

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální patologie a sociologie

Syndrom CAN se zaměřením na situaci v Královéhradeckém kraji

Bakalářská práce

Autor: Kristýna Hubálková
Studijní program: B 7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce: prof. PhDr. Blahoslav Kraus, CSc.
Oponent práce: PhDr. Jiří Kučírek, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor: Kristýna Hubálková

Studium: P17P0351

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální patologie a prevence

Název bakalářské práce: **Syndrom CAN se zaměřením na situaci v Královéhradeckém kraji**

Název bakalářské práce CAN syndrome in relation to the Královéhradecký region situation
AJ:

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá syndromem týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte a jeho souvislostí s domácím násilím. Teoretická část se zaměřuje na vývoj pojmu, formy a jejich projevy, důsledky syndromu CAN a možnosti jeho intervence. Součástí praktické části je vlastní empirické šetření menšího rozsahu zabývající se situací v Královéhradeckém kraji.

DUNOVSKÝ, Jiří a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 1995. 245 stran, 8 nečíslovaných stran obrazových příloh. ISBN 80-7169-192-5.

VANIČKOVÁ, Eva. *Interpersonální násilí na dětech*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády ČR, 2009. 37 s. ISBN 978-80-7440-001-8.

PEMOVÁ, Terezie a PTÁČEK, Radek. *Zanedbávání dětí: příčiny, důsledky a možnosti hodnocení*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. 200 stran. ISBN 978-80-247-5695-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

Garantující pracoviště: Katedra sociální patologie a sociologie,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: prof. PhDr. Blahoslav Kraus, CSc.

Oponent: PhDr. Jiří Kučírek, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 13.2.2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího práce prof. PhDr. Blahoslava Krause, CSc. samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 10.4.2020

Kristýna Hubálková

Poděkování

Tímto bych velice ráda poděkovala svému vedoucímu práce panu prof. PhDr. Blahoslavu Krausovi, CSc. za odborné rady a zodpovězení všech mých dotazů. Zároveň velmi děkuji Ministerstvu práce a sociálních věcí za poskytnutí statistik a respondentům výzkumného šetření za zodpovězení otázek strukturovaného rozhovoru.

Anotace

HUBÁLKOVÁ, Kristýna. *Syndrom CAN se zaměřením na situaci v Královéhradeckém kraji*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2020. 81 s. Bakalářská práce.

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Součástí práce je definování syndromu CAN, popsání jeho souvislosti s domácím násilím, jakožto i vymezení jeho znaků a forem, větší pozornost je pak věnována dítěti jako svědkovi domácího násilí, kde vnímám přímou spojitost se syndromem CAN. Následně se práce již věnuje problematice syndromu CAN, a to od vývoje pojmu, přes jeho jednotlivé formy – fyzické, psychické, sexuální zneužívání a zvláštní formy, o nichž je informováno pouze v krátkosti, do kterých spadá Münchhausenův syndrom v zastoupení, sekundární viktimizace, organizované týrání a zneužívání a rituální zneužívání a týrání. Poté je, v rámci veřejných statistik Ministerstva práce a sociálních věcí, popisován vývoj syndromu CAN na území České republiky za léta 2014-2018. Druhá kapitola se zabývá aktéry, čili pachatelem a obětí a rizikovými faktory u obou těchto osob. U oběti je věnována pozornost i možným důsledkům týrání, mezi než patří například posttraumatická stresová porucha, obranné reakce a citová deprivace. Třetí kapitola popisuje možnosti intervence, tedy organizace, na které se může dítě/jiná osoba v souvislosti s týráním obrátit, a to nejprve v České republice a následně, vzhledem i k názvu této práce, v Královéhradeckém kraji. Podstatou čtvrté kapitoly je výzkumné šetření menšího rozsahu, jehož součástí jsou dva rozhovory s odborníky zabývající se CAN. Výzkumné šetření je doplněno o statistiky, vypovídající o situaci CAN na území Královéhradeckého kraje, za léta 2014-2018.

Klíčová slova: týrané, zneužívané a zanedbávané dítě, citová deprivace, dětské krizové centrum

Annotation

HUBÁLKOVÁ, Kristýna. *CAN syndrome in relation to the Královéhradecký region situation*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2020. 81 pp. Bachelor Degree Thesis.

This bachelor thesis focuses on the maltreated, abused and neglected child syndrome issue. Part of the thesis is the definition of the CAN syndrome, the description of its connection to the domestic violence, and also the specification of its characteristics and forms. The furthermore attention is then applied to the child as a witness of a domestic violence situation, where I see the direct connection with the CAN syndrome. This thesis subsequently deals with CAN syndrome problems itself, from the evolution of the term, through its particular forms – physical, psychological, sexual abuse forms (of which I discuss briefly and which include Munchhausen syndrome in representation, secondary victimization, organized and ritual (child) abuse. Further on, within the public statistics of the Department of work and social matters, I describe the evolution of the CAN syndrome in the Czech republic, in years 2014-2018. The second chapter deals with the participants, i.e. a perpetrator and its victim and the risk factors for them both. In case of the victims I focus also on the possible consequences of the abuse, such as post-traumatic stress malfunction, defence reactions and emotional deprivation. The third chapter delineates the options of an intervention, that is organizations, which a child or any other individual in the pertinent need can contact, - first in the Czech republic and subsequently, in consideration of this thesis, in the Královéhradecký region. The substance of the fourth chapter is the research study of a lesser extent, of which part are two interviews with the experts on the CAN syndrome. The research study complemented with the statistics reflecting the CAN situation in the Královéhradecký region in years 2014-2018.

Key words: maltreated, abused and neglected child, emotional deprivation, children's crisis centre

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum: 10.4.2020

Kristýna Hubálková

Obsah

Seznam použitých zkratek	10
Úvod	11
1 Syndrom CAN – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte – uvedení do problematiky	13
1.1 Souvislost domácího násilí se syndromem CAN	14
1.2 Dítě jako svědek domácího násilí	16
1.3 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte – vývoj pojmu..	18
1.4 Formy syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte	20
1.5 Vývoj syndromu CAN na území České republiky za léta 2014-2018	28
2 Aktéři syndromu CAN	32
2.1 Pachatel syndromu CAN	32
2.2 Oběť syndromu CAN	35
2.3 Důsledky syndromu CAN	36
3 Možnosti intervence	42
3.1 Prevence – primární, sekundární, terciární	42
3.2 Typy organizací na pomoc dětem zasaženým sy CAN	43
3.3 Možnosti intervence v Královéhradeckém kraji	46
4 Výzkumné šetření syndromu CAN v Královéhradeckém kraji	53
4.1 Metodologická východiska	53
4.2 Rozhovory a jejich interpretace	58
4.3 Interpretace zjištěných statistických dat – vývoj CAN na území Královéhradeckého kraje za léta 2014-2018	66
Závěr	75
Seznam použité literatury	77
Seznam internetových zdrojů	80
Seznam tabulek	82
Seznam příloh	83

Seznam použitých zkratek

DKC – dětské krizové centrum

DVO – dílčí výzkumná otázka

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

NZDM – nízkoprahové zařízení pro děti a mládež

OSPOD – orgán sociálně-právní ochrany dětí

Syndrom CAN – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

Syndrom CSA – syndrom sexuálně zneužívaného dítěte

TO – tazatelská otázka

ZDVOP – zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

Úvod

Když jsem se měla rozhodnout pro téma bakalářské práce, tak jsem delší dobu váhala. Měla jsem v hlavě několik nápadů, ale šlo vlastně vždy o určitou modifikaci nakonec zvoleného tématu. Toto téma jsem si vybrala z více důvodů. Jednak proto, že jsem vždy tíhla k dětem. Maturitu jsem složila z oboru předškolní a mimoškolní pedagogika a živě si pamatuji, že syndrom CAN byl součástí jedné maturitní otázky a už v té době mě tato problematika zaujala a chtěla jsem se o ní dozvědět něco více. Dalším důvodem je jeho souvislost s domácím násilím. I o tuto problematiku se více zajímám, neboť bohužel s ní mám osobní zkušenost v rámci širší rodiny a všímám si značně letargického postoje ostatních členů rodiny a jasného nedostatku pochopení a brání této věci na vážnosti. Pravdou je, že problematika domácího násilí je tématem mnoha odborných prací, avšak stále – dle mé zkušenosti – nevnímám nějaké větší pochopení ze strany společnosti.

Co se týče zpracování problematiky týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí, tak se jedná o poměrně jasné a neměnné definice, změna se tedy odehrává spíše ve formách týrání, postojů společnosti, kdy v nynější době jsme svědky společností negativistického postoje k jakýmkoli tělesným trestům a naopak se začala vynořovat (byla již dříve, jen se o ní nemluvilo) jiná forma týrání – psychická, u které mám ale pocit, zda není nemalou částí společnosti dehonestována. Otázkou je, jak velkou tato nemalá část je. Samozřejmě, s tímto má každý jinou zkušenost. Čím dál více se setkávám s názorem, který psychické týrání označuje za ještě bolestivější nežli fyzické, na druhé straně i v této době se ještě setkám s tím, že někdo psychické týrání nebere jako týrání, ale vcelku normální součást soužití a výchovy dětí. Jistou překážkou při zjišťování jakýchkoli informací o této problematice je její vysoká citlivost, a tak je ztíženo jakékoli výzkumné šetření.

Tento sociálně patologický jev vnímám jako vysoce závažný, neboť je páchán na bezbranných dětech a často od jejich nejbližších, od těch osob, které by je měli chránit a ne být zdrojem jejich bolesti a trápení.

Co se týče dosavadního zpracování tématu, tak mezi naše přední autory touto problematikou se zabývající, patří Dunovský, Matějček a Vaníčková. Prof. Jiří Dunovský je klíčovou osobností, ve svých dílech se zabýval dětmi, ale i poruchami rodinného systému, je zakladatelem dětského krizového centra v Praze, o kterém je více pojednáno ve třetí kapitole této práce. Prof. Zdeněk Matějček byl český psycholog a jeho jméno

v nás možná ihned asociuje termín psychická deprivace, která je častým důsledkem syndromu CAN. Co se týče MUDr. Evi Vaníčkové CSc., uvádím ji z důvodu, že napsala mnoho knih zabývajících se otázkami násilí páchaného na dětech. Autorů je více, uvádím ty – dle mě – nejpodstatnější.

Cílem této práce je zmapovat situaci sy CAN na území Královéhradeckého kraje. Zjistit co nejvíce údajů, což není lehké, vzhledem k citlivosti tématu. Těmito údaji mám na mysli registrované případy dle jednotlivých forem, věku a pohlaví dětí. Dále oznamovatele, sociální prostředí dítěte (rodina, náhradní rodinná péče, ústavní péče nebo ZDVOP), přijatá opatření a dopady na dítě. K tomuto zjištění poslouží neveřejné statistiky Ministerstva práce a sociálních věcí, jež mi byly poskytnuty pro účel této práce, a tímto jim i velice děkuji. Další metodou, kterou se pokusím dosáhnout cíle je rozhovor(y) s pracovníky organizací, které v rámci kraje dětem poskytují pomoc a získat tak odborný pohled na tuto problematiku, kdy se otázkami budu snažit kopírovat pomyslnou teoretickou část.

Důležité je si ale uvědomit, že týrání a jiné formy násilí na dětech probíhá skrytě a dozvíme se tak jen o minimu případů. Tudíž registrované případy jsou pouze ty, které byly zaznamenány a nevíme tak celkové číslo, které se obecně odhaduje mnohem vyšší.

Tato práce je určena všem, kterým není tato problematika lhostejná, zajímají se o ni a zajímalo by je, jak je to s registrovanými případy týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte v rámci Královéhradeckého kraje. Pokusím se využít maximálního počtu zdrojů, aby tato práce byla validní. Pravdou ale je, že teorie se moc nemění, a tak pro toho, kdo se o tento sociálně patologický jev zajímá, to nebude asi nic nového a obohacujícího. Tak jako tak se vynasnažím, aby tato práce byla někomu přínosem.

Co se týče vazby na mnou studovaný obor, tedy sociální patologii a prevenci, tak si myslím, že je jasná analogie mezi tématem a oborem, neboť syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte je sociálně patologickým jevem, čili negativním jevem ve společnosti se vyskytující.

1 Syndrom CAN – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte – uvedení do problematiky

Problematika syndromu CAN není sice úplně složitá z hlediska definování, neboť její terminologie byla mnohokrát jasně vymezena v mnoha publikacích (např. Dunovského a kol., Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě, 1995), a dále charakteristiku syndromu nalezneme i v každé publikaci sociální patologie, ale pro lepší pochopení celé problematiky musíme znát a uvědomit si souvislost s domácím násilím. Z toho důvodu si nejprve jednoduše vymezím termín „*syndrom CAN*“ a v následující podkapitole se zaměřím na domácí násilí, do něhož syndrom CAN spadá.

Jak se můžeme dočíst v publikaci od Bělíka, Hoferkové, Krause a kol. (2017), používané slovní spojení „*syndrom CAN*“ je vlastně zkratkou pro syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Tento termín pochází z anglosaského Child Abuse (zneužívání a týrání) and Neglect (zanedbávání) Syndrome – z toho zkratka CAN. Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte je definicí pro „*poškození fyzického, psychického nebo sociálního stavu a vývoje dítěte, které vzniká v důsledku jakéhokoli nenáhodného jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby a je v dané společnosti hodnoceno jako nepřijatelné. Příznaky CAN vznikají následkem ubližování nebo nedostatečné péče.*“ (Bělík, Hoferková, Kraus a kol., 2017, s. 87)

I když by se mohlo zdát, že se syndrom CAN týká především rodiny, úzkého okruhu lidí, kterými je nejčastěji páchán, a právě rodina je i oním nejčastějším místem, kde k týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte dochází, není tomu tak. Je třeba ho chápat „*jako velmi složitý společenský jev, do něhož se promítají či se na něm účastní více méně všechny oblasti života člověka, rodiny i společnosti.*“ (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 20). Je to tedy společenský problém, což dokazuje i skutečnost, že je předmětem zájmu sociální patologie.

Sociální patologie je mezioborová vědní disciplína, jež „*vychází především ze sociologie, ale prolíná se řadou dalších oborů – pedagogikou, psychologii, kriminologií, adiktologií a dalšími. Předmětem zájmu sociální patologie je studium negativních společenských jevů, jejich etiologie, stav, způsoby řešení, ale také možnosti prevence.*“ (Bělík, Hoferková, Kraus a kol., 2017, s. 5)

1.1 Souvislost domácího násilí se syndromem CAN

Jak jsem již uvedla na začátku této kapitoly, považuji - pro lepší pochopení celé problematiky - za nezbytné, začít od širšího, obecnějšího kontextu, do kterého syndrom CAN spadá, tj. domácí násilí. Z laického pohledu bych řekla, že domácí násilí je v povědomí běžné populace více známé, minimálně na té úrovni, že si pod tímto termínem „domácí násilí“ většina z nás něco představí, neboť - úplně jednoduše – již ze samotného názvu vyplývá, že se jedná o násilí, které probíhá doma. A domácí násilí je takovým nadřazeným pojmem pro syndrom CAN, z toho důvodu mi přijde nejen užitečné, ale i nezbytné věnovat tomuto jevu svoji podkapitolu.

Definice domácího násilí

Pro začátek mohu jednoduše vydefinovat samotný pojem násilí. Dle Bělíka a kol. (2017) se jedná o útočné, agresivní chování, které je použito s cílem někomu ublížit, ať už psychicky či fyzicky. Existuje několik typů násilí, které rozlišujeme dle místa, kde je páčáno – v našem případě se jedná o prostředí rodiny -> domácí násilí.

Co mi připadá alarmující je právě to, že domácí násilí se odehrává v rodině. V rodině, jakožto místě, kde se má člověk cítit v bezpečí, má být milován, opatrován, být sám sebou bez potenciality toho, že nás někdo zesměšní či poníží, jak by se tomu mohlo stát v jiné sociální skupině. Právě rodina má být pro člověka bezpečným přístavem, má ho podporovat a stát za ním v dobrém i zlém. O to víc se má rodina postarat o své nejvíce bezbranné články – seniory, děti, nemocné jedince. Ty by měla chránit dvakrát tolik. Jenže bohužel tomu tak vždy není.

Domácí násilí se dá uchopit z užšího i širšího hlediska. „*V užším pojetí se za domácí násilí považuje zejm. násilí mezi partnery (manžely, druhy), v širším se pak jedná o násilí ve všech vztazích mezi blízkými osobami, např. týrání dětí rodiči (syndrom CAN), týrání rodičů dětmi nebo týrání starých či nemocných lidí.*“ (Bělík, Hoferková, Kraus a kol., 2017, s. 54-55)

Dle Dufkové a Zlámala (2005, s. 7) se jedná o vědomé chování, které má mimo cíle ublížit oběti také za cíl získat určitou moc a nadvládu nad svojí obětí. Pro domácí násilí jsou typické znaky, které musí být naplněny, aby se dané chování dalo označit tímto pojmem.

Znaky domácího násilí

Na webu policie (Pomoc obětem TČ, 2019, online), v sekci „Prevence“ můžeme nalézt několik základních informací vztahujících se k domácímu násilí, mezi něž patří definice, znaky, násilné osoby, ohrožené osoby, bezpečnostní plán a seznam institucí, na které se člověk v případě domácího násilí může obrátit. Mezi znaky tedy patří:

- Opakování a dlouhodobost – za domácí násilí tedy nemůžeme označit násilný incident, který se ale stal „jen“ jednou. Nicméně už v tomto případě bychom měli zbystřit, neboť je možné, že pachatel útok zopakuje.
- Eskalace – bývá tomu tak, že se domácí násilí stupňuje. Tedy začíná například ponižováním, lehkými fyzickými atakami a může dojít k těžkému ublížení na zdraví až smrti.
- Jasně a nezpochybnitelné rozdělení rolí – musí být tedy jasně vymezená osoba pachatele a oběti. V případě vzájemného ubližování a napadání se nejedná o domácí násilí.
- Neveřejnost – domácí násilí je neveřejné, probíhá za zdmi obydlí.

Formy domácího násilí

Existuje několik základních forem násilí, každý autor avšak uvádí takové tři základní typy – fyzické, psychické a sexuální násilí. Mně se zalíbilo rozčlenění forem v publikaci Ševčíka, Špatenkové a kol. (2011), neboť mi přijde nejobsáhlejší a nejlogičtější, a tak ho zde použiji:

- Fyzické násilí – Je asi nejsnáze rozpoznatelné okolím, v mnoha případech je totiž okolí jasně viditelné (na rozdíl třeba od psychického týrání, jež zanechává stopy na duši). Nemusí tomu však být tak vždy, neboť násilník může záměrně oběť uhodit, spálit, či jinak fyzicky ublížit záměrně na místo, o kterém ví, že bude před společností skryto (např. v oblasti intimních partií). Nemusí se jednat o přímý fyzický útok, pod tuto formu spadá i zastrašování a hrozba fyzickou silou přímo oběti, nebo jí blízké osobě/zvířeti/věci. Jako příklad mohu uvést zranění způsobené „*fackováním, mlácením o zeď či o zem, udeřením pěstí, bitím rukou či předměty (řemenem apod.), kopáním, kousáním, strkáním, znehybněním (svazováním), škracením, cloumáním či*

třesením, vytrháváním vlasů nebo ochlupení (z genitálií), pálením, ohrožováním bodnou či střelnou zbraní až po útok přímo ohrožující zdraví a život“, ale patří sem i „...znemožnění vyhledat lékařské ošetření, odpírání spánku nebo jídla apod.“

- Psychické násilí – Též označováno jako citové, emocionální. Má dvě podoby – *neverbální* – např. odejmutí pro oběť významné věci a *verbální* - sem lze zařadit mnohé urážky, nadávky, ponižování, „*vyhrožování (odebráním dětí, týráním či zabitím domácího mazlíčka, vyhozením z bytu apod.)*, *citové vydírání, soustavnou kontrolu (Kde jsi byl, s kým jsi tam byl...)* a *bezdůvodné podezírání (Určitě jsi ho sváděla, neříkej, že ne!)*.“
- Ekonomické násilí – Jedná se o „*omezování přístupu k penězům, neposkytování prostředků na společnou domácnost či na děti, absolutní kontrola nad příjmy a výdaji..*“
- Sociální násilí - „*Zahrnuje využívání dětí a jiných osob jako prostředku nátlaku na ohroženou osobu, zákazy kontaktu s rodinou a s přáteli a někdy izolaci..*“
- Sexuální násilí – Jedná se o akt spojený s něčím sexuálním, který je pachatelem u oběti vynucen. Nejedná se tedy jen o pohlavní styk. „*...Nemusí se vždy jednat o uspokojení sexuálního pudu, naopak je to účinný nástroj ponižení, pokoření a podrobení druhé osoby.*“ (Ševčík, Špatenková a kol., 2011, s. 49-51)

1.2 Dítě jako svědek domácího násilí

V této části se konečně dostáváme k hlavnímu důvodu, proč jsem považovala za nezbytné zařadit do této práce o týraném, zneužívaném a zanedbávaném dítěti podkapitolu o domácím násilí. Často totiž se ve společnosti setkávám s tím, že jakmile se zmíním o domácím násilí, každý si představí většinou týranou ženu mužem. Avšak tak to samozřejmě být nemusí. Jak již vyplývá z výše popsané definice domácího násilí, obětí může být kdokoli, kdo je součástí dané rodiny – může to být tedy i muž, prarodič a tedy i dítě. A právě málokdo se zamyslí nad tím, že vlastně dítě, které vyrůstá v rodině, kde je např. jeho matka vystavena domácímu násilí, je i ono samo dítě též obětí týráním, byť nepřímou.

Jen si reálně představme, že jsme dítě, jež je pravidelně svědkem domácího násilí. Díky své praxi v poradně pro oběti domácího násilí a dětském krizovém centru (NOMIA) jsem měla tu možnost se více zamyslet nad prožíváním dítěte vystavenému násilí. Mnohdy si to rodiče vůbec neuvědomují, myslí si, že když se to dítěte přímo netýká, tak mu přeci neublíží. Kéž by. Dítě, v jakémkoli věku (i nemluvně) si uvědomuje, že se děje něco špatného. I když nerozumí slovům, i když je zavřené v pokojíčku, i když je ještě příliš malinké, aby vůbec tušilo, že existuje něco jako domácí násilí. Zkrátka ucítí, když není něco v pořádku. Ne, že by to bylo tak těžké. Ono poslouchat věčný křik, nadávky, urážení, nebo být dokonce svědkem fyzických útoků, a pak třeba ještě poslouchat pláč oběti, to se na dítěti velice vážně podepíše. Dítě tím trpí. Co jsem na praxi zaznamenala, tak nejčastější důsledek násilí na dítěti, případně kterému je dítě vystaveno jakožto svědek, je pocit viny dítěte. Myslí si, že s ním je něco špatně. Že když bude více hodné a nebude křičet a vlastně se nějak projevovat, tak nebude tatínek/maminka křičet. K důsledkům se ale dostanu v další kapitole.

„Děti vyrůstající v rodinách ohrožených domácím násilím jsou považovány i podle směrnic Světové zdravotnické organizace za děti týrané. Pokud jsou děti svědky násilí mezi blízkými osobami v prostoru domova, má to na jejich psychosociální vývoj negativní vliv. Tyto děti navíc mohou bezděčně přejímat vzorce rodinného chování, což později vede k transgeneračnímu přenosu násilného chování.“ (Matoušek, Pazlarová a kol., 2014, s. 112)

Jinými slovy, i dítě, ač „jen“ jako svědek domácího násilí je považováno za týrané, nehledě na to, že se může stát, že později se bude samo dopouštět takového násilného chování. Jednoduše řečeno – týraní týrají. Je zajímavé, že valná část lidí, kteří jsou pachateli syndromu CAN byla sama v dětství týrána. I na tomto příkladu vidíme, že rodina je pro dítě velice směrodatná, a o to více je potřeba, aby se dítěti dostalo láskyplné, důsledné výchovy.

Jako podpora tvrzení, že dítě je i jako svědek domácího násilí týranou osobou, poslouží definice – v dokumentu Národní strategie prevence násilí na dětech v ČR na období 2008-2018 - domácího násilí *„zahrnující děti (Domestic violence including children) má tři formy: syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte, děti v roli svědků rodičovského/partnerského násilí a agresivní chování dětí.“* (Vaníčková a kol., 2009, s. 10)

Jak jsem již uvedla výše, dítě může být přímou a nepřímou obětí domácího násilí. V případě přímé viktimizace je dítě osobou, na niž je násilí vykonáváno, v tomto případě se vlastně jedná o syndrom CAN. V tom druhém případě – nepřímé viktimizace – je dítě „nepřímou (sekundární) obětí domácího násilí, jestliže je přítomno domácímu násilí, k němuž dochází mezi rodiči, mezi jinými osobami odpovědnými za jeho výchovu nebo mezi dalšími osobami v domácnosti obývané dítětem. Příznivý citový, rozumový a mravní vývoj dítěte je ohrožen vždy, pokud vyrůstá v domácnosti, v níž dochází k domácímu násilí mezi jinými osobami, i když dítě není očitým svědkem domácího násilí.“ (Ševčík, Špatenková a kol., 2011, s. 120) Nehledě na to, že pachatel může oběti v případě potenciálního odchodu hrozit únosem dítěte.

Tuto podkapitolu lze trefně shrnout do následující citace: „*Jako svědkové domácího násilí jsou vždy oběťmi psychického násilí: žijí v permanentním stresu, atmosféře ohrožení, nepředvídatelnosti dalšího vývoje situace, existenčním strachu o rodiče v pozici ohrožené osoby, zažívají bezmocnost, pocit osamělosti kvůli závazku (resp. příkazu) mlčet o tom, co se doma děje.*“ (Ševčík, Špatenková a kol., 2011, s. 121)

1.3 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte – vývoj pojmu

Zde se po, nezbytné, podkapitole o domácím násilím opět vrátím k termínu syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Tento termín tu sice není odjakživa, avšak onen sociálně patologický jev ano. Týrání, zneužívání a zanedbávání dětí existovalo v každé společnosti, avšak s jejím rozvojem se i jeho formy lehce měnily, avšak podstata zůstává stejná. Ublíživání dětem od jejich nejbližších, od těch, kteří by měly aktivně zabraňovat příkoří, které by jejich dětem hrozilo.

Jak jsem již uvedla výše „*týrání je jevem, který existoval odpradávná a v určitých historických obdobích nebyl ani považován za patologický, rodič měl právo udělat se svým potomkem, co chtěl. V antice bylo dítě bezprávné, otec je mohl prodat do otroctví nebo zabít. Vlivem křesťanství se sice vztah k dětem zlepšil, nežádoucí děti už nebyly zabíjeny, jen odkládány, ale ještě po celý středověk s nimi bylo nakládáno jako s nerovnoprávnými bytostmi. I v novověké historii byl kladen značný důraz na přísné tělesné tresty, které bychom dnes bez váhání zařadili do kategorie týrání.*“ (Vágnerová, 2004, s. 611)

V dřívějších dobách se rodiče chovali k dětem naprosto nepřijatelně, opovržením hodným přístupem. Víím, že v té době to bylo všechno jiné, lidé měli jiné hodnoty, vzdělanost, zvyky a tradice, ale já se ptám: Jak to mohli svým dětem udělat? Jak s nimi mohli tak jednat? Vždyť přece mateřská láska byla, je a bude – nebo tedy měla by být a existovat v každé vývojové etapě společnosti. Jak se tak mohli chovat k druhému člověku a navíc ke své vlastní krvi? Bezbrannému dítěti? Neměl by to v sobě mít člověk nějak „zakódované“? Tu potřebu, chránit svoji rodinu, své dítě, bezbranné lidi? Očividně tato potřeba – dle mě přirozená a na době nezávisající – přišla až v posledních stoletích.

Neboť Dunovský a kol. (1995, s. 26-31) uvádí několik případů týrání dětí v dřívějších dobách. Jedním z příkladů uvádí ponechání dítěte vlastnímu osudu či dokonce jeho usmrcení v případě velkého a dlouhodobého hladu. Dříve platilo, že život dospělého/staršího jedince je „cennější“, protože má reálnější šanci se postarat nejen samo o sebe, ale i o ostatní. Dalším hrůzným příkladem je usmrcení dívek v době středověku. Záměrně píšu dívek, neboť chlapi byli „privilegovanější“ pohlaví. Bylo to tak z více důvodů, jedním z nich je jejich větší fyzická síla a možnost boje. Dalším příkladem hrůzného zacházení s dětmi v dřívějších dobách je pomsta, při které byly děti vybíjeny hlavně z důvodu potenciální odvety. Jako poslední uvedu zabití dítěte z pocitu hanby a společenského odsouzení, kdy se tohoto činu zpravidla dopustí matka nacházející se v tíživé životní situaci – často neprovdaná.

Jak uvádí Pemová a Ptáček (2016, s. 22) nehezkého chování k dětem si začali všimnat až lékaři v době 60. let 20. století. Jako průkopník počínajícího termínu se dá označit americký lékař Kempe, jenž roku 1962 podal definici „*syndromu bílého dítěte*“. Dr. Kempe byl rentgenolog a dle snímků RTG vyzoroval zranění, která se nemohla stát pouhou náhodou, nýbrž fyzickým útokem. Na něj postupně navázali další odborníci, kteří dovedli termín do současné podoby – syndrom CAN. Přidali k fyzickému týrání tedy i psychické, sexuální zneužívání a zanedbávání dítěte.

Až v roce 1992 „*vypracoval zdravotní výbor Rady Evropy definici syndromu CAN, která by měla sjednotit a upřesnit pohled na tuto problematiku.*“ (Gjuričová, Kocourková, Koutek, 2000, s. 16)

1.4 Formy syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

Přestože jsem na začátku kapitoly vymezila termín syndrom CAN zcela jednoduše a jistě by se dalo najít několik dalších definic, jež jsou ale víceméně totožné, přijde mi nejlogičtější přestoupit rovnou k formám syndromu CAN, neboť každá forma je specifická a má svoji definici. Už víme, že definice syndromu CAN je vcelku obecná „*a zahrnuje do sebe jakékoliv vědomé či nevědomé aktivity, kterých se dopouští dospělý člověk (rodič, vychovatel nebo jiná osoba) na dítěti, a následkem kterých dochází k poškození zdraví a zdravého vývoje dítěte.*“ (Mühlpachr, 2001, s. 80) A právě proto si myslím, že díky jednotlivým formám syndromu CAN si uděláme ucelený obrázek o celém jevu.

Pro jednoduchý přehled si rozdělíme syndrom CAN dle publikace Kalibové a Kaliby (2014, s. 14-27) na pět základních forem – fyzické týrání, psychické týrání, sexuální zneužívání, zanedbávání a specifické formy (tj. Münchhausenův syndrom v zastoupení, systémové týrání, sekundární viktimizace, organizované týrání a zneužívání a naposled rituální zneužívání a týrání). Specifickým formám nebudu v následujících podkapitolách věnovat takovou pozornost, zaměřím se zejména na první čtyři zmíněné formy.

Fyzické týrání

Jak uvádí Fischer a Škoda (2014, s. 161) fyzické neboli tělesné týrání je snadno pochopitelné, neboť si můžeme velice snadno představit, co do něj spadá. Jedná se nejen o bití, ale i časté a nepřiměřené fyzické trestání dítěte. Celé fyzické násilí může vyústit až ve smrt dítěte.

Další definice vysvětluje tělesné týrání „*jako fyzické ublížení dítěti nebo nezabránění ublížení či utrpení dítěte, včetně úmyslného otrávení nebo udušení dítěte.*“ (Mühlpachr, 2001, s. 80)

Z výše uvedeného zároveň vyplývá, že „*je to nejpodrobněji prozkoumaný jev v rámci syndromu CAN.*“ (Kraus, Hroncová a kol., 2010, s. 246) Jinými slovy, fyzické či tělesné týrání je nejsnáze zjištělé okolím.

Jako příklady tělesného týrání pro lepší představu můžeme uvést následující, dle Fischera a Škody (2014, s. 161):

- nepřiměřené bití rukou (pohlavky, facky) či různými nástroji (vařečka, řemen),

- kopání do dítěte, údery pěstí, popáleniny (cigaretou), opaření horkou vodou, bodné rány (často nůžkami),
- vytrhávání vlasů, nepřiměřené tahání za uši, škrcení, dušení, silné třesení, zejména s malým dítětem,
- svazování, připoutání, odnímání spánku, potravy,
- šikanování.

Pro vytvoření uceleného obrazu o fyzickém týrání uvedu zkrácený příběh týrané holčičky, z publikace Antl, Hanslík (2007, s. 31). Jedná se o příběh šestileté holčičky, kterou fyzicky a psychicky týraly matka s babičkou. Obě ženy holdovaly alkoholu a pod vlivem dívenku zavíraly do temné místnosti a následně ji i mlátily ohořelým kabelem a pálily o ni zbytky hořící cigarety.

Z textu výše můžeme dojít k závěru, že fyzické násilí je nejlépe odhalitelné společnostmi, nejčastěji lékařem, učitelem, či rodinou, neboť je dá se říct „viditelné“. Všechno to bití a kopance způsobuje různé modřiny, podlitiny, zlomeniny. Já pouze ještě doplním, že dle mě na dítěti, na kterém je pácháno násilí fyzické je vždy zároveň pácháno i psychické. Už přeci jenom ten strach, co přijde, když... musí být pro dítě nesnesitelný.

Psychické týrání

Psychické týrání, ač okolím tak dobře nepoznatelné, může mít mnohdy daleko horší a dlouhodobější následky, nežli týrání fyzické. Nezanechává sice stopy na těle, ale na duši. Avšak jak jsem psala výše, dle mě je součástí fyzického týrání do určité míry vždy i psychické.

Jak uvádí Mufson a Kranz (1996, s. 8) následkem psychického násilí nemůže dítě nabýt sebedůvěry a sebevědomí. Autorky dále uvádí, že rodiče, které neustále dítěti jen něco vytýkají, říkají mu, v čem je špatné, co mu nejde, že není dost chytré a v životě nic nedokáže, své dítě psychicky týrají. Stejně tak je tomu u rodičů, kteří mají od svých dětí přehnaná očekávání, čekají, že dítě půjde v jejich stopách a bude dávat vždy přednost jejich potřebám, před těmi vlastními. Vytváří tak na dítě velký tlak.

„Psychické násilí zahrnuje takové chování dospělé osoby, které má negativní vliv na citový vývoj dítěte a vývoj jeho chování.“ (Vaníčková, 2009, s. 10)

„Přestože psychické týrání se nedá snadno měřit, víme toho poměrně hodně o jeho celoživotních důsledcích. Mohou k nim patřit různé závislosti, poruchy přijímání potravy,

deprese, potíže ve vztazích k jiným lidem a v zaměstnání, a dokonce i sebevražda.“ (Mufson, Kranz, 1996, s. 9) Blíže se k důsledkům ale dostanu v další kapitole.

Gjuričová, Kocourková a Koutek (2000, s. 21-22) píší, že psychické týrání se může projevat mnohými způsoby, mezi něž patří ponižování dítěte, nesprávná výchova, kdy na dítě klademe nereálné požadavky, vyhrožování dítěti zbavením se ho dáním do dětského domova, či že ho za takové chování nemají a nebudou mít rádi.

Pro dokreslení opět uvedu reálný příklad psychického týrání, jež nalezneme v publikaci Gjuričové, Kocourkové a Koutka (2000, s. 21), kdy táta chlapce starého osm let, zavíral do chlívků k prasatům, kvůli chlapcovu pomočování, s komentářem, že tam je jeho místo.

Z výše napsaného textu mi tedy vyplývá, že některé formy psychického týrání se asi v určité míře občas vyskytují možná v každé rodině, jestli to není příliš troufalé takto nepodloženě tvrdit, ale z mých osobních zkušeností, to tak vidím. Většinou se v mém okolí jednalo právě o nereálné požadavky na výkon dítěte a určité sankce, při jejich nesplnění. Už to na dítě vytváří tlak. Otázkou ale je – je to psychické týrání?

Jak odlišit tyto běžné negativní projevy chování směrem od rodičů k dětem od skutečného psychického týrání? Ze znaků domácího násilí, kam vlastně syndrom CAN a jeho formy – tudíž i psychické týrání – spadá, víme, že nepřijatelné chování musí být dlouhodobé a opakované, aby se dalo označit za násilí/týrání. Slova mají tu moc, že dokážou velice zranit, ublížit, ale samozřejmě naopak i pomoci. Jsme lidi a čas od času si říkáme ošklivé věci, často třeba v afektu, ale říkáme. Důležité je, abychom když k tomu dojde, se uměli omluvit a své chování napravili. A také je podstatné vše posuzovat individuálně. Často můžeme (nejen) dítěti říkat ošklivé věci, které mu ale až tolik neublíží, jako když pak řekneme nebo uděláme něco, na co celý život nezapomene – dle mě příklad se zavřeným dítětem do chlívků k prasatům kvůli pomočování. I kdyby se to stalo jednou, je to z mého pohledu psychické týrání a na dítěti se to navždy podepíše – minimálně na vztahu k tomu rodiči (pachateli). Nejenže má „trauma“ z toho, že trpí enurézou (pomočováním), ale ještě je za to od osoby, od které očekává, že mu bude oporou, takto krutě poniženo?

Sama jsem trpěla noční enurézou a i teď, když mám někde přespat, trochu se to ve mně sevře, co kdyby...každá škola v přírodě pro mě byla noční můra, žádné spaní u kamarádek...neumím si představit, že mamka, se kterou jsem to řešila a vždy mě uklidňovala, by mě místo toho začala ponižovat a ještě mě zavřela do chlíva. Teď, jako

dospělá, bych ji za to nenáviděla, ale v tom nízkém věku by to mělo jiné následky. Dala bych ji to za pravdu, cítila bych se hrozně, neměla bych vůbec žádné sebevědomí, cítila bych se jako něco „míň“. A to si nikdo, natož bezbranné dítě, nezaslouží.

Sexuální zneužívání

Další oblastí, spadající pod pojem syndrom CAN, je sexuální zneužívání. Těžko říci, zda jde o nejhorší formu týrání dětí, neboť velice záleží na míře postižení dítěte, na konkrétním jedinci, na způsobu zneužití, věku dítěte, jeho vztahu k pachateli onoho zneužití/zneužívání. Odborná literatura uvádí různé, avšak – samozřejmě – ve své podstatě stejné charakteristiky sexuálního zneužívání.

Jako velmi užitečná se mi jeví následující definice CSA (z angl. Child Sexual Abuse = Syndrom sexuálně zneužívaného dítěte), jež vymezuje sexuální zneužívání jako: *„Kontakty nebo interakce mezi dítětem a dospělým, při kterých je dítě použito pro sexuální stimulaci pachatele nebo jiné osoby. Sexuální zneužití může spáchat také člověk mladší osmnácti let, pokud je významně starší než oběť, nebo když je v pozici, která mu dává nad druhým dítětem moc.“* (Mufson, Kranz, 1996, s. 46)

Švarcová (2002, s.21) uvádí, že se jedná o jakékoli nevhodné chování k dítěti prostřednictvím pohlavního kontaktu či jednání. Pro lepší uchopení problematiky sexuálního zneužívání je vhodné rozdělit jej na dotykové, čili kontaktní a bezdotykové, čili bezkontaktní. Autorka dále uvádí, že pachatel *„může nevhodným sexuálním chováním poškodit dítě fyzicky, vždy ho ale poškozuje ve vývoji jeho osobnosti. Toto poškození se negativně promítá nejčastěji do schopnosti vytvářet partnerské vztahy.“*

Vaničková (1999, s. 15) uvádí, že pachatelem sexuálního zneužívání může být kdokoli, avšak rozlišujeme dvě skupiny zneuživatelů. Pokud je pachatel z prostředí rodiny, jedná se o intrafamiální zneužití, ve druhém případě jde o osobu mimo rodinu, tedy extrafamiální zneužití.

Já si jen dovolím připsat poznatek, že každý jedinec se bude s nastalou situací vyrovnávat po svém. Odlišně. Neboť jsme všichni jiní. Nikoli stejní. A tak, co pro někoho je jen nemístný dotyk, jenž přejde třeba jen pousmáním, pro druhého může být velice nepříjemný zážitek, který v případě jeho častého opakování může vyvolávat pocity zahanbení, odporu k druhému pohlaví nebo třeba naopak touhu, za kterou se stydí?

Předcházející odstavec mi hezky podtrhne souvěti, které uvádí autorky Mufson, Kranz (1996, s. 46), ve kterém jde o to, že pachatel, tedy ten, kdo zneužívá, ve většině

případů očekává, že jeho oběť, tedy zneužívaný, bude o zneužívání/zneužití mlčet a oběť má často pocit, že se určitým způsobem na celé věci podílí, a proto většinou opravdu mlčí. Stydí se za to. Má pocit odpovědnosti za celé zneužití. Většinou to ale oběť dělá i z toho důvodu, že pachatelem je osoba jemu blízká, a tak tímto způsobem chrání sám sebe. Je totiž velice těžké, a to nemyslím pouze v případě sexuálního zneužívání, ale tak povšechně, přiznat si, že člověk, na kterém vám záleží, je někdo, kdo vám ubližuje. Je tak často pro jedince (oběť) jednodušší z celé situace vinit sám sebe.

Sexuální zneužívání je samo o sobě velice obsáhlé a velmi často najdeme publikaci přímo o tomto jevu – bez dalších forem syndromu CAN. Nicméně cílem této práce není pouze sexuální zneužívání, avšak cítím ještě potřebu popsat zde alespoň základní formy sexuálního zneužívání, pro lepší pochopení celé problematiky. Pojetí forem je různé, každý autor si to pojme trochu jinak, odlišně. Mně přijde nejlogičtěji uspořádané následující rozdělení sexuálního zneužívání, a to na tři formy:

- Bezdotykové (bezkontaktní) – zahrnující *„obnažování se před dítětem, masturbace před dítětem, setkání s exhibicionistou, pozorování nahého dítěte za účelem vlastního sexuálního vzrušení, uspokojení, účast na sexuálních aktivitách, kde nedochází k žádnému tělesnému kontaktu, např. vystavení dítěte pornografickým materiálům (sledování pornočasopisů a pornofilmů), přinucení dítěte sledovat soulož.“*
- Kontaktní (dotykové) - *„osahávání či líbání dítěte na intimních místech, laskání prsou a pohlavních orgánů, nucení dítěte, aby manipulovalo pohlavními orgány svými či zneužívatele, pohlavní, orální nebo anální styk.“*
- Komerční sexuální zneužívání – jde o *„zneužití dítěte k dětské pornografii, prostituci, obchodování s lidmi za účelem pohlavního styku.“*

(Kozáková, 2004, s. 34)

Pro dokreslení problematiky sexuálního zneužívání uvedu příběh z praxe, který je uveden v publikaci Hanušové (2006, s. 15), jedná se o holčičku, která zavolala na linku bezpečí s tím, že neví, co má dělat, jak se zachovat. Její maminka byla delší dobu nezaměstnaná, a když konečně dostala práci, musela sehnat pro dceru hlídání. To zajišťoval „strýček“, kterého má dívka ráda, avšak onen „strýček“ ji nutí, aby se s ním koupala ve vaně, což je dívce samozřejmě nepříjemné.

Své pocity mu dívka dala jasně najevo, avšak on ji začal vyhrožovat, že jestli o tom někomu poví, tak už ji nebude chodit hlídat. To vyústí v to, že maminka bude bez práce, a tím pádem bez peněz. Holčička nechce mamince přidělovat starosti. Po rozhovoru s konzultantem se rozhodla se situací svěřit mamince.

K výše uvedenému příběhu si dovoluji osobní postřeh, a to, že je explicitně vidět, že dítě nenapadne rozumné řešení. Vidí hlavně to, že nechce přidělovat starosti. Přitom existuje vcelku jednoduché řešení, a to, že matka může změnit „chůvu“ a nenastane nic z toho, čím dívku „strýc“ strašil – tedy nezaměstnanost a finanční nouze. Pozitivně hodnotím to, že dívka je silnou osobností – už jenom to, že dokázala „strýci“ říct, že je jí koupání s ním nepříjemné a následně situaci řešila opět aktivně tím, že zavolala na linku bezpečí, kde celou situaci probrala s konzultantem. Myslím si, že toto není moc častý postup, i když jistě, nemám to podložené výzkumy. Je to jen na základě mého pocitu. Ale říkám si, kdyby se takto aktivně dokázaly bránit všechny děti, byla by učiněna přítrž pachatelům. Možná bychom měli zacílit na děti – naučit je, jak se aktivně bránit? Jak řešit podobné situace? Aby se nestyděly, věděly, na koho se obrátit.

Zanedbávání

Dostáváme se k asi nejobsáhlejší a nejobtížnější uchopitelné formě syndromu CAN. Zanedbávání dětí se prolíná řadou oblastí a je velice těžké stanovit, co je ještě v pořádku, a co už dítě ohrožuje, a to následně strádá. Ze samotného názvu možná nemáme pocit, jako že jde o něco hrozného, přeci jen termín „zanedbávání“ zní mnohem lépe a oproti slovnímu spojení „fyzické týrání“ i celkem neškodně. Nicméně je to závažný jev, už jenom tím, že je to nejčastější forma syndromu CAN.

Pemová a Ptáček (2016, s. 26-33) uvádí, že zanedbávání je, více než jiné formy, spjata s kulturou dané společnosti. S jejími normami, životními podmínkami. Například uprostřed válečného konfliktu nebudeme řešit zanedbávané děti, byť je jejich vývoj prokazatelně ohrožen. Netýká se pouze sociálně slabých rodin, ale i bohatších vrstev, kde se samozřejmě zanedbávání bude projevovat trochu odlišným způsobem – dítě bude materiálně tak obdarováno, nicméně tyto materiální statky slouží k nahrazení lásky a času na dítě vytíženými rodiči. Dítě je však citově deprivováno, chybí mu láska a pozornost. Je velmi těžko detekováno, pokud už zanedbávání není v tak pokročilém stupni, že nás „bije do očí“. Vždy je třeba zohlednit věk dítěte (i zde platí, že čím je dítě mladší, tím je více náchylné jakýmkoli negativním působením a z toho plynoucími následky), stupeň/závažnost ohrožení a délku.

Mühlpachr (2001, s. 81-82) vymezuje zanedbávání jako nedostatečnou péči, jenž má za následek vážnou újmu ve vývoji dítěte, či ho jinak ohrožuje. Netýká se pouze sociálně slabých rodin, ale i bohatších vrstev, kde se samozřejmě zanedbávání bude projevovat trošku odlišným způsobem – dítě bude materiálně tak obdarovááno, nicméně tyto materiální statky slouží k nahrazení lásky a času na dítě vytíženými rodiči. Copak se to ale dá nahradit?

Ondrejkoovič (2000, s. 86) píše o termínu zanedbávání jako o „*pasivním přístupu rodičů k dítěti, projevující se nedostatečnou až žádnou starostlivostí, absencí přiměřeného zabezpečení aktuálních a perspektivních potřeb dítěte v oblasti tělesné, emocionální a výchovné.*“

„V závislosti na stupni zanedbávání se rozlišuje těžké zanedbávání bezprostředně ohrožující život a zdraví dětí (zejména zanedbávání odpovídající výživy a lékařské péče) a všeobecné zanedbávání, kam spadá i nedostatečná ochrana dětí před škodlivým působením sociálně patologických jevů (alkoholismus, kriminalita, toxikomanie).“
(Dunovský a kol., 1995. In: Vaničková a kol. 2009, s. 11-12)

Kalibová a Kaliba (2014, s. 25) uvádí typy zanedbávání, a to tělesné (př. nedostatečná výživa, odění, obydlí, lékařská péče), citové (př. neuspokojení potřeb lásky, opory, bezpečí) a zanedbání vzdělání a výchovy (neumožnění dítěti rozvinout jeho potenciál, to se projevuje častou nepřítomností dítěte ve škole, využívání k domácím pracím, nedostatkem podnětů)

Dunovský (1995, s. 89) v souvislosti se zanedbáváním píše o deprivacních studiích, jejichž ohniskem zájmu byly děti v ústavech a vlastně rozdíl deprivace oproti dětem v nevhodných rodinách. Závěry těchto studií se různily, avšak spousta z nich měla stejný závěr, a to ten, že pro dítě je zdravější vyrůstat v nevhodné rodině, nežli ve kvalitním dětském domově. Nicméně autor také uvádí různé zkušenosti, ze kterých vyplývá, že spousta opožděných a psychicky deprivovaných dětí, po vyjmutí z nezdravé rodiny, v ústavu udělala pokrok a celkově se „ozdravila“.

Jsem velice ráda, že se mohu vyjádřit k výše napsanému odstavci o dětech v ústavní péči, neboť jsem se díky univerzitní praxi dostala do přímého kontaktu s těmito dětmi a mohu zde popsat svoji osobní zkušenost. Většina tamních dětí byla z početné rodiny – ve smyslu počtu sourozenců – opravdu, bylo tam více sourozenců třeba po pěti dětech, přičemž nezřídka měly ještě šestého sourozence (kojenec, batole) doma u rodičů. Patologii v rodině bylo více – ať už šlo o zanedbávání, týrání, domácí násilí, toxikomanii,

ale i rodiče ve výkonu trestu. Nicméně, abych se vyjádřila k psychickému rozpoložení těch dětí (nefunkční rodina vs. dětský domov), vnímám to tak, že ačkoli dětem jistě prosívá prostředí ústavu, tak po psychické stránce by jim bylo lépe doma, byť v nevyhovujících podmínkách. Ty děti, i přesto, že to doma nestálo za nic a rodiče o ně třeba nemají ani žádný zájem, mluví velice často o rodičích, a to velmi kladně.

K Vánocům si přejí mobilní telefon, aby mohly volat „mamince“, ale nevidí tu skutečnost, že ona „maminka“ by je mohla přijít navštívit, kdyby chtěla. Myslím si, že pro ně musí být těžko pochopitelné, proč jich pět je v dětském ústavě, ale jejich šestý sourozenec, může být doma s „maminkou“. Proč ony s ní také nemohou být? Takže závěrem chci říct, že i přes to, že se tam děti nemají špatně, tak doma by jim zkrátka bylo (po citové stránce) lépe. Ústav a „tety“ a „strýcové“ jednoduše nikdy nemůžou nahradit „maminku“.

Zvláštní formy syndromu CAN

Münchhausenův syndrom v zastoupení

Jedná se o zvláštní formu syndromu CAN, kdy si rodič vymýšlí, přehání či sám zařídí u dítěte chorobné příznaky, s cílem opakovaného vyšetřování a následně léčení u doktora. Rodič se pak okolí jeví jako starostlivý, láskyplný či vzorný. Obvykle jde o otravu medikamenty, manipulování s odebranými vzorky (například moč). Až jedna pětina takto týraných dětí končí smrtí. (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 51)

Systémové týrání (druhotné ponižování)

Vcelku jednoduše, jde o týrání dítěte systémem, vzniklým pro jeho ochranu. Pro ilustraci uvádím zbytečná a necitlivá vyšetření u lékaře, které dítěti působí trauma, ponižování dítěte ve škole, soudní rozhodnutí o životě dítěte bez dostatečné obezřetnosti o jeho situaci, vyjmutí dítěte z rodiny, pokud to není nezbytné. (Kalibová, Kaliba, 2014, s. 26)

Sekundární viktimizace (druhotné ubližování)

Tato specifická forma je poměrně dost podobná systémovému týrání, jde vlastně „o zraňování a vystavování dítěte nadbytečné psychické zátěži v průběhu vyšetřování pro syndrom CAN, dítě se tedy jako oběť trestného činu stává ještě obětí vyšetřování. Příkladem mohou být opakované výpovědi, necitlivé postupy při vyšetřování, obviňování dítěte, konfrontace s pachatelem apod. Dítě je vlastně nuceno prožít negativní zkušenost znovu.“ (Kalibová, Kaliba, 2014, s. 27)

Organizované týrání a zneužívání

Jedná se o skupinu zneuživatelů, jež se kolektivně podílejí na sexuálním zneužívání dětí. Spadá sem sexuální turismus (lidé z cizích zemí přijíždějí do jiné země už s jasným cíle – najít dítě k sexuálnímu potěšení), prostituce, pornografie, dětská práce, vraždění dětí bez domova s cílem prodeje jejich orgánů. Jde vlastně o obchod, ve kterém děti představují zboží. (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 98-102)

Rituální zneužívání a týrání

Rituální zneužívání má své znaky, mezi které patří opakovanost, specifický řád a smysl. Jde tedy vlastně o zneužívání, jež je však páčáno z náboženských či magických důvodů. Pro ilustraci případ matky, jež se častým a brutálním bitím pokoušela dostat ze svého dítěte ďábla. (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 101-102)

Kalibová, Kaliba (2014, s. 27) uvádí, že rituální zneužívání je často spojeno s příslušností k sektě.

1.5 Vývoj syndromu CAN na území České republiky za léta 2014-2018

Vzhledem k empirické části, která se zaměřuje na syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte a jeho situaci v Královéhradeckém kraji, mi přišlo užitečné podívat se na vývoj syndromu CAN na území České republiky, za posledních pět let – tedy léta 2014 až 2018. Na webových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí, v sekci Sociálně-právní ochrana dětí nalezneme statistiky, které obsahují i data ohledně syndromu CAN, jež v této podkapitole využiji. Statistiky jsou k dispozici od roku 2005. (<https://www.mpsv.cz/web/cz/statistiky-1>)

Nutno dodat, že následující čísla jsou pouze zlomkem případů týrání, neboť se jedná o registrované kauzy a z odborné literatury je známo, že tato problematika probíhá ve většině případů skrytě. Můžu se tedy pouze domnívat, jaká jsou skutečná čísla.

Když se podívám na rok 2014, uvidím, že po zanedbávání – celkem případů 5 484, jež je nejvíce registrované v každém roce (k tomu ale více v závěru této podkapitoly), bylo nejvíce případů psychického týrání – celkem 1 171 a v relativně těsném závěsu sexuálního zneužívání – 932, a tedy nejméně případů tělesného týrání – 787. Co se týče forem týrání z hlediska pohlaví, tak počty jsou dost podobné, vyjma sexuálního zneužívání, kdy je enormní rozdíl mezi pohlavím. Chlapců bylo sexuálně zneužito 184, kdežto dívek 748. Celých 2 592 dětí bylo svědky domácího násilí.

Co mi přijde jako alarmující je fakt, že 24 dívek bylo sexuálně zneužito v ústavní péči. Bylo zaznamenáno 45 případů těhotenství. Za celý rok na následky týrání zemřelo 6 dětí, z toho 5 dívek a 1 chlapec.

Následující rok 2015 už poměrně dost vzrostl počet zanedbávání na 6 862, tedy oproti předešlému roku o celých 1 378 případů více. Poté byl opět největší počet případů psychického týrání – 1 068, který nám tedy nepatrně klesl, dále sexuálního zneužívání - 745, který opět klesl, avšak rozdíl mezi pohlavím je stále velký – počet dívek jasně dominuje. Tělesné týrání také pokleslo, na celkové číslo 686 oproti předešlému roku. Svědky domácího násilí bylo 2 469 dětí. Počet těhotenství sexuálně zneužitých dívek také klesl, bylo zaznamenáno 36 případů. Za rok 2015 zemřelo 6 dětí v důsledku týrání, 4 dívky a 2 chlapci.

V roce 2016 bylo zaznamenáno 6 934 případů zanedbávání dětí, zatím tedy nejvyšší číslo od roku 2014. Psychicky týraných dětí bylo zaregistrováno 987, zde tedy opět počet klesl. Sexuálně zneužívaných dětí bylo 780, tedy více oproti roku 2015, ale o 7 zaznamenaných případů méně než-li v roce 2014. Počet tělesně týraných dětí byl 626, zde opět klesající tendence. Svědky domácího násilí mezi rodiči bylo 2 452 dětí, tedy opět méně oproti oběma předešlým letům. Co se týče těhotenství, bylo zaznamenáno 40 těhotných dívek, z toho jedno otěhotnění jako následek prostituce. Počet těhotných dívek byl tedy vyšší nežli v roce 2015, ale o 5 případů nižší oproti roku 2014. Děti zemřelých v důsledku týrání bylo 9, z toho 4 chlapci a 5 dívek. Tedy nejvíce za oba předešlé roky.

V roce 2017 počet zanedbaných dětí klesl oproti letům 2016 i 2015, ale byl vyšší nežli v roce 2014. Celkový počet zaregistrovaných případů činil 6 528. Jako tomu bylo v předchozích letech, na druhém místě – co do počtu bylo psychické týrání, které čítalo 909 případů, což je nejméně za předchozí, mnou uvedené, roky. Sexuálně zneužitých dětí bylo 729, opět nejméně od roku 2014. Tělesně týraných dětí bylo 635, tedy méně nežli v letech 2014 a 2015. ale více než v roce předchozím – tj. 2016. Děti, jakožto svědků domácího násilí, bylo zaznamenáno 2 361 případů, což je nejméně za předchozí, mnou uvedené, roky. Těhotných dívek bylo 51, což je nejvíce za předchozí, srovnávaná, léta. Naopak zemřelo nejméně dětí od roku 2014, 2 dívky a 1 chlapec, tedy celkem 3 děti.

Poslední rok ve statistice uvedený – tj. 2018, neboť čísla za rok 2019 ještě nemohou z logických důvodů být sečtena, došlo k 6 808 případům zanedbávání dětí, což je více nežli předchozí rok – 2017 – a i rok 2014, ale méně nežli v letech 2015 a 2016. Počet

případů psychického týrání činil 966, což je více oproti roku 2017, ale jinak nejméně oproti zbytku srovnávaných let. Sexuálně zneužitých dětí bylo 720, tedy nejméně za srovnávané roky. Případů tělesně týraných dětí bylo zaznamenáno 531, což je také nejméně oproti předchozím letům. Děti, jako svědků domácího násilí, bylo zaregistrováno 2 137, což je také nejvyšší číslo. Těhotných dívek bylo zaznamenáno 37, což je méně, nežli v letech 2014, 2016 a 2017. Počet úmrtí dětí na následky týrání činil celkem 6 – 4 dívky a 2 chlapci. Celkově tedy roku 2018 klesl počet případů tělesného týrání, sexuálního zneužívání a počet dětí, jakožto svědků domácího násilí.

Lze shrnout, že všechny formy syndromu CAN probíhaly, dle prostředí, v největším počtu u rodičů, poté v náhradní rodinné péči (adopce, pěstounství) a nejméně v ústavní péči a zařízení ZDVOP, tj. zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Jen pro ilustraci uvedu čísla za rok 2018. Týráno u rodičů bylo celkem 8 654 dětí, v náhradní rodinné péči 337 a v ústavní péči 187 dětí. Podobná čísla byla i v letech předchozích.

Oznamovatelem týrání bylo nejčastěji zdravotnické zařízení, škola či ústavní zařízení, na druhém místě policie a na třetím OSPOD – tj. orgán sociálně-právní ochrany dětí. Naopak nejméně oznámených případů týrání přišlo za všechna léta ze strany sourozence týraného dítěte. Otázkou je, zda také nebylo týráno? Nemělo strach? Pro ilustraci opět uvedu čísla za rok 2018. Zdravotnické zařízení, škola či ústavní zařízení nahlásilo 3 296 případů týrání, zneužívání či zanedbávání dítěte. Policie oznámila 1 836 případů a OSPOD 1 699.

Důsledků syndromu CAN je mnoho, avšak mezi nejčastější u registrovaných případů patří nutnost poskytnutí psychologické pomoci, hospitalizace a posttraumatická stresová porucha. Za rok 2018 je to v číslech následovně. Poskytnutí psychologické pomoci potřebovalo 1 941 dětí, hospitalizováno bylo 197 a posttraumatická stresová porucha byla zaznamenána u 109 dětí.

Nejčastějšími přijatými opatřeními za uvedené roky bylo poradenství ambulantní formou a na druhém místě, co do počtu, podání trestního oznámení. Za rok 2018 bylo uskutečněno 5 922 případů poradenství ambulantní formou, podáno 1 070 trestních oznámení, 536 uložení dohledu. Odsouzeno bylo 441 pachatelů. Dalšími možnými ukládanými opatřeními v případě syndromu CAN jsou: umístění dítěte v širší rodině, do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, do ústavní výchovy nebo náhradní rodinné péče.

Ze statistik mohu shrnout, že nejvíce případů týraných, zneužívaných nebo zanedbávaných dětí je zaznamenáno ve věku od 6-15, a poté od 3-6 let. Z výše uvedených dat dále vyplývá, že zanedbávání je nejčastější formou syndromu CAN. Zanedbávání jsou více chlapci. Ti jsou také více tělesně týráni. Sexuálně zneužívány a psychicky týrány jsou více dívky. Největší počet zanedbávání dětí byl v roce 2016, kdy činil 6 934 případů a naopak nejnižší v roce 2014, kdy bylo zaregistrováno 5 484 případů.

2 Aktéři syndromu CAN

V první kapitole jsem definovala termín syndromu CAN, jeho souvislost s domácím násilím, neboť dle definice zdravotnické organizace, jak je uvedeno v první kapitole, je dítě vyrůstající v rodině, kde je pácháno domácí násilí, dítětem týraným. Dále jsem se zaměřila na formy týrání – psychické, fyzické, sexuální a zanedbávání. Úvodní kapitolu jsem zakončila výsledky ze statistických ročenek, které vypovídají o situaci syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte na území České republiky za léta 2014-2018.

Ve druhé kapitole se zabývám aktéry syndromu CAN – tedy pachatelem a obětí. V případě pachatele se zaměřuji na rizikové faktory a transgenerační přenos, který vnímám jako velký problém a vlastně i důsledek násilného chování vůči dětem. U oběti se zaměřuji hlavně na rizikové děti a důsledky týrání. Důsledků je mnoho a je to velice individuální, proto jsem vybrala, dle mě, ty nejčastější. Zde je třeba brát v úvahu, že každý jsme jiný a každý reagujeme na stejnou situaci odlišně.

K úvodu této kapitoly je ještě nutno dodat, že existují tři skupiny rizikových činitelů vedoucích k potencionálnímu týrání, jimiž je pachatel, oběť a situace. Pachatelem a obětí se blíže zabývám v následujících dvou podkapitolách, avšak situacemi nikoli. Z toho důvodu zde uvedu pár příkladů rizikových situací. Za rizikové situace se dají považovat následující: stres, toxikomanie, rozvod, rodiny s velkým počtem dětí a mnoho dalších. (Kalibová, Kaliba, 2014, s. 28-31)

2.1 Pachatel syndromu CAN

Vycházejme z definice syndromu CAN, kdy jde o nenáhodné ubližování dítěti po všech stránkách, kdy pachatelem je rodič nebo jiná dospělá osoba. Dané chování musí být společností odmítáno. Je tedy zřejmé, že pachatelem může být jakákoli dospělá osoba, avšak dítě je nejčastěji týráno rodiči popřípadě jinými členy rodiny. (Vágnerová, 2004, s. 593)

To, jak se rodiče budou ke svému potomkovi chovat závisí také na kulturních a sociálních podmínkách, ve kterých rodina žije. V každé společnosti budeme na stejné situace nahlížet jinak, je to tedy kulturní prostředí, jež *„určuje rámcově přijatelnost či nepřijatelnost určitých způsobů chování..“* (Mühlpachr, 2001, s. 74)

Nejen prostředí ve kterém žijeme do jisté míry určuje to, jak se budeme chovat ke svým dětem. Do jisté míry je také určující to, v jaké rodině jsme vyrostli my. Jak se k nám

chovali naši vlastní rodiče, jak nás vychovávali, trestali, jak s námi trávili volný čas. Je podstatné, jakým způsobem řešili konfliktní či jiné problémové situace. Rodiče nám slouží jako vzor, model rodičovského chování, který v mnoha případech převezmeme za svůj, neboť jsme v tom vyrostli. Z těchto důvodů je nezdědka častá situace, kdy po anamnéze zjistíme, že pachatel byl sám v dětství týrán. Rodiče často své chování omlouvají tím, že jejich rodiče je v dětství také bili a nevidí na tom nic negativního. Jelikož přenášíme vzorce chování do své vlastní rodičovské role, jde o dlouhodobý problém. (Mühlpachr, 2001, s. 74)

V předcházejícím odstavci se jedná o tzv. transgenerační přenos, ve kterém jde tedy o to, že rodiče, kteří byli v dětství týraní opakují dané chování ve vztahu ke svým dětem. Jsou ale známé i případy, kteří byli v dětství týraní a *poté „se stávají oběťmi týraní vlastními dětmi.“* (Gjuričová, Kocourková, Koutek, 2000, s. 22)

V transgeneračním přenosu já vnímám veliký problém dlouhodobého a obtížně řešitelného charakteru. Pokud je na dítěti páčáno nějaké násilí, vyrůstá v tom, je dost možné, že se s danými vzorci chování ztotožní, zvykne si, přijme je jako normální. A tak je bude aplikovat dál. A takhle to půjde po generacích stále pokračovat. Samozřejmě to tak může být, ale také nemusí. Naopak si dotyčný už jako dítě může uvědomit, cítit, že toto chování není správné a vědomě se rozhodnout, že se takto ke svému dítěti nikdy chovat nebude. Záleží na jedinci, formě týraní, intenzitě, délce, situaci.. vše je individuální. Avšak z výše uvedeného textu je vidět, že se jedná o poměrně častý jev – příčinu i důsledek syndromu CAN.

Jinými slovy, kdo zažil násilné chování v rodině, je u něj vyšší pravděpodobnost, že se sám jako dospělý člověk bude chovat také násilně. (Matoušek a kol., 2015, s. 62)

O jak vyšší je pravděpodobnost týraní rodiči, kteří byli sami týraní? Bentovim (1998) uvádí, že u rodičů, jež *„byli v dětství týraní či zneužíváni, je 3 – 5 krát vyšší pravděpodobnost, že budou takovéto modely chování aplikovat na vztah ke svým vlastním dětem.“* (Bentovim, 1998, s. 47) Tentýž autor ale zároveň uvádí, že pokud daní jedinci měli pozitivní vztah s druhým člověkem – z okruhu rodiny i mimo něj, tato pravděpodobnost potencionálního týraní se snížila.

Příčin týrání je mnoho, jednou z nich je výše zmíněný transgenerační přenos, dalšími je osobnost rodiče. Pachatel může být nevyrovnaný, citově chladný, může trpět duševní poruchou – neurotickým či psychotickým duševním onemocněním, poruchou osobnosti – psychopatií. Dále se může jednat o alkoholiky, narkomany a osoby, které se chovají násilnický a páchají kriminální chování. (Mühlpachr, 2001, s. 74)

Rizika na straně pachatele

Rizik je mnoho, některá jsme si popsali výše a zde uvádím další příklady.

Nedostatečná kompetence

Jedná se o rodiče, kteří nejsou schopni plnit svoji rodičovskou roli. Nezvládají o dítě náležitě pečovat z různých důvodů – např. mentální postižení, toxikomanie, nízká sociokulturní úroveň a další.

Nedostatečná motivace

V tomto případě jde o rodiče, kteří nemají dostatečnou motivaci k tomu, aby naplnili svoji rodičovskou roli žádoucím způsobem a dávají přednost spíše svým koníčkům a problémům před řešením rodičovských povinností. Může jít o mladé rodiče, nezralé a nepřipravené na svoji rodičovskou roli, žijící ve špatných podmínkách, ale i tzv. kariéristy – tedy lidi, jejichž prioritou je postup na kariérním žebříčku.

Sklon k násilnému chování

Jde o lidi, kteří se neumějí ovládat, snadno vybuchnou, nechají se lehce vydráždit, vytočit, mohou být citově chladní a nebrat ohledy na ostatní. Mají ve zvyku řešit problémové situace násilným způsobem.

Nezájem o dítě

V tomto případě rodič o své dítě nestojí, bere ho spíše jako přítěž a starost. Má jiné zájmy, hodnoty a priority.

Potřeba moci nad dítětem

Zde jde o jedince, kteří si kompenzují pocity méněcennosti tím, že mají nad dítětem převahu. Může jít o jedince delší dobu bez práce, žijící v nespokojeném vztahu, celkově nespokojené se svým vlastním životem. (Vágnerová, 2004, s. 594 – 595)

Co se týče nejčastějšího pachatele týrání, zneužívání a zanedbávání dětí, z hlediska jeho vztahu k oběti – dítěti, tak se jedná o rodiče, jejich partnery a další příbuzné – v tomto pořadí. Podle pohlaví převažují muži, avšak nijak významně. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 173)

2.2 Oběť syndromu CAN

Jak je zřejmé z definice syndromu CAN, obětí je dítě. Tedy jedinec do 18ti let. Obětí se může stát jakékoli dítě, avšak jsou určité rizikové faktory, které tuto pravděpodobnost zvyšují. Dunovský (1995, s. 135) definuje toto riziko jako určitý potenciál, ohrožení pro vznik týrání na dítěti, které může, ale také nemusí nastat. Jedná se o zvýšené riziko. Skupiny ohrožených dětí jsou obecně více ohroženy týráním než jiné.

Obětí může být tedy jakékoli dítě z jakéhokoli prostředí z hlediska struktury společnosti. Vyšší výskyt se spojuje s chudobou a nižším dosaženým vzděláním rodičů, avšak týrání se nevyhýbá ani dětem z rodin z vyšší společenské vrstvy – bohatým a dobře materiálně zajištěným. (Výrost, Slaměník, 2001, s. 176)

S předchozím odstavcem souvisí citová subdeprivace, jako možný následek citového strádání. Její problém spočívá v tom, že je poměrně těžce registrovatelná okolím, neboť navenek se jeví, že dítěti nic nechybí – je dobře materiálně zajištěné, chodí hezky oblekané, dostává se mu slušného vzdělání. Jenže těmto dětem se nedostává dostatečné lásky od rodičů a tím strádají. (Vágnerová, 2004, s. 603)

Obecně se dá říci, že rizikovým dítětem je nejmladší dítě v rodině, které se určitým způsobem odchyluje. Odlišovat se může dítě tím, že je mentálně či tělesně postižené, dítě dráždivé, jiného temperamentu nežli jsou rodiče. Ovšem někdy je rizikovost dítěte dána i třeba tím, že bylo nechtěné, anebo pachateli připomíná druhého partnera, jehož nenávidí a dítě se tak může stát obětí útoků. (Gjuričová, Kocourková, Koutek, 2000, s. 21)

Rizikové faktory na straně dítěte mohou být takové, že dítě nebylo chtěné, je jiného než vytouženého pohlaví, má speciální potřeby, často pláče a těžko se uklidňuje, je psychicky nemocné, má výchovné problémy a jeho školní úspěšnost je jiná nežli očekávání rodičů. (Truellová, Vaníčková, Novotná, 2017, s. 6)

Rizikové děti z hlediska forem týrání

Rizik je spousta, ovšem i kdyby jich bylo nespočet, je to omluva pro týrání, zneužívání nebo zanedbávání? Zde popisují některé další příklady rizik.

Fyzické týrání

Do této formy týrání nejvíce spadají děti, které se projevují způsobem, jež pachatele vyčerpává, provokuje a není jednoduché je výchovně usměrnit. Může se jednat o děti s lehkou mozkovou dysfunkcí, děti náladové, ustrašené, mentálně retardované, neobratné.

Sexuální zneužívání

Zde je určující věk, kdy u nejmenších dětí prakticky neexistují žádná potenciální zvýšená rizika, u dětí předškolních a starších jsou více ohroženy holčičky. Zvýšené riziko je u dívek vyspělých, které mají ženské křivky a dívek, které se rády mazlí a koketují – chovajících se vyzývavě.

Zanedbávání

Zde je důležité si uvědomit, že dítě, které je zanedbávané „*je v podstatně jiné situaci než dítě týrané nebo pohlavně zneužívané. V tomto případě není dítě obětí agrese nebo jiné aktivity dospělého, nýbrž jeho neaktivity. Proti aktivitě dospělého je možno se bránit, proti nezájmu však aktivní obrana není.*“ (Dunovský, Dytrych, Matějček., 1995, s. 111)

Spadají sem děti zpomalené, málo aktivní, jež samy od sebe neusilují o zájem druhých. Dále děti zdravotně postižené, apatické.

(Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 108-111)

2.3 Důsledky syndromu CAN

Pro začátek je dobré si uvědomit, že důsledků týrání dětí je mnoho a záleží na mnoha faktorech, jaké v konečném důsledku bude mít týrání dítěte na něj vliv do budoucna. Neboť každý jsme jedinečný, jinak věci prožíváme, jinak se s náročnými situacemi vyrovnáváme, jsme jinak odolní, dostane se nám jiné pomoci, v jiný čas, v jiném věku a po jiných zkušenostech.

Vágnerová (2004, s. 612) říká, že důsledky týrání jsou horší, čím je dítě mladší. Dále záleží na délce, intenzitě týrání a vztahu dítěte k pachateli. Také zdůrazňuje provázanost toho, že týrané dítě je mnohdy zároveň výchovně zanedbávané a nedostává se mu potřebné lásky – čili citově strádá. Což se zase odrazí v důsledcích.

Důsledky se dají rozdělit na krátkodobé, jež se vyskytují třeba ihned po aktu násilí nebo krátce po něm, při vzpomínce na něj. Spadá sem např. smutek, vztek, úzkost, strach, agrese. A dále na důsledky dlouhodobé, jež mohou trvat až po celý život, avšak za pomoci odborníků se dají do jisté míry odstranit. (Kalibová, Kaliba, 2014, s. 35)

Do dlouhodobých důsledků páchaní násilí na dítěti je možné zařadit obranné reakce, sociální izolaci, problémy v sociálních vztazích, poruchy příjmu potravy, snížené sebevědomí, užívání návykových látek, sebepoškozování, sebevražedné jednání, depresi, citovou deprivaci, posttraumatickou stresovou poruchu, promiskuitu, neschopnost navázat a udržet si partnerský vztah a mnoho dalších. (Kalibová, Kaliba, 2014, s. 35-36) Nesmíme opomenout transgenerační přenos, jež je více popsán v předchozí podkapitole.

Jak je patrné, důsledků je mnoho a nemohu věnovat každému potřebnou pozornost, nicméně zde blíže popíši některé z nich. Blíže tedy specifikuji obranné reakce, citovou deprivaci a posttraumatickou stresovou poruchu.

Obranné reakce

Obranné mechanismy dítě používá, neboť se potřebuje určitým způsobem chránit, zajistit si iluzi bezpečného a láskyplného domova. Což je pro dítě velice těžké, neboť pachatelem bývá někdo, kdo ho má před takovým chováním bránit a ne být tím agresorem. Pro dítě je to těžké pochopit, proč mu blízká osoba ubližuje a nechce si to připustit, v tu chvíli nastupují obranné mechanismy.

Sem patří například **popření** týrání, a to z různých důvodů. Jednak může být motivem popření strach z pachatele, strach z dalšího trestu, ale také ochrana rodičů, které i přes týrání miluje. Chrání tak i sám sebe a svoji iluzi láskyplného domova.

Dalším obranným mechanismem je **přijetí role (racionalizace)** dítěte, které si týrání zaslouží, neboť se chovalo nevhodně, a tím pádem musí přijít trest. Dítěti pomáhá, pokud si myslí, že si projev týrání zasloužilo, lépe se pak s tím vyrovnává.

Aktivní obrana spočívá v tom, že týranému dítěti chybí dostatek lásky, a tak se snaží rodiče na sebe upozornit, vynutit si pozornost, zájem a lásku. Většinou se však nesetká s pozitivní reakcí ze strany rodiče.

Další možnou obrannou reakcí je **tendence si negativní zážitek zopakovat**. Toto zopakování, třeba jen ve fantazii, kresbě či hře, ale i při opětovném týrání pomůže dítěti se s daným chováním lépe vyrovnat, neboť už ví, co ho čeká, není v šoku a celý zážitek si může převést do pro něj přijatelné interpretace násilnickova chování. Postupem času dítě zaujímá k týrání jiný postoj, nežli při jeho prvním projevu.

Lze sem zařadit i **identifikaci s agresorem**, kdy se dítě s týráním vyrovnává tak, že přijme násilnickovo chování za své a začne se chovat podobně ke svému okolí, čímž si kompenzuje pocity strachu a slabosti, které zažívá v roli oběti. (Vágnerová, 2004, s. 615)

Citová deprivace

Deprivaci můžeme vymezit jako strádání, jež je následkem nepostačujícího uspokojením základních potřeb jedince. Toto nedostatečné plnění, nebo spíše neplnění může vážně poškodit vývoj dítěte. V případě citového strádání mluvíme o neuspokojení citových potřeb – bezpečí, jistoty. (Vágnerová, 2004, s. 597)

Dítě, ať už je týráno jakýmkoli způsobem, tak snad skoro vždy bude citově deprivované. Pro dítě je ohromně důležité naplnění potřeby jistoty, bezpečí a lásky, což se v případě týrání může jen stěží podařit. Často totiž vyrůstá v prostředí, kde není dostatečně přijímáno a necítí se v bezpečí. Čím mladší týrané dítě bude, tím budou následky větší a hůře odstranitelné. Tato brzká deprivace způsobuje vážně změny v osobnosti dítěte, jež se ale mohou objevit až v jeho dospělém věku. (Vaníčková, Hadj-Mousová, Provazníková, 1995, s. 33)

Ve většině případů je matka tou hlavní osobou, jež poskytuje dítěti pocit jistoty a bezpečí. Pokud je tato potřeba dítěti v postačující míře a po dostatečnou dobu naplňována, dítě vyřeší první z osmi konfliktů svého vývoje dle Ericksona (důvěra vs. nedůvěra) a získá tak potřebnou důvěru v okolní svět, a tím i v sám sebe. Tato potřeba nemůže být kompenzována zážitky z jinými oblastmi – je tedy klíčové, aby dítě bylo svými rodiči přijímáno. Naplnění dostatečně citového vztahu dítěti umožňuje v pozdějším věku navázat a udržet vztahy s lidmi, mít důvěru v sám sebe. (Vágnerová, 2004, s. 597)

Citová deprivace se vyznačuje nedostatkem „emočních podnětů, absencí stabilního a spolehlivého vztahu s mateřskou osobou a z toho vyplývajícím narušením jistoty a bezpečí. Vzniká v situaci, kdy matka (nebo jiná osoba) nemá o dítě zájem, zanedbává je a zaujímá k němu ambivalentní, nebo dokonce hostilní postoj. ...Jde o dlouhodobý negativní proces, který zpravidla ovlivňuje vývoj dítěte již od narození, dítě jinou zkušenost nemá, považuje tento stav za normu. Kromě toho bývají případné pokusy o získání rodičovské přízně odmítány nebo trestány.“ (Vágnerová, 2004, s. 598)

Z výše napsaného textu vyplývá, že pokud dítě nebude od svých rodičů přijímáno, od té nejdůležitější osoby v jeho životě, nevytvoří si důvěru k okolnímu světu, bude mít nízké sebevědomí, nebude schopno navázat vztahy s druhými a navíc, tím, že v takovém prostředí vyrostě, nebude mu na tom připadat nic zvláštního. A jsme opět u transgeneračního přenosu – jak pak může takové dítě v dospělosti vychovávat své dítě s láskou, když to samo nezažilo? Neví, jak by se správně měl rodič chovat, jak by měl

naplnit a uspokojit základní potřeby svého dítěte, když to sám nezažil. Takové dítě se také může pokoušet získat pozornost rodičů jakýmkoliv způsobem, třeba i tím, že bude zlobit, kouřit, brát drogy... bude se na sebe snažit upozornit za každou cenu, neboť negativní pozornost je lepší nežli žádná.

Jedním z důsledků citové deprivace může být horší prospěch dítěte ve škole, který ale nesouvisí s jeho intelektuální vybaveností, dítě dále nedokáže pracovat bez vedení, a to například kvůli narušenému sebevnímání – nevěří si. (Vágnerová, 2004, s. 599)

Považuji za užitečné zmínit, že deprivací se zabýval český dětský psycholog Zdeněk Matějček, který zdůrazňoval roli rodiny, jež je nezastupitelná. Matějček se v souvislosti s deprivací zabýval dětmi žijícími v ústavní péči, jakožto prostředí nedostačujícím pro naplnění potřeby jistoty a bezpečí. Takové děti mají často problémy ve vztazích i v dospělosti. (Vágnerová, 2004, s. 597)

V souvislosti s citovou deprivací mohu zmínit citovou subdeprivaci, jež je méně závažnou formou citové deprivace, avšak v našem prostředí s vysokou mírou výskytu. Je nebezpečná v tom, že je hůře rozpoznatelná, a tak se subdeprivovanému dítěti nemusí dostat nutné pomoci. Těmto dětem navenek nic nechybí, chodí hezky oblekané, mají několik hraček, nový mobilní telefon, dostává se jim slušného vzdělání. Jenže jim chybí to nejdůležitější - leč očím neviditelné – a to je láska, přijetí. (Vágnerová, 2004, s. 603)

Podle výše napsaného textu se zdá, že citová deprivace a subdeprivace jsou téměř totožné, rozdíl není na první pohled až tak výrazný. V případě subdeprivace rodiče jeví o dítě alespoň nějaký zájem – nakupují mu oblečení, řeší, jaké bude mít vzdělání ..., v případě deprivace se o dítě nezajímají a mají k dítěti hostilní postoj, z toho vyvozují, že se mu asi vůbec nevěnují, dítě tím pádem může být celkově opožděné v jeho celém vývoji – motorické schopnosti, řeč, pozornost. Dá se říct, že takové dítě je celkově zanedbané. Rozdíl je asi pouze v materiálním zajištění dítěte.

V souvislosti s touto problematikou mohu ještě zmínit sociální a kognitivní deprivaci, jejichž podstatou je to, že vlivem nedostatku podnětů, možností k učení se může dítě ve svém psychickém vývoji opozdit, typický je opožděný vývoj řeči a nedostatečná socializace – děti se chovají jinak než očekávaným způsobem v dané společnosti, která takový způsob chování může označit za nežádoucí. Potíže jsou v tom, že dané potřeby řeší s tendencí je okamžitě uspokojit i nevhodným způsobem – př. potravu buď ukradnou, anebo si peníze obstarají žebráním). Toto chování se po změně prostředí dá napravit, alespoň do určité míry, ale záleží na délce trvání žití

v takových nevyhovujících podmínkách, věku dítěte a jeho vrozených dispozicích a dalších faktorech. „*Obecně platí, že čím déle bylo dítě od raného věku zanedbáváno, tím větší bude stupeň opoždění jeho vývoje.*“ (Vágnerová, 2004, s. 608-609)

Posttraumatická stresová porucha

Tato porucha je typická u obětí jakéhokoli traumatu, do kteréhož patří například živelné katastrofy, nehody v dopravních prostředcích, ale i týrání a zneužívání (nejen) dětí. Příznaky typické pro tuto poruchu se u oběti objevují po odeznění trýznivé zkušenosti, může to být v rozmezí týdnů až maximálně 6 ti měsíců. Průběh PSP je měnný, u některých jedinců může trvat i několik let a vyústit tak v trvalou změnu osobnosti – jedná se o tzv. chronický průběh. (Vaničková, 2007, s. 86-87)

Pojem trauma je řeckého původu a můžeme ho charakterizovat jako ránu, porážku či metamorfózu – čili přeměnu. Lze ho chápat jako „*komplex biologických, psychologických, sociálních a somatických symptomů., které lidský organismus více či méně úspěšně zpracovává a ukládá na určité časové životní ose. Přesáhne-li trauma schopnost jedince adekvátně je zpracovat a vyrovnat se s ním (coping with), vytváří se posttraumatická stresová porucha.*“ (Malá, 2003, s. 28)

Tato porucha je charakteristická třemi symptomy, a to **znovuprožíváním** traumatizujícího zážitku, projevujíc se samovolným vybavováním traumatizujícího prožitku či asociací podobné příhody vyvolávající smutek, dále **vyhýbáním** se, a to všemu, co trauma připomíná, ale také aktivitám, jež dříve jedinci přinášely radost. Vyhýbání i koreluje s odcizením blízkému okruhu osob daného jedince. A v neposlední řadě se objevuje **vegetativní labilita**, ta se projevuje poruchami spánku, nekontrolovatelnou agresivitou, potížemi s koncentrací a zvýšenou lekavostí. (Vaničková, 2007, s. 87)

Posttraumatická stresová porucha se navenek jeví jako lhostejnost, nezájem člověka k tomu, co se děje, jedinec se také často separuje od ústředních osob – kvůli strachu z důvěrnosti vztahu. Může také dojít k disociativní poruše paměti. Ta souvisí s disociativní poruchou osobnosti – u jedince dojde k rozštěpení jeho osobnosti na dvě části, což traumatizovanému jedinci pomáhá „přežít“ trauma. (Vaničková, Provazník, Hadj-Mousová, Spilková, 1999, s. 80)

Disociační neboli disociativní, konverzní porucha je charakterizována částečnou či celkovou ztrátou „*normální integrace mezi vzpomínkami na minulost, vědomím vlastní identity, aktuálními pocity a kontrolou tělesných pohybů.*“ (Smolík, 2002, s. 281) Dá se vlastně říci, že se jedná o jakýsi obranný mechanismus oběti, která si vytvoří druhou „silnější“ osobnost, která za ní bude snášet trauma, neboť ona sama by se s tím nedokázala poprat.

Pod disociativní poruchu se řadí několik typů poruch, mezi něž patří například disociační amnézie, ta je většinou spojená s vytěsněním/zapomenutím traumatu a bývá ve většině případů selektivní – jedinec vytěsní konkrétní traumatický zážitek, ovšem může být i úplná, tzv. generalizovaná amnézie, kdy si jedinec není schopen vybavit nic ze svého života. Dále disociační fuga – zde je porucha paměti spojená s nečekaným cestováním oběti na delší vzdálenosti, na něž si posléze člověk většinou nepamatuje, poté sem také spadá disociační stupor – neschopnost pohybu, bez přítomnosti tělesného poškození a další typy. (Smolík, 2002, s. 282-286)

3 Možnosti intervence

Než se dostanu ke konkrétním možnostem odborného zásahu čili intervence, jakožto formy pomoci zasaženému jedinci, považuji za užitečné zaměřit se na prevenci, jež pochází z latinského slova *preventia* neboli předcházení a znamená tedy určitou ochranu, předejití problému. Jak je obecně známo, je snadnější věcem předejít, než je posléze řešit. Prevence má tři úrovně, dá se říct dle stupně problému: primární, sekundární a terciární. (Bělík, Hoferková, Kraus a kol., 2017, s. 67)

3.1 Prevence – primární, sekundární, terciární

Cílem primární prevence je zabránit jakémukoli nežádoucímu jevu, v korelaci s touto prací týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte, s tím, že se ještě dělí na specifickou a nespecifickou. V případě nespecifické jde o vytvoření takového postoje celé společnosti k dané problematice, jež je v souladu s jejími zásadami, normami a s pohledem na patologické chování. Pokud mluvíme o specifické primární prevenci máme již nějaký určitý cíl, k němuž naplnění slouží různé osvěty, besedy, které jsou zaměřené již na konkrétní chování, změnu postojů, vytvoření žádoucích postojů, konkrétní skupiny lidí – př. děti, odborníci, rodiče. (Vaničková a kol., 2009, s. 10)

Do primární prevence v souvislosti se syndromem CAN se dají zařadit aktivity: „*posilování dobrého rodičovského vztahu, výchova k bezpečí, sexuální výchova, kurzy pro pedagogické pracovníky, sociální pracovníce a právníky; osvětové akce pro rodiče; výukové videofilmy, televizní pořady, metodické materiály; začlenění dané problematiky do učebních osnov všech typů školy; výchova dětí a mládeže.*“ (Rydlo, 2004, s. 51)

Pokud už se jedná o ohrožené skupiny lidí, v našem případě dětí, u kterých je zvýšené riziko týrání, zneužívání nebo zanedbávání – př. děti žijící v rodině s již vyskytující patologií u rodičů, rizikové děti (viz předchozí kapitola) nebo různé rizikové situace – př. vyhrocený rozvod, mluvíme o sekundární prevenci. Dle statistik MPSV (viz 1. 5 podkapitola této práce) je zřejmé, že týrané, zneužívané či zanedbávané dítě nejčastěji odhalí zdravotnické zařízení, škola, policie anebo orgán sociálně-právní ochrany dětí – OSPOD. Je proto nutné, aby byli především učitelé, kteří jsou s dítětem v denním kontaktu – mimo víkendů, věděli, čeho si u dětí všimnout, ale také jak se v případě podezření na sy CAN zachovat, jak postupovat.

Nutno dodat, že v případě podezření na týrání dítěte máme všichni oznamovací povinnost. „*Podezření na sy. CAN podléhá oznamovací povinnosti, a to v souladu se zákonem č. 359/1999 Sb., ve znění pozdějších předpisů a s trestním zákoníkem.*“ (Truellová, Vaničková, Novotná, 2016, s. 22). Zmíněný zákon je o sociálně-právní ochraně dětí.

Cílem sekundární prevence je tedy vyhledat takové děti a zabránit možnému působení rizik tím, že tyto děti a jejich rodinu bude sledovat lékař a bude se pracovat na sanaci čili nápravě nevhodného rodinného prostředí, chování mezi členy rodiny. K tomuto slouží pravidelné sledování čili monitoring „*na základě screeningu (anamnestické zjišťování rizik, fyzikální vyšetření dítěte v rámci preventivních prohlídek apod.)*.“ (Vaničková a kol., 2011, s. 10)

Posledním stupněm prevence je terciární, v tomto případě už jde o práci s konkrétními jedinci – obětí i pachatelem. Tedy k nežádoucímu chování již došlo a nyní se pracuje na tom, aby nedocházelo k opakování takového chování a je snahou zmírnit následky takového činu, jak jen to jde. (Vaničková a kol., 2011, s. 10)

Na terciární prevenci se zaměřím hlouběji v následujících řádcích, z hlediska organizací, které pomáhají takto postiženému dítěti vyrovnat se s traumatem a zmírnit dopady týrání. Jaké organizace se tedy zabývají pomocí dětem zasaženým sy CAN?

3.2 Typy organizací na pomoc dětem zasaženým sy CAN

Jak již víme, pokud máme byť jen podezření, že dané dítě je týráno – jakoukoli formou, měli bychom to oznámit. Na koho se s takovým oznámením tedy obrátit? Možností je více, můžeme se obrátit na policii, která navíc disponuje specializovaným oddělením pro práci s mládeží, dále je nám také znám tzv. OSPOD tj. orgán sociálně-právní ochrany dětí, jež je specializovaným oddělením místních či obvodních úřadů. (Pöthe, 2003)

Dalšími typy organizací jsou linky důvěry, dětská krizová centra, pedagogicko-psychologické poradny, centra psychosociální pomoci. Obrátit se můžeme také na psychologa, sociálního pracovníka. (Hanušová, 2006, s. 19) Myslím si, že dítě samo často neví, že existují takováto specializovaná pracoviště, neví, že to co samo prožívá, zažívá i dalších xy dětí. Proto, pokud se rozhodne někomu svěřit, říct si o pomoc, myslím si, že to bude třeba vrstevník, učitel, trenér či jiná bližší osoba, ke které má určitou důvěru.

Výše je zmíněná linka důvěry, jejíž typů je několik a obvykle se každá specializuje na nějakou konkrétní skupinu osob. Obecně nabízejí poskytnutí pomoci v krizové situaci, a to i anonymně, případně mohou volající osobu odkázat na organizace, ve kterých by se jí dostalo potřebné pomoci. Její velkou výhodou je to, že můžeme volat a říct si o pomoc prakticky kdykoli – není nutné se objednávat, není nutné tedy problém odkládat, ale je možné ho ihned začít řešit. (Linky důvěry, 2010, online)

Jak jsem zmínila výše, existuje více linek důvěry, některé z nich jsou pro specifické skupiny osob. Pro pomoc dětem a mladistvým, ale i studujícím do 26 let věku, slouží linka bezpečí, linka důvěry Dětského krizového centra, ale třeba i Pražská linka důvěry, jež nabízí pomoc celé populaci. (Linky důvěry, 2010, online) Dobré je, že pokud jedinec nerad telefonuje, může pracovníky požádat o pomoc/svěřit se i písemně, například e-mailem/přes chat. (Jak linka funguje, 2020, online)

A s jakými problémy se lze na linku důvěry obrátit? Můžeme pracovníky kontaktovat ať řešíme jakýkoliv problém – pokud tedy není linka specializovaná na nějaký okruh osob, avšak v tom případě vám může poskytnou kontakt na jiné pracoviště. Pracovníci linky jsou různí – mohou to být terapeuti, sociální pracovníci, lékaři, ale i vyškolení laici. Člověku, který na linku zavolá/napiše může pomoci už pouhé vyslovení svého problému, vypovídání, pohled druhé nezaujaté osoby, případně kontakt na někoho dalšího, kdo nám může pomoci. Je možné, že díky otázkám nalezneme v sobě odpověď, která v nás již byla, jen jsme si ji neuvědomili. (Mufson, Kranz, 1996, s. 116)

Zmíněná pedagogicko-psychologická poradna by měla být v každém kraji. Je určena pro děti od 3-15 let a je zaměřena na pomoc dětem, které mají problémy týkající se školy, sem spadají například potíže s učením, nestíhání tempa vyučujícího, nerozhodnost při volbě povolání či zaměření střední školy. Ovšem můžou se na tuto poradnu obrátit i děti, kteří mají problémy v rodině či s vrstevníky. Na rozdíl od linky bezpečí je nevýhoda v tom, že je potřeba objednání a může být i poměrně dlouhá čekací doba. (Mufson, Kranz, 1996, s. 113-114)

Krizové centrum pomáhá lidem v naléhavých krizových situacích, kde není nějaký čas na odklad řešení. Klient tedy může přijít neohlášeně a provoz bývá neustálý. Součástí některých z nich je linka důvěry. (Mufson, Kranz, 1996, s. 113) Existují krizová centra pro děti i pro dospělé. Například v Hradci Králové funguje Dětské krizové centrum spolu s Poradnou pro oběti násilí, k této organizaci ale blíže v následující kapitole.

Považuji za užitečné zmínit konkrétní dětské krizové centrum sídlící na Praze 4, ovšem s celorepublikovou působností. Nabízejí pomoc ohroženým dětem, jež mají problémy jak doma, tak ve škole. Takové dítě se může do krizového centra objednat, ale v akutním případě přijít i neohlášeně, případně kontaktovat pracovníka jiným způsobem prostřednictvím linky důvěry, skypu, e-mailem. Obrátit se na ně s žádostí o pomoc může dítě v případě různých problémů - týrání, zneužívání, sebevražedné myšlenky, domácí násilí, vydírání a mnoho dalších – obecně s jakýmkoli problémem, se kterým si dítě neumí samo pomoci, potřebuje se svěřit a tak podobně. (Pomáháme dětem, 2020, online) Pomáhají dětem, ale i rodičům. Nabízejí také právní poradenství. Toto dětské krizové centrum funguje již od roku 1992 (za jeho vznikem stojí prof. MUDr. Jiří Dunovský DrSc.) a je zaměřeno na prevenci, diagnostiku, ale i nápravu dítěte postiženého syndromem CAN, ale i jinak ohroženého. (O nás, 2020, online)

Existují také poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy. Takové bychom měli nalézt v každém kraji. Klientem může být člověk jakéhokoli věku, jenž má problém ve vztahu. Sezení se může zúčastnit sám, s dalším členem rodiny, ale i s celou rodinou. Je třeba se objednat – ne tedy přijít neohlášeně. (Mufson, Kranz, 1996, s. 114)

Poslední organizaci, kterou zmíním je psychoterapeutické centrum. Většinou se každé specializuje na určitou věkovou skupinu. Klientem může být člověk, jenž má problém, který není schopen sám řešit a může mít tedy pocity strachu, úzkosti, deprese aj. Pracovníkem bývá psycholog nebo psychiatr, který s klientem důkladně probere danou situaci i vše, co s ní může souviset. Je možné docházet pravidelně – po dobu trvání problému a potřebné pomoci, případně může být klientovi nabídnuta psychoterapeutická skupina eventuelně jiná forma pomoci. (Mufson, Kranz, 1996, s. 115-116)

Existují i jiné možnosti pomoci dětem, ale i rozšíření povědomí o syndromu CAN, za zmínku stojí „Vládní kampaň STOP násilí na dětech 2009“. Tato kampaň si klade za cíl rozšířit povědomí veřejnosti o tomto jevu, jeho projevech, důsledcích, dále zvýšit citlivost a empatický přístup k obětem a snížit toleranci veřejnosti vůči všem formám násilí. (O kampani, 2009, online)

Jistě v této podkapitole nelze opomenout Fond ohrožených dětí, tzv. FOD, jež se zaměřuje na pomoc ohroženým dětem. Ohrožením se v tomto případě rozumí týrání, zneužívání nebo zanedbávání. Tento fond byl založen roku 1990 a každý může jeho činnost podpořit finanční částkou. Jeho cílem je jakýmkoli možným způsobem pomoci ohroženým dětem a nabízí možnost ubytování v zařízení Klokánek, tj. zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. (Pomoc ohroženým dětem, 2020, online)

Klokánek je dá se říci zařízení pro okamžité řešení krizové situace dítěte dočasného charakteru. Jeho výhoda oproti ústavní péči spočívá v tom, že může dítěti pomoci okamžitě (bez rozhodnutí soudu, které nějakou dobu trvá) poskytnout pomoc, zázemí a odpovídající péči. Do Klokánku jsou děti umísťovány buď dle rozhodnutí soudu na základě předběžného opatření, na žádost OSPOD či rodičů, ale i na žádost samotných dětí, a to i bez souhlasu jejich zákonných zástupců. Pobyť tam trvá průměrně šest měsíců, s tím, že přibližně 60 % dětí se vrací zpět do své původní rodiny a kolem 30 % dětí se hledá náhradní rodinná péče či umístění v jiném zařízení – např. dětský domov. (Klokánek, 2020, online)

3.3 Možnosti intervence v Královéhradeckém kraji

V předchozí podkapitole jsem věnovala pozornost několika vybraným typům organizací, které se zaměřují na pomoc týraným dětem v rámci České republiky. Nyní chci vybrat základní organizace v rámci Královéhradeckého kraje, které může takové dítě požádat o pomoc. Samozřejmě zcela obecně se dítě může obrátit na osobu, které věří – třeba na třídního učitele, školního psychologa, příbuzného, kamaráda, ale třeba i na lékaře, souseda., zkrátka kohokoli, ke komu má určitou důvěru a ten ho pak může nasměrovat na organizace, které se na pomoc takovým dětem specializují.

Městská policie

Pravdou je, že si myslím, že spousta organizací, které vznikly na pomoc týraným dětem je pro spousta dětí neznámá a samy o její existenci nemusí tušit. Ale už i děti v mateřské škole se učí, že když se děje něco špatného, můžeme se obrátit na policii. Že cizím lidem sice nemáme říkat osobní věci, ale policistovi/policistce vše říct můžeme. I ze statistických ročenek MPSV (viz podkapitola 1.5) je vidět, že policie je druhým nejčastějším oznamovatelem páchání syndromu CAN, a tak je v rámci zachycení a následného řešení syndromu CAN velice podstatnou složkou.

Obecně se můžeme obrátit na policii České republiky (tel. číslo 158), na jejíž webových stránkách najdeme i spoustu užitečných rad týkající se různých trestných činů. V případě sy CAN se nás týkají násilné trestné činy (domácí násilí, týrání svěřené osoby), sexuální a mravnostní trestné činy (znásilnění a pohlavní zneužití). Nalezneme zde například práva oběti, informace o trestných činech, možnosti řešení a další. (Pomoc obětem TČ, 2019, online)

Městská policie Hradec Králové pořádá i různé besedy a přednášky pro žáky mateřských, základních a středních škol, ale i pro seniory. Tuto činnost vnímám velice pozitivně. Pokud se podívám na témata besed, vidím, že v drtivé většině je přednášena dopravní výchova, čili nějaké bezpečné chování na silnici. Od čtvrté třídy základní školy do témat přibyla šikana a později, v dnešní době aktuálnější, kyberšikana čili šikana na internetu. Nicméně až na střední škole se přednáší o domácím násilí, což mi přijde jako škoda. Chci ale upozornit, že žádné přednášky jsem se nezúčastnila a je tak možné, že policisté mohou takové téma zahrnout do nějaké jiné besedy, vycházím pouze z názvů témat uvedených na webových stránkách městské policie v Hradci Králové. Z veřejně dostupných statistik víme, že právě nejvíce jsou syndromem CAN ohroženy malé děti, ty nejvíce bezbranné, a tak považuji za důležité, aby už co nejmenší děti věděly, že takové chování není správné, a kam se mohou obrátit o pomoc. (Přednášky a besedy, 2019, online)

Na městskou policii města Hradec Králové se můžeme obrátit buď na tísňovou linku, sloužící pro opravdu akutní případy (tel. číslo 156), anebo v případě ne tak naléhavého případu slouží běžná linka, např. telefonní číslo +420 731 131 080. Také můžeme volat na 911. (Tísňová linka 156, 2020, online)

Intervenční centrum

Intervenční centrum, které spadá pod oblastní charitu, nabízí pomoc obětem domácího násilí i jejich blízkým, starším 16 ti let. Funguje pro lidi převážně z Královéhradeckého kraje. Intervenční centrum jako takové se sice nespécializuje přímo na děti postižené syndromem CAN, nicméně věřím, že pokud by se na ně obrátilo dítě jakéhokoli věku tj. i mladší 16 ti let, tak mu poskytnou pomoc minimálně tím způsobem, že mu předají kontakt na organizace, které se na takovou intervenci specializují. (Intervenční centrum, 2020, online)

OSPOD

Orgán sociálně-právní ochrany dětí je jednou z nejvýznamnějších institucí, co se týče zachycení případů týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí a koordinace následného postupu řešení. Tento orgán spadá pod odbor sociálních věcí a zdravotnictví. Jejich činnost, upravena zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, spočívá především v ochraně práv dětí, jejich zájmů, to vše ve spojitosti s napravením nefunkčního fungování rodinného systému. Pokud to nejde jinak, může dojít k vyřízení náhradní rodinné péče pro dítě, jež nemůže být – byť i jen dočasně – vychovááno ve své vlastní rodině, a to z mnoha různých důvodů (osiření, rodič ve vězení, je podezřelý na spáchání trestného činu, rodiče neplní své povinnosti, dítě vede nevhodný způsob života – alkohol, trestná činnost, závažné neplnění školních povinností apod.). (Kdo jsme, 2020, online)

Součástí OSPOD ve městě Hradec Králové je speciální oddělení, které svou činnost zaměřuje na týrané, zneužívané a zanedbávané děti – „Tým pro ohrožené děti“. Jedná se o děti spadající do syndromu CAN, o kterém pojednává tato práce, a tak nepovažuji za nutné rozepisovat příklady. Jediné, co bych zmínila je (a není to zahrnuto v této práci) je, že do zneužívání dítěte spadá nejen sexuální, ale i zneužívání k práci a podněcování k páčání trestné činnosti. Tento tým se zaměřuje i na násilné chování mezi partnery, neboť i takového chování je dítě obětí, byť nepřímou. (Šimůnek, 2019, online)

NOMIA z.ú. – Poradna pro oběti násilí a dětské krizové centrum

Tato organizace je naprosto klíčová a zásadní, co se týče pomoci dětem trpícím sy CAN na území celého Královéhradeckého kraje. Jedná se o poradnu pro oběti násilí a dětské krizové centrum. Cílovou skupinou jsou ale i pachatelé násilného chování. Nomia má tedy velmi široké pole působnosti. Sídlí v Hradci Králové, ale působí v rámci celého kraje již od roku 2003, v té době však ještě pod záštitou mezinárodní humanitární organizace ADRA, o.p.s. Na přelomu let 2014 a 2015 se osamostatnila a působí jako Nomia z.ú. čili zapsaný ústav. (O nás, 2020, online)

Nomia se zaměřuje na rozvodové, porozvodové, partnerské konflikty, často spojené s násilným chováním, psychickým nátlakem jednoho z partnerů, dále pomáhá obětem domácího násilí, ale i obětem trestné činnosti povšechně.

Jejich obecným cílem je zamezit násilnému chování ve vztazích a ošetřit traumata s tím spojené, a to jak u dospělých tak u dětí, v rámci terapeutických sezeních prostřednictvím různých metod. Další cílovou skupinou jsou týrané, zneužívané a zanedbávané děti, o nich ale více v následujících odstavcích, (O nás, 2020, online)

Jak jsem psala výše, pracují na nápravě chování u pachatele trestné činnosti, a to zejména v rámci probačního terapeutického programu narativní práce s agresí, kdy mezi hlavní cíle patří přijetí zodpovědnosti za své násilné chování a následky s tím spojené, dále změna nežádoucího chování a podpora jiných reakcí nežli agresivních. Také se snaží zmírnit dopady násilných projevů pachatele na jeho blízké okolí – typicky rodina, přátelé, partner a děti. Dále si kladou za cíl navodit změny v citové oblasti, kdy jde o napravení vztahové vazby čili attachmentu, kdy její porucha bývá nezřídka právě původcem patologického chování. Jde právě o transgenerační problém, kdy sami pachatelé byli v dětství buď svědkem domácího násilí – tj. obětí nepřímou, nebo obětí přímou – tj. dítětem týraným, zneužívaným či zanedbávaným. (Terapeutický program narativní práce s agresí, 2020, online)

Nomia je zároveň i dětským krizovým centrem (=DKC), jehož bezplatná činnost je pro tuto bakalářskou práci klíčovou. Cílovou skupinou jsou zde nejen děti, ale celý rodinný systém, neboť jen změna v celém systému může být až trvalého charakteru – nelze pracovat jen s dítětem a poté ho zpět vrátit do závadného prostředí. Problémy, se kterými se dítě, rodina, OSPOD nebo jiný subjekt obrací na DKC mohou být syndrom CAN, domácí násilí, týrání svěřené osoby, týrání osoby žijící ve společném obydlí a jiná trestná činnost. Pracovníci také nabízejí pomoc při řešení různých rodinných situací tak, aby byl rodinný systém schopen žít v harmonii a spokojenosti a byl schopen řešit své problémy, komunikovat. (Dětské krizové centrum, 2020, online)

Tato sociální služba dětského krizového centra je tedy určena osobám nacházejícím se v krizové situaci, ze které si neví samy rady. Dále dětem ve věku od 6ti let do zletilosti, které zažily těžké trauma a tedy pomoc s jeho zmírněním, zpracováním, ošetřením. A v neposlední řadě rodinným příslušníkům s dětmi (od narození do zletilosti) v krizi. (Dětské krizové centrum, 2020, online)

Mezi poskytované činnosti DKC patří krizová intervence čili co nejdříve pomoc klientovi v náročné situaci, psychoterapie – individuální, párová i rodinná, poté doprovod do dalších organizací, jejichž návštěva je nezbytná při řešení daného problému – př. policie, OSPOD, soudy, dále zajištění pobytu v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP), pobytu ve středisku výchovné péče (SVP) a pomoc při zařizování pobytu v azylovém domě. (Dětské krizové centrum, 2020, online)

V rámci studentské praxe blokové, jsem měla tu možnost více nahlédnout do činností Nomie a zúčastnit se několika aktivit. Mohla jsem si vyzkoušet některé metody při práci s dětmi zasaženými traumatem, mezi které patří například terapie hrou a terapie pískem. Co se týče terapie hrou, tak v DKC je zřízena herna, která je naplněna nejrůznějšími hračkami, ale třeba i boxovacím pytlím, který může dětem sloužit k vybití frustrace, uvolnění. Důležité je si také uvědomit, že pro malé děti je hra komunikačním, dorozumívacím prostředkem, a proto sehrává při ošetření poměrně klíčovou roli.

Terapie pískem čili sandplay therapy je určena nejen dětem, ale i dospělým klientům. Klienti mají možnost si vybrat mezi velikým množstvím nejrůznějších předmětů (postavičky – veselé, smutné, strašidelné..., zvířátka, domečky atp.), co se jim líbí a pomocí toho si ve veliké nádobě plné písku postavit, co chtějí. Případně pokud nechtějí nic „tvořit“ nemusí. Už samotné „prohrabávání“ pískem navozuje pocity uvolnění a klidu. Jde o volnou hru, díky které se terapeutovi podaří lépe a rychleji navázat kontakt s dítětem, plus pro samotné dítě je mnohem jednodušší mluvit o problémech a pocitech třeba některé postavičky, než o svých vlastních. Sama jsem si vyzkoušela a musím říci, že i pár minut „v písku“ na mě mělo pozitivní vliv – uvolnění od stresu.

Dále nám byl puštěn krátký norský film „Zuřivec“, jenž byl zfilmován na motivy knihy. Jde o prožívání dítěte, které je svědkem domácího násilí. Film zachycuje jeho těžké prožívání tohoto patologického chování, kdy i když je dítě třeba zavřené v pokoji, tak slyší řev, nadávky a prožívá pocity strachu, ale také viny – dítě si může dávat za vinu rodičovo násilné chování, neboť je pro něj velice těžké přijmout fakt, že se milovaný rodič tímto způsobem chová „jen tak“. Proto si trýznitele ve svých očích ospravedlňuje - př. „tatínek/maminka křičí, protože nejsem dost hodný, nemám dostatečně uklizeno v pokoji“ apod. Dalším zajímavým poznatkem z filmu je, že dítě násilného rodiče rozdělilo na dvě osoby – tatínka a zuřivce. Myslím si, že tento krátký film by se mohl pouštět ve školách jako prevence – aby si děti uvědomily nesprávnost takového chování

a dokázaly si říct o pomoc, ale také široké veřejnosti a v neposlední řadě pachatelům domácího násilí – kteří často dítěti nechtějí ublížit, ale vůbec si neuvědomují, že i když je dítě pouhým svědkem, tak trpí.

Ráda bych také zmínila metodu reflektujícího týmu, kterou jsem si mohla sama vyzkoušet, při reálném sezení s klientem (v mém případě s obětí domácího násilí). Jde o ideálně 3-4 osoby, které jsou přítomny sezení psychoterapeuta s klientem a na vyzvání psychoterapeuta dostanou krátký prostor na vyjádření svých pocitů – reflektování z klientova povídání. Jde tedy o práci sám se sebou, a to pomáhá. Vždy by mělo zaznít ocenění klienta, sumarizace dosavadního povídání a nějaký nápad, myšlenka, díky které by se klient na věc mohl podívat i z jiného úhlu, přijít sám na nějaké řešení nebo se zamyslet nad něčím, co jeho samotného třeba vůbec nenapadlo. Klient má pak možnost na vyjádření týmu reagovat, ale nemusí a dále pokračuje v komunikaci s psychoterapeutem. Reflektující tým se za jedno sezení má možnost vyjádřit 1-2x, vždy na pokyn psychoterapeuta. Po celou dobu sedí odděleně a na klienta se nedívá ani při svém reflektování – hovoří s členy týmu. Klient má vždy možnost reflektující tým odmítnout.

Ozdravovna Království, ZDVOP

Tato ozdravovna ve Dvoře Králové nad Labem je další možnou organizací, která se zabývá problematikou syndromu CAN, v rámci Královéhradeckého kraje. Je umístěna nad přehradou Tešnov v přírodě a vybavena nejrůznějšími prolézačkami, hřištěm, bazénem, pískovištěm. Slouží více účelům. Jednak je pro děti, kteří mají zdravotní problémy – př. enuréza, poruchy příjmu potravy, astma, vadné držení těla, obezita a na doporučení pediatra mají tyto děti od 3 do 15 let hrazený pojišťovnou. Možným důvodem dítěte pro pobyt zde mohou být i sociální důvody. Pobyt zde ale mohou strávit děti od 3 let i bez doporučení pediatra na náklady rodiče, ale také se zde pořádají školy v přírodě, semináře zaměřené na ekologii. (O nás, 2011, online)

Hlavním důvodem ale, proč tuto organizaci ve spojitosti s problematikou CAN zmiňuji je ten, že její součástí je ZDVOP, tedy zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, do kterého jsou děti umísťovány na základě rozhodnutí soudu, žádosti úřadu obce s rozšířenou působností, zákonného zástupce anebo na vlastní žádost dítěte. Délka pobytu se různí o podle toho, kdo podal žádost o přijetí dítěte, jestli je prodlužována, ale obecně se dá říci, že nesmí překročit jeden rok v nepřetržitém intervalu. (ZDVOP: Informace, 2011, online)

Ve ZDVOP se poskytuje pomoc dětem – tj. od narození do 18 let, které se ocitly bez péče, jsou-li ohroženi na životě a vývoji, týraným, zneužívaným a zanedbávaným, v situaci, kdy není možno plnit jejich základní práva. Poskytnutá pomoc zahrnuje poskytnutí základních životních potřeb, ubytování, podporu ve vzdělávání a plnění školních povinností a možnost využití psychologa, jenž je pracovníkem tohoto zařízení. Jedním z hlavních cílů, mimo poskytnutí okamžité pomoci, je návrat do rodiny, a tím pádem i podpora setkávání s rodinnými příslušníky a rodinné terapie. (ZDVOP: Poslání, 2011, online)

Jsou i jiné organizace, které by mohly dětem trpícím sy CAN pomáhat – např. manželské a rodinné poradny, pedagogicko-psychologické poradny, co se týče takového prvotního zachycení, tak třeba i nízkoprahové kluby, kde se děti mohou pracovníkům svěřit a obrátit se na ně s žádostí o pomoc.

Tyto organizace jsem v rámci shánění respondentů pro své výzkumné šetření kontaktovala, i řadu dětských psychologů a vždy jsem se setkala s odpovědí, že s těmito dětmi nepracují, případně jich mají velice málo. Co se týče linky bezpečí, na které se běžně může dítě také obrátit, tak v Královéhradeckém kraji již nefunguje – to ovšem neznamená, že se dítě z tohoto kraje nemůže obrátit na pracovníky linky bezpečí, ta totiž poskytuje pomoc dětem z celé České republiky. Z toho tedy usuzuji, že pokud se na výše uvedené organizace dítě obrátí o pomoc, tak mu doporučí jiné, vhodnější a kompetentnější organizace, kterými – v rámci Královéhradeckého kraje - jsou policie, orgán sociálně-právní ochrany dětí, Nomia a zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc ve Dvoře Králové nad Labem (jedno při dětském centru, druhé při – v této práci zmíněné - Dětské ozdravovně Království).

4 Výzkumné šetření syndromu CAN v Královéhradeckém kraji

V této kapitole se budu věnovat výzkumnému šetření, pro jehož podklad čerpám z teoretické části této práce. Na následujících řádcích bude podrobněji popsán cíl, výzkumné otázky, metody výzkumného šetření a interpretace zjištěných dat.

4.1 Metodologická východiska

Cíl šetření

Cílem výzkumného šetření této práce je zmapovat situaci syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte v rámci Královéhradeckého kraje, kdy jsem k lepšímu uchopení z časového hlediska zvolila léta 2014-2018. Toto téma je velice citlivé, a tak není vůbec jednoduché se dostat k nějakým údajům na takto vymezeném území. Existují statistiky za území celé České republiky, jež jsou přístupné veřejnosti, na webových stránkách ministerstva práce a sociálních věcí a jejich interpretace je také součástí této práce, pro možné srovnání rovněž léta 2014-2018 (viz. podkapitola 1.5).

Výzkumné otázky

V případě rozhovoru jsem formulovala hlavní výzkumnou otázku, a to: *Jaká je situace syndromu CAN v Královéhradeckém kraji?* Na tuto otázku navazují dílčí výzkumné otázky, ze kterých pak vycházejí otázky tazatelské.

Tabulka č. 1: Transformace cíle výzkumného šetření do jednotlivých otázek

Hlavní výzkumná otázka	Dílčí výzkumné otázky (DVO)	Tazatelské otázky (TO)
Jaká je situace syndromu CAN v Královéhradeckém kraji?	DVO 1: Jaká je souvislost domácího násilí se syndromem CAN?	TO 1: Jak dítě prožívá domácí násilí? TO 2: Souhlasíte s tím, že dítě žijící v rodině, kde probíhá domácí násilí, je dítě týrané? Proč? TO 3: Jak se dítě, dle Vašich zkušeností, staví k pachateli domácího násilí? TO 4: Jak se dítě, dle Vašich zkušeností, staví k oběti domácího násilí?

		<p>TO 5: Kolik zde řešíte zhruba případů dětí žijících v domácím násilí?</p> <p>TO 6: Vnímáte nějaký vývoj za posledních 5 let? (počet, formy, prožívání...)</p>
	DVO 2: Kdo se nejčastěji dopouští týrání na dětech?	<p>TO 7: Jaké pohlaví pachatele je častější?</p> <p>TO 8: Vnímáte více případů týrání v rámci určité věkové skupiny pachatele?</p> <p>TO 9: Jaký je vztah pachatele k oběti? (trenér, rodič, učitel...)</p> <p>TO 10: Jací dospělí jsou riziková? (př. transgenerační přenos, duševní porucha, toxikomanie, nezájem o dítě...)</p> <p>TO 11: Do jaké míry, dle Vás, hraje roli transgenerační přenos? (Jako možná příčina týrání svého dítěte)</p> <p>TO 12: Prožívá dítě rozdílně, pokud je týráno rodičem vs. někým z okolí? Jak?</p> <p>TO 13: Jaké jsou nejčastější motivy k týrání?</p>
	DVO 3: Jaký je profil oběti a důsledky týrání?	<p>TO 14: Jaké děti jsou více rizikové (př. zdravotně postižené, hyperaktivní, ženské tvary, neúspěšné...)</p> <p>TO 15: Jaké jsou důsledky u týraných dětí? (př. posttraumatická porucha, citová deprivace, sebepoškozování, transgenerační přenos...)</p>
	DVO 4: Jaké jsou možnosti nápravy, terapie?	<p>TO 16: Kdo bývá nejčastěji iniciátorem? Kdo Vás přijde požádat o pomoc? (dítě, rodiče, OSPOD...)</p>

	<p>TO 17: Jak pracujete s týranými dětmi?</p> <p>TO 18: Jak dlouho, průměrně, pracujete s dítětem na zpracování traumatu?</p> <p>TO 19: Jakým způsobem pracujete s pachatelem?</p> <p>TO 20: Kam se dítě, v rámci Královéhradeckého kraje, může obrátit o pomoc?</p>
--	--

Metody

Ke zjištění stanoveného cíle tohoto průzkumu jsem si stanovila dvě metody jak kvalitativního, tak kvantitativního charakteru, a to získat a interpretovat data z neveřejné statistiky, tato metoda podá přehledný obraz o situaci sy CAN v Královéhradeckém kraji. Nutno i zde upozornit na to, že se jedná pouze o zaznamenané případy, reálný stav tak může být mnohem vyšší. Druhou, kvalitativní, metodou je strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami, kterým chci získat cenné informace a pohled odborníků na tuto problematiku.

Co se týče zmapování situace, tak vzhledem k tomu, že registrovaná data jsou součástí neveřejné statistiky MPSV, jež zjišťuje stejná data, jako ta veřejná, tak se jedná o počet registrovaných případů dle věku, pohlaví a forem týrání. Dále se zaměřuje na osobu oznamovatele týrání, sociální prostředí dítěte (v péči rodičů, v náhradní rodinné péči, v ústavní péči či ZDVOPu), přijatá opatření a dopad na dítě.

Již výše zmíněno, pro dosažení stanoveného cíle výzkumného šetření, tedy zmapování situace sy CAN v Královéhradeckém kraji, jsem zvolila dvě výzkumné metody. Chtěla bych tak dosáhnout komplexnějšího pohledu a zvýšit tak kvalitu výstupní hodnoty tohoto šetření.

První metodou, jež jsem pro naplnění cíle zvolila, je strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami, s odborníky zabývající se touto problematikou, jejichž výpovědi podají odborný náhled, názor a zkušenosti s tímto jevem sociálně patologickým. Rozhovor je složen ze čtyř dílčích výzkumných otázek, ze kterých dále vyplývají tazatelské, jichž je celkem dvacet.

Druhou, kvantitativní, metodou je analýza a interpretace statistických dat, která je dá se říct odpovědí na otázku ohledně situace tohoto sociálně patologického jevu, neboť obsahuje údaje o všech registrovaných případech v Královéhradeckém kraji. Je tak možno tvrdit, že je to jakási zpráva o stavu CAN na tomto území.

Výběr respondentů

Respondenty rozhovoru jsou dva odborníci, každý z trochu jiné oblasti, aby bylo možné určité porovnání. Bohužel, kvůli vyhlášenému aktuálnímu nouzovému stavu v ČR, mi druhá respondentka nemohla z časové vytiženosti odpovědět na všechny mé otázky. I tak jsem ale přesvědčena, že všechny odpovědi budou přínosem, i přes to, že bohužel nemohu všechny porovnat.

Prvním respondentem je pan Mgr. Miroslav Bubeník, B.Th., jež je ředitelem klíčové organizace zabývající se jevem CAN, působící v Královéhradeckém kraji. Jedná se tedy o Nomii, z.ú. poradnu pro oběti násilí a dětské krizové centrum.

Druhou respondentkou je paní PhDr. Daniela Květenská, Ph.D., jež byla léta sociální pracovnící a aktuálně pracuje u Policie ČR, na území Královéhradeckého kraje. Zároveň je školitelkou k problematice domácího násilí, specializuje se na problematiku dětí a mladistvých a je členkou týmu pomáhajícím obětem trestných činů. (Lektoři, 2015, online)

Jsem ráda, že se mi podařilo sehnat odborníky, kdy každý řeší tuto problematiku z trochu jiného úhlu. Pan Mgr. Bubeník, B.Th. je psychoterapeut a pracuje s dítětem hodně na zpracování traumatu. Paní PhDr. Květenská, Ph.D. je u policie, a tak se setká s dítětem v té dá se říct první fázi řešení, tedy zachycení problému. Dítě především vyslychá a je u dopadení pachatele. Následně kontaktuje jiné odborníky, kteří se o dítě v rámci systému postarají dále – př. OSPOD, dětský psycholog apod.

Oba respondenty jsem oslovila prostřednictvím emailové komunikace. S panem Mgr. Bubeníkem, B.Th. jsem byla předběžně domluvená dlouhou dobu před uskutečněním rozhovoru, poprosila jsem ho o pomoc již ve druhém ročníku v rámci ukázky studentských praxí, kde byla řada organizací (př. Semiramis, NZDM, PROSTOR PRO), jež nám prezentovaly svoji činnost a nám to mohlo pomoci při rozhodování, kde bychom chtěli vykonat studentkou praxi.

Činnost Nomie mne oslovila již zde a vzhledem k tomu, že jsem v tuto dobu už přemýšlela nad tématem syndromu CAN, oslovila jsem pana Mgr. Bubeníka, B.Th., zda by mi pomohl s výzkumným šetřením do mé bakalářské práce – v té době jsem ještě nevěděla, jakou metodu zvolím. Podruhé jsem se s ním na této „spolupráci“ domluvila při výkonu praxe v Nomii. Na datu a místě rozhovoru jsme se domluvili přes email.

S paní PhDr. Květenskou, Ph.D. proběhlo vše narychlo, oslovila jsem ji na základě doporučení Mgr. Petry Kalmusové, vedoucí střediska Triangl (Salinger, z.s.), jíž jsem oslovila také s prosbou na poskytnutí rozhovoru do této práce. Bohužel, tato organizace se nezabývá problematikou CAN, a tak mi paní Mgr. Kalmusová nemohla daná rozhovor poskytnout.

Oslovila jsem, prostřednictvím emailu, více jak desítku potenciálních respondentů z různých organizací (pedagogicko-psychologická poradna, manželská a rodinná poradna, NZDM, Salinger, OSPOD, ZDVOP), ale i pár soukromých dětských psychologů. Bohužel většina těchto organizací se při setkání s touto problematikou obrací právě na Nomii, případně s CAN nemají dostatek zkušeností a necítily se pro validní odpovědi dostatečně kompetentní osobou.

4.2 Rozhovory a jejich interpretace

Jak jsem již výše zmínila, s oběma respondenty jsem se finálně na čase rozhovoru domluvila prostřednictvím e-mailové korespondence. Rozhovor s panem magistrem Bubeníkem, B.Th. se uskutečnil dne 13.2.2020 ve 12:30 na Ulrichově náměstí v Hradci Králové. Respondent souhlasil s nahráváním rozhovoru a přepis bude i součástí této práce, uveden v přílohách.

Paní PhDr. Květenskou, Ph.D. jsem oslovila emailem dne 20.3.2020 a po dvou dnech mi odpověděla s tím, že mi může na některé otázky (kvůli časové vytíženosti) odpovědět následující den prostřednictvím hovoru. Rozhovor se tedy uskutečnil 23.3.2020 kolem půl druhé odpoledne. Jelikož vše proběhlo narychlo, ani jsem paní doktorku nežádala o to, zda by rozhovor mohl být nahráván a dělala jsem si poznámky na papír. Předtím jsem se snažila vybrat otázky, u kterých by bylo možné co nejlepší porovnání práce a osobních zkušeností s CAN s druhým respondentem.

Chtěla bych ještě podotknout, že oba respondenti byli maximálně vstřícní a hodní, a touto cestou bych jim velmi ráda poděkovala za jejich čas a ochotu.

Na jednu stranu mě trošku mrzí, že nemohu porovnat všechny otázky, a že nemám více respondentů, ale ne vždy se daří vše tak, jak si naplánujeme a dívám se na to tak, že každá informace je užitečná a někam posouvá.

Zde interpretuji získaná data z rozhovorů, čili kvalitativní metody, jedné ze dvou, jíž chci dosáhnout stanoveného cíle výzkumného šetření. Jak je výše uvedeno, rozhovory jsem uskutečnila dva, bohužel z časové vytíženosti, nemám od druhé respondentky odpovědi na všechny otázky, a tak nebude možné kompletní porovnání.

Pro přehlednost uvádím, že respondentem označeným jako R1, je Mgr. Miroslav Bubeník, B.Th., psychoterapeut a ředitel Nomie – poradny pro oběti násilí a dětské krizové centrum.

Respondentkou, označenou jako R2, je PhDr. Daniela Květenská, Ph.D., jež aktuálně pracuje u Policie ČR, v Královéhradeckém kraji, kde se více zabývá problematikou domácího násilí a je členkou týmu zřízeného pro vytváření speciálních dětských výslechových místností u Policie České republiky.

Zjištěné informace by měly podat odborný pohled na tuto problematiku a osobní zkušenosti obou respondentů, kdy každý je z jiné oblasti, by měly vést k naplnění stanoveného cíle.

Dílčí výzkumná otázka 1

DVO 1: Jaká je souvislost domácího násilí se syndromem CAN?

Zvolila jsem šest tazatelských otázek, jež by měly odpovědět na první dílčí výzkumnou otázku. Vzhledem k tomu, že syndrom CAN často souvisí s domácím násilím, o němž v této práci také zkráceně pojednávám, tak jsem se rozhodla zařadit tuto dílčí otázku, abych získala komplexnější pohled na celou problematiku CAN.

TO 1: Jak dítě prožívá domácí násilí?

Respondent 1 (R1) říká, že jak dle výzkumů, tak z jeho vlastní praxe, vyplývá, že dítě, jež je přítomno domácímu násilí, je obětí, byť není násilí namířeno přímo vůči němu, a dochází k mnoha neblahým důsledkům. Dochází nejen k negativnímu citovému prožívání toho dítěte, jako k projevům smutku, depresi, úzkosti. Dítě se může začít projevovat agresivně, mít noční děsy a můry, při kterých dochází k opakovanému prožívání traumatu. Také se může uzavírat do vlastního světa a mít problémy v komunikaci s okolím. Někdy také může dojít k organickému poškození mozku, kdy začne mít dítě například problémy s logickým myšlením, v koordinaci.

TO 2: Souhlasíte s tím, že dítě žijící v rodině, kde probíhá domácí násilí, je dítě týrané? Proč?

Oba respondenti se shodují na tom, že i když není agrese namířena přímo vůči němu, tak už jen tím, že je účasten násilí se mění se jeho hodnoty, jsou narušovány vztahy a je obětí.

TO 3: Jak se dítě, dle Vašich zkušeností, staví k pachateli domácího násilí?

Dle R1 dítě prožívá zmatek a pokud jde o blízkou osobu, tak dvojnásobný. Je pro něj velice těžké odsoudit násilné chování a zároveň neodsoudit blízkou osobu. Děti mohou reagovat různě, buď se pachatele straní a nekomunikují s ním, anebo naopak s ním vytvoří koalici, aby si ho udržely v přízni, zde jde o strategii přežití.

TO 4: Jak se dítě, dle Vašich zkušeností, staví k oběti domácího násilí?

R1 uvádí, že dítě si v tom těžko dělá jasno. Může se na oběť zlobit, obviňovat ji, že si takové věci nechá líbit a může vůči ní být i agresivní, i když ji vlastně lituje, bojí se o svůj život, nerozumí celé situaci a může se přidat na stranu toho „silnějšího“, tedy pachatele. Vše je ale individuální.

TO 5: Kolik zde řešíte zhruba případů dětí žijících v domácím násilí?

R1 uvádí, že mají kolem stovky případů ročně, někdy více. Zároveň doplňuje, že se nejedná pouze o děti žijící v domácím násilí, ale objevuje se skupina dětí, která je vystavená násilí v rozvodové či porozvodové situaci, kde jsou mnohdy projevy násilí, spíše psychologického charakteru.

R2 se setkává s desítkami případů ročně, ale zároveň dodává, že v rámci kraje je kolem stovky vykázaní (institut vykázaní) za rok, kdy často jsou v rodině i děti. Tudíž počet kolem stovky se shoduje se zkušenostmi s R1.

TO 6: Vnímáte nějaký vývoj za posledních 5 let? (počet, formy, prožívání...)

R1 nevnímá rozdíl v prožívání dětí, neboť vždy se jedná o vystavení dítěte násilí. Vnímá ale mírný posun ve změně přístupu společnosti k citovému týrání, které dříve i mnohdy kompetentní úřady, jako je třeba OSPOD, bagatelizovaly. Má radost z vytvoření pracovních skupin úřadu vlády, Ministerstva vnitra, policejního prezidia, které chtějí ovlivnit společnost různými kampaněmi a vytvářejí metodiky pro odbornou práci s týranými dětmi a vidí v tom velký potenciál.

Dle R2 jsou počty poměrně stabilní a co se týče forem CAN, tak se objevuje stále více dětí, které jsou oběťmi mravnostních trestných činů přes internet. Vnímá tedy nové prostředí – virtuální, kde dochází k páchání CAN. Zde tedy ale není pachatelem osoba blízká.

Shrnutí dílčí výzkumné otázky 1

Dá se říct, že dítě, i v případě, že je „pouze“ svědkem násilí, je obětí týrání, byť nepřímou. Dochází vlastně i k podobným a stejně závažným důsledkům jako v případě CAN. Pro dítě je velice těžké se v situaci domácího násilí zorientovat a vymezit se proti blízké osobě. Zde samozřejmě platí, že čím je dítě mladší, tím je pro něj těžší se nějak bránit. A protože je to pro něj celé těžké, může paradoxně vytvořit koalici s násilným rodičem a chovat se i agresivně vůči oběti, jde o jakousi strategii přežití.

Dílčí výzkumná otázka 2

DVO 2: Kdo se nejčastěji dopouští týrání na dětech?

V této dílčí otázce se zaměřuji na pohlaví pachatele, jeho věk, vztah k oběti a rizikové faktory.

TO 7: Jaké pohlaví pachatele je častější?

R1 hovoří až o 80% převažujícího mužského pohlaví, pokud jde o fyzické násilí. V případě ale třeba týrání psychického, často v (po)rozvodové situaci, páchají násilí spíše ženy. Celkově je tak poměr 1:1.

R2 se, v případě domácího násilí, setkává spíše s mužskými pachateli. Ale naopak matka týrá spíše institucionálně, využívá dítě pro obvinění otce ze sexuálního zneužívání. Dítě se tak stává nástrojem pomsty proti partnerovi. Až polovina těchto obvinění, je vymyšlená.

TO 8: Vnímáte více případů týrání v rámci určité věkové skupiny pachatele?

Oba respondenti se shodují, že pachatelé jsou nejčastěji středního, aktivního, produktivního věku, který je zhruba v rozmezí 25-45 ti let. To ale neznamená, že pachatelé nemohou být mladší či starší.

TO 9: Jaký je vztah pachatele k oběti? (př. trenér, rodič, učitel...)

Oba respondenti se shodují, že se nejčastěji jedná o rodiče, vlastní i nevlastní. Zkrátka o blízké okolí, výjimkou je sexuální zneužívání prostřednictvím internetu, kde se jedná o neznámého pachatele a oběti nejčastěji ve věku 10-12ti let.

TO 10: Jací dospělí jsou riziková? (př. transgenerační přenos, duševní porucha, toxikomanie, nezáměr o dítě...)

R1 uvádí, že mezi rizikové faktory patří alkohol, narcistní sklony osobnosti, jež se projevují v nadměrném obdivu ke své vlastní osobě, arogancí, nedostatkem pochopení pro druhé. Dále mohou být riziková dospělí, kteří jsou nevyrovnaní a nezralí. Jako velmi rizikový faktor vnímá nevyrovnanou osobnost s poruchou attachmentu, čili poruchu citové vazby, pouta. Problémem u poruchy attachmentu je ten, že si člověk nedokáže tvořit vlastní hranice a zároveň nedokáže respektovat hranice druhých. Je tak v neustále nejistotě a prahne po pocitu bezpečí, což se projevuje tak, že je neustále připraven se bránit, nebo bojovat. Porucha attachmentu se obvykle objevuje u lidí, kteří si v dětském věku, z nejrůznějších důvodů, nevytvořili hlubší pouto s rodičem a cítí se tak být špatné, mají problémy s důvěrou.

TO 11: Do jaké míry, dle Vás, hraje roli transgenerační přenos? (Jako možná příčina týrání svého dítěte)

Transgenerační přenos hraje významnou roli, odhadem až 60 %, vždy se to nějak otiskne do další generace.

TO 12: Prožívá dítě týrání rozdílně, pokud je týráno rodičem vs. někým z okolí?

Jak?

Určité prvky jsou stejné, neboť jde o traumatický zážitek, tím pádem se v těle startují obranné mechanismy. Pokud je však pachatelem blízká osoba, je to pro dítě mnohem komplikovanější a těžší se nějak bránit, neboť je tam ta blízkost. Je pro něj těžké pochopit, proč mu někdo, koho miluje a kdo má milovat jeho, mu ubližuje, a tak nezdědka dochází k tomu, že děti z týrání obviňují samy sebe.

TO 13: Jaké jsou nejčastěji motivy k týrání?

R1 uvádí, že pokud jde o domácí násilí, kdy je dítě nepřímou obětí týrání, tak tam žádný motiv není. Rodič nechce ublížit dítěti, ale v té tenzi a válce s partnerem si neuvědomuje, že mu tím ubližuje. Pokud se jedná o případy, kdy je násilí namířeno přímo vůči tomu dítěti, tak se může jednat o projev deficitu v osobnosti, kompenzaci, kdy si léčí své bolístky na dítěti, to ale nemění nic na odpovědnosti toho rodiče.

R2 mluví o případech sexuálního zneužívání dětí, kdy pachatelé často ani nejsou vedeni s diagnostikou nějaké poruchy sexuální preference, jako například pedofilie. Jde spíše o využití příležitosti.

Shrnutí dílčí výzkumné otázky 2

Pokud jde o fyzické týrání, převažuje mužské pohlaví, nicméně celkově je poměr žen a mužů vyrovnaný, Ženy týrají spíše psychicky, či používají dítě jako nástroj pomsty. Týrání dětí je nejvíce zaznamenáno u pachatelů aktivního věku, kolem 25-45ti let a nejčastěji se ho dopouští rodiče, tedy ti nejbližší. Mezi rizikové faktory na straně pachatele patří alkohol, nevyrovnaná osobnost, porucha attachmentu, narcistní osobnost, ale i transgenerační přenos, jež se objevuje až u 60 % pachatelů. Pro dítě je horší, pokud je týráno blízkou osobou, protože je těžké odsoudit samotné týrání a zároveň neodsoudit osobu, kterou miluje, a tak často dochází k tomu, že dítě obviňuje samo sebe. Co se týče motivů k týrání, mnohdy jde o kompenzaci, vybití stresu, ale také využití příležitosti, v případě sexuálního zneužití.

Dílčí výzkumná otázka 3

DVO 3: Jaký je profil oběti a důsledky týrání?

Zde se zaměřuji na rizikové faktory u dítěte a důsledky týrání.

TO 14: Jaké děti jsou více rizikové? (př. zdravotně postižené, hyperaktivní, ženské tvary, neúspěšné...)

Nejvíce v riziku jsou děti nízkého věku, věk je tedy jakýsi rizikový faktor. Čím je dítě mladší, tím je pro něj těžší se bránit, svěřit se někomu. Vypěstlost dítěte je také významným faktorem v případě sexuálního zneužívání. Hyperaktivita, školní neúspěšnost, to jsou také faktory, které zvyšují riziko toho, že se bude rodič chovat k dítěti agresivně, slovně ho ponižovat. Co se zdravotního postižení týče, tak se R1 v praxi neseťkává moc s dětmi tělesně postiženými, ale s dětmi s mentální retardací ano.

TO 15: Jaké jsou důsledky u týraných dětí? (př. posttraumatická stresová porucha, citová deprivace, sebepoškozování, transgenerační přenos...)

Mezi důsledky patří citová deprivace, sebepoškozování, k tomu dochází spíše ve věku 13-18 let. Dále již zmíněná porucha attachmentu, kdy poté může mít problémy s navazováním a udržováním vztahů, má nízké sebevědomí a problém někomu důvěřovat, tvořit si hranice a zároveň nepřekračovat hranice ostatních. Dochází i k organickému poškození mozku, to se může projevit v problémech s komunikací, logickým myšlením, koordinací mezi pravou a levou hemisférou.

Dítě se může chovat agresivně, mít nezdravý postoj k autoritám. Problémem je i nízká frustrační tolerance, kdy dítě nezvládá větší zátěž a reaguje pak agresivně, či si zase může nechat všechno líbit. Těch dopadů je celá řada.

Shrnutí dílčí výzkumné otázky 3

Mezi rizikové faktory u dětí patří nízký věk, z důvodu nemožnosti se bránit, dále špatné výsledky ve škole, hyperaktivita, mentální retardace a v případě sexuálního zneužívání je to fyzická vypěstlost dítěte. Důsledků týrání je mnoho, od citové deprivace, poruchy attachmentu, sebepoškozování, přes nízkou frustrační toleranci až po organické poškození mozku.

Dílčí výzkumná otázka 4

DVO 4: Jaké jsou možnosti nápravy, terapie?

Zde se zaměřuji na iniciátora o terapii a její druhy, průměrnou délku, ale i možnou práci s pachatelem a osoby či organizace, na které se dítě v případě týrání může obrátit.

TO 16: Kdo bývá nejčastěji iniciátorem? Kdo Vás přijde požádat o pomoc? (dítě, rodiče, OSPOD...)

Chodí většinou jeden z rodičů, případně je to doporučeno, ale i nařízeno OSPOD, soudem. Některé děti chodí na doporučení učitelky ze školy. Až 15 % dětí přijde samo, zde se jedná o děti kolem 12-15ti let, tedy druhý stupeň základní školy.

TO 17: Jak pracujete s týranými dětmi?

Existuje několik metod, vše je přizpůsobeno věku a potřebám dítěte. Používají se například projektivní metody, což jsou jakési obrázkové testy, jež jednak zjistí úroveň prožívání traumatu a jsou zároveň prostředkem pro terapii, př. ztotožnění se s pocitem medvídky na obrázku. Také se využívá 90ti škálový test, který slouží k testování posttraumatické stresové poruchy a ukazuje míru deprese, úzkosti, agresivity, sexuálních obav a tak dále. Metodou na uvolnění traumatu je třeba sandplay therapy, tedy terapie pískem. Dále play therapy, čili terapie hrou, kdy lze pozorovat dítě při spontánní hře a poznatky využít při práci s ním, zároveň slouží k ventilaci emocí dítěte. A samozřejmě cílená terapie, terapeutický rozhovor, který může probíhat jak individuálně, pouze terapeut s dítětem, ale i párově – s rodičem, rodiči, čili rodinná terapie.

TO 18: Jak dlouho, průměrně, pracujete s dítětem na zpracování traumatu?

Velice záleží na konkrétní situaci, ale obecně se s dětmi pracuje velmi dobře a R1 uvádí, že jsou schopni průměrně do půl roku dítěti výrazně pomoci. Problém však je, pokud se dítě vrací do neošetřeného prostředí, pak se ta doba prodlužuje.

TO 19: Jakým způsobem pracujete s pachatelem?

Nomie, z.ú. má akreditovaný program Ministerstvem spravedlnosti, s názvem „Terapeutický program narativní práce s agresí“. Je tedy ve spolupráci s probační a mediační službou. Cílem je, aby se pachatelé naučili reagovat jinak než agresivně. Využívá se individuální a skupinové terapie, zážitkových cvičení na reprezentaci tělových pocitů, kdy mají klienti možnost vcítit se do prožívání oběti. Jedná se o polootevřenou skupinu složenou z 10-12 klientů (mužů i žen), která se setkává každý měsíc v průběhu roku, ale klientela se mění, to znamená, že někteří v průběhu odcházejí a jiní naopak přicházejí.

TO 20: Kam se dítě, v rámci Královéhradeckého kraje, může obrátit?

R1 uvádí, mimo dětského krizového centra, školního psychologa, školního preventistu, učitele, linku bezpečí, městskou policii, orgán sociálně-právní ochrany dětí.

Zároveň dodává, že potenciál vidí i v nízkoprahovém zařízení, kde to dané dítě může trávit hodně času a získat tak důvěru v pracovníky a svěřit se jim a oni ho pak odkáží na jiné, kompetentní, organizace.

R2 říká, že ne všechny děti potřebují psychicky ošetřit a někdy tak postačí práce s OSPOD, kde probíhají rozhovory, citlivě. Samotná policie se často obrací na soukromé dětské psychology.

Shrnutí dílčí výzkumné otázky 4

Iniciátorem, tedy tím, kdo začne situaci nějakým způsobem řešit, zde konkrétně s dětským krizovým centrem, bývá často jeden z rodičů, případně na doporučení učitele, také taková práce bývá doporučena či nařízena orgánem sociálně-právní ochrany dětí, soudem. Zajímavé je, že až 15% přijde do dětského krizového centra samo, jedná se většinou o děti druhého stupně základní školy. Jako možné terapie s dítětem na zpracování traumatu jsou využívány projekční metody, terapie pískem a terapie hrou. Průměrně již po půl roce jsou znatelné výsledky terapie, pokud se však dítě vrací do neošetřeného prostředí, doba se prodlužuje. Pro práci s pachatelem se v Nomii využívá terapeutického programu narativní práce s agresí, jenž je akreditován Ministerstvem spravedlnosti a je ve spolupráci s probační a mediační službou. Dítě se může obrátit na učitele, školního psychologa, metodika prevence, orgán sociálně-právní ochrany dětí, městskou policii a dětské krizové centrum.

4.3 Interpretace zjištěných statistických dat – vývoj CAN na území Královéhradeckého kraje za léta 2014-2018

Tuto statistiku mi poskytlo Ministerstvo práce a sociálních věcí, pouze pro účely této práce. Tyto statistiky jsou součástí práce, v přílohách. Pro větší přehlednost jsem se rozhodla, že budu postupovat dle jednotlivých „položek“ za všechna léta.

Registrované případy – počet, formy, věk

Co se týče počtu registrovaných případů dle jednotlivých forem, tak v roce **2014** bylo registrovaných případů tělesného týrání 34, z toho u 18ti chlapců a 16ti dívek. Psychické týrání bylo zaznamenáno u 55ti dětí, z toho u 30ti chlapců 25ti dívek. Případů sexuálního zneužití celkem 52, z nichž 47 obětí byly dívky. Zanedbávání je formou CAN co do počtu nejčastější a je tomu tak i v roce 2014. Bylo registrováno celkem 91 případů, z toho 44 u chlapců a 47 u dívek. Když se podívám na registrované případy u dětí zdravotně postižených, tak byly celkem 3. Zde je nutné mít na paměti, že CAN je ve většině případech latentní a u zdravotně postižených dětí se ta možná registrace ještě snižuje. Celkem je to tedy 232 případů CAN za rok 2014. Nejčastější formou je, jak již bylo řečeno, zanedbávání, poté psychické týrání, sexuální zneužívání a nejméně případů bylo zaznamenáno u týrání tělesného. Dá se říci, že u všech forem jsou počty dle pohlaví poměrně vyrovnané, až na sexuální zneužívání, u kterého jasně převažují dívky.

Pokud jde o týrání, zneužívání či zanedbávání z hlediska jednorázového či opakovaného, tak u tělesného týrání je to dost vyrovnané (jeden, 14, op. 19, ovšem jeden případ nezjištěn), u psychického převažuje dlouhodobé týrání (jednorázově 14, opakovaně 40, 1 nezjištěn), v případě sexuálního zneužívání převažuje mírně jednorázové zneužití (29 případů, opakovaně 16, ovšem 7 nezjištěno). Zanedbávání je v tomto ohledu vyrovnané (jednorázově 45, opakovaně 40, 6 nezjištěno). Všechny formy týrání byly registrovány nejvíce ve věku dětí 6-15 let.

O rok později, tedy **2015**, bylo zaznamenáno 29 případů tělesného týrání, z toho u 13ti chlapců a 16ti dívek. Psychické týrání čítalo počet 32, z toho 12 chlapců a 20 dívek. Sexuální zneužití bylo registrováno u 49ti dětí, z toho 6 chlapců a 43 dívek. Případů zanedbávání bylo opět nejvíce, 125, z toho 67 chlapců a 58 dívek. Případů týrání u dětí zdravotně postižených přibylo oproti roku 2014 o jeden, celkem tedy 4. Souhrnný počet týrání dle všech forem za rok 2015 činí tak 235.

Nárůst oproti předešlému roku je tak o 3 případy. Počty u všech forem se zmenšily, nejpatrněji u psychického týrání (z 55 na 32). ale případů zanedbávání přibylo (z 91 na 125). Případů sexuálního zneužívání dle pohlaví, opět převažuje u dívek.

Pokud jde o jednorázové či dlouhodobé týrání, tak opakované převládá u všech forem, až na psychické týrání. Zde se to tedy s předchozím rokem proměnilo. V roce 2014 totiž u psychického týrání byla patrná jasná opakovatelnost, o rok později je to jediná forma, jež má dle počtu jednorázový charakter. Nejvíce případů CAN je opět ve věku 6-15ti let. Zde bych ale chtěla podotknout, že u sexuálního zneužití byly zaznamenány 2 případy ve věku 1-3 let, po jednom u chlapce a dívky.

Následující rok, **2016**, bylo zaznamenáno nejvíce případů fyzického týrání – 36, z toho u 13ti chlapců a 23 dívek. I případů psychického týrání přibylo na 57, z toho 28 chlapců, 29 dívek. V porovnání s rokem 2014 jde nárůst pouze o dva případy, ale pokud se podívám na rok 2015, tak se počet této formy zvýšil o 25 případů. Případů sexuálního zneužití bylo zaznamenáno 65, z toho u 22 chlapců a u 43 dívek. Počet zanedbávání vzrostl na 199, z toho 119 u chlapců a 80 u dívek. CAN byl zaznamenán u 3 dětí zdravotně postižených. Celkový počet za všechny formy tento rok činí 357. Počet se u všech forem zvýšil, oproti předešlým dvěma letům. Co se kromě celkového nárůstu lehce proměnilo je i fakt, že bylo zneužito poměrně více chlapců, opět sice v počtu převažují dívky, ale počet samotných sexuálně zneužitých chlapců poměrně dost vzrostl.

Z hlediska délky trvání týrání u všech forem tento rok převažoval dlouhodobý charakter. Nejpočetnější věkovou skupinou dle všech forem zůstává věk 6-15 let. Po ní, je to například v případě sexuálního zneužívání, 15-18 let. U ostatních forem je to věk 3-6 let.

V roce **2017** bylo zaznamenáno 38 případů tělesného týrání, z toho u 22 chlapců a 16ti dívek. Psychické týrání zjištěno u 90 dětí, dle pohlaví poměrně vyrovnaně – u 42 chlapců a 48 dívek. Počet sexuálního zneužívání klesl na 37, z toho 5 chlapců a 32 dívek. Počet zanedbávaných dětí byl nejvyšší ve srovnání z předchozími uvedenými roky, vzrostl na 227, z toho 119 chlapců a 108 dívek. Případy zdravotně postižených dětí byly 3. Celkový počet všech forem byl tento rok 392. Oproti předešlým letům narostlo psychické týrání a naopak počet sexuálně zneužitých dětí byl nejnižší.

Délka trvání u všech forem, až na sexuální zneužívání, byla dlouhodobější. Nejvíce zasaženou skupinou zůstává věk 6-15 let pro všechny formy, druhou po ní je u tělesného, psychické týrání a zanedbávání věk 3-6 let, u sexuálního zneužívání je to 15-18 let. I v tomto roce – stejně jako ve 2015 - byly dva případy sexuálně zneužitých dětí ve věku 1-3 roky.

Poslední, srovnávaný, rok je **2018**, kdy počet fyzicky týraných byl dosud nejnižší, klesl na 17 dětí, z nichž bylo 11 chlapců a 6 dívek. Psychicky týraných dětí bylo 55, tedy stejně jako v roce 2014, z toho 28 chlapců a 27 dívek. Sexuálně zneužitých dětí, oproti předchozímu roku, výrazně přibylo na 61 případů, z toho 5 chlapců a 56 dívek. Zanedbaných dětí bylo 182, což je méně než v roce 2016 i 2017, ale více než v roce 2014 a 2015. Počet týraných, zdravotně postižených, dětí byl dosud nejvyšší a činil celkem 5 případů. Celkový počet všech forem CAN za tento rok je 315.

U všech forem, až na sexuální zneužívání, převažuje dlouhodobé týrání. Nejvíce případů dle všech forem týrání bylo zase ve věku 6-15 let. Druhou věkovou skupinou pak zůstává 3-6 let u psychického týrání a zanedbávání, v případě fyzického týrání je na druhém místě věk 3-6 let a zároveň 1-3 roky. U sexuálního zneužívání zůstává 15-18 let, jako druhá nejčastější věková skupina pro páčání CAN. V roce 2018 byl zaznamenán 1 případ sexuálního zneužití ve věku 1-3 roky.

Tabulka č. 2: Registrované případy dle počtu a forem za léta 2014-2018

	2014	2015	2016	2017	2018
Tělesné týrání	34 (chlapců 18, dívek 16)	29 (ch 13, d 16)	36 (ch 13, d 23)	38 (ch 22, d 16)	17 (ch 11, d 6)
Psychické týrání	55 (ch 30, d 25)	32 (ch 12, d 20)	57 (ch 28, d 29)	90 (ch 42, d 48)	55 (ch 28, d 27)
Sexuální zneužívání	52 (ch 5, d 47)	49 (ch 6, d 43)	65 (ch 22, d 43)	37 (ch 5, d 32)	61 (ch 5, d 56)
Zanedbávání	91 (ch 44, d 47)	125 (ch 67, d 58)	199 (ch 119, d 80)	227 (ch 119, d 108)	182 (ch 97, d 85)
Celkem:	232	235	357	392	315

Oznamovatel, sociální prostředí dítěte

Ministerstvo práce a sociálních věcí mělo v roce **2014** lehce diferencovanou statistickou ročenku, odlišnost spočívala v tom, že mezi možnými oznamovateli nebyl uveden OSPOD. Další diferencí bylo sociální prostředí dítěte, jež se v tomto roce členilo na rodinu, jež se dále dělila na úplnou, neúplnou a doplněnou. Dále CAN v ústavní péči nebylo doplněno o ZDVOP, tudíž statistické ročenky v letech následujících v případě sociálního prostředí rozlišují, zda dítě bylo v péči rodičů, náhradní rodinné péči a ústavní péči či v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.

Oznamovatelem nějaké formy CAN byla na prvním místě škola či zdravotnické zařízení, a to u 61 případů. V těsném závěsu za ní policie s 57 případy a na třetím místě matka dítěte, takovýchto oznámení bylo 48. Zajímavostí je, že 5 dětí byly samy oznamovateli, z toho dvě dívky, jež nahlásily sexuální zneužívání.

Nejvíce týraných dětí bylo zaznamenáno v úplné rodině – celkem 91, dle forem se na prvním místě jednalo o zanedbávání, poté psychické týrání a následně sexuální zneužívání. V neúplné rodině bylo zaregistrováno 85 případů, dle forem bylo opět nejvíce zanedbávání a poté se následující dvě proměnily. U doplněné rodiny bylo 52 případů, zde je dobré poukázat na to, že nejčastější formou v tomto typu rodiny bylo sexuální zneužívání. V náhradní rodinné péči byly zaznamenány 4 případy, z toho 3 psychického týrání a jeden sexuálního zneužití(vání). V ústavní péči nebyl zjištěna žádná forma týrání. Aby následně bylo možné porovnání s následujícími roky, tak vzhledem ke změně metodologie MPSV sečtu typy rodin do jednoho čísla, které čítá 228.

Následující rok, **2015**, se v případě oznamovatelů na první dva nejčastější nezměnil. Prvenství zaujala opět škola či zdravotnické zařízení, jež nahlásilo 98 podezření na týrání. Poté opět policie, jež zaznamenala 38 případů a následně přibyl OSPOD s 29ti případy.

Nejvíce zaznamenaných případů dětí týraných bylo v péči rodičů (227), poté s výrazně nižším číslem v náhradní rodinné péči (4) a stejné číslo bylo i u ústavní péče, kam se nově řadí i zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.

V roce **2016** se oznamovatelé na prvních třech místech nezměnili. Škola či zdravotnické zařízení zaznamenalo 114 případů, policie 99 a OSPOD 51. Zajímavostí je, že u policie došlo ke změně oznámených forem, kdy v roce 2014 i 2015 šlo o nejvíce případů sexuálního zneužití a poté zanedbávání a v roce 2016 bylo nejvíce případů psychického týrání, poté zanedbávání a až poté sexuálního zneužívání.

K týrání nejvíce docházelo opět v péči rodičů (341), poté v náhradní rodinné péči (11) a ústavní péči/ZDVOP se přišlo na 5 případů, kdy ve čtyřech se jednalo o sexuální zneužívání.

O rok později, **2017**, došlo ke změně ohledně oznamovatelů s největším počtem případů. Na první místo se dostal OSPOD (98), poté škola či zdravotnické zařízení (86) a na třetím místě policie (74), kde dle počtu byly formy ve stejném pořadí jako předešlý rok.

Z hlediska sociálního prostředí dítěte bylo opět nejvíce zaznamenaných případů v péči rodičů (373), v náhradní rodinné péči (17) a v ústavní (2), po jednom sexuální zneužívání a zanedbávání.

Poslední srovnávaný rok, **2018**, se oznamovatelé dle počtu seřadili do prvních třech stejně jako v roce 2015 a 2016. Na prvním místě tedy byla škola či zdravotnické zařízení (106), policie (70), zde dle forem došlo oproti dvěma předchozím letům tj. 2016 a 2017 ke změně, kdy se jednalo nejvíce o sexuální zneužívání, poté o psychické týrání a následně o zanedbávání. Orgán sociálně-právní ochrany dětí zaznamenal 59 případů.

Týrání v rodině bylo odhaleno u 300 případů, v náhradní rodinné péči 11 a v ústavní péči či zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc se jednalo o 4 případy sexuálně zneužitých dívek.

Přijatá opatření

Možných opatření při zjištění, nebo minimálně podezření na syndrom CAN je ve statistické ročence, jež si MPSV vede, vícero. Patří mezi ně ambulantní poradenství, uložení dohledu, umístění dítěte v širší rodině, do zařízení vyžadující okamžitou pomoc, ústavní výchovy, náhradní rodinné péče, ale i podání trestního oznámení a odsouzení pachatele. V této části práce budu uvádět za každý rok tři nejčastější uložená opatření, s tím, že statistiky budou obsaženy v přílohách, a tak ten, kdo se o tuto problematiku více zajímá, se může podívat podrobněji.

Za rok **2014** byla, jak jsem již uvedla výše, trošku jiná metodologie, a tak v přijatých opatřeních chybělo odsouzení pachatele. Tento rok bylo nejčastěji nařízeno poradenství, a to ambulantní formou, ve 180ti případech, dle forem týrání od nejpočetnější – zanedbávání, sexuální zneužívání, psychické týrání. Druhým nejčastějším opatřením bylo podání trestního oznámení na pachatele, ve 41 případech, dle forem od nejpočetnější – sexuální zneužívání, psychické týrání, tělesné. Na třetím místě se dítě umístilo do

zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, a to celkem v 15ti případech, kdy šlo nejčastěji o zanedbávání, poté psychické týrání a fyzické. Naopak nejméně bylo uloženo opatření umístění dítěte do náhradní rodinné péče, a to celkem v 6ti případech.

V roce **2015** se pořadí tří nejčastějších uložených opatření nezměnilo. Co se týče poradenství, tak jeho počet se oproti předešlému roku snížil na 156, ale pořadí forem, u kterých bylo uloženo, se nezměnilo. Trestní oznámení bylo podáno 47krát, zde se formy lehce proměnily, nejčastěji šlo o sexuální zneužívání, poté týrání tělesné a následně zanedbávání. Na třetím místě bylo umístění dítěte do ZDVOP, ve 22 případech, zde se změnila druhá nejčastější forma CAN – psychické týrání nahradilo sexuální zneužívání. Tento rok již do přijatých opatření přibylo i odsouzení pachatele, tak jen pro zajímavost, bylo odsouzeno 13 pachatelů, 7 z nich za sexuální zneužívání, 4 za zanedbávání a 3 za týrání fyzické.

Následující rok, **2016**, pořadí zůstává, ovšem počty se zvyšují. Poradenství bylo uloženo u 206 případů, nejčastěji šlo o zanedbávání, poté psychické týrání, sexuální zneužívání. Trestní oznámení bylo podáno 75krát, zde se oproti dvěma předchozím letům, kdy bylo podáno nejčastěji kvůli sexuálnímu zneužívání, pořadí dle forem změnilo, kdy na prvním místě bylo týrání tělesné. Do ZDVOPu bylo umístěno 32 dětí, nejčastěji opět kvůli zanedbávání. Odsouzeno bylo 30 pachatelů, nejčastěji za sexuální zneužití.

V roce **2017** došlo ke změně tří nejčastěji uložených opatření, kdy na třetím místě umístění do zařízení vyžadující okamžitou pomoc, nahradilo umístění do ústavní výchovy, ale pouze o jeden případ, šlo celkem o 28 dětí přijatých do ústavní péče, ale opět nejvíce kvůli zanedbávání dítěte. Na prvním místě tedy zůstalo uložené ambulantní poradenství u 265 případů, a poté 45 případů podaného trestního oznámení, nejčastěji kvůli tělesnému týrání a zanedbávání, tento rok poprvé od 2014 nejméně oznámení na sexuální zneužití. Odsouzeno pak bylo 22 pachatelů, nejvíce za psychické týrání a zanedbávání.

Roku **2018** bylo pořadí stejné jako předchozí rok, až na výjimku roku 2017. Nejčastěji tedy bylo uloženo opět poradenství, a to u 236ti případů, opět nejvíce za zanedbávání, poté jako v roce 2014 a 2015 v případech zneužívání. Do ZDVOP bylo umístěno 39 dětí, nejčastěji, jako všechny předchozí roky, šlo o formu CAN zanedbávání. Trestní oznámení bylo podáno 37krát, nejčastěji šlo o podezření/nahlášení sexuálního zneužívání, odsouzeno pak bylo 14 pachatelů, z toho 6 za zneužívání.

Dopad na dítě

Zde jsou zmíněné dopady jako hospitalizace, tělesné poškození dítěte, posttraumatická stresová porucha, nutnost poskytnutí psychologické pomoci a ten nejhorší možný dopad CAN, jímž je úmrtí dítěte. Ještě nutno zmínit, že kvůli odlišné metodologii v roce 2014, nebyla zjišťována nutná psychologická pomoc, jakožto důsledek CAN, jež je nejčastějším důsledkem ve všech dalších srovnávaných letech.

Za rok **2014** se jednalo nejčastěji o hospitalizaci, a to ve 12ti případech, nejčastěji byla nutná po tělesném týrání, poté v případech psychického, zanedbávání a nejméně často jako dopad zneužívání. U 11ti dětí byla diagnostikována posttraumatická porucha, nejvíce u dětí vystavených psychickému týrání, poté zneužívání. Tělesné poškození, jako dopad CAN, bylo zaznamenáno u 5ti dětí, zde nejvíce u dětí zanedbávaných a následně fyzicky týraných. Úmrtí nebylo žádné.

V roce **2015** nastala, už kvůli avizované změně v metodologii, změna, neboť jako možný dopad přibyla nutná psychologická pomoc, ošetření. Tento rok byla nutná u 84 dětí, z toho u 40ti kvůli zanedbávání a 25ti po zneužívání. Hospitalizace proběhla u 8mi dětí, nejčastěji u zneužívaných a fyzicky týraných. Po 6ti případech byla diagnostikována posttraumatická stresová porucha, nejvíce šlo opět o děti psychicky týrané. A způsobené tělesné poškození bylo také u 6ti dětí, vystavených tělesnému týrání, ale také zneužívání a zanedbávání. Ani tento rok nedošlo k úmrtí.

Roku **2016** byla nutně poskytnutá psychologická pomoc 137 dětem, což je poměrně velký nárůst oproti předešlému roku a jedná se o nejvyšší číslo za všechny srovnávané roky. Hospitalizace byla nutná u 11ti dětí, nejvíce šlo o případy zanedbání. Je zajímavé, že tělesné poškození bylo u 5ti, zanedbávaných, dětí. U tohoto dopadu bych já osobně čekala spíše fyzické týrání jako příčinu. Posttraumatická stresová porucha byla diagnostikována 2 dětem, u obou šlo o psychické týrání. V tomto roce došlo k jednomu úmrtí jako následek zanedbání.

V roce **2017** byla poskytnuto nutné psychologické ošetření 114ti dětem, z toho 45ti zanedbávaným, 34 psychicky týraným, 19ti zneužívaným a 16ti týraným fyzicky. Hospitalizováno muselo být 12 dětí, nejvíce kvůli tělesnému týrání. Registrovány byly 4 případy tělesného poškození, po dvou jako následek tělesného týrání a zanedbávání. Posttraumatická porucha byla diagnostikována pouze u jednoho případu, tělesného týrání. K žádnému úmrtí nedošlo.

V posledním srovnávaném roce, **2018**, byla poskytnuta nutná psychologická pomoc 128 dětem, v 61 případech zanedbávaným, ve 37 zneužitým, 24 týraným psychicky a 6ti fyzicky. Hospitalizováno bylo 5 dětí, což je nejméně za uváděné roky a k tělesnému poškození došlo také u 5ti dětí. Zde je zajímavé, že šlo o formy fyzického, ale i psychického týrání. Dopad CAN, jež vyústil v posttraumatickou stresovou poruchu, byl zaznamenán u 7mi dětí, z nichž nejvíce u sexuálně zneužívaných. V tomto roce nezemřelo žádné dítě kvůli CAN.

Statistiky - shrnutí

Celkově se dá shrnout, že nejčastější formou CAN je zanedbávání. U sexuálního zneužívání převažují dívky. Počty registrovaných případů zdravotně postižených dětí jsou nízké. Nejvíce zasaženou skupinou dětí pro všechny formy týrání jsou děti ve věku 6-15 let. Jsou zaznamenány případy sexuálního zneužívání i ve věku 1-3 roky. CAN je spíše dlouhodobého charakteru, výjimkou může být sexuální zneužívání, u kterého bylo v letech 2014, 2017 a 2018 více případů jednorázového charakteru. Nejnižší počet všech případů byl v roce 2014 (232), nejhůře na tom byl rok 2017 (392). Tělesně týraných dětí bylo nejvíce v roce 2017 (38), nejméně v roce 2018 (17). Psychicky týraných dětí bylo zaznamenáno nejvíce v roce 2017 (90), nejméně ve 2015 (32). Případů sexuálního zneužívání bylo nejvíce v roce 2016 (65) a nejméně následující rok 2017 (37). Počet zanedbávaných dětí byl nejvyšší v roce 2017 (227) a nejnižší pak v roce 2014 (91).

Mohu shrnout, že mezi tři nejčastější oznamovatele nějaké formy CAN spadá škola či zdravotnické zařízení, policie a orgán sociálně-právní ochrany dětí. Dle oznámených forem lze škole či zdravotnickému zařízení přisoudit nejvíce zaznamenaných případů zanedbávání a tělesného týrání. U policie se jedná nejčastěji o sexuální zneužívání a psychické týrání a OSPOD je nejčastěji oznamovatelem zanedbávání. Naopak nejméně ohlášených případů ve všech letech přišlo od sourozence týraného dítěte. Za těch všech 5 let bylo samotné dítě oznamovatelem v 32 případech, nejvíce šlo o formu sexuálního zneužívání. Když se ovšem podíváme na celkový počet všech forem CAN za léta 2014-2018, což je 1531, tak mi přijde obdivuhodné, že poměrně tolik dětí si dokázalo říct o pomoc, i přes to, že je to neskutečně těžké.

Ještě jen malinké porovnání, na území celé České republiky bylo celkem za léta 2014-2018 ve všech formách CAN zaregistrováno 45. 434 případů (vs Královéhradecký kraj 1531), což mi přijde jako alarmující číslo. Ovšem pokud porovnáme čísla za Královéhradecký kraj s celou ČR, tak ta zaregistrovaná situace případů CAN není špatná.

V ČR máme 14 krajů, pokud bych celkové číslo vydělila 14ti, tak by to vyšlo 3 245 případů CAN za 5 let na každý kraj. A Královéhradecký kraj zaznamenal až o polovinu méně. Zde ovšem zůstává otázkou, kolik případů zůstalo neodhaleno.

Co se týče sociálního prostředí dítěte, tak v nejvíce případech jde o prostředí rodiny. Zde je ale nutné si uvědomit, že to tak dá se říct „musí“ být, neboť většina dětí vyrůstá v rodině, nikoli v náhradní rodinné či ústavní péči. Dle forem CAN v rodině docházelo ve všech srovnávaných letech nejvíce k zanedbávání a bohužel v letech 2015, 2016 a 2018 bylo na druhém místě sexuální zneužívání. Je škoda, že se metodologie MPSV po roce 2014 změnila, co se týče předchozího rozdělení rodiny na úplnou, neúplnou a doplněnou, protože si myslím, že by z takového rozdělení byly zajímavé závěry, zda by například k sexuálnímu zneužívání docházelo nejčastěji v rodině doplněné, jako v roce 2014. Velice smutné mi přijde i zjištění, že v instituci založené s cílem pomoci a postarat se o děti – ústavní péče a ZDVOP – dochází k nějaké formě CAN, a že ani sexuální zneužívání není výjimkou.

V rámci přijatých opatření by se dalo shrnout, že nejčastěji užívaným opatřením v případech týrání jde o ambulantní poradenství, umístění dítěte do zařízení vyžadující okamžitou pomoc a podání trestního oznámení. Odsouzena pak byla slabší polovina pachatelů.

Mezi dopady týrání na dítě, dle statistik, jasně dominuje nutnost poskytnutí psychologické pomoci. Nejhuře na tom byl rok 2016, kdy bylo nejvíce nutných takových ošetření (137) a zároveň jedno úmrtí dítěte, jehož příčinou bylo zanedbávání. Naopak nejlépe na tom byl rok 2014, zde ale bude tak nízké číslo zřejmě kvůli jiné metodologii, kdy tento rok statistika nezaznamenávala jako možný dopad onu psychologickou pomoc, jež má v následujících letech tak vysoká čísla. Na druhou stranu v témže roce bylo diagnostikováno nejvíce dětí s posttraumatickou stresovou poruchou, celkem 11. Za všech 5 let došlo k 1 případu úmrtí, jako následku zanedbávání, ve srovnání s celou Českou republikou, kde na následky CAN zemřelo za léta 2014-2018 celkem 30 dětí, to není vysoké číslo.

Závěr

V bakalářské práci jsem se zabývala problematikou týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte a jeho souvislostí s domácím násilím. Pro lepší uchopení z hlediska vývoje jsem určila léta 2014-2018, aby bylo možné vidět jakýsi vývoj a bylo možné lehké srovnání situace v Královéhradeckém kraji s celou Českou republikou.

Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že ve srovnání s celou ČR je situace syndromu CAN v Královéhradeckém kraji poměrně pozitivní. Troufám si tak usuzovat ze zjištění, že registrovaných případů v České republice za léta 2014-2018, dle všech forem, bylo celkem 45.434 a celkem 30 dětí, jež na následky týrání podleho. V Královéhradeckém kraji za celé období bylo zaznamenáno 1531 a jedno úmrtí. V ČR máme 14 krajů, pokud bych celkové číslo vydělila 14ti, tak by to vyšlo 3 245 případů CAN za 5 let na každý kraj. A Královéhradecký kraj zaznamenal až o polovinu méně. Zde ovšem zůstává otázkou, kolik případů zůstalo neodhaleno.

Co se týče nějakého vývoje v problematice CAN za posledních pět let, tak respondenti vnímají lehký posun v přístupu společnosti k pojmu „citové, psychické týrání“, kdy už není tolik bagatelizován, jako tomu bylo v předchozích letech. Další změna je v tom, že přibývá více sexuálních zneužití prostřednictvím internetu. Internet tedy, jako virtuální prostředí, může být stále nebezpečnějším prostředkem, v rámci kteréhož se lze dopouštět protiprávního jednání.

Cílem práce bylo zmapovat situaci CAN syndromu v Královéhradeckém kraji. Myslím si, že cíl práce byl splněn, především díky poskytnutým statistikám Ministerstva práce a sociálních věcí, jež obsahují všechny registrované případy tohoto sociálně patologického jevu v Královéhradeckém kraji. Je nutné si ale uvědomit, že se jedná pouze o zaznamenané případy, reálné číslo tak může být mnohem vyšší. K naplnění cíle posloužily i rozhovory s odborníky, kteří poskytli odborný pohled a zkušenosti z praxe.

Jako velký aktuální problém, a to nejen v této problematice, vnímám virtuální prostředí, které usnadňuje pachatelům různých trestných činů páchat a velice ztěžuje práci všem těm, kteří se tomuto páchání snaží zamezit. I tím, že děti celkově tráví spoustu času na internetu a jsou zranitelnější než jiná věková skupina, právě kvůli nízkému věku a poměrně snadné ovlivnitelnosti, je těžké to nějak více kontrolovat. Co lze dělat? Omezit dětem přístup na internet? Naplnit jejich volný čas vhodnými aktivitami? Veliký

potenciál vnímám v poučení dětí, co všechno na internetu hrozí, čeho se vyvarovat, na co si dávat pozor. Děti nejvíce může ovlivnit ten, kdo je má „pod dohledem“ nejvíce času. To znamená rodiče a škola. Škola může pořádat či zařizovat různé besedy a rodiče musí děti vychovávat, ale především se o ně zajímat. Zajímat se o to, co dělají, s kým se kamarádí, co je v životě těší a co je naopak trápí. To lze dělat. Nemůžeme tak sice zabránit někomu, aby „našemu“ dítěti ubližoval, ale můžeme dítě vhodně připravit na takovou situaci, aby bylo schopné ji adekvátně vyřešit a nestát se obětí. Pomůžeme dítěti už jenom tím, že budeme mít úzký vztah. Pokud bude ve vztahu důvěra, tak se v případě (nejen) potíží na nás dítě obrátí. To je možné řešení v případě, kdy je pachatelem cizí osoba.

Co ale dělat, když ten, kdo ubližuje není zvenčí, ale (ne)vlastní rodič? Což je, dle statistik a zkušeností z praxe, mnohem častější. V takovém případě je to na nás. Na všímavé společnosti. Na všímavém okolí. Nezavírejme oči před problémy ostatních. Všímejme si ostatních, zajímejme se o ně. Pokud budeme mít podezření na týrání dítěte, pokusme se to nějak vyřešit, a to nejen proto, že máme oznamovací povinnost. Ale proto, že by to mělo být něco přirozeného. Zde vnímám nejvyšší potenciál ve škole, jež má dítě, jak se říká „na očích“ a může zaznamenat změny v projevech jeho chování, zároveň učitel může mít blízký vztah se svými žáky, a ti tak k němu mohou mít důvěru. Za všech srovnávaných 5 let, je jak v rámci České republiky, tak v rámci kraje, škola či zdravotnické zařízení mezi prvními třemi nejčastějšími oznamovateli syndromu CAN, kdy dle forem jde hlavně o nahlášení zanedbávání.

Seznam použité literatury

- ANTL, Miroslav a HANSLÍK, Hanuš. *Miroslav Antl radí, jak na gaunery*. Vyd. 1. Praha: Prostor, 2007. 137 s. Poradna Miroslava Antla; sv. 1. ISBN 978-80-7260-180-6.
- BENTOVIM, Arnon. *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*. Překlad Vratislav Janda a Daniel Boguševský. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998. 117 s. Psyché. ISBN 80-7169-629-3.
- BĚLÍK, Václav a kol. *Slovník sociální patologie*. Vydání 1. Praha: Grada, 2017. 120 stran. Pedagogika. ISBN 978-80-271-0599-1.
- DUFKOVÁ, Ivana a ZLÁMAL, Jiří. *Domácí násilí se zaměřením na problematiku obětí*. Praha: [Střední policejní škola Ministerstva vnitra, Středisko pro výchovu k lidským právům a profesní etiku], 2005. 69, 52 s. ISBN 80-239-5686-8.
- DUNOVSKÝ, Jiří a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 1995. 245 stran, 8 nečíslovaných stran obrazových příloh. ISBN 80-7169-192-5.
- FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. 231 s. Psyché. ISBN 978-80-247-5046-0.
- GJURIČOVÁ, Šárka, KOCOURKOVÁ, Jana a KOUTEK, Jiří. *Podoby násilí v rodině*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2000. 101 s. ISBN 80-7021-416-3.
- HANUŠOVÁ, Jaroslava. *Násilí na dětech - syndrom CAN*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 24 s. ISBN 80-86991-78-4.
- KALIBOVÁ, Petra a KALIBA, Martin. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě v kontextu současného školství*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. 91 s. ISBN 978-80-7435-507-3.
- KOZÁKOVÁ, Zdeňka. Specifika sexuálního zneužívání osob s mentálním postižením v podmínkách rezidenčních služeb. In: TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana a Stanislava DVOŘÁKOVÁ. *Sociální aspekty sexuálního komerčního zneužívání: Sborník příspěvků z konference konané dne 3.3.2004 v Hradci Králové*. Hradec Králové: Katedra sociální práce a sociální politiky v nakl. M & V, 2004, s. 34. ISBN 80-86771-05-9.

KRAUS, Blahoslav a kol. *Sociální patologie*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. 325 s. ISBN 978-80-7435-080-1.

MALÁ, Eva. Posttraumatická stresová porucha. In: *Násilí na dětech: "násilí nezná hranice, ale zanechává stopy": [1.-4. června 2003, Praha, Česká republika]*: Sborník z 2. národní a I. středoevropské konference konané pod záštitou veřejného ochránce práv.. Praha: Humanitas-Profes, 2003, s. 28. ISBN 80-903392-0-4.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. 171 s. ISBN 978-80-262-0697-2.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Děti a rodiče v rozvodu: manuál pro zúčastněné profesionály a rodiny*. Vydání první. Praha: Portál, 2015. 255 stran. ISBN 978-80-262-0968-3.

MUFSON, Susan a KRANZ, Rachel. *O týrání a zneužívání*. Překlad Eva Hauserová. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 1996. 131 s. Linka důvěry. ISBN 80-7106-194-8.

MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. 104 s. ISBN 80-210-2511-5.

ONDREJKOVIČ, Peter. *Sociálna patológia*. Bratislava: Veda, 2000, 270 s. ISBN 80-224-0616-3.

PEMOVÁ, Terezie a PTÁČEK, Radek. *Zanedbávání dětí: příčiny, důsledky a možnosti hodnocení*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. 200 stran. ISBN 978-80-247-5695-0.

PÖTHE, Petr. *Týrání dětí*. Praha: Nadace Naše dítě, c2003, 1 složený l.

RYDLO, Josef. Komerční sexuální zneužívání dětí v kontextu problematiky syndromu CAN ve školní praxi. In: TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana a Stanislava DVOŘÁKOVÁ. *Sociální aspekty sexuálního komerčního zneužívání: Sborník příspěvků z konference konané dne 3.3.2004 v Hradci Králové*. Hradec Králové: Katedra sociální práce a sociální politiky v nakl. M & V, 2004, s. 51. ISBN 80-86771-05-9.

SMOLÍK, Petr. Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika. 2., rev. vyd. Praha: Maxdorf, 2002. 506 s. ISBN 80-85912-18-X.

ŠEVČÍK, Drahomír a kol. *Domácí násilí: kontext, dynamika a intervence*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. 186 s. ISBN 978-80-7367-690-2.

ŠVARCOVÁ, Eva. *Úvod do etopedie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002. 107 s. ISBN 80-7041-449-9.

TRUELLOVÁ, Iva, VANÍČKOVÁ, Eva a NOVOTNÁ, Věra. *Včasná detekce dětí ohrožených násilím*. [Praha]: [Fakultní nemocnice v Motole], [2016]. 46 stran. ISBN 978-80-87347-27-0.

VANÍČKOVÁ, Eva, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana a PROVAZNÍKOVÁ, Hana. *Násilí v rodině: syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*. Vyd. 1. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 1995. 80 s. ISBN 80-85529-17-3.

VANÍČKOVÁ, Eva et al. *Sexuální násilí na dětech: výskyt, podoby, diagnostika, terapie, prevence*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999. 118 s. ISBN 80-7178-286-6.

VANÍČKOVÁ, Eva. *Dětská prostituce*. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, ©2007. 141 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2218-4.

VANÍČKOVÁ, Eva. *Interpersonální násilí na dětech*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády ČR, 2009. 37 s. ISBN 978-80-7440-001-8.

VANÍČKOVÁ, Eva a kol. *Národní strategie prevence násilí na dětech v ČR na období 2008-2018*. Praha: Úřad vlády ČR, 2009. 16, 16 s. ISBN 978-80-87041-86-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

VÝROST, Jozef, ed. a SLAMĚNÍK, Ivan, ed. *Aplikovaná sociální psychologie II*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2001. 260 s. Psyché. ISBN 80-247-0042-5.

Seznam internetových zdrojů

Dětské krizové centrum. *NOMIA Hradec Králové* [online]. 2020 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: <https://nomiahk.cz/domu/dkc>.

Intervenční centrum. *Charita Česká republika* [online]. VIZUS.cz, 2020 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: <https://www.charitahk.cz/komu-a-jak-pomahame/osobam-ohrozenym-domacimnasilim/charakteristika-sluzbyic>.

Jak linka funguje. *Linka Bezpečí* [online]. 2020 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: <http://www.linkabezpeci.cz/fungovani-linky/jak-linka-funguje>.

Kdo jsme? *Hradec Králové: oficiální web* [online]. 2020 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: <https://www.hradeckralove.org/kdo-jsme/ms-24812/p1=24812>.

Klokánek. *Fond ohrožených dětí* [online]. 2020 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: <http://www.fod.cz/nase-cinnost/klokaneek>.

Lektoři. *Mousou* [online]. Praha, 2015 [cit. 2020-03-29]. Dostupné z: <https://www.mousou.cz/phdr-daniela-kvetenska-phd>.

Linky důvěry. *Psychoportal: Brána k odborné pomoci* [online]. 2010 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: <http://www.psychoportal.cz/linky-duvery>.

O kampani. *Vládní kampaň Stop násilí na dětech* [online]. Úřad vlády ČR, 2009, 2009 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: <http://stopnasilinadetech.cz/content.php?id=2>.

O nás. *Ozdravovna Království* [online]. 2011 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: <https://www.ozdravovnakralovstvi.cz/vseobecne-informace>.

O nás. *Dětské krizové centrum* [online]. Praha, 2020 [cit. 2020-03-29]. Dostupné z: <https://www.ditekrize.cz/o-detskem-krizovem-centru>.

O nás. *NOMIA Hradec Králové* [online]. 2020 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: <https://nomiahk.cz>.

Pomáháme dětem. *Dětské krizové centrum* [online]. Praha, 2020 [cit. 2020-03-29]. Dostupné z: <https://www.ditekrize.cz/pomahame-detem>.

Pomoc obětem TČ. *Policie ČR* [online]. 2019 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: <https://www.policie.cz/clanek/domaci-nasili-tyrani-osoby-zijici-ve-spolecnem-obydli.aspx>.

Pomoc ohroženým dětem. *Fond ohrožených dětí* [online]. 2020 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: <http://www.fod.cz/nase-cinnost/pomoc-ohrozenym-detem>.

Přednášky a besedy. *Hradec Králové: oficiální web* [online]. 2019 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: <https://www.hradeckralove.org/prednasky-a-besedy/ds-2681/p1=25705>.

Statistiky. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2019 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/statistiky-1>.

ŠIMŮNEK, Marek. Týrané, zneužívané či zanedbávané děti (syndrom CAN). *Hradec Králové: oficiální web* [online]. 2019 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: <https://www.hradeckralove.org/tyrane-zneuzivane-ci-zanedbavane-deti-syndrom-can/d-55204>.

Terapeutický program narativní práce s agresí. *NOMIA Hradec Králové* [online]. 2020 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: <https://nomiahk.cz/programy/terapeuticky-program-narativni-prace-s-agresi>.

Tísňová linka 156. *Hradec Králové: oficiální web* [online]. 2020 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: <https://www.hradeckralove.org/tisnova-linka-156/ms-25671/p1=25671>.

ZDVOP: Informace. *Ozdravovna Království* [online]. 2011 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: <https://www.ozdravovnakralovstvi.cz/zdvop/informace>.

ZDVOP: Poslání. *Ozdravovna Království* [online]. 2011 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: <https://www.ozdravovnakralovstvi.cz/zdvop/poslani>.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Transformace cíle výzkumného šetření do jednotlivých otázek.....53

Tabulka č. 2: Registrované případy dle počtu a forem za léta 2014-2018.....68

Seznam příloh

Příloha č. 1: Přepis rozhovoru s Mgr. Miroslavem Bubeníkem, B.Th.	84
Příloha č. 2: Statistiky za Královéhradecký kraj: 2014-2018.....	91

Přílohy

Příloha č. 1: Přepis rozhovoru s Mgr. Miroslavem Bubeníkem, B.Th.

Pan Mgr. Miroslav Bubeník, B.Th. je jedním ze dvou respondentů rozhovoru. Zde je přepis rozhovoru konaného 13.2. 2020.

1. Jak dítě prožívá domácí násilí?

„Výzkumy a naše praxe ukazují, že dítě vystavené násilí, ať je to křik, hádky, nebo vidí fyzické násilí třeba od otce na té matce, či podobně, tak to dítě může být vážně poškozeno. Hovoří se o organických změnách v mozku, což je závažné. Z praxe je na dětech vidět smutek, často pláčou, mohou mít depresivní, úzkostné prožívání, mohou se objevovat i projevy agrese, paradoxně – i vůči vrstevníkům, oběti. Mohou být intruze, to jsou noční děsy, noční můry. Dítě se může uzavírat do vlastního světa – disociativní chování, kdy si vytváří nějaké strategie přežití. To vidíme pak na těch dětech, že hůře komunikují s okolím, uzavírají se do sebe a podobně. Na vývoj to může mít neblahé vlivy, protože prožívá senzitivní období vývoje, kdy se mozek hodně vyvíjí, jsou periody, kdy se určité oblasti mozku vyvíjí a může docházet k poškození vývoje, dá se říct, že někdy k nenávratnému, neboť neurobiologie a neuropsychologie se tímto zabývá a hovoří se o organických změnách mozku. Terapeutickým působením se to dá dát do pořádku, ale to nesnižuje závažnost. Zde bych zmínil i poruchu attachmentu, čili poruchu citové vazby, pouta, my máme program pro práci s pachateli, tak tam je významné procento klientů, kteří se dnes chovají agresivně ke svému okolí, ale ve svém dětství prožili násilí na sobě.“

2. Souhlasíte s tím, že dítě žijící v rodině, kde probíhá domácí násilí, je dítě týrané? Proč?

„Rozhodně ano. Nemusí být agrese směřována přímo k němu, ale tím, že je účasten těchto situací, tak se rozhodně stává obětí.“

3. Jak se dítě, dle Vašich zkušeností, staví k pachateli domácího násilí?

„Pokud je pachatel blízká osoba, to znamená třeba otec, ale může to být i matka, tak tam je citová vazba k tomu rodiči. Čili pro to dítě je to velmi těžká a ambivalentní situace, kdy sleduje milující osobu, ke které má blízký vztah, která se chová násilně k druhému rodiči, ke kterému má také úzký vztah. Pro dítě není snadné se vymezit proti násilí, nějak se mu bránit. Je těžké odsoudit ten čin a zároveň neodsoudit toho rodiče, který to páchá. Pro dítě je velmi těžké, když milující osoba páchá násilí. V některých

případech se dítě odtáhne od toho pachatele, je vůči němu averzní a přestává s ním komunikovat, ale někdy paradoxně dochází k tomu, že proto, aby si toho páchajícího rodiče udrželo v nějaké přízni, protože to dítě cítí strach i z vlastního ohrožení, tak s tím pachatelem v této chvíli udržuje koalici, která je strategií přežití. “

4. Jak se dítě, dle Vašich zkušeností, staví k oběti domácího násilí?

„Jelikož je to ambivalentní situace, jakási smíšenina, tak si v tom dítě dělá těžko jasno, pokud mu je třeba šest až osm let. Jsou případy, kdy se zlobí na tu oběť, že tu situaci nějak neošetrí, nevyřeší. Takže ji obviňuje, nechápe ji a může být i agresivní vůči ní. Zároveň ale i v této situaci, kdy vytvoří koalici s pachatelem, tedy jakousi strategií přežití, tak nám třeba i dítě říká, že vnitru tu oběť (př. matku) lituje, že ji má vlastně rádo, ale ta situace je pro něj tak těžká, že vytvoří takovou strategii přežití. V první řadě to dítě tomu vůbec nerozumí, je to pro něj hrozný zmatek, zátěž. “

5. Kolik zde řešíte zhruba případů dětí žijících v domácím násilí?

„Jedná se o stovky ročně. Třeba 120-130 ročně, někdy více. A nejedná se pouze o děti vystavené domácímu násilí. Přidává se další skupina, a tou jsou děti vystavené násilí v rozvodové nebo porozvodové situaci, která má často charakter i domácího násilí, ale třeba i stalkingu. Jsou tam projevy násilí, většinou psychického rázu. “

6. Vnímáte nějaký vývoj za posledních 5 let? (počet, formy, prožívání...)

„Prožívání těch dětí, když jsou vystavené násilí, tak je stejné, je to jakási psychologická charakteristika, dítě prožívá nějaký vývoj, teď na něj nějak působí to, že je vystaveno násilí. Co je jiné, tak vnímám změnu v odpovědnosti společnosti, jak se k tomu staví. Řekl bych, že v minulých letech se při uvedení termínu citové týrání dítěte, tak i kompetentní úřady se k tomuto nepřipojují, že jde o citové týrání. Mluví o tom, že by muselo být nějaké fyzické týrání, aby to bylo třeba týrání svěřené osoby, to už je právnícký terminus technicus. Říkají, že to, že se občas pohádají rodiče, to není pro dítě citové týrání. Hodně to bagatelizovali a řekl bych, že ani neměli někteří sociální pracovníci, policisté profesní vzdělání v této problematice. Řekl bych, že toto se nepatrně zlepšilo, ale ne výrazně. A mám dobrý pocit z toho, že my jsme v pracovní skupině úřadu vlády, Ministerstva vnitra, policejního prezidia a tam jsou pracovní skupiny, které si myslím, že velmi dobrým způsobem chtějí ovlivnit společnost, odbornou i laickou veřejnost novými intervencemi, například se jedná o různé kampaně, nastavují se různé metodiky pro odbornou práci s týranými dětmi, tam vidím velké chtění a i výsledky. Stále je ale bohužel

velký problém, že dokud dítě není fyzicky „poškozené“, zkrátka není to na něm vidět, tak tomu společnost nepřikládá takovou váhu. Různé neziskovky celkem ano, odborníci i některá laická veřejnost, ale například OSPOD a jiné odborné státní instituce, tam by to mohlo být mnohem lepší.“

7. Jaké pohlaví pachatele je častější?

„Spíše se jedná o muže, řekl bych tak 80 %, kteří jsou původci násilí a byli třeba odsouzeni, ale to neznamená, že by ženy nepáchaly násilí. Ty zase páchají spíše v rovině psychické, třeba při/po rozvodu, kdy zabraňují kontaktu s dětmi. Přejde mi, že v porozvodových konfliktech je to 1:1.“

8. Vnímáte více případů týrání v rámci určité věkové skupiny pachatele?

„Projevy násilí, ať už fyzického nebo psychického, zaznamenávám nejvíce ve věku od 25ti do 45ti let, tedy v takovém hodně produktivním věku.“

9. Jaký je vztah pachatele k oběti? (př. trenér, rodič, učitel...)

„Spíše se jedná o rodiče.“

10. Jací dospělí jsou riziková? (př. transgenerační přenos, duševní porucha, toxikomanie, nezáměr o dítě...)

„Určitě vnímám jako rizikový faktor alkohol, jiné drogy také, ale ne v takové míře. Samotná rozvodová situace je velmi riziková záležitost. Psychopatologické znaky osobnosti, jako třeba narcistní sklony osobnosti, nevyrovnaná osobnost, duševní nezralost. To vše hraje roli pak třeba v projevech agrese. Porucha attachmentu, kterou vyjadřuje takové to, že neumím respektovat hranice druhého a zároveň si neumím tvořit hranice vlastní. Nevyrovnaná osobnost s poruchou attachmentu je velmi významný rizikový faktor.“

11. Do jaké míry, dle Vás, hraje roli transgenerační přenos? (Jako možná příčina týrání svého dítěte)

„Řekl bych, že hraje velmi významnou roli. Můj odhad je tak 60 %. Vždycky se to nějak otiskne do další generace, do další zkušenosti.“

12. Prožívá dítě týrání rozdílně, pokud je týráno rodičem vs. někým z okolí? Jak?

„Myslím si, že určité prvky jsou shodné, protože vždycky je to týrání, traumatický zážitek pro dítě, takže se v těle startují obranné mechanismy, v tom je to stejné. Ale jiné je to v tom, že pokud dítě týrá blízká osoba, tak aby si to dítě dávalo nějaké hranice a bylo

schopné se na úrovni svého věku nějak bránit, tak je to pro něj o dost komplikovanější, protože je tam ta blízkost. Snaží se to omluvit. Praktickou zkušeností je, že děti si ve významném procentu dávají vinu samy sobě. Pokládají si otázku, tatínek se asi zlobí na maminku, protože se špatně učím, špatně jsem si ustlal, mám nepořádek v pokoji. Čili děti z toho viní samy sebe, v tom je to komplikované.

13. Jaké jsou nejčastější motivy k týrání?

„Naše zkušenost je, že pokud se bavíme třeba o domácím násilí, vyhrocené porozvodové situaci, tak ten rodič nemíří prvotně na to dítě, ale na toho partnera. V té tenzi, válce, kde je potřeba satisfakce, příklad: ty jsi mi odešel s jinou ženskou, tak já ti to znepríjemním takhle..Oni to dítě přímo poškodit nechtějí, ale tato zátěžová situace dítě poškozuje, a tím ho nepřímo týrají. Když jde vyloženě o týrání dítěte, které je v této situaci přímou obětí, tak to může být určitý projev deficitu v osobnosti, určitá kompenzace, léčení si mindráku na dítěti, ale já si říkám, že pokud je člověk svéprávný a působí takovou věc, tak to míří přímo proti dítěti a tam už bych měl hranici, kdy přímo cíleně ubližuje tomu dítěti a už je velmi složité sledovat rovinu, do jaké míry si to (ne)uvědomuje. Myslím, že ten člověk má tu odpovědnost. Ano, může tam být transgenerační přenos, že to sám zažíval, tak se teď k dítěti chová stejně, ale prostě má odpovědnost.

14. Jaké děti jsou více rizikové? (př. zdravotně postižené, hyperaktivní, ženské tvary, neúspěšné...)

„V případě sexuálního zneužívání je určitě významná vyspělost dítěte. U dětí obecně si myslím, že je rizikový věk. Dítě, které je mladšího věku, tak tam nejsou kompetence nějaké obrany, už jenom je znemožněné to někomu říct. Poté bych řekl děti v pubertě, což je vývojové stádium rizikové samo o sobě. Hyperaktivita nahrává tomu být více agresivní na to dítě. Dítě, které se špatně učí a je takzvaně problémové, jak ho označují ve škole, tak může být více vystaveno slovním útokům, ale i fyzickým. Děti s mentální retardací také vidím, tělesně postižených dětí moc nemáme, ale mentální retardace se občas objeví.“

15. Jaké jsou důsledky u týraných dětí? (př. posttraumatická stresová porucha, citová deprivace, sebepoškozování, transgenerační přenos...)

„Důsledkem jsou citově deprivované děti. Setkáváme se s velkým procentem sebepoškozování. To bývá u dětí čtrnáct, patnáct let a výše. To je naše zkušenost. Věřím tomu, že se sebepoškozují i mladší děti, ale hodně už v tom předpubertálním věku, dívky

dospívají dříve, takže ty třeba už ve třinácti letech. Je to problém jak s poruchou attachmentu u těch dětí, čili vztahové vazby.. dopad je ten, že poté mají problém v partnerství, držet si tam určité hranice. A poté samozřejmě organické poškození mozku, ke kterému může dojít, když je dítě vystavené násilí, a to může mít různé důsledky, jako třeba řečové problémy, problém s logickým myšlením, v koordinaci mezi pravou a levou hemisférou, poruchy chování různého typu, jako třeba záškoláctví, agresivní projevy, nezdravý postoj k autoritám, těch dopadů je celá řada. Celé je to o té neuroblasti. Bývá pak třeba nízká frustrační tolerance u těch dětí, to znamená, že pak startují velice brzy na nějaký podnět nevole z vnějšího prostředí. Nevydrží větší psychickou zátěž a reagují agresivně. Nebo naopak jsou submisivní, nechávají na sobě, jak se říká, štípat dříví. Pokud člověk vyrůstá, žije v prostředí, kde jsou pošlapávány jeho hodnoty, má pak snížené sebehodnocení a následný problém ve vztazích, kde je snadnější kořistí pro lidi s narušenou osobností. Mozek je neuroplastický, to znamená, že přijímá nové věci a začne podle toho jednat, umí se učit pozitivní, ale i negativní věci, přizpůsobuje se, tvoří se pak neuronální spojení třeba právě té sebehodnoty ve smyslu: za to, že jsem uvařila špatný oběd, si zasloužím facku, ta facka je na místě. Získáme návyky a sebehodnocení, které odpovídá těm situacím.“

16. Kdo bývá nejčastěji iniciátorem – kdo Vás přijde požádat o pomoc? (dítě, rodiče, OSPOD...)

„Hodně chodí rodič - jeden, často z poškozených vztahů po rozvodu. Ale i hodně od OSPODu a od soudu, to už se řeší konflikt třeba v rozvodu, tak soud/OSPOD buď doporučuje nebo nařizuje nějakou práci. Někdy chodí i doporučení od učitelky ze školy. Třeba takových 10-15% dětí přijde samo, většinou ve věku 12-15ti let, druhý stupeň základní školy.“

17. Jak pracujete s týranými dětmi?

„Různými způsoby, které jsou přizpůsobené věku dítěte. Máme výborné projektivní metody, jsou to obrázkové testy, je to tedy zároveň psychologický test úrovně prožívání toho dítěte, úroveň traumatu. Ty obrázkové jsou zároveň i prostředkem pro terapii, kdy vidí nějaký obrázek, se kterým se identifikuje a řekne si: ano, teď to prožívám jako ten medvídek, který se neusmívá a je smutný. Poté máme přímo testování na posttraumatickou stresovou poruchu, což je 90ti otázkový škálový test, který ukazuje asi 11 škál – míru depresivity, úzkosti, agresivity, intruzí, sexuálních obav a tak dále. Poté je sandplay metoda na uvolnění traumatu, je to práce s pískem. Poté play therapy, což je terapie hrou,

kdy při spontánní hře se dají poté reflektovat projevy dítěte a nějak s nimi pracovat, třeba s agresivitou, v herně máme boxovací pytel, meče, kdy dítě ventiluje emoce a pak se s tím dá dále pracovat. Poté samozřejmě terapeutický rozhovor, přímo cílená terapie, individuální sezení s dítětem, případně nějaké párové intervence i s rodiči – rodinná terapie.“

18. Jak dlouho, průměrně, pracujete s dítětem na zpracování traumatu?

„To je hodně závislé na té situaci v rodině. Děti jsou velmi adaptabilní a dobře se s nimi pracuje. Troufám si říct, že třeba do půl roku jsme schopni s tím traumatem tomu dítěti pomoci, velmi účinně. A pokud se vrací do špatného prostředí, tak se ta doba prodlužuje a často jsme tak bezmocní a byli bychom rádi, kdyby se to změnilo. To je ale v kompetenci úřadů, třeba OSPOD, a ne vždycky se to podaří dobře podchytit ze strany úřadů, a tak v rodině probíhají negativní věci dál a dítě se tam vrací, což je svízlel. Vždy to trauma nechá nějakou jizvičku, ale dokážeme zhruba za ten půl rok pomoci dítěti v tom pokročit. Ale to je systémová věc. Dokud s tím nebude umět systém dobře pracovat, tak sice budeme terapeutizovat ty děti, ale nebude to mít ten efekt, který by to mohlo mít, protože ten systém tomu tolik nepomůže. Když každý bude dělat to, co má, to znamená my tu terapii a OSPOD bude kontrolovat rodiče, bude je vést k odpovědnosti, podporovat je, pak to bude efektivní. Ale to dítě sem s rodičem chodí třeba rok a myslím si, že je to proto, že tam není utěšená ta situace.“

19. Jakým způsobem pracujete s pachatelem?

„Máme program psychoterapeutické narativní práce s agresí, je akreditován Ministerstvem spravedlnosti, už x let. Je ve spolupráci s probační a mediační službou, takže když soud pachateli nařídí práci s agresí, tak nad ním dělá dohled probační a mediační služba a my uzavíráme kontrakt s klientem a zároveň s probační a mediační službou. Čili při první konzultaci je přítomen klient, někdo od nás a zároveň probační pracovník, který podepisuje tzv. trojstrannou dohodu. Program se skládá z individuálních terapií, psychoedukace, zážitkových cvičení na reprezentaci tělových pocitů. Při zážitkových cvičeních mají klienti možnost vžít se do situace oběti, její prožívané bolesti. Pak to tématizujeme, takže v té psychoedukaci jsou ty zážitkové cvičení, individuální terapie a poté máme skupinovou terapii. Každý měsíc probíhá skupina, složená z osmi až desíti klientů, je to jedna sféra toho programu. Každé dva roky se obnovuje akreditace, teď jsme získali dlouhodobou spolupráci na tři roky. Je to polootevřená skupina, to

znamená, že propouštíme, ale i přijímáme nové lidi v průběhu roku, účastníky jsou muži i ženy.“

20. Kam se dítě, v rámci Královéhradeckého kraje, může obrátit o pomoc?

„Kromě nás, když to vezmu od začátku, tak se dítě může obrátit na školního psychologa, školního preventistu, na učitele, linku bezpečí, městskou policii, i v intervenčním centru by jim pomohli – minimálně tím, že by je někde odkázali, na OSPOD za sociálním pracovníkem nebo kurátorem. Svým způsobem i nízkoprahové zařízení, kde sice neposkytnou přímou péči, ale vyslyší ho a třeba nám někdy pošlou děti z Modrého pomeranče, nízkoprahové zařízení ty děti skutečně vidí, má je tam v první linii, a následně pak děti doporučí, doprovodí.“

Příloha č. 2: Statistiky za Královéhradecký kraj: 2014-2018

Královéhradecký kraj - rok 2014										
Týrané, zneužívané a zanedbávané děti										
	a	Číslo řádku	Počet dětí							
			tělesné týrání		psychické týrání		sexuální zneužívání		zanedbávání dětí	
			chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky
		b	1	2	3	4	5	6	11	12
Nahlášeno případů	do 1 roku	119	1	3	2	2	0	0	4	5
	od 1 roku do 3 let	120	1	1	2	2	0	0	7	8
	od 3 do 6 let	121	3	1	5	3	1	1	9	5
	od 6 do 15 let	122	10	8	17	11	4	33	20	20
	od 15 do 18 let	123	3	3	4	7	0	13	4	9
	CELKEM	123a	18	16	30	25	5	47	44	47
	z ř. 123a zdravotně postiž.	124	1	0	0	0	1	0	1	0
	z ř. 123a	jednorázově	125	7	7	10	4	2	27	22
opakovaně		126	11	8	20	20	1	15	19	21
nezjištěno		126a	0	1	0	1	2	5	3	3
Oznamovatel	matka	127	4	0	14	10	3	13	1	3
	otec	128	1	2	4	1	0	3	5	1
	dítě samo	129	0	0	1	1	0	2	1	0
	sourozenec	130	0	0	0	1	0	0	0	0
	jiný příbuzný	131	1	0	2	0	0	0	0	0
	cizí fyzická osoba	132	1	4	2	2	1	2	6	4
	zdrav. zařízení, škola, šk.	133	9	6	5	4	1	1	17	18
	policie, jiný státní orgán	135	2	4	1	6	0	24	8	12
	NNO nebo jiná právnická	136	0	0	0	0	0	2	4	1
anonym	137	0	0	1	0	0	0	4	6	
Sociální prostředí dítěte	úplná rodina	139	6	7	11	14	0	14	16	23
	neúplná rodina	140	5	6	12	4	5	16	19	18
	doplňená rodina	143	7	3	6	5	0	16	9	6
	náhradní rodina	144	0	0	1	2	0	1	0	0
	ústavní péče	145	0	0	0	0	0	0	0	0
Přijatá opatření	poradenství - ambulantně	146	14	15	20	18	6	39	35	33
	uložení dohledu	147	1	0	0	1	0	1	3	6
	umístění dítěte v širší rod.	148	1	1	1	0	1	0	3	1
	umístění dítěte do stavby nebo útulny	149	2	0	3	0	1	0	3	6
	umístění dítěte do ÚV	150	0	0	0	0	0	0	4	7
	umístění dítěte do NRP	151	1	0	1	0	0	0	1	3
	podání trestního oznámení	151a	6	4	8	5	0	14	3	1
Dopad na dítě	hospitalizace	152	3	3	2	1	1	0	1	1
	tělesné poškození	153	0	2	0	0	0	0	1	2
	posttr. stresová porucha	154	0	0	4	4	0	3	0	0
	úmrť	155	0	0	0	0	0	0	0	0

Královéhradecký kraj - rok 2015

Týrané, zneužívané a zanedbávané děti

		Číslo řádku	Počet dětí								
			tělesné týrání		psychické týrání		sexuální zneužívání		zanedbávání dětí		
			chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	
a	b	1	2	3	4	5	6	11	12		
Zjištěno případů	do 1 roku	119	1	1	0	1	0	0	3	2	
	od 1 roku do 3 let	120	2	0	1	4	1	1	7	3	
	od 3 do 6 let	121	2	3	0	0	2	3	8	12	
	od 6 do 15 let	122	7	10	11	12	2	30	44	31	
	od 15 do 18 let	123	1	2	0	3	1	9	5	10	
	CELKEM	123a	13	16	12	20	6	43	67	58	
	z ř. 123a zdravotně pos	124	0	1	1	0	0	1	1	0	
	z ř. 123a	jednorázově	125	5	5	6	10	1	18	17	12
		opakovaně	126	5	9	3	6	4	19	47	42
nezjištěno		126a	3	2	3	4	1	6	3	4	
Oznamovatel	matka	127	1	0	5	7	2	3	0	0	
	otec	128	2	1	1	0	1	1	1	0	
	dítě samo	129	0	2	0	0	0	4	0	1	
	sourozenec	130	0	0	0	0	0	0	0	0	
	jiný příbuzný	131	1	1	0	4	0	2	11	3	
	cizí fyzická osoba	132	2	1	0	1	0	0	0	0	
	zdrav. zařízení, škola,	133	5	7	1	1	5	5	37	37	
	policie, jiný státní	135	2	1	1	6	1	17	4	6	
	NNO nebo jiná právnická	136	0	2	0	0	0	0	2	1	
	vlastní zjištění OSPOD	136a	1	1	1	0	0	2	13	11	
anonym	137	0	0	0	0	0	4	2	3		
Sociální prostředí dítěte	v péči rodičů	139	12	15	12	20	6	42	63	57	
	náhradní rodinná péče	144	0	0	0	0	0	1	2	1	
	ústavní péče nebo péče z	145	1	1	0	0	0	0	2	0	
Přijatá opatření	poradenství - ambulantně	146	5	7	11	16	6	24	46	41	
	uložení dohledu	147	0	0	0	0	0	0	5	3	
	umístění dítěte v širší rod	148	1	3	0	1	0	1	0	2	
	umístění dítěte do ZDVOE nebo jiného	149	1	3	0	1	0	5	4	8	
	umístění dítěte do ÚV	150	1	1	0	0	0	2	10	7	
	umístění dítěte do NRP	151	3	1	0	0	0	1	4	0	
	podání trestního oznám	151a	5	6	2	2	6	17	4	5	
odsouzení pachatele	151b	2	0	0	0	1	6	2	2		
Dopad na dítě	hospitalizace	152	1	2	0	0	1	2	2	0	
	tělesné poškození	153	3	1	0	0	0	1	1	0	
	nutnost poskytnout	153a	2	6	4	7	3	22	24	16	
	psychologické pomoci	154	1	0	1	2	0	2	0	0	
	psychická pomoc	155	0	0	0	0	0	0	0	0	

Královéhradecký kraj - rok 2016

Týrané, zneužívané a zanedbávané děti

		Číslo řádku	Počet dětí								
			tělesné týrání		psychické týrání		sexuální zneužívání		zanedbávání dětí		
			chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	
a	b	1	2	3	4	5	6	11	12		
Zjištěno případů	do 1 roku	119	0	0	1	1	0	0	5	3	
	od 1 roku do 3 let	120	0	3	3	2	0	0	10	5	
	od 3 do 6 let	121	3	4	9	6	1	4	21	9	
	od 6 do 15 let	122	10	11	13	17	18	32	71	49	
	od 15 do 18 let	123	0	5	2	3	3	7	12	14	
	CELKEM	123a	13	23	28	29	22	43	119	80	
	z ř. 123a zdravotně posti	124	0	0	0	0	0	0	2	1	
	z ř. 123a	jednorázově	125	2	4	15	11	2	14	36	29
		opakovaně	126	11	19	12	18	20	23	67	39
	nezjištěno	126a	0	0	1	0	0	6	16	12	
Oznamovatel	matka	127	4	3	1	6	2	7	6	5	
	otec	128	2	0	1	0	1	1	0	1	
	dítě samo	129	0	1	0	0	0	3	0	1	
	sourozenec	130	0	0	0	0	0	0	0	0	
	jiný příbuzný	131	2	1	0	0	0	2	4	1	
	cizí fyzická osoba	132	0	4	0	0	1	2	5	3	
	zdrav. zařízení, škola,	133	4	7	4	2	3	12	47	35	
	policie, jiný státní	135	1	2	22	16	16	12	20	10	
	NNO nebo jiná právnická	136	0	0	0	0	0	0	2	3	
	vlastní zjištění OSPOD	136a	0	6	0	5	0	1	25	14	
anonym	137	0	0	0	0	0	3	11	10		
Sociální prostředí dítěte	v péči rodičů	139	11	22	27	28	22	39	113	79	
	náhradní rodinná péče	144	2	1	1	1	0	0	5	1	
	ústavní péče nebo péče Z	145	0	0	0	0	0	4	1	0	
Přijatá opatření	poradenství - ambulantně	146	10	12	23	25	19	23	56	38	
	uložení dohledu	147	1	1	3	3	0	1	12	7	
	umístění dítěte v širší rodinné péči	148	1	1	0	0	0	2	4	3	
	umístění dítěte do zvláštní péče	149	2	5	0	1	0	6	10	8	
	umístění dítěte do ÚV	150	0	0	0	0	0	2	6	0	
	umístění dítěte do NRP	151	1	1	1	1	0	1	9	7	
	podání trestního oznámení	151a	8	15	3	10	4	16	9	10	
odsouzení pachatele	151b	1	0	1	0	17	5	5	1		
Dopad na dítě	hospitalizace	152	0	1	0	0	0	2	5	3	
	tělesné poškození	153	0	0	0	0	0	0	3	2	
	nutnost poskytnout psychiatrickou péči	153a	5	12	9	12	18	27	28	26	
	posttr. stresová porucha	154	0	0	2	0	0	0	0	0	
	úmrtí	155	0	0	0	0	0	0	0	1	

Královéhradecký kraj - rok 2017										
Týrané, zneužívané a zanedbávané děti										
	Číslo řádku	Počet dětí								
		tělesné týrání		psychické týrání		sexuální zneužívání		zanedbávání dětí		
		chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	
a	b	1	2	3	4	5	6	11	12	
Zjištěno případů	do 1 roku	119	1	1	1	2	0	0	2	5
	od 1 roku do 3 let	120	2	0	4	4	1	1	8	9
	od 3 do 6 let	121	4	1	9	4	1	2	24	17
	od 6 do 15 let	122	14	12	24	32	2	24	62	63
	od 15 do 18 let	123	1	2	4	6	1	5	23	14
	CELKEM	123a	22	16	42	48	5	32	119	108
	z ř. 123a zdravotně postiž.	124	1	0	2	0	0	0	1	0
	z ř. 123a									
	jednorázově	125	2	2	13	16	1	23	47	37
	opakovaně	126	19	14	25	27	3	6	58	57
	nezjištěno	126a	1	0	4	5	1	3	14	14
Oznamovatel	matka	127	1	0	2	3	3	11	5	4
	otec	128	1	1	0	2	0	2	4	5
	dítě samo	129	2	1	2	1	0	0	0	1
	sourozenec	130	0	0	0	0	0	0	1	0
	jiný příbuzný	131	4	3	4	3	1	2	8	10
	cizí fyzická osoba	132	3	0	1	1	0	3	5	3
	zdrav. zařízení, škola,	133	3	4	1	1	0	5	39	33
	policie, jiný státní	135	1	2	24	18	1	6	9	13
	NNO nebo jiná právnická	136	0	0	0	0	0	0	1	2
	vlastní zjištění OSPOD	136a	7	5	8	11	1	1	31	34
anonym	137	1	0	0	0	0	0	12	4	
Sociální prostředí dítěte	v péči rodičů	139	20	15	40	47	5	30	110	106
	náhradní rodinná péče	144	2	1	2	1	0	1	8	2
	ústavní péče nebo péče ZP	145	0	0	0	0	0	1	1	0
Přijatá opatření	poradenství - ambulantně	146	14	10	34	38	3	20	80	66
	uložení dohledu	147	2	1	0	1	0	3	17	15
	umístění dítěte v širší rod.	148	2	1	2	2	0	2	10	6
	umístění dítěte do	149	3	2	3	5	0	1	5	8
	stavov. nebo útulny	150	2	2	2	4	0	1	10	7
	umístění dítěte do UV	151	0	2	0	1	0	0	6	7
	umístění dítěte do NRP	151a	7	5	7	4	2	8	7	5
podání trestního oznámení	151b	2	0	4	3	2	4	4	3	
Dopad na dítě	hospitalizace	152	3	2	2	1	0	1	0	3
	tělesné poškození	153	1	1	0	0	0	0	1	1
	numeros. poskytnutí	153a	8	8	14	20	5	14	24	21
	psychologická pomoc	154	0	1	0	0	0	0	0	0
posttr. stresová porucha	154	0	1	0	0	0	0	0	0	
úmrtí	155	0	0	0	0	0	0	0	0	

Královéhradecký kraj - rok 2018

Týrané, zneužívané a zanedbávané děti

		Číslo řádku	Počet dětí								
			tělesné týrání		psychické týrání		sexuální zneužívání		zanedbávání dětí		
			chlapeč	děvčiny	chlapeč	děvčiny	chlapeč	děvčiny	chlapeč	děvčiny	
a	b	1	2	3	4	5	6	11	12		
Zjištěno případů	do 1 roku	119	1	1	1	1	0	0	5	0	
	od 1 roku do 3 let	120	2	1	2	2	0	1	10	17	
	od 3 do 6 let	121	1	2	12	3	1	0	20	14	
	od 6 do 15 let	122	6	2	12	17	4	46	50	43	
	od 15 do 18 let	123	1	0	1	4	0	9	12	11	
	CELKEM	123a	11	6	28	27	5	56	97	85	
	z ř. 123a zdravotně pos	124	0	1	2	1	0	0	0	1	
	z ř. 123a	jednorázově	125	4	1	9	5	2	30	15	12
		opakovaně	126	7	5	17	22	3	19	72	62
	nezjištěno	126a	0	0	2	0	0	7	10	11	
Oznamovatel	matka	127	3	1	4	6	2	7	0	1	
	otec	128	0	1	0	1	0	6	1	0	
	dítě samo	129	0	0	0	2	1	5	0	0	
	sourozenec	130	0	0	0	0	0	0	0	0	
	jiný příbuzný	131	0	0	0	0	0	2	5	3	
	cizí fyzická osoba	132	0	0	0	0	0	3	1	1	
	zdrav. zařízení, škola,	133	5	4	8	2	0	2	46	39	
	police, jiný státní	135	2	0	15	11	2	28	6	6	
	NNO nebo jiná právnick	136	0	0	0	0	0	3	4	7	
	vlastní zjištění OSPOD	136a	1	0	0	5	0	0	27	26	
anonym	137	1	0	1	0	0	0	4	2		
Sociální prostředí dítěte	v péči rodičů	139	11	6	28	23	5	50	94	83	
	náhradní rodinná péče	144	0	0	0	4	0	2	3	2	
	ústavní péče nebo péče	145	0	0	0	0	0	4	0	0	
Přijatá opatření	poradenství - ambulantně	146	8	3	22	22	5	46	65	65	
	uložení dohledu	147	1	1	1	0	0	0	14	12	
	umístění dítěte v širší r	148	1	0	0	1	0	0	16	4	
	umístění dítěte do ZDVOB nebo jiného	149	0	0	7	1	0	0	16	15	
	umístění dítěte do ÚV	150	0	1	0	0	0	1	4	7	
	umístění dítěte do NRP	151	2	2	0	2	0	0	12	9	
	podání trestního oznám	151a	3	3	8	2	1	13	5	2	
odsouzení pachatele	151b	0	1	4	1	0	6	1	1		
Dopad na dítě	hospitalizace	152	1	1	0	0	0	1	1	1	
	tělesné poškození	153	2	1	2	0	0	0	0	0	
	nutnost poskytnutí	153a	3	3	8	16	3	34	31	30	
	psychologické pomoci	154	2	0	0	2	0	3	0	0	
	postih. úřadová pomoc	155	0	0	0	0	0	0	0	0	
úmrtí											