobností dítěte.*“

Za metody vychovatelů v dětských domovech při práci s dětmi se syndromem CAN tedy považujeme individuální a citlivý přístup k dítěti, intuitivní jednání vychovatele, empatii, důvěru, častou komunikaci s dítětem, působení na děti klidným a bezpečným dojmem, poslouchání rad odborníků, motivaci dítěte a musí se brát v potaz osobnost dítěte.

Nejefektivnější přístup se podle odpovědí respondentů skládá z metod k přístupu k dítěti se syndromem CAN, které jsou uvedeny výše. Ovšem musíme rozlišovat, zda jde o malé nebo větší dítě, ke každému zvolíme jiný přístup.

Respondent Mirek za nejefektivnější přístup k dítěti se syndromem CAN považuje tento: „Přístupovat k dítěti individuálně, zjistit, co mu vyhovuje za přístup a tak s ním jednat. U malého dítěte je to spíš o empatii a motivaci. U staršího dítěte je to spíš o logičnosti a o jiných vazbách než je tam empatičnost.“

Respondentka Zuzana charakterizuje nejefektivnější přístup k dítěti se syndromem CAN následovně: „Důležitá je důvěra a povídání si s tím dítětem. Podle mého názoru se dítě potřebuje vypovídat, do této doby třeba nemělo někoho, s kým by si o tom mohlo promluvit. A já už mu na základě toho rozhovoru můžu třeba poradit, nebo ho uklidnit, dát mu jistotu, že na to není sám. Pak mu třeba doporučím návštěvu naší paní psychologky, a ta už mu zase umí poradit odborněji. Pak si myslím, že je důležité nemít kontakt s tou rodinou, teď mluvím o těch závažných případech, jako je zneužívání a týrání, aspoň při tom léčení toho dítěte. Ale to záleží na policii nebo soudu.“ Zuzana jako jediná vidí důležitost v tom, aby byl dítěti zamezen styk s rodinou, aspoň ve fázi léčení dítěte. Jak už bylo vysvětlováno v kategoriích výše, z praxe vychovatelů vyplývá, že jakmile má dítě jakýkoli kontakt s rodinou, jeho chování se mění.

Respondentka Jana popisuje nejefektivnější přístup k dítěti se syndromem CAN takto: „Je to velmi individuální. Někomu vyhovuje něco, a někomu zase něco jiného. Opět se budu opakovat, že je to citlivý přístup, snažit se řídit radami odborníků, důvěra a komunikace. Hlavně je důležité na dítě netlačit.“

Respondentka Ludmila si myslí, že z jejich zkušeností je nejefektivnější přístup takový: „Myslím si, že jsou to veškeré metody, které psychoterapeuti nabízejí, s tímto zkušenost nemám. Jak už jsem říkala, poslouchám rady psychoterapeutů.“ Ludmila si myslí, že nejvíce dítěti pomůžou odborníci a ona jako vychovatel se bude řídit jejich radami, jak s dítětem pracovat.

Respondentka Klára považuje za nejefektivnější přístup k těmto dětem: „Individuální přístup je podle týrání. Snažím se poslouchat rad psychoterapeutů dítěte, a podle nic s dítětem pracovat nebo s ním jednat. Určitě děti dělají obrovský posun, pokud navštěvují psychologa nebo nějakou psychoterapii.“

Respondentka Simona popisuje nejefektivnější přístup k dítěti se syndromem CAN velmi podobně jako ostatní respondenti: „Je to individuální, každému dítěti vyhovuje něco jiného. Ale u každého dítěte se snažím vybudovat si důvěru a komunikovat s ním, někdy se dítě potřebuje vypovídat nebo poradit.“

Podle zkušeností respondentů je nejefektivnější přístup k dítěti se syndromem CAN důvěra, komunikace s dítětem, pravidelné návštěvy dětí u psychologů a psychiatrů, pracovat s dítětem podle jeho osobnosti a potřeb, poslouchat a řídit se radami odborníků při práci s těmito dětmi, empatie a citlivý a individuální přístup k dítěti.

KATEGORIE Č. 3 Nejčastější terapie dětí se syndromem CAN

Dítě se syndromem CAN navštěvuje řadu odborníků. Nejčastěji jsou to sezení u psychologů a klinických psychiatrů, kteří jim doporučují nějaké terapie. Terapie a sezení u odborníků jsou pro děti s tímto syndromem velmi důležité. Učí se v nich vyrovnávat se svými zlými zážitky, vzpomínkami a traumatem, učí se v sobě zpracovávat svůj stres, vztek a strach. Také se ale tyto děti mají komu vypovídat a ví, že jim někdo nabídne pomoc. V této kategorii jsem ale u respondentů narazila. Vychovatelé v dětských domovech většinou vůbec netuší, jaké terapie děti navštěvují, což mi přijde zvláštní. Mají na starost dítě, o které se starají a vychovávají a vůbec netuší jaké terapie nebo jakou léčbu děti podstupují. Většinou jen ví, že navštěvují psychologa nebo psychiatra. Chápu, že se jedná o lékařské tajemství, ale myslím si, že pokud vychovatel vychovává dítě, tak by měl aspoň vědět, jakou terapii dítě navštěvuje.

Respondent Mirek mi na otázku jakou terapii dítě se syndromem CAN navštěvují, odpověděl takto: „*Tyto děti chodí k psychiatrovi, ke klinickému psychologovi nebo k nám do dětského domova jedno za půl roku chodí psycholožka, která se ptá dětí, jestli nechtějí něco probrat, protože ty děti třeba řeknou jí víc než mě, protože ji vidí občas kdežto mě každý den. Od toho psychiatra pak mají nějaký výstup a děti můžou třeba začít navštěvovat nějaký kroužek.*“

Respondentka Zuzana mi odpověděla následovně: „*Tyto děti jsou dlouhodobě sledované psychiatry a psychology a ti rozhodují o těch terapiích a děti na ně dochází a zúčastňují se jich. Konkrétně o žádných terapiích nevím.*“

Respondentka Jana uvádí: „*Toto Vám nedokážu říct. Terapie dítěti určuje psycholog nebo psychiatr. Já vím, že děti chodí na sezení s psychologem někdy s psychiatrem.*“

Respondentka Ludmila mi na tuto otázku odpověděla následovně: „*Tak to nemůžu posoudit, tolik zkušeností a poznatků z praxe nemám.*“

Respondentka Simona mi odpověděla na mou otázku velmi podobně jako ostatní respondenti: „*Tyto děti navštěvují odborníky a ti jim různé terapie ordinují. Já nevím, jaké terapie navštěvují.*“

Pouze respondentka Klára znala některé terapie, které se dětem poskytují, a odpověděla mi následovně: „*Jsou to různé psychoterapie, arteterapie aj., rozhovory a sezení s psychologem, popřípadě léčba na psychiatrii.*“

Ze zkušenosti respondentů se dá tedy říci, že děti navštěvují psychology a psychiatry, ke kterým chodí na sezení. Dále můžeme konstatovat, že dětem jsou poskytovány nějaké psychoterapie, arteterapie a je pro ně dobré, aby měli nějakou správnou volnočasovou aktivitu, která je odvede od těch zlých vzpomínek a myslí na něco jiného.

Bohužel nemůžu říct, jaké terapie jsou tedy ze zkušeností vychovatelů nejlepší a nejčastější, protože k tomu nemám žádné informace. Když jsem položila otázku: Jaká terapie je podle Vašeho názoru nebo podle výsledků z Vaší praxe nejlepší? Dostala jsem odpovědi tohoto typu:

Respondentka Klára odpověděla: „*Nemám dostatek zkušeností na porovnávání.*“

Respondentka Simona odpověděla velmi podobně: „*To nevím. V předchozí otázce jsem říkala, že nevím, jaké terapie navštěvují.*“

Pouze respondent Mirek mi odpověděl odlišně, a to následovně: „*Každý člověk má něco, co ho stimuluje a druhého třeba ne. Takže bych řekl, že ty kroužky, nějaký sport, starost o zvířata.*“ a na otázku proč si to myslí mi odpověděl takto: „*Protože to ty děti stimuluje, odvádí to jejich stres, napětí a pomáhá jim to se uvolnit.*“

Mám-li tedy zhodnotit tuto kategorii, nemůžu tedy zjistit, jaká terapie je ze zkušeností vychovatelů pro děti se syndromem CAN ta nejlepší, protože k tomuto zjištění nemám žádné informace a podklady. Jak už jsem uváděla výše, opravdu mě překvapuje, že vychovatelé o žádné terapii neví, chápu, kdyby nevěděli průběh terapie, ale nechápu, že neví ani název terapie, když dítě, které ji navštěvuje, vychovávají.

KATEGORIE Č. 4 Socializace dětí se syndromem CAN

Začlenění dětí se syndromem CAN do společnosti nebývá někdy zrovna lehké, jak už jsem psala výše, některé děti mají problémy s agresí a reagují nepřiměřeně, nebo

jsou zakřiknuté a bojácné a o zapadnutí do kolektivu ani nestojí. Proto děti s tímto syndromem mají mnohdy problém zapadnout do společnosti. Ze zkušenosti respondentů je problém pro děti se syndromem CAN zapadnout do kolektivu individuální. Ale ve většině případů tento problém děti mají.

Respondent Mirek uvádí: „*Spíš ano. Děti totiž pak neadekvátně reagují. Jsou vyčleňováni z kolektivu kvůli jejich přehnaným reakcím, chováním nebo agresí. Reagují nepřiměřeně a proto v tom kolektivu, proto v tom kolektivu nejsou moc oblíbení.*“

Respondentka Jana si myslí, že tento problém záleží na individualitě dítěte a uvádí: „*Asi je to individuální. Někdo zapadne do kolektivu hned, bez nějakých větších problémů, a někteří mají problém s tím, že jsou uzavřeni do sebe a ani nevyhledávají kolektiv dětí. Někdo by zase rád patřil do kolektivu, ale ostatní ho nepřijímají, a to především kvůli jeho agresí.*“

Respondentka Ludmila má velmi podobný názor jako Jana a odpověděla následovně: „*Je to velice individuální, protože každé dítě je jiné. Ale ve většině případů mají. Jak už jsem říkala v předchozích otázkách, většinou je to nepřiměřené chování ve skupince, tyto děti moc neumí reagovat třeba na vtipy, které byly mířeny na jeho osobu, a mohly být třeba úplně nevinné a okamžitě vybuchnout, jdou hned do hádek, v horších případech i fyzicky napadají. Některé děti o kolektiv ani nestojí, protože mají strach z lidí a bojí se otevřít ostatním.*“

Respondentka Simona má za to, že problém začlenit se do kolektivu děti se syndromem CAN většinou mají: „*Většinou ano. Jak už jsem říkala, některé jsou zakřiknuté a dělá jim problém seznamovat se, protože se bojí lidem otevřít. Jiné o kolektiv ani nestojí a někteří v kolektivu nejsou oblíbení kvůli svému mnohdy agresivnímu chování a jednání.*“

Respondentka Zuzana tento problém vidí spíše, tak, že je to individuální a záleží na povaze dítěte a uvádí: „*Myslím si, že je to individuální. Někdo ano, někdo ne. Někdo to v sobě prostě dokáže přejít a normálně s ostatními dětmi komunikovat. Setkala jsem se i s případy, kde se tyto děti stranili ostatních a vůbec neměli zájem se s dětmi bavit. Někdo zase neumí přijmout nějaké to dětské požd'uchování nebo provokaci a reagují nepřiměřeně a agresivně, ostatním dětem se to nelíbí, a vyčlenění ho z kolektivu. Ale většinou jsou tyto děti komunikativní a nestrání se.*“

Respondentka Klára má obdobný názor jako Zuzana a uvedla: „*Je to velice individuální, protože každé dítě je jiné. Ale většinou je to nepřiměřené chování ve skupince, tyto děti moc neumí reagovat třeba na vtipy, které byly mířeny na jeho osobu, a mohly být třeba úplně nevinné a okamžitě vybuchnout, jdou hned do hádek, v horších případech i fyzicky napadají. Některé děti o kolektiv ani nestojí, protože mají strach z lidí a bojí se otevřít ostatním.*“

Většina respondentů se shodla na tom, že ve většině případů mají děti se syndromem CAN problém začlenit se do kolektivu. Samozřejmě záleží na osobnosti dítěte. Ale podle odpovědí vychovatelů můžeme říct, že děti se syndromem CAN mají problém zapadnout do kolektivu kvůli svému agresivnímu chování a neváženými a nepřiměřenými reakcemi. Některé děti naopak s ostatními nekomunikují, jsou zakřiknuté a zamlklé a ustrašené. Tyto děti také mají podle respondentů problémy s nízkým sebevědomím.

Je důležité ale vědět, proč tyto děti takto reagují a proč mají problém zapadnout do společnosti. Pokud jde o agresivní a nepřiměřené reakce, nejčastěji je to jejich nízké sebevědomí a taky převzatý vzorec chování z rodiny. Dále to, že v sobě děti mají nějaký nahromaděný stres nebo vztek a neumí s ním pracovat, proto se zachovávají agresivně. Pokud budeme mluvit o zakřiknutém a nekomunikativním jednáním, tak toto chování může být způsobené také nízkým sebevědomím, ale také tím, že dítě má nedůvěru v lidi a možná i strach z lidí.

Respondent Mirek si myslí, že důvod, proč mají děti problém zapadnout do společnosti je takový: „*Je to tím, že v sobě mají nějaké napětí a neumí se s ním poprat a dávají to najevo nepřiměřenými reakcemi a chováním a pro ostatní děti jsou tyto reakce šokující a pak nepříjemné.*“ Respondent Mirek si tedy myslí, že děti se syndromem CAN neumí pracovat se svým vztekem a stresem a reagují agresivně.

Respondentka Zuzana má na tuto problematiku takový názor: „*Pokud jsou vyčlenění z kolektivu, tak to většinou obrátí do agrese a brečení, někdy začnou být až hysteričtí, za každou cenu, jen aby byli středem pozornosti. Snaží se tu chybu házet třeba na ostatní, že to oni mu ublížili, protože se s ním nechtějí bavit. Jako kdyby se zaseknout a odmítají cokoliv. Málokdo utíká, v tom smyslu, že by se stáhl do sebe, to se stává málokdy, ale někdy se to stane.*“ Respondentka Zuzana si podle svých zkušeností z praxe míní, že děti, které nezapadají do kolektivu, neuznají svou chybu, například, že se chovali k ostatním zle, ale hází vinu na ostatní a nepřiznají svou chybu.

Respondentka Jana uvádí: „*Myslím si, že je to nízkým sebevědomím a nedůvěrou lidem.*“

Respondentka Ludmila uvádí svůj názor: „*Podle mě je to jejich strach z reakcí okolí, že něco dělají špatně a že ho ostatní nemají nebo nebudou mít rádi. Opět to zná z rodiny, kde se k němu takto chovali. Tyto děti mají velice nízké sebevědomí, které s tím souvisí, v rodině mu bylo neustále snižováno.*“ Respondentka Ludmila si tedy myslí, že problém začlenění do společnosti dětí se syndromem CAN souvisí s jejich nízkým sebevědomím a ze strachu z reakcí ostatních.

Respondentka Klára má podobný názor jako předchozí respondenti, a uvádí: „*Myslím si, že je to tím, že se cítí méněcenné, mají nízké sebevědomí. Pak také to, že někteří neumí pracovat se svými emocemi a pak reagují výbušně.*“

Respondentka Simona má taktéž obdobný názor jako ostatní a uvádí: „*To že nevěří lidem, mají problém se otevřít ostatním a mají nízké sebevědomí, myslí si, že pro ostatní nejsou moc dobré.*“

Pokud vezmeme v potaz odpovědi respondentů, tak podle zkušeností z jejich praxe souvisí problémy se začleněním do společnosti dětem se syndromem CAN s nízkým sebevědomím, strachem z reakcí okolí, s pocitem méněcennosti a s problémem s prací se svým stresem a strachem.

Důležité také je zjistit, jak vychovatelé pomáhají těmto dětem začlenit se do kolektivu, anebo jak řeší problémy, které vznikají nepřiměřenými reakcemi a agresivitou dětí se syndromem CAN. Respondenti mi v odpovědích popisují jejich postup při těchto situacích.

Respondent Mírek svůj postup popisuje následovně: „*My jako vychovatelé nemáme moc velké páky. Pokud se to stává v kolektivu rodinné skupiny nebo dětského domova, snažíme se jim domluvit a třeba hrát různé společenské hry, abychom je trošku sblížili a podobně. Ale u dívek v pubertě je to velký problém a tam se s nimi těžce pracuje. Někdy se musí zase změnit rodinné skupiny, když už to nefunguje moc. Když už nic nepomáhá tak psycholog nebo psychiatr, většinou pak dáváme na doporučení těchto specialistů.*“

Respondentka Zuzana uvádí: „*Pokud dojde k nějakému incidentu, jako je třeba hádka nebo agresivní chování, řešíme to osobními rozhovory, rozhovory*

s psychologkou, rozhovory ve škole (pokud se incident stal tam). Snažíme se to rozebrat tak, aby pochopili, co udělali špatně. V některých případech, pokud je agresivita opravdu vysoká, se to musí řešit psychiatricky.“

Respondentka Jana odpovídá následovně: *„Snažíme se dětem osobními rozhovory domluvit, poradit, rozebrat ten problém. Někdy musí zasáhnout psycholog.“*

Respondentka Ludmila popisuje svůj postup takto: *„.... Snažím se poslouchat rady o pomoci odborníků. Jinak se snažím o vstřícný, klidný, empatický přístup. A o komunikaci s dětmi, rozebrat si s ním, co se v té situaci stalo, co mu vadilo, proč není správné se takto chovat a podobně.“*

Respondentka Klára odpovídá následovně: *„Snažíme se o postupné začleňování a získávání sebevědomí. Pokud nastane nějaký problém, řešíme ho osobními rozhovory, kde se snažíme rozebrat situaci a vyvodit z toho nějaký výsledek.“*

Respondentka Simona uvádí: *„Postupuji tak, že pokud nastane problém, všechny aktéry postupně si pozvu k sobě k rozhovoru a snažím se je vyslechnout a vysvětlit jim, co bylo špatně. Někdy požádám o radu odborníka.“*

Podle odpovědí respondentů lze říct, že pokud má dítě se syndromem CAN problém začlenit se do kolektivu, snaží se ho vychovatelé začlenit různými hrami, kde by se kolektiv mohl seskupit. Pokud nastává nějaký problém, který vzniká tím, že dítě reaguje agresivně, snaží se to vychovatelé řešit osobními pohovory s účastníky, snažit se dítěti se syndromem CAN vysvětlit, co se stalo a proč to bylo špatné. Poté se snaží s dítětem rozebrat celý problém, pokud stále nic nepomáhá, obrací se vychovatelé na odborníky a žádají je o radu.

Podle slov vychovatelů se jim děti svěřovat s tím, co zažívají, když nezapadají do kolektivu, nechodí. Vychovatelé si myslí, že s těmito věcmi se raději svěřují psychologům.

Podle odpovědí respondentů se dětem s tímto syndromem většinou podaří zapadnout do společnosti, jen se musí nějaké základní pravidla o samostatném pohybu venku nebo o bezpečném nakupování učít, protože v rodině se takové návyky nenaučili.

Respondentka Zuzana uvedla: *„Musíme my rozhodnout, kdy jsou zodpovědní sami za sebe tak, aby se jim něco nestalo. Nejdřív s nimi, chodím já, naučím je trasu, základní pravidla, že se musí u cesty rozhlédnout, že se nesmí bavit s cizími lidmi a po-*

dobně, protože tyto děti přijdou z těch rodin bez absolutně žádných návyků. Až uznám za vhodné, že už můžou cestu absolvovat sami, pustím je.“

Ostatní vychovatelé mi odpověděli velmi podobně, proto jejich odpovědi neuvádím.

Kategorie č. 5 Pracovní náplň a náročnost práce vychovatele

Práce vychovatele velmi ovlivňuje jejich osobní život. Většina respondentů uvedla, že je pro ně práce náročná především z časové a psychického hlediska. Z toho časového hlediska tím, že vychovatelé v dětských domovech mají často celodenní směny a běhají tak mezi svojí rodinou a rodinnou skupinou v dětském domově. Vychovatelé totiž nahrazují rodiče v plném rozsahu a i to je pro ně náročné. Z psychického hlediska je tato práce náročná tím, že vychovatelé se často musí potýkat s problémovým chováním dětí a řešit problémy, které tímto chováním nastaly. Další problém, který znepříjemňuje práci vychovatelů a dělá ji tak těžší je fakt, že rodiče po dobu, co jsou děti v ústavní péči, na děti nepozbývají práv. Vychovatelé často uvádí, že děti učí správnému chování, dobrému prospěchu ve škole a stačí jedna návštěva nebo telefonát rodiče a dítě se vrací do starého režimu a vychovatelova práce přijde v niveč.

Respondentka Zuzana na otázku v čem je práce vychovatele náročná uvedla: *„Jednak v tom, že sem přichází děti z různých rodin, s různými návyky, psychickými i jinými problémy, to je velmi těžké korigovat v té rodinné skupince. Já se vždycky snažím ty děti naučit, aby se na svět dívali pozitivně. Těžké je i to, že děti by vás chtěli jen pro sebe a ne se o vás s někým dělit. Je to i časově náročná práce, i psychicky náročná, protože tu musíte zvládnout všechno, jak organizačně, tak energeticky. Někdy když se řeší i nějaké problémy, tak je to dost nepřijemné. Pak je pro mě velmi náročná skutečnost, že rodiče nepozbývají práv, my se tu opravdu snažíme děti vychovávat, ukázat jim, že věci jdou i v klidu, psychologové i psychiatři se snaží a už máte nějaký výsledek lepšího chování, prospěchu a podobně a stačí jeden telefonát s rodiči a dá se říct, že dítě je tam, kde bylo a vaše práce je k ničemu. Další věc jsou schůzky s rodiči, rodiče těchto dětí jsou opravdu nezodpovědní, dětem po telefonu nebo návštěvě naslibují, procházku nebo výlet, dítě tady na ně čeká a těší se od rána a oni třeba vůbec nepřijdou. Děti jsou pak smutné, zatvrzelé a každý to řeší jinak – agresí a podobně.“*

Respondentka Jana, shledává největší náročnost své práce v časovém a psychickém hledisku, a uvedla: „... je to časově náročná práce. Někdy i psychicky, protože máte na starosti celou rodinnou skupinu a zodpovídáte za její chod. Někdy nastane i nějaký problém v chování dětí, a jeho řešení je mnohdy dost náročné.“

Všechny ostatní respondentky odpověděly v podstatě stejně, proto jejich odpovědi neuvádím.

Respondent Mírek jako jediný uvedl rozdílný názor, v čem je práce vychovatele v dětském domově náročná, a uvedl: „Nejnáročnější je pro mě určitě skloubit legislativu, to je nějaký právní rámec, v kterém já musím působit s tím, co bych udělal já sám, kdybych nebyl limitovaný tímto právním rámcem. Protože už se mi několikrát v nějaké situaci stalo, že si ten právní rámec odporuje s tím, co by bylo nejlepší pro to dítě, a to v hodně věcech a častokrát. Takže je pro mě nejtěžší tady to pnutí mezi tím, co je nejlepší a vhodné pro dítě, ale není to podloženo legislativou, anebo je to orámcované legislativou, a za ten rámec bych už neměl jít, ale kolikrát za něj jít i musím. Další věc, která je pro mě velmi náročná je samotná práce s dětmi, které mají nevhodné chování nebo třeba nějakou poruchu. Vždycky jdu do práce s nimi s nějakou mojí vnitřní motivací, moji nějakou snahou něčeho dosáhnout a pak náraz do reality, že ta práce kvůli tomu přijde v niveč, protože ty děti nejde předělat, někdy se nepovede je posunout na vyšší úroveň, někdy si říkám, že je to jak hrách na stěnu házet.“

Téměř všichni respondenti vnímají náročnost své práce stejně. Jen Mírek uvedl, že nejnáročnější je pro něj skloubit svoje jednání s legislativou. Přesto tuto práci vykonávají dále a to především ze své motivace pomáhat dětem, které je potřebují a tím, že je práce s dětmi pořád baví.

Pracovní náplň vychovatele je také velmi náročná, jak už bylo výše zmíněno, nahrazují dětem rodiče, takže je učí správnému chování a správným návykům. Pracovní náplň vychovatele se liší ve všední dny a o víkendu. Ve všední dny vychovatelé děti vypravují do školy, pracovat s administrativou, nakoupit, zařídit dětem na úřadě, co je třeba a popřípadě jít s nemocným dítětem k lékaři. Odpoledne se s dětmi vychovatelé připravují do školy, kontrolují jejich prospěch a domácí úkoly. Večer je ukládá k spánku a dbá na jejich hygienu. O víkendech jsou děti celé dopoledne doma, ve většině případů, mají odpoledne společný program, nějakou procházku nebo výlet. Respondenti se ve svých odpovědích shodli, mírně se lišili chodem dětského domova.

Respondent Mirek popisuje pracovní náplň svého povolání takto: „ práce tady v dětském domově se rozděluje na dvě takové skupiny činností., to je to, že máš všední den a ta pracovní náplň je úplně jiná než o víkendu nebo o prázdninách. Začneme všedním dnem, ve všední den chodím do práce na 9, a dělám nějakou administrativu, nebo když je nějaké dítě nemocné, tak s ním musím k lékaři a tak dál. Někdy dopoledne musíme nakoupit nějaké věci pro chod dětského domova. Pak sem děti chodí na oběd a já mám dohled u oběda od 12 – 14h, většinou děti obědvají v bytové jednotce nějaké skupiny, která má ten týden kuchyň v provozu. Ve 14h jdou děti do svých skupin, kde už na ně čeká jejich vychovatel. Dopoledne jsem tu sám a ve 14h už přicházejí další vychovatelé do svých skupin. V jedné rodinné skupině může být maximálně 8 dětí. Ve 14 h v rodinných skupinách začíná příprava na vyučování, takže kontroluji známky, jaké mají domácí úkoly nebo projekty, administrativa školy – to se týká nějakých sdělení, výletů a podobně. Pak se s nimi musím učit. Mezitím děti odchází na kroužky, protože mají nějakou volnočasovou aktivitu. V 18h je večere, kuchařky ji uvaří a já to dětem pouze dám a večeříme společně. Po večeři je osobní hygiena dětí, udělají si své povinnosti jako například umýt nádobí, zamést smetí, utřít stůl a podobně. Povinnosti se každý týden mezi děti rozepíší a děti se tím učí samoobslužné činnosti například vyprat, nachystat si věci do školy, roztrídít prádlo a tak dále, protože ty děti sem vlastně přijdou, většinou z 80 % nemají vhodné návyky, protože ani doma je neměli a neměli, se je v podstatě, kde naučit.

Všichni respondenti mi popsaly stejnou pracovní náplň jako Mirek, proto jsem jejich odpovědi neuvedla.

Jen u respondentky Ludmily se pracovní náplň liší, protože je ředitelkou dětského domova. Ludmila uvedla: „Tak jako ředitelky zařízení s ústavní výchovou, řešení veškerých situací, problémů spojených s chodem domova, jednání se zaměstnanci, dětmi, řešení aktuálních problémů, situací, sledování legislativy, plnění požadavků zřizovatele – Krajský úřad Zlínského kraje, jednání se zákonnými zástupci, s odborníky věnující se výchově problémových dětí – psycholog, psychiatr, pracovníci OSPODů kam děti spadají, městem, apod. Je toho hodně, každý den jiný. 5 hodin týdně mám přímou výchovnou činnost s dětmi, tedy příprava do škol, pracovní, sebeobslužné činnosti, zájmové apod.“

Odpovědi všech respondentů ohledně pracovní náplně vychovatelů v dětských domovech jsou téměř totožné. Mírně se od sebe liší chodem dětského domova, tedy tím

jestli má dětský domov jídelnu nebo musí vychovatel vařit a podobně. Odpověď se také liší u respondentky Ludmily, která pracuje jako ředitelka dětského domova a má jiné povinnosti než vychovatelé v rodinných skupinách.

Kategorie č. 6 Dopad práce vychovatelů na jejich osobní život

Práce vychovatelů je opravdu psychicky náročná, zvláště pak pokud musí pracovat s tak psychicky náročnými případy. Většina respondentů mi odpověděla, že je pro ně někdy těžké vyrovnat se s těmito případy a problémy, ale že se snaží tyto starosti a problémy neřešit ve svém osobním životě. Také se snaží, aby tyto případy neměly dopad na jejich práci vychovatele, protože musí být v práci nápomocni dětem, které je potřebují.

Když jsem se respondentů zeptala na otázku, zda mají tyto psychicky náročné případy dopad na jejich práci vychovatele, odpověděli mi následovně:

Respondent Mirek mi odpověděl takto: *„Neovlivňuje mě to, nemůže mě to ovlivňovat, protože kdybych si to bral, nemohl bych práci vykonávat. Samozřejmě mám k těm dětem nějaký vztah, ale jakmile tu zabouchnu dveře a jdu domů, nechávám to tu. Ale přijde mi, že takto to dokážou nést muži, ale ženy ne.“* Mirek má za to, že se těmito případy nesmí nechat ovlivnit, protože by pak kvalitně nedováděl svoji práci.

Respondentka Zuzana uvádí: *„Mají, všechno jsem získala zkušenostmi. Ze začátku jsem z tohoto tématu měla trošku respekt, ale zkušenosti mi opravdu pomohly.“* Zuzana přiznala, že tyto případy na její práci vychovatelky dopad mají, ale pomohly jí zkušenosti.

Respondentka Jana odpovídá následovně: *„Já neustále sbírám zkušenosti, abych se ve své práci pořád někam posouvala. Každý případ mi něco dá, protože každé dítě je jiné a na každého platí něco jiného.“*

Respondentka Ludmila mi na tuto otázku odpověděla následovně: *„Tak určitě dopad mají, vychovatel má problém to brát jako svoji práci, emočně se případem nezabývat, musí jednat racionálně nebo ho to pohltí.“* Ludmila se snaží na případy nemyslet, protože pak by také nemohla dobře odvádět svoji práci.

Respondentka Klára uvádí: „*Ne, snažím se u každého případu postupovat tak, jak mám a nevzpomínat na minulé případy. Snažím se do práce chodit s čistou hlavou a dětem se věnovat.*“

Respondentka Simona uvádí: „*Ne, ke každému novému případu přistupuji individuálně a s chladnou hlavou. Na ostatní případy nemyslím.*“

Většina respondentů přiznává, že tyto případy na jejich práci nebo psychiku dopady mají, ale snaží se je vytěsnit z mysli a nemyslet na ně, aby mohli svoji práci odvádět kvalitně a dobře, tak aby se děti cítili bezpečně.

Respondenti se s těmito případy psychicky vyrovnávají podobně. Snaží se myšlenky na tyto případy nechat v práci a domů chodit s čistou hlavou. K tomu aby to dokázali, se snaží aktivně trávit svůj volný čas. Většina z respondentů tráví čas se svou rodinou a přáteli nebo sportují.

Respondent Mirek uvedl: „*Nevyrovnávám, prostě to nechávám tady a doma se s tím nijak nezatěžuju a nemyslím na to.*“ Mirek se tedy snaží tyto starosti nechat doma a doma na ně nemyslet.

Respondentka Zuzana odpověděla takto: „*Náš dětský domov má pro zaměstnance psychologa, který mi vždycky říkal, že je to jenom práce a tak si to mám zapamatovat. Ze začátku to pro mě nebylo lehké, snažila jsem se ty starosti nechat v práci, ale stejně jsem na to stále myslela. Jinak se ve volném čase setkávám se svými vnoučátky, které mě hodně zaměstnávají, nebo se snažím být ve společnosti svých přátel, nebo sportuji, abych si vyčistila hlavu.*“ Zuzaně dětský domov nabízí možnost navštívit jejich psychologa, kterému se může vypovídat, což Zuzana vítá.

Respondentka Jana uvedla: „*Snažím se být pro děti bezpečnou osobou, což mě naplňuje a snažím se na to zlé nemyslet.*“ Janě tedy stačí myslet na to, aby kvalitně odváděla svoji práci a pomáhala při ní dětem.

Respondentka Ludmila odpověděla: „*Snažím se o nutnou psychohygienu. Často se stýkám s rodinou a s přáteli. Dávám si záležet na svém odpočinku. Věnuji se svým zájmům a koníčkům.*“ Ludmile pomáhá trávit svůj volný čas s blízkými a věnovat se tomu, co ji baví.

Respondentka Klára uvedla velmi podobný názor jako Ludmila: „*Práci si domů nenosím. Musela jsem se naučit nechávat starosti v práci. Ve svém osobním volnu sportuji, věnuju čas rodině a kamarádům.*“

Respondentka Simona odpověděla následovně: „*Vyrovřádám se s tím snahou dětem pomoci vytvořením rodinného prostředí. Takže na mě nemže jít vidět nějaká psychická nevyrovnanost. Ve volném čase jsem s rodinou a přáteli, se kterými na práci nemyslím.*“

Většina respondentů tedy uvedla, že se snaží na práci doma nemyslet. Některým pomohly zkušenosti z těchto případů. Respondenti se snaží o důležitou psychohygienu a trávit svůj volný čas smysluplně.

Má další otázka byla, zda mají tyto případy nějaký dopad na jejich osobní život. Záleží na typu člověka a na jeho osobnosti, někdo si tyto případy v sobě umí zpracovat tak, že na ně vůbec nemyslí a někdo ne. Jedna část respondentů mi uvedla, že na jejich osobní život případy žádný dopad nemají. Druhá mi odpověděla, že úplně nejde oddělit pracovní a osobní život, ale že se snaží, aby tyto případy na jejich život dopad neměly a proto tráví čas se svou rodinou a přáteli a věnují se svým koníčkům.

Respondent Zuzana odpověděla: „*Tak napůl, někdy jsem sice byla doma, ale myšlenkami jinde, musela jsem prostě naučit opravdu to nechat za zavřenými dveřmi a odreagovat se a vyčistit si hlavu.*“

Respondentka Jana uvedla: „*Umím si to zpracovat tak, aby dopad neohrožoval můj osobní či pracovní život negativním směrem.*“

Respondentka Ludmila odpověděla následovně: „*Snažím se, aby zasahovaly co nejméně, ale snadné to není. Proto jsem často v kolektivu své rodiny nebo přátel.*“

Respondentka Klára uvedla: „*Ne, opravdu na práci doma nemyslím a věnuji se svým koníčkům a zájmům.*“

Respondentka Simona mi odpověděla takto: „*Při této práci nelze úplně oddělit osobní a pracovní život, ale snažím se o to ve volném čase tím, že jsem se svojí rodinou nebo přáteli. Také ráda čas trávím v přírodě, kde si vyčistím hlavu.*“

Respondent Mirek uvedl: „*Ne. Doma se snažím na pracovní věci nemyslet, prostě všechny starosti nechávám tady, lítostí ještě nikdo nikdy nic nedokázal.*“

Respondenti tedy uvedli, že se v osobním volnu snaží na případy nemyslet. Snaží se oddělit svůj pracovní a osobní život, tak aby ten pracovní neměl dopad na osobní život. Někteří se uvolňují tím, že tráví čas s rodinou a přáteli a svými koníčky.

Kategorie č. 7 Příběhy dětí se syndromem CAN z praxe vychovatelů

Vychovatelé se ve své praxi setkali se spoustou příběhů a případů dětí. Některé jsou opravdu psychicky náročné. Jak jsem popisovala v předchozí kategorii, vychovatelé se s těmito případy vyrovnávají po svém. Podařilo se mi od respondentů získat aspoň základní popis případů, které ve své praxi považují za nejzajímavější, ale zároveň nejtěžší. Respondenti mi totiž nechtěli popisovat celé příběhy a ani jména kvůli GDPR.

Respondent Mirek mi popsal tento příběh: *„Měl jsem na starosti 3 sourozence, 2 kluky a jednu holku. Byli psychicky a fyzicky týráni. Přišlo se na to u praktického lékaře, který si všímal podlitin. Tyto děti byly rodině odebrány a byli umístěni k nám. Dívka se sebepoškozovala a většinu času trávila na psychiatrii. Kluci měli často výkyvy nálad a na ostatní děti někdy reagovali nepřiměřeně a agresivně.“*

Respondentka Zuzana se mi svěřila s tímto případem: *„Ted' mám v živé paměti případ holčičky, kterou jsem zmiňovala už předtím. Přišla k nám holčička, která trpí mentální zaostalostí, údajně byla rodině odebrána kvůli zanedbáváním. Shodou okolností jedna paní vychovatelka komunikovala s její tetou, která se jí svěřila, že ví o tom, že holčička byla sexuálně zneužívána. Okamžitě jsme zkontaktovali policii a OSPOD, holčička a všichni zúčastnění museli postoupit výslechy. S holčičkou momentálně pracují psychologové i psychiatři, navštěvuje terapie a léčí se. Momentálně se ve spolupráci se sociálními pracovníky snažíme o zázak styku s rodinou. Soudní rozsudek o tomto případě zatím ještě nepadl.“*

Respondentka Jana mi popsala tento případ: *„Příběh sedmiletého chlapce, který musel snášet časté bití v rodině, fyzické i psychické týráni, protože v rodině byla upřednostňována sestra. Dítě bylo rodině odebráno úřady a bylo umístěno do našeho dětského domova. Chlapec byl nejdříve zakřiknutý, postupem času, ale začal komunikovat, a nyní funguje úplně normálně.“*

Respondentka Ludmila si vybavila a popsala mi tento příběh: *„Pamatuji si mediálně známý případ sourozenců, kterým bylo 4, 5 let. Rodiče je týrali bitím, připínáky*

v botách, zavíráním do sklepa. Chlapci byli velmi zakřiknutí a dlouho nechtěli komunikovat. S pomocí všech odborníků se nám nakonec podařilo, aby chlapci fungovali normálně.“

Respondentka Klára pospala tento případ: *„Většinou se jedná o zanedbané a psychicky týrané děti, postup je většinou stejný. Můžu Vám uvést případ chlapce 5 let, jehož matka žila s přítelem, tedy ne s biologickým chlapcem dítěte. Tento pán chlapce těžce fyzicky týral, bil ho, kopal ho, típal o něj cigarety. Matka o všem věděla a nic nenahlásila. Případ nahlásila babička dítěte. Dítě bylo odebráno z rodiny. Dítě podstoupilo vyšetření u psychologů, kteří mu diagnostikovali syndrom CAN. Chlapec byl umístěn u nás a prošel velký kus cesty, ale už dokáže fungovat normálně.“*

Respondentka Simona uvedla tento příběh: *„Ve své rodinné skupině jsem měla sourozeneckou skupinu - 3 děti, věk 7 měsíců, 2 roky a 5 let. Děti po odchodu otce do výkonu trestu matka zanedbávala, nevěnovala se jejich výchově ani základním potřebám, nezvládala je, po umístění v dětském domově 7měsíční dítě bylo pouze ležící, neumělo kousat, nereagovalo na podněty. Dvouleté dítě zanedbané, s neřešenou závažnou oční vadou. Tyto děti byly velmi bojácné a bouchali hlavou do zdi.“*

Myslím si, že všechny uvedené příběhy jsou dost silné a psychicky náročné. Vychovatelé a jejich práce opravdu není lehká a věřím, že vyrovnat se a řešit problémy, které díky těmto zážitkům u dětí nastávají, opravdu není lehké.

5.9 Diskuze

Hlavním cílem mé praktické část bylo zodpovědět pět výzkumných otázek. První otázka se zabývala tím, co způsobuje tyto projevy chování, konkrétně se tato otázka jmenuje: Jak se syndrom CAN projevuje na chování dětí? Touto otázkou se zabývá kategorie č. 1 Projevy a s nimi související problémy chování dětí se syndromem CAN.

Projevy, které souvisí se syndromem CAN, jsou agrese – agresivní chování a jednání, nebo zamlklé, zakřiknuté a nekomunikativní jednání. Tyto problémy vznikají z nízkého sebevědomí dítěte, převzatých vzorců chování z rodiny, bojí se a nedůvěřují lidem. Vznikají také tím, že děti v sobě neumí zpracovat stres, strach a vztek. Proto potom reagují agresivně. Pomoc jim nabízejí odborníci.

Další výzkumná otázka se zabývala tím, jak se děti se syndromem CAN začleňují do společnosti, otázka přesně zněla: Jaký dopad má syndrom CAN na začleňování dětí do společnosti?

Touto otázkou se podrobně zabývá kategorie č. 4 Socializace dětí se syndromem CAN. Tam se vychovatelé shodli na tom, že to jestli bude mít dítě problém začlenit se do společnosti je individuální. Shodli se ale také na tom, že výsledky z jejich praxe hovoří o tom, že většina těchto dětí tento problém má. Nezapadají do kolektivu ze dvou důvodů. První je, že jsou zamlklé, zakřiknuté a bojácné, což souvisí s jejich nízkým sebevědomím, které jim bylo v rodině neustále sráženo a také z toho, že nevěří a mají strach z lidí, a u dětí to může způsobit sebepoškozování. Druhý důvod je, že jsou z kolektivu vyřazováni proto, že reagují nepřiměřeně a agresivně, což se ostatním nelíbí. Tento problém pramení z toho, že děti neumějí zvládat svůj stres nebo hněv a reagují agresivně. Tento problém také souvisí s tím, že dítě si přebralo vzorec chování z rodiny, ze které přichází. Pokud je dítě od malička zvyklé jen křik a bití, bude se chovat stejně, protože neví, že je na tom něco špatného, považuje to za normální. Vychovatelé se děti se syndromem CAN snaží začlenit do kolektivu pomocí nějakých seznamovacích her nebo hrami pro posílení kolektivu. Pokud dojde k nějakému incidentu, kdy se dítě chovalo agresivně, vychovatelé se s každým zúčastněným snaží osobně promluvit, a dítěti se syndromem CAN řádně vysvětlit, co je na tomto chování špatné. Pokud nic nepomáhá, vychovatel požádá o radu odborníka.

Třetí výzkumná otázka měla za úkol zjistit nejefektivnější přístup k dětem se syndromem CAN. Konkrétně tato otázka zněla: Jaký je nejefektivnější přístup k dítěti se syndromem CAN?

Podrobněji se této otázce věnuje kategorie č. 2 Nejefektivnější přístupy k dítěti se syndromem CAN z praxe vychovatelů. Ze zkušeností vychovatelů vyplynulo, že nejefektivnější přístup k dítěti se syndromem CAN se v podstatě skládá z metod vychovatelů na práci s dětmi se syndromem CAN. Vychovatelé považují za důležité v přístupu k tomuto dítěti, zda se jedná o malé nebo větší dítě. Jinak přistupují k mladším dětem a jinak ke starším. Dále je důležitý citlivý a individuální přístup k dítěti, intuitivní jednání vychovatele, časté návštěvy odborníků, uposlechnutí rad odborníků a řízení se jimi, častá komunikace s dítětem, budování důvěry s dítětem, motivace dítěte a musí se brát ohledy na osobnost dítěte. Co se týče terapií, které by se daly také zařadit do nejefektivnějšího přístupu k těmto dětem, na ty nedovedu odpovědět, protože vychovatelé neměli

dostatek zkušeností k určení této terapie. Terapiím se podobněji věnuje kategorie č. 3 Nejčastější terapie dětí se syndromem CAN. Z výsledku této kategorie jsem byla zklamaná, protože vychovatelé neměli vůbec žádné zkušenosti a ani vědomost o jakékoliv terapii, kterou dítě se syndromem CAN prochází, což mi přijde nelogické, pokud se o dítě starají a vychovávají. Chápu, že se jedná o jakési tajemství, ale myslím si, že aspoň základ nebo název terapie by vychovatelé vědět měli.

Další výzkumná otázka měla za úkol zjistit metody, které vychovatelé využívají při práci s dětmi se syndromem CAN. Konkrétně tato výzkumná otázka zněla takto: Jaké jsou nejlepší metody na práci s dětmi se syndromem CAN?

Této otázce se podrobněji věnuje kategorie č. 2 Nejefektivnější přístupy k dítěti se syndromem CAN z praxe vychovatelů. Vychovatelé ze své praxe za nejlepší metody považují svou intuici a jednání podle ní, tedy intuitivní jednání. Považují za důležitý citlivý a individuální přístup k dítěti, motivaci dítěte, osobnost dítěte, budování důvěry mezi vychovatelem a dítětem, častá komunikace s dítětem, uposlechnutí rad odborníků, řízení se radami odborníků a empatický přístup k dítěti. Také je důležité na děti ničím netlačit. Myslím si, že tyto metody jsou dobré a pro dítě trpící tímto syndromem nejlepší.

Poslední výzkumná otázka se zabývala dopadem práce vychovatele na jejich osobní život, přesně otázka zněla: Jaký důsledek měl syndrom CAN na osobní život vychovatelů? Touto otázkou se zabývá kategorie č. 5 Dopad práce vychovatelů na jejich osobní život.

Respondenti se při tomto zjištění rozdělili na dvě poloviny. Jedna tvrdila, že jí tyto psychicky náročné případy neovlivňují případy nijak, protože se snaží nechat starosti a myšlenky v práci a domů chodit s čistou hlavou. Druhá polovina zase tvrdila, že není lehké oddělit osobní a pracovní život. V tom aby se s takovými případy vyrovnaly, jim pomáhá smysluplné trávení jejich volného času a trávení volného času s rodinou, přáteli a věnování se svým zájmům. Většina respondentů se shodla na tom, že se snaží tyto případy ze své mysli odbourávat, aby mohli kvalitně vykonávat svoji práci a pro děti působit bezpečným a vyrovnaným dojmem.

ZÁVĚR

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit zkušenosti vychovatelů z práce s dětmi se syndromem CAN. V teoretické části jsem zabývala pojmy a definicemi syndromu CAN. Dále formami a projevy syndromu CAN. Nadále jsem se zabývala ústavní výchovou, rozdíly mezi dětským domovem dětským domovem se školou. Následně jsem se zaměřila na sanaci rodiny a terapiemi a vyšetřeními, které je možné u syndromu CAN podstupovat.

V praktické části jsem zjišťovala zkušenosti vychovatelů v dětských domovech z práce s dětmi se syndromem CAN. K zjištění potřebných dat jsem použila polostrukturovaný rozhovor, kterým jsem hodnotila zkušenosti vychovatelů. Rozhovor jsem vedla z 6 vychovatelů. Získaná data jsem otevřeně kódovala a z těchto kódů jsem si vytvořila kategorie. Rozhovor jsem si rozdělila do 5 částí, jež se zaměřují na různá témata, a tím jsem zjišťovala zkušenosti vychovatelů. U všech respondentů jsem zjistila, že děti se syndromem CAN se projevují dvěma způsoby, buď jsou zakřiknuté a zamlklé, anebo se projevují agresivně, a agresi využívají proti sobě, proti jiné osobě, nebo proti neživým věcem. Většina respondentů mi odpověděla, že problémy se začleněním dětí do společnosti jsou individuální. Pokud má dítě problém, většinou je to jejich nepřiměřenými reakcemi a agresivním jednáním. Většina respondentů považuje za neefektivnější přístup k dítěti se syndromem CAN metody na práci s dětmi s tímto syndromem, to znamená: důvěru, komunikace s dítětem, pravidelné návštěvy dětí u psychologů a psychiatrů, pracovat s dítětem podle jeho osobnosti a potřeb, poslouchat a řídit se radami odborníků při práci s těmito dětmi, empatii a citlivý a individuální přístup k dítěti. Dopad syndromu CAN na osobní život vychovatelů respondenti hodnotily, tak, že se snaží v osobním životě oprostít od problémů v práci a svůj volný čas trávit, sportem, koníčky, rodinou a přáteli.

Výsledná data mi umožnila získat zkušenosti vychovatelů v dětských domovech z práce s dětmi se syndromem CAN. Následně jsem tyto zkušenosti shrnula a navrhla opatření.

Seznam použité literatury

BECHYŇOVÁ Věra a kolektiv, *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*, 1. vyd. Praha, IREAS, Institut pro strukturální politiku, o. p. s., 2007, 229 s. ISBN 978-80-86684-47-5

BECHYŇOVÁ Věra, KONVIČKOVÁ Marta, *Sanace rodiny - Sociální práce s dysfunkčními rodinami*, 1. vyd. Praha, Portál, 2008, 151 s. ISBN 978-80-262-0031-4

BENTOVIM Arnon, *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*, 1. vyd. Praha, Grada Publishing, s.r.o, 1998, 117 s. ISBN 80-7169-629-3

ČESKO, *Texty zákonů – Zákon o rodině, Zákon o sociálně – právní ochraně dětí, Zákon o soudnictví ve věcech mládeže, Zákon o registrovaném partnerství*, aktualizované vyd., Praha, C. H. Beck, 2009, 219 s. ISBN 978-80-7400-1062

DUNOVSKÝ Jiří, *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*, 1. vyd. Praha – Grada Publishing, 1995, 248 s. ISBN 80-7169-192-5

FRIEDL Arnošt, *Školské zákony*, 6. doplněné vyd. Praha, Eurounion Praha, s.r.o, 2010, 478 s. ISBN 80-7317-020-5

GJURIČOVÁ Šárka, KOCOURKOVÁ Jana, KOUTEK Jiří, *Podoby násilí v rodině*, 1. vyd. Vyšehrad, 2000, 104 s. ISBN 8070214163.

HANUŠOVÁ Jaroslava, *Násilí na dětech - syndrom CAN*, 1. vyd. Praha, Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 24 s. ISBN 80-86991-78

HENDL Jan, *Kvalitativní výzkum – Základní metody a aplikace*, 1. vyd. Praha, Portál, s.r.o, 2005, 378 s. ISBN 80-7367-040-2

KRATOCHVÍL Stanislav, *Skupinová psychoterapie v praxi*, 2. vyd. Praha, Galén, 2005, 297 s. ISBN 80-7262-347-8

KRATOCHVÍL Stanislav, *Základy psychoterapie*, Praha, 4. vyd., Portál, 2002, 392 s. ISBN 80-7178-657-8

MUFSONOVÁ Susan, *O týrání a zneužívání*, 1. vyd. Praha, Nakladatelství Lidové noviny, 1996, 131 s. ISBN 80-7106-194-8

NOVOTNÁ Věra, FREJT Vladimír, *Sociálně-právní ochrana dětí*, 1. vyd. Praha – Univerzita Jana Amose Komenského, 2009, 256 s. ISBN 978-80-86723-77-8

RIEGER Zdeněk, VYHNÁLKOVÁ Hana, *Ostrov rodiny – Integrovaný přístup pro práci s rodinou, příručka pro odborníky*, 1. vyd. Hradec Králové, KONFRONTACE, 1996, 246 s. ISBN 80-901773-8-7

SLANÝ Jaroslav, *Syndrom CAN - syndrom týraného dítěte*, 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008, 155 s. ISBN 978-80-7368-474-7.

SVAŘÍČEK Roman, ŠEĐOVÁ Klára a kolektiv, *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*, 1. vyd. Praha, Portál, s.r.o, 2007, 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0

ŠPECIÁNOVÁ Šárka, *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*, 1. vyd. Praha – LINDE nakladatelství s.r.o, 2003, 156 s. ISBN 80-86131-44-0

VANÍČKOVÁ Eva, *Interpersonální násilí na dětech*, 1.vyd. Praha – Úřad vlády v rámci vládní kampaně Stop násilí na dětech, 2009, 37 s. ISBN 978-80-7440-001-8

Elektronické zdroje

Šikana - Policie České republiky. Úvodní strana - Policie České republiky [online]. Copyright © 2020 Policie ČR, všechna práva vyhrazena [cit. 12.05.2020]. Dostupné z: <https://www.policie.cz/clanek/preventivni-informace-sikana.aspx>

Zákon o pedagogických pracovnících, MŠMT ČR. MŠMT ČR [online]. Copyright ©2013 [cit. 12.05.2020]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/zakon-o-pedagogickych-pracovnicich-1>

Zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy, MŠMT ČR. MŠMT ČR [online]. Copyright ©2013 [cit. 12.05.2020]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/zakon-o-vykonu-ustavni-vychovy>

Seznam zkratek

OSN – Organizace spojených národů

Tzn. – To znamená

Tzv. – Tak zvaně

ČR – Česká republika

OR – Ostrov rodiny

Seznam příloh

Příloha 1: Polostrukturovaný rozhovor.....	64
Příloha 2: Přepis rozhovorů.....	66

Přílohy

1. Příloha – Rozhovor - Zkušenosti vychovatelů v dětských domovech z práce s dětmi se syndromem CAN

Úvod, zjištění informací o vychovateli

1. Jak dlouho pracujete v dětském domově?
2. Jaký máte vystudovaný obor?
3. Jaká byla Vaše motivace k práci vychovatele/vychovatelky v dětském domově?
4. Jaká je Vaše náplň práce v normálním pracovním dni?
5. Je práce vychovatele v dětských domovech náročná?
6. Jaké věkové rozmezí dětí máte nejčastěji ve svých skupinách?

Jak se syndrom projevuje na chování dětí?

1. Setkal/setkala jste se někdy s dítětem trpícím syndromem CAN?
2. S kolika dětmi se syndromem CAN jste pracoval/pracovala?
3. Které pohlaví trpí syndromem CAN častěji?
4. Jaké týrání je nejčastější?
5. S jakým týráním se podle Vás dítě nejhůř vyrovnává a léčí?
6. Jak se děti se syndromem CAN chovají/projevují?
7. Jak tyto problémy s chováním souvisí se syndromem CAN?
8. Jaké problémy s chováním mají děti se syndromem CAN nejčastěji?

Jaký je nejefektivnější přístup k dítěti se syndromem CAN?

1. Pokud máte podezření, že dítě syndromem CAN trpí, jak postupujete?
2. Jak se jako vychovatel k takovému dítěti chovat? Jak s ním pracovat?
3. Jaké metody či postupy k tomuto dítěti používáte?
4. Jaký je podle Vás nejefektivnější přístup k dítěti se syndromem CAN?
5. Jaké terapie se dětem s tímto syndromem poskytují?
6. Jaká terapie je podle Vašeho názoru nebo podle výsledků z Vaší praxe nejlepší?
7. Proč je podle Vás tato terapie nejlepší?

Jaký dopad má syndrom CAN na začleňování dětí do společnosti?

1. Mají děti trpící syndromem CAN problém se začleňováním do kolektivu nebo společnosti?
2. Pokud ano, jak postupujete?
3. Co podle Vás způsobuje, že se děti nedokáží začlenit do kolektivu?
4. Svěřily se Vám někdy děti, co zažívají, když si mají například hrát v kolektivu dětí a mají problém se začlenit?
5. Dokáží tyto děti fungovat “normálně”? Například chodit do školy, jít nakoupit, a podobně?

Jaký důsledek měl syndrom CAN na osobní život vychovatelů?

1. Můžete mi popsat konkrétní případ syndromu CAN z Vaší praxe?
2. Mají tyto případy, kde se objevuje syndrom CAN, dopad na Vaší práci vychovatele?
3. Jak se s takovými psychicky náročnými případy vyrovnáváte?
4. Zasahují Vám tyto případy nějak do osobního života?

2. Příloha – přepis rozhovorů

1. rozhovor - Mirek

Úvod, zjištění informací o vychovateli

Jak dlouho pracujete v dětském domově? V dětském domově pracuji 5 let.

Jaký máte vystudovaný obor? Mám vystudovanou biologii a tělocvik, když přišla inkluze, rozhodl jsem se opustit školství, protože jsem s inkluzí nesouhlasil a šel jsem pracovat paradoxně do dětského domova. Musel jsem si dodělat obor sociální pedagogiky. Ale musím říct, že předchozí dvouoborový obor mě nachystal tady na tuto práci víc než ta sociální pedagogika.

Jaká byla Vaše motivace k práci vychovatele/vychovatelky v dětském domově? Neměl jsem žádnou motivaci. Tato práci mi v podstatě spadla do klína, často jsem do tohoto dětského domova chodil, protože tu moje matka pracuje jako účetní, shodou okolností tu končil jediný muž, který v dětském domově pracoval a tak mi vedení tuto práci nabídl. Neměl jsem vůbec žádnou představu o čem ta práce je. Byl jsem spíše tak hrozený do vody a v průběhu jsem poznával režim, jak to tu funguje, děti a podobně. Znovu ale připomínám, že mi víc dala pedagogická škola, protože tam jsem chodil učit a měl jsem na starosti 25 dětí a musel jsem na to připravit, musel jsem ty děti namotivovat. Tady ve skupině mám 8 dětí a z mého pohledu je to mnohem jednodušší práce.

Jaká je Vaše náplň práce v normálním pracovním dni? To nejde říct, protože ta práce tady v dětském domově se rozděluje na dvě takové skupiny činností., to je to, že máš všední den a ta pracovní náplň je úplně jiná než o víkendu nebo o prázdninách. Začneme ve všedním dnem, ve všední den chodím do práce na 9, a dělám nějakou administrativu, nebo když je nějaké dítě nemocné, tak s ním musím k lékaři a tak dál. Někdy dopoledne musíme nakoupit nějaké věci pro chod dětského domova. Pak sem děti chodí na oběd a já mám dohled u oběda od 12 – 14h, většinou děti obědvají v bytové jednotce nějaké skupiny, která má ten týden kuchyň v provozu. Ve 14h jdou děti do svých skupin, kde už na ně čeká jejich vychovatel. Dopoledne jsem tu sám a ve 14h už přicházejí další vychovatelé do svých skupin. V jedné rodinné skupině může být maximálně 8 dětí. Ve 14 h v rodinných skupinách začíná příprava na vyučování, takže kontroluji známky, jaké mají domácí úkoly nebo projekty, administrativa školy – to se týká nějakých sdělení, výletů a podobně. Pak se s nimi musím učit. Mezitím děti odchází na kroužky, protože mají nějakou volnočasovou aktivitu. V 18h je večere, kuchařky ji uvaří a já to dětem pouze dám a večeříme společně. Po večeři je osobní hygiena dětí, udělají si své povinnosti jako například umýt nádobí, zamést smetí, utřít stůl a podobně. Povinnosti se každý týden mezi děti rozepíší a děti se tím učí samoobslužné činnosti například vyprat, nachystal si věci do školy, roztrždit prádlo a tak dále, protože ty děti sem vlastně přijdou, většinou z 80 % nemají vhodné návyky, protože ani doma je neměli, a neměli se, je v podstatě, kde naučit.

Je práce vychovatele v dětských domovech náročná? Nejnáročnější je pro mě určitě skloubit legislativu, to je nějaký právní rámec, v kterém já musím působit s tím, co bych udělal já sám, kdybych nebyl limitovaný tímto právním rámcem. Protože už se mi několikrát v nějaké situaci stalo, že si ten právní rámec odporuje s tím, co by bylo nejlepší pro to dítě, a to v hodně věcech a častokrát. Takže je pro mě nejtěžší tady to pnutí mezi tím, co je nejlepší a vhodné pro dítě, ale není to podloženo legislativou, anebo je to orámcované legislativou, a za ten rámec bych už neměl jít, ale kolikrát za něj jít i musím. Další věc, která je pro mě velmi náročná je samotná práce s dětmi, které mají nevhodné chování nebo třeba nějakou poruchu. Vždycky jdu do práce s nimi s nějakou mojí vnitřní motivací, mojí nějakou snahou něčeho dosáhnout a pak náraz do reality, že ta práce kvůli tomu přijde v niveč, protože ty děti nejde předělat, někdy se nepovede je posunout na vyšší úroveň, někdy si říkám, že je to jak hrách na stěnu házet.

Jaké věkové rozmezí dětí máte nejčastěji ve svých skupinách? U nás v dětském domově se skupiny podle věku nedělí. Věkové rozmezí je různorodé. Já třeba když jsem nastupoval, tak jsem dostal na starosti 3 holky, ta jedna otěhotněla, porodila, takže já jsem se staral vlastně o 3 holky a malé miminko. Nebo třeba když přijdou nové děti, tak se ty rodinné skupiny přeorgani-

zovávají, protože třeba sourozenci by měli být spolu, takže když přijdou 3 sourozenci, musí se skupiny poměnit.

Jak se syndrom projevuje na chování dětí?

Setkal/setkala jste se někdy s dítětem trpícím syndromem CAN? Měl jsem teď 3 děti, 2 kluci už jsou pryč a jednu holku tu mám teď. Není to úplně neobvyklé.

S kolika dětmi se syndromem CAN jste pracoval/pracovala? Nevím. Nemůžu to úplně přesně říct, protože přicházím do styku i s jiným dětmi s jiných rodinných skupin a tam je třeba dítě s tímto syndromem. Přesněji řečeno, já to o těch dětech s jiných skupin ani nemůžu vědět, abych se třeba náhodou neprofekl, je to totiž pro ty děti dost citlivé téma. Vím třeba nějaké informace, pokud máme nějakou společnou činnost, abych věděl, že to dítě nemůže dělat tuto činnost protože ...

Které pohlaví trpí syndromem CAN častěji? Toto nejde určit. Z praxe jsem měl třeba 3 sourozence, 2 kluky a jednu holku a všichni byli týraní, takže si myslím, že toto nehraje roli. To jde spíš určit podle toho jaké je klima v té rodině, třeba nevychovaný rodič, který má děti plodí zase nevychované děti a v momentální společnosti je jich víc a víc.

Jaké týrání je nejčastější? Zase nemůžu říct přesně. Často to bývá kombinované, třeba když je někdo zneužívaný zároveň trpí i psychicky. Z mé praxe teda asi převažuje psychické a fyzické týrání, to bývá spíš u kluků. Měl jsem jeden případ, kdy se matka dítěte 4x rozvedla a jeden z jejich manželů dívku sexuálně zneužíval a matka to tajila. Ale záleží na případě, nejde to říct, co je častější.

S jakým týráním se podle Vás dítě nejhůř vyrovnává a léčí? To podle mě nejde říct, protože všechno tomu dítěti nějak ublížilo. A nejhorší pro ně podle mě stejně je to zklamání a zloba na rodiče.

Jak se děti se syndromem CAN chovají/projevují? Děti to v sobě nejčastěji dusí, takže záleží, jaká je to dítě osobnost. Někdo to dává najevo, tak že používá agresí vůči sobě – měl jsem případ, kdy si slečna několikrát podřezala žíly a neustále utíkala, byla u nás půl roku, ale v kuse u nás byla asi měsíc, jinak neustále pendlovala mezi nemocnicí a dětskou psychiatrií. Někdo si vybíjí svoji agresí na věcech – zase mám případ z praxe, chlapec 13 let, byl fyzicky týraný, vždycky když se na něho kladli nějaké požadavky nebo se hrála nějaká hra a mu se nedařilo, začal kopat a mlátit do věcí, předzvěst tady toho jeho afektu byla, že se vždycky začal celý třást, to bylo znamení a mohl jsem s ním začít pracovat a vyvarovat se tomu rozbíjení věcí. Třeba u tohoto případů je chyba, že rodiče nepozbývají práv, i když jsou třesně stíhaní třeba za to týrání, s chlapcem jsme my i psychologové neustále pracovali, až začal svůj hněv zvládat, ale stačila jedna návštěva nebo telefonát rodičů a byl zpátky tam, kde byl. S tím nejde nic dělat, pro ty děti jsou to prostě rodiče, a strašně se v nich bije protiklad, děti je zároveň milují, protože jsou to jejich rodiče a zároveň je nenávidí za to, co jim udělali. Někdo zase chování, co vidí doma, používá na ostatních, třeba chlapec, co byl taky fyzicky týraný si ve škole stoupl o přestávce na lavici, sundal si pásek a začal na ostatní děti volat, že je tím pásek všechny zmlátí, jestli nebudou potichu. Měl to chování naučené z domu, napodoboval chování otce. A někdo používá svou agresí vůči někomu, měl jsem případ chlapce, který byl fyzicky týraný a jakmile do něj třeba někdo ze srandy strčil nebo tak něco, tak on chytl prostě záchvat, začal toho druhého bít, takže on vše řešil takto. Tyto děti se třeba všeho dovolují, třeba se mě ptají: Můžu jít na záchod? Můžu si číst? Můžu si vzít jablko? A podobně. Tyto děti jsou často hodně psychicky zdeptaní, že se třeba bojí stoupnout si na židli nebo sejít kopec dolů a většinou mají nulové návyky.

Jak tyto problémy s chováním souvisí se syndromem CAN? Odpověď v předešlé otázce.

Jaké problémy s chováním mají děti se syndromem CAN nejčastěji? Většinou je to ta agrese vůči sobě, ostatním nebo věcem.

Jaký je nejefektivnější přístup k dítěti se syndromem CAN?

Pokud máte podezření, že dítě syndromem CAN trpí, jak postupujete? Toto se moc často nestává, nebo aspoň s tím nemám zkušenost. Děti odebere sociální úřad na základě něčeho, děti k nám do dětského domova přijdou většinou na základě předběžného opatření, takže oni sem přijdou a my už máme většinou nějaký papír z pedagogicko-psychologické poradny, od klinického psychologa. Takže my už většinou máme nějaké výstupy nebo spis o tom dítěti. Většinou jdou ty děti nejdříve do diagnostického ústavu, kde se zjistí, jestli jsou tyto děti vůbec schopny být v dětském domově. Protože my jsme dětský domov a tady by měli být relativně „normální“ děti, což už teda dneska moc není. Z 10 dětí co odejdou z dětského domova má 8 problém se uchytit v normálním životě. Před 20 lety, co říkala kolegyně, to bylo přesně naopak, z 10 dětí se 8mi podařilo uchytit. A je to proto, že ty děti nemají žádný mantinel, a jak jsou neustále hájeni a chráněni, tak děti mají pocit, že jsou mistři světa a že na ně není metr. Navíc podle mě školství velmi degradovalo inkluzí, kdy teď jsou na děti sníženy nároky, takže dostávají třeba 2, ale znalosti mají na 3-4. Podle mě jsme už na úrovni polo pasťáku.

Jak se jako vychovatel k takovému dítěti chovat? Jak s ním pracovat? Je to individuální. Je velmi důležité, aby to dítě k tobě mělo důvěru, to chce ale samozřejmě čas. Nejde se nikomu nutit, nabízím dětem možnost a ono ať si samo vybere, co pro něj bude nejlepší. Každý člověk je jiný, takže u někoho pomáhá odlehčení vtípem, někdo se chce sám vyzpovídat. Hlavní je netlačit na pilu.

Jaké metody či postupy k tomuto dítěti používáte? Nejdůležitější je ta důvěra, pak se ti děti začnou svěřovat a můžeš s tím nějak pracovat. Pak empatie, motivace, rozptýlení nějakou činností nebo kroužkem a podobně.

Jaký je podle Vás nejefektivnější přístup k dítěti se syndromem CAN? Přistupovat k dítěti individuálně, zjistit, co mu vyhovuje za přístup a tak s ním jednat. U malého dítěte je to spíš o empatii a motivaci. U staršího dítěte je to spíš o logičnosti a o jiných vazbách než je tam empatičnost.

Jaké terapie se dětem s tímto syndromem poskytují? Tyto děti chodí k psychiatrovi, ke klinickému psychologovi nebo k nám do dětského domova jedno za půl roku chodí psycholožka, která se ptá dětí, jestli nechtějí něco probrat, protože ty děti třeba řeknou jí víc než mě, protože ji vidí občas kdežto mě každý den. Od toho psychiatra pak mají nějaký výstup a děti můžou třeba začít navštěvovat nějaký kroužek, například, že začnou chodit ke koním a podobně. Děti se musí naučit pracovat ze svých emocí – například láska, zloba, trápení, tak je dobrý nějaký pohybový kroužek, ze kterého to ze sebe dostanou.

Jaká terapie je podle Vašeho názoru nebo podle výsledků z Vaší praxe nejlepší? Každý člověk má něco, co ho stimuluje a druhého třeba ne. Takže bych řekl, že ty kroužky, nějaký sport, starost o zvířata.

Proč je podle Vás tato terapie nejlepší? Protože to ty děti stimuluje, odvádí to jejich stres, napětí a pomáhá jim to se uvolnit.

Jaký dopad má syndrom CAN na začleňování dětí do společnosti?

Mají děti trpící syndromem CAN problém se začleňováním do kolektivu nebo společnosti? Spíš ano. Děti totiž pak neadekvátně reagují. Jsou vyčleňování z kolektivu kvůli jejich přehnaným reakcím, chováním nebo agresí. Reagují nepřiměřeně a proto v tom kolektivu, proto v tom kolektivu nejsou moc oblíbení.

Pokud ano, jak postupujete? My jako vychovatelé nemáme moc velké páky. Pokud se to stává v kolektivu rodinné skupiny nebo dětského domova, snažíme se jim domluvit a třeba hrát různé společenské hry, abychom je trošku sblížili a podobně. Ale u dívek v pubertě je to velký problém a tam se s nimi těžce pracuje. Někdy se musí zase změnit rodinné skupiny, když už to nefunguje moc. Když už nic nepomáhá tak psycholog nebo psychiatr, většinou pak dáváme na doporučení těchto specialistů.

Co podle Vás způsobuje, že se děti nedokáží začlenit do kolektivu? Je to tím, že v sobě mají nějaké napětí a neumí se s ním poprat a dávají to najevo nepřiměřenými reakcemi a chováním a pro ostatní děti jsou tyto reakce šokující a pak nepříjemné.

Svěřily se Vám někdy děti, co zažívají, když si mají například hrát v kolektivu dětí a mají problém se začlenit? Málokdy, protože někdy jsou ty děti tak zablokované, že se nechťejí začlenit s ostatními a tím pádem ani s vychovatelem. Někdy ano, když se strhne nějaká hádka, tak mi dítě třeba řekne, co ho vyprovokovalo a co to v něm udělalo. Děti to většinou drží v sobě a trvá nějakou dobu, než se svěří.

Dokáží tyto děti fungovat “normálně”? Například chodit do školy, jít nakoupit, a podobně? Zase je to individuální, někteří to dovedou hned nebo za chvíli, s některými se musí déle pracovat. Pracují s nimi psychologové a psychiatrové. Záleží na tom, s jakými návyky dítě přichází z rodiny.

Jaký důsledek měl syndrom CAN na osobní život vychovatelů?

Můžete mi popsat konkrétní případ syndromu CAN z Vaší praxe? Měl jsem na starosti 3 sourozenci, 2 kluky a jednu holku. Byli psychicky a fyzicky týráni. Přišlo se na to u praktického lékaře, který si všiml podlitin. Tyto děti byly rodině odebrány a byli umístěni k nám. Dívka se sebepoškozovala a většinu času trávila na psychiatrii. Kluci měli často výkyvy nálad a na ostatní děti někdy reagovali nepřiměřeně a agresivně.

Mají tyto případy, kde se objevuje syndrom CAN, dopad na Vaší práci vychovatele? Neovlivňuje mě to, nemůže mě to ovlivňovat, protože kdybych si to bral, nemohl bych práci vykonávat. Samozřejmě mám k těm dětem nějaký vztah, ale jakmile tu zabouchnu dveře a jdu domů, nechávám to tu. Ale přijde mi, že takto to dokážou nést muži, ale ženy ne.

Jak se s takovými psychicky náročnými případy vyrovnáváte? Nevyrovnávám, prostě to nechávám tady a doma se s tím nijak nezatažuju a nemyslím na to.

Zasahují Vám tyto případy nějak do osobního života? Ne. Doma se snažím na pracovní věci nemyslet, prostě všechny starosti nechávám tady, lítostí ještě nikdo nikdy nic nedokázal.

2. rozhovor - Zuzana

Úvod, zjištění informací o vychovateli

Jak dlouho pracujete v dětském domově? V dětském domově pracuji 5 let.

Jaký máte vystudovaný obor? Vychovatelství pro děti vyžadující zvláštní péči, etopedii.

Jaká byla Vaše motivace k práci vychovatele/vychovatelky v dětském domově? Já jsem nejdříve pracovala jako vychovatel v ústavu sociální péče, kde jsem se starala o zdravotně - postiženě. Pak jsem byla v družině na normální základní škole, ale to mě moc nebavilo. Pak jsem dostala nabídku právě tohoto dětského domova, tak jsem shrnula svoji celoživotní práci a nabídku ji přijala.

Jaká je Vaše náplň práce v normálním pracovním dni? Každé ráno musím dbát na osobní hygienu dětí. Můj den tím začíná, poté následuje snídaně, výprava do škol a školek. Poté následují důležité pochůzky, například nákup do dětského domova, lékař s nějakým dítětem, a podobně. Po příchodu dětí domů následuje oběd, u kterého je mám na starosti, protože máme jídelnu, kde nám vaří, tak mám nad dětmi pouze dohled a nemusím vařit. Po obědě následuje příprava dětí do školy, to znamená učení se na testy, vypracovávání domácích úkolů, kontrola prospěchu a podobně. Mezitím děti odchází do svých kroužků, pokud nějaké mají. Poté následuje večere a večerní hygiena a spánek dětí. Jinak máme týdenní rozpis povinností každého dítěte ohledně domácích prací, každé dítě si plní svoji povinnost, učíme je tak sebeobsluže sebe samého. Víkendový program vypadá takto. Ráno opět snídaně a hygiena dětí. Někdy jedeme na celodenní výlet. Pokud nejedeme, tak máme nějakou aktivitu odpoledne. Snažím se pro děti na každý víkend něco naplánovat.

Je práce vychovatele v dětských domovech náročná? Jednak v tom, že sem přichází děti z různých rodin, s různými návyky, psychickými i jinými problémy, to je velmi těžké korigovat v té rodinné skupince. Já se vždycky snažím ty děti naučit, aby se na svět dívali pozitivně. Těžké je i to, že děti by vás chtěli jen pro sebe a ne se o vás s někým dělit. Je to i časově náročná práce, i psychicky náročná, protože tu musíte zvládnout všechno, jak organizačně, tak energeticky. Někdy když se řeší i nějaké problémy, tak je to dost nepříjemné. Pak je pro mě velmi náročná skutečnost, že rodiče nepozbývají práv, my se tu opravdu snažíme děti vychovávat, ukázat jim, že věci jdou i v klidu, psychologové i psychiatři se snaží a už máte nějaký výsledek lepšího chování, prospěchu a podobně a stačí jeden telefonát s rodiči a dá se říct, že dítě je tam, kde bylo a vaše práce je k ničemu. Další věc jsou schůzky s rodiči, rodiče těchto dětí jsou opravdu nezodpovědní, dětem po telefonu nebo návštěvě naslibují, procházku nebo výlet, dítě tady na ně čeká a těší se od rána a oni třeba vůbec nepřijdou. Děti jsou pak smutné, zatvrzelé a každý to řeší jinak – agresí a podobně.

Jaké věkové rozmezí dětí máte nejčastěji ve svých skupinách? Náš dětský domov je založený na tom, že přijímá jenom sourozence, takže u nás věkové rozmezí nehraje roli, ale máme u nás skupiny složené ze sourozenců. Sourozenci z jedné rodiny jsou vždy spolu, nerozdělujeme je. Maximální počet dětí v jedné rodinné skupině je 8.

Jak se syndrom projevuje na chování dětí?

Setkal/setkala jste se někdy s dítětem trpícím syndromem CAN? Ano, setkala. V současném domově je momentálně několik dětí, co si tím prošli.

S kolika dětmi se syndromem CAN jste pracoval/pracovala? To nemůžu přesně říct. My tu máme společné akce, kde přijdu do styku s každým dítětem v dětském domově. Samozřejmě o dětech ze své skupiny vím více podrobností, o ostatních tolik ne. Ale byli jich určitě desítky, myslím si, že okolo 50 jich určitě bylo.

Které pohlaví trpí syndromem CAN častěji? Z mé praxe je fyzické týrání častější u chlapců. Sexuální zneužívání u dívek. Často se ale jedná o kombinace, tak to nemůžu říct přesný počet. Ale jsou to zkušenosti z mé praxe.

Jaké týrání je nejčastější? Podle mě je to nejčastěji zanedbávání. Ale opravdu velmi časté je kombinace nějakého týrání. Nejhorší kolikrát je, že to ten druhý rodič ví, a nic nedělá.

S jakým týráním se podle Vás dítě nejhůř vyrovnává a léčí? Myslím si, že nejvíc asi záleží na typu osobnosti dítěte, kterému se to stalo, někdo se otrepe a jde dál, je tvrdý a pak je tvrdý i na ostatní, a v někom to zanechá velké trauma a obrací to proti sobě, například se sebepoškozuje. Někteří otáčejí agresí vůči nějakým věcem, že je schválně ničí a podobně. Někteří si v sobě zanechají ty vzorce chování z rodiny a pokračují v tom chování. Většinou to vše znamená volání o pomoc.

Jak se děti se syndromem CAN chovají/projevují? Opět jak který typ člověka. Někdo to používá proti sobě, třeba se sebepoškozuje, anorexie. Někdo si to vybíjí na ostatních, takže se třeba perou, provokují k bitce ostatní a někdo to otáčí vůči neživým věcem, rozbíjí, rozkopává ničí nábytek a podobně. Někdo používá chování, co odkoukal z rodiny. U někoho se setkávám i s nezájmem, něco po něm chci a on mi na to odpoví například: „já už jsem byl tolikrát bitej, že je mi to úplně jedno.“

Jak tyto problémy s chováním souvisí se syndromem CAN? Hodně záleží na tom, v jakém věku se to stalo a v jakém sem přišli. V čím mladším věku s dítětem začnete pracovat, tím je to lepší. Kolikrát trvalo i několik let než se sem děti z té rodiny nebo jiné instituce dostali, takže je to těžké. Opět je to obrácení agrese vůči sobě, ostatním nebo věcem. Mají v sobě nahromaděný stres, vzpomínky a snaží se to ze sebe dostat, jenže neví jak. S tím se jim snažíme pomáhat jak my, tak odborníci jako jsou psychologové a psychiatři.

Jaké problémy s chováním mají děti se syndromem CAN nejčastěji? Jak už jsem říkala, nedokážou v sobě nějak kontrolovat vztek, takže to odnáší buď oni sami, ostatní nebo věci. Dále se nedokážou pořádně soustředit. Mají třeba problémy i v tom, že jsou vyčleňováni z kolektivu,

protože jednají neuváženě a přehnaně a ostatním to není příjemné. V neposlední řadě jsou strašně důvěřiví, proto je velmi kontrolujeme, a to především na mobilních telefonech a sociálních sítích, těmto dětem kolikrát stačí jen říct, že je máte ráda a oni jsou schopni, proto udělat cokoliv.

Jaký je nejefektivnější přístup k dítěti se syndromem CAN?

Pokud máte podezření, že dítě syndromem CAN trpí, jak postupujete? Právě teď jsme tady řešili jeden případ sedmileté holčičky, která je mentálně zaostalá a kolegyně nebyla v kontaktu s matkou, ale její tetou a přes tu se zjistilo, že dívka byla sexuálně zneužívána. Takže se okamžitě kontaktovala policie, všichni zúčastnění museli podstoupit výslechy. Snažili jsme se dostat, co nejvíc informací, zdokumentovat to, kontaktovat magistrát a sociální pracovníce, OS-POD. Dívka začala navštěvovat psychiatrii a psychologku. V tomto konkrétním případě se momentálně snažíme o zákaz se stykem s rodinou, tím myslím jakéhokoliv kontaktu, i telefonováním.

Jak se jako vychovatel k takovému dítěti chovat? Jak s ním pracovat? Velmi citlivě, protože je to velmi ožehavé téma a dítě se za to stydí. Jinak jedním naprosto intuitivně. Velmi důležitá je důvěra, aby vám to dítě věřilo, chvíli to trvá, ale pak se mnohem lépe pracuje.

Jaké metody či postupy k tomuto dítěti používáte? Jak už jsem říkala, jedním na základě intuice a s každým dítětem se snažím vybudovat si důvěru, protože mi to pak pomáhá tím, že se mi dítě svěřuje i s důvěrnými věcmi. Často dětem doporučuji, aby si šli jen tak popovídat s naší skvělou paní psychologkou, která tady s námi sídlí v dětském domově, to si myslím, že jim taky moc pomáhá. Jinak jsem zastáncem toho, nedělat z těchto dětí chudáčky nebo oběti, oni to jednou v sobě prostě musí přijmout, že se to stalo a my se jim v tom pokoušíme pomoci.

Jaký je podle Vás nejefektivnější přístup k dítěti se syndromem CAN? Myslím si, že je to právě ta důvěra a povídání si s tím dítětem. Podle mého názoru se dítě potřebuje vypovídat, do této doby třeba nemělo někoho, s kým by si o tom mohlo promluvit. A já už mu na základě toho rozhovoru můžu třeba poradit, nebo ho uklidnit, dát mu jistotu, že na to není sám. Pak mu třeba doporučím návštěvu naší paní psychologky, a ta už mu zase umí poradit odborněji. Pak si myslím, že je důležité nemít kontakt s tou rodinou, teď mluvím o těch závažných případech, jako je zneužívání a týrání, aspoň při tom léčení toho dítěte. Ale to záleží na policii nebo soudu.

Jaké terapie se dětem s tímto syndromem poskytují? Tyto děti jsou dlouhodobě sledované psychiatry a psychology a ti rozhodují o těch terapiích a děti na ně dochází a zúčastňují se jich. Konkrétně o žádných terapiích nevím.

Jaká terapie je podle Vašeho názoru nebo podle výsledků z Vaší praxe nejlepší? Záleží na problému dítěte, neumí říct, která je nejlepší, protože terapie ani moc neznám.

Proč je podle Vás tato terapie nejlepší? Opravdu nevím, záleží na problému dítěte a na rozhodnutí psychologa nebo psychiatra.

Jaký dopad má syndrom CAN na začleňování dětí do společnosti?

Mají děti trpící syndromem CAN problém se začleňováním do kolektivu nebo společnosti? Myslím si, že je to individuální. Někdo ano, někdo ne. Někdo to v sobě prostě dokáže přejít a normálně s ostatními dětmi komunikovat. Setkala jsem se i s případy, kde se tyto děti stranili ostatních a vůbec neměli zájem se s dětmi bavit. Někdo zase neumí přijmout nějaké to dětské požd'uchování nebo provokaci a reagují nepřiměřeně a agresivně, ostatním dětem se to nelíbí, a vyčlenění ho z kolektivu. Ale většinou jsou tyto děti komunikativní a nestraní se.

Pokud ano, jak postupujete? Pokud dojde k nějakému incidentu, jako je třeba hádka nebo agresivní chování, řešíme to osobními rozhovory, rozhovory s psychologkou, rozhovory ve škole (pokud se incident stal tam). Snažíme se to rozebrat tak, aby pochopili, co udělali špatně. V některých případech, pokud je agresivita opravdu vysoká, se to musí řešit psychiatricky, měla jsem takový případ chlapce a byl týraný, a byl velmi agresivní a museli jsme to řešit psychiatricky a léky na uklidnění, a podstoupit terapii, momentálně je to normální fungují kluk.

Co podle Vás způsobuje, že se děti nedokáží začlenit do kolektivu? Buď to, že sám nechce, anebo to že reaguje agresivně a ostatní už třeba mají i strach se s ním bavit, nebo se s ním za to nechtějí už bavit. Někdy proto, že reagoval přehnaně, tak ho vyčlenili z kolektivu. My se ho pak snažíme začlenit různými rozhovory a hrami.

Svěřily se Vám někdy děti, co zažívají, když si mají například hrát v kolektivu dětí a mají problém se začlenit? Pokud jsou vyčleněni z kolektivu, tak to většinou obrátí do agrese a brečání, někdy začnou být až hysteričtí, za každou cenu, jen aby byli středem pozornosti. Snaží se tu chybu házet třeba na ostatní, že to oni mu ublížili, protože se s ním nechtějí bavit. Jako kdyby se zaseknout a odmítají cokoliv. Málokdo utíká, v tom smyslu, že by se stáhl do sebe, to se stává málokdy, ale někdy se to stane.

Dokáží tyto děti fungovat “normálně”? Například chodit do školy, jít nakoupit, a podobně? Ano, dokáží, ale nejde to někdy hned. Musíme my rozhodnout, kdy jsou zodpovědní sami za sebe tak, aby se jim něco nestalo. Nejdřív s nimi, chodím já, naučím je trasu, základní pravidla, že se musí u cesty rozhlédnout, že se nesmí bavit s cizími lidmi a podobně, protože tyto děti přijdou z těch rodin bez absolutně žádných návyků. Až uznám za vhodné, že už můžou cestu absolvovat sami, pustím je.

Jaký důsledek měl syndrom CAN na osobní život vychovatelů?

Můžete mi popsat konkrétní případ syndromu CAN z Vaší praxe? Teď mám v živé paměti případ holčičky, kterou jsem zmiňovala už předtím. Přišla k nám holčička, která trpí mentální zaostalostí, údajně byla rodině odebrána kvůli zanedbáváním. Shodou okolností jedna paní vychovatelka komunikovala s její tetou, která se jí svěřila, že ví o tom, že holčička byla sexuálně zneužívána. Okamžitě jsme zkontaktovali policii a OSPOD, holčička a všichni zúčastnění muse-li postoupit výsledky. S holčičkou momentálně pracují psychologové i psychiatři, navštěvuje terapie a léčí se. Momentálně se ve spolupráci se sociálními pracovníky snažíme o zákaz styku s rodinou. Soudní rozsudek o tomto případě zatím ještě nepadl.

Mají tyto případy, kde se objevuje syndrom CAN, dopad na Vaší práci vychovatele? Mají, všechno jsem získala zkušenostmi. Ze začátku jsem z tohoto tématu měla trochu respekt, ale zkušenosti mi opravdu pomohli.

Jak se s takovými psychicky náročnými případy vyrovnáváte? Náš dětský domov má pro zaměstnance psychologa, který mi vždycky říkal, že je to jenom práce a tak si to mám zapamatovat. Ze začátku to pro mě nebylo lehké, snažila jsem se ty starosti nechat v práci, ale stejně jsem na to stále myslela. Jinak se volném čase setkávám se svými vnoučátky, které mě hodně zaměstnávají, nebo se snažím být ve společnosti svých přátel, nebo sportuji, abych si vyčistila hlavu.

Zasahují Vám tyto případy nějak do osobního života? Tak napůl, někdy jsem sice byla doma, ale myšlenkami jinde, musela jsem prostě naučit opravdu to nechat za zavřenými dveřmi a odreagovat se a vyčistit si hlavu.

3. rozhovor - Jana

Úvod, zjištění informací o vychovateli

Jak dlouho pracujete v dětském domově? V dětském domově pracuji 14 let.

Jaký máte vystudovaný obor? Vystudovala jsem vysokou školu, obor spec. Pedagogika pro vychovatele.

Jaká byla Vaše motivace k práci vychovatele/vychovatelky v dětském domově? Tato práce mě vždycky lákala. Byla to pro mě zajímavá a různorodá práce a moc ráda pracuji s dětmi. Hned po vystudování jsem dostala místo vychovatelky tady v dětském domově v Kroměříži. Jaká je Vaše náplň práce v normálním pracovním dni? - Všední den začíná výpravou dětí do škol, pokud někdo zůstane doma třeba kvůli nemoci, musím s ním k lékaři. Po návratu dětí ze

škol jim nachystám svačinu, poté se s každým dítětem musím připravit do školy, to znamená, že kontroluji, zda má splněné povinnosti, zda plní úkoly, v případě, že budou potřebovat s něčím pomoci, jsem jim k dispozici. Poté některé děti odchází do svých zájmových kroužků, ti co do kroužků nechodí, dělají své volnočasové aktivity – zábava dětí. Po návratu je na pořadí hygiena dětí a večeře. Po večeři následuje poklidná večerní činnost a uložení dětí ke spánku. O víkendech se většinou dopoledne všichni podílíme na přípravě oběda a odpoledne máme naplánovanou nějakou aktivitu.

Je práce vychovatele v dětských domovech náročná? Ano je, je to časově náročná práce. Někdy i psychicky, protože máte na starosti celou rodinnou skupinu a zodpovídáte za její chod. Někdy nastane i nějaký problém v chování dětí, a jeho řešení je mnohdy dost náročné.

Jaké věkové rozmezí dětí máte nejčastěji ve svých skupinách? Ve své skupině mám momentálně věkové rozmezí 7-15 let.

Jak se syndrom projevuje na chování dětí? Tyto děti jsou ustrašenější. Dalším faktem je, že si nevěří, mají nízké sebevědomí, protože jim třeba bylo celou dobu sráženo. Někdy jsou tyto děti agresivnější a jednájí neuváženě.“

Setkal/setkala jste se někdy s dítětem trpícím syndromem CAN? Ano, s takovými dětmi jsem se ve své praxi již setkala.

S kolika dětmi se syndromem CAN jste pracoval/pracovala? Myslím si, že tak do 10 dětí.

Které pohlaví trpí syndromem CAN častěji? Myslím si, že tohle nejde určit, podle mě si rodiče moc nevybírají, jestli budou týrat chlapce nebo dívku. Ve své praxi jsem se potkala s oběma variantami.

Jaké týrání je nejčastější? Opět hovořím ze své praxe. Já jsem zaznamenala především fyzické týrání, a to bití. Pak jsem se setkala s absolutním nezájmem rodičů o své dítě. A v nespolední řadě je to zanedbávání.

S jakým týráním se podle Vás dítě nejhůř vyrovnává a léčí? Podle mě se nejhůř léčí s psychickým týráním. Přece jen to dětem zanechá obrovské rány na duši. V podstatě je zradil člověk, který mu byl nebo mu měl být nejbližší. Těžko se to chápe, ale přijde mi, že děti jsou rodičům schopny odpustit, protože je nějakým způsobem i přesto všechno milují. Někdy se v dětech hrozně bije to, že rodiče milují a zároveň je nechtějí a nenávidí je za to, co se stalo.

Jak se děti se syndromem CAN chovají/projevují? Tyto děti jsou ustrašenější. Dalším faktem je, že si nevěří, mají nízké sebevědomí, protože jim třeba bylo celou dobu sráženo. Někdy jsou tyto děti agresivnější a jednájí neuváženě.

Jak tyto problémy s chováním souvisí se syndromem CAN? Myslím si, že tyto problémy souvisí s tím, že nevyrostali v bezpečném prostředí – není důvěra ve svět. Také v podstatě opakují jen to, co mají zažitě z rodiny, a pokud od malička žije v tom, že ho někdo týrá, nebo neustále křičí, bude se tak chovat později, protože nic jiného nezná.

Jaké problémy s chováním mají děti se syndromem CAN nejčastěji? Nejspíš to bude to, že v sobě nedokážou zpracovat vztek nebo stres a pak reagují velice výbušně a jsou na ostatní agresivní.

Jaký je nejefektivnější přístup k dítěti se syndromem CAN?

Pokud máte podezření, že dítě syndromem CAN trpí, jak postupujete? Většinou je již tento syndrom diagnostikován před přijetím dítěte do dětského domova. V mé praxi se ještě našťestí nestalo, abych na něco takového přišla já. Vždy už dítěti byl syndrom diagnostikován.

Jak se jako vychovatel k takovému dítěti chovat? Jak s ním pracovat? Určitě s ním musíme pracovat citlivěji, s dopomocí rad odborníků – psychologů, psychiatrů. Důležitá je důvěra mezi mnou a dítětem a vzájemná komunikace.

Jaké metody či postupy k tomuto dítěti používáte? Jak už jsem říkala u předchozí otázky, důležitý je citlivý přístup a poslouchat a řídit se radami odborníků. Taky pracovat na budování důvěry mezi mnou a dítětem a častá komunikace.

Jaký je podle Vás nejefektivnější přístup k dítěti se syndromem CAN? Je to velmi individuální. Někomu vyhovuje něco, a někomu zase něco jiného. Opět se budu opakovat, že je to citlivý přístup, snažit se řídit radami odborníků, důvěra a komunikace. Hlavně je důležité na dítě netlačit.

Jaké terapie se dětem s tímto syndromem poskytují? Toto Vám nedokážu říct. Terapie dítěti určuje psycholog nebo psychiatr. Já vím, že děti chodí na sezení s psychologem někdy s psychiatrem.

Jaká terapie je podle Vašeho názoru nebo podle výsledků z Vaší praxe nejlepší? Já jsem nebyla svědkem žádné cílené terapie, takže nedokážu odpovědět.

Proč je podle Vás tato terapie nejlepší? Nedokážu odpovědět.

Jaký dopad má syndrom CAN na začleňování dětí do společnosti?

Mají děti trpící syndromem CAN problém se začleňováním do kolektivu nebo společnosti? Asi je to individuální. Někdo zapadne do kolektivu hned, bez nějakých větších problémů, a někteří mají problém s tím, že jsou uzavřeni do sebe a ani nevyhledávají kolektiv dětí. Někdo by zase rád patřil do kolektivu, ale ostatní ho nepřijímají, a to především kvůli jeho agresi.

Pokud ano, jak postupujete? Snažíme se dětem osobními rozhovory domluvit, poradit, rozebrat ten problém. Někdy musí zasáhnout psycholog.

Co podle Vás způsobuje, že se děti nedokáží začlenit do kolektivu? Myslím si, že je to nízkým sebevědomím a nedůvěrou lidem.

Svěřily se Vám někdy děti, co zažívají, když si mají například hrát v kolektivu dětí a mají problém se začlenit? S tímto se mi nikdy nikdo nesvěřil.

Dokáží tyto děti fungovat "normálně"? Například chodit do školy, jít nakoupit, a podobně? Já věřím, že ano. Někdy je musíme učit základním pravidlům jako je, že se musí u cesty rozhlídnout, že nejede auto, nebo že si peníze v obchodě musí nejdříve spočítat, aby jim na nákup vyšly a podobně. Je to způsobené tím, že je tyto pravidla nikdo neučil. Pochází z rodin, kde se o děti nikdo nezajímal.

Jaký důsledek měl syndrom CAN na osobní život vychovatelů?

Můžete mi popsat konkrétní případ syndromu CAN z Vaší praxe? Příběh sedmiletého chlapce, který musel snášet časté bití v rodině, fyzické i psychické týrání, protože v rodině byla upřednostňována sestra. Dítě bylo rodině odebráno úřady a bylo umístěno do našeho dětského domova. Chlapec byl nejdříve zakřiknutý, postupem času, ale začal komunikovat, a nyní funguje úplně normálně.

Mají tyto případy, kde se objevuje syndrom CAN, dopad na Vaší práci vychovatele? Já neustále sbírám zkušenosti, abych se ve své práci pořád někam posouvala. Každý případ mi něco dá, protože každé dítě je jiné a na každého platí něco jiného.

Jak se s takovými psychicky náročnými případy vyrovnáváte? Snažím se být pro děti bezpečnou osobou, což mě naplňuje a snažím se na to zlé nemyslet.

Zasahují Vám tyto případy nějak do osobního života? Umím si to zpracovat tak, aby dopad neohrožoval můj osobní či pracovní život negativním směrem.

4. Rozhovor - Ludmila

Úvod, zjištění informací o vychovateli

Jak dlouho pracujete v dětském domově? V dětském domově pracuji od roku 1987, tedy 33 let. 5 let jsem byla na mateřské dovolené. Prošla jsem pozicemi jako je noční vychovatelka a denní vychovatelka. 21 let jsem byla zástupce ředitele, od srpna roku 2018 jsem ředitelka.

Jaký máte vystudovaný obor? Jako střední školu jsem vystudovala gymnázium, pomaturitní studium byl obor vychovatelství. Při zaměstnání jsem vystudovala kombinované magisterské studium speciální pedagogika.

Jaká byla Vaše motivace k práci vychovatele/vychovatelky v dětském domově? Motivace u mě byla už na základce, měla jsem totiž výbornou paní vychovatelku ve školní družině, chtěla jsem pracovat s dětmi a ona mi byla vzorem. To, že jsem zrovna „skončila“ v dětském domově byla náhoda, no a vydržela přes třicet let.

Jaká je Vaše náplň práce v normálním pracovním dni? Tak jako ředitelky zařízení s ústavní výchovou, řešení veškerých situací, problémů spojených s chodem domova, jednání se zaměstnanci, dětmi, řešení aktuálních problémů, situací, sledování legislativy, plnění požadavků zřizovatele – Krajský úřad Zlínského kraje, jednání se zákonnými zástupci, s odborníky věnující se výchově problémových dětí – psycholog, psychiatr, pracovníci OSPODů kam děti spadají, městem, apod. je toho hodně, každý den jiný. 5 hodin týdně mám přímou výchovnou činnost s dětmi, tedy příprava do škol, pracovní, sebeobslužné činnosti, zájmové apod.

Je práce vychovatele v dětských domovech náročná? Práce vychovatele je určitě náročná, musí se věnovat dětem ve všech činnostech, pracovní, sebeobslužné, zájmové, připravuje se s nimi do školy, vede je k finanční gramotnosti, připravuje je vlastně na samostatný život, ve většině případů jejich rodiče jim v tom nepomáhají a děti nemají ani vzory, jak by to mělo fungovat. Je to o to těžší, že v poslední době jsou do dětských domovů přijímány děti problémové, tzv. hraniční, kdy už by měly být umístěny buď v dětském domově se školou, nebo výchovném ústavu. Každé dítě je individualita, musí se k němu najít cesta, jak s ním pracovat, na každého platí něco jiného.

Jaké věkové rozmezí dětí máte nejčastěji ve svých skupinách? V dětském domově mohou být děti od 3 do 26 let. V současné době máme věkové rozmezí 7 – 24 let. Na domově máme 3 rodinné skupiny, na dvou jsou děti 7 -12 let. Třetí skupina je specifická, tzv. garsonky, kde jsou děti od 12 let a starší.

Jak se syndrom projevuje na chování dětí?

Setkal/setkala jste se někdy s dítětem trpícím syndromem CAN? Ano, setkala, jen se to těžko prokazuje. Protože je to velice citlivé téma. Většinou k nám, ale tyto děti už přijdou s touto diagnostikou.

S kolika dětmi se syndromem CAN jste pracoval/pracovala? Za moji dlouhou profesní dobu to bylo tak 7 dětí.

Které pohlaví trpí syndromem CAN častěji? Z mé zkušenosti více děvčata. Neznám důvod proč a nedovedu si to vysvětlit.

Jaké týrání je nejčastější? Nejčastější je to kombinace psychického týrání a zanedbání dítěte, tím myslím neuspokojené základní potřeby dítěte. Ale psychické týrání najdete u každého dítěte s tímto syndromem.

S jakým týráním se podle Vás dítě nejhůř vyrovnává a léčí? S psychickým. V dětech zůstávají vzpomínky na zlé zážitky, někdy trauma, které se jim neustále vrací. Někdy s nimi neumí bojovat a vyvolává to v nich agresi, lítost a podobně a bez odborné pomoci by si s nimi neporadili.

Jak se děti se syndromem CAN chovají/projevují? Ve většině případů jsou zakřiknuté, tiché, uzavřené. Při zvýšení hlasů druhé strany se choulí do sebe, třesou, pláčou. Pokud jsou v kolektivu někdy „vybuchnou“, protože to takto mají naučené z domu. Ze začátku třeba malé děti ani nechápou, že toto chování je špatné, protože nic jiného do této doby neznali.

Jak tyto problémy s chováním souvisí se syndromem CAN? Podle mě jejich chování souvisí se špatnými a zlými zážitky z rodiny. Někdy i s pocitem, že si za to vše vlastně můžou sami, protože jim to bylo doma neustále předhazované, bylo jim shazováno jejich ego.

Jaké problémy s chováním mají děti se syndromem CAN nejčastěji? Tyto děti jsou uzavřené, mají strach se někomu otevřít a vyzpovídat se. Dokonce mají i strach z toho spolupracovat, někdy ani nechtějí spolupracovat. Jinak se se svými problémy neumí popasovat. Pokud je na ně kladena nějaká zátěž, často ji nezvládají a svoji nahromaděnou zlost otáčejí vůči sobě, že se třeba sebezpoškozují, nebo vůči ostatním, nebo vůči nábytku nebo různým věcem.

Jaký je nejefektivnější přístup k dítěti se syndromem CAN?

Pokud máte podezření, že dítě syndromem CAN trpí, jak postupujete? Nejdříve podrobně zjišťujeme rodinnou anamnézu, poté následuje konzultace se sociálním pracovníkem, pod kterého dítě patří, a pak následují vyšetření u psychologa, případně psychologa.

Pokud máte podezření, že dítě syndromem CAN trpí, jak postupujete? Postupuji v klidu, pomalu, ohleduplně, nenásilně, přirozeně, snažím se vysledovat jeho reakce na podněty z okolí, na co reaguje dítě dobře, co je mu nepřijemné apod.

Jak se jako vychovatel k takovému dítěti chovat? Jak s ním pracovat? Je to zejména pomoc odborníků – psycholog, terapeuti, tedy psychoterapie. Ti dětem nejvíce pomohou a nám dávají rady, jak s ním pracovat, snažím se je poslouchat, protože je to pro něj nejlepší.

Jaké metody či postupy k tomuto dítěti používáte? Snažím se na děti působit klidně. Jsem k dětem upřímná. Důležité je být v těchto případech empatická, chápající a povzbuzující. Snažím se si u každého dítěte získat důvěru a povídat si s ním o tom, co ho trápí.

Jaký je podle Vás nejefektivnější přístup k dítěti se syndromem CAN? Myslím si, že jsou to veškeré metody, které psychoterapeuti nabízejí, s tímto zkušenost nemám. Jak už jsem řikala, poslouchám rady psychoterapeutů.

Jaké terapie se dětem s tímto syndromem poskytují? Tak to nemůžu posoudit, tolik zkušeností a poznatků z praxe nemám.

Jaká terapie je podle Vašeho názoru nebo podle výsledků z Vaší praxe nejlepší? Bohužel Vám na tuto otázku nemohu odpovědět, protože nevím.

Proč je podle Vás tato terapie nejlepší? Bohužel opět nemohu odpovědět.

Jaký dopad má syndrom CAN na začleňování dětí do společnosti?

Mají děti trpící syndromem CAN problém se začleňováním do kolektivu nebo společnosti? Je to velice individuální, protože každé dítě je jiné. Ale ve většině případů mají. Jak už jsem řikala v předchozích otázkách, většinou je to nepřiměřené chování ve skupince, tyto děti moc neumí reagovat třeba na vtipy, které byly mířeny na jeho osobu, a mohly být třeba úplně nevinné a okamžitě vybuchnout, jdou hned do hádek, v horších případech i fyzicky napadají. Některé děti o kolektiv ani nestojí, protože mají strach z lidí a bojí se otevřít ostatním.

Pokud ano, jak postupujete? Opět se snažím poslouchat rady o pomoci odborníků. Jinak se snažím o vstřícný, klidný, empatický přístup. A o komunikaci s dětmi, rozebrat si s ním, co se v té situaci stalo, co mu vadilo, proč není správné se takto chovat a podobně.

Co podle Vás způsobuje, že se děti nedokáží začlenit do kolektivu? Podle mě je to jejich strach z reakcí okolí, že něco dělají špatně a že ho ostatní nemají nebo nebudou mít rádi. Opět to zná z rodiny, kde se k němu takto chovali. Tyto děti mají velice nízké sebevědomí, které s tím souvisí, v rodině mu bylo neustále snižováno.

Svěřily se Vám někdy děti, co zažívají, když si mají například hrát v kolektivu dětí a mají problém se začlenit? Ano svěřují, ale u nás byly spíše děti mladšího věku se syndromem CAN, ty to ještě nedokázaly pojmenovat

Dokáží tyto děti fungovat “normálně”? Například chodit do školy, jít nakoupit, a podobně? Musí se na tom pracovat. Ale postupem času to většina těchto dětí dokáže. Někteří mají strach z lidí, nechtějí s nikým komunikovat, tak se na tom musí zapracovat, aby se toho dítě zbavilo. Pak už jen děti poučujeme o základních pravidlech bezpečnosti při pohybu venku.

Jaký důsledek měl syndrom CAN na osobní život vychovatelů?

Můžete mi popsat konkrétní případ syndromu CAN z Vaší praxe? Pamatuji si mediálně známý případ sourozenců, kterým bylo 4, 5 let. Rodiče je týrali bitím, připínáky v botách, zavíráním do sklepa. Chlapci byli velmi zakřivení a dlouho nechtěli komunikovat. S pomocí všech odborníků se nám nakonec podařilo, aby chlapci fungovali normálně.

Mají tyto případy, kde se objevuje syndrom CAN, dopad na Vaší práci vychovatele? Tak určitě dopad mají, vychovatel má problém to brát jako svoji práci, emočně se případem nezabývat, musí jednat racionálně nebo ho to pohlí.

Jak se s takovými psychicky náročnými případy vyrovnáváte? Snažím se o nutnou psychohygienu. Často se stýkám s rodinou a s přáteli. Dávám si záležet na svém odpočinku. Věnuji se svým zájmům a koníčkům.

Zasahují Vám tyto případy nějak do osobního života? Snažím se, aby zasahovaly co nejméně, ale snadné to není. Proto jsem často v kolektivu své rodiny nebo přátel.

5. Rozhovor – Klára

Úvod, zjištění informací o vychovateli

Jak dlouho pracujete v dětském domově? V dětském domově pracuji 6 měsíců.

Jaký máte vystudovaný obor? Vystudovala jsem sociální a speciální pedagogiku. 7

Jaká byla Vaše motivace k práci vychovatele/vychovatelky v dětském domově? Už od střední školy jsem věděla, že chci pracovat s dětmi. Práce s dětmi mě nesmírně baví. Práce v dětském domově byla náhoda, ale jsem za to ráda.

Jaká je Vaše náplň práce v normálním pracovním dni? Ráno vypravování dětí do základní školy a mateřské školy, poté si dělám administrativu, pokud mi ve skupině zůstalo nemocné dítě, jdu s ním k lékaři. V poledne následuje oběd, příprava do dětí do škol, to znamená učení, vypracování domácích úkolů na další den, příprava věcí na další den, kontrola prospěchu dítěte.

Je práce vychovatele v dětských domovech náročná? Ano, pro mě především časově. Protože tu máme kolikrát celodenní směny. V některých momentech je pro mě náročná i psychicky, ale snažím se být v neustále pohodě, aby to na mě děti nepoznali. Někdy je pro mě velmi náročná práce, která přijde v podstatě k ničemu, kdy se dětem opravdu věnuji, snažím se je učit správnému chování, snažíme se o dobrý prospěch ve škole, a pak přijde jedna jediná návštěva nebo telefonát rodiče a dítě jako by se lusknutím prstu zase vrátilo, tam kde bylo.

Jaké věkové rozmezí dětí máte nejčastěji ve svých skupinách? Ve své rodinné skupině mám momentálně věkové rozmezí 4-22. Jinou rodinnou skupinu jsem zatím neměla.

Jak se syndrom projevuje na chování dětí?

Setkal/setkala jste se někdy s dítětem trpícím syndromem CAN? Ano, setkala jsem se s dítětem trpícím tímto syndromem.

S kolika dětmi se syndromem CAN jste pracoval/pracovala? Zatím jsem pracovala se 6 dětmi.

Které pohlaví trpí syndromem CAN častěji? Podle mého názoru to nelze určit. V mé praxi jsem se setkala, že tímto syndromem trpí obě pohlaví stejně.

Jaké týrání je nejčastější? Z mé praxe to zatím byla kombinace zanedbávání a psychického týrání.

S jakým týráním se podle Vás dítě nejhůř vyrovnává a léčí? Každé dítě si jinak vyrovnává s týráním. Ale myslím si, že nejhorší pro děti je to psychické týrání, protože modřiny se zahojí, ale vzpomínky Vám z hlavy nikdo nevymaže. Dětem se vrací, myslí na ně a trápí se. V tomto jim pomáhají psychoterapeutové, ale je to běh na dlouho trať.

Jak se děti se syndromem CAN chovají/projevují? Jsou různé projevy, dle typu týraní. Já se nejčastěji setkala buď s tím, že je dítě zakřiknuté, a do kolektivu patřit nechce a ani se o to nesnaží, anebo s nekontrolovatelnými výbuchy vzteku, kdy se mu třeba nepodaří nějaká hra a dítě začne třeba všem nadávat.

Jak tyto problémy s chováním souvisí se syndromem CAN? Tyto problémy jsou následkem syndromu CAN. Dítě k nám přichází bez žádných návyků, zná jen to, co bylo doma, a pokud od malička zná jen křik a bití, tak se potom taky tak chová, protože mu na tom nepříjde nic zvláštního.

Jaké problémy s chováním mají děti se syndromem CAN nejčastěji? Setkala jsem se s tím, že děti mají nízké sebevědomí, protože jim bylo neustále sráženo. Někdy s pocitem, že za vše, co se stalo, mohou oni. Dále jsou to problémy se zapojením do kolektivu, vyžadují zvýšenou pozornost. Setkala jsem se i se sebepoškozováním.

Jaký je nejefektivnější přístup k dítěti se syndromem CAN?

Pokud máte podezření, že dítě syndromem CAN trpí, jak postupujete? Musím provést záznam do dokumentace, pak zapojím naši paní psycholožku, která se pokusí dovědět více, popřípadě doporučí vyšetření dalšími odborníky. Musím podezření nahlásit orgánům soc. a právní ochrany dítěte. Dítě pak postupuje různé vyšetření a psychoterapie.

Jak se jako vychovatel k takovému dítěti chovat? Jak s ním pracovat? Podle typu týraní a individuálních potřeb dítěte. Důležitá je v těchto případech důvěra, pokud Vám dítě důvěřuje s hodně věcmi, co ho trápí, se Vám svěří, pak mu můžete nabídnout pomoc. Dále se snažím o empatický a citlivý přístup, na děti nespěchám, všechno má svůj čas.

Jaké metody či postupy k tomuto dítěti používáte? Opět podle typu týraní dítěte. Budu se opakovat, ale snažím se o empatický a citlivý přístup. O navození důvěry a časté komunikaci s dítětem.

Jaký je podle Vás nejefektivnější přístup k dítěti se syndromem CAN? Individuální přístup je podle týraní. Snažím se poslouchat rad psychoterapeutů dítěte, a podle nic s dítětem pracovat nebo s ním jednat. Určitě děti dělají obrovský posun, pokud navštěvují psychologa nebo nějakou psychoterapii.

Jaké terapie se dětem s tímto syndromem poskytují? Jsou to různé psychoterapie, arteterapie aj., rozhovory a sezení s psychologem, popřípadě léčba na psychiatrii.

Jaká terapie je podle Vašeho názoru nebo podle výsledků z Vaší praxe nejlepší? Já nemám ze své praxe dostatek zkušeností na porovnávání, abych byla schopná odpovědět na otázku.

Proč je podle Vás tato terapie nejlepší? Nedokážu odpovědět, protože nemám dostatek zkušeností.

Jaký dopad má syndrom CAN na začleňování dětí do společnosti?

Mají děti trpící syndromem CAN problém se začleňováním do kolektivu nebo společnosti? Většinou ano. Jak už jsem říkala, některé jsou zakřiknuté a dělá jim problém seznamovat se, protože se bojí lidem otevřít. Jiné o kolektiv ani nestojí a někteří v kolektivu nejsou oblíbení kvůli svému mnohdy agresivnímu chování a jednání.

Pokud ano, jak postupujete? Snažíme se o postupné začleňování a získávání sebevědomí. Pokud nastane nějaký problém, řešíme ho osobními rozhovory, kde se snažíme rozebrat situaci a vyvodit z toho nějaký výsledek.

Co podle Vás způsobuje, že se děti nedokáží začlenit do kolektivu? Myslím si, že je to tím, že se cítí méněcenné, mají nízké sebevědomí. Pak také to, že někteří neumí pracovat se svými emocemi a pak reagují výbušně.

Svěřily se Vám někdy děti, co zažívají, když si mají například hrát v kolektivu dětí a mají problém se začlenit? Ne, s tímto se mi žádné dítě nesvěřilo, myslím si, že s tím se spíš svěří psychologe.

Dokáží tyto děti fungovat “normálně”? Například chodit do školy, jít nakoupit, a podobně? Ano, ale musí se od začátku připravovat na dané činnosti. Musíme je učit obyčejným věcem, jako je spočítání peněz, které mám na nákup, nebo tomu, že se nekrade a podobně. Děti tyto pravidla nikdo neučil, protože pochází s rodin, kde se o děti nikdo moc nestaral. Je to dost práce, ale vše má svůj čas. Pokud se například dítě bojí lidí, pracuji s ním psychoterapeuti, aby se svého strachu zbavil.

Jaký důsledek měl syndrom CAN na osobní život vychovatelů?

Můžete mi popsat konkrétní případ syndromu CAN z Vaší praxe? Většinou se jedná o zanedbané a psychicky týrané děti, postup je většinou stejný. Můžu Vám uvést případ chlapce 5 let, jehož matka žila s přítelem, tedy ne s biologickým chlapcem dítěte. Tento pán chlapce těžce fyzicky týral, bil ho, kopal ho, típal o něj cigarety. Matka o všem věděla a nic nenahlásila. Případ nahlásila babička dítěte. Dítě bylo odebráno z rodiny. Dítě podstoupilo vyšetření u psychologů, kteří mu diagnostikovali syndrom CAN. Chlapec byl umístěn u nás a prošel velký kus cesty, ale už dokáže fungovat normálně.

Mají tyto případy, kde se objevuje syndrom CAN, dopad na Vaší práci vychovatele? Ne, snažím se u každého případu postupovat tak, jak mám a nevzpomínat na minulé případy. Snažím se do práce chodit s čistou hlavou a dětem se věnovat.

Jak se s takovými psychicky náročnými případy vyrovnáváte? Dobře, práci si domů nenosím. Musela jsem se naučit nechávat starosti v práci. Ve svém osobním volnu sportuji, věnuju čas rodině a kamarádům.

Zasahují Vám tyto případy nějak do osobního života? Ne, opravdu na práci doma nemyslím a věnuji se svým koníčkům a zájmům.

6. Rozhovor – Simona

Úvod, zjištění informací o vychovateli

Jak dlouho pracujete v dětském domově? V dětském domově pracuji 14 let.

Jaký máte vystudovaný obor? Nejdříve jsem vystudovala střední pedagogickou školu, obor vychovatelství. Poté jsem nastoupila na vysokou školu, kde jsem vystudovala speciální pedagogiku pro vychovatele a poté sociální pedagogiku.

Jaká byla Vaše motivace k práci vychovatele/vychovatelky v dětském domově? Mojí hlavní motivací byla práce s dětmi. Tuto motivaci jsem měla už na základní škole, kdy jsem se rozhodovala, na jakou střední školu si podám přihlášku. Práce s dětmi mě naplňuje.

Jaká je Vaše náplň práce v normálních pracovních dni? Jako vychovatelka dělám běžné práce jako v rodině, to ve všedních dnech znamená - nákupy, návštěva lékařů, příprava na vyučování. O víkendech je to vaření, všechny druhy výchov – Výtvarná výchova, Tělesná výchova, Pracovní výchova, a další.

Je práce vychovatele v dětských domovech náročná? Ano, je náročná. Je náročná především z časového hlediska a psychicky. V podstatě neustále pendlujete mezi svou a „náhradní“ rodinou.

Jaké věkové rozmezí dětí máte nejčastěji ve svých skupinách? Ve své rodinné skupině mám děti od 3 let až do dokončení studia- max26 let. V případech sourozeneckých skupin i děti mladší 3 let.

Jak se syndrom projevuje na chování dětí?

Setkal/setkala jste se někdy s dítětem trpícím syndromem CAN? Ano, s dítětem trpícím tímto syndromem jsem se už ve své praxi setkala.

S kolika dětmi se syndromem CAN jste pracoval/pracovala? V posledních letech 3 děti, které byly zanedbávané. Z minulých let Vám přesné číslo neřeknu, protože už si jej nepamatuju. Ale myslím si, že to byly maximálně dvě desítky dětí.

Které pohlaví trpí syndromem CAN častěji? Nevím, nemůžu určit, setkala jsem se i s děvčaty, i s chlapci.

Jaké týrání je nejčastější? Nevím, většinou je to kombinace dvou týrání.

S jakým týráním se podle Vás dítě nejhůř vyrovnává a léčí? Podle mého názoru s psychickým a sexuálním. Tělesné šrámy se zahojí a zanedbávání lze správnou péčí napravit. Kdežto psychické týrání a sexuální zneužívání se léčí dlouho, a myslím, že bez pomoci odborníků, to dítě ani samo zvládnout nemůže.

Jak se děti se syndromem CAN chovají/projevují? Je to velmi individuální. Některé děti jsou tiché, zamlklé, nekomunikativní. Jiné děti se potýkají se sklony k sebepoškozování a agresivitou.

Jak tyto problémy s chováním souvisí se syndromem CAN? Podle mě tyto problémy pramení ze špatné životní zkušenosti, citové zploštělosti a asociálního chování.

Jaké problémy s chováním mají děti se syndromem CAN nejčastěji? Jak už jsem řikala, buď je to agresivita, kterou mohou děti používat vůči sobě nebo vůči ostatním. A nebo je to u některých dětí nekomunikativnost a zamlklost.

Jaký je nejefektivnější přístup k dítěti se syndromem CAN?

Pokud máte podezření, že dítě syndromem CAN trpí, jak postupujete? Do našeho zařízení je dítě umístěno na základě předběžného opatření, nebo rozhodnutím soudu na základě šetření soc. odboru, tudíž při přijetí máme informace o důvodu umístění a zdravotním stavu dítěte, děti s problémy navštěvují odborníky.

Jak se jako vychovatel k takovému dítěti chovat? Jak s ním pracovat? Je zapotřebí individuální přístup dle potřeb dítěte. Každému dítěti vyhovuje něco jiného, takže se vždycky řídím intuicí a osobností dítěte.

Jaké metody či postupy k tomuto dítěti používáte? Opět je to velmi individuální. Většinou je to individuální přístup k dítěti, řídit se radami psychologů, budování důvěry s dítětem a komunikace s dítětem.

Jaký je podle Vás nejefektivnější přístup k dítěti se syndromem CAN? Je to individuální, jak už jsem řikala v předchozích otázkách, každému dítěti vyhovuje něco jiného. Ale u každého dítěte se snažím vybudovat si důvěru a komunikovat s ním, někdy se dítě potřebuje vypovídat nebo poradit.

Jaké terapie se dětem s tímto syndromem poskytují? Tyto děti navštěvují odborníky a ti jim různé terapie ordinují. Já nevím, jaké terapie navštěvují.

Jaká terapie je podle Vašeho názoru nebo podle výsledků z Vaší praxe nejlepší? To nevím. V předchozí otázce jsem řikala, že nevím, jaké terapie navštěvují.

Proč je podle Vás tato terapie nejlepší? Nedokážu posoudit.

Jaký dopad má syndrom CAN na začleňování dětí do společnosti?

Mají děti trpící syndromem CAN problém se začleňováním do kolektivu nebo společnosti? To je individuální, záleží na mnoha faktorech, věk dítěte, osobnost dítěte, a podobně. Pokud mají problém tak je to tím, že nejsou zvyklé na kolektiv. Při nějakém nezdaru reagují agresivně a proto jsou v kolektivu neoblíbení. Některé děti jsou velmi zamklé a uzavřené do sebe, že v kolektivu také nejsou moc oblíbení.

Pokud ano, jak postupujete? Postupuji tak, že pokud nastane problém, všechny aktéry postupně si pozvu k sobě k rozhovoru a snažím se je vyslechnout a vysvětlit jim, co bylo špatně. Někdy požádám o radu odborníka.

Co podle Vás způsobuje, že se děti nedokáží začlenit do kolektivu? To že nevěří lidem, mají problém se otevřít ostatním a mají nízké sebevědomí, myslí si, že pro ostatní nejsou moc dobré.

Svěřily se Vám někdy děti, co zažívají, když si mají například hrát v kolektivu dětí a mají problém se začlenit? Moc často se to nestává, ale občas se mi stalo, že za mnou nějaké dítě přišlo a sdělilo mi, jak se cítí. Někteří, kteří chtějí patřit do kolektivu, ale ten je nepřijímá, jsou zklamaní. Většinou se v kolektivu často předvádí, aby na sebe upozornili.

Dokáží tyto děti fungovat “normálně”? Například chodit do školy, jít nakoupit, a podobně? Ano. Ale u některých dětí to chce čas, musíme je naučit takovým těm základním pravidlům, které jsou nezbytné pro pohyb venku. Děti mají z rodin nulové návyky a kolikrát neznají ani ty nejzákladnější návyky/věci.

Jaký důsledek měl syndrom CAN na osobní život vychovatelů?

Můžete mi popsat konkrétní případ syndromu CAN z Vaší praxe? Ve své rodinné skupině jsem měla sourozeneckou skupinu - 3 děti, věk 7 měsíců, 2 roky a 5 let. Děti po odchodu otce do výkonu trestu matka zanedbávala, nevěnovala se jejich výchově ani základním potřebám, nezvládala je, po umístění v dětském domově 7měsíční dítě bylo pouze ležící, neumělo kousat, nereagovalo na podněty. Dvouleté dítě zanedbané, s neřešenou závažnou oční vadou. Tyto děti byly velmi bojácné a bouchali hlavou do zdi.

Mají tyto případy, kde se objevuje syndrom CAN, dopad na Vaší práci vychovatele? Ne, ke každému novému případu přistupuji individuálně a s chladnou hlavou. Na ostatní případy nemyslím.

Jak se s takovými psychicky náročnými případy vyrovnáváte? Snahou dětem pomoci vytvořením rodinného prostředí. Takže na mě nemže jít vidět nějaká psychická nevyrovnanost. Ve volném čase jsem s rodinou a přáteli, se kterými na práci nemyslím.

Zasahují Vám tyto případy nějak do osobního života? Při této práci nelze úplně oddělit osobní a pracovní život, ale snažím se o to ve volném čase tím, že jsem se svojí rodinou nebo přáteli. Také ráda čas trávím v přírodě, kde si vyčistím hlavu.