

KOLEKTIV AUTORŮ



SYNDROM CAN
A ZPŮSOB PÉČE
O RODINNÝ SYSTÉM

Kolektiv autorů

SYNDROM CAN
A ZPŮSOB PÉČE O RODINNÝ SYSTÉM

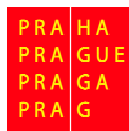


Autorský kolektiv

Věra Bechyňová, DiS.
PhDr. Věduna Bubleová
Mgr. Zora Dušková
Bc. Raďka Dydňanská
PhDr. Šárka Gjuričová
Mgr. Marta Konvičková
PhDr. Dana Krejčířová
PhDr. Marek Preiss
Doc. PhDr. Lenka Šulová, CSc.
MUDr. Eva Vaníčková, CSc.
Alena Vávrová

Publikace vznikla v rámci řešení projektu CZ.04.3.07/2.1.01.03 „Prevence syndromu CAN prostřednictvím komplexní práce s rodinou“, jehož realizátorem je Dětské krizové centrum, o. s. Tento projekt je podpořen Evropským sociálním fondem, státním rozpočtem České republiky a rozpočtem hl. m. Prahy.

Partnery projektu jsou IREAS, Institut pro strukturální politiku, o. p. s. a Dům tří přání, o. s.



DĚTSKÉ KRIZOVÉ CENTRUM



Vydavatel: IREAS, Institut pro strukturální politiku, o. p. s.
Mařákova 292/9, 160 00 Praha 6
Vydání: první
Místo a rok vydání: Praha, 2007
Náklad: 500 ks
Počet stran: 236 str.

Vytiskla Tiskárna MTT, Za Poříčskou bránou 9, 180 00 Praha 8

ISBN 978-80-86684-47-5

OBSAH

Úvod	5
------------	---

I. O syndromu CAN

Týrání, zneužívání a zanedbávání dětí	9
Ohrožení dítěte ve vlastní rodině a problematika odtajnění syndromu CAN	47

II. Nejčastější příčiny vzniku

Příčiny rozvoje násilného chování vůči dítěti v rodině	65
Rizikové faktory syndromu zneužívaného a zanedbávaného dítěte	75

III. Následky

Psychická deprivace a traumatizace	87
Posttraumatická stresová porucha (Zkušenosti psychologa z války)	101
Transgenerační přenos	119

IV. Prevence

Rodinná a systemická terapie	129
Pomoc rodinám se speciálními potřebami při výchově dětí	141
Prevence ve světě (Healthy Families America)	153

V. Sanace rodiny

Sanace rodiny.....	169
--------------------	-----

VI. Náhradní rodinná péče

Historický vývoj péče o opuštěné děti u nás	193
Současná situace a typy náhradní rodinné péče	207
Proces vyřizování žádostí	219

Seznam použitých zkratk.....	231
------------------------------	-----

ÚVOD

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syn CAN) představuje závažný multifaktoriální sociálně patologický jev, se kterým se setkáváme i v naší společnosti. Je velkým omylem v našich představách, že období dětství je v podstatě vždy naplněno láskou a radostí a je smutnou realitou, že mnohé děti kolem nás jsou vystavené týrání, zneužívání a zanedbávání, a to nejednou dokonce po většinu svého dětství, aniž by kdokoliv jejich nepříznivou situaci rozpoznal, zachytil a dal podnět k zahájení ochrany dítěte.

Ačkoliv se jedná o jev, který jde s historií lidstva po dlouhá století a tisíciletí, mění se postoje společnosti k danému problému jen velmi pozvolna. V podstatě teprve od roku 1990 je tato problematika v České republice postupně odtažována a rozkrývána a stává se stále více předmětem veřejného zájmu a odborných diskusí. Až v průběhu uplynulých 2 desetiletí byl upřen zájem našich odborníků k problematice dětí týraných a zneužívaných natolik, že dal podnět ke vzniku několika významných prací zabývajících se syndromem CAN.

Během doby, po kterou je problematice oprávněně věnována větší pozornost, prohlubují se také poznatky a zkušenosti předních odborníků i odborných pracovišť. Předkládaná publikace přináší nové pohledy a především klade důraz na základní výchozí princip péče o děti se syndromem CAN – na multidisciplinarity a komplexnost nezbytnou při hledání efektivních způsobů odborné pomoci i ochrany dětí. Novou „optikou“ také nahlíží mechanismy vzniku, rozvoje a udržování syndromu a pomáhá nám porozumět tomu, proč jsou děti uvedeným traumatizujícím okolnostem vystaveny nejvíce ve vlastních rodinách a od těch nejbližších osob, tedy od osob, jejichž úlohou má být ochrana dítěte a uspokojování jeho potřeb. Teprve přijmeme-li tuto skutečnost a předkládané poznatky, otevírá se prostor pro možnou nápravu v rodinách tak, aby v maximálním počtu případů mohla rodina zůstat zachovaná a aby dítě nemuselo z rodiny odcházet. Cílem odborné péče věnované sanaci rodin se syn CAN je dosažení stavu, kdy by odebrání dětí z rodin bylo vyhrazeno jen pro ty případy, u nichž selhaly všechny dostupné formy pomoci rodině směřující k jejímu zachování, ovšem zároveň při zajištění bezpečí dítěte. Při efektivní péči nelze již vyjmout z rodiny jako „postižené“ jen dítě, nýbrž je nutné pracovat s celou rodinou jako živým, navzájem se ovlivňujícím systémem.

Předkládaná publikace nabízí čtenáři ucelený přehled zahrnující historické kontexty, popis problematiky a jednotlivých forem ohrožení dětí; zamýšlí se nad otázkami a způsoby odtajnění případů týrání a zneužívání dětí, nastiňuje motivy, příčiny a mechanismy vzniku syn CAN. V souladu se současným pojetím se zabývá také otázkou vzájemné interakce mezi členy rodiny a problémem transgeneračního přenosu. Neméně přínosné je zamýšlení nad otázkami pre-

vence i představení zahraničních programů a modelů péče. Publikace seznámí čtenáře s platnými právními normami, předpisy a se systémem sociálně právní ochrany dětí v České republice. Ke komplexnímu pohledu přispívá kapitola věnovaná náhradní rodinné péči.

Bez těchto poznatků nelze pochopit složitost celého syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. A bez pochopení nelze dostatečně kvalifikovaně a efektivně pomáhat. Současná úroveň péče vyžaduje porozumět nejen dítěti a následkům, které syn CAN na dítěti zanechává, ale také mechanismům vzniku, rozvoje a udržování syn CAN. O to více, že syndrom vzniká ponejvíce ve vlastních rodinách a zasahuje do života všech členů rodiny, ať již přímo nebo svými důsledky. Pro efektivní nápravu, ale také prevenci je proto nutné porozumět i motivům a příčinám vzniku syn CAN na straně rodičů a blízkých osob. Transgenerační přenos ukazuje, jak blízká je někdy hranice mezi tím, stát se „obětí“ a stát se „pachatelem“.

Publikace je dílem kolektivu předních českých odborníků, kteří ve svých profesích nashromáždili cenné zkušenosti a kteří se dlouhodobě zabývají ohroženými dětmi a problematikou syndromu CAN. Každý z nich navíc vnáší do publikace nezbytný „úhel pohledu“ své profese.

Jen málokterá jiná oblast vyvolává v lidech tolik různých a leckdy protichůdných pocitů jako téma týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. Naše ocenění proto patří všem, kdo našli v sobě vnitřní odvalu a sílu ke konfrontaci s tak závažným problémem a kdo otevírají tuto publikaci s touhou po prohloubení svých znalostí. Naším přáním pak je, aby prohloubení znalostí vedlo k prohloubení citlivosti a porozumění pro potřeby týraných a zneužívaných dětí, aby ubývalo dětí, které jsou vedle přímých důsledků vyplývajících ze syn CAN zatížené i dopadem neadekvátního, ponižujícího a traumatizujícího zacházení ze strany těch, kdo se spolupodílí na řešení jejich situace. Přejí bychom si, aby se tyto děti dostávaly „do rukou“ pracovníků, kteří jsou dostatečně silní, aby dokázali zajišťovat ochranu ohrožených dětí s využitím všech dostupných a legálních prostředků a cest a aby tak činili s vytrvalostí, odvahou a trpělivostí, jakou si řešení těchto závažných problémů žádá. A přáli bychom si, aby zároveň dokázali nabízet dětem přijetí, hluboký lidský kontakt, trpělivost a laskavost i respekt k názorům dítěte. Aby se děti, kterým již nebylo dáno do vínku spokojené dětství uprostřed rodin, mohly spolehnout právě na odborné pracovníky a našly u nich bezpečí, jistotu a zázemí.

V Praze dne 27.3.2007

Mgr. Zora Dušková
odborný garant projektu

I. O syndromu CAN

Týrání, zneužívání a zanedbávání dětí

Dana Krejčířová

**Ohrožení dítěte ve vlastní rodině a problematika odtajnění
syndromu CAN**

Zora Dušková

TÝRÁNÍ, ZNEUŽÍVÁNÍ A ZANEDBÁVÁNÍ DĚTÍ

Dana Krejčířová

Týrání, zneužívání a zanedbávání dětí je v současnosti obecně souhrnně označováno anglosaskou zkratkou CAN (Child Abuse and Neglect). Syndrom CAN je obvykle definován jako poškození fyzického, psychického nebo sociálního stavu a vývoje dítěte, které vzniká v důsledku jakéhokoli nenáhodného jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby a které je v dané společnosti a kultuře hodnoceno jako nepřijatelné. Příznaky CAN vznikají následkem aktivního ubližování nebo nedostatečné péče. Pojem CAN se vztahuje na všechny základní formy ohrožení dítěte prostředím (týrání tělesné i psychické, zanedbávání, zneužívání) – tyto formy jsou velmi rozmanité a velmi často se navzájem kombinují. V praxi bývá někdy užíván termín „syndrom CAN“ nebo „syndrom týraného dítěte“, který je ovšem pojmem užším, vztahujícím se pouze na postižené dítě samotné. Tento užší termín je však z medicínského hlediska názvem značně nepřesným a svým způsobem i zavádějícím, protože formy i projevy ohrožení dítěte jeho prostředím jsou velmi rozmanité, a nelze tedy přesně definovat ani popsat žádný ucelený soubor příznaků typických pro takto postižené děti, jak je to jinak obvyklé při popisu různých lékařských syndromů.

Historie jevu CAN je velmi dlouhá – v podstatě vždy, v každé době a v každé zemi bylo mnoho dětí a dospívajících, jejichž vývoj byl v důsledku negativních vnějších vlivů vážně ohrožen. Totéž ovšem platí i pro vývoj v dospělosti a ve stáří, zejména u těch lidí, kteří jsou závislí na pomoci druhých.

Postoje okolí k negativnímu zacházení s dětmi se v různých historických dobách a různých lidských společenstvích značně liší a odborníci (pediatri, psychologové, sociální pracovníci) jim po dlouhou dobu věnovali jen minimální pozornost. Významným podnětem pro změnu se stala v druhé polovině minulého století zejména práce amerického pediatra C. H. Kempeho¹ a jeho spolupracovníků, vydaná v roce 1962 pod titulem „The battered child syndrome“ (syndrom bitého dítěte). Článek měl za cíl vyburcovat odbornou lékařskou veřejnost z určité lhostejnosti vůči těmto závažným negativním sociálním jevům. Teprve od publikace této průkopnické práce začala být ve světě a postupně i u nás tomuto jevu věnována dostatečná pozornost. Pod tlakem zjišťovaných faktů o závažnosti a častém výskytu špatného zacházení s dětmi byla v roce 1977 založena mezinárodní společnost ISPCAN (The International Society for Prevention of Child Abuse and

Neglect), která v témže roce iniciovala vydávání časopisu Child Abuse and Neglect. Velmi mnoho pozornosti se nyní soustřeďuje zejména na děti tělesně týrané a sexuálně zneužívané, přesto však stále mnoho případů zůstává nepodchycených. Méně výrazné či „špatně viditelné“ formy ohrožení o to častěji unikají pozornosti lékařů i blízkého okolí postiženého dítěte, přestože v naší odborné psychologické literatuře jim byla věnována mimořádná pozornost také již od 60. let minulého století. U nás je v tomto ohledu již klasickou průkopnickou prací především publikace Psychická deprivace v dětství². Tato práce tak svým způsobem „předběhla dobu“, protože v zahraniční literatuře je větší pozornost jemnějším formám špatného zacházení s dětmi (včetně emočního týrání, citové deprivace či „psychického zanedbávání“) věnována spíše až od konce minulého století.

Formy ohrožení dítěte prostředím

Hlavní faktory, které ohrožují psychický vývoj člověka (nejzávažněji ovšem v jeho nejbližší – prenatální, perinatální a časně postnatální fázi), můžeme rozdělit na dvě vzájemně se často překrývající skupiny. Předně je třeba počítat s riziky organického poškození, která mohou vyplývat z různých škodlivých faktorů (genetických, infekčních, toxických, perinatální hypoxie, mechanického poškození, úrazů aj.) působících na plod a novorozence. Jejich následky mohou zabírat škálu od nejmírnějších až po velmi těžké defekty neurologické a psychopatologické³. Podobná škála lehkého, středního až velmi těžkého ohrožení může však vyplývat i z nepříznivých podmínek výchovného prostředí⁴. V případech dětí v útlém věku týraných nebo těžce zanedbávaných se obě skupiny rizik však velmi často kombinují – dochází k vážným poškozením centrálního nervového systému v důsledku okolím zaviněných úrazů hlavy, k narušení biologického vývoje mozku vlivem těžké podvýživy atd. Na druhou stranu péče o dítě s biologicky podmíněnými vývojovými poruchami je náročná a mnohdy stresující a může vést k přetížení pečovateli, kteří pak někdy vůči němu snáze zaujmou hostilní nebo zanedbávající postoj. Pozdější nepříznivé vlivy – zejména v dospělosti – nebývají vždy tak nápadné, ale na psychický vývoj mohou působit také závažně a zanechat i trvalé následky.

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

1) týrání (tělesné i psychické),

- 2) zneužívání (k uspokojení vlastních sexuálních, fyzických i psychických potřeb),
- 3) zanedbávání (tělesné i emoční, tj. psychická deprivace).

1. Týrání

Týrání spolu se zneužíváním a zanedbáváním je dnes velmi studovaným, i když stále jen neúplně objasněným společenským jevem. Většinou se týká dětí, ale ohroženy mohou být i některé skupiny dospělých (ženy, invalidé, staří lidé aj.).

a) **Tělesné týrání** je podle zdravotní komise Rady Evropy definováno (1992) jako tělesné ublížení dítěti nebo vědomé odmítnutí zabránit takovému ublížení. Je jisté, že k němu docházelo v rodinách i mimo ně odedávna a **tělesné tresty** – i velmi kruté – byly pokládány za oprávněný a často i nezbytný výchovný prostředek. Dodnes také i v naší kultuře zůstávají mezi plně přijatelnými až nezbytnými kázeňskými prostředky – s nutností občasného „plácnutí“ dítěte souhlasí i u nás velká většina rodičů. Tuto skutečnost dokládá i řada empirických zahraničních studií⁵. Na rozsáhlém souboru amerických vysokoškoláků výzkumníci ukázali, že většina studentů pokládala tělesné tresty za plně přijatelné, jestliže je ve svém dětství sami prožili, ovšem zároveň je všichni považovali za týrání, pokud takové tresty vedly ke zranění. Záleží zřejmě na tom, jak jsou vlastní zkušenosti kognitivně zpracovány: někteří studenti sice popírali, že byli v dětství týráni, ale pak popisovali, že byli bití natolik, až měli modřiny či jizvy, ale současně podotýkali, že to byl oprávněný trest za špatné chování. V určitých společenských skupinách je to přímo očekávaná norma. V literatuře je např. popsán případ⁶, kdy matka bila své dítě řemenem, až mělo podlitiny po celém těle, ale pokládala to za zcela nezbytné: „Já jsem byla bita ještě víc, to bijí děti všichni rodiče.“ Ve své knize „Rok na kanadské vsi“ popisuje své zkušenosti s vyučováním J. Novotný. Proti všem svým pedagogickým zásadám byl donucen k ranám řemenem přes dlaně provokacemi samotných žáků, kteří od něho takové jednání přímo vyžadovali, a konstatuje, že teprve od té doby si získal autoritu a klid. Společenství školy, obce, sousedů a příbuzných, stejně jako i širší rámec kulturních a duchovních tradic tedy určuje do značné míry očekávané (a vyžadované) rodičovské chování. Problém je v tom, že mezi společnostmi přijatelnou mírou tělesného trestání a týráním je neurčitá a snadno překročitelná hranice.

Ve starověkém Římě „*patria potestas*“ znamenalo právo otce nakládat s dítětem jako s vlastním majetkem podle libosti. Děti byly nezřídka zabíje-

ny hned po narození, pokud nebyly žádoucí. Tyto praktiky ostatně přetrvávají v některých zemích s nízkým hospodářským a kulturním rozvojem dodnes a jsou tam běžně akceptovány. Nový pohled na dítě přineslo v Evropě až křesťanství, které v dítěti vidělo samostatnou lidskou bytost, na kterou se vztahovalo přikázání „*Nezabiješ!*“. Na přelomu 19. a 20. století byly v řadě zemí poprvé zavedeny zákony na ochranu dětí – u nás již za Rakouska a později v meziválečném Československu. Byly však roztržštěné a dlouho nedostatečně využívané, protože vyhledávání ohrožených dětí bylo nedůsledné. Také lékaři, kteří se s týranými dětmi setkávali, tento jev dlouho podceňovali: zjištěná poranění pouze ošetřili a většinou se spokojili s vysvětlením rodičů, že si dítě úraz zavinilo samo. A pokud se snad přece jen prokázaly zhmožděné a tržné rány po bití, pokládalo se tělesné trestání dětí obvykle za právo rodičů. Z této letargie vyburcovalo odbornou veřejnost až několik studií, které ukázaly v plném světle často hroživou podobu tělesného týrání dětí. Za průkopnickou se v tomto směru pokládá především již zmíněná práce amerického pediatra C. H. Kempeho a jeho spolupracovníků z roku 1962. Předchozí práce J. Caffeyho z roku 1946 takovou pozornost nevyvolala – čas evidentně ještě nedozrál. I u nás se na uvedené nebezpečí začalo více myslet a postupovat přitom rozhodněji. V naší literatuře byly tyto případy popsány zejména v rámci pojednání o psychické deprivaci v rodině (1963). Tehdejší Československá pediatrická společnost věnovala tomuto jevu pozornost na své konferenci v Pardubicích v roce 1970 a znovu několikrát později. Výraznou pozornost se snahou o aktivní vyhledávání a registrování ohrožených dětí věnovali problému týrání mj. pracovníci ostravských zdravotnických a sociálních služeb⁷. Dnes je u nás k dispozici už rozsáhlá literatura odborná i populární. Kromě starších textů⁸ je to dnes především monografie J. Dunovského a spol. (1995), dále kniha P. Pötheho (1996) a přeložená práce S. Mufsonové a R. Krantzové (1996), A. Bentovima (1998).

Přestože je dnes ve většině vyspělých zemí právně zakotvena povinnost společnosti každé podezření na týrání dítěte hlásit a problému CAN je věnována značná pozornost jak v odborné literatuře, tak i na úrovni celospolečenské (v médiích, populární literatuře aj.), počet těchto případů spíše narůstá a špatným zacházením dnes trpí více dětí než všemi ostatními chronickými chorobami dohromady. V různých populačních studiích až 30 % dospělých lidí uvádí nějaký zážitek špatného zacházení ve svém dětství. Přitom je pravděpodobné, že skutečná četnost je ještě vyšší, protože těžké traumatické prožitky bývají mnohdy (trvale nebo častěji přechodně) z vědomí vytěsňeny. Skutečně také až polovina těch, kteří ve své anamnéze

zážitek týrání uvedli, současně sděluje, že v jejich životě existovalo období, kdy na tyto události „zapomněli“. Na základě přehledu⁹ zachycených případů CAN v letech 1986–1993 v USA je udán nárůst výskytu asi o 50 %, přitom pravděpodobně nejde jen o důsledek lepší diagnostiky, ale o nárůst reálný, protože významné zvýšení četnosti se týkalo i případů velmi těžkých.

Uvádí se také, že až 10 % úrazů dětí ošetřených na dětské pohotovosti je důsledkem tělesného týrání. Varovnými znaky, které by měly vést lékaře k podezření na týrání, by měla být především skutečnost, že uváděný mechanismus úrazu neodpovídá závažnosti poranění, dále neurčitost popisu úrazu nebo změny popisu (které se vyskytují až u 90 % případů týrání, ale téměř nikdy v případě náhodného úrazu), případy, kdy je jako důvod úrazu uváděn pokus o resuscitaci dítěte doma (to uvádí asi 12 % rodičů týraných dětí, ale také prakticky nikdo v případě nehody). Podezření může vyvolat i situace, kdy rodiče odmítnou dát souhlas s hospitalizací dítěte nebo časté změny lékařů. Děti samy však při vyšetření i následných rozhovorech obvykle týrání spíše popírají nebo zmenšují jeho význam – buď ve snaze chránit rodiče, k nimž přes negativní zkušenosti mívají silnou emoční vazbu, nebo ze strachu z dalšího týrání. Při vyhledávání týrání ohrožených dětí je přitom třeba počítat s tím, že formy a následky tělesného týrání mohou být velmi rozmanité. Bití rukou, řemenem, holí, gumovou hadicí i železnými řetězy, které zanechává četné hematomy, tržné rány, fraktury kostí a jiná poranění, úmyslné popálení (matka posadila malé dítě na rozžhavenou plotnu), kopání, třesení dítětem, případně bušení s ním o stěnu či o zem („*shaken infant syndrome*“), které může mít za následek různé dlouhé bezvědomí, popřípadě nitrolební krvácení až smrt, řidčeji úmyslné dušení, topení nebo otravy. Pozornost je pak vždy nutné věnovat celé rodině, protože v mnoha případech mohou být týrány i další děti v rodině.

Tím, kdo dítěti ubližuje, může být kdokoliv, kdo je silnější a má větší moc – velmi často to však bývají vlastní rodiče dítěte, případně jeho jiní příbuzní. Porucha je přitom jen v malém procentu případů (asi 5–10 %) podmíněna individuální psychopatologií rodičů samých – roli může hrát především těžká deprese, závislost na alkoholu nebo jiných psychoaktivních látkách, ev. i psychotické poruchy nebo poruchy osobnosti u rodičů. Mezi nejzávažnější rizika patří zejména negativní zážitky rodičů samých z jejich vlastního dětství – do rizikové skupiny tedy patří rodiče, kteří byli sami v dětství deprivováni, týráni či zneužíváni. Ubližování dítěti v těchto případech pak nemusí být jinak obvyklou impulsivní reakcí na přetížení, ale mnohdy jde

spíše o plánovaný trest, odpovídající jejich vlastní dětské zkušenosti¹⁰. Tendence k intergeneračnímu přenosu je značná a celkově se týká podle některých autorů až 70 % případů špatného zacházení s dětmi¹¹, nepostihuje ovšem nutně všechny ohrožené. Mnohé z dříve týraných dětí se tedy mohou stát i velmi dobrými rodiči, zejména pokud se jim podaří v pozdějších letech (především v pubertě a adolescenci) navázat kvalitní sociální vztahy a prožít silné pozitivní sociálně-korektivní zkušenosti.

Mezi rizikové bývají dále zahrnovány svobodné nebo velmi mladé matky a obecně rodiče osobnostně nezralí s nedostatkem interakčních dovedností, s malou schopností empatie, lidé impulsivní, s nízkou frustrační tolerancí. Tito rodiče bývají současně až extrémně úzkostní a nejistí. Vůči dítěti projevují mnohdy ambivalentní postoje – na jedné straně mohou být až hyperprotektivní, současně však popisují dítě jako výchovně obtížné, kladou na ně nadměrné a nerealistické požadavky a drobný přestupek či neposlušnost dítěte vnímají při své emoční nezralosti jako vědomou snahu dítěte jim ublížit nebo jako své vlastní totální rodičovské selhání. Tělesné týrání dítěte je v těchto případech impulsivní reakcí, rodiče si pak vlastní vinu uvědomují a trpí pocity viny. Přesto je pravděpodobné, že v podobné situaci v budoucnosti opět ztratí sebekontrolu a událost se bude opakovat, uváděná pravděpodobnost opakovaného týrání dítěte se pohybuje mezi 20 až 60 %. Zvýšená pravděpodobnost opakovaného týrání je nacházena hlavně v rodinách s vysokou mírou stresu, nedostatkem sociální opory a také v případech výskytu ještě i jiných druhů rodinného násilí.

Tělesné týrání v rodině přitom bývá velmi často spojeno s řadou dalších nepříznivých faktorů – s týráním emočním, psychickou deprivací, zanedbáváním a s dalšími typy rodinného násilí, nejčastěji v rodinách s celkově vysokou úrovní stresu. Následky jednotlivých typů špatného zacházení s dětmi lze tedy jen obtížně oddělit, je však zřejmé, že vývoj dítěte – kognitivní, emoční i tělesný – může být celoživotně poškozen.

Nejčastěji a také nejvážněji jsou ovšem tělesným týráním ohroženy děti velmi malé – v prvním a druhém roce života, kdy mnoho dětí na následky týrání umírá, a mezi těmi, které jsou v tomto věku zachyceny a týrání přežijí, zůstává vysoké procento (kolem 50 %) dětí celoživotně tělesně, smyslově, mentálně nebo kombinovaně postižených. K nejčastějším typům postižení patří následky „třesení dítětem“ (již zmíněný „shaken baby syndrom“), které vede k těžkým úrazům mozku, mnohočetným subdurálním hematomům a často i k úmrtí dítěte. Avšak i v případech, že nedošlo v důsledku týrání k závažnému organickému postižení, bývá u těchto dětí pravidlem

určité opožďování ve vývoji (různě hlubokého stupně), na němž se ovšem mohou podílet kromě vlivů organických i vlivy často méně podnětného prostředí a zejména oslabená motivace kompetence. Opomíjena by ovšem neměla být ani skupina dospívajících, která dle různých přehledů tvoří asi jednu čtvrtinu až jednu třetinu všech týraných dětí. Tělesné týrání – zejména je-li opakované a dlouhodobé – přitom zanechává vždy také „rány na duši“ – zvyšuje úzkostnost, ale i agresivitu a vede mnohdy k opakování téhož chování v pozdějším věku na vlastních dětech i k agresivnímu chování obecně.

Z výše uvedené definice však vyplývá, že dítě může být ohroženo i pasivitou pečujících: **úmyslným neposkytnutím ochrany a péče**, nedostatečnou výživou („nutriční“ varianta týrání) vedoucí k neprosívání apod.

b) Týrání se může obejít i bez fyzického násilí, může být „jen“ **psychické**, zejména **emoční** – nadměrná a často hrubá kritika, ponižování, posměch apod. I v tomto směru existuje celá řada forem týrání. V literatuře¹² je rozlišeno pět subtypů psychického týrání:

- *Pohrdání* – ponižování, posměch, hrubé nadávky, zavrhování, zdůrazňování neschopnosti nebo morální zkaženosti („jsi k ničemu“, „děláš mi ostudu“).
- *Terorizování* – hrozba tělesného ublížení nebo zabití („já ti ukážu“, „dostaneš co proto“), přihlížení rodinnému násilí.
- *Izolování* – bránění interakci s vrstevníky nebo dospělými, zavírání na záchodě, ve sklepě nebo v jiné (často tmavé) místnosti, zejména na delší dobu.
- *Korumpování* – povzbuzování k antisociálnímu chování, k užívání drog či alkoholu, využívání dítěte v roli náhradního rodiče (péče o ostatní děti) – tuto formu bychom ovšem zřejmě zařadili spíše pod pojem „zneužívání“.
- *Odpírání emoční opory* – psychologická nedostupnost, ignorování dítěte a jeho pokusů o interakci („dej mi pokoj“, „nemám čas“, „neotravuj“).

Takové „pouze“ psychické týrání vede nepochybně také k vážnému narušení psychického vývoje, ohroženy přitom bývají častěji děti starší, zejména na počátku školní docházky (mezi 6.–8. rokem věku) nebo v období dospívání. Emoční týrání je přitom velmi obtížně zachytitelné a jeho hranice jsou neostře. Následky tohoto typu neadekvátního zacházení s dítětem jsou v odborných studiích sledovány spíše při studiu „neurotizujících“ faktorů v prostředí dítěte, je však zřejmé, že mohou být stejně závažné (nebo i závažnější) než následky „jen fyzického“ týrání. Postiženo přitom bývá

především sebepojetí a osobnostní vývoj dítěte, častým důsledkem jsou i přetrvávající pocity deprese, úzkosti a dissociativní prožitky¹³. Výrazně zvýšené je i riziko budoucího suicidálního jednání – až 12krát více proti běžné populaci (v případě tělesného týrání je riziko suicidálních aktivit pouze 5krát vyšší proti populaci¹⁴).

c) Tělesné i psychické týrání však může někdy nabývat zvláštních forem, které bývají ještě hůře rozeznatelné. Jednou z nich je tzv. **Münchhausenův syndrom**¹⁵ (do češtiny převedeno „*syndrom barona Prášila*“, v psychiatrických diagnostických manuálech uváděný pod pojmem „faktitativní“ či předstíraná porucha) v **zastoupení** (by proxy). Vlastní Münchhausenův syndrom, kdy pacienti předstírají různé tělesné obtíže, zkrslují laboratorní nálezy a ochotně se podrobují opakovaným lékařským vyšetřením včetně náročných invazivních postupů i operačních výkonů, často s trvalými mutilujícími důsledky, je u dětí vzácný – setkáme se s ním spíše až v období dospívání, kdy je obvykle spojen se sebeškozováním. Nejde tedy o prostou simulaci s jednoduchou motivací, která ovšem není psychopatologickým jevem a je i u dětí poměrně běžná.

Münchhausenův syndrom vždy obsahuje podstatně hlubší motivaci, ať již jde o „vyrábění“ příznaků nemoci vlastní či u druhého člověka (tj. v zastoupení – „*by proxy*“). Nadměrné využívání léčebné péče pro dítě ovšem bývá nejčastěji motivováno zvýšenou úzkostlivostí a nejistotou rodičů při péči – matka pak obvykle hledá především ujištění a podporu od zdravotnického personálu, event. navrhovaných složitějších lékařských zákroků se v tomto případě spíše obává a snaží se dítě před nimi chránit. Motivací k častým návštěvám lékaře může být také vlastní stres matky a její pocit přetížení a bezmoci, při návštěvě lékaře s dítětem tedy hledá pomoc spíše pro sebe samu, jde o způsob jakéhosi „volání o pomoc“ např. při vážných manželských či jiných interpersonálních konfliktech či zátěžích. I když i v těchto případech časté neodůvodněné návštěvy lékaře mohou pro dítě představovat určitou zátěž, obvykle je dítě před případnými bolestivými lékařskými zákroky nebo neodůvodněným podáváním léků s možnými vedlejšími účinky chráněno a rodiče se zdráhají dítě invazivní léčbě vystavit. V případě Münchhausenova syndromu naopak matka návrhy invazivních zákroků vítá nebo se jich sama i přímo dožaduje.

V případě Münchhausenova syndromu v zastoupení tedy nejde o jednoduše motivované jednání, ale jev má kořeny hlubší. Opakovaně byly popsány případy, kdy dospělá osoba (nejčastěji matka) „vyráběla“ patologické stavy u dítěte tím, že mu podávala různé léky, nadměrné množství soli, chemické

prostředky užívané v domácnosti nebo například záměrně infikovala či rozdírala drobná poranění dítěte při jejich „ošetřování“ ap. Publikován byl např. případ, kdy matka své dvouleté dítě i více než 3krát denně nejprve dusila a pak sama resuscitovala. Matka pak přivedla dítě k lékaři a dramaticky líčila jeho potíže, žádala léčení, přičemž pozměňovala či kontaminovala odebrané vzorky moči, ale měnila i dávkování a druh podávaných léků ap. V přítomnosti lékařů se tyto matky většinou chovají k dítěti citlivě a vřele, předvádějí hluboký vztah, ale jak ukazují záznamy skrytého videa pořizované během hospitalizace, v nepřítomnosti druhých lidí dítě ignorují nebo k němu jsou až kruté. Dnes, kdy s malým dítětem bývá do nemocnice většinou přijímána i matka, existuje zvýšená možnost, že tyto praktiky pokračují i v průběhu hospitalizace. Že nejde o ojedinělé případy, ukazuje např. i studie anglických autorů z jedné londýnské dětské nemocnice¹⁶, kde je popsáno 41 podobných případů dětí ze 37 rodin. Rodiče (kromě tří případů vždy matky) udávali a sami navozovali fyzické problémy dítěte, způsobovali mu otravy nebo přerušovali léčbu, zadržovali potravu, udávali alergii apod. Autoři pokládají vžitý termín Münchhausenův syndrom v zastoupení za poněkud omezující – termín upozorňuje na problém spíše lékaře, ale vede k podcenění v jiných oblastech péče o dítě (sociální, poradenské). Dávají proto přednost termínu „syndrom navození nemoci“ (*illness induction*). Složený tým medicínsko-psychologický dospěl k názoru, že jde o způsobování zdravotních obtíží dítěte, které pro rodiče (matky) většinou představuje způsob řešení závažných osobních nebo manželských obtíží. Hlubokou, skrytou motivací bývá zřejmě zejména získání obdivu jako „ideální rodič“, potřeba uznání za péči o vážně nemocné dítě, získání pozornosti lékařů i širšího okolí a manipulace s „mocnými zdravotníky“; někdy bývá proto řazeno pod zneužívání. Tyto matky samy bývají zdravotnictvím fascinovány a poměrně často i přímo vykonávají zdravotnické povolání. Některé způsoby „vyrábění příznaků“ – zanášení infekce do ran, otravy – však jsou skutečným tělesným týráním a způsobují dítěti nesmírné utrpení a mohou vést i k jeho úmrtí (úmrtnost bývá uváděna mezi 6–19 % případů). Ublíživání dítěti je v těchto případech obvykle opakované a často je jím postiženo více dětí v rodině. Nedávno byl např. publikován případ, kdy matka údery kladivem vyráběla poranění končetin u předškolního děvčete a tyto rány pak infikovala. Týrání začalo asi ve dvou letech věku a trvalo až do deseti let, kdy se již dívka sama výrazněji postavila na odpor. Podobné praktiky pak matka začala provádět u mladšího bratra postižené dívky. Během uvedených osmi let bylo děvče 28krát hospitalizováno a prodělalo 24 operací a uvedené praktiky prováděla matka i během hospitalizací. Oko-

lím byla přítom tato týrající žena hodnocena jako nesmírně obětavá a sama nemocí dcery trpící. Oběť tyto své zážitky poprvé sdělila okolí až v mladé dospělosti (po třiceti letech od počátku týrání).

V jiných případech ovšem navozená nemoc nemusí mít nutně povahu tělesnou, ale může jít i o vyvolávání vážných symptomů psychických – zejména obrazy psychóz s halucinacemi, deliriozními stavy a bludy, příznaky autismu nebo mentálního postižení.

Pokud jde o výživu, bývá uváděn převážně její nedostatečný přísun, ale nedávná zpráva v médiích o děvčeti s těžkou obezitou vedoucí až k úmrtí ukázala, že je možné najít i opačný případ překrmování dítěte (i když musíme brát v úvahu i vrozené předpoklady).

d) Jinou zvláštní formou týrání je **poškození** dítěte (nebo i dospělého) **různými opatřeními** či zákroky, které byly původně určeny k jeho prospěchu: například necitlivým vedením výslechu na policii, ale i zbytečným, opakovaným a často traumatizujícím vyšetřováním lékařským. Také odebrání dítěte z rodiny a umístění v ústavu v případech, kdy to nebylo nezbytné, může vést k druhotnému ublížení (sekundární viktimizaci).

e) Zvláště nebezpečné je ovšem **organizované týrání** dětí. Stále častěji se např. vyskytují zprávy o rituálním týrání a zneužívání dětí i dospělých, které je spojeno s magickým významem jako součást určitého kultu nebo satanistické bohoslužby. Občasné hromadné sebevraždy celých společenství dospělých i dětí jsou pak extrémními případy. K méně nápadnému, ale neméně nebezpečnému ubližování může docházet odmítáním odborné zdravotní péče (např. transfuze krve některými sektami – Svědci Jehovovi) i jednotlivými rodiči, kteří dítě „léčí“ zařikáváním nebo i krutým bitím, které má „vyhnat Ďábla“. Není to bohužel tak izolovaný a řídký jev, jak by se zdálo – opakované a systematické týrání a zneužívání v podobných uzavřených společenstvích bylo popsáno v Kanadě, v USA, ve Velké Británii i jinde – nedávno například v malém holandském městě Oude Pekela¹⁷.

f) Pachatelem tělesného i psychického týrání může být člověk jakéhokoliv věku i pohlaví, tedy i druhé dítě. Poměrně často se agresivního jednání dopouštějí děti vůči druhým dětem ve školách (již na školách základních – stále častěji už i v prvních ročnících, ale zejména na internátech) a i toto vrstevnické násilí může mít vážné následky a ovlivnit vývoj osobnosti postiženého dítěte (ale i samotného pachatele), a to i tehdy, když je ojedinělé, ale zejména v případech opakování nebo systematického **šikanování**.

Obvykle jde o fyzické násilí, ale může jít i o vyžadování různých služeb pod hrozbou násilí, ponižování před skupinou, vymáhání peněz nebo jiného majetku, ale třeba i „jen“ posměch a nadávky. Pachateli takového přímého „šikanování“ jsou častěji chlapci než dívky, tito chlapci přitom často projevuují zvýšenou agresivitu obecně – i ve svém chování vůči dospělým (rodičům, učitelům). U děvčat bývá naopak častější šikanování psychické (posměch, nadávky a zejména šikanování nepřímé – sociální izolace, ignorování a vyloučení ze skupiny), které může být velmi kruté, je obtížněji prokazováno a ovlivňováno a podle některých studií¹⁸ poškozuje oběť vážněji než šikanování tělesné, které je viditelnější a lze se mu snáze bránit. Podobně jako u jiných forem fyzického a psychického týrání je zřejmě plynulý přechod mezi běžným škádlením a skutečně již ohrožujícím chováním. I šikanování se přitom častěji dopouštějí děti, které byly samy dříve obětí podobného násilí. Pachatelem i obětí se ovšem často také stává dítě tělesně týrané ve své rodině, protože těmto dětem chybějí sociální dovednosti, obtížně navazují přátelské vztahy a bývají ostatními dětmi odmítané. Tendence k reviktimizaci se tedy opět potvrzuje i ve vrstevnickém prostředí¹⁹.

2. Zneužívání dítěte

Zneužívání dítěte pro uspokojení vlastních potřeb (v rodině i mimo domov). Patří sem především sexuální zneužívání, dále zneužívání dítěte k věku nepřiměřené práci nebo ekonomické zneužívání, kdy je dítě nuceno ke krádežím, žebrání ap.

Zcela obecně můžeme tedy o zneužívání mluvit ve všech případech, kdy člověk využívá druhého člověka ke svému vlastnímu prospěchu (obohacení, uspokojení) z pozice větší síly, společenské nebo intelektuální převahy. Nejčastěji se pak pochopitelně hovoří o zneužívání dětí, které jsou obzvláště slabé a závislé na dospělých, ale neměli bychom přehlížet ani zneužívání žen (donucování k prostituci, k žebrání s dětmi v náručí, ke krádežím) i starých lidí.

a) **Zneužívání nezletilých dětí k práci** nepřiměřené jejich věku existovalo jistě odedávna, ale zvláště závažným společenským jevem se stalo v počátcích průmyslového rozvoje v Evropě a v Severní Americe. V průběhu 19. století došlo k rozšíření pracovního vykořisťování dětí k námezdní těžké, často mnohahodinové práci v dolech, v továrnách, v zemědělství i jinde. Proti takovému zacházení s dětmi však narůstal rychle ostrý odpor a jednotlivé státy začaly vydávat zákony na ochranu dětí (*Children's Acts*), které zakazovaly dětskou práci nejprve pod zemí, pak práci přesahující určitý

časový limit a nakonec námezdní práci dětí do určitého věku vůbec. V Rakousku byla práce dětí do 14 let zakázána od roku 1855, v různých evropských zemích pak většinou během druhé poloviny devatenáctého století.

Přes všechna zákonná opatření jednotlivých států i mezinárodních organizací je námezdní práce dětí ve světě stále velice rozšířeným jevem. Odhady počtu dětí ve věku od 5 do 14 let, které jsou nuceny k výdělečné práci, mluví o 120–250 mil. dětí. Nejhorší je situace v Asii, dále pak v Africe, v Latinské Americe, ale výjimkou nejsou ani USA a evropské země. V Thajsku odhalili v roce 1991 tajnou výrobu papírových pohárků, kde pracovaly děti mnoho hodin denně při naprosto nedostatečné výživě, takže se po svém osvobození nebyly schopny postavit na nohy. V děsivých podmínkách pracují dosud na mnoha místech v Brazílii děti na čajových a kávových plantážích – zdravotními následky jsou mnohočetná poranění od ostnatých keřů a poškození dýchacích cest výpary z ochranných postřiků. V Evropě je nelegální práce nezletilých dětí častá zvláště v Rumunsku a v Bulharsku, ale uváděny jsou i případy z Portugalska či Itálie. Rozvinuté země sice tyto praktiky tvrdě odsuzují, ale na druhé straně je podporují dovozem zboží, k jehož výrobě jsou děti zneužívány (např. ručně tkané koberce). O negativním významu takového zneužívání není pochyb, ale v odborné literatuře je mu dnes věnována jen omezená pozornost.

b) Pravděpodobně největší počet studií se v současnosti zabývá **sexuálním zneužíváním**, které je i ve vyspělých zemích poměrně časté a které může mít pro pozdější psychický vývoj vážné a trvalé následky. Dlouho byl tento jev spíše bagatelizován a intenzivní pozornost je mu věnována teprve od 70. let minulého století. Mnoho závisí na kultuře společnosti: v některých společnostech jsou sexuální aktivity s dětmi tolerovány a případně i dosud podporovány (stejně jako tomu bylo v Evropě ve středověku a v některých subkulturách také donedávna). V takto hodnotově orientovaném prostředí jsou ovšem i následky na psychiku nepochybně jiné. Z tohoto hlediska byly sexuální aktivity s dětmi studovány v posledních letech např. u jihoamerických indiánských kmenů, v Salvadoru, v Bangladéši, v Malajsii, v Hongkongu, v iráckém Kurdistánu aj. V našem civilizačním okruhu dnes ovšem patří sexuální zneužívání dětí (i dospělých) k nejčastěji studovaným formám týrání a zneužívání.²⁰

Sexuální zneužívání dětí (*Child Sexual Abuse*) je obvykle vymezováno jako nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu nebo aktivitě – ať už formou dotykovou (pohlavním stykem, orálním či análním sexem, laskáním pohlavních orgánů), nebo bezdotykovou (zneužití exhibicionisty, přihlížení

sexuálním aktivitám, pornografickým videozáznamům ap.). Někdy je dávána přednost²¹ termínu „*nežádoucí sexuální zkušenost*“, kterou definují jako jakýkoliv druh sexuálního kontaktu, který je špatný, nepříjemný či vnučený; o sexuální zneužívání jde ovšem také vždy, když je dítě zapojeno do sexuální aktivity, které nemůže rozumět nebo pro níž není vývojově připraveno a nemůže k ní podat souhlas. Autoři tedy dnes kladou důraz zejména na to, jak dítě tuto zkušenost samo vnímá spíše, než na vnější okolnosti (rozdíl věku oběti a abusora nebo prokazatelné užití násilí). Užití násilí a pohrůzek má však vždy nepříznivé následky, a to u dětí a mladistvých ve všech věkových skupinách, na rozdíl od sexuálních aktivit, které dítě či dospívající sám vyhledává a prožívá spíše pozitivně (dotýkání se vlastního genitálu, zájem o nahá těla dospělých i druhých dětí v předškolním věku, vzájemné prohlížení mezi dětmi školními a účast na různých sexuálních hrách, vyhledávání sexuálních informací, masturbace a vzájemné sexuální aktivity se souhlasem zúčastněných).

Na pomezí tělesného ubližování a sexuálního zneužívání jsou i některé výkony prováděné na genitálu jako součást náboženského rituálu. Nejznámější je obřízka (circumcise, posthomia) nařízená u novorozenech chlapců podle starozákonního ustanovení („*každý tedy pohlaví mužského, když bude v osmi dnech, obřezán bude vámi....*“, 1. Mojž. 17, 12). Daleko závažnější, bolestivější a nebezpečnější jsou podobné výkony prováděné na genitálu dospívajících dívek jako součást iniciačního obřadu, kterým je dívka uváděna do společenství dospělých (různě rozsáhlé odstranění labií apod.). Obřízka je dosud prováděna u mnoha afrických, indiánských a jiných kmenů, a to za nevyhovujících hygienických podmínek, takže nezřídka vede k úmrtí. Přes zákaz obsažený v Úmluvě o právech dítěte a přes určitá opatření národních vlád se stále udržuje a je přímo dospívajícími samými vyžadována, neboť zvyšuje jejich společenský statut. Podle vnějších „objektivních“ měřítek je tedy případem fyzického poškození a sexuálního zneužití, ale subjektivně není prožívána jako nežádoucí sexuální zkušenost. Proto jsou její důsledky pro psychologický vývoj spíše pozitivní – přes bolest a fyzické znetvoření.

Přestože je sexuálnímu zneužívání v posledních letech věnována u nás i ve světě mimořádná pozornost, zachycováno je dosud jen poměrně malé procento případů: uvádí se, že zveřejněna bývá asi pouze 1/3 až 1/5 všech případů; přitom výskyt sexuálního zneužití v dětském věku bývá v populaci odhadován velmi různě v závislosti na užití – užší či širší – definici pojmu. V rámci longitudiální studie²² provedené na více než 1000 dětí sledovaných

od narození v městském regionu na Novém Zélandu bylo zjištěno, že ve věku 18 let udávalo sexuální zneužití jakéhokoliv typu něco málo přes 10 % z celé kohorty. Pachatelem byl v těchto případech v 15 % rodič nebo sourozenec, ve 13 % jiný příbuzný, v 53 % známý člověk a v 32 % cizí osoba. V nedávné české retrospektivní studii²³ uvedlo nějaký (vážnější nebo méně závažný) zážitek sexuálního zneužití v dětství 33 % žen a 17 % mužů, pachatelem byl ve více než polovině případů známý člověk – nejčastěji spolužák či rodinný přítel nebo soused; ve více než 25 % případů příbuzný (bratranec, strýc nebo vlastní či nevlastní otec). Mnoho ovšem závisí na metodologii výzkumu a definici pojmu – jiné studie uvádějí obvykle výskyt nižší²⁴.

Pachatelé sexuálního zneužívání mohou být lidé různého věku (dospělí i děti), různého pohlaví (častěji ovšem muži), různého vzdělání – většinou jinak psychicky „normální“, i když v některých případech (vzácnějších, ale o to nebezpečnějších) může jít už o závažnější psychickou poruchu (poruchu osobnosti nebo výraznou odchylku sexuální orientace – sexuální deviaci, psychózu, mentální retardaci nebo organicky podmíněnou psychickou poruchu). Tím, kdo dítě nebo závislou dospělou osobu sexuálně zneužívá, může být tedy kdokoli z vlastní rodiny i mimo ni, kdo má větší autoritu, sílu a moc. Také sexuální zneužívání dětí jinými (sexuálně agresivními) dětmi je poměrně časté.²⁵ Velmi často je to však událost v rodině, i když vlastní incest – pohlavní styk mezi příbuznými, zejména mezi otcem a dcerou, je zřejmě řidší, než se někdy uvádí.

Uváděný počet případů, kdy pachatelem kontaktního sexuálního zneužití je vlastní rodič, bývá poměrně vysoký. U nás²⁶ bylo zjištěno, že ve více než 45 % případů sexuálního zneužití zachycených Dětským krizovým centrem v letech 1994–1995 byl pachatelem **vlastní rodič** dítěte. Jiné průzkumy provedené obvykle na větších populačních vzorcích a metodologicky přesnější však tento nálezk spíše nepotvrzují. Podle jedné finské studie zahrnující asi 9000 patnáctiletých udávalo jen 0,2 % dívek incestní zkušenost s vlastním (biologickým) rodičem (zahrnující dotyky genitálií, ukazování genitálií, imitaci koitu či skutečný koitus) – narozdíl od podobné zkušenosti s **nevlastním otcem**, která byla asi 15krát častější. Podobné výsledky – i když snad vykazující poněkud vyšší prevalenci – byly získány i z jiných zemí (ze Švédska, Norska i z USA) a lze soudit, že ani u nás tomu není jinak. I když se tedy zdá, že incestní vztah vlastního otce k dceři není častým jevem, v případě, že k němu skutečně došlo, následky na další vývoj dítěte mohou být velmi závažné. Závažný je ovšem i incest mezi sourozen-

ci, velmi často také spojený s násilím a dlouhotrvající. Zvláště alarmující je nález potvrzovaný řadou studií²⁷, že oběti incestu mají později tendenci k nějaké formě zneužívání či zanedbávání vlastního dítěte (nebo jiných lidí), mají menší důvěru ve své rodičovské schopnosti a snáze ztrácejí sebekontrolu při výchově vlastních dětí.²⁸ **Transgenerační přenos** špatného zacházení s dětmi se tedy nějakým způsobem potvrzuje – jak se zdá – i v případě sexuálního zneužívání.

Chlapci jsou podle údajů většiny autorů více ohroženi tělesným násilím, zatímco sexuální zneužívání je patrně častější u dívek (ale není výjimkou ani u chlapců). Důsledky **sexuálního zneužívání** (zvláště je-li opakované) jsou závažné, a to i tehdy, když šlo jen o jednorázovou událost, kterou dítě zdánlivě dobře překonalo. Její následky se však mohou projevit ještě po velmi dlouhé době – v období dospívání či mladé dospělosti při obtížích navazování zralých erotických vztahů ap. Obecně bývá dále u sexuálně zneužívaných dětí obou pohlaví pozorováno (už v předškolním věku) tzv. „sexualizované“ chování při hře i při kontaktu s ostatními dětmi i dospělými. K dlouhodobým následkům sexuálního zneužívání patří deprese, pocit bezmocnosti, úzkost, dissociativní poruchy, ale i poruchy osobnostního vývoje (hraniční osobnost, mnohočetná osobnost). Bývá narušeno sebepojetí – dítě se cítí být špatné a pošpiněné, má pocity viny a studu, ztrácí důvěru v okolí – zejména, pokud k zneužívání docházelo ze strany blízké osoby.

Vážnější důsledky jsou obecně nacházeny v případech, kdy šlo o zneužívání kontaktní (zejména uskutečněný vaginální, orální nebo anální sexuální styk), pokud se zneužívání opakovalo a trvalo déle, pokud byla událost spojena s násilím a také pokud šlo o událost v rodině a pachatelem byl člověk dítěti emočně blízký. Vliv ovšem má i věk dítěte a reakce rodičů na sdělení. I když chlapci tvoří asi jen čtvrtinu obětí, mohou být postiženi závažněji, protože sociálně je u mužů role oběti méně přijatelná a pocit ztráty kontroly více ohrožuje jejich osobní identitu. Formy nekontaktní v mimorodinném prostředí (exhibicionismus apod.) nebo zneužití dospívajících vrstevníkem na druhou stranu patří k formám nejčastějším, ale relativně méně závažným²⁹.

c) I **zneužívání** může mít charakter **psychický či emoční**. Zvláštní, ale poměrně častou a přehlíženou formou zneužívání je „**manipulace**“ s **dítětem po rozvodu** rodičů: dítě je proti druhému „popouzeno“³⁰, nebo si je jeden z rodičů „kupuje“ a druhého z rodičů třeba jen v náznacích ponižuje. Ten, ke kterému dítě chodí jen na víkendové návštěvy a který nenese hlavní odpovědnost za jeho výchovu, má přitom v mnohém snazší úlohu³¹. Velmi

často jde ovšem také o snahu dítě od druhého rodiče zcela izolovat – zabránit jeho styku s ním, a tím oslabit jejich vzájemnou vazbu. V tomto smyslu je dnes často diskutován tzv. syndrom zavrženého či možná přesněji odcizeného rodiče.³²

Ještě jinou formou zneužívání je **přenášení rodičovských povinností** na dítě: nezralé dítě je nuceno neúměrně svému věku pečovat o sourozence a někdy i o vlastního rodiče („záměna rolí“).

3. Zanedbávání

Zanedbávání je definováno jako vážné opomíjení rodičovské péče nezbytné pro tělesný a duševní vývoj dítěte. Bývá dále děleno na zanedbávání tělesné, zdravotní, výukové či kulturní a emoční (psychická deprivace). Některé studie³³ uvádějí ještě typ zanedbávání „environmentálního“, které je definováno jako situace, kdy rodina žije v nebezpečném prostředí s vysokou mírou násilí a nedostává se jí dostatečné sociální opory – dítě tu není chráněno před negativními vlivy mimorodinného násilí.

a) **Tělesné zanedbávání** zahrnuje nedostatek přiměřené výživy (kvantitativně či kvalitativně), oblečení, nezbytného přístřeší, ochrany a hygieny, ale spadá sem např. i nedostatečný dohled či léčba nebo vystavování dítěte stresovým situacím nebo nebezpečí doma i mimo domov (tj. zanedbávání environmentální). Ve školním věku je pak nejčastější formou zanedbávání výukové a výchovné, nedostatečné zajištění řádné školní docházky i přiměřeného dohledu nad přípravou domácích úkolů a vůbec nezájem o školní prospěch dítěte (tzv. *kulturní deprivace*), stejně jako nedostatečný dozor nad tím, kde a s kým dítě pobývá, jak tráví volný čas apod.

Zanedbávání je patrně nejčastějším typem špatného zacházení s dětmi (*mal-treatment*). Odhaduje se, že tvoří nejméně polovinu všech případů ohrožení dítěte prostředím, ale o jeho formách, a zejména o jeho následcích víme mnohem méně než o fyzickém týrání a sexuálním zneužívání. V této souvislosti se někdy mluví o „zanedbávání (problému) zanedbávání“³⁴. Někteří autoři³⁵ zdůrazňují především nezájem rodičů, kteří své děti z velké části ignorují. Jejich zacházení s dětmi kolísá často od extrému k extrému v řadě nesoustavných, nepředvídatelných a často násilných epizod s cílem mít od dítěte klid a oddechnout si od chaosu v rodině. Řada autorů³⁶ zdůrazňuje souvislost zanedbávání s ekonomickou chudobou – tělesné týrání a sexuální zneužívání s chudobou souvisí sice také, ale v mnohem menší míře; na druhou stranu však nejen týrání a sexuální zneužívání, ale i zanedbávání

(především, ale nejen, výchovné – zajišťování dohledu a dostatečného vedení a stimulace) se může vyskytnout v kterémkoliv společenském okruhu. Jiní autoři³⁷ proto také kladou důraz spíše na psychický stav matky (vysoká míra stresu, deprese). Zanedbávání může působit na psychický vývoj dítěte přímo (nedostatek dohledu a kázně, nezájem o vzdělání) či nepřímo (podvýživou nebo nevhodnou skladbou výživy, špatnou hygienou, prochlazením apod.). Psychické následky zanedbávání v užším slova smyslu nejsou zatím empiricky dostatečně prozkoumány, jistě je výrazně zvýšeno zejména riziko školního selhávání a dosažení nižší úrovně vzdělání, než by odpovídalo schopnostem daného dítěte.

Stejně jako týráním může být i zanedbáváním postižen i dospělý, je-li slabý či závislý – pro tělesnou či duševní nemoc, stáří či jen neschopnost postarat se sám o sebe v potřebné míře.

b) Psychická deprivace. Těžce zanedbávaným, popřípadě zcela opuštěným či osiřelým dětem se již odedávna dostávalo dobročinné pomoci jednotlivců nebo institucí – v minulosti většinou církevních. Byla to však péče víceméně náhodná, roztržitá, obvykle soustředěná jen na nejzákladnější pomoc – zachování života malých dětí, které by jinak nepřežily. Podobně existovaly církevní instituce na pomoc starým, bezmocným, invalidním či nemocným dospělým. Paradoxní ovšem bylo, že děti umístované hned po narození nebo v průběhu raného věku do církevních či později zemských „naležinců“ se většinou ani nedožily věku, kdy by mohly být svěřeny některé rodině do pěstounské výchovy (často opět se záměrem, aby mohly být brzy využity k práci v zemědělství i jinde). Úmrtnost kojenců v podobných sirotčincích byla všude velmi vysoká³⁸. Postupně – zejména od počátku 20. století – se dařilo zaváděním nových zásad základní péče a hygieny (přiměřenější výživa, dodržování karantén, separované boxy, očkování) tuto vysokou úmrtnost značně snížit a přiblížit průměrné dětské úmrtnosti v tehdejší společnosti. Zároveň vznikaly „komise“, které měly tuto péči organizovat a rozvíjet (např. Česká zemská komise pro péči o mládež založená v roce 1908). První světová válka přinesla s sebou tisíce sirotek a zanedbaných dětí, včetně mnoha nezletilých provinilců, a tak podnítila budování nových ústavů. Na konci války jich zmíněná komise vydržovala již celkem 15. Podobný rozvoj ústavů pro zanedbanou a opuštěnou mládež byl zaznamenán ve všech evropských zemích, přitom však děti týrané a zneužívané zůstávaly většinou nezachyceny a bez pomoci.) Rozvoj ústavů pokračoval i po druhé světové válce, během níž opět mnoho dětí přišlo o své rodiče.

Umístování zanedbaných dětí do ústavů bylo vedeno nepochybně dobrými úmysly, ale už brzy po snížení vysoké úmrtnosti ukázalo na další typ vážného ohrožení vývoje. Již ve dvacátých letech minulého století upozorňovali někteří pediatri a psychologové na to, že duševní vývoj ústavních dětí není přes všechnu vynaloženou péči zdaleka takový jako u dětí v rodinách vlastních nebo pěstounských³⁹. Teprve za druhé světové války a po ní si však odborná veřejnost plně uvědomila závažnost ohrožení vývoje dětí vychovávaných mimo rodinu, a to zejména díky pracím A. Freudové a jejích spolupracovnic (1943, 1944, 1951), R. Spitze (1945 a dále) a řady dalších. Práce J. Bowlbyho „Maternal care and mental health“ (Mateřská péče a duševní zdraví, 1951) přesvědčivě ukázala na závažnou problematiku poškození duševního vývoje dětí vychovávaných v ústavech, kde jsou sice uspokojeny základní tělesné potřeby dítěte, ale dítě přesto strádá nedostatkem individuální pozornosti, nedostatkem podnětů a zvláště nemožností navázat trvalý citový vztah k jedné osobě (matce) či několika osobám v malé sociální skupině rodiny. Tak byla postupně psychická deprivace uznána za zvláštní formu ohrožení psychického vývoje dítěte.

Paradoxně se v této době vyvíjela péče o zanedbané či opuštěné děti u nás. Brzy po roce 1948 byla z ideologických důvodů v péči o děti dávána přednost výchově „kolektivní“, a to i v péči o děti vychovávané v rodinách (rozvoj jeslí, mateřských škol, školních družin, ale i kojeneckých ústavů a dětských domovů). V roce 1951 byla zrušena pěstounská péče se zdůvodněním, že pěstounské rodiny si děti berou kvůli penězům (státní příspěvky) a že je často využívají k práci. Odhaduje se, že tak najednou přišlo asi 6 000 dětí o své rodinné zázemí u pěstounů. Na rozdíl od jiných komunistických zemí však u nás pracovali v rámci zdravotnictví kliničtí psychologové, kteří podle dřívější tradice vyšetřovali zanedbané a jinak ohrožené děti a kteří také v určitých intervalech sledovali vývoj dětí vyrůstajících v ústavech. Tak byly shromážděny důkazy o opožděném a nerovnoměrném vývoji ústavních dětí, zejména těch, které byly do ústavní péče svěřeny od narození nebo v útlém věku (před 3. rokem života). O problematice ústavních dětí pak u nás referovala řada pediatriů a psychologů.⁴⁰ Souhrnně byly získané údaje a celková problematika rozpracovány v monografii „Psychická deprivace v dětství“⁴¹. Zde je psychická deprivace definována jako nedostatečné uspokojování základních psychických potřeb po určitou, dosti dlouhou dobu. Mezi základní psychické potřeby lze zařadit zejména potřebu podnětové proměnlivosti (stimulace – její dostatečná složitost a variabilita), potřebu kognitivního řádu (vnější struktury – smysluplného, srozumitelného a organizovaného uspořádání podnětů), potřebu emoční vazby (spe-

cifického sociálního objektu, k němuž je dítě vázáno těsným a stabilním poutem) a potřebu autonomie (osobně-sociálního významu – nezávislosti, sebenaplnění a zajištění osobní integrity) a nakonec i potřebu otevřené budoucnosti a akceptované vlastní minulosti.

Cizí i české zkušenosti s ústavní výchovou přispěly k tomu, že se i u nás začal prosazovat názor, že pro zdravý vývoj jedince má zejména v dětství rodina rozhodující význam. To bylo zakotveno v preambuli zákona o rodině z roku 1963, který v tehdejší době znamenal velký pokrok a umožnil později znovu zavést individuální pěstounskou péči i skupinovou péči „rodinného typu“ (i ve formě SOS dětských vesniček). Nepochybným impulsem těchto změn v péči o ohrožené děti se stala Charta práv dítěte (1959) a později Úmluva o právech dítěte (1989), obě přijaté na půdě OSN.

Klasické práce se zabývaly zejména důsledky těžké psychické deprivace u dětí od útlého věku vyrůstajících v ústavech nebo v rodinách těžce dysfunkčních, teprve později bylo více pozornosti věnováno i projevům a důsledkům psychické deprivace v jinak relativně nenápadném rodinném prostředí.

Na základě „Doporučení Rady Evropy“ z roku 1992 byly sjednoceny základní pojmy týrání, zneužívání a zanedbávání dětí – psychická deprivace je tu zahrnuta pod pojem „*citového zanedbávání*“, které je definováno jako neuspokojování emočních potřeb dítěte (náklonnosti i pocitu dítěte, že někam patří). Zanedbáváním obecně je pak označována především situace nedostatečné či nepřiměřené výživy, hygieny, zdravotní péče a dohledu, ev. I zanedbávání vzdělání a kulturních potřeb dítěte (překrývá se tedy s tzv. *kulturní deprivací*) – nejčastěji v rodinách s nízkou socioekonomickou úrovní. I v těchto rodinách mohou být ovšem děti přes uvedené závažné nedostatky šťastné a dokonale emočně saturované. Psychická deprivace znamená naopak dlouhodobý nedostatek uspokojení potřeby lásky, vřelého intenzivního vztahu a dostatečného přísunu přiměřených podnětů z prostředí, a postihuje proto dosud většinu dětí vyrůstajících v útlém věku v ústavních zařízeních, kde přes všechny snahy o zkvalitnění péče je příležitost k vytvoření výlučného a těsného citového pouta dítěte s náhradními pečovateli nedostatečná. Dosti často se ovšem setkáváme s projevy psychické deprivace i u dětí z tzv. „dobrých“ rodin, po materiální stránce dokonale zabezpečených, kde však rodiče pro vlastní nezralost, osobní problémy, psychické onemocnění, ev. i „z nedostatku času“ nejsou schopni dítěti poskytnout dostatek lásky a vřelosti. Pro méně výrazné případy bývá někdy užíván i termín *psychická subdeprivace*⁴².

Pokud byly problematice takto široce definovaného zanedbávání věnovány empirické studie, jejich výsledky také ukazují na velmi různý význam různých typů zanedbávání. Obecně jsou nacházeny podstatně závažnější a dlouhodobé psychické následky zanedbávání citového (tj. emoční deprivace) než u všech ostatních typů⁴³. I když podřazení pojmu „*psychická deprivace*“ pod souhrnný pojem „zanedbanost“ tedy není přesné a nevystihuje podstatný rozdíl, je třeba je akceptovat jako mezinárodně dohodnutou klasifikaci. Běžnou praxi umístování dětí ze zanedbávajících rodin do „dobrých“ ústavů bychom pak mohli označit jako nahrazení jedné formy zanedbávání (zanedbávání tělesného a zanedbávání výchovy a vzdělání, při kterém ovšem emoční potřeby dítěte a jeho potřeba citové vazby mohly být plně uspokojovány) jinou jeho formou (zanedbávání citové). Z jiného hlediska bychom mohli mluvit o sekundárním zanedbávání, kdy systém péče určený k ochraně jedince v konečném důsledku druhotně poškozuje jeho psychický vývoj.

Důsledkem časné emoční deprivace je jednak narušení psychomotorického vývoje, jednak narušení vývoje osobnosti postižených dětí. U malých dětí bývá pravidlem vývojová retardace různého stupně v závislosti na závažnosti deprivace zkušenosti, u velmi těžkých forem deprivace v nejčasnějším věku může dojít i k poruchám somatického vývoje a někdy až k úmrtí dítěte; u starších dětí a v dospělosti je důsledkem raných deprivace zkušeností hlavně závažně narušený vývoj osobnosti, především schopnosti navazovat blízké a pevné emoční vazby k druhým lidem.

I když i psychickou deprivací jsou nejvíce ohroženy děti malé, musíme si přesto být vědomi toho, že může vážně poškodit člověka v kterémkoli období. Psychicky strádat mohou tedy opět i dospělí – zejména slabí, staří, nemocní a invalidní. V mnoha domovech důchodů a jiných zařízeních pro staré a dlouhodobě nemocné prožívají lidé citový chlad, nedostatek soukromí a izolaci od okolního světa zcela podobně jako děti v dětských domovech.

Oběti špatného zacházení

Obětí týrání – zneužívání – zanedbávání se může stát člověk v kterémkoliv věku. Může být týrán již prenatálně – matka dělá záměrně to, o čem je přesvědčena, že to může poškodit plod (např. se bije různou silou do břicha⁴⁴ – tzv. „*syndrom bitého plodu*“). A k týrání a zanedbávání dochází také u starších lidí, kteří „jsou už jen na obtíž“. Někdy dochází k zneužívání těchto lidí k vlastnímu obohacování, a to jak jejich příbuznými, tak v některých

případech i pracovníky samotných institucí. A na rozdíl od dětí bývá jejich situace o to horší, že společnosti připadají již jako neperspektivní a jen jako přítěž.

V dospělosti jsou fyzickými útoky, psychickým ponižováním či sexuálním násilím více ohroženy ženy, nejčastěji manželem nebo partnerem doma, ale někdy i v zaměstnání ze strany nadřízeného, kterému se žena těžko brání („*sexual harassment*“). Traumatický zážitek, mnohdy spojený s pocitem ohrožení života, vede ve všech věkových skupinách k rozvoji posttraumatické stresové poruchy, která může dlouhodobě ovlivňovat celý další život oběti. Ve všech věkových skupinách jsou nejvíce ohroženi jedinci slabí, závislí, nemocní nebo postižení – častěji se stávají obětí špatného zacházení, ale současně jsou i zranitelnější a méně odolní vůči jeho vlivům. To se týká už dětí v nejtěžším věku: novorozenci nedonošení (s omezeným repertoárem projevů, hůř reagující na pokusy matky o kontakt, méně atraktivní, nějak postižení) jsou častěji obětí nezájmu a zanedbávání i jiných forem ohrožení. I vrozené charakterové vlastnosti silně přispívají k ohrožení: děti „obtěžně vychovatelné“, dráždivé, plačtivé, s nepravidelným rytmem spánku bývají častěji obětí týrání, které však jejich obtížné chování ještě dále zhoršuje. Velmi ohroženou skupinou jsou také děti s mentální retardací, tělesným, smyslovým nebo kombinovaným postižením.

Reviktimizace

Všechny uvedené formy se týkají jak dětí vyrůstajících v rodinném prostředí, tak i dětí **ústavních**. Zanedbávání i psychická deprivace se přitom vztahují více k dlouhodobějším charakteristikám sociálního prostředí a k emočnímu klimatu, v němž dítě vyrůstá, týrání a zneužívání představuje naopak pro dítě jednorázovou nebo – bohužel častěji – opakovanou traumatickou zkušenost v rodině či v širším sociálním prostředí (např. špatné zacházení s dětmi ze strany některých vychovatelů v mateřské škole, ve školách či ústavních zařízeních nebo v sousedství bydliště).

Problémy oběti kolísají ovšem v závislosti na intenzitě a frekvenci špatného zacházení: potíže se stupňují v případě opakovaného týrání či zneužívání jedním pachatelem i při **reviktimizaci** různými osobami. V této souvislosti je třeba zdůraznit málo uváděnou skutečnost, že různé formy ohrožení psychického vývoje na sebe často navazují. Jak již bylo zmíněno – paradoxně to bývají právě opatření určená k ochraně ohrožených, která se stávají novým zdrojem poškozování jejich psychického vývoje. Děti odebrané z rodiny pro zřejmé zanedbávání či týrání strádají v ústavní péči opět, i když

jinak. Ne vždy se přitom dostatečně zvažuje i možnost jiných forem pomoci (pomoc celé rodině, důsledný dohled, rodinná terapie, event. předání do pěstounské péče apod.). Mnohé děti citově strádající v dětském domově jsou pro život mimo ústav velmi špatně připraveny a stávají se později oběťmi sexuálního zneužívání, nezřídka jsou nuceny k organizované prostituci a zatahovány do kriminálních aktivit. Nezletilé děti, které byly sexuálně zneužity po propuštění nebo útěku z ústavu jsou pak opakovaně a nevhodně vyšetřovány policií, konfrontovány s pachateli a opakovaně odesílány k lékařskému vyšetření, často málo citlivému. Tak se pomalu uzavírá kruh: zanedbání v rodině – psychická deprivace v ústavu – zneužití mimo ústav – reviktimizace při vyšetřování.

Instruktivní příklad systémového ohrožení psychického vývoje podalo u nás longitudiální sledování vývoje dětí z dětských domovů. Tam byly předány z rodin, které o ně nejevily zájem nebo je zanedbávaly či jinak ohrožovaly v útlém věku (kojeneckém nebo batolecím). Šedesát z nich bylo podrobně vyšetřeno ve věku 11–15 let a později byla pořízena katamnestická studie těchto – v té době asi 40letých lidí⁴⁵. Ukázalo se, že po propuštění z dětského domova mnozí selhávají v manželském, rodičovském i pracovním životě. Plná třetina se dopustila trestné činnosti, většinou opakovaně. Řada z nich byla stíhána pro „příživnictví“, tj. prostituci). Dvěma ženám byly odebrány děti po rozvodu, pět z nich skončilo v ústavech sociální péče, protože nebyli schopni se o sebe ani v základních věcech postarat a zapojit se do normálního života, ačkoliv byli v dětství schopni dokončit alespoň 4.–5. třídu zvláštní školy – zřejmě se tedy jejich vývoj dále zhoršoval intelektově i sociálně. Muži v tomto souboru vykazovali v mnoha ohledech horší stav. Muži byli také častěji svobodní nebo rozvedení – přitom právě uspokojivý manželský vztah a relativně dobré rodinné prostředí se zdá být protektivním faktorem, který významně napomáhá k osobnímu přizpůsobení vůbec. I když výskyt zážitků sexuálního či jiného zneužití druhými osobami přímo zjišťován nebyl, lze ze získaných výsledků (typ udávaných problémů v sociální adaptaci při celkovém nedostatku sociálních dovedností ap.) odhadovat jeho poměrně značný výskyt. Vcelku tedy můžeme opět pokázat na nebezpečí reviktimizace: zanedbávání v rodině – deprivace v ústavech – sociální selhávání, často spojené i se sexuálním nebo kriminálním zneužíváním po vstupu do dospělého života nebo umístění v sociálním zařízení po úplném selhání, a tedy i další sociální a emoční deprivace.

Jiný příklad systémové reviktimizace je uváděn ze zemí, kde jsou děti ohroženy útrapami války a bídou a násilím s ní spojenými. V jedné studii byl

sledován vývoj dětí v iráckém Kurdistanu. Kurdové prožívali dlouhá období válek a pronásledování a vytvořili si určitou strategii, jak přežít genocidu okupačních mocností a uchovat si vlastní jazyk a hodnotový systém. Jeho součástí byla i tradice přijímání sirotků do rodin. Po válce v Perském zálivu v roce 1991 byla OSN vytvořena bezpečnostní zóna, v níž byly pro sirotky vybudovány moderní ústavy. Porovnání jejich vývoje po ročním pobytu však prokázalo, že množství problémů u ústavních dětí vzrostlo, zatímco u dětí vychovávaných v pěstounských rodinách (často v nuzných poměrech) naopak pokleslo. Uspokojení citových potřeb a pocit bezpečí v citových vztazích v rodině je tedy významným protektivním faktorem, který může minimalizovat důsledky materiálního zanedbávání i těžkých traumatizujících prožitků války. K ústavní deprivaci přistupovala navíc v tomto případě i deprivace „kulturní“⁴⁶. K podobným závěrům docházejí i studie z jiných částí světa – děti guatemalských Indiánů, které prožily trauma válečného násilí, měly horší prognózu, když byly umístěny do klidného bezpečí mimo své domovy⁴⁷.

Sociokulturní kontext špatného zacházení s dětmi

Rodina

Řada studií svědčí pro to, že násilí spáchané na oběti členy vlastní rodiny působí na člověka závažnějším způsobem než podobné násilí páchané lidmi mimo rodinu. Důvody jsou zřejmé: dítě nebo nemocný či jinak oslabený člověk je na rodině mnohem závislejší jak tělesně, tak především emočně a má mnohem menší možnost z rodinné situace uniknout. U dítěte pak navíc přistupuje ještě fakt, že rodiče jsou pro ně v době utváření jeho osobnosti identifikačními vzory, které výrazně ovlivňují jeho chování později v dospělosti.

O to závažnější jsou některé údaje o násilí uvnitř rodin. Epidemiologické studie vycházející ze zkoumání velkých vzorků amerických rodin ukázaly vysokou četnost násilí mezi všemi členy rodiny: 16 % mužů páchalo fyzické násilí na ženách, 12 % žen se chovalo násilně vůči svým mužům, 11 % rodičů týralo své děti, ale také 18 % dětí a 10 % dospělých se dopustilo agrese vůči svým rodičům.⁴⁸ V jiné studii více než 30 % matek, které s dětmi navštívily pediatriickou ambulanci, připouští domácí násilí, matky týraných dětí jsou samy obětí domácího násilí až v 60 % případů. Údaje získané těmito výzkumy byly dále analyzovány a ukázaly na některé okolnosti rodinného násilí. Mnoho agresivních aktů se vyskytovalo například v rodinách neúplných, dále tam, kde otec byl nezaměstnaný, jestliže rodiče měli

nižší vzdělání, užívali někdy drogy, pokud bylo v rodině čtyři nebo více dětí a pokud rodina žila pod hranicí chudoby. Častější bylo násilí na dětech ve věku 3–6 let, zejména u chlapců.⁴⁹ Násilí mezi manželi bylo mnohdy velmi hrubé až ohrožující život (u 40 % případů): kopání, bušení pěstí, škrcení i ohrožování zbraní.⁵⁰ Plácnutí a podobné lehké tělesné tresty užívalo přes 90 % rodičů u batolat, u větších dětí se tento počet zmenšoval. Přesto si téměř polovina dospělých vzpomínala na tělesné tresty ještě v době dospívání a právě u nich byl pak v dospělosti zaznamenán vyšší výskyt depresivních symptomů, suicidálních myšlenek nebo alkoholismu a týrání vlastních dětí či ubližování vlastní ženě.⁵¹ Ještě daleko vyšší byl výskyt verbálního násilí. Rodiče často tělesně trestají děti, aby korigovali jejich antisociální chování.⁵² Dlouhodobý výsledek je však často právě opačný. Uvedené studie totiž ukazují, že čím větší je počet tělesných trestů, tím vyšší je i výskyt antisociálních projevů u dítěte při sledování po dvou letech. I násilí mezi manželi, kterého je dítě pouze svědkem, má pro ohrožení jeho psychického vývoje velký význam.⁵³ Míra domácího násilí (včetně „jen verbální“ agrese nebo nucené sociální izolace matky) přitom patří obecně k nejlepším prediktorům rizika týrání dítěte v rodině⁵⁴ a vysoce koreluje s vlastní agresivitou dítěte.

I když se výsledky různých studií dosti liší v závislosti na metodologii i na definici rodinného násilí, přesto jsou podobné výsledky zjišťovány opakovaně a rizikových rodin, ve kterých se násilí vyskytuje nejčastěji, ve vyspělých společnostech zřejmě přibývá. Podle výzkumů⁵⁵ i u nás narůstá v souvislosti s rostoucí rozvodovostí počet neúplných rodin, vychovávajících děti za ztížených podmínek. Rodin s nezaměstnaným členem bylo u nás dříve poměrně málo, ale jejich podíl roste a už dnes zde existují regiony s vysokou mírou nezaměstnanosti, která nepříznivě ovlivňuje život celé rodiny. Řada těchto rizikových rodin uvádí vcelku spokojený život a zajišťuje poměrně dobrou výchovu dětí. Zvýšený stres, nedostatek času i absence podpory poskytované v úplných rodinách druhým partnerem ovšem zvyšují riziko agresivního chování, které vyplývá z opakované frustrace. Tříživá ekonomická situace mnohdy vede k pocitu bezmoci a rezignaci rodičů na výchovu: ignorují dítě, nevěnují mu pozornost a neuplatňují potřebnou kontrolu – dítě pak napodobuje jejich nevšímavost a vyhledává vlastní podněty. Na druhé straně však vznikají problémy i v rodinách podnikatelů, v rodinách, kde se oba rodiče věnují kariéře apod.

Důležitější než vnější podmínky rodiny jsou však mezilidské vztahy a povaha rodinné interakce. I když každá rodina, ve které se vyskytuje násilí či

jiná forma zneužívání, má svůj jedinečný vzorec mezilidské interakce, přece jen bývá často zjišťována konfúze rolí ve vztazích obou rodičů a neurčité hranice mezi generacemi. Často se zde objevuje pasivní otec, který svou dominanci prosazuje jen výbuchy agresivních aktů, a na druhé straně dominantní matka přejímající rozhodování bez ohledu na potřeby ostatních a nerespektující soukromí dětí. Komunikace mezi členy rodiny bývá špatně organizovaná, chaotická nebo direktivně řízená jedním členem, převažují projevy negativních emocí, chybí empatie pro pocity druhého. Jedna novější studie⁵⁶ např. ukazuje přímou souvislost počtu negativních projevů („vyjádřených emocí“) matky k dítěti s množstvím antisociálních nebo agresivních projevů dítěte samotného na vzorku jednovaječných dvojčat (genetické rozdíly mezi dětmi, které by tyto odlišnosti v chování mohly samy o sobě vysvětlit, byly tedy vyloučeny). Také děti vystavené agresivnímu jednání mezi rodiči nebo násilnému chování vůči starým lidem (prarodičům) snadno přejímají takové vzorce chování i ve svém vlastním jednání.

Násilí v rodinách se tedy týká celého běhu lidského života. Je proto pochopitelné, že se zvětšuje počet varovných hlasů a že vznikají organizace na podporu a zachování zdravé rodiny jako nezastupitelné instituce předávající novým generacím základní postoje a morální hodnoty.

Blízké mimorodinné společenství

Jedinec může být obětí i pachatelem – nebo svědkem – násilí nejen ve své rodině, ale často i v blízkém společenství mimo vlastní rodinu. Drobné agresivní akty – tlučení, kousání, strkání, tahání o hračky – jsou běžné už mezi batolaty na hřišti či v jeslích a jejich míra narůstá v předškolním a školním věku. Zvláště v některých komunitách může být dítě v tomto věku vystaveno také násilí dospělých vůči sobě či vůči druhým. Předškolní děti afroamerické komunity vystavené větší míře násilí ve svém sousedství, než je běžné, vykazovaly poruchy v různých oblastech psychického vývoje.⁵⁷ Sledování dětí vystavených vysoké míře násilí v chudinských čtvrtích Chicaga ukázalo, že už po roce se zvyšuje míra jejich vlastního agresivního chování i projevů deprese.⁵⁸ Závažné a dlouhodobé negativní důsledky byly ovšem prokázány i u tzv. „*tichých obětí*“ – tj. u dětí, které byly jen svědky závažného násilného aktu v rodině či okolí.

Zvláště významnou roli v psychickém vývoji hraje násilí v období dospívání. Násilí ve skupinách mladistvých má často nové – a mnohdy nebezpečné – formy: mladiství se ve skupině snaží vyrovnat ostatním a dokázat siláckými řečmi i činy svou dospělost, vyhledávají a obdivují agresivní scény ve

filmu i agresivní hudbu, rychlou jízdu na motorkách, zapojují se do víceméně nahodilých či organizovaných tlup, případně se i ozbrojují zbraněmi různého druhu. Násilí se tak stává běžnou součástí života mnoha dospívajících, kteří ohrožují druhé i sebe na zdraví i na životě. Zvláště rizikovou skupinou jsou ti, kteří sami byli obětí dřívějšího násilí: ve věku 15 let například ti, kteří byli sami obětí týrání před 12. rokem svého života, vykazovali častěji agresi ve svých vztazích ke kamarádům i k partnerům opačného pohlaví.

Násilí většiny mladistvých je jen okrajové a přechodné. Přetrvává-li, vede pak často k porušování zákona a k nárůstu delikventního chování. Abusus alkoholu a jiných drog agresi stupňuje, stejně jako hazardní hry, na které je třeba získávat velké částky peněz. V pozdějším dospělém věku se u většiny jedinců násilí omezuje co do frekvence i intenzity, ale nikdy nemizí úplně – i když přetrvává třeba jen ve formě agrese verbální (nadávky, ponižování, osočování blízkých i zcela cizích).

Masová komunikační média

Násilí v televizi, ve filmech, v časopisech a v počítačových hrách není – na rozdíl od násilí prožívaného v rodinách a jiných společenských skupinách – skutečné; je jen představované, zobrazené, možné. Přesto je mnohými označováno za „nejnebezpečnějšího pachatele“, protože dnes je – nebo se stává či může stát – nejčastějším, nejdostupnějším. O jeho vlivu na psychický vývoj dětí, dospělých i celé společnosti existují dnes už stovky prací, laboratorních i klinických výzkumů s různým metodologickým i teoretickým základem. Většina z nich vede k závěru, že „dlouhé sledování televizního násilí může mít trvalý vliv na charakter a osobnost dětí a může vést ke kriminálnímu a antisociálnímu chování“⁵⁹. Nejpresnějším prediktorem toho, jak agresivní bude mladistvý v 19 letech, přitom v uvedených studiích bylo množství násilí v televizních programech, jimž dával přednost ve věku osmi let. Vztah k množství násilných trestných činů bylo možno prokázat ještě ve věku 30 let. Za závažný důsledek dlouhého přihlížení televiznímu násilí se pokládá i bezcitnost či desensitizace vůči násilí, které páchají druzí lidé v okolí, neochota pomoci a „primitivizace“ emočních vztahů v rodině i mimo ni. Současně se zvyšuje přesvědčení diváka, že žije v nebezpečném světě, že agrese je samozřejmou součástí života a také že má právo užít násilí vždy, když narazí na překážku v cestě za svým cílem.

Televizní násilí, jemuž jedinec – zejména nezralý – přihlíží, nebo násilí, které může dokonce sám „vyřábět“ tím, jak klikne myší počítače, vniká

prostřednictvím obrazovky velmi působivě do myšlenkového a emočního světa jedince a proniká i do soukromí rodiny a celé kultury. Za zvláště sensitivní věk pokládají někteří autoři předškolní a mladší školní věk, kdy dítě ještě snadno zaměňuje umělý (pohádkový, masmediální) svět za svět skutečný, ale proti nepříznivému vlivu není imunní ani starší dítě a mladistvý. Televize však může vývoj ovlivnit i jinak, nepřímo – například tím, že omezuje komunikaci uvnitř rodiny. Rodiče věnují rozhovoru s dětmi stále méně času a svou rodičovskou roli přenechávají televizoru jako tomu, kdo dítě zabaví a ohlídá, takže jim dá pokoj. V mnohých rodinách se pak dívají děti na televizi i mnoho hodin denně a shlédnou neuvěřitelné množství krutosti, včetně vražd.

Vliv televizního násilí na psychický vývoj není ovšem tak jednoduchý a přímý, jak bylo až dosud popsáno: sotva jej můžeme oddělit od mnoha dalších rodinných i celospolečenských faktorů, jejich hodnotové a duchovní orientace i vlivu více či méně oceňovaných či naopak odsuzovaných vzorů chování významných členů společnosti. Přesto je vliv médií značný. Jistě je především na rodičích, aby sledovali, na co se jejich děti dívají, aby o sledovaných pořadech s dětmi také diskutovali a aby podporovali jejich sociálně užitečné aktivity a omezili či zcela vyloučili aktivity nevhodné – včetně pasivního konzumu nevhodných televizních pořadů. Ve skutečnosti však s dětmi televizní pořady sleduje méně než polovina rodičů a téměř polovina rodičů ani nijak neomezuje u svých dětí sledování programů s násilným obsahem.⁶⁰ Negativním působením mediálního násilí jsou přitom nejvíce ohroženy ty děti a mladiství, jejichž rodiče tuto svoji roli zanedbávají nebo ji z nějakých důvodů ani zcela plnit nemohou. Proto zůstává určitá celospolečenská kontrola nad masovými komunikačními prostředky přes všechny argumenty jejich odpůrců nezbytná. Stejně významné je ovšem i celkové hodnotové a morální klima společnosti, v níž děti vyrůstají.

Války a závažné společenské konflikty

Války provázely lidskou historii odedávna, mění však svou podobu i četnost a mají různé následky. V současnosti přinášejí války vedle „přímých“ následků (zabití, invalidita) i krátkodobé a zejména dlouhodobé následky „nepřímé“ (ohrožení psychického vývoje v důsledku prožitých válečných hrůz, nemocí a hladomorů, rozbití rodin a vyhánění z domovů). Kromě toho nepostihují jen vojáky, ale stále více i civilní obyvatelstvo, včetně dětí. Zpráva UNICEF za rok 1996 odhaduje, že za posledních deset let v ozbrojených konfliktech zahynuly asi 2 mil. dětí, 4–5 mil. bylo zmrzačeno,

12 mil. dětí ztratilo své domovy a nespočet dalších dětí je ohrožen podvýživou a infekčními nemocemi. Děti bývají zneužívány jako hledači min a už ve věku 10–12 let nasazovány i jako vojáci do bojových akcí, jsou obětmi znásilňování, které představuje zbraň v etnických konfliktech, ale jsou i manipulovány samy jako pachatelé při vyvražďování vlastních rodin nebo jako sebevražední atentátníci. Narůstající vlna terorismu na počátku tohoto století si ostatně bere za cíl přímo civilní obyvatelstvo a někdy dokonce právě děti, jako např. při teroristickém útoku ve škole v jihoruském Beslanu v září 2004. Narůstají rozměry těchto útoků, terorismus se rozšiřuje do celosvětového měřítka (zasahujícího nejen Blízký východ, ale i USA a Evropu i další kontinenty) a vzbuzuje pocity trvalého ohrožení a úzkosti v důsledku naprosté nepředvídatelnosti dalších útoků.

Války a jiné formy organizovaného násilí (založeného většinou na politických, etnických či náboženských konfliktech) zanechávají často hluboké následky na psychickém vývoji dětí i dospělých, kteří byli sami obětmi, ztratili členy svých rodin, případně byli svědky brutálního násilí ve svém nejbližším okolí. Současné empirické výzkumy např. ukazují, že po teroristickém útoku na World Trade Center 11. září 2001 v New Yorku trpí dodnes posttraumatickou stresovou poruchou i ve vzdálenějších oblastech USA řada dětí, včetně těch, které útok „pouze“ sledovaly v televizi a jejichž blízcí přímo zasaženi nebyli. O závažných následcích svědčí i celá řada studií z utečeneckých táborů. V jedné studii např. autoři našli ve vzorku 63 dětí (průměrný věk 5,9 let) z Chile a z Blízkého východu narušené mentální zdraví u 46 % z nich v době pěti měsíců po přijetí do tábora a ještě ve 44 % případů o 13 měsíců později.⁶¹ Nejdůležitějším protektivním faktorem přitom byl doprovod dítěte do tábora oběma rodiči. Naopak rizikovým faktorem byla ztráta otce, prožitek násilí a stresu i v rodině (bití) a také nedostatek společnosti druhých dětí.

Dlouhodobým přetrvávajícím důsledkem války či jiných forem organizovaného násilí, ale i hromadných živelních katastrof bývá nejčastěji posttraumatická stresová porucha. Jak ukázaly již první zkušenosti z druhé světové války⁶² a později dlouhodobé sledování následků holocaustu u dětí i dospělých, mohou být její projevy velmi závažné a přetrvávat desetiletí.

Kultura

Násilí je druhem agresivního chování, které je součástí vrozené výbavy umožňující člověku i jiným živým tvorům přežít tím, že silou překonávají překážky, odstraňují ohrožující okolnosti nebo získávají prostředky nezbyt-

né k životu. Agresivní chování má tedy jistě biologický základ. Zvýšený sklon k agresivnímu chování některých lidí může být patrně (alespoň zčásti) podmíněn i dědičností nebo poškozením mozku (např. perinatálně nebo pozdějším organickým onemocněním).

Biologický základ agresivního chování však neznamená nevyhnutelnost násilí. Ve skutečnosti existuje mnoho dokladů pro to, že rozsah a forma násilí je daleko více určována výchovou v rodině i mimo ni, vzory pozorovanými ve skutečném životě nebo „jen“ zobrazovanými – v mýtech, bajkách či dnešních médiích. Co tedy nakonec v největší míře určuje násilí a krutost, je – spíše než biologický základ – „kultura“ v nejširším slova smyslu, která zahrnuje produkty lidské mysli sdílené většinou jedinců v určité společnosti nebo společenské skupině a předávané navzájem i z generace na generaci s většími či menšími obměnami. Kultura tedy zahrnuje postoje a hodnoty obsažené v mýtech, bajkách, zvycích, ve vzorech hrdinů, v zákonech i v nepsaných sociálních normách, v pověrách i ve vědeckých teoriích a v náboženských představách, v technice, v umění i v sociálních institucích. A právě učení těmto vzorům a návodům je základem předávání kultury a významně ovlivňuje chování lidí, výchovu a vývoj nových generací i současné dění v celé společnosti.

Řada faktů nasvědčuje tomu, že násilí člověka na člověku vyplývá spíše z takto široce chápané kultury než z naší „živočišné“ přirozenosti. Podíváme-li se na současnou technicky rozvinutou společnost z tohoto pohledu, vidíme, že je to kultura nebezpečně podněcující a glorifikující násilí. V hodnotové orientaci vítězí individualismus a zaměření na výkonnost, soupeřivost, schopnost se prosadit bez ohledu na druhé, slabost je považována za bezcennost. Na mnoha místech naší západní kultury se už v dětech (hlavně u chlapců) pěstuje hrdost na to, že lze přežít sám jen vlastními silami, třeba i usmrcením druhých. Mužnost je ztotožňována s fyzickou silou, chlapci se učí brzy užívat zbraně, někdy jsou dokonce cvičeni ve střelbě na pohyblivé terče představující lidi. V mnoha rodinách se toleruje mučení zvířat, které může malému dítěti poskytovat slastný pocit moci nad slabším, pokračuje to ubližováním menším dětem na hřišti za přihlížení rodičů, šikanováním těch, kteří se neumějí bránit, ať už ve škole, ve skupině mladistvých na vojně či v jiných skupinách a později v dospělosti třeba na pracovišti. Podobné zkušenosti nalézáme pravidelně v anamnézách pachatelů násilných trestných činů. Ačkoliv bylo opakovaně prokázáno, že trest smrti neodstrašuje od páchání pokusů o vraždy, přece se opakovaně volá po jeho znovuzavedení – a jak ukazují studie, je takové volání z velké části založe-

no na zkušenosti s násilím v rodině a s jeho pozitivním hodnocením (bití dětí jako oprávněný kázeňský prostředek).

Sklon k užívání násilí při řešení individuálních nebo skupinových problémů je tedy nepochybně hluboce zakotven v osobních i společenských dějinách. V útlém dětství ještě není jasně vymezena hranice mezi „já“ a „ostatní“. Když je malé dítě káráno za špatné chování, jde naplácat panence. Podle psychodynamicky orientovaného vysvětlení vede neschopnost tolerovat „zlou“ stránku svého já dítě k tomu, že ji externalizuje na druhé. I když jedinec postupně vyrůstá z tohoto primitivního sebepjetí, protiklad „já“ a „ti druzí“ zůstává v nás jako potenciál pro vytváření viníka našeho ohrožení. V kultuře kmene, národa, státu pak lze snadno s tímto obrazem nepřítele manipulovat. Násilí se tak dále stupňuje vytvářením obrazu nepřítele, jemuž se připisují kvality ohrožujícího nebezpečí – ať už je skutečné, nebo jen fiktivní. Netolerance a hostilita vůči jiné rase, jinému náboženství, jiné politické ideologii, vůči imigrantům i vůči tělesně a duševně postiženým jsou pěstovány od dětství a tyto kulturní stereotypy se pak stávají součástí osobnosti vyvíjejícího se jedince. Uvnitř majoritní společnosti může být spolupráce kulturním ideálem sociálních interakcí, minoritní společnosti jsou však většinovou kulturou tlačeny naopak spíše k soupeřivé strategii. Problém nenásilného soužití lidí různých ras a skupin je proto nutné řešit především výchovou dětí i dospělých, nabízením pozitivnějších kulturních vzorů a poskytnutím sociální podpory a porozumění. Vyšší stupeň zralosti, lepší sebepoznání i vhled do psychologie druhých lidí, národů či ras pomáhá k oslabení tendence k užití násilí.

Literatura:

- Ahmad, A. – Mohamad K.:** *The socioemotional development of orphans in orphanages and traditional foster care in Iraqi Kurdistan*. Child Abuse and Neglect, 20 (12), 1996, 1164–1173.
- Bakalář, E.:** *Syndrom zavrženého rodiče I*. Psychologie Dnes, 2003.
- Bakalář, E.:** *Syndrom zavrženého rodiče II*. Psychologie Dnes, 2003
- Bentovim, A.:** *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*. Praha: Grada, 1998.
- Binggeli, N. – Hart, S. – Brassard, M. R.:** *Psychological maltreatment of children (Child abuse and neglect series)*. Newbury Park, CA: Sage 2001.
- Bower, M. – Knutson, J. F.:** *Attitudes toward physical discipline as a function of disciplinary history and self-labeling as physically abused*. Child Abuse & Neglect, 20, 1996, 689–699.
- Bowlby, J.:** *Maternal care and mental health*. Geneva: WHO, 1951.
- Bowlby, J.:** *Attachment and loss*. New York, Basic Books. Vol. 1. Attachment. 1969, Vol. 2. Separation, 1973, Vol. 3. Loss: Sadness and depression. 1980.
- Bounier, P. – Halpérin, D. – Rey, H. et al.:** *Typology and correlates of sexual abuse in children and youth: multivariate analyses in a prevalence study in Geneva*. Child Abuse and Neglect, 23, 1999, 779–790.
- Barbaree, H. E. – Hudson, S. M. – Seto, M. C.:** *Sexual assault in society: The role of the juvenile offender*. In H.E. Barbaree, W. L. Marshall – S. W. Hudson (Eds.), *The Juvenile Sex Offender*, 1993, 10–11.
- Banyard, V. L.:** *The impact of childhood sexual abuse and family functioning on four dimensions of women's later parenting*. Child Abuse Negl 21(11), 1997, 1095–1107.
- Burton, D. – Nesmith, A. – Badten, L.:** *Clinician's views of sexually aggressive children: A theoretical exploration*. Child Abuse & Neglect, 21, 1997, 157–170.
- Cadzow, S. P. – Armstrong, K. L. – Fraser, J. A.:** *Stressed parents with infants: reassessing physical abuse risk factors*. Child Abuse nad Neglect, 23, 1999, 845–853.
- Caffey, P.:** *Multiple Fractures in the Long Bones of Infants Suffering From Chronic Subdural Hematoma*. American Journal of Roentgenology, Leesburg, Virginia, 1946, 56:167.
- Caspi, A. – Moffit, T. E. – Morgan, J. et al.:** *Maternal expressed emotion predicts children's antisocial behavior problems: Using monozygotic-twin*

differences to identify enviromental effects on behavioral development. Developmental Psychology, 40, 2004, 234–243.

Cohen, J. A. – Deblinger, E. – Mannarino, A. P. – Steer, R. A.: *A multi-site, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms.* Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry vol 43(4), 2004, 393–402.

Cole, P. M. – Putnam, F. W.: *Effect of incest on self and social functioning: a developmental psychopathology perspective.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 1992, 174–184.

Condon, J. T.: *The battered fetus syndrome: Preliminary data on the incidence of the urge to physically abuse the unborn child.* The Journal of Nervous and Mental Disease, 175(12), 1987, 722–725.

Drake, B. – Pandey, S.: *Understanding the Relationship Between Neighborhood Poverty and Child Maltreatment.* Child Abuse and Neglect 20 (11), (1996), 1003–1018.

David, H. – Dytrych, Z. – Matějček, Z. – Schüller, V.: *Born unwanted.* Praha: Avicenum, 1988.

Dubowitz, H. – Papas, M. A. – Black, M. M. – Starr, R. H.: *Child neglect: Outcomes in high-risk urban preschoolers.* Pediatrics, 109, 2002, 1100–1107.

Dunovský, J. – Dytrych, Z. – Matějček, Z. a kol.: *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě.* Praha, Grada, 1995.

Dunovský, J. – Eggers, H. a kol.: *Sociální pediatrie.* Praha: Avicenum, 1989.

Eron, L. R.: *Media violence.* Pediatr. Ann. 24, 1995, 84–87.

Ethier L. S. – Lacharite C. – Couture, G : *Childhood adversity, parental stress, and depression of negligent mothers.* Child Abuse & Neglect, 19(5), 1995, 619–632.

Ferguson, K. S. – Dacey, C. M.: *Anxiety, depression, and dissociation in women health care providers reporting a history of childhood psychological abuse.* Child Abuse Negl 21, 1997, 941–952.

Fergusson, D. M. – Horwood, L. J. – Lynskey, M. T.: *Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization.* Child Abuse Negl 21(8), 1997, 789–803.

Finkelhor, D.: *A sourcebook on child abuse.* California: Sage Publications, 1986.

Finkelhor, D. – Moored, D. – Hamby, S. L. – Straus, M. A.: *Sexually abused children in a national survey of parents: methodological issues.* Child Abuse and Neglect 21, 1997, 1–9.

- Freud, A. – Burlingham, D. T.:** *War and Children*. New York: Internat. University Press, 1943.
- Freud, A. – Burlingham, D. T.:** *Infant without families*. New York: Internat. University Press, 1943.
- Gardner, R. A.:** *Syndrom zavrženého rodiče*, Praha: MPSV, 1996.
- Gardner, R. A.:** *Parental Alienation syndrome*. Cresskil, New Jersey, 1992.
- Gardner, R. A.:** *Family therapy of the moderate type of parental alienation syndrome*. American Journal of Family Therapy, 27, 1999.
- Gaudin, J. M. – Polansky, N. A. – Kilpatrick, A. C. – Shilton, P.:** *Family functioning in neglectful families*. Child Abuse and Neglect, 20(4), 1996, 363–377.
- Gorman-Smith, D. – Henry, D. B. – Tolan, P. H.:** *Exposure to Community Violence and Violence Perpetration: The Protective Effects of Family Functioning*, 33 (3), 2004, 439–449.
- Gray, J. – Bentovim, A.:** *Illness induction syndrome; paper 1 – a series of 41 children from 37 families identified at great Ormond Street Hospital for Children*. Child Abuse Negl 20, 1996, 655–673.
- Halfarová, H.:** *Sexuálně zneužívané dítě*. v: Dunovský, J. – Dytrych, Z. – Matějček, Z. a kol.: *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*, Grada, Praha 1995.
- Hetzer, H.:** *Die Entwicklung des Kindes in der Anstalt*. In: *Handbuch der pädagogische Milienkunde*. Halle, Busemann, 1932.
- Hjern, A. – Angel, B. – Jeppson, O.:** *Political violence, family stress and mental health of refugee children in exile*. Scand J Soc Med. 26 (1), 1998, 18–25.
- Cheng, T. L. – Brenner, R. A. – Wright, J. L. et al.:** *Children's violent television viewing: Are parents monitoring?* Pediatrics, 114, 2004.
- Jonker, F. – Jonker-Bakker, I.:** *Effects of Ritual Abuse: The results of three surveys in the Netherlands*. Child Abuse & Neglect, 21(6), 1997, 541–556.
- Kaplan, J. S. – Pelcovitz, D. – Labruna, V.:** *Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect*. J. Am. Child Psychiatry, 38, 10, 1999, 1214–1222.
- Kellogg, N. D. – Hoffman, T. J.:** *Unwanted and illegal sexual experiences in childhood and adolescence*. Child Abuse and Neglect, 19, 1995, 1457–1468.

- Kellogg, N. D.:** *Committee on Child Abuse and Neglect: The evaluation of sexual abuse in children.* Pediatrics, 116, 2005, 506–512.
- Kempe, C. H. – Silverman, F. N. – Steele, B. F. – Droegemueller, W. – Silver, H K.:** *The battered child syndrome.* J.A.M.A., 181, 1962, s. 17–24.
- Kendall-Tackett, K. A. – Eckenrode, J.:** *The effects of neglect on academic achievement and disciplinary problems: A developmental perspective.* Child Abuse & Neglect, 20, 1996, 161–169.
- Kent, R.:** *Children's Safeguards Review.* Edinburgh: The Stationery Office, 1997.
- Klevens, J. – Bayón, M. C. – Sierra, M.:** *Risk factors and context of man who physically abuse in Bogotá, Colombia.* Child Abuse and Neglect, 24, 2000, 323–332.
- Knobloch, H. – Pasamanick, B.:** *Gesell and Amatruda's Developmental Diagnosis,* Hagerstown: Harper & Row, 1974.
- Kolář, M.:** *Skrytý svět šikanování ve školách.* Praha: Portál, 1997.
- Kolář, M.:** *Kniha o bolesti šikanování.* Praha: Portál, 2000.
- Koluchová, J.:** *Diagnostika a reparabilita psychické deprivace.* Praha: SPN, 1987.
- Kovařík, J. – Šmolka, P.:** *Současná rodina.* Praha: Hestia, 1996.
- Langmeier, J. – Matějček, Z.:** *Psychická deprivace v dětství.* 3. vyd., Praha: Avicenum, 1974.
- Langmeier, J.:** *Chronicky nemocné děti a děti ohrožené prostředím.* In: Houšťek, J. a kol.: *Pediatric. Učebnice pro lékařské fakulty.* Praha: Avicenum, 1986, 92–124.
- Malá, E. – Raboch, J. – Sovák, Z.:** *Sexuální zneužívání dětí.* Praha: Avicenum, 1986, 92–124.
- Malá, E. – Raboch, J. – Sovák, Z.:** *Sexuálně zneužívané děti.* Praha: Psychiatrické centrum, 1995.
- Matějček, Z. – Bubelová, V. – Kovařík, J.:** *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace.* Československá psychologie, 40, 1996, 81–94.
- Matějček, Z.:** *Pojem psychické subdeprivace.* Psychol. a Patopsychol. Dieťaťa, 22, 1987, s. 419–428.
- Meadow, R.:** *Munchausen Syndrome by Proxy, The Hinterland of Child Abuse.* The Lancet, 2, 1977, 343–345.
- Marten, J.:** *Týrané dítě a jeho rodiče.* Prakt. Lék., 59, 1979, 544–548.
- Marten, J.:** *Záměrné otravy a Münchhausenův syndrom v zastoupení jako projevy týraného dítěte.* Prakt. Lék., 65, 1985, 524–527.

Melville, M. B. – Lykes, M. B.: *Guatemalan Indian children and the socio-cultural effects of government-sponsored terrorism.* Social Science and Medicine, 34(5), 1992, 533–548.

Moffit, T. E. – Caspi, A.: *Implications of violence between intimate partners for child psychologists and psychiatrists.* J Child Psychol Psychiatry, 39, 1998; 137–144.

Mufsonová, S. – Kranzová, R.: *O týrání a zneužívání.* Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1996.

Nelson, E. C. – Heath, A. C. – Madden, A. F.: *Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes. Results from a twin study.* Arch. Gen. Psychiatry, 59, 2002, 139–145.

Pöthe, P.: *Dítě v ohrožení.* Praha: H+H, 1996.

Pöthe, P. – Csémy, L. – Halfarová, H. – Bosák, V.: *Sexuální zneužívání dětí v ČR – retrospektivní studie.* Česká a Slovenská psychiatrie, 96, 2000, 131–135.

Randolph, S. M. – Koblinsky, S. A. – Roberts, D. D.: *Studying the role of family and school in the development of African American preschoolers in violent neighborhoods.* Journal of Negro Education, 65, 1997, 282–294.

Říčan, P.: *Agresivita a šikana mezi dětmi.* Praha: Portál, 1995.

Pöthe, P. – Matznerová, I. – Velemínský, M.: *Sexuální zneužívání dětí se zdravotním postižením. In. Ochrana zdravotně postižených před sexuálními zneužitím – zdravotně výchovná publikace (sborník).* Praha: SZdP ČR, 2002.

Sameroff, A. J.: *Environmental Risk Factors in Infancy,* Pediatrics, 102 (5) Suppl., 1998, 1287–1292.

Sedlak, A. J. – Broughurst, D. D.: *Third national incidence study of child abuse and neglect.* Washington, D. C., Department of Health and Human Sciences, 1996.

Schlossmann, A.: *Die Entwicklung der Versorgung krenker Säuglinge in Anstalten.* Ergebn.inn.Med.Kinderheilk., 24, 1923, 189.

Schrier, H.: *Münchhausen syndrome by proxy.* Pediatrics, 110, 2002, 985–986.

Singer, M. I. – Miller, D. B. – Stenyang, G. et al.: *Contributors to violent behavior among elementary and middle school children.* Pediatrics, 104, 1999, 878–884.

Spitz, R. A.: *Hospitalism: an inquiry into genesis of psychiatric conditions in early childhood.* Psychoanal.Study Child, 1, 1945, 53–74.

Strasburger, V.C. – Donnerstein, E.: *Children, adolescents and the media: Issues and solutions.* Pediatrics, 103, 1999, 129–139.

Straus, M. A. – Gelles, R. J.: *Physical violence in American families*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 1990.

Straus, M. A. – Kantor, G. K.: *Corporal punishment of adolescents by parents: a risk factor in the epidemiology of depression, suicide, alcohol abuse, child abuse, and wife beating*. *Adolescence*, 29, 1994, 543–561.

Straus, M. A. – Smith, C.: *Family patterns and primary prevention of family violence*. *Trends Health Care Law Ethics*. 8(2), 1993, 17–25.

Straus, M. A. – Sugarman, D. B. – Giles-Sims: *Corporal punishment by parents and subsequent antisocial behavior of children*. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155, 1997, 761–767.

Theodore, A. D. – Runyan, D. K.: *A medical research agenda for child maltreatment: negotiating the next step*. *Pediatrics*, 104, 1, 1999, 168–177.

Van der Wal, M. F. – DeWitt, C. A. M. – Hirasing, R. A.: *Psychosocial health among young victims and offenders of direct and indirect bullying*. *Pediatrics*, 111, 2003, 1312–1317.

Vaničková, E.: *Dětská prostituce*. Praha: Grada 2005.

Vaničková, E.: *Tělesné tresty dětí*. Praha: Grada 2004.

Weil, J. L.: *Early deprivation of empathic care*. Madison: Conn. International Universities Press, 1992.

Weiss, P. a kol.: *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Grada 2003.

Zuravin, S. – McMillen, C. – DePanfilis, D. – Risley-Curtiss, C.: *The intergenerational cycle of child maltreatment continuity versus discontinuity*. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 1996, 315–334.

Wolfner, G. – Gelles, R. J.: *A profile of violence toward children: a national study*. *Child Abuse and Neglect*, 17, 1993, 197–212.

¹ Viz Kempe a kol. (1962).

² Viz Langmeier, Matějček (1963).

³ Viz Knobloch, Pasamanick (1974) – „kontinuum reprodukčního rizika“ (continuum of reproductive casualty).

⁴ Viz Sameroff (1998) – „kontinuum pečovatelského rizika“ (continuum of caretaking casualty).

⁵ Např. Bower, Knutson (1996).

⁶ Langmeier, Matějček (1963).

⁷ Březina, Marten (1976).

⁸ Langmeier (1981, 1983, 1986).

⁹ Theodore a Runyan (1999).

¹⁰ Viz Klemens et al. (2000).

¹¹ Viz Kaplan (1999).

¹² Binggeli a kol. (2001).

¹³ Ferguson, Dacey (1997).

¹⁴ Kaplan et al. (1999).

- ¹⁵ Tento syndrom poprvé popsal Meadow (1977) ve Velké Británii, u nás s ním odbornou veřejnost seznámil jako první Marten (1985).
- ¹⁶ Gray, Bentovim (1996).
- ¹⁷ Jonker, Jonker-Bakker (1997).
- ¹⁸ Van der Wal et al. (2003).
- ¹⁹ Problémům šikany se u nás podrobně věnuje Kolář (1997, 2000) a Říčan (1994, 1995).
- ²⁰ U nás se sexuální zneužíváním zabývají např. práce: Halfarová (1995), Malá, Raboch, Sovák (1995), Pöthe (1998), Weiss (2003), Vaničková (2005) a další.
- ²¹ Např. Kelloggová a kol. (1997, 2005).
- ²² Ferguson a kol. (1997).
- ²³ Pöthe et al. (2000).
- ²⁴ Např. Weiss a Zvěřina zaznamenali výskyt sexuálního zneužití v dětství u 8,4 % žen a 4,6 % mužů, také celosvětově je uváděn rozptyl mezi 7–36 % žen a 3–29 % mužů (Nelson et al., 2002).
- ²⁵ Barbaree et al. (1993)
- ²⁶ Halfarová (1995)
- ²⁷ Např. Cole et al. (1992), Cohen (1995), Zuravin et al. (1996), Banyard (1997).
- ²⁸ D. L. Burton a spol. (1997) zjistil u 287 sexuálně agresivních dětí („pachatelů“ zneužívání druhých dětí), že v 72 % případů byly samy sexuálně dříve zneužívány.
- ²⁹ Bourmier et al. (1999).
- ³⁰ Jak třeba poukazoval už Trnka (1961).
- ³¹ Více viz např. Dytrych v monografii J. Dunovského a kol. (1995).
- ³² Gardner (1996, 1999), Bakalář (2003).
- ³³ Např. Dubowitz et al. (2002).
- ³⁴ Kendall-Tacket, Eckenrode (1996).
- ³⁵ Gaudin et al. (1996).
- ³⁶ Drake, Pandeyová (1996).
- ³⁷ Ethier et al. (1995).
- ³⁸ Tak například primář pražského nalezince uvádí (1882) celkovou úmrtnost nalezineckých dětí v prvním roce života většinou mezi 50–70 %, ale v některých letech (1857–1863) dokonce až 80–100 %.
- ³⁹ Viz E. Schlossmannová (1926) v Německu a H. Hetzerová (1932) a další v Rakousku.
- ⁴⁰ Např. M. Damborská, A. Mores, J. Synovský, J. Langmeier, Z. Matějček, J. Koch, J. Koluchová a další.
- ⁴¹ Langmeier, Matějček (1963 a v dalších vydáních).
- ⁴² Viz Matějček (1987).
- ⁴³ Viz Dubowitz et al. (2000).
- ⁴⁴ Viz Condon (1987), Kent et al. (1997).
- ⁴⁵ Viz Matějček, Bubelová, Kovařík (1995).
- ⁴⁶ Viz Ahmad, Mohamed (1996).
- ⁴⁷ Viz Melville, Lykes (1992).
- ⁴⁸ Straus, Gelles (1990).
- ⁴⁹ Wolfner, Gelles (1993).
- ⁵⁰ Straus, Smith (1993).
- ⁵¹ Straus, Kantor (1994).
- ⁵² Straus et al. (1997).
- ⁵³ Moffit, Caspi (1998).
- ⁵⁴ Singer et al. (1999).
- ⁵⁵ Kovařík, Šmolka (1996).
- ⁵⁶ Caspi et al. (2004).
- ⁵⁷ Randolph (1997).
- ⁵⁸ Gorman-Smith, Henry, Tolan (2004).
- ⁵⁹ Eron (1995).
- ⁶⁰ Cheby et al. (2004).
- ⁶¹ Hjern et al. (1998).
- ⁶² Freudová, Brulinghamová (1943).

OHROŽENÍ DÍTĚTE VE VLASTNÍ RODINĚ A PROBLEMATIKA ODTAJNĚNÍ SYNDROMU CAN

Zora Dušková

Dětské krizové centrum (dále DKC) v Praze 4 bylo založeno v roce 1992 z podnětu sociálních pediatriů v čele s prof. Jiřím Dunovským jako klinické pracoviště zaměřené na **detekci, diagnostiku, terapii a prevenci syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syn CAN)** a toto své poslání rozvíjí dodnes. Dětské krizové centrum jako první pracoviště svého druhu v České republice naplnilo podstatu doporučení Rady Evropy č. R (93), ve kterém bylo mimo jiné doporučováno členským zemím zřizovat pracoviště, která poskytují kvalifikované služby zaměřené na praktickou odbornou péči o děti se syndromem CAN a jejichž pomoc je dostupná 24 hodin denně. Toto doporučení bylo zcela naplněno v roce 1996, kdy zahájila činnost **non-stop telefonická Linka důvěry DKC**.

Cílovou skupinou jsou děti ve věku 0–18, resp. 26 let a jejich rodiny; uživateli služeb se tak mohou v rámci **komplexního přístupu** stát vedle dětí samých také ostatní členové primární i širší rodiny a další osoby, které mají přímý vliv na situaci dítěte.

Dětské krizové centrum je subjektem poskytujícím na základě pověření MPSV sociálně-právní ochranu dětí ve smyslu zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), přičemž tato činnost vyžaduje v zájmu nezletilého dítěte úzkou spolupráci s dalšími subjekty, zejména s orgány sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD), policií a soudy. Péče o klienty je v DKC založena na **interdisciplinárním přístupu**. V praxi to představuje těsnou spolupráci psychologů, terapeutů, sociálních pracovníků a právníků, kteří se společně, v rámci svých profesí, podílí na poskytování odborné péče.

Služby Dětského krizového centra jsou zacílené:

<i>na dítě</i>	<i>na rodiče</i>	<i>na rodinu</i>	<i>na spolupracující odborníky</i>
<i>krizová intervence „face to face“</i>	<i>krizová intervence „face to face“</i>	<i>krizová intervence „face to face“</i>	<i>případové konference</i>
<i>distanční krizová intervence – Linka důvěry</i>	<i>distanční krizová intervence – Linka důvěry</i>	<i>distanční krizová intervence – Linka důvěry</i>	<i>odborné posuzování</i>
<i>detekce</i>	<i>poradenství o výchově</i>	<i>společná setkání rodičů</i>	<i>konzultování konkrétních případů a vhodnosti postupu</i>
<i>specifická diagnostika syndromu CAN</i>	<i>právní poradenství</i>	<i>řízený styk dítěte s rodičem</i>	<i>specifická diagnostika syndromu CAN, přítomnost za jednocestným zrcadlem</i>
<i>standardní psychodiagnostika</i>	<i>sociálně-právní poradenství</i>	<i>mediace</i>	<i>provádění neopakovatelných úkonů v rámci syndromu CAN</i>
<i>psychoterapie</i>	<i>podpůrná psychoterapie</i>	<i>návštěvy v rodině</i>	<i>převzetí dětí a jejich rodin do péče</i>
<i>odborné doprovázení</i>	<i>socioterapie</i>		<i>odborné doprovázení dětí k úkonům trestněprávního systému</i>
<i>prevence</i>	<i>prevence</i>	<i>prevence</i>	<i>odborné semináře</i>

Prvotním cílem pracovníků DKC je **ochrana práv, naplňování potřeb a oprávněných zájmů dítěte**, a to jednak prostřednictvím přímé práce s dítětem, jednak odbornou prací s rodinným (sociálním) systémem. Péče DKC vychází také z **Úmluvy o právech dítěte**, neboť ta ukládá, aby zájem dítěte byl předním hlediskem při jakékoliv činnosti týkající se dětí. DKC usiluje o maximální zachování rodinného prostředí a přirozených vazeb dítěte, pokud tímto není dítě vystaveno přímému ohrožení, a preferuje využívání ambulantních forem péče o dítě a rodinný systém.

Péčí zařízení prošlo od jeho založení v roce 1992 do roku 2006 již přes **3 600 klientů**, tedy především dětí týraných, sexuálně zneužívaných či jinak ohrožených, a Dětské krizové centrum tak disponuje pravděpodobně největším souborem praktických zkušeností v celé České republice.

Vstupní diagnóza klientů přijatých do péče DKC v letech 1992–2006

Vstupní diagnóza	počet	%
fyzické týrání	284	8
psychické týrání	82	2
sexuální zneužívání	698	20
ohrožující prostředí ¹	703	20
rozvodový spor	919	25
zanedbávání	173	5
jiná problematika ²	743	20
CELKEM	3 602	100

Uvedená tabulka ilustruje, v jakém počtu se v DKC s jednotlivými diagnostickými kategoriemi syndromu CAN setkáváme. Nejméně bylo ve sledovaném období případů psychického týrání (ovšem takového, které není vázané na rozvodovou situaci v rodině). V pozadí tohoto faktu stojí mimo jiné i to, že psychické týrání je nejobtížněji prokazatelné, neboť nezanechává viditelné „stopy“ a psychické následky lze nejobtížněji objektivně prokázat.

Naproti tomu s podezřením na sexuální zneužívání byla přijata celkově 1/5 klientů. V posledních letech tvoří problematika sexuálního zneužívání již nejpočetnější diagnostickou kategorii přivádějící do péče DKC nové klienty a představuje nyní plnou 1/3 případů. Převyšuje tak dokonce počty dětí v péči DKC pro důsledek rozvodové problematiky.

Případy, se kterými jsme se v DKC dosud setkávali, lze rozdělit do několika kategorií podle toho, jak přímo je poškozující zacházení ze strany trýznilů k dítěti směřováno.

Pozice dítěte ve vztahu k nepřiměřenému zacházení klientela DKC v letech 1992–2006

Pozice dítěte	počet	%
Dítě bylo atakováno přímo : fyzickými útoky, sexuálním zneužíváním, psychickým týráním, zanedbáváním (formy syn CAN).	1 237	34
Dítě je spíše než přímým útokem zatíženo nepřím o, a to nepříznivým prostředím, které ovšem vytváří povětšinou rodiče: rozvodovými spory o dítě, ohrožujícím prostředím (formy syn CAN).	1 622	45
Případy, kdy se nejednalo o syndrom CAN (jiná problematika).	743	21
CELKEM	3 602	100

Z počtu 3 602 dětí tvořících základní soubor této analýzy bylo tedy důvodem k zahájení péče podezření na některou z forem syndromu CAN u 80 % dětí přijatých do péče. Mnohaleté každodenní praktické zkušenosti DKC potvrzují, že **problematika syndromu CAN je ve většině případů vázaná na rodinné prostředí**. Aktéry týrání a zneužívání dítěte se paradoxně stávají nejbližší lidé, a největší ohrožení pro dítě samé tak v případech týrání a zneužívání představují členové vlastní rodiny. Ti namísto toho, aby brali ohled na to, co dítě ke svému zdravému vývoji potřebuje, upřednostňují potřeby vlastní a dítě využívají (zneužívají) jako prostředek ke svému uspokojování. Tím od základu porušují podstatu rodičovské role. Šířka i hloubka traumatizace jsou nejvíce umocněny právě skutečností, že původcem týrání dítěte bývá jeho nejbližší rodina, dokonce přímo rodiče.

Nositelé přímé traumatizace dítěte podle vztahu k dítěti a formě syndromu CAN – případy řešené v DKC 1992–2006

Vztah k dítěti	fyzické týrání	psychické týrání	sexuální zneužívání	zanedbávání	CELKEM	Celkem %
rodiče, příbuzné osoby	265	80	402	173	921	74,5
nepříbuzné, známé osoby	18	2	172	0	192	15,5
cizí osoby	1	0	92	0	93	7,5
nezjištěno	0	0	31	0	31	2,5
CELKEM	284	82	698	173	1 161	100

V některých rodinách je syndromem CAN postiženo jen jedno dítě, v jiných pak děti všechny. Ve hře je i skutečnost, že syndrom CAN je složitý jev a na jeho vzniku se podílí více faktorů. Je nezbytně nutné vždy prošetřit situaci v celé rodině, zvážit míru rizika pro všechny členy, a to někdy dokonce i v rámci širší rodiny. Zkušenost DKC dokonce potvrzuje, že v rámci jedné rozvětvené rodiny je nejednou atakováno větší množství dětí, aniž by tento fakt někdo z dospělých členů zachytil, a počet zasažených obětí vychází najevo až poté, co jedno z dětí skutečnost odtajní. Nejednou k tomu ale dochází až v jejich dospělém věku!

*Pokud jde o sexuální zneužívání, převažují v péči DKC případy kontaktních, a tedy také závažnějších, forem sexuálního zneužívání dětí. **Plných 86 % dětí bylo zneužito některou z kontaktních forem! Z toho přes 22 % penetračními technikami. Z celkového počtu 698 zneužitých dětí je 158 chlapců (23 %) a 540 dívek (77 %).***

*Varující jsou ovšem čísla, která vypovídají o vztahu pachatele k dítěti, a tedy také o četnosti **intrafamiliárního zneužívání.***

Pachatelé sex. zneužívání dětí – klientela DKC v letech 1992–2006

pachatel	počet	%
Příbuzná osoba	403	58
z toho		
otec vlastní	227	33
otec nevlastní	91	13
sourozenec	7	1
dědeček	41	6
matka	1	0
jiný příbuzný	36	5
Nepříbuzná, známá osoba	172	25
z toho		
partner matky	30	5
soused	24	3
vedoucí, pedagog	30	5
známý rodiny	35	5
jiná známá osoba	53	7
Cizí	92	13
Nezjištěno	31	4
CELKEM	698	100

Uvedené údaje dokladují zcela jasně závažnost problematiky sexuálního zneužívání a dokumentují, že pachatelem sexuálního zneužívání je skutečně nejčastěji **příbuzná osoba (58 %)**. Na prvním místě dominují vlastní otcové, na druhém nevlastní. Děti jsou tak nejvíce ohrožené sexuálním zneužíváním přímo ve vlastních rodinách. I u nepřibuzných osob (25 %) se jedná ponejvíce o osobu dítěti dobře známou; tuto skupinu tvoří dle zkušeností DKC často sousedé, známí rodiny, starší kamarádi, ale také vedoucí zájmových kroužků a sportovních oddílů, jimiž bývá navíc ohroženo naráz větší množství dětí. Pouze 13 % dětí ze sledovaného souboru bylo zneužito osobou zcela cizí. V těchto případech bývá dítě zneužito na základě náhodného kontaktu, a tudíž také povětšinou jednorázově.

*Také z hlediska **frekvence sexuálního zneužívání** převažují v péči DKC ty nejzávažnější případy, které zahrnují vystavení dítěte **opakovaným sexuálním atakám (65 %)**, a to i po dobu více let. Některé z dětí byly vystaveny i více než pětiletému sexuálnímu zneužívání; nejdelší prokázané sexuální zneužívání trvalo dokonce neuvěřitelných 13 let a jasně ilustruje tzv. „**syndrom přizpůsobení**“ (od věku předškolního až téměř po zletilost). Kdyby v tomto případě pachatel atakoval dívku až v pozdějším věku, uměla by se oběť možná ubránit. Takto ale přijala zneužívání za své a nedokázala se vzepřít ani ve věku puberty a adolescence. Nelze to ale považovat za chybu této dívky! Fakt, že jsou děti zneužívány dlouhodobě, koresponduje s „**typickým**“ pachatelem sexuálního zneužívání dětí, tj. příbuznou osobou. Taková pozice pachatele nahrává opakování atak, neboť pachatel i dítě se dostávají poměrně snadno do vzájemného kontaktu. Výrazně k tomu přispívá i skutečnost, že riziko intrafamiliárního zneužívání je v rodinách značně podceňované a že rodiče – a zejména pak matky dětí – v těchto rozměrech vůbec neuvažují.*

*Sexuální zneužívání dětí příbuznými osobami s sebou navíc nese ještě jeden tragický fakt. K zahájení sexuálního zneužívání příbuznou osobou dochází v **poměrně brzkém věku** dítěte. Typický věk pro zahájení intrafamiliárního zneužívání se tak pohybuje kolem 5.–6. roku věku dítěte! Z celkového počtu sexuálně zneužívaných dětí jich bylo plných 31 % mladších šesti let, 52 % mladších devíti let a 76 % mladších dvanácti let (jedná se o kumulované hodnoty). Uvedená čísla jednoznačně vyvrací mýtus, že zneužíváním jsou ohrožené především dívky pubertální a adolescentní.*

Intenzita následků na straně dítěte je závislá mimo jiné na tom, jak na celou situaci zareagují nejbližší lidé v okolí dítěte, především pak matka. Ta se sama v souvislosti s odtajněním zneužívání dostává do zátěžové situ-

ace, a dokonce se může dostat do stavu silného akutního stresu. Pro samotnou matku to v případě, že zneužívatelem je otec dítěte či stávající partner matky, může znamenat zhroucení představ a plánů o dalším životě. Navíc se může ze dne na den dostat do stavu existenční tísně a do tísně bytové, pokud je to ona, kdo s dítětem opouští společnou domácnost (což je bohužel v našich podmínkách stále běžné). Pokud do té doby matka zažívá subjektivně pozitivní citovou vazbu se zneužívatelem, může se dostat do silného vnitřního chaosu, komu vlastně uvěřit a na čí stranu se postavit. Navíc nejméně v této fázi nemá většinou v rukou důkazy, které by její rozhodování usnadnily. V této fázi těžké životní krize potřebuje nejen dítě, ale i jeho rodina citlivé zacházení a podporu.

Pro dítě je velice důležité, jak na situaci zareaguje okolí a zejména jak se s událostí vyrovnají signifikantní osoby, nejčastěji matka. Často právě podle toho, jaký postoj zaujme ona, takový postoj zaujme dítě.

Reakce matek na odtajnění intrafamiliárního sexuálního zneužívání:

- věří dítěti, podporuje jednoznačně dítě – chrání dítě,
- věří dítěti, ale vinu za zneužívání svaluje na dítě,
- nevěří dítěti, přikloní se na stranu zneužívatele,
- střídá období podpory dítěte a podpory zneužívatele,
- verbalizuje podporu dítěti, ale konkrétním jednáním podporuje zneužívatele,
- „neslyší“ sdělení dítěte, vytěšňuje je či popírá – chrání sebe, zneužívatele.

Při hledání řešení je reakce matky jedním z nejvýznamnějších sledovaných faktorů, neboť v sobě nese i míru toho, nakolik se můžeme na matku spolehnout z hlediska zajištění ochrany dítěte před dalšími atakami fyzického či sexuálního násilí, a tedy jaký postup je potřeba volit. Navíc pokud matka nedokáže situaci přijmout a dítě podpořit, nemusí potom ani dítě u sebe cítit pozitivní sebezpětí. Dítě potřebuje ukázat, že se stalo sice něco závažného, ale zároveň něco, co se dá zvládnout a potřebuje odečítat reakce matky, aby samo vědělo, jak na situaci zareagovat. To platí o to více, čím je dítě mladší. Zároveň dítě odečítá tuto reakci od všech, se kterými se v rámci řešení závažné životní situace setkává. **Proto bychom měli na profesních postech vždy zachovávat klid a rozvahu, poskytnout dítěti vnímavost a citlivost, ale také emoční pevnost a stabilitu.** Pro rozhovor s dítětem bychom vždy měli být schopni navodit klidnou atmosféru, ve které nebudeme drammatizovat sdělení dítěte a ve které budeme schopni v případě potřeby beze studu hovořit s dítětem i o okolnostech zneužívání. Je až s podivem,

pro kolik dospělých lidí je obtížné otevřeně hovořit o sexu a sexuálních praktikách, kterým ovšem bylo dítě leckdy opakovaně vystavováno. Na přítěž jsou i reakce typu „to muselo být strašné!“, „ty chudáčku, jak se to dalo vydržet!“ a rozhovor komplikuje, hovoříme-li nejistě, vágně a s opisy. Jelikož děti často neovládají odborná označení pro pohlavní orgány a intimnosti, neměli bychom se v rozhovoru s nimi pohoršovat nad tím, užijí-li nespisovné či dokonce vulgární výrazy. Ty jsou totiž mezi dětmi zcela běžně užívány. U větších dětí se můžeme v **klidné atmosféře** domluvit na jednotném užívání přijatelnějších slov. Připomeňme si, že právě nedostatek správných označení může být jedním z důvodů, proč dítě s odtajněním váhá. V takovém případě potřebuje, abychom s rozvahou a bez pohoršení přijali jakékoliv, i vulgární označování a i za takových okolností podpořili dítě v dalším rozhovoru.

Problematika fyzického týrání přivedla do Dětského krizového centra 8 % klientely. Mezi těmito dětmi najdeme i takové, které jsou opakovaně a bezdůvodně bité páskem, vodítkem na psa, vařečkou, elektrickou šňůrou; děti popálené cigaretami či pobodané nůžkami; děti, do nichž dospělá osoba bezohledně kopala, topila je, tloukla jim hlavou o zem či o zeď a mnohé další, neméně drastické a bezcitné způsoby zacházení s dítětem. Následkem takového zacházení jsou v lepším případě pohmožděniny, modřiny, šrámy anebo fraktury, v závažnějších případech poranění končí hospitalizací na dětských chirurgiích a jednotkách intenzivní péče. Mezi časté následky patří poranění hlavy, vnitřních orgánů, fraktury horních i dolních končetin a žeber. Každoročně se v České republice vyskytují i případy, kdy děti takové útoky nepřežijí. Přitom kdyby takové případy byly včas podchyceny, mohlo by se leckdy nejhorším následkům zabránit.

Pachateli fyzického násilí na dětech jsou v naprosté většině případy rodiče, event. další dospělé osoby v rodině (93 %). Také zkušenosti DKC potvrzují, že nejčastěji jsou děti týrány vlastními rodiči či rodiči nevlastními.

Na rozdíl od sexuálního zneužívání, kde se setkáváme s převahou dívek, u fyzického týrání se jedná takřka o vyrovnaný poměr (143 chlapců : 141 dívce!). Fyzické týrání se tak překvapivě netýká více chlapců, kteří jsou leckdy „živější“, ale zasahuje obě pohlaví stejně. Tím znovu potvrzujeme skutečnost, že více než od chování dítěte, odvíjí se fyzické týrání od samotného rodiče.

Téměř 25 % fyzicky týraných dětí byla mladší šesti let. A téměř 50 % mladší devíti let. To opět potvrzuje míru rizika pro malé děti a potřebu to-

ho, aby okolí bylo všímavé i k tomu, co se děje v sousedních rodinách. Děti v tomto věku mají jen malou šanci se z nepříznivé situace vymanit vlastními silami.

Od fyzického týrání odlišuje **nepřiměřené potrestání**. V těchto případech sice dojde k použití neadekvátního fyzického trestu, podstatné ale je, a na to je kladen důraz, že se jedná o výjimečný, izolovaný moment v životě dítěte a míra násilí je překročena jen mírně. Tyto situace mívají zřejmý důvod, který lze považovat za obecně pochopitelný, i když s provedením trestu nebudeme souhlasit. Dítěti není ublíženo zásadním způsobem.

I v případech **psychického týrání** jsou děti ve značné míře odkázané na pomoc lidí ve svém okolí. Plných 41 % dětí přijatých do péče DKC s diagnózou psychického týrání bylo do DKC doporučeno institucemi. Rodiče iniciovali jen 35 % případů!

Problematika odtajnění syndromu CAN

Týrání a zneužívání dítěte představuje většinou procesuální stav, který má svůj průběh a vývoj a který probíhá v delším časovém období. Je to tedy jev, který uniká často po nějakou dobu pozornosti okolí, a to nahrává jeho postupnému rozvoji. V průběhu času závažnost i frekvence týrání či sexuálního zneužívání dítěte spíše gradují a nelze se domnívat, že syndrom CAN podléhá spontánní úzdavě. Včasné podchycení syndromu proto může dítě ochránit před jeho vystupňováním až do těch nejzávažnějších forem. Základním předpokladem, otevírajícím možnost řešení nepříznivé situace dítěte, je proto její **odtajnění**.

Děti zůstávají poměrně často právě s těmi nejzávažnějšími starostmi značně osamělé. Vymanit se z nepříznivé situace je pro dítě samo do určitého věku velmi komplikované a je to – v případě že primární rodina dítěte zcela selhává a dítě nemá ve svém okolí jinou osobu, které důvěřuje – po dlouhou dobu vývoje úkol nad rámec schopností a dovedností dítěte, i nad rámec jeho úrovně poznání. Aby dítě takový cílený krok zvládlo, musí mít kromě jiného již jasnější představu o „velkém“ světě, o fungování pomoci, o institucích. Musí také dosáhnout takové vývojové úrovně, kdy si dokáže představit svou existenci případně i bez rodičů. Děti týrané svými rodiči ale naopak nahlíží často na svět jako nebezpečný. Tomu lze rozumět, když si uvědomíme, že dítě má v rodině nalézt především bezpečí a ochranu, a pokud se mu tohoto dostává, může podnikat experimenty a prozkoumávat „nejistý svět“ mimo rodinu. V případě nebezpečí se má kam vrátit a má kde

vyhledat ochranu. Děti týrané vlastními rodiči tuto možnost nemají. Podle algoritmu: „rodina = bezpečí – svět = rizika“ cítí děti týrané už rodinu jako nebezpečnou, a tím pádem svět jako ještě více ohrožující. Navíc, jak se mohou spolehnout na to, že je ochrání cizí lidé, když nezažívají ochranu od lidí nejbližších? Týrané děti jsou často značně závislé na svých rodičích, a spíše než by usilovaly o odtajnění týrání, chrání své rodiče popíráním týrání. O to více jsou děti týrané a zneužívané odkázané na vnímavost lidí ve svém okolí a na to, že jejich nepříznivou situaci odtuší a pomohou iniciovat řešení. O to více musíme s nedůvěřivým postojem dětí počítat při kontaktu s nimi. Nejčastěji se setkáváme s případy, kdy dítě začalo činit aktivní kroky ke zlepšení své situace až ve věku kolem dvanáctého roku. Hojně v tom napomáhaly intenzivnější kontakty s vrstevníky, vzhled do jejich rodiny, a tudíž možnost porovnat poměry v rodině vlastní s rodinami jinými. To dětem umožňuje definitivně si potvrdit, že neadekvátnost zacházení ve své primární rodině cítí oprávněně. Děti fyzicky a psychicky týrané bývají od útlého dětství utvrzované týrajícími rodiči v tom, že chyba je na straně dětí, protože „zlobí“. Dítě se s takovým postojem k sobě identifikuje a přijímá toto jako fakt. To ze strany dítěte oddaluje rozpoznání, že jde o týrání. Šancí je právě porovnání s uplatňovanými normami v jiných rodinách.

Možnosti odhalení nepříznivé situace dítěte:

Cílené aktivity na straně dítěte	Dítě žádá o pomoc dospělou osobu – rodiče, příbuzného, známou osobu (př. učitele).
	Dítě žádá o pomoc vrstevníky – kamarády, spolužáky, kteří předají informaci dál.
	Dítě samo vyhledá odbornou pomoc (OSPOD, LD, krizové centrum).
Aktivita mimo dítě	Lidé z okolí dítěte zaregistrují nepříznivou situaci a dají podnět k jejímu řešení.
	Nepříznivou situaci odhalí jedinec v rámci svého profesního působení (lékař, soc. pracovník).
	Dítě se svěřil nějaké osobě, nejčastěji vrstevníkům, kteří postoupí informaci dál (svým rodičům, učitelům), ačkoliv je traumatizované dítě zavázalo k mlčenlivosti.

Uvedený výčet platí za podmínky, že osoby, které jsou se situací nějakým způsobem obeznámené, realizují efektivní kroky vedoucí následně k potřebným změnám v prostředí či vztazích dítěte. Praxe bohužel mnohokrát

přinesla případy, kdy dítě usilovalo o odtajnění, ale jeho sdělení nebyla věnována dostatečná pozornost (!) či mu nebyla přiznána potřebná závažnost (!). Zarážející je, že se často jedná i o profesionály, kteří by se měli umět nad sdělením dítěte hlouběji zamyslet a nepodléhat tendenci k bagatelizování.

V některých případech dítě sice odtajní okolnosti svého utrpení, ale záhy **výpověď odvolá**. Ukazuje se, že rychlá tendence přijmout odvolání výpovědi dítětem jako tu konečně pravdivou verzi, může být pro další osud dítěte značně nebezpečná. Přitom se s ní v praxi opakovaně setkáváme, nese s sebou totiž také výrazný pocit úlevy na straně těch, kdo byli do řešení zaangażováni. S pocitem, „to je fajn, že se nic tak strašného nestalo“ pak dochází velmi rychle k uzavření případu a k jeho odložení. Přitom dítě mohlo být vystaveno trestným sankcím ze strany trýznitele, a to ho mohlo vést k odvolání výpovědi, mohlo se zaleknout následků, možného rozpadu rodiny či potrestání pachatele, odmítnutí i netýrajícím rodičem apod. Pasivita v přístupu k řešení může navíc trýznitele či zneuživatele utvrdit v jeho nepostižitelnosti, a to může vystupňovat brutalitu a míru závažnosti v zacházení s dítětem. O to více je pak dítě bezmocné a dostává se do neřešitelné situace.

Některé situace je pro dítě těžké odtajnit přímo, a proto nabízí zástupná sdělení nebo zástupné chování, prostřednictvím kterých se snaží zaujmout pozornost a poukázat na svou situaci, o které ale zatím nedokáže otevřeně komunikovat. Možná si potřebuje nejprve otestovat, zda jej budeme brát vážně a s respektem. Každému sdělení dítěte by měla být přikládána váha, závěry by neměly být unáhlené! **To, že můžeme mylně označit dítě v těžké životní situaci za lháře, by nás mělo, vzhledem k dopadům takového počínání, držet zpátky před rychlými soudy a bagatelizujícími závěry.** Neboť i dítě, které podá nepravdivou výpověď, k tomu má povětšinou nějaký důvod a jen vzácně tímto důvodem bývá to, že se dítě třeba jen nudí. V pozadí bývají skryté daleko podstatnější důvody. **Je na naší citlivosti a obratnosti, zda nám dítě otevře cestu. Nedostatečná informovanost a porozumění principům syndromu CAN zvyšují ohrožení dítěte.**

Po celou dobu fungování DKC se setkáváme skutečně jen vzácně s nepravdivými informacemi podanými dítětem. Zarážející je proto obecně poměrně silně rozšířený, avšak naprosto mylný přístup k dětem jako k bytostem, které jsou téměř předurčené k podávání lživých informací. Naše zkušenost je přitom zcela opačná.

Ovšem je jisté, že při tak vysokém počtu případů, s jakými se v DKC setkáváme, se v praxi nevyhneme ani **případům účelově nahlášeným** jako podezření z fyzického týrání či ze sexuálního zneužívání, kdy taková oznámení sledují zcela jiné cíle, než je zájem dítěte. Jedná se o falešná nařčení vyřčená nikoli dítětem, ale dospělou osobu, povětšinou na pozadí rozvodové situace a boje o svěření dítěte do péče či snahu o zákaz styku dítěte s druhým rodičem, někdy dokonce v rámci sporů o majetkové vypořádání. Oznamovatelem bývá nejčastěji matka, event. prarodiče, a jako pachatel bývá nejčastěji označen vlastní otec dítěte. V těchto případech dítě většinou výpověď již nikdy nezopakuje a nevykazuje rozpoznatelné nápadnosti v chování či prožívání. Zato často nacházíme dlouhodobou krizi v rodině či dokonce rozvodový stav. Závažnější může být situace u dětí starších, které mohou být do partnerských konfliktů natolik zatažené a zmanipulované v rámci vzájemných soubojů rodičů, že jsou ochotné vyhovět manipulujícímu rodiči a poskytnout falešnou výpověď proti druhému rodiči. Takové zacházení s dítětem naplňuje podstatu psychického týrání.

Jen naprosto výjimečně jsme se setkali s tím, že by účelové nahlášení učinilo spontánně samo dítě. Pokud se tak stalo, nebylo to z pouhého rozmaru dítěte, ale to se snažilo vymanit z podmínek, které pro něj byly z jiných důvodů zátěžové a neúnosné. Často jde o projev bezradnosti dítěte, které si nemůže jinak zajistit vyslyšení a žádoucí změnu. Někdy je to obrana proti jiným formám týrání, např. fyzickému, kterému se dítě nedokáže bránit. Jindy může jít o bezmocnost dítěte, které je nucené přijmout příchod nového partnera rodiče do rodiny.

Falešná sdělení nemusí mít vždy podobu jen účelově nahlášených nepravdivých případů. S ohledem na ochranu dítěte je nutné brát v úvahu vždy **i riziko, že dítě sdělí skutečné informace, ale posléze je v důsledku reakce na své sdělení vedeno k tomu, aby sdělení odvolalo!** Dítě se může spontánně zaleknout následků a dopadů, např. když do řešení vstoupí policie a dítě začne být konfrontováno s možností odnětí svobody zneužívatele. Může ale také být po odtajnění zneužívatelem či rodinou zastrašováno a k odvolání výpovědi přinuceno! Dítě tak zůstává uvězněno v nepříznivé situaci, čímž se jeho bezmoc dále prohlubuje. Navíc může být trestáno pachatelem za svou snahu zneužívání odtajnit a odmítáním ze strany rodiny, neboť ta se může cítit sdělením dítěte ohrožena.

Falešná sdělení můžeme rozdělit do následujících kategorií:

- falešné obvinění dospělou osobou, nejčastěji matkou = rozvodová situace, boj o dítě, majetek, „potrestání“ otce či matky,
- falešné obvinění dítětem = volání o pomoc v situaci, kterou nemůže otevřeně ventilovat (např. nepřijetí nového partnera rodiče, fyzické či psychické týrání jedním z rodičů),
- falešné popření skutku dítětem = odvolání výpovědi, dítě se zaleklo následků, tlak rodiny, pocity viny za rozpad rodiny, za potrestání zneužívatele,
- falešné popření matkou = chrání zneužívatele na úkor dítěte.

Každé sdělení dítěte je nutno brát se vši vážností. Teprve později, pokud se objeví v rámci šetření rozpory a nejasnosti, bude čas na případné zpochybnění. Avšak na počátku jednoznačně platí **VĚŘIT DÍTĚTI!** Pokud znejistíme dítě v počátku šetření, můžeme jej zablokovat takovým způsobem, že již neposkytne žádné relevantní informace a zůstane i nadále uvězněno v syndromu CAN. Dítě nepoužívá ke sdělování jen verbalizaci, ale také své chování a projevy, jenž jsou často pro okolí nesrozumitelné a mohou vyvolávat namísto řešení situace další trestání dítěte a jeho další odmítání okolím.

V roli iniciátora (tedy osoby, která zachytává nepříznivou situaci dítěte a dává podnět k jejímu řešení) převažují u celého souboru rodiče dětí, a to počtem 1 746 iniciátorů (48 %), avšak z toho se ve 34 % jednalo o rozvodovou problematiku. Nejnižší počet rodičů v roli iniciátorů nacházíme u fyzického týrání! Dítě samo v celém sledovaném období iniciovalo aktivně a samostatně zahájení péče pouze ve 155 případech (4 % z celého souboru) a co do věku jedná se v těchto případech ponejvíce o adolescenty, ať již přicházejí s traumatem současným či takovým, které se odehrálo v jejich osobní minulosti.

Významnou měrou se na vstupu dětí do péče DKC po celou dobu podílí instituce, což opět potvrzuje nevyhnutelnost interdisciplinárního přístupu k problematice syndromu CAN a úzké vzájemné spolupráce DKC se státními institucemi. OSPODY iniciovaly vstup 603 dětí do péče DKC (plných 17 %). Policie ČR se na DKC obrací se žádostí o spolupráci v případech podezření ze spáchání trestného činu na dítěti. Ve sledovaném období policie aktivně vyhledala odborníky DKC celkem ve 202 případech (6 %). Počet případů, kdy je v rámci řešení navázána úzká spolupráce se státními

institucemi, je výrazně vyšší, neboť mnohokrát vstoupí klient do péče jinou cestou, a je to pak DKC, kdo se obrací se žádostí o spolupráci na OPD či PČR.

Z celkového počtu případů byla iniciátorem péče o dítě dokonce ve 37 % nepřibuzná osoba, nejčastěji lidé, kteří se dostali do kontaktu s podezřením na syndrom CAN v rámci své profese. V podstatě ve více než 50 % případů to tedy není vlastní primární rodina (rodiče), kdo dává podnět ke vstupu dítěte do péče DKC a kdo zachytává nepříznivou situaci dítěte! To potvrzuje fakt, že se nelze plně spoléhat na rodiče těchto dětí a je nutné věnovat zvýšenou pozornost odborné přípravě a dostatečné informovanosti těch pracovníků, kteří přicházejí s ohroženými dětmi do častějšího kontaktu.

Abychom vůbec byli schopni přiznat sdělení dítěte dostatečnou váhu, musíme umět přijmout fakt, že týrání a sexuální zneužívání se vyskytuje i v naší společnosti, že je to jev mnohonásobně frekventovanější, než se lidé běžně domnívají, a že jsou děti týráním a zneužíváním jednoznačně nejvíce ohrožené přímo v rodinách. O to více jsou odkázány na pomoc lidí „zvenčí“. Jinak jsme vystaveni riziku, že budeme závažná sdělení dětí leckdy nevědomě vnitřně bagatelizovat a již předem posuzovat jako nevěrohodná.

Literatura:

Dunovský, J. – Dytrych, Z. – Matějček, Z.: *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*, Praha: Grada, 1995.

Duškova Z. a kol.: *Obraz problematiky týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte v letech 1992–2003*, Praha: Dětské krizové centrum, o. s., 2004.

<http://www.ditekrize.cz>

¹ Zahrnuje zejména: domácí násilí, závislosti, závažné onemocnění v rodině, nestabilitu prostředí.

² Zahrnuje zejména: výchovné problémy, poruchy chování, neurotické obtíže, šikanu, vývojové problémy.

II. Nejčastější příčiny vzniku

Příčiny rozvoje násilného chování vůči dítěti v rodině

Eva Vaníčková

**Rizikové faktory syndromu zneužívaného
a zanedbávaného dítěte**

Eva Vaníčková

PŘÍČINY ROZVOJE NÁSILNÉHO CHOVÁNÍ VŮČI DÍTĚTI V RODINĚ

Eva Vaničková

Etiologie týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte

Agrese patří k nejdůležitějším aspektům naší životní reality, ale současně je aspektem nejhůře zvladatelným. Porozumět agresivní reakci jedince na bolest a stres dokážeme, ale máme problém porozumět zdánlivě bezdůvodnému, agresivnímu chování jednoho člověka vůči druhému. Pro negativní stránku agrese – její brutalitu, krutost a hrubé formy – se začal používat termín „*násilí*“.

Při pohledu na vývoj lidské společnosti jsme svědky krutého násilí nejen ve společnosti a škole, ale i v rodinách. Pravda je, že v minulých časech byla citovost na mnohem nižší úrovni, než je tomu dnes. Zásadním důvodem byla skutečnost, že velká část dětí umírala a rodiče byli nuceni zvládat vysoký stres, protože téměř každý rok přicházelo na svět nové dítě. Také manželství byla často uzavírána z důvodů ekonomických, a city tudíž neměly v té době rozhodující roli pro vnímání a prožívání života. S tím úzce souvisí významně nižší citlivost v mezilidských vztazích a také nižší citlivost pro vnímání násilí ve společnosti, škole a rodině. Právě fenoménu zvyšování citlivosti vůči násilí vděčíme vyšší citovosti novodobých dějin lidské společnosti.¹

Při pohledu do krátkých dějin „*násilí vůči dítěti*“ vidíme první mezník v roce 1883, kdy v Liverpoolu vznikla první Národní společnost prevence proti krutostem na dětech. Připomenutím historie syndromu zneužívaného a zanedbávaného dítěte zprostředkujeme porozumění příčin a rizikových faktorů násilí. Dalším významným datem je rok 1953, kdy americký lékař Silverman popsal syndrom složitého poranění dítěte nezaviněného úrazem (*non-accidental injury*), a zcela zásadním milníkem je rok 1962, ve kterém americký lékař německého původu Kempe poprvé popsal syndrom bitého dítěte (*battered child syndrom*). V roce 1971 český pediatr Ringel popsal psychické týrání dětí; v roce 1977 byl poprvé popsán syndrom barona Prášila v zastoupení (*Münchhausen syndrom by proxy*), tedy taková situace, kdy rodič vymýšlí a předstírá příznaky nemoci dítěte a terapií mu ohrožuje zdraví. Významným milníkem v historii identifikace násilí namířeno na děti a jeho zhoubný vliv byla 3. evropská konference, která se konala v Praze v roce 1991 a identifikovala syndrom zneužívaného a zanedbáva-

ného dítěte (*child abuse and neglect*). Definici tohoto syndromu vypracovala zdravotnická komise Rady Evropy v roce 1992. Rok 1996 znamenal popis tří forem komerčního sexuálního zneužívání dětí (*commercial sexual exploitation of children*) jako další formy násilí vůči dětem. V roce 2000 si odborníci vyjasnili terminologii syndromu zneužívaného a zanedbávaného dítěte a domácího násilí a sjednotili s terminologií užívanou pro dospělé populaci. Byl přijat termín „domácí násilí zahrnující děti“ (*domestic violence including children*) a jeho obsahem je vedle všech forem násilí syndromu zneužívaného a zanedbávaného dítěte také násilí, kterému je dítě vystaveno v roli svědka rodičovskému či partnerskému násilí, ale také situace, ve kterých se dítě samo násilí vůči členům rodiny dopouští. Z uvedeného jednoznačně vyplývá, že současná doba je velmi citlivá na násilí namířené vůči dětem a popisuje formy násilí, které ještě v nedávné době byly společností akceptovány jako běžná součást každodenního života.²

Řada sociologů a psychologů se snaží odhalit kořeny, příčiny a zdroje agrese v mezilidské komunikaci. V této souvislosti je zajímavý pohled Ericha Fromma, který kategorizoval násilí do několika forem. Uvádí, že **násilí hravé** je jediná pozitivní alternativa násilí, protože je motivována benefitem osvojení nové dovednosti, např. ve hře nebo sportu. Proto postrádá destruktivní prvek. Druhá forma je **násilí reaktivní**, jehož odvrácenou stranou je strach. Jedná se o nejčastější formu násilí, která ochraňuje život, svobodu, důstojnost a majetek. Spouštěčem reaktivního násilí bývá nejčastěji stav ohrožení, frustrace, závist nebo žárlivost. Další formou je **násilí za účelem pomsty**, které se rodí z touhy odčinit příkoří, ke kterému skutečně došlo. Pomsta se stává hlavním cílem a smyslem života lidí nejčastěji nezpůsobilých, závislých, neurotických apod. Následující forma nese pojmenování **destruktivní násilí jako zdroj otřesení víry**. Fromm uvádí, že k postupné ztrátě víry dochází u každého dítěte v rozmezí dvou až pěti let jeho života a vrcholí konečnou deziluzí v dospělém věku. Lidé, kteří mají deficit sebekoncepce a nedostatečné emocionální zdraví, mohou na deziluzi provázející jejich život reagovat patologicky, např. okázalým prohlubováním své nezávislosti, hledáním mocných autorit, honbou za světskými statky nebo destrukcí jako projevu nenávisti vůči vnímané nespravedlnosti života. Další forma je označena **násilí jakožto kompenzace**. Znamená patologickou náhražku za produktivní činnost, kterou jedinec postrádá. Je únikem z naprosté pasivity, kdy agrese a násilí se stávají jediným smyslem života. Byly popsány ještě dvě další formy násilí, které již představují patologii v medicínském významu.³

Každý mezilidský vztah je vždy dobrovolný, oboustranně emoční a vymykající se racionálně-logické kontrole. Někteří jedinci mají problém ve své rodičovské roli přijmout tuto skutečnost a objevuje se u nich tendence zajistit si takový vztah mocí, násilím. Takové chování mívá různé formy, nejzřejměji se to děje přisností, vyhrožováním, terorizováním či manipulacemi. Asi porozumíme skutečnosti, že rodič selhávající ve vztahu k dítěti bude častěji rodičem, který má problémy v partnerském vztahu. Druhou formou jistění vztahu rodič – dítě bývá ovládnání dítěte mocí, zvýšenou kontrolou nad dítětem a hlavně nad emocemi vlastními i emocemi dítěte. Tuto kontrolu si můžeme představit jako řadu neměnných stereotypů, hrdost na to, že vztah rodič – dítě je nekonfliktní, kamarádský, či udržování dítěte v závislosti, příp. jiné formy sadistického vykonávání moci.

Narcismus, agrese a moc jsou eticky neutrální, slouží jak k sebeprosazení a životaschopnosti, tak i k zachování sebeúcty, pocitu, že je možné něco změnit, zasáhnout do chodu věcí. Teprve frustrovaná potřeba sebevědomí vede k agresi a touze po moci. Zcela významné je poznání, že se nemůžeme v každé mezilidské situaci řídit ani podle obecných pravidel, ani podle sebe, neboť jsme každý jiný, ale hlavním kritériem by mohla být individuální interakce, vyzkoušení si, jak daleko mohu u toho kterého jedince jít – co jej již zraňuje a omezuje.⁴

Mnoho lidí má obtíže porozumět tomu, proč se někdo může chovat k dítěti krutě a hrubým způsobem používat násilí. První reakcí téměř každého jedince je myšlenka, že takového chování je schopen pouze člověk duševně nemocný (nové poznatky prokázaly, že mnohem méně než 10 % všech dospělých agresorů zneužívajících děti má duševní nemoc, a to při znalosti vysokého výskytu zneužívání všemi formami násilí – duševní nemoc tedy není jednoznačným vysvětlením či příčinou). Také zůstává nezvratným faktem, že většina agresorů zneužívajících vlastní děti, děti miluje, ale jejich osobnost je nezralá, mají nižší míru tolerance vůči stresu a své city neumí dát dětem najevo. Je třeba přiznat, že neexistuje jednoduché vysvětlení pro špatné zacházení s dítětem a nemůžeme očekávat zjednodušující schéma typu: mladý rodič s nízkým vzdělanostním statusem bude mít tendenci k tělesnému zneužívání dětí, rodič s vysokým vzdělanostním potenciálem naopak tendenci k psychologickému zneužívání dítěte apod. Každý případ špatného zacházení s dítětem, ať již ve smyslu aktivní agrese (týrání, zneužívání), nebo pasivního agresivního chování (zanedbávání) má **multifaktoriální etiologii** a je výsledkem komplexního působení řady osobnostních,

sociálních a kulturních faktorů. Ty jsou rozděleny do **čtyř základních kategorií příčin násilí vůči dítěti:**⁵

1. přenos násilí,
2. sociální stres,
3. sociální izolace a nízké zapojení do občanského a komunitního života,
4. struktura rodiny.

1. Přenos násilí

Byly popsány tři cesty přenosu násilí – řetězec rodinného násilí, transgenerační přenos a imprese sociálních vzorců chování. Pro přenos násilí řetězcem rodinného násilí je významná skutečnost, že násilí může být do rodiny zavlečeno z jiného sociálního prostředí (mobbing v zaměstnání, jehož četnost je velmi vysoká) a dál zcela autonomním způsobem v rodině se sníženou ochranou přežívat. Pro tuto cestu přenosu násilí je typické, že je namířeno vždy od osoby se silnějším mocenským postavením k osobě s nižším mocenským postavením v rodině. Druhá cesta přenosu násilí je transgenerační přenos násilí, pro který je opět typické, že generace v silnějším mocenském postavení vůči slabším generacím (děti, senioři) užívá násilí, jehož se sama může stát předmětem, až dospěje do seniorského věku. Poslední, třetí cesta přenosu násilí se děje impresí sociálních vzorců chování. Dětem se do paměti otiskují různé situace a hloubka zápisu do paměti je v přímé závislosti na síle emocionálního prožitku dané situace. Tak se dítě učí řešit rozmanité sociální situace; ocitne-li se v dospělosti v emocionálně obdobné situaci, automaticky spouští naučenou reakci, tedy i zafixované násilné řešení. Některé americké studie ukazují, že 30 % zneužívaných dětí se stalo rodiči, kteří krutým a hrubým způsobem týrali své děti, zatímco v obecné populaci je takových rodičů maximálně 2–3 %. Přesto, jak je vidět, se většina krutým a hrubým způsobem týraných dětí nestane v dospělosti stejně týrajícím rodičem. Někteří odborníci jsou přesvědčeni, že významným prediktorem jejich pozdější „kariéry“ tyrana je skutečnost, zda si jsou vědomy skutečnosti, že takové chování je velmi špatné. Děti, které věří, že se chovaly špatně a týrání rodičů bylo spravedlivé, se stávají týrajícími rodiči mnohem častěji než děti, které jsou přesvědčené o tom, že chování jejich rodičů bylo špatné a nevhodné.⁶

2. Sociální stres

Stres je nepřiměřená zátěž, která je výsledkem vlivů vnějšího prostředí na jedince a jeho vnitřními předpoklady se s těmito nároky vyrovnat. Poprvé tento termín použil Hans Selye v roce 1939 k označení nespecifické reakce organismu na nadměrnou zátěž. Podněty vyvolávající stres označujeme jako stresory, které mohou vycházet z biologické či psychosociální oblasti. Mezi silné psychosociální stresory patří dlouhodobě působící negativní sociální situace, např. nezaměstnanost, chronická nemoc v rodině či přítomnost člena rodiny se zdravotním postižením, chudé bytové podmínky pro život domácností, úmrtí člena rodiny, ale také pozitivní stres, kterým může být příchod nového dítěte do rodiny. Za stres můžeme svým způsobem označit jakoukoli změnu v životě. Stresová anamnéza je velmi důležitá pro porozumění rozvoje násilného chování. Stres rodičů kromě životních událostí zvyšuje i pocit strachu ze selhání v zaměstnání, selhání v partnerské a rodičovské roli, vnitřní prožívání utajovaných „hříčků“ či „provinění“, ale v nejširším smyslu slova jejich osobnost, emocionální a sociální zdraví.

Je třeba připomenout, že stresu může být vystaveno i dítě a identifikační markery stresu mívají často podobu méně imponujícího chování, kterým může dítě vyprovokovat agresivní reakci ze strany dospělých. Penalizace obdobného chování bez porozumění problému dítěte je tedy bezbřehým násilím ze strany rodiče. Jak nejčastěji vypadá dítě vystavené stresu? Dítě vystavené stresu je plačtivé, agresivní, má výbuchy vzteku, je podrážděné, mívá problémy se spánkem a jídlem, má strach z opuštění, nemocnice, jít spát, jít na návštěvu, lže, krade, je plaché, stydlivé atd.⁷ Otázka stresu je tedy záležitostí dynamickou, může mít příčiny na straně dospělé koalice rodiny, kde výše uvedené nejčastější příčiny stresu zvyšují pohotovost k agresi, ale také přímo v osobě dítěte, které agresi v rodičích vyvolává. Nejčastější příčiny stresu u dětí jsou následující: narození dalšího dítěte, úmrtí příbuzného, kamaráda, domácího zvířete – mazlíčka, rozvod rodičů, časté rodinné hádky, stěhování, změna školy, jeden z rodičů dočasně mimo domov, pobyt v nemocnici, nový učitel a nový vyučovací předmět.⁸

3. Sociální izolace a nízké zapojení do občanského a komunitního života

Všechny studie jednoznačně prokázaly, že rodiče, kteří zneužívají své děti, mají tendenci držet svoji rodinu v sociální izolaci. Velmi málo se také zapojují do komunitních a občanských sdružení a organizací. V porovnání

s obecnou populací vykazují mnohem méně příbuzenských a přátelských kontaktů. Nedostatek sociálních interakcí je příčinou deficitu sociální podpory s nabídkou terapie následků stresu a sanace rodiny v nejširším smyslu slova. Uzavřená rodina, resp. její členové, zejména děti, tak nemají nadhled nad svojí situací, chybí jim sociální dovednosti k vyhledání pomoci, a tak přijímají daný stav věcí jako neměnný. Při pochopení odlišnosti rodinného systému může stres rodiny prohlubovat stud a snaha udržet věci pod kontrolou tak, aby nikdo cizí nerozpoznal pravý stav věcí, protože se rodiče domnívají, že by nebyl schopen porozumět příčině a následku. Zangažovanost na utajení potom zvyšuje sociální izolaci rodiny, na kterém se často beze slov všichni dohodli. Není bez zajímavosti, že řada rodičů zneužívajících své děti se buď cíleně vyhýbá sdružování v občanských spolcích a minimálně se účastní života komunity, nebo naopak nachází utajení v roli přátelské osoby. To jsou známé příklady, kdy se zneužívající rodič dobře ukrývá za maskou nepostradatelné osoby v komunitě a ve vybraných občanských aktivitách.

4. Struktura rodiny

V současné době ustupují do pozadí vnější stabilizační vlivy pro utváření a život rodin, ale naopak významně nabývají na významu otázky osobnosti muže a ženy; zejména pak úroveň jejich emocionálního a sociálního zdraví. Problémem dnešní rodiny je absence vzorců sociálního chování žen v roli matek a mužů v roli otců a široká variabilita struktury rodiny oproti minulosti. Skutečnost, že lidé mohou svoji rodinu utvářet čistě na základě svých představ, je velmi pozitivní, ale současně je zatížena absencí vzorů chování, jak se v odlišných strukturách a rolích pohybovat. Odlišná struktura může být vnímána jako cizí, nepřátelská, a proto apriorně odmítaná. Dnes do této diskuse vstupuje fenomén svobodných matek, kterému, je-li kompenzován přítomností muže v roli otce, není co vytknout. Pouze fyzická a zcela reálná absence otce je již řadu let odborníky vnímána jako vysoce rizikový faktor ve výchově dětí, zejména potom ve vztahu k vyšší agresivitě až kriminálnímu násilí u chlapců vyrůstajících zcela bez otce. Rizikovou se stává rodina nová, doplněná, a to zejména tehdy, žijí-li v jedné rodině společně děti ze dvou původních rodin a je-li komunikace s původní či novou rodinou konfliktní. Pro komplexní pohled je třeba vyjmenovat další možné příčiny násilného chování vůči dítěti, které spadají do oblasti struktury rodiny. Jde o přítomnost člena rodiny s postižením, který vyžaduje celodenní speciální péči, kterou buď přebírá jiný člen rodiny nebo je rodina víceméně doplněna

o přítomnost další osoby v rodině. Přítomnost třetí osoby hraje v agresivitě významnou roli.⁹

Mezi osobnostní indikátory agrese patří podle Caprara nadměrná emocionální reakce na frustrující podněty, hostilní přemítání, tolerance vůči násilí a pocity viny prolnuté strachem z trestu. Použití agrese facilituje ospravedlňování agrese, anonymita, zaměření pozornosti na vlastní Já, ale také přítomnost třetí osoby hraje významnou roli katalyzátoru.¹⁰

Ve vztahu rodiny k dítěti nás zajímá otázka poruchy rodiny. Poruchou rodiny sociální pediatrie rozumí takovou situaci, kdy rodina v různé míře neplní základní požadavky a úkoly, dané společenskou normou a vyjádřené v očekávání na přiměřené začlenění jejích členů do společnosti. V obecném pojetí lze jako poruchu rodiny vyjádřit také jako selhání některého člena nebo členů rodiny, které se projevuje v nedostatečném plnění některých nebo všech základních rodinných funkcí. Příčiny rodinných poruch jsou objektivní, tedy na vůli rodičů nezávislé, nebo subjektivní, tedy na vůli rodičů závislé a smíšené. Důvody, proč se rodiče nemohou o dítě starat, spočívají v nepříznivých životních podmínkách a situacích a jsou provázeny vysokým zájmem o děti ze strany rodičů. Jestliže se rodiče neumějí či nedovedou starat o dítě, lze hledat příčiny v rodinném systému a v rodičích samotných. Důvodem bývá často nezralost rodičů, neschopnost vyrovnat se s rozvodem a porozvodovým uspořádáním péče o dítě. Kategorie smíšených příčin zahrnuje rodiče, kteří se nechtějí starat (opuštěné děti), rodiče starající se nadměrně a rodiče, kteří své děti týrají a zneužívají. Pro potřeby praktických pediatriů byl v České republice vypracován dotazník funkčnosti rodiny, který kromě základních identifikačních dat obsahuje data týkající se složení rodiny, stability rodiny, socioekonomické situace rodiny, osobnosti rodičů, počtu a stáří sourozenců, osobnosti dítěte, zájmu rodičů o dítě a úrovně péče o dítě. Na základě vyhodnocení všech dat lze určit míru poruchy rodiny. Existuje rodina *funkční*, ve které je zajištěn dobrý vývoj dítěte, a ve společnosti ji představuje až 85 % rodin, dále lze určit rodinu *problémovou*, ve které se vyskytují závažnější problémy, které neohrožují vývoj dítěte. Podle kvalifikovaných odhadů existuje takových rodin v populaci kolem 12 %. Vyšší míra rizika bývá detekována u rodin *dysfunkčních*, ve které je ohrožen vývoj a prospěch dítěte. Takových rodičů bývá kolem 2–3 %. Rodiny zcela *afunkční* představují takové rodiny, kde poruchy ro-

dinného systému vůbec neumožňují plnit základní funkce ve vztahu k dítěti. Odhaduje se, že takových rodin bývá ve společnosti kolem 0,5 %.¹¹

Vedle poruch rodiny existují i poruchy rodičovství. Mezi ně počítáme takové případy, kdy je dítě ihned po narození odvrženo nebo i fyzicky likvidováno, je předáno po narození do péče jiných osob, dítě není svými rodiči bezvýhradně přijato, rodiče jsou velmi mladí – často sami nezletilí, rodiče ve vysokém věku, svobodná matka bez přítomnosti otce, rodiče nemocní, rodiče s poruchou osobnosti a poruchou chování.¹²

Skutečnost, že média jsou zdrojem informací, s sebou logicky nese také fakt, že média jsou zdrojem informací o násilí. Psychologové mají za prokázané, že řada lidí napodobuje násilné chování; situační násilí učí diváka řešit obdobné situace, ale hlavně zvyšuje toleranci vůči násilí. Shodují se na tom, že televizní násilí spouští u predisponovaných jedinců krutou agresi. Řada současných sociologů upozorňuje, že zvýšená konzumace zábavy vyžaduje její stále vyšší atraktivitu, kterou může producent zajistit násilím a sexem.

Pro ilustraci, jak vypadá charakteristika týrajícího rodiče, uvádíme analýzu jedné konkrétní studie z New Yorku. Z výsledků studie vyplývá, že za rok 1970 bylo zaregistrováno 2 500 případů týrání dětí, z čehož 20 skončilo smrtí. Vezmeme-li v úvahu, že v té době měl New York asi 11 mil. obyvatel, a porovnáme-li se situací v ČR, vidíme že počet zaregistrovaných případů je u nás nižší (za předpokladu, že nevnímáme za registraci jen dispenzarizaci ohrožených dětí či podezření oznámené na OSPOD), ale počet utýraných dětí je u nás za rok vyšší – pohybuje se kolem 50 dětí za rok. Dále uvádí, že 75 % týraných dětí bylo ve věku mladším než čtyři roky, z toho 25 % prožilo týrání již v prvním roce svého života. Z toho lze usuzovat, že se v profilu multifaktoriální etiologie zcela určitě významnou mírou podílel stres daný narozením dítěte, nereálnými očekávanými a obavami na straně rodičů. Sociologický profil násilníků na dětech byl překvapivý. Nečekaně mnoho těchto agresorů mělo vysokoškolské vzdělání a 10 % pobíralo nadprůměrný plat. Pouze méně než 3 % trýznitelů tvořili lidé s duševní nemocí. Zhruba 90 % osob, které týralo své děti, uvedlo, že pravděpodobným důvodem jejich násilného chování byl neustálý pláč a křik dítěte. Nepřekvapí, že většina z nich byla sama v dětství týrána. Často pocházeli z málo početných rodin a jako nejvyšší životní hodnoty vnímali klid, pořádek a čistotu uvnitř svého pečlivě udržovaného domu nebo bytu.¹³

Typičtí trýznitelé dětí působí na veřejnosti většinou dobrým dojmem. V případě obtíží nevidí jiné východisko než násilí, protože právě násilí se

pro ně stalo tradiční jistotou, na kterou je spolehnutí. Ať má podobu tělesného trestu, manipulace či psychického teroru dítěte, sexuálního nebo emocionálního incestu dítěte, vždy je provázáno primární pozitivní satisfakcí, kterou často následují výčitky a obavy, zda okolí nebude jeho chování posuzovat jako selhání. To je permanentně přítomným vnitřním zdrojem stresu z hříchu či provinění, který významně snižuje kapacitu zvládnání stresu, a dokonce snižuje vůči stresu toleranci. Potom stačí jen malý podnět k výbuchu negativní emoce, který rozpoutá kolotoč hrubého násilí vůči dětem. Agresivní rodiče jsou skálopevně přesvědčeni, resp. navenek se tak minimálně chovají, že umějí rozlišit dobro od zla a že za každé situace jednají správně. Navenek litují snad jen extrémní podoby trestu, ale hned doplní svoji repliku, že dítě jim bude ještě jednou vděčné za tvrdou výchovu. Agresivní rodiče rádi argumentují rčením typu „škoda každé rány, která padne vedle“ nebo „když se kácí les, padají třísky“. Svoji argumentací a sebejistým chováním dovedou zpochybnit úsudek týkající se ospravedlnění, pochopení a omluvení agresivního chování. Nicméně zůstává skutečností, že mozaika příčin týrání a zneužívání dítěte je upředena z velmi jemné pavučiny, jejíž struktura nemusí být na první pohled jasně patrná. To je důvod pro velmi opatrné posuzování skutečnosti a monitoring příčin, který by neměl již traumatizovaný terén zranit nepřesně cíleným poznáním příčiny. Poznání příčin syndromu zneužívaného a zanedbávaného dítěte je východiskem pro prevenci a porozumění a pochopení souvislostí je zdrojem pro terapii dětské oběti násilí, dospělého agresora, ale celého rodinného systému, celé rodiny.

Literatura:

- Caprara, G. V. et al.:** *The Big Five Questionnaire. A new questionnaire to assess the five factor model.* Personality and Individual Differences, 15, 1986, 2, 281–288.
- Coloroso, B.:** *Kids are worth it!*. New York: Avon Books, 1994.
- Dahlie, R.:** *Agrese jako šance.* Praha: IKAR, 2004.
- Dunovský, J. a kol.:** *Sociální pediatrie.* Praha: Grada Publishing, 1999.
- Fish, V. – Scctot, C. G.:** *Childhood abuse recollections in a nonclinical population: forgetting and secrecy.* Child Abuse and Neglect, 23, 1999, 8, 791–802.
- Fromm, E.:** *Člověk a psychoanalýza.* Praha: Aurora, 1997.
- Gelles, R. J.:** *Causes of Child Abuse.* Vyhledáno 10.11. 2006, <http://frcmo.org/causes-of-child.abuse.htm>
- Keats, D. M.:** *Culture and the child, a guide for professionals in child care and development.* London: John Wiley and Sons Ltd., 1999.
- Markhamová, U.:** *Pomáháme dětem zvládnout stres.* Praha: Talpress, 1990.
- Poněšický, J.:** *Agrese, násilí a psychologie moci.* Praha: TRITON, 2005.
- Vaničková, E.:** *Tělesné tresty dětí, definice – popis – následky.* Praha: Grada Publishing, 2004.
- Vaničková, E. – HadjMoussová, Z. – Provazníková, H.:** *Násilí v rodině, syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte.* Praha: Karolinum, 2004.

¹ Viz Keats (1999).

² Viz Vaničková (2004).

³ Viz Fromm (1997).

⁴ Viz Poněšický (2005).

⁵ Viz Gelles (2006).

⁶ Vaničková, HadjMoussová, Provazníková (1995).

⁷ Coloroso (1994)

⁸ Viz Markhamová (1990).

⁹ Fish, Scctot (1993).

¹⁰ Caprara (1986)

¹¹ Viz Dunovský (1999).

¹² Viz Dunovský (1999).

¹³ Dahlie (2003).

RIZIKOVÉ FAKTORY SYNDROMU ZNEUŽÍVANÉHO A ZANEDBÁVANÉHO DÍTĚTE

Eva Vaničková

Rizikové faktory syndromu zneužívaného a zanedbávaného dítěte můžeme identifikovat v pěti rovinách. Lze konstatovat, že rizikové faktory přispívají a propojují uvedené příčiny zejména zvyšováním stresové zátěže, a vyčerpávají tak kapacitu adaptačních mechanismů, které má každý jedinec ke zvládnutí stresu. Tak se často jedinec ocitá v sociální situaci, kterou již není schopen řešit, protože jeho adaptační mechanismy zvládnutí stresu jsou vyčerpány, jsou zahlceny.

Rizikové faktory na úrovni celospolečenské:

- virtuální realita,
- rychlé společenské změny vyžadující neustálou adaptaci,
- rodina v novém kontextu (genderová rovnost, neplodnost, slučitelnost rodiny s kariérou),
- absence pozitivních vzorů ve škole, komunitních aktivitách, společnosti.

Rizikové faktory na úrovni individuálních predispozic dítěte:

- genetická zátěž,
- biologické oslabení plodu v těhotenství,
- odchylky ve vývoji osobnosti dítěte,
- mentální retardace a zdravotní postižení.

Rizikové faktory na úrovni rodiny:

- chybný výchovný systém,
- závislé chování rodiče/ů na alkoholu či drogách.

Rizikové faktory na ekologické úrovni:

- zhoršené životní prostředí.

Rizikové faktory na kulturní úrovni:

- klima ve společnosti,
- mýty, předsudky,
- negativní vzory dospělých.

Spouštěčem akutní agrese naplňující syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte bývají negativní životní události a negativní emoce (strach,

hněv, smutek) a dlouhodobá frustrace. Při podrobné analýze rizikových faktorů syndromu zneužívaného a zanedbávaného dítěte můžeme na straně dítěte identifikovat předčasný porod, nízkou porodní váhu, vrozené vývojové vady, chronickou nemoc, trauma v dětství, přináležitost k antisociální vrstevnické skupině, poruchy učení a poruchy chování dítěte ve školním věku. Na úrovni rodiny se významně uplatňují osobnostní faktory rodičů, zejména nadměrná kontrola dítěte, deprese a zvýšená úzkostnost rodičů, nízká tolerance frustrace, pocity nejistoty a nebezpečí. Z dalších rizikových faktorů na úrovni rodiny je třeba uvést osobní zkušenost rodičů s násilím, domácí násilí v sekundární rodině, dating violence, nedostatek servisu sociálních služeb pro rodinu, konfliktní rozchod a rozvod rodičů, vysokou úroveň stresu ve způsobu života, chudou interakci mezi rodiči a dítětem, nedostatek znalostí a nepřiměřená očekávání od dítěte. Pro úroveň společenskou je třeba na prvním místě jednoznačně jmenovat nízký a deficitní socioekonomický status, stresující životní události, nedostatek lékařské péče a systému na ochranu dětí, dlouhodobou nezaměstnanost rodičů a bezdomovectví, sociální izolaci rodiny a marginalizaci rodin příslušejících rozmanitým sociálním subkulturám, expozici rasismem – skrytou a otevřenou diskriminací, expozici toxiny v životním prostředí, nebezpečné a násilné sousedy, násilí v komunitě, společnosti, mediální násilí.¹ Dveře pootvírající násilí vůči dítěti v rodině jsou tělesné tresty, které jsou většinou společností vnímány jako zaručený výchovný prostředek. Skutečnost je taková, že tělesný trest je ve výchově dětí symbolem násilí a má vysokou vypovídací schopnost o respektu k dětem a kultuře výchovy. České studie ukazují, že přestože stoupá počet rodičů, kteří tělesný trest zásadně nepoužívají, stále větší část rodičů tělesný trest nezavrhuje, naopak prosazuje. Smutné je zjištění, že každé čtvrté dítě středního školního věku má osobní zkušenost s takovou formou tělesného trestu, která naplňuje definici týrání (bití předmětem, bití na citlivou část těla a stopy po ranách na těle), a právě tato čísla ukazují, jak je násilí zafixováno v každodenním životě našich rodin. Tělesným trestům se nevyhne ani škola, ač v tomto sociálním prostředí jsou tělesné tresty zakázány. Je jisté, že tělesný trest ve škole nebývá krutým potrestáním, ale přítomnost násilí v prostředí školy je indikátorem tolerance násilí nejen ve škole, ale v celé společnosti. Tělesné tresty dětí a týrání domácích zvířat je významným rizikovým faktorem, spouštěčem, ale i prediktorem domácího násilí zahrnujícího děti.²

Při analýze rizikových faktorů na úrovni rodiny a rodinného systému nelze opominout při výchově dětí plnění základních rodičovských povinností. Obsahem výchovy je naplňování základních potřeb dětí. Nedostatečné či

zeela deficitní naplňování potřeb dětí je **zanedbávání dítěte**, tedy pasivní agrese, a zanedbání dítěte nemůžeme vnímat jen jako deficit bydlení, ošacení a správné výživy, lékařské péče, školní docházky, ale také zanedbání v oblasti zájmových aktivit, odpočinku, citových a sociálních kontaktů a spoluvytváření osobní identity a sebekoncepce dítěte. Základní potřeby dítěte tvoří základní východisko v etiologii násilí, rozvoji traumat a terapii týraného dítěte.

Základní potřeby dětí psychické:

- množství, kvalita a proměnlivost podnětů,
- řád a smysl podnětů pro učení,
- citové a sociální vazby pro utváření osobnosti dítěte,
- potřeba osobní identity,
- potřeba otevřené budoucnosti.

Základní potřeby biologické:

- vzduch, voda, teplo,
- kvalitní výživa,
- spánek,
- odpočinek, zájmové aktivity, relaxace,
- přiměřené obydlí a ošacení,
- ochrana dítěte před nemocemi a úrazy.

Základní potřeby sociální:

- sociální dovednosti,
- vzory pravidel chování v sociální komunikaci,
- pocit sounáležitosti,
- pocit jistoty v očekávání sociální podpory ze strany klíčové osoby,
- ochrana před všemi formami interpersonálního násilí,
- zvládání stresu.

Základní potřeby emocionální:

- pozitivní výchova a bezpodmínečná akceptace dítěte,
- uvědomělé prožívání situací a schopnost empatie,
- prožitek z veřejně prospěšné práce, dobrého skutku,
- porozumění nonverbální komunikaci.

Základní potřeby duchovní:

- potřeba přiměřeného sebepojetí,
- potřeba hierarchie životních hodnot.³

Z novějších výzkumů jsou citovány výsledky australského týmu, který identifikoval pět významných rizikových faktorů:

- osamocení rodič,
- ambivalentní postoj k těhotenství,
- tělesné partnerské násilí,
- osobní zkušenost rodičů s týráním v dětství.

Mezi dalšími rizikovými faktory s nižší vypovídací schopností australský tým zařadil:

- nedostatek financí,
- nestabilní bytové podmínky,
- nadměrnou konzumaci drog a alkoholu.

Z uvedeného výčtu jednoznačně vyplývá, že naplňování základních potřeb dítěte v takové rodině nemůže být optimální, protože se v ní snoubí aktivní a pasivní agrese dohromady.⁴

Někteří autoři upozorňují, že nízký věk rodičů a jejich nezralost je rizikovým faktorem pro tělesné týránění dětí, ale zůstává otázkou, zda jsou všechny případy tělesného násilí v komponovaných rodinách odhaleny. Některé zahraniční studie ukazují, že tomu tak nemusí být, a tomu nasvědčuje další fakt, že žádná získaná data nejsou korelována na absolutní počet odpovídajících charakteristik respondentů v celé populaci. Přesto všechny odborné publikace uvádějí pro **tělesné týránění** dětí jako rizikový faktor nízký věk rodičů, jejich nezralost, nedostatek financí a nedostatečné bytové podmínky. Jejich téměř výhradně společná přítomnost svědčí o tom, že jsou významnou kohortou stresu provázejícího život v částečné odloučenosti od většinové společnosti, s odlišnou strukturou, funkcí a dynamikou rodinného života, kde také platí, že věnem často oba rodiče přinášejí svoji osobní zkušenost s týráním v dětství. Jde tedy o rodiny, ve kterých jsou bezvýhradně přítomny všechny čtyři základní kategorie příčin. Přesto víme, že s tělesným týráním dětí se můžeme setkat také v rodinách vysokoškolsky vzdělaných, zralých a úspěšných jedinců, žijících ve vilách s nadprůměrnými zisky, kde logicky existují jiné zdroje stresu. Tuto tvárnou tvář podhoubí násilí je třeba respektovat, vnímat každou situaci násilí jako zcela jedinečnou a vyvarovat se automatického stereotypu při identifikaci a detekci syndromu zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Nedostatečnou profesionalitou – analogicky nedostatečné schopnosti rodičovství – lze spustit v roli pomáhajícího odborníka tzv. **systémové násilí**, které je rovněž součástí syn-

dromu zneužívaného a zanedbávaného dítěte a je příčinou sekundární viktimizace dítěte.

Každá dětská oběť násilí vysílá signály své vyšší zranitelnosti, které jsou příčinou opakovaného ataku násilí, neboť potencionálnímu agresorovi signalizují snadnou oběť. Důležité je vědět, že **role dětské oběti** je průchozí, a prochází tedy z jednoho sociálního prostředí do druhého, a tak nepřekvapuje, že oběť šikany ve škole se častěji stává obětí domácího násilí, dítě vystavené násilí v rodině bývá častěji předmětem šikany ve škole, v zájmových skupinách apod. Opakovaná reviktimizace je zdrojem vytvoření mnohočetné oběti, jejíž kvalita života je nevratně poškozena. Kariéra mnohočetné oběti se může vyvíjet cestou prudkého záchvatu velmi brutální agrese, nebo jedinec setrvává v roli bezmocné a poslušné oběti celoživotně.

Rizikové faktory **sexuálního zneužívání** dětí zaznamenaly ze všech forem násilí největší vývoj. Ještě v nedávné době se odborníci shodovali na tom, že sexuální zneužívání dětí se nejčastěji nachází ve střední vrstvě společnosti, a zajímavé bylo, že téměř na ničem jiném nebyla nalezena shoda. Vysvětlení se ukázalo být prosté; sexuální zneužívání má v různých kulturách a zemích svoji specifickou tvář danou odlišnými životními podmínkami. To je významný rozdíl od ostatních forem násilí a týrání dětí. Můžeme uvést, že v zemích střední Evropy jsou signifikantně častěji sexuálně zneužívány dívky než chlapci a zneužívatelem bývá nejčastěji muž; ve skandinávských zemích bývají častěji sexuálně zneužívány rovněž dívky, ale jejich zneužívatelem bývají častěji ženy; v některých mimoevropských regionech jsou častěji sexuálně zneužíváni chlapci a jejich zneuživateli bývají většinou muži. Tato skutečnost byla příčinou odlišných výsledků studií zabývajících se identifikací rizikových faktorů v různých regionech i evropských zemích. Pro kulturu naší společnosti platí poznatek, že významným rizikovým faktorem a spouštěčem sexuálního zneužívání dětí je emocionální patologie v rodičovském/partnerském vztahu. Přesto opakované americké studie ukazují, že lze vystopovat dvě rizika intrafamiliálního modelu sexuálního zneužívání dívek, mezi která patří: zavrhování či odmítání dívky ze strany otce nebo matky v útlém dětství a závislost jednoho nebo obou rodičů na alkoholu.⁵

Otázkami emocionálního – či širěji – **psychického týrání** se zabývá řada dětských psychologů a jejich snaha rozplést předivo rodinného podhoubí rizikových faktorů je velmi nesnadná, protože osobnost každého jedince je zcela jedinečná a její nedostatečný respekt může být zdrojem mylného výkladu a porozumění. Všichni rozumíme tomu, že co je v jedné rovině vní-

máno jako žádoucí chování, je ve druhé rovině příčinou konfliktů a negativního hodnocení. Týrání, resp. akt násilí na dítěti předpokládá, že dítě bude násilím poškozeno, bude mu ublíženo či mu násilí způsobí bolest. Z řečeného vyplývá, že v žádné jiné situaci nemusíme tak striktně vyžadovat respekt nejen interkulturních rozdílů, ale i intrakulturních rozdílů včetně uvědomění si pověr, předsudků a mýtů. Vezmeme-li v úvahu z toho vyplývající širokou variabilitu forem a podob psychického násilí, můžeme se vydat cestou rizikových faktorů. Nejzávažnějším rizikovým faktorem je dlouhodobě zablokovaná komunikace v rodině a emocionální chlad v rodině, což vytváří sterilní až hostilní atmosféru rodinného života, která sama v sobě nese náboj pasivní agrese, ze kterého se velmi snadno za přítomnosti i malého stresujícího podnětu přenesou výboj, který má ambice krutého psychického teroru. K dalším rizikovým faktorům patří podceňování nebo přeceňování dítěte, kdy nevyvážená očekávání rodičů od dítěte jsou všudypřítomným stresem. Na psychické násilí má největší vliv nastavení výchovného systému dítěte, osobnost rodičů a sourozenecká konstelace v rodině. V této souvislosti je vhodné připomenout, že dítě se s nástupem do školy sekundárně socializuje, navazuje nové vztahy, navštěvuje rodiny svých kamarádů a začíná porovnávat odlišnost rodiny, odlišnost její struktury, životního stylu, rodinných zvyklostí, rituálů apod., a právě možnost porovnání bývá zdrojem poznání a nadhledu na vlastní zkušenost, ze které jednomyslně vyplývá moudrý postulát „každému a pokaždé trochu jinak“. Moudrá slova, která jsou však často v rozporu s voláním po jednoduchých manuálech a řešeních. Je třeba si uvědomit, že právě v této jednoduchosti je skrytá moudrost a síla. Může být šokem pro dítě, které je doma zvyklé přijímat a plnit příkazy rodičů, zkušenost s tím, že jsou to rodiče, kteří se dítěte ptají, jak bude vypadat jeho odpolední program apod.⁶

Dalším významným rizikovým faktorem emocionálního násilí je také osobní zkušenost se sexuálním nebo emocionálním násilím v anamnéze matky, osobní zkušenost rodičů s násilím v prvním milostném vztahu (*dating violence*), závislost na alkoholu či droze jednoho nebo obou rodičů, poruchy osobnosti rodiče a jeho nenaplněné touhy, přání a očekávání.⁷

Mezi obecně udávané rizikové faktory psychického násilí patří **alkoholismus** ženy – matky a v mnoha případech se podařilo odhalit vztah alkoholové závislosti žen k jejich osobní zkušenosti s násilím v dětství, kdy alkohol je behaviorálním příznakem stresu a oběti pomáhá přežívat. Dr. Martin Teicher při analýze EEG nálezů a výsledků magnetické rezonance mozku zjistil, že u zanedbávaných, týraných a sexuálně zneužívaných dětí dochází

k abnormalitám ve vývoji funkce i struktury mozku. U osob s anamnézou násilí v dětství zaznamenal, že mají menší levou část hippokampu, než bylo zjištěno u kontrolní skupiny, a jak uvádí, tato skutečnost může být v pozdějším věku příčinou asociálního chování (tedy i agrese). Méně vyvinutá je také střední část corpus callosum, snížená aktivita mozečku a nedostatečná koordinace a spolupráce obou mozkových hemisfér. Organické změny mozku jako přímý následek násilí mohou ve vyšším věku svých nositelů způsobovat impulzivitu, ztrátu kontroly nad chováním a agresivitu.⁸ Organické změny v mozku podporují teorie přenosu násilí.

Druhým významným rizikovým faktorem na straně žen je **osobnost ženy**. Žena, která je depresivní nebo není dostatečně vybavena k projevům své emocionality, je rizikem pro emocionální patologii v celé rodině; některé studie ukazují, že dítě, které nemá ve své živé paměti vzpomínku na vřelé objetí a emocionální dialog s matkou, bývá ze strany matky často objektem psychického násilí. Tato žena také signifikantně častěji, jak ukazují empirické poznatky, selhává ve své mateřské roli – není schopna zajistit ochranu dětí před násilím partnera, selhává v podpoře dětí vystavených agresi partnera a v dalším spolužití naplňuje fenomén mlčící matky, který má pro rozvoj traumatogenní dynamiky dítěte velmi zhoubný vliv; znamená další zraňování, viktimizaci a rozvoj mnohočetné dětské oběti. Další rizikové faktory se více dotýkají **osobnosti muže**, jeho formální autority a patriarchálního uspořádání rodiny. Takoví muži jsou často mnohem více přísní až nesmiřitelní, neumějí odpouštět a jejich postavení v rodině je pro ně mnohem více důležitější než pocit pohody v rodině. Asi nepřekvapí, že akutní stres může spustit násilnou reakci téměř v každé rodině, ale právě nadhled nad situací, komunikace o selhání a prožívaných emocích na obou stranách znamená, že se rodina svými prostředky sama uzdravuje a pro dítě je příkladem učení, jak zvládat obtížné životní situace. O psychickém týrání hovoříme spíše tehdy, má-li podobu dlouhodobého chování v rodině a opakovaných zkušeností dítěte tak, že se teror, manipulace a šikana stávají součástí rodinného klimatu a sociální komunikace.⁹

U dětských obětí násilí, které nebylo identifikováno a kde dětem nebyla poskytnuta krizová intervence a terapie, můžeme identifikovat vedle specifických identifikačních markerů nespecifické identifikační markery, které leží v oblasti změn chování. Přítomnost některých z nich znamená posun do oblasti sociálního zdraví, a můžeme tak identifikovat projevy sociálně patologického chování dětí. Lze tedy konstatovat, že děti ohrožené sociálně patologickým chováním lze považovat za rizikový faktor násilí v rodině,

protože svým negativním chováním provokují rodiče k použití výrazného výchovného prostředku. Znamená to tedy, že se uzavírá kruh příčin a následků. Za významné změny chování v předškolním věku vnímáme závislé chování dítěte na některé osobě, věci nebo situaci, agresivitu dítěte, podrážděnost, hostilitu vůči všem, neposlušnost, vulgární vyjadřování dítěte, nevrlost, vzdorovitost, neohrabanost, nepořádnost, lenost, rozhazovačnost a narušování soukromí druhých osob. Zmíněné projevy chování svědčí o tom, že dítě prožívá velký vnitřní problém, se kterým se neumí samo vypořádat, přičemž s největší pravděpodobností je příčinou problému jeho rodič, resp. jeho chování, které dítěti působí bolest. Příčina může být velmi prostá, nemusí jít o pregnantně vyjádřenou formu násilí, ale při respektu definice násilí rozumíme tomu, že se dítě cítí být násilím atakováno, nerozumí mu, a proto vysílá poplašné signály volající o pomoc. Následek násilí se může stát příčinou násilného chování rodiče, protože neporozumění dítěti s absencí pomoci povede k fixaci negativního chování dítěte, vůči kterému rodič bude z výchovných důvodů zasahovat.¹⁰

Hovoříme-li o příčinách a následcích syndromu zneužívaného a zanedbávaného dítěte, nemůžeme nezmínit v souvislosti s psychickým násilím emocionální příznaky stresu, které mohou dle situace extrapolovat buď na straně příčin, nebo na straně následků a explozi násilí sami vyvolávat. Mezi emocionální příznaky stresu patří náladovost dítěte, bezdůvodný pláč nebo hysterický smích, nadměrná tíseň, rozmanité iracionální obavy a strachy, pocit únavy, obtíže se soustředěním, neschopnost projevit náklonnost, nadměrné denní snění, vyhýbání se sociálním kontaktům, zvýšená podrážděnost a popudlivost a nepřátelský postoj k okolí.¹¹ Pro úplnost doplníme behaviorální příznaky stresu, které mohou provázet akutní epizodu ataku interpersonálního násilí, a u dětí můžeme rozpoznat nerozhodnost, zvýšenou nemocnost, sklon ke zvýšené úrazovosti, snížený výkon a náhlé selhávání ve škole, vyhýbání se odpovědnosti a podvádění, stoupající spotřebu cigaret, alkoholu, drog a léků, změny v příjmu potravy. Lze opětovně konstatovat, že některé behaviorální příznaky stresu, jehož příčinou může být i násilí, mohou být rizikovým faktorem nebo spouštěčem násilného chování pod rouškou výchovného působení rodičů, zejména pokud jde o špatné známky, kouření, alkohol a drogy.

Nejvážnějším rizikem pro syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte jsou nechtěné děti, děti, jejichž matky žádaly neúspěšně o potrat, děti, jejichž matky samy zkoušely těhotenství ukončit, děti, jejichž matky v těhotenství silně kouřily a konzumovaly alkohol a děti, které nebyly na svět

přivítány s láskou a nadějí, děti vyrůstající v citově chladném až odmítavém klimatu často jen s matkou, které jsou na obtíž. Slovy dvou klasiků Henryho Kempe a Zdeňka Matějčka, volně parafrázovaných, končíme exkurs do stále otevřené – a nikdy nekončící – oblasti rizikových faktorů: když už musí být dítě týráno, necht' ho týrají rodiče, kteří ho milují a dávají mu svoji lásku najevo – potom bolest pomine a duše není zjizvena.

Literatura:

Cadzow, S. P. – Armstrong, K. L. – Fraser, J. A.: *Stressed parents with infants: reassessing physical abuse risk factors*. Child Abuse and Neglect, 23, 1999, 9, 845–853.

Child Welfare Information Gateway: Risk and Protective Factors for Child Abuse and Neglect, vyhledáno 10.11. 2006,
<http://www.childwelfare.gov/preventing/programs/whatworks/riskprotectivefactors.cfm>

Harmer, A. L. M. – Sanderson, J. – Mertin, P.: *Influence of negative childhood experiences on psychological functioning, social support, and parenting for mothers recovering from addiction*. Child Abuse and Neglect, 23, 1999, 5, 421–434.

Loring, M. T.: *Emotional Abuse*. New York: Lexington Books, 1994.

Markhamová, U.: *Pomáháme dětem zvládnout stres*. Praha: Talpres, 1990.

Matějček, Z.: *Rodiče a děti*. Praha: Avicenum, 1986.

Matějček, Z.: *Po dobrém nebo po zlém?*, Praha: Portál, 1994.

Teicher, M.: *Týrané děti*. <http://www.zdrava-rodina.cz/med0101/med0107.html>

Vaničková, E.: *Tělesné testy dětí, definice – popis – následky*. Praha: Grada Publishing, 2004.

Vogeltanz, N. D. – Wilsnack, S. C. – Harris, T. R.: *Prevalence and risk factors for childhood sexual abuse in women: national survey findings*. Child Abuse and Neglect., 23, 1999, 6, 579–592.

¹ Child Welfare Information Gateway, 2006.

² Vaničková (2004).

³ Matějček (1986), Vaničková (1999).

⁴ Cadzow, Armstrong, Fraser (1999).

⁵ Vogelanz, Wilsnack, Harris (1999).

⁶ Viz Matějček (1994).

⁷ Viz Loring (1994).

⁸ Viz Teicher (2000).

⁹ Hamer, Anderson, Mertin (1999).

¹⁰ Matějček (1986, 1994).

¹¹ Markhamová (1990).

III. Následky

Psychická deprivace a traumatizace

Lenka Šulová

Posttraumatická stresová porucha

Zkušenosti psychologa z války

Marek Preiss

Transgenerační přenos

Radka Dydňanská

PSYCHICKÁ DEPRIVACE A TRAUMATIZACE

Lenka Šulová

Vymezení pojmu psychická deprivace

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

Tak zní vymezení pojmu, který byl československé odborné veřejnosti představen v roce 1963 autory Z. Matějčkem a J. Langmaierem v publikaci *„Psychická deprivace v dětství“*.

Na základě aktuálních poznatků lze doplnit, že se deprivace může projevat různými formami. Může to být deprivace, která **vznikne z důvodu nedostatku podnětů** působících na dítě v jeho prostředí. Dítě je nedostatečně stimulováno, žije v prostředí chudém na podněty, v prázdných prostorách, bez možnosti vnímat odlišnosti, rozvíjet smyslové vnímání, rozvíjet estetické cítění. Většinou není ani dostatečně podněcováno svým personálním prostředím.

V této souvislosti lze upozornit na problém tzv. over-protektivních matek, které též na vývoj dítěte působí negativně, ale kde dochází k opačnému procesu – k přetěžování dítěte, tedy k **neprůměrnému množství podnětů** ze strany matky, bez vazby na skutečné potřeby dítěte, na jeho stav, konkrétní situaci.

Jiným typem je deprivace, která se vyvine jako **následek nedostatečné styčnosti** časové či prostorové. Procesy, které dítě obklopují, jsou příliš neuspořádané a jeho prostředí a vztahy do kterých je začleňováno, jsou pro něho zmatené, nečitelné a dezorganizované. Dítě stále mění prostředí, které ho obklopuje, mění se pečující osoby, mění se denní rituály (pokud se zde vůbec dá hovořit o rituálech) či denní režim.

Dalším typem je deprivace, která se **projeví především v procesu integrace vlastního Já** jako následek nedostatečně rozvinutého vztahu dítěte s matkou, jenž je základním předpokladem pro následný rozvoj vlastního Já dítěte. Já dítěte potřebuje pro svůj rozvoj stálý kontakt s matkou alespoň do tří let věku, kdy dochází k postupnému vymezování sebe sama ve vztahu k této primární pečující osobě. Detailně se tímto procesem zabývali především psychoanalytici¹. Pokud dítěti tato jedna na něho soustředěná pečující

osoba chybí, dochází ke značným problémům při procesu formování jeho identity, jeho sebepojetí, sebeobrazu, sebedůvěry, k vymezení Já od Ty i od ostatních. Je komplikován kromě jiného procesem pozitivního vnímání světa, který dítě obklopuje, a vnímání sebe sama v něm.

Nejčastěji zmiňovaným a popisovaným typem deprivace je **deprivace projevuující se v procesu socializace**. Je to opět následek chybějícího vztahu dítěte s matkou nebo nezájem matky o projevy dítěte, její nedostatečná angažovanost ve vztahu k dítěti, neschopnost přijmout mateřskou roli. Tím se nerozvíjí tzv. sociální Já, které dítěti umožňuje chápat okolní svět, jeho normy, potřeby jiných, přání jiných, pomáhá mu rozvíjet empatii, intuici, sociální dovednosti, osvojit si sociální normy.

Potřeby dítěte

Abychom lépe porozuměli tomu, jak deprivace probíhá, je nutné si připomenout základní potřeby dítěte, které v několika svých publikacích uvedl Z. Matějček. Je patrné, že jmenované potřeby přímo souvisí s výše uvedenými formami deprivace.

Potřeba stimulace – centrální nervová soustava dítěte musí být určitým způsobem podněcována, aby se mohla naladit na patřičnou výkonnost a pracovat naplno. Je třeba zásobovat dítě podněty v náležitém množství, kvalitě a proměnlivosti. Uspokojení této potřeby umožňuje, aby organismus dosáhl náležité úrovně aktivity. Prakticky to znamená, že bychom neměli čekat, až dítě zahájí nějakou aktivitu, ale přiměřeně ho k ní stimulovat.

Toto téma je zpracováno mnoha vývojovými psychology, např. L. S. Vygotským v jeho zóně tzv. proximálního vývoje, neboli schopnosti rodičů dítě podněcovat tak, aby stále vývojově postupovalo ke kvalitnějším a vyšším typům reakcí, projevů a chování. Dítě samo také věnuje pozornost podnětům, které jsou v této zóně, neboli nepatrně převyšují dosud dosaženou vývojovou úroveň.

H. Papoušek označil schopnost rodičů adekvátně odhadnout vývojové možnosti svého dítěte termínem „intuitivní rodičovství“ a ve svých pracích ho detailně popisuje. Je dobré zdůraznit, že tímto repertoárem chování jsou biologičtí rodiče vybaveni.

Potřeba smysluplného světa – uspokojení této potřeby umožňuje, aby se z podnětů, které by jinak byly chaotické a nezpracovatelné, staly poznatky, zkušenosti a pracovní strategie. Jde tedy o základní podmínky pro jakékoli učení. Rodiče dítěte vytvářejí důležitý předmětný i personální vztahový

rámec vývoje dítěte. Formují mu denní rituály, vkládají stále se opakující hry, promluvy, dítě obklopuje určitá výzdoba domova (dítě často aktivně bojuje proti změnám ve svém prostředí), a to vše je dítěti postupně objasňováno (vzpomeňme na období otázky „Co to je?“ či otázky „Proč?“) a svět se postupně stává smysluplným a dítě má pocit sounáležitosti s ním.

Potřeba životní jistoty – nejvydatněji se tato potřeba naplňuje v citových a sociálních vztazích. Náležité uspokojení této potřeby je podmínkou pro žádoucí vnitřní jednotu osobnosti, a je tedy i podmínkou k překonávání jakékoliv životní úzkosti a nejistoty. Dítě je schopno pátrat a aktivně vyhledávat změny jen v případě, že je prostředí, ve kterém žije, stabilní. V případech, kdy je situace rozkolísaná (v době vážné nemoci jednoho z rodičů, v době předrozvodové krize...) ztrácí dítě zájem o vlastní aktivity a snaží se hájit zbytek stability a jistoty systému.

Potřeba pozitivní identity (vědomí vlastního Já) a vlastní společenské hodnoty – uspokojení této potřeby je podmínkou pro rozvoj zdravého sebevědomí dítěte a pro osvojení užitečných společenských rolí a hodnotných cílů životního snažení. Vědomí vlastního významu a hodnoty prožíváme nejvíce tehdy, jestliže nás někdo potřebuje. Formování vlastní identity, formování vlastního Já je nerozlučně spjato se vztahem k primární pečující osobě, k matce. V posledních letech je však stále větší pozornost věnována výzkumům toho, jakou roli v tomto procesu sehrává otec.

Potřeba otevřené budoucnosti (životní perspektivy) – uspokojení této potřeby nám umožňuje žít v čase, od minulosti do budoucnosti, na něco se těšit, k něčemu směřovat, o něco se snažit. Dítě v rodině věnuje značnou pozornost životní kontinuitě, své podobnosti se členy rodiny, pátráním v rodinných albech a prohlížením si sebe jako miminka či úžasem nad tím, že i dědeček byl miminko. Pro děti žijící v ústavu je typické, že se nemají na co těšit a k čemu směřovat, že kontinuita života, ale i následné střídání ročních období, je jim vzdálená. Většina ústavních dětí, ale i dětí, které žijí v náhradní rodinné péči však také po svých kořenech intenzivně pátrá, a to většinou v době dospívání.

Faktory ovlivňující vznik a rozvoj deprivace

a) Extrémní formy sociální izolace

Jedná se o dosti ojedinělé případy, kdy jsou děti vychovávány zvířaty nebo jsou skutečně důsledně izolovány od lidské společnosti, např. psychicky ne-

mocnými rodiči. Jak vyplývá z několika zaznamenaných podobných případů, tato izolace ústí do celkové retardace.

b) Ústavní výchova

Dlouhodobá ústavní výchova a odtržení dítěte od matky je nesporně základem deprivačním činitelem. Výzkumy s touto tematikou byly v Evropě realizovány především mezi oběma světovými válkami a byly ovlivněny pracemi psychoanalytiků, či spíše psychoanalytiček², etologů³ zaměřených na sledování projevů deprivace zvířat, která byla oddělena od matky, a poválečnou situací, kdy bylo třeba pečovat o množství dětí osiřelých nebo válečnými útrapami oddělených od svých rodičů.

Byly to většinou výzkumy⁴ zaměřené na kvalitu ústavní péče, na množství stimulace dětí v ústavech v porovnání s rodinou pěstounskou či biologickou apod.

Z. Matějček a J. Langmeier rozlišují pět různých způsobů, kterými se děti z kojeneckých ústavů a dětských domovů vyrovnávají se svou deprivací v návaznosti na pozdější vlastní partnerské vztahy:

„Poměrně dobře přizpůsobené“ děti – těch je přibližně polovina. Jejich výhodou je, že se již v raném věku dovedly upnout k pečující sestře či vychovateli. Jsou to tzv. miláčkové oddělení, kteří dovedou vzbudit u dospělých osob vřelý cit, a tak si tedy dovedou získat alespoň přiměřené uspokojení svých psychických potřeb. Rizikem ovšem je, že tyto děti jsou dobře přizpůsobené prostředí, ve kterém vyrůstaly, ovšem dostanou-li se mimo něj, hrozí nebezpečí. Selhávají v partnerských vztazích, jsou neschopni odolávat novým lákadlům, jsou sebestředné.

„Útlumový“ typ dětí – deprivace u nich způsobuje nižší aktivitu nebo nižší inteligenci. Jsou nedostatečně stimulovány a navíc si samy nejsou schopny vybojovat svůj díl pozornosti. Jejich vývojová retardace se tak může ještě prohlubovat, takže v dospělém věku nejsou příliš dobrými partnery pro manželství. Založí-li rodinu, hrozí nebezpečí, že rodina nebude funkční.

„Sociálně hyperaktivní“ děti – problémem u těchto dětí není nižší inteligence, ale nezám, který je vyvolán nemožností být vázán k nějaké „mateřské“ osobě. Proto jsou často žáky zvláštních a pomocných škol. Tyto děti se nezdráhají navazovat vztahy s dospělými, o vše ve svém okolí se zajímají, ovšem na ničem se samy aktivně nepodílejí. Každého nového člověka častují stejnou, nerozlišenou přichylností, neznají věrnost. Vidíme tedy, že jsou nevhodnými partnery pro citové vztahy – vlétnou do každé otevřené náruče, promiskuita je jim vlastní.

„**Sociálně provokující**“ děti – vynaloží spoustu úsilí k provokaci personálu, chtějí si získat pozornost a je jim jedno, jakým způsobem se jí domohou. Jsou agresivní, žárlí, práva na lásku se dožadují útočením a nenávisť. Je přirozené, že takovéto chování je vychovateli spíše trestáno, děti se však proti trestům bouří a opět provokují. Vzniká tak začarovaný kruh, který může vyústit až do asociálních projevů. Pozitivní je, že jsou-li tyto děti dány do adopce nebo do pěstounské péče, často se velmi rychle a významně jejich chování zlepšuje. Samy jsou často velmi dobrými partnery a rodiči ve vlastní rodině, mají velkou míru empatie pro problémy kolem sebe.

„**Bezcitný**“ typ dětí – protože nenašly patřičné uspokojení svých citových potřeb, vyhledávají tyto děti uspokojení jiné, zpravidla na nižší úrovni – přejídají se, masturbují, manipulují s věcmi, nezajímají se o lidi, trápí zvířata a ostatní děti, pěstují svou krásu nebo jiné tělesné přednosti. Od těchto dětí není možné očekávat převratnou adaptaci na manželskou a rodičovskou roli, negativem je, že jejich odchylky mohou dlouho zůstat skryty, a projevit se až v intimitě partnerského života (Matějček, Langmeier, 1986).

Závěrem tedy můžeme konstatovat, že neprojdou-li děti normálním vývojem, je pravděpodobné, že neovládnu samy správné rodičovské postoje. Deprivace může způsobit narušení jejich budoucího manželství a rodičovství a zanechat dlouhodobé následky ve vlastním rodinném životě.

c) Separační prožitky

Dlouhodobá odloučení dítěte od matky v prvních 3–5 letech života mohou vést k narušení duševního zdraví dítěte se znatelnými stopami ještě v dospělosti.

Tématiku dlouhodobého odloučení v případech hospitalizace či v jiných situacích (např. oddělení dítěte od matky ve válečných situacích – bombardování Londýna...) sledoval dlouhodobě výzkumně i ve své praxi např. J. Bowlby, R. Spitz, K. Wolfová. V Československu pak tuto tematiku dlouhodobě rozpracovávala ředitelka kojeneckého ústavu M. Damborská.

J. Bowlby spolu s J. Robertsonem navazuje na výzkumy francouzských kolegů a popisuje tři fáze chování dětí ve věku 18–24 měsíců, které byly odloučeny od matky.

1. **Fáze protestu** – dítě pláče, zmítá sebou, volá matku.
2. **Fáze zoufalství** – dítě ztrácí naději, že matku přivolá zpět, pláče a křičí méně, odvrací se od okolí ve stavu hluboké stísněnosti.

3. **Fáze popření touhy po matce** (odpoutání se od matky) – dítě potlačí své city k matce a připoutá se na někoho, kdo je v okolí dostupný, a tomu kladné city, přičemž se může jednat i hračku či nějaký předmět (dečka).⁵

d) Rodina

Paradoxně deprivováno může být dítě i ve vlastním rodinném prostředí, neplní-li rodina základní funkce, které jsou s ní spojovány, především funkci vážící se na formování emocionálního zázemí a funkci socializačně-výchovnou. V některých rodinách je dítě vystaveno tak negativním vývojovým podmínkám, že je dokonce třeba ho z takových rodin odebrat, aby byly zajištěny základní podmínky jeho zdravého vývoje.

Jmenujme případy, kdy je dítě vystaveno deprivacním činitelům ve vlastní rodině⁶:

Rodiče se o dítě nemohou starat – důvody spočívají v nepříznivých přírodních podmínkách a situacích (přírodní katastrofy, devastace prostředí), v poruchách fungování celé společnosti (válka, bída, hladomor) a při narušení celého rodinného systému (nemoc, úmrtí, invalidita, nepříznivý zdravotní stav dítěte, který mu zabraňuje žít doma).

Rodiče se nedovedou starat o dítě – jde o situace, kdy rodiče nejsou schopni zabezpečit dětem alespoň přiměřený vývoj a uspokojit jejich základní potřeby z důvodu vlastní nezralosti, neschopnosti vyrovnat se se zvláštními situacemi, např. mimomanželské narození dítěte, handicapované dítě, dítě přijaté do náhradní rodiny, a situace, kdy nejsou schopni přijmout základní společenské normy (děti dětí). Částečně sem lze zařadit i situaci dětí rozvádějících se či rozvedených rodičů, kteří nevědí, jak si počínat v těchto konfliktních podmínkách, situace, kdy rodiče dětem ubližují a používají je jako nástroj pro svou nenávisť a odpor vůči druhému rodiči. Patří sem i situace, kdy se rodič nemůže o své dítě starat, neboť druhým rodičem, který má dítě ve své péči, je mu v tom zabraňováno.

Rodiče se nechťejí o dítě starat – příčiny spočívají v poruchách osobnosti rodičů (disharmonická osobnost, psychopatie, maladaptace), kteří náležitě neplní rodičovské povinnosti. Zájem rodičů může být až hostilní. Rodiče neposkytují dětem potřebnou péči, v některých případech je opouštějí. Péči o dítě lze hodnotit jako nedostatečnou, žádnou nebo škodlivou a lze ji označit jako zanedbávání dítěte jak v oblasti somatické, tak psychické.

Rodiče dítě týrají a zneužívají – rodiče mají k dětem nepřátelský až hostilní vztah, vědomě jim ubližují, týrají je a zneužívají. Děti jsou ohroženy

na fyzickém i duševním zdraví. Takové zacházení může vést až k smrti dítěte.

Rodiče se o dítě nadměrně starají – dítěti se dostává větší pozornosti, než je třeba. Nadměrná péče a zájem o ně vede k rozmazlování, nepřipravenosti na samostatný život, nerespektování druhých apod.

Nejčastější typy poruch rodičovství:⁷

- dítě je ihned po narození odvrženo, v extrémních případech likvidováno
- rodiče si po porodu dítě ponechávají, ale nedochází k jeho plnému přijetí
- velmi mladí rodiče
- rodiče ve vyšším věku
- dítě je od narození vychováváno pouze jedním rodičem
- somatické poruchy
- psychické poruchy.

Je vhodné **nezaměňovat poruchy rodičovství s poruchami funkce rodiny**. Je však zřejmé, že se tyto dva problémy často prolínají.

Dunovský klasifikuje poruchy rodiny ve vztahu k dítěti jako:

- **objektivní** – na vůli rodičů nezávislé,
- **subjektivní** – na vůli rodičů závislé,
- **smíšené**.

e) Faktory, které působí na straně dítěte, např. jeho **věk**, ve kterém je vnějším negativním činitelem vystaveno. Dnes je zcela zřejmé, že umístění dítěte do předškolního zařízení jeselského typu před dosažením 24 měsíců je velmi rizikové. Již v dřívějších výzkumných závěrech bylo doporučováno, aby dítě nebylo oddělováno od matky především v intervalu 6–18 měsíců.⁸ Významnou roli hrají také **konstituční faktory dítěte**. Dosud je předmětem mnoha výzkumů, proč některé děti dokážou deprivacním činitelům zdárně čelit a u jiných je tomu naopak. Velmi sledovaným tématem dneška jsou tzv. **resilientní děti** – nezdolné děti, které z náročných životních situací ještě čerpají svou sílu a energii. Svou roli hraje též **předchozí historie dítěte**.

Dále existuje skupina dětí, které jsou k deprivaci více disponované a více zranitelné než ostatní. Jak už bylo řečeno výše, překážka, která brání dítěti v přiměřeném uspokojení jeho psychických potřeb, nemusí vždy vést výlučně v jeho životním prostředí. Může být primárně v dítěti samém. Někdy se jedná o smyslový, motorický nebo mentální defekt, který znemožňuje

dosažení uspokojení potřeb běžnou cestou, i když se jedná o prostředí přiměřené.

Poruchy smyslové

Nejčastěji se jedná o děti slepé či hluché, kterým jejich handicap komplikuje dostatečnou stimulaci z prostředí. V posledních letech se věnuje značná pozornost právě práci s rodiči těchto dětí, aby dokázali hledat náhradní formy stimulace svých dětí a též aby u nich nepřevážila apatie a rezignace na to, že i jejich dítě se může vyvíjet harmonicky a v souladu s vývojovými úkoly svého věku. Zavrhuující postoje rodičů v případech handicapovaných dětí jsou stále dosti běžné. Pozornost k této oblasti iniciovaly především výzkumné výsledky týkající se experimentální sensorické deprivace.

U slepých dětí je rozvíjena především haptická komunikace mezi matkou a dítětem, projevuje se však značné poždění v oblasti motorického vývoje a problémový je též kontakt se širším sociálním okolím. Optimální je existence specializovaných pracovišť, kde je kontakt s vrstevníky zprostředkován. Hluché děti mají situaci poněkud snazší, i když u nich hrozí především rozvoj pocitů izolace, tvorba jakéhosi vlastního vnitřního světa.

Poruchy řeči

Při zachovaných intelektových schopnostech mohou vést spíše ke konfliktním situacím než k deprivaci, ale mohou vést i k izolaci dítěte.

Motorické poruchy

Po překonání prvních vývojových stádií, kdy je motorický rozvoj určujícím předpokladem pro rozvoj intelektový, dochází k základnímu stupni samostatnosti. Některé děti následně kompenzují svůj motorický handicap výrazným pokrokem intelektovým. Zvláště v dnešní době alternativních zdrojů multimediální komunikace je jejich situace výrazně méně deprivací.

Další komplikující poruchy na straně dítěte mohou být příkladně poruchy CNS, např. různé formy **LMD**, kde děti komplikují vztahy s okolím nesoustředěností, hyperaktivitou atp. **Oligofrenické děti** se svou motorickou neobratností, smyslovými vadami a defektní řečí jsou často vystaveny odmítavému postoji rodičů s následkem deprivace, totéž lze říci o **dětech s těžkým mentálním opožděním**.

Psychická subdeprivace

Termín „psychická subdeprivace“ poprvé použili autoři studie o dětech narozených z nechtěného těhotenství Dytrych, Matějček, Schüller v roce 1975. Vývoj a chování dětí narozených z nechtěného těhotenství v mnohém připomíná nálezy u dětí vyrůstajících dlouhodobě v deprivacích podmínkách kolektivních dětských zařízení. Tyto nálezy však nejsou tak výrazné, dramatické a zřetelně ohraničené. Posléze se tento pojem začal používat i pro děti vyrůstající sice ve vlastních rodinách, avšak za méně příznivých sociálních a emocionálních podmínek.⁹

Skutečnost, kterou tento pojem vystihuje, má v dnešní společnosti širší platnost a stává se velice aktuálním problémem. Týká se nejen relativně malého počtu dětí v ústavech, ale nepoměrně většího počtu dětí, které jsou navenek většinou nenápadné. Tyto děti a rodiny samozřejmě nejsou sledovány orgány péče o dítě ani zdravotnickými zařízeními, přesto se však jedná o závažnou skutečnost. Uspokojivá seberealizace člověka v dnešní společnosti předpokládá jeho větší vyspělost, zralost a připravenost pro role v životě, než tomu bylo dříve. Psychická subdeprivace vychyluje utváření životních postojů, včetně postojů rodičovských, nevhodným směrem, takže existuje nebezpečí přenosu nepříznivých vlivů na příští generaci. Z. Matějček přirovnává celý problém psychické subdeprivace k plovoucímu ledovci. Nad hladinu v tomto případě vyčnívá jen vážnější sociální patologie, k níž subdeprivace přispěla, jako je agresivita, alkoholismus, drogy, kriminalita apod. Pod hladinou je však skryto mnohem širší, mohutnější zázemí, ze kterého za „příhodných“ podmínek tato vážnější sociální patologie vyrůstá. Citové ochuzení je totiž zvlášť úrodnou půdou pro pozdější asociálnost.¹⁰

V naší zemi byla studiu subdeprivace věnována poměrně značná pozornost. Dlouhodobě a systematicky byly pozorovány děti z rodin alkoholiků, děti z neúplných rodin, děti v různých typech náhradní rodinné péče apod.

Určité formy attachmentu (vazby, přilnutí) jako projev subdeprivace

V posledních letech je věnována zcela specifická pozornost odborníkům, dětských psychologů, pediatrů, případně speciálních pedagogů otázkám raného vývoje a především vazbě dítěte s primární pečující osobou, nejčastěji matkou. Tato problematika bývá označována termínem *attachment* a je v centru pozornosti celosvětových výzkumů v oblasti psychologie. Lze říci, že se stále více potvrzuje předpoklad, že i velmi rané fáze vývoje dítěte mají zásadní význam pro jeho další psychický vývoj, a to především v oblasti

socioemocionálních vztahů. Kvalita pouta mezi matkou a dítětem v průběhu prvních dvou až tří let se ukazuje jako zásadní i pro oblast kognitivního vývoje, různých oblastí psychosomatických projevů, formování vlastní pohlavní identity apod.

Za klíčové pro mentální rozvoj a zdraví považuje J. Bowlby **vytvoření vztahu s druhým člověkem, schopnost hledat péči a zájem péči poskytovat**. Právě z tohoto základu se zcela přirozeně musí vytvořit mezi slabším, péči vyžadujícím, a silnějším, péči poskytujícím, vztah, vazba, připoutání, pouto (*attachment*).

Je-li tento vztah (vazba, přilnutí) dostatečně jistý, spolehlivý a stabilní, je to právě to, co tvoří základ pro další významný lidský projev, a to je průzkum, zvědavé hledání, prohlížení, zvědavost, **explorace. Stabilitu, připoutání se a zvědavost, průzkum a odpoutávání se lze vnímat jako dvě polohy téhož kontinua.**

Později J. Bowlby s M. Ainsworthovou detailně analyzoval, jak vypadá jistá vazba umožňující klidnou a úzkostí nezatíženou explorační. J. Bowlby se snažil podrobně popisovat průběh interakce matka – dítě.

Pro kojence je důležité, aby byla pečující osoba pozorná a reagovala na jeho signály bezprostředně. Dítě po vyslání signálu očekává rychlé efektivní reakce. Není proto překvapující, že chybí-li ze strany této osoby odpovědi a reakce nebo je-li dokonce fyzicky nepřítomná, způsobuje to dítěti stres a trauma. Proto se za další **podstatný znak lidské přirozenosti** považuje schopnost péče, altruismus. **Přijetí rodičovské role se vši péčí a obětováním se považuje za přirozený projev „živočichů“**, a nedochází-li k němu spontánně, jedná se o civilizační vlivy či drobné úchytky od normy, které lze zaznamenat i v přírodě u jiných živočichů.¹¹

Pozorováním dětí došel J. Bowlby k názoru, že už na konci prvního roku má dítě základní znalosti o blízkém prostředí a další roky mu umožní tyto poznatky organizovat do „vnitřních modelů“, včetně obrazu sebe sama a matky. V pěti letech už má vytvořen sofistikovaný model fungování matky včetně znalosti jejích zájmů, postojů, hodnot, smyslu pro humor, vztahů, mezi které je zařazeno i ono samo.

Později J. Bowlby dospěl spolu s M. Ainsworthovou k názoru, že **během těchto prvních let se vytvoří několik různých typů vazby dítěte s matkou.**

Vazba „JISTÁ“ je taková vazba, ve které je rodič dítěti k dispozici (je přítomen), reaguje adekvátně na jeho signály a pomáhá mu v situacích, kdy

je třeba překonávat těžkosti. Vzhledem k přítomnosti (nebo snadné dostupnosti) matky (rodičovské postavy), její citlivosti na signály vysílané dítětem, k její láskyplné ochraně, když ji dítě potřebuje, se cítí jistě. Snadno se pouští do explorace a vzdalování od matky. Když toto vzdalování samo aktivně řídí, nedělá mu potíže. I matka se v situaci interakce cítí dobře, neboť je odměňována pozitivními zpětnými vazbami dítěte, jeho prosperitou, nebojácností, osobnostním růstem, intenzivními projevy lásky při návratech z průzkumných cest.

Vazba „NEJISTÁ – úzkostná, vzdorující“ je taková vazba, při které si dítě není jisté přítomností a dostupností svých rodičů. Není si jisté reakcí rodiče, zda odpoví na jeho signály, zda mu pomůže, když bude třeba. Dítě je stále úzkostné, bojí se separace, má tendenci „držet“ se rodičů i fyzicky, hlídá si je, bojí se exploraovat prostředí, je plně zaujato starostmi o svou bezpečnost, psychicky je zatíženo strachem ze ztráty rodičů. Tato vazba se vyvine, když je matka někdy dítěti k dispozici a adekvátně na ně reaguje, a pak zcela nečekaně tuto vazbu naruší. Může být i fyzicky přítomna, ale přestane na dítě čitelně reagovat (např. opilá matka, matka depresivní, přepracovaná apod.). Tato vazba se může projevit také u dětí, kde je emocionální pouto s matkou používáno jako disciplinární prostředek.

Vazba „NEJISTÁ – úzkostná, vyhýbavá“ je taková vazba, kde dítě nemá žádnou důvěru v pomoc rodiče a péči. Čeká, že bude odstrčeno či odehnáno. Je to dítě zvyklé žít bez lásky a podpory druhých. Tato vazba se vytvoří, když matka při každé snaze dítěte přiblížit se k ní dítě odežene, odstrčí, odmítne. Extrémními případy jsou matčiny brutální manipulace s dítětem, opakované odkládání dítěte do péče jiných lidí či jeho brzké předání do institucionální péče. U těchto dětí lze očekávat růst problémů v jejich osobnostním vývoji.¹²

Matky, které v dětech podnítlí vznik vazby nejisté, si většinou své chování buď ani neuvědomují, neboť samy byly vedeny podobně, nebo si je různým způsobem racionalizují, např. tak, že dítě brání jejich vlastní kariéře, osobnostnímu růstu, harmonickému vztahu s partnerem atp.

Mary Mainová, také žačka J. Bowlbyho, posléze ještě doplnila tři výše zmíněné vazby o kategorii **D – nejistá, dezorganizovaná**, kam zařadila děti těžko vymežitelné.¹³

Závěrem lze říci, že v průběhu 20. století se zájem o proces deprivace posouval od úplné absence matky či rodiny (ústavy a problematika života

v nich) k problematice subtilnější, tedy k občasně absenci matky (oddělení dítěte v případech jeho hospitalizace nebo časné oddělení dítěte od matky v době poporodní). Zájem byl též zaměřen na rané oddělování dítěte od matky v případech institucionální jeselské péče denního typu o děti do tří let věku, což je otázka v některých i vyspělých zemích Evropy dosud velmi aktuální. V současnosti roste zájem o problematiku tzv. subdeprivace, kdy matka fyzicky nechybí, ale neposkytuje z nějakého důvodu svému dítěti potřebnou péči. Jedná se o matky extrémně nezralé, matky závislé na drogách, matky mentálně zaměřené na jiné hodnoty, než je mateřství, apod. Aktuální výzkumné otázky týkající se kvality pouta mezi matkou a dítětem v raném věku lze nalézt v publikaci *Raný psychický vývoj dítěte*¹⁴.

Literatura:

- Bowlby, J.:** *L'avènement de la psychiatrie développementale a sonné*, Devenir, 1992, vol. 4, n°4.
- Dunovský, J. a kol.:** *Sociální pediatrie*, Praha: Grada, 1999.
- Matějček, Z. – Langmeier, J.:** *Počátky našeho duševního života*, Praha: Panorama, 1986.
- Matějček, Z.:** *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*, Praha: SPN, 1992.
- Matějček, Z. – Bubleová, V. – Kovařík, J.:** *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: Psychiatrické centrum, 1997.
- Matějček, Z.:** *Výbor z díla*, Praha: Karolinum, 2005.
- Schmidt-Kolmer, E.:** *Verhalten und Entwicklung des Kleinkindes*, Berlin: Akademie-Verlag, 1959.
- Schmidt-Kolmer, E.:** *Der Einfluss der Lebensbedingungen auf die Entwicklung des Kindes im Vorschulalter*. Berlin: Akademie-Verlag, 1963.
- Šulová, L.:** *Raný psychický vývoj dítěte*, Praha: Karolinum, 2004.
- Šulová, L.:** *Position de l'enfant en République Tchèque et problématique des crèches*, in: Bergonnier-Dupuy, g.: *L'enfant, acteur et/ou sujet au sein de la famille*, Ramonville St. Agne, Érès, 2005, 169–182, ISBN 2-7492-0522-0.

¹ Konkrétně se zabývala procesem formování vlastního Já např. M. Mahlerová v práci „Zrození psychologického Já“. Tato publikace prvně vyšla v roce 1975.

² Práce A. Freudové o hospitalismu.

³ Např. manželé Harlowovi.

⁴ Mezi autorky těchto výzkumů lze jmenovat CH. Bühlerovou, I. Gindlovou, H. Hetzerovou, M. Sturmovou, H. Durfeovou, K. Wolfovou a další (Šulová, 2004, 2005).

⁵ Viz Šulová (2004).

⁶ Viz Synovský (1999).

⁷ Viz Dunovský (1999).

⁸ Viz Schmidt-Kolmer (1959, 1963).

⁹ Viz Matějček, Bubleová, Kovařík (1997).

¹⁰ Viz Matějček (1992).

¹¹ Viz Bowlby (1992).

¹² Viz Bowlby (1992).

¹³ Viz Pierrehumbert (1992) in: Šulová (2004).

¹⁴ Viz Šulová (2004).

POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA ZKUŠENOSTI PSYCHOLOGA Z VÁLKY

Marek Preiss

Hlavní diagnostické kategorie syndromu týraných a zneužívaných dětí (CAN), jako je fyzické týrání, psychické týrání, sexuální zneužívání, zanedbávání, šikanování, systémové týrání a sekundární viktimizace jsou sice v klinické praxi považovány za přítomné v běžném životě stabilizovaných a civilizovaných zemí, všechny kategorie jsou však běžně přítomny také v období války, byť v odlišném kontextu. Nejde již o skryté, za zdmi domů a domácností ukrývaný způsob chování k dětem, ale o často institucionalizované postupy a praktiky. Jak syndrom CAN, tak i válečné či vysoce konfliktní mezinárodní situace mohou způsobovat traumatizaci v podobě diagnostikovatelné posttraumatické stresové poruchy (PTSD). Traumatizace a vysoká hladina stresu je spojujícím prvkem mezi CAN a PTSD. Také terapeutická práce s oběťmi CAN i válečného násilí je do značné míry podobná.

Od vlastních zážitků, které jsme v Bosně v devadesátých let měli, uplynula řada let. Od té doby jsme se orientovali jiným směrem, zbylo jen několik pokusů zkušenosti a zážitky zpracovat (tab.1). Často ale na Bosnu vzpomínáme a asi již nikdy nezapomeneme. Je užitečné, že díky této monografii je možné si některé vzpomínky opět připomenout. V další části této práce jsme z předchozích prací (tab. 1) vybrali některé informace, o kterých jsme předpokládali, že mohou být pro čtenáře v mírovém období zajímavé nebo užitečné.

Katastrofy a zkoumání válečných situací

Katastrofy, které postihly větší počet lidí, byly systematicky zkoumány od 60. let (např. zavalení základní školy ve Walesu v roce 1966, potopení lodi Jupiter v roce 1988 a řada jiných), ale již následky 2. světové války na psychiku byly podrobně sledovány. Byly publikovány práce o vlivu války na psychiku z válečných událostí v Japonsku, Kuvajtu, Guatemale, Nikaragui, Vietnamu, Libanonu i v zemích bývalé Jugoslávie.

Psychické důsledky těchto mimořádných zkušeností se odborně označují jako posttraumatické stresové poruchy (PTSD, *posttraumatic stress disorder*) a jejich popis je součástí mezinárodně uznávané klasifikace nemocí. Přesto se jedná o normální reakci na běžné zkušenosti vymykající se udá-

losti. Příznaky PTSD začínají většinou po období latence, které trvá zpravidla několik týdnů, ale maximálně šest měsíců. Asi u poloviny případů dochází podle DSM-III k uzdravení do tří měsíců po traumatu, ale řada jiných má dlouhodobě přetrvávající symptomy déle než rok. Pro uznání diagnózy platí alespoň trvání v délce jednoho měsíce.

Literatura o PTSD je poměrně bohatá. V Anglii vychází *Journal of Traumatic Stress*. Byly publikovány základní práce o vlivu traumatických událostí na děti, práce o behaviorální terapii PTSD. Byly zpracovány zkušenosti s dětmi ve válečných situacích z Chorvatska, Kambodži a Filipín. Byly publikovány i populárně vědecké práce pro učitele a veřejnost. Za jeden z dnes již klasických výzkumů PTSD je považována práce Pynoose et al. (1987).

V základní škole v Los Angeles došlo v roce 1984 k útoku snajpera na hrající si děti na hřišti před školou. Jedna dívka byla zabita, 13 dětí zraněno. Při útoku se mnohým z dětí povedlo dostat se domů, část dětí se schovala ve škole, která však byla útočnickem stále ohrožena. Po několika hodinách policejní komando dorazilo do útočnickova bytu. Snajper byl nalezen mrtvý, spáchal sebevraždu. Krizový tým, složený z psychologů a psychiatrů, zkoumal následky traumatu na další vývoj dětí. Interview, ve kterém byly probírány symptomy PTSD (tzv. reakční index PTSD, viz dále) se uskutečnilo po měsíci od útoku. Výzkumu se zúčastnilo 159 dětí. Výsledkem byly výrazné rozdíly mezi dětmi:

1. které byly přítomny na hřišti,
2. které byly v době útoku ve škole,
3. které skončily školu dříve a byly mimo školu,
4. které měly v té době prázdniny.

Byly tedy zjištěny větší potíže u dětí, které byly více exponovány. Nebyly zjištěny rozdíly mezi dětmi v pohlaví, věku a rase. Autoři vyvinuli pro zkoumání následků PTSD reakční index, který zahrnuje 16 symptomů a je obsažen v klinickém rozhovoru.

Projevy PTSD

Projevy PTSD je možné rozdělit do tří skupin:

- I. Opakované znovuprožívání traumatu ve vzpomínkách, snech. Náhlé zaplavující pocity, že se celá událost opakuje. Intenzivní pocity úzkosti a strachu při setkání s něčím, co původní zážitek může připomínat.

- II. Snaha vyhnout se myšlenkám nebo prožitkům, které se týkají inkriminované události. Snížený zájem o věci, které pro člověka byly dříve důležité, např. koníčky. Pocity izolovanosti, otaženosti od druhých lidí, otupění afektů. Pocity, že život nemá smysl, že není budoucnost.
- III. Psychosomatické projevy jako poruchy spánku, iritabilita, poruchy pozornosti, nadměrná živost, projevy zvýšené úlekové reakce.

U dětí dochází po traumatickém zážitku k procesu, který se dá shrnout do pěti fází. Zpočátku je typická **akutní vyděšenost**, která doprovází bezprostřední zážitek. Dítě zpravidla nerozumí přesně tomu, co se doopravdy stalo. V období **popření zážitku** se projevují různé psychosomatické symptomy, jako je nespavost, poruchy paměti, strnulost či necitlivost nebo naopak nadměrná živost. Poté zpravidla následuje **období znovuprožívání zážitků** ve snech nebo vzpomínkách, objevují se reakce nadměrného zděšení při náhlém překvapení, afekty jsou nadměrně labilní a spánek nekvalitní. **Pochopení příčin** toho, co se vlastně stalo, projevy smutku a konečně vytváření plánů do budoucnosti tento proces ukončuje.

V lednu 1994 proběhl díky UNICEF dotazníkový výzkum zaměřený na vliv války. Šetření náhodně vybraných dětí ve východním (muslimském) Mostaru v lednu 1994 ukázalo, že:

- 85 % dětí bylo přinuceno opustit svůj domov,
- 57 % uvedlo, že jeden nebo oba rodiče byli zraněni,
- 19 % bylo zraněno,
- 19 % mělo sourozence, kteří byli zraněni,
- 62 % vidělo mrtvé,
- 90 % vidělo, jak byl nějaký člověk zraněný,
- 95 % bylo v situaci, kdy myslelo, že zemře,
- 100 % zažilo bombardování velmi blízko,
- 75 % uvedlo, že jejich dům byl napadnut nebo ostřelován,
- 67 % bylo ostřelováno snajpery,
- 43 % zažilo vážný nedostatek jídla a vody,
- 24 % uvedlo, že si myslely, že zemřou zimou.

Výsledky téhož šetření ukázaly, že často:

- 53 % dětí si myslí, že život nemá smysl žít,
- 71 % má děsivé sny,
- 77 % má bolesti břicha (což je způsobeno částečně nedostatkem potravy a částečně je psychosomaticky podmíněné).

Vyšetření PTSD

Kromě běžných metod jako je rozhovor, volná a zaměřená kresba, hra s loutkami (u mladších dětí) byly pro odborné účely vyvinuty škály a indexy. K nejpoužívanějším patří Impact of Event Scale a Reakční index.

Impact of event scale (IES)

Jde o patnáctipoložkovou škálu, která se zabývá následky traumatu na prožívání probanda. Pacient vybírá mezi čtyřmi možnostmi (nikdy, zřídka, občas, často). Položky 1, 4, 5, 6, 10, 11 a 14 měří tzv. *intrusion* (vtíravé myšlenky na trauma) a položky 2, 3, 7, 8, 9, 12, 13 a 15 tzv. *avoidance* (snaha vyhnout se vzpomínkám a fantaziím, které se vztahují k traumatickému zážitku). Skóruje se 0 (nikdy), 1 (zřídka), 3 (občas) a 5 (často). Původní Horowitzové verze zahrnuje hodnocení intenzity i frekvence příznaků probandem. Otázky se vztahují na časový horizont jednoho týdne, někdy i na kratší období. Autoři škály uvádějí interní validitu 0,8–0,9. Externí validita je označována jako velmi dobrá. Především pro dospělé se používá revidovaná forma IES-R (viz příloha 1). Ověření diagnózy v rozhovoru uvádí další příloha (příloha 2) pro dospělé.

Impact of Event Scale

1. Myslel/a jsem na to, i když jsem nechtěl/a.
2. Nechtěl/a jsem být zděšený/á tím, že na to myslím nebo vzpomínám.
3. Snažil/a jsem se to vymazat z paměti.
4. Měl/a jsem potíže se spánkem nebo s usínáním, protože jsem na to musel/a myslet.
5. Měl/a jsem o tom návaly silných pocitů.
6. Zdálo se mi o tom.
7. Snažil/a jsem si to nepřipomínat.
8. Cítil/a jsem, jako kdyby se to nestalo nebo jako kdyby to nebylo skutečné.
9. Zkoušel/a jsem o tom nemluvit.
10. Vnucoval se mi obraz toho, co se stalo.
11. Určité věci mi připomínaly, co se stalo.
12. Věděl/a jsem, že to stále silně prožívám, ale nic jsem s tím nedělal/a.
13. Snažil/a jsem se na to nemyslet.
14. Při každé vzpomínce jsem to znovu prožíval/a.
15. Když jsem na to myslel/a, bylo to jakoby bez citu.

Reakční index PTSD

Druhým častým nástrojem pro objektivizaci traumatických zážitků je Reakční index PTSD. Používá se v rámci rozhovoru a každá položka (celkem 16 položek) je skórována jako přítomna nebo nepřítomna. Celkový skór 7 a více představuje mírnou formu, skór více než 10 střední a více než 12 výraznou formu PTSD.

Položky Reakčního indexu PTSD:

1. označení události jako extrémního stresoru,
2. zděšení, kdykoliv na to dítě pomyslí,
3. strach z opakování,
4. strach při přemýšlení o události,
5. snaha vyhnout se připomenutí si události,
6. prudká úleková reakce,
7. snaha vyhnout se pocitům, které se vztahují k události,
8. vnucující se myšlenky,
9. špatné sny,
10. narušení spánku,
11. vnucující se představy a zvuky,
12. ztráta zájmu o důležité aktivity,
13. potíže se soustředěním,
14. stranění se lidí,
15. myšlenky na událost narušují učení,
16. pocity viny.

Terapie

Základem je rozhovor, ve kterém se dbá na podrobnou explorační traumatické události. Samotnému rozhovoru zpravidla předchází kresba. Ta může být zaměřena přímo na konkrétní zážitek nebo může být definována volně „nakresli cokoli, co budeš chtít, ale tak, aby jsi mi k tomu mohl říci příhodu“. V další fázi se pak od rozhovoru o volné kresbě přechází k traumatickému zážitku. Terapeut se také na „nejhorší okamžik“ a snaží se, aby se všechny detaily objasnily. Po exploraci přichází uklidnění dítěte, plánování budoucnosti, aktivizace, směřování ke konkrétním činnostem a cílům. K dalším postupům patří metody behaviorální psychoterapie, především systematická desenzitivace. Dále se používá tzv. „zaplavení in vitro“, ve kterém se imaginace traumatického zážitku střídá s nácvikem

relaxace. V případech, kdy v popředí symptomatiky PTSD je zvýšená aktivizace (*hyperarousal*) dítěte, se doporučují relaxační techniky, zvláště střídání aktivizace a uvolnění. Mezi nově zaváděné techniky patří Shapirova desenzitivace pomocí očních pohybů (*Eye Movement Desensitization, MED*). Jako u mnoha jiných poruch platí, že včasný záchyt zvyšuje efektivitu léčby. I podle mých zkušeností byla práce s dětmi, které byly traumatizovány na počátku války, podstatně svízelnější než s těmi, které prožily zátěžovou situaci v nedávných měsících. Psychické následky také přímo závisely na druhu traumatu (např. pobyt v koncentračním táboře, vyhnání z domu nebo smrt rodinných příslušníků byl výrazně závažnějším stresorem než např. „pouze“ bombardování). Dalším kritériem byla rodinná konstelace, soudržnost rodinných příslušníků. Dá se také předpokládat, že po skončení války se jakoby paradoxně objeví více psychických poruch. Důvody jsou nasnadě – v době ohrožení jsou lidé nuceni napnout fyzické i psychické síly k přežití. Po skončení války bude více prostoru pro ventilaci psychických traumat. V průběhu války se podle autorových zkušeností objevilo také velké množství enuréz. Většinou následovaly bezprostředně po výrazných stresových zátěžích. Někdy byly behaviorální přístupy překvapivě účinné. Horší výsledky byly u balbuties, kde zpravidla došlo k fixaci a reedukace probíhala v krátkodobé terapii obtížně. Velmi přínosná se zdála psychoterapie hrou, která alespoň na určitou dobu dokázala děti odvést od každodenních problémů a starostí.

Cílem naší práce bylo provádět psychologické vyšetření a psychoterapii dětí, které byly pediatrickým screeningem vytipovány pro psychologickou pomoc. Během první poloviny pobytu jsme s tlumočnickem navštěvovali rodiny v domácnostech, během druhé jsme v kanceláři UNICEF založili ambulantní ordinaci. Dětské pacienty byli oznámeni místním rádiem a v 60–70 % se dostavili do ordinace. Celkem jsme tak dosti podrobně poznali kolem 100 dětí a jejich rodin a několik dalších dětí při návštěvách dětského domova a centra pro mládež. Při rozboru screeningem dříve identifikovaných dětí jsme našli tyto hlavní problémové skupiny:

1. Děti s posttraumatickými stresovými poruchami

Tyto potíže se výrazně projeví u 60 % dětí. Hlavní příčinou byl prožitok bombardování. Další z nich podle naší zkušenosti jsou:

- stát se uprchlíkem,
- smrt nebo zranění v rodinném kruhu,
- vidět smrt nebo zranění jiných osob,

- pobyt v koncentračním táboru,
- být mučen nebo být přítomen při mučení jiných osob,
- matčina deprese nebo depresivní reakce.

Ze symptomů se nejčastěji vyskytovaly: depresivní pocity, neobvyklá tichost, flashbacky (pocit náhlého znovuprožití traumatické události), poruchy spánku, všudypřítomná úzkost, vyhýbaní se kontaktu s jinými dětmi nebo dospělými. Ve většině rodin, které jsme poznali, netrpělo těmito potížemi pouze dítě, ale i další rodinní příslušníci.

2. Děti s opožděným vývojem

15 % dětí mělo vážné potíže se zvládnutím požadavků školy. Během dvou posledních let byla výuka vážně ohrožena. Vyučování probíhalo v improvizovaných třídách v úkrytech. Řada dětí zcela ztratila dva roky a trávila (většinou nepříjemně prožívané) nedobrovolné prázdniny. Ve srovnání s dětmi, se kterými jsme se setkávali na pražské dětské psychiatrii, jsou tyto děti opožděné v kreslení (některé rodiny neměly ani tužky a papíry), ve zkouškách pozornosti (Číselný čtverec) a inteligenční zkoušce (dětský RAVEN). Nedostatek dětských knih se podílí na zhoršené úrovni čtení a psaní. Neexistuje ani jedna veřejná knihovna. Na konci září 1994 nebyla v Mostaru otevřena ani jedna škola – oprávněný strach z raketových útoků a aktivity ostřelovačů způsobil další prodloužení prázdnin.

3. Děti s poruchami řeči (především kóktání)

Poruchy řeči se objevily většinou po silných zážitcích (otec v koncentračním táboře, silné bombardování, zážitky vyhnání z domovů apod.).
Poruchy řeči se vyskytly u 15 % dětí.

4. Děti, které přišly o rodinné příslušníky

Některé děti neměly jasnou představu, k čemu došlo, a neprošly běžným obdobím smutku. U jiných jsem zjišťoval protahovaný, mnoho měsíců trvající zármutek, často spojený s protahovanou depresivní reakcí dospělých členů rodiny.

5. Děti ze smíšených manželství (např. otec Srb, matka muslimka)

Nepotkali jsme mnoho takových rodin, je ale fakt, že se jedná o záležitost, o které se nemluví. Před válkou byla smíšená manželství běžná, nyní jsou velmi vzácná. Měli jsme zkušenost se smíšenou rodinou, matka Srbka, otec muslim. Syn nenáviděl Srby. Sama etnická provázanost jasně hovoří o tom, že usmíření mezi různými etnickými skupinami nebude jednoduchou záležitostí. Problematika smíšených manželství by vyžadovala dlouhodobý program a jde o velmi citlivou otázku.

KAZUISTIKY

Desetiletá Arnesa byla doporučena pediatrem. Zdála se neobyčejně tichá, nemluvila a výrazně se zhoršila ve škole. Během války ztratila oba rodiče. Otec zemřel na infarkt a matka byla zabita přímo před ní úlomkem granátu. Arnesa měla její krev na těle. Asi 20 dní žila u Červeného kříže i se svým mladším bratrem, pak krátce v domově pro děti bez rodičů. Po matčině smrti přestala mluvit. Ztratila také část vlasů a dodnes má na hlavě místo, kde jsou vlasy bílé. Začala být agresivní k bratrovi. Obou dětí se ujala teta a její muž, kteří mají dvě vlastní děti. Ve škole má nyní špatné známky, potíže se soustředit. Musela opakovat první třídu.

V ordinaci mluvila málo, byla ostýchavá a nedívala se přímo do očí. Neodpovídala na otázky. Na požádání nakreslila obrázky, po několika sezeních jsem ji požádal, aby nakreslila, jak její matka zemřela, pak jsme probírali, jak se to stalo a co při tom cítila. Sama pak nakreslila téměř shodný obrázek a chtěla o něm mluvit s tetou. Promluvili jsme s učitelkou a společně jsme dosáhli přeřazení do zvláštní školy. Tam Arnesa pookřála a začala více mluvit. Dostávala domů pohádky a byla vyzývána, aby vyprávěla obsah. To se jí nedařilo, ale nebylo jasné, jestli se opravdu nepamatuje nebo zda se ostýchá mluvit.

Třináctiletá Irma měla tři roky bolesti hlavy, břicha, byla smutná a zároveň nervózní. Poslední tři roky měla poruchy spánku. Má mladšího bratra, ale hraje si raději sama. Navštívila s rodiči lékaře a ten předepsal vitamíny. Za války viděla mrtvé a raněné. Rodina patřila k uprchlíkům z vesnic. Na druhém sezení jsem se jí vyptával na sny. Irma vyprávěla, že včera v noci se jí zdálo o muži, který stál za jejími okny. „Díval se na mě a chtěl něco ukrást. Nikdy jsem ho neviděla. Měl zbraň a dvě bomby.“ Tento psychoanalytický sen byl střídán jinými, především úzkostnými sny. Když byla tázána na nejhorší zážitek z války, nakreslila a vyprávěla příběh: „Byli jsme s mat-

kou venku. Byla tam také jedna paní. Vojáci začali střílet z garáže a zastřelili ji. Vojáci odtáhli její tělo traktorem a matka šla na policii.“ Vyprávěla také o otci, jak ho navštěvovala dva měsíce v koncentračním táboře. Viděla vojáky, jak zabíjejí lidi nákladákem. Po třech sezeních se nálada zlepšila, začala spát lépe, bez děsivých snů.

Jedenáctiletý Sladzan měl bolesti břicha, které nebyly způsobeny tělesnými potížemi a které se pomalu zlepšovaly. Dětský lékař předepsal léky, ale matka je dítěti nedávala. Má dva starší sourozence. Rodina patří k uprchlíkům ze Západního Mostaru. Matka a otec jsou z odlišných národností – Chorvatka a muslim. Během války byla rodina rozdělena, otec s dcerou žili v oddělené části města, v té době byla matka kritizována, že si vzala muže z „nepřátelského tábora“ a musela se přestěhovat. Otec byl uvězněn, protože nastoupil pozdě do armády. Matka a Sladzan se dlouho domnívali, že je otec po smrti, pak se jim podařilo utéct ze Západního Mostaru a rodina se spojila. Během odloučení od otce byla matka velmi nervózní a bála se o otce. Sladzan se o matku bál a často říkal „mami, neplač“. Během války byl také vybrán na ozdravný pobyt do Rakouska, kde se dětem většinou líbilo. Stěžoval si tam na bolesti hlavy a nervozitu. V současnosti také špatně spí, má úzkostné sny (o hadech v lese). Přál by si být kuchařem, umí vařit několik jídel. Během rozhovorů byl velice „tvrdý“, odmítal kreslit špatné zážitky z války „nevím o žádných“, ale při pokusech o probrání méně příjemných zážitků plakal. Přesto se po těchto rozhovorech jeho stav zlepšil, spal klidněji. Matka byla povzbuzována, aby s ním v rozhovorech o válce pokračovala.

Devítiletá Admira v noci chodila ve spaní, nepravidelně. Začala to dělat v době, kdy byl otec zavřený na deset měsíců do koncentračního tábora. V noci se matka musí o Admiru starat, aby si neublížila. Admira je agresivní k dětem a nechce poslouchat matku. Během několika sezení nakreslila obrázky z války. Nejhorším válečným zážitkem bylo, když byl před jejíma očima bratr zbit vojáky. Přála by si být doktorkou. Po dvou sezeních chůze ve spánku vymizela.

Práce psychologa ve válečných podmínkách představuje ojedinělou zkušenost, náročnou na odolnost vůči stresu. Základem zlepšení psychického stavu dětí je však mír v Bosně, zlepšení hospodářských podmínek a poválečná obnova země. Psychologové mohou přispět dlouhodobými programy ke zvládnání stresu, psychosociálního výcviku učitelů a psychoterapeutickou praxí zaměřenou na posttraumatickou stresovou poruchu.

Problematika práce s dětmi traumatizovanými válkou je oproti vedení dětí s CAN snad ještě náročnější, protože válka narušuje nejen psychickou stabilitu, ale i materiální zázemí. Sekundární traumatizace, vyvolaná nezaměstnaností a ekonomickým poklesem, potřebu terapeutické péče o oběti válečného násilí ještě zvyšuje.

Tab. 1 Vlastní publikace na téma posttraumatických stresových poruch

Vizinová, D. – Preiss, M.: Psychické trauma a jeho terapie. Psychologická pomoc obětem válek a katastrof. Praha: Portál, 1999.

Praško, J. – Hájek, T. – Preiss, M.: Posttraumatická stressová porucha a jak se jí bránit. Praha: Pfizer, 2002.

Praško, J. – Hájek, T. – Pašková, B. – Preiss, M. – Šlepecký, M. – Záleský, R.: Stop traumatickým vzpomínkám. Praha: Portál, 2003.

Preiss, M.: Posttraumatické stresové poruchy u dětí za války v Bosně. Česká a Slovenská Psychiatrie, 1995, 91, 6, 361–366.

Preiss, M.: Psychologické péče o děti postižené válkou v Bosně. Česká a Slovenská Psychiatrie, 1995, 39, 4, 241–243.

Preiss, M. – Newman, M.: Válečná traumata u dětí v Bosně. Československá psychologie, 1995, 39, 6, 534–541.

Preiss, M.: Poučili jsme se z povodní 1997? Psychiatrie, 2, 1998, 4, 286–287.

Preiss, M.: Hloubka depresivity v sebeposuzovací škále CDI u dětí po válce v Bosně. Československá psychologie, 1998, 6, 558–564.

Preiss, M. – Mohr, P. – Kopeček, M. – Melanová, V. – Janečka, V. – Rodriguez, M. – Hájek, T.: Trauma a stres osm měsíců po povodních v roce 2002. Psychiatrie 8; 2004, 180–186.

Preiss, M.: Válka v Bosně a psychologická pomoc. Propsy, 3, 1996.

Preiss, M.: Válka v Bosně – pohled psychologa. Propsy, 3, 1997, 3, 7–9.

Preiss, M.: Černobyl – stále živé trauma. Propsy, 4, 1998, 2.

Preiss, M.: Posttraumatické stresové poruchy. Vojenský profesionál, 7–9, 1998, str.7–9.

Preiss, M.: Traumata moderních společností. Československá psychologie, 1997, 2, 171–173.

Preiss, M.: Psychologie v armádě – jak dál? Psychologie dnes. 4, 1998, 9, 12.

Preiss, M.: Psychická traumatizace dětí v extrémních situacích. *Lékařské listy*, 35, 30. 8. 1996, str. 10.

Preiss, M.: Psycholog ve válce – posttraumatické stresové poruchy u dětí. *Nedělní lidové noviny*, 26. 11. 1994, str. 2.

Příloha 1

Impact of Event Scale – Revised

Instrukce: dále je uveden seznam obtíží, které lidé někdy mají po zátěžové životní situaci. Prosíme, soustředte se nyní na a Váš psychický stav.

Prosím, přečtete si pečlivě každé tvrzení a pak určete, jak moc Vám každá vadí BĚHEM POSLEDNÍCH SEDMI DNŮ.

	Vůbec ne	Trochu	Střed- ně	Silně	Velmi silně
1. Každá vzpomínka mi vrací pocity, které jsem tehdy měl/a.	0	1	2	3	4
2. Měl/a jsem potíže spát delší dobu.	0	1	2	3	4
3. I jiné věci mi připomínají, co se stalo.	0	1	2	3	4
4. Cítím se podrážděně a naštvaně.	0	1	2	3	4
5. Snažím se vyhnout se rozrušení, když na to myslím, nebo když se mi to vrací.	0	1	2	3	4
6. Myslím na to, i když nechci.	0	1	2	3	4
7. Cítím, jako kdyby se to nestalo nebo jako kdyby to nebylo skutečné.	0	1	2	3	4
8. Snažil/a jsem se nevracet se ke vzpomínkám na to.	0	1	2	3	4
9. Obrazy té události se mi usadily v mysli.	0	1	2	3	4
10. Byl/a jsem vylekaný/á a snadno rozklepaný/á.	0	1	2	3	4
11. Zkusil/a jsem na to nemyslet.	0	1	2	3	4
12. Věděl/a jsem, že mám kolem toho spoustu pocitů, ale nezabýval/a jsem se tím.	0	1	2	3	4
13. Moje pocity okolo toho byly jakoby ztuhlé.	0	1	2	3	4
14. Zjistil/a jsem, že reaguji nebo se cítím stejně jako v době, kdy se to stalo.	0	1	2	3	4
15. Měl/a jsem problémy usnout.	0	1	2	3	4

	Vůbec ne	Trochu	Střed- ně	Silně	Velmi silně
16. Měl/a jsem návaly silných pocitů o této události.	0	1	2	3	4
17. Snažil/a jsem se to vymazat z paměti.	0	1	2	3	4
18. Špatně jsem se soustředil/a.	0	1	2	3	4
19. Vzpomínky na událost mi způsobily fyzické reakce jako pocení, obtížné dýchání, zvracení nebo bušení srdce.	0	1	2	3	4
20. Zdálo se mi o tom.	0	1	2	3	4
21. Cítil/a jsem se nastraženě a v obraně.	0	1	2	3	4
22. Snažil/a jsem se o tom nemluvit.	0	1	2	3	4

Skórování

Škála AVOIDANCE (vyhýbání se) = průměr položek 5, 7, 8, 11, 12, 13, 22.

Škála INTRUSION (intruze) = průměr položek 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.

Subškála HYPERAROUSAL = průměr položek 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Rozhovor k ověření PTSD pro dospělé (blíže viz Preiss et al., 2004)

Posttraumatická stresová porucha	
Někdy se člověku stanou věci, které jsou mimořádně těžké – např. ohrožení života při katastrofách, velmi vážných nehodách nebo požárech, při fyzickém napadení nebo znásilnění, při pozorování zabití nebo smrti, zranění nebo když jsme slyšeli o něčem hrozném, co se stalo někomu blízkému. Před tím, než přišly povodně, staly se Vám nějaké podobné věci?	Zapište traumatickou událost:
POKUD JE JAKÁKOLIV UDÁLOST ZMÍNĚNA, POKRAČUJEME: někdy se podobné události vrací ve spánku, v nočních můrách, záblescích paměti nebo myšlenkách, kterých se nemůžete zbavit. Stalo se Vám to?	
Pokud ne, pokračujte: a stalo se Vám, že byste byl/a silně rozrušen/a v situaci, která Vám připomínala některou z těchto hrozných událostí?	
V NÁSLEDUJÍCÍCH OTÁZKÁCH SE SOUSTŘEĎTE NA TRAUMATICKOU/É UDÁLOST/I, ZMÍNĚNOU/É VÝŠE.	
	Kritéria PTSD
	A. Osoba byla vystavena traumatické události během které člověk:
POKUD SE VYSKYTLA VÍCE NEŽ JEDNO TRAUMA: „která z těchto věcí Vás zasáhla nejvíce?“	1. Prožil/a, byl/a svědkem nebo musel/a čelit traumatické události nebo událostem, při nichž došlo aktuálně k usmrcení někoho jiného, kdy hrozila smrt nebo při nich došlo k těžkému úrazu nebo k ohrožení fyzické integrity vlastní nebo druhých
Pokud je to nejasné: „jak jste reagoval/a na (událost), když se to stalo? Měl/a jste strach, byl/a jste zděšený/a nebo jako bezbranný/á?“	2. Reakcí jedince byl intenzivní strach, beznaděj nebo hrůza.
Nyní bych se Vás chtěl zeptat několik otázek na způsob, jakým Vás to ovlivnilo. Například...	B. Traumatická událost je neodbytně znovuprožívána jedním nebo několika z následujících způsobů:

...myslel/a jste na (trauma), když jste nechtěl/a nebo přicházely myšlenky na (trauma), když jste si to nepřál/a?	1. Opakované a neodbytně obtěžující vybavování události ve formě představ, myšlenek nebo vjemů.
...měl jste sny o (trauma)?	2. Opakované nepříjemné sny týkající se události.
... zjistil jste, že se chováte nebo cítíte jako když se to stalo?	3. konání nebo pocity, jako by se traumatická událost vracela ve formě pocitu znovuprožívání, iluzí, halucinací a epizod disociačního flashbacku, včetně takových, které se mohou vyskytnout při probuzení nebo při intoxikaci.
...byl/a jste silně rozrušený/a, když Vám něco připomnělo (trauma)?	4. Závažné psychické obtíže po vystavení vnitřním nebo vnějším podnětům, které symbolizují nebo něčím připomínají traumatickou událost.
...měl/a jste nějaké fyzické potíže, např. namáhavé dýchání, bušení srdce nebo rychlý tep?	5. Somatické reakce vystavení vnitřním nebo zevním podnětům, které symbolizují nebo něčím připomínají traumatickou událost.
	C. Trvalé vyhýbání se podnětům spojených s traumatem a ochromení všeobecné vnímavosti, které nebylo přítomno před traumatem, projevující se třemi nebo více z následujících kritérií.
Od této události ...snažil/a jste se vyhnout se myšlenkám nebo povídání o tom, co se stalo?	1. Snaha vyhnout se myšlenkám, pocitům nebo rozhovorům spojených s traumatem.
...snažil/a jste se nebýt v kontaktu s věcmi nebo lidmi, které by Vám připomínali, co se stalo?	2. Snaha vyhnout se činnostem, místům nebo lidem vyvolávajícím vzpomínku na trauma.
... byl jste neschopný vzpomenout si na důležitou část toho, co se stalo?	3. neschopnost vybavit si nějaký důležitý moment traumatu
...měl/a jste mnohem menší zájem dělat věci, které jsou pro Vás důležité, např. setkání s přáteli, čtení knih nebo sledování televize?	4. Zřetelně snížený zájem nebo účast na důležitých činnostech.
...cítíl/a jste se lhostejný/á nebo odcizený/á od druhých lidí?	5. Pocit lhostejnosti nebo odcizenosti ve vztahu k druhým.
...cítíl/a jste se „z necitlivěný/á“ nebo jako kdybyste nemohl/a prožívat k nikomu lásku?	6. Zúžený rozsah emotivity, např. neschopnost pociťovat lásku.

...cítil/a jste změnu v tom, jak přemýšlíte nebo plánujete budoucnost?	7. Pocit omezených možností do budoucna, např. nezájem o kariéru, manželství, děti, běžný život.
	D. Trvalé příznaky zvýšené dráždivosti, které nebyly přítomny před traumatem, projevující se dvěma nebo více z následujících kritérií:
Od této události... ...máte potíže se spánkem? (Jaké potíže?)	1. Obtíže s usínáním nebo udržením spánku.
...jste neobvykle podrážděný/a? A co návaly vzteku?	2. Podrážděnost nebo návaly hněvu.
...máte potíže se soustředit?	3. Obtíže s koncentrací.
...jste jakoby nastražený/á a napnutý/á, i když k tomu není žádný důvod?	4. Hypervigilita.
...snadno se vylekáte nebo vyplašíte, např. nějakým zvukem?	5. Nadměrná úleková reakce.
Jak dlouho tyto problémy trvaly?	E. Porucha trvá déle než jeden měsíc (kritéria B, C a D).
	F. Porucha způsobuje klinicky významné potíže nebo zhoršení výkonu sociálních, pracovních nebo jiných důležitých aktivit.
	Závěr: PTSD ANO NE (zakroužkujte)

Literatura:

Weiss, D. S. – Marmar, C. R.: *The Impact of the Event Scale-Revised*. In Wilson, J. P.– Keane, T. M. (Eds): *Assessing psychological trauma and PTSD: A practitioner's handbook* (pp. 399–411). New York: Guilford Press, 1997.

TRANSGENERAČNÍ PŘENOS

Radka Dydňanská

Obecně je transgenerační přenos definován jako „*proces, následkem kterého se vědomě nebo neúmyslně přenáší vzorce chování do další generace*“ (Ijzendoorn, 1992). Jedná se tedy o to, že dítě vyrůstající v rodině přebírá kladné nebo negativní vzorce chování a ty později, často nevědomě, uplatňuje ve své rodině. Pokud je dítě týráno, zneužíváno či zanedbáváno, existuje zde zvýšené riziko, že i ono bude své děti vychovávat nevhodným způsobem. Podobně to naznačují následující závěry několika zahraničních studií. Ne všechny studie se ovšem ve svých závěrech, zda týrané děti vytvářejí v dětství týraní rodiče, jednoznačně shodují.

Retrospektivní studie naznačují 7–70 % v transgeneračním přenosu syndromu CAN. Retrospektivní studie jsou ovšem omezeny konstrukcí a důvěrou ve zprávy týrajících rodičů. Rodiče již mohou v dospělosti své dětství vidět zkresleně. Proto ani jejich výpovědi nemusejí být zcela autentické. Kaufman a Zigler (1986, s. 189) uvádějí 30% ($\pm 5\%$) riziko přenosu. J. E. Oliver (1993, s. 1323) vychází rovněž z poznatků studií a píše, že třetina dětských obětí přenáší násilnou výchovu na své děti a třetina tak nečiní. Zbývající třetina setrvává v náchylnosti na účinky sociálního stresu s pravděpodobností, že se stanou týrajícími rodiči.

K této hypotéze se přiklání i Koukolík (1996, s. 206), který ve své knize píše, že byl vytvořen rozbor šedesáti vědeckých prací z let 1877–1993, jež se zabývaly transgeneračním přenosem zneužívání dětí. Z rozboru bylo zjištěno, že třetina dětí selže ve své rodičovské roli podobně jako jejich rodiče. Další třetina se ke svým dětem chová běžným způsobem, ale v okamžiku kdy se dostane do stresu, má sklon chovat se stejně jako třetina první. Poslední třetinu pravděpodobně tvoří odolné děti, z nichž vyrostli normální rodiče. Koukolík dále popisuje, že následky násilí se mohou skutečně projevit až v několikáté generaci. Uvádí to na příkladu, kdy sexuální zneužívání dítěte jedním rodičem se projeví depresí v dospělosti u dítěte v druhé generaci. Dospělý depresivní rodič je pak příčinou násilného chování a kriminality dítěte ve třetí generaci.

O podobných závěrech pravděpodobnosti přenosu syndromu CAN svědčí i studie prezentovaná na XIV. Národní konferenci k problematice týrání, zneužívání a zanedbávání dětí, která se konala v březnu 2003 v St. Louis (Missouri, USA). Studií bylo zjištěno, že ze 47 matek, které byly v dětství

týrány, zanedbávalo nebo opustilo 40 % své dítě v raném dětství, 30 % prokázalo hraniční péči a 30 % poskytovalo svým dětem kvalitní péči.

Goodwin a kol. (1981) na základě svého výzkumu dokládá, že k projevu transgeneračního přenosu může dojít v jakémkoli vývojovém stadiu dítěte. Jeho výskyt tudíž není nutně omezen na nízký věk dítěte, ale může se objevit třeba až v adolescentním období. Výzkum dále nepotvrdil přenos specifických typů syndromu CAN. Příkladně u matek, které byly v dětství fyzicky týrány, se zvyšovalo riziko jak k fyzickému, tak i k sexuálnímu týrání dětí.

Jak uvádí England a Susman-Stillman (1996), je přenos týrání napříč generacemi jednou z nejpobulárnějších teorií týrání dětí. Odborníci se navzdory tomu málo věnují objasnění mechanismů vysvětlujících, proč k přenosu dochází. Předávání nevhodných výchovných návyků z generace na generaci má jistě více podstat. Jednou z nich může být to, že když je dítě doma krutě trestáno, vytvoří si představu, že to tak má být a že za jeho neposlušnost mu takový trest náleží. Když se v dospělosti dostane do podobné situace se svými dětmi, nemusí ho proto ani napadnout, že by se situace dala řešit jiným způsobem než neúměrným trestem. Dalším důvodem přenosu bývá skutečnost, že týrané dítě zažívá neskutečný pocit bezmoci a vzteku. Touží mít moc své trápení zastavit, případně i oplatit veškerou křivdu a utrpení, které mu bylo způsobeno. To se mu právě nabízí v interakci se svým dítětem. On se zde dostává do pozice silnějšího, který řídí situaci a své ponížení z dětství si kompenzuje na svém potomkovi. Tím se mu uleví, protože má možnost vědomě prožít, co ho léta tíží. Tak ovšem předává stejnou bolest dítěti a zatěžuje další generaci. Tomuto nevědomému přehrávání vlastní zkušenosti s rodičem se říká „*mechanismus agování*“.

Ve zlomení cyklu syndromu CAN hraje svoji úlohu **důslednost ve výchově dítěte**. U rodičů, kteří byli v dětství krutě týráni, ale důslední ve výchově svých dětí, se zjistilo, že své děti méně týrali než rodiče s podobnými zážitky, které své děti vychovávali nedůsledně. Rodič, jenž má nedostatek výchovných dovedností, pravděpodobně zažívá při jednání se svým dítětem velkou dávku stresu a frustrace. Pokud byl navíc v dětství týrán, může být výsledkem přenos násilného zacházení z jedné generace do další. Rodič totiž díky stresujícím prožitkům v interakci s dítětem není schopen s ním racionálně komunikovat, a proto se hned uchýlí k trestu.

Podle Kocourkové (2000) se mohou následky traumatu z týrání, zneužívání či zanedbávání projevovat různě. Reakce dítěte je spolupodmiňována věkem, fází vývoje, předchozími zkušenostmi, jeho adaptačními a obrannými

mechanismy, které ke zvládnutí psychického traumatu používá. Trauma, pokud není léčeno, se postupem času transformuje do specifické osobnostní struktury lidí, kteří ve svých životech přinášejí emoční zranění do nových vztahů. Může se to projevit jednak tím, že v dospělosti budou týrat své děti, ale také jsou podle Kocourkové známy případy, kdy se rodiče stávají obětí týrání právě svých dětí.

Cyklus transgeneračního přenosu týrání, zneužívání a zanedbávání a možnosti jeho přerušení

Jak již bylo řečeno, podstatným činitelem chování k dítěti je vlastní zkušenost z dětství. Naučené vzorce chování potom rodiče aplikují ve výchově svých dětí. Svě špatné chování často omlouvají tím, že „doma je také řezali a nijak jim to neublížilo“. Může se ale stát, že jedinec zaujme v dospělosti jiné stanovisko a chyb, kterých se na něm dopouštěli jeho rodiče, se ve své výchově snaží vyvarovat. Avšak v situacích afektu se zpravidla nejhlubší rané vzpomínky vynořují a rodič se ve vypjaté situaci zachová přesně podle vzoru rodičů, ačkoli toho může po odeznění afektu litovat.

Sociální interakční učení

Jedním ze způsobů, jak se dítě naučí výchovné návyky svých rodičů, je tzv. sociální učení. Bandura prokázal, že „člověk ve většině situací nereaguje náhodně nebo na základě pouze vlastních zkušeností s následky určitého chování v dané situaci, ale že se výrazně uplatňuje právě sociální učení neboli učení nápodobou“ (Bandura, 1976).

Nakonečný (1998) rozlišuje například následující druhy sociálního učení:

1. *Učení na základě pozorování (modelu)*: z pozorování druhých se učíme, za jaké chování je člověk v dané situaci odměňován a za jaké naopak trestán. Weiss (2002, s. 131) k tomuto druhu učení uvádí, že „bývá zastoupeno u pachatelů sexuálního zneužití, kteří byli sami v dětství zneužití“. Modelem však nemusí být pouze reálná osoba, ale i románový hrdina, historická postava atd.
2. *Učení na základě identifikace*: tento druh učení se uskutečňuje na základě stejných mechanismů, jako předešlý způsob. Nápodoba je zde ale mnohem hlubší a výraznější. Lze říci, že se jedinec s napodobovanou osobou natolik ztotožní, že přestane být sám sebou a stává se tím, koho napodobuje. Tento proces probíhá na nevědomé úrovni, subjekt si identifikace není vědom. Podle Heluse se „subjekt identifikuje s osobou, kte-

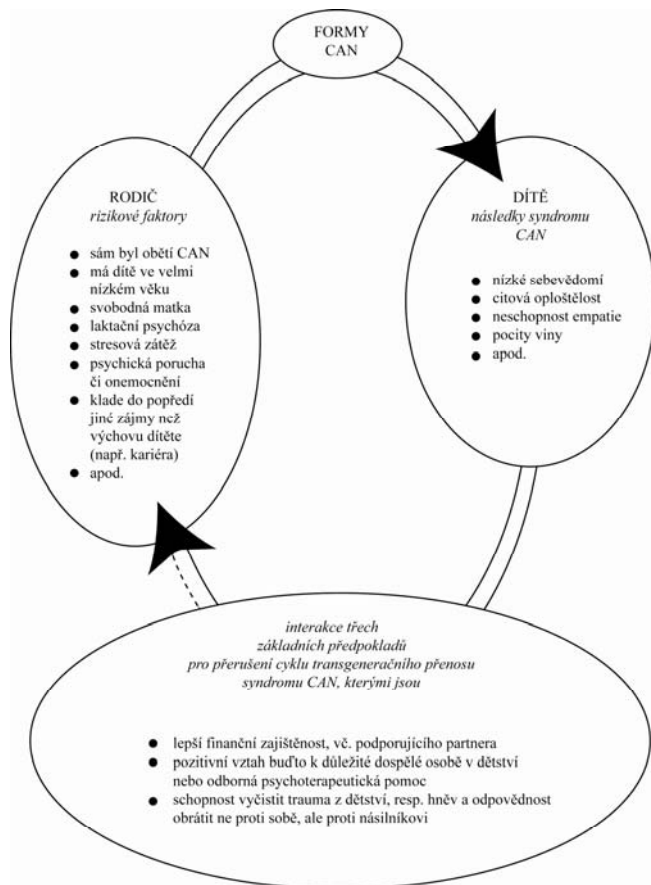
rá má nad ním moc“. Jedná se o jakýsi druh obranného mechanismu, kdy se osoba identifikuje s tím, kdo pro něj představuje možnou hrozbu, např. s týrajícím rodičem. Osoba tak přemýšlí ve smyslu, že pokud se bude chovat stejným způsobem, nemůže ho agresor ohrožit.

Teorie transgeneračního přenosu vychází z předpokladu, že mezi vazbou rodiče s jeho vlastním rodičem a mezi vazbou rodiče a jeho dítěte panuje ve velké většině případů shoda. Mnohé zahraniční studie se shodují v závěru, že cyklus transgeneračního přenosu se dá za určitých okolností přerušit. Hlavními faktory pro toto přerušení jsou:

- 1. lepší finanční zajištění, včetně podporujícího partnera,**
- 2. pozitivní vztah buď k důležité dospělé osobě v dětství, nebo odborná psychologická pomoc,**
- 3. schopnost vyčistit trauma z dětství, resp. hněv a odpovědnost obrátit ne proti sobě, ale proti násilníkovi.**

(Understanding CAN, 1993, s. 265)

Podobně, jako existují rizikové faktory pro samotný vznik syndromu CAN, existují i rizikové faktory pro jeho přenos. Zabýval se jimi rozsáhlý průzkum, který se uskutečnil na Univerzitě v Birminghamu. Po zkoumání celkem 4 351 rodin s malými dětmi, kde rodiče byli alespoň jednou v dětství psychicky a/nebo sexuálně týráni, a rodin, ve kterých k žádnému týrání nedošlo, dospěli vědci k závěru, že největší riziko pro přenos syndromu CAN představují rodiče, kterým je méně než 21 let, kteří trpí depresí a/nebo bydlí v domácnosti s dospělým násilníkem. Uvedené faktory neposkytují úplné příčinné vysvětlení transgeneračního přenosu, avšak jejich výskyt je pro přenos významný (Dixon a kol., 2005). Jestliže by se k nim připočetly další rizikové faktory predikující výskyt syndromu CAN, v tomto případě faktory rizikového dospělého resp. rodiče, odvodil se z jejich působení vliv na dítě, dal by se pak cyklus transgeneračního přenosu syndromu CAN schematicky znázornit následujícím způsobem:



Obr. 1 *Cyklus transgeneračního přenosu syndromu CAN*

Mezi formy syndromu CAN řadíme: tělesné, duševní a citové týrání, zneužívání a zanedbávání, sexuální zneužívání a zvláštní formy syndromu CAN, kterými jsou systémové, organizované a rituální týrání a zneužívání a Münchhausenův syndrom v zastoupení (blíže viz kapitola PhDr. Krejčířové – Formy syndromu a jeho projevy).

Transgenerační přenos syndromu CAN ve většině případech nebývá předáván následující generaci ve stejné podobě. Často jsou k němu přidružovány další prvky, které mu dávají trochu jiný charakter. Např. rodič, který byl v dětství psychicky deptán a ponižován, trpí pocity méněcennosti. Na základě toho od sebe, ale i od ostatních členů prokreančí rodiny očekává do-

kladě toho od sebe, ale i od ostatních členů prokreační rodiny očekává dokonalé chování a perfektní plnění svých povinností, protože nechce připustit další napomínání za chyby či nedostatky. Jakmile se některý ze členů dopustí „pochybení“, je fyzicky potrestán.

Z uvedeného textu vyplývá, že generační zatížení syndromem CAN není ojedinělý jev a lze se s ním v praxi setkat. Proto by se pomoc dítěti, které je svými rodiči týráno, zneužíváno či zanedbáváno neměla soustředit „pouze“ na řešení aktuálního problému, ale pozornost by měla být věnována i eventualitě přenosu tohoto jevu. A to jak směrem k rodičům dítěte, tak do budoucnosti oběti. Jedním z možných způsobů by mohlo být například řešení problematiky transgeneračního přenosu „transgenerační rodinnou terapií“. Úkolem terapeuta je zde odhalit, v čem spočívá přenos a příčina jeho vzniku. Zakladateli této metody jsou Bowen a Framo. Bowen pro vyřešení problému posílal rodiče do svých rodin, kde vyrůstali, aby se tam podle jeho instrukcí vymanili z emoční fúze s rodiči. Framo naopak zval členy původní rodiny k účasti na terapeutických sezeních (Matoušek, 2003, s. 103). V současné době, dle autorčiných dosavadních zjištění, podobné rodinné terapie, které by byly zaměřeny přímo na přerušení cyklu transgeneračního přenosu, v ČR neexistují.

Literatura:

- Bandura, A.:** *Social Learning Theory*. 1st ed. Prentice Hall, 1976, 247 p. ISBN 0138 167 443
- Dixon, L. Browne, K. - Hamilton-Giachritsis, C.:** Risk factors [online]. United Kingdom: University of Birmingham, 2005. Přístup z: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=15660643/
- Dydňanská, R.:** *Transgenerační přenos týrání, zneužívání a zanedbávání*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2005, 95 s. Bakalářská práce.
- England, Stillman:** Dissociation as a mediator of child abuse across generations. *In Child Abuse and Neglect*. 2001, no. 25, p. 1454.
- Gjuričová, Šárka - Kocourková, Jana - Koutek, Jiří:** *Podoby násilí v rodině*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000. 104 s. ISBN 80-7021-416-3.
- Goodwin, J. - Mccarthy, T. - Divasto, P.:** Prior incest in mothers of abused children. *In Child Abuse and Neglect*. 1981, no. 5, p. 85-96.
- Helus, Z.:** In Nakonečný, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 1998, 590 s. ISBN 80-200-0689-3.
- Ijzendoorn, V. M. H.:** Intergenerational transmission of parenting: A review of studies of clinical populations. *In Developmental Review*. 1992, no. 12, p. 76-99.
- Kaufman, J. - Zigler, E.:** Do abused children become abusive Parents? *In American Journal of Orthopsychiatry*. 1986, no 57, p. 186 – 192.
- Koukolík, František - Drtilová, Jana:** *Vzpoura deprivantů*. 1. vyd. Praha: Makropulos, 1996. 303 s. ISBN 80-901776-8-9.
- Matoušek, O.:** *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003, 161 s. ISBN 80-86429-19-9.
- Nakonečný, M.:** *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 1998, 590 s. ISBN 80-200-0689-3.
- Nakonečný, M.:** *Úvod do psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003, 507 s. ISBN 80-200-0993-0.
- Oliver, J.:** Intergenerational transmission of child abuse, rates, research and clinical implications. *In American Journal of Psychiatry*. 1993, no. 9, p. 1315-1324.
- Understanding child abuse and neglect. National Research Council. Washington DC: National Academic Press, 1993. 393 p. ISBN 0309048893.
- Weiss, P.:** *Sexuální deviace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, 360 s. ISBN 80-7178-634-9.

IV. Prevence

Rodinná a systemická terapie

Šárka Gjuričová

Pomoc rodinám se speciálními potřebami při výchově dětí

Šárka Gjuričová

Prevence ve světě (Healthy Families America)

Věduna Bubleová

RODINNÁ A SYSTEMICKÁ TERAPIE

Šárka Gjuríčová

Rodinní a systemičtí terapeuté osvědčili v posledních desetiletích svou užitečnost jak v pomoci rodinám, kde je z různých důvodů riziko rozvoje problému CAN, tak se také uplatňují v rámci týmu, který pracuje s rodinou na konkrétních případech CAN. Obor rodinné terapie má poměrně složitá teoretická východiska.¹ V této kapitole ovšem nejde o výuku rodinné terapie, spíše jde o to, zprostředkovat spolupracovníkům a event.zájemcům, co tento přístup nabízí. Praktická ukázka systemického uvažování v úvodu kapitoly a několik poznámek o tom, jakou roli mohou (a nemohou) mít terapeuté vzhledem k rodinám, které se na ně obracejí se svým problémem, budou snad užitečnější a čtenářsky zajímavější.

V případech CAN je role terapeutů dána obvykle v rámci týmu dalších odborníků. K tomu, aby byla jejich role účinná, je důležité jasné vymezení odpovědnosti jednotlivých účastníků. Proto věnujeme problematice spolupráce rodinných terapeutů se sociálními pracovníky a dalšími odborníky poměrně velký prostor. Nebude ovšem chybět seznámení s prací systemických terapeutů s případy CAN.

Systemické vztahy

Pojem „systém“ a „systemický“ patří mezi nejfrekventovanější pojmy oboru rodinné terapie. Poukazuje na to, že pro terapeutickou práci je určující využívání určitých teoretických východisek, nejen pouze přítomnost rodiny. Metafora systému je převzata z kybernetiky a dobře vyjadřuje jeden z přínosů tohoto terapeutického směru – podobně jako v kybernetických modelech lze objevovat, že každý jev má řadu návazností. Ve světě neživých objektů a věcí se působení jednoho objektu na druhý dá předvídat, platí vztah příčiny a důsledku. Příkladem může být pohyb kulečnickové koule, kterou přesně vede cílený pohyb hráče².

U živých bytostí je to složitější. Chování lidí se odehrává ve vztazích, a tedy každý projev, a také výrok, názor a ovšem i problém mají vztahové souvislosti. **Pokud terapeuté mluví o systemických vztazích, vyjadřují tak metaforou vzájemné propojení chování a také názorů všech zúčastněných.** Zkusme ukázat systemické souvislosti či vztahy na jednoduchém příkladu: dítě zlobí, a proto je rodiči trestáno. Zlobení je příčinou trestu. Rodiče věří, že dítě tím, že bude potrestáno (např. zákazem vycházek), pů-

jde do sebe a přestane zlobit. Leckdy pak ale dítě zlobí také proto, že bylo potrestáno: doma se nudí, a tak „zlobí“. Příčina trestu, zlobení, může být zároveň také důsledkem trestu.

Událost se odehrává v mnoha rovinách souvislostí, kontextů. Kontextem je vždy vztah dítěte a jeho rodičů. Pokud je tento vztah dlouhodobě napjatý, dítě reaguje na rodičovský konflikt. Může třeba zlobit tatínka, aby naštvalo maminku, a ovšem může tatínka zlobit i proto, aby mamince udělalo radost. Kontextem zlobení může být tedy vztah rodičů. Dost možná do situace vstupují prarodiče z obou stran. Ve hře je i širší sociální kontext. Muž se třeba obává ztráty zaměstnání, je podrážděný a snadno se na dítě rozzlobí. Možná je muž přesvědčen, že ženy jsou odpovědné za klid doma a trestem dítěte kritizuje ženu, že špatně plní svou roli. V tomto případě bychom mohli mluvit o kontextu kulturních vlivů, které formují názory o genderových rolích.

Rodinní terapeuté jsou odborníky na komunikaci

Dát radu na zlobení dítěte, jak si to rodiče představovali, by nebralo v úvahu všechny souvislosti zlobení, ignorovalo by kontext a nejspíš by nebylo účinné. Lidské chování má množství kontextů, které mu dávají jedinečné významy. Tyto významy nejsou vždy zjevné a terapeuté je v rámci rozhovoru spolu s rodinou mohou objevovat. Chování všech podob (verbální i neverbální) představuje komunikaci, která se týká nejen bezprostřední situace, ale i vztahu, a také dalších souvislostí.

Jak se role terapeuta prakticky projevuje?

Rodiče, kteří se obracejí s problémem – třeba právě se zlobením dítěte, obvykle chtějí, aby terapeuté zařídili jeho odstranění. Mají představy o tom, co by měl terapeut nebo terapeutka dělat, chtěli by, aby dítěti vysvětlili, že se má chovat, jak rodiče chtějí, aby dítěti „promluvili do duše“. Terapeuté však vědí, že takto nemohou být užiteční, v této úrovni problém řešit nelze. Problémem obvykle není, že dítě neví, co rodičům vadí.

Při rozhovoru rodiny s terapeuty se ukáže, že už dítěti domlouvali a vysvětlovali, tresty stupňovali, zkusili po dobrém i po zlém, nic však nepomáhalo. Všimněme si: rodiče neuvažují o svém podílu na konfliktu. Přehlížení vlastního podílu na problému je ovšem běžné i mezi partnery. V rámci terapeutického rozhovoru je možné hledat, jak účinněji se na problém podívat

a hledat další roviny souvislostí, např. jak se chování osob a také různé pokusy o řešení stávají součástí problému.

Při rozhovoru s rodinou dává terapeut/ka prostor a uznání názorům všech členů rodiny, včetně dětí. To není zdaleka samozřejmé, mnozí rodiče mají za to, že děti mají poslouchat, na jejich názory se jich nikdo neptá. Terapeuté musí brát v úvahu rodinné zvyklosti a normy, i když se od nich v průběhu rozhovoru mohou odchýlit. Dítěte se například zeptáme, jak se stalo, že jsme se sešli, a jak vidí problém ono samo, přičemž jeho odpověď může rodiče zaskočit. Dobří terapeuté vědí, jak vyvažovat podporu všem zúčastněným osobám; pokud by se terapeut nebo terapeutka stali advokáty dítěte, rodiče by už nejspíš příště nepřišli. Ovšem pokud by se stali dalším kárajícím dospělým, důvěru dítěte by nezískali.

Problém, se kterým se rodina na terapeuta obrací, nelze leckdy vyřešit ani na úrovni rodiny, je třeba vzít v úvahu širší kontext. U dítěte bývá další významnou rovinou škola nebo orgán sociální ochrany. Také spolupráce na úrovni institucí může využít systemického hlediska a patří do agendy systemických rodinných terapeutů; obvykle má formu systemických konzultací.

Pozice terapeutů

V procesu systemické terapie jde nejen o vytvoření **prostředí důvěry, ale zároveň otevřenosti vůči všem možným pohledům**. V tzv. milánské škole³, která značně ovlivnila vývoj evropské rodinné terapie, se mluví o otevřeném terapeutickém postoji označovaném jako **zvídavost**. Tím, jak se terapeuté dotazují na souvislosti, se členové rodiny učí je objevovat, jinak o těchto souvislostech uvažovat. Terapeut/ka zachovává pozici neutrality – nedává jasně přednost žádnému hledisku, žádné neodmítá. V těchto podmínkách se může rozvíjet tvořivost rodiny; objevují se nová řešení a může dojít k zásadní změně, v jejímž rámci problém ztrácí na důležitosti anebo mizí. Zásadní změna se týká nejen chování, ale i pravidel, která chování řídí.

V procesu terapie se proto terapeuté zajímají také o **silná přesvědčení nebo i předsudky členů rodin, které řídí jejich chování**. Často jsou podmíněné jak zvyklostmi z orientačních (původních) rodin, tak i tradicemi dané kultury. Mohou se týkat například výchovy dětí anebo názorů na role mužů a žen v rodině⁴. Ani terapeuté ovšem nejsou a ani nemohou být bez předsudků, je však třeba, aby je objevovali a brali ve své práci v úvahu, protože mohou ovlivňovat jejich práci. K tomu potřebují supervizi svých kolegů nejen začínající, ale i zkušení terapeuté.

Dvě podoby terapeutické odpovědnosti

Nejen ve zdravotnickém kontextu bývá pro terapeuty důležité vyjasnit si svůj vztah k problému, který byl prezentován. Angličtina používá k odlišení podoby terapeutovy zodpovědnosti dvou pojmů: „*accountability*“ a „*responsibility*“.

Pojem „*responsibility*“ se vztahuje k případům, kdy na sebe v určité situaci či kontextu berou terapeut či terapeutka přímou zodpovědnost, buď je jim delegována nebo sami definují svou pozici v oblasti kontroly. Vysloví např. názor na nutnost hospitalizace pacienta. V určitých případech se terapeut zcela ujímá kontroly. Tam, kde jde o ohrožení pacientova života či života další osoby, jedná i proti vůli pacienta; příkladem je nebezpečí sebevražedného chování.

Pojem „*accountability*“ se vztahuje k případům, kdy terapeut/ka zastává pozici, v níž je jednotlivec či rodina autonomní a dosažení změny je v rámci jejich možností. Terapeuté v takových případech nemají přímou zodpovědnost za chování pacientů či klientů. **Mají odpovědnost za využívání svých odborných kompetencí za vytváření podmínek, za kterých může ke změně dojít**, avšak za konkrétní podobu změny a její načasování je odpovědná rodina. V této pozici je možný terapeutický kontrakt: obě strany, terapeut a klient se dohodnou na spolupráci; ale situace se může vyvinout tak, že terapeut/ka vystoupí z terapeutického vztahu a převezme odpovědnost za vývoj situace. Tak je tomu například při nečekané informaci o sexuální zneužívání.

CAN a expertní a terapeutické role

Ve vztahu k CAN je třeba odlišit terapeutickou roli od role expertní. Role experta či znalce se realizuje v psychologickém či psychiatrickém vyšetření s cílem posoudit psychický stav dítěte, které bylo týráno nebo zneužito, těch, kdo mu ublížili, případně dalších členů rodiny. Je třeba posoudit vztahy v rodině, rizika dítěte v dané výchovné situaci a doporučit opatření k jeho ochraně. Vyšetření objednává např. soudce nebo vyšetřovatel policie a ve znaleckém posudku expert odpovídá na jejich otázky.

Systemická povaha násilí a CAN

Násilí v rodině mívá systemickou povahu; v praxi to např. znamená, že tam, kde existuje fyzické násilí mezi partnery, je pravděpodobné, že jsou rodiče fyzicky násilní i vůči dětem; v odborné literatuře se uvádí, že ri-

ziko pro děti je 3–9 x vyšší⁵. Tam, kde se v rodině objeví násilí mezi partnery, se riziko zvyšuje pro všechny členy rodiny. Z praxe známe případy, kdy bil muž ženu, ale svou matku soustavně bil také dospívající syn. Setkali jsme se s rodinou, kde si partneři nadávali a bojovali spolu, matka surově bila své děti až do doby dospívání s mlčenlivou podporou svého muže, a také dospívající bratr bil svou mladší sestru. To je pro terapeuty signál, že v těchto rodinách je zapotřebí podporovat osobní, partnerské a rodičovské schopnosti řešení problémů a že je třeba pomáhat partnerům a zároveň rodičům myslet na důsledky svého chování. Terapeutická práce pak obvykle vyžaduje propojení více modů terapie, např. rodinné, párové a individuální. Skupinová terapie pro osoby, které mají problém s násilím, je užitečná, u nás ale zatím není běžná.

Z praxe rodinné terapie víme, že násilí v rodině je téma, o němž se nehovoří snadno. Rodiny bývají uzavřené vůči okolnímu světu, nemají přátele a omezují i kontakty dětí. I tam, kde se z nějakého důvodu dostanou na terapii, bývají ostražití a jen pomalu hledají důvěru k terapeutům. Stud a strach, že budou terapeuty nepochopeni a zavrženi stejně jako obecným názorem, vždy umlčuje. **O násilí začnou klienti v terapii spontánně hovořit obvykle ve chvíli, kdy už se blíží rozhodnutí k radikální změně.** Např. z 60 % párů, které vyhledaly párovou terapii a u nichž došlo k fyzickému násilí, pouze 10 % o něm spontánně mluvilo.⁶

Tam, kde je násilí již zjištěné, si terapeuté všímají, v jakém kontextu se toto násilí objevuje v životě rodiny. Objevilo se násilí i v dalších kontextech? V práci, vůči přátelům nebo známým? Vůči zvířatům, předmětům? Otázkou, jak lidé v rodině zvládají vztek, když jsou nespokojení a zklamaní, lze zároveň obrátit pozornost také k řešení nenásilnými formami chování.

Souvislosti násilí mezi partnery

K násilí mezi partnery dochází především na základě tradičně dané nerovnosti moci a kulturních zvyklostí, které podporují mužskou dominanci. Vzájemné potyčky muže a ženy a případy, kdy ženy nejen osočují a ponižují, ale i bijí své manžely, jsou minoritní, a neměly by sloužit jako argument pro odmítnutí genderového hlediska. Násilí mužů na ženách a žen na mužích není také stejné ani ve svých důsledcích.

Rozdíl moci mezi muži a ženami má historické kořeny a je stále udržován a podporován zvyklostmi rodinného života⁷ a i reálným rozdílem fyzické síly.

Partnerské násilí se častěji vyskytuje v rámci dominantního chování mužů omezováním a zastrašováním žen. Děti jsou mnohdy svědky jak osočování, někdy vzájemného, tak i projevů fyzického násilí.⁸ Děti tedy nejsou ohrožené jen přímým násilím na vlastní osobě – být svědkem násilí na blízkém člověku je pro děti ohrožující i z hlediska jejich dalšího vývoje. To platí bez ohledu na chování dítěte, ať už je dítě aktivní a snaží se matky zastávat, nebo se staví na stranu násilného otce, anebo i pokud se zdánlivě odpojuje a chová se, jakoby se ho to netýkalo. Ve všech případech jde o vážné ohrožení vývoje a budoucích vztahů dítěte, a proto je třeba vnímat přítomnost partnerského násilí v rodině jako CAN. Podle publikovaných údajů⁹ je u dětí jak riziko přímých traumatických reakcí, tak riziko, že se také naučí agresivním způsobům chování, redukcí zábran, získávání zkresleného pohledu na řešení problémů a ztráty citlivost vůči násilí.

Násilí mezi sourozenci

Násilí mezi sourozenci je poměrně málo diskutovanou oblastí rizika a může být přehlédnuto. Někdy nejde o nevinné „kočkování“. Sourozenecké násilí je nebezpečné, odborníci uvádějí¹⁰, že je jedním z hlavních příčin závažných dětských úrazů. Terapeuté vědí, že může jít o závažný problém z hlediska vývoje dětí a jejich vztahů, a to jak pro dítě ve slabší pozici, tak i toho, kdo má navrch, pokud se sourozenci v pozicích útočníka a oběti stabilizují. Hledání strategií, které zlepšují rodičovské kompetence vzhledem ke konfliktům dětí především tam, kde je mezi nimi výrazný rozdíl moci, může být důležitým tématem terapeutických setkání. Tak zdatnější sourozenec může dlouhodobě šikanovat nebo i sexuálně zneužívat slabšího, zneužívání moci může být dáno například fyzickým nebo mentálním handicapem jednoho z dětí.

Transgenerační povaha násilí a možnosti pomoci

Problém násilí na dětech mívá transgenerační povahu. Pokud zažil některý z rodičů tvrdé trestání, ponižování nebo sexuální zneužívání ve své původní (orientační) rodině, terapeuté jsou si vědomi rizika podobného chování i vůči vlastním dětem. Násilí se v další generaci objeví někdy nečekaně ve chvílích, kdy se rodič cítí bezradný, samotného jej zaskočí, stydí se za ně a tají je. Pro rodiče bývá nesnadné problém připustit a pojmenovat, připadají si špatní, bezmocní, nevěří, že dokážou cokoli změnit. Beznaději se rodiče mohou postavit, pokud otevřeně přijmou za násilí odpovědnost a uznají,

že chtějí bezpečnější výchovu svých dětí a chtějí přijmout pomoc. Lidé, kteří byli obětmi rodičovského násilí, bývají loajální vůči vlastním rodičům, omlouvají a chrání je. Tuto loajalitu v původní rodině není třeba zpochybňovat. Terapeuté hledají spolu s rodiči nadějnější budoucnost, a tím i způsoby, jak zvládat nezbytné konflikty v rodině a výchovu dětí účinněji.

KAZUISTIKA: Terapie s rodinou s transgeneračním násilím

Paní Křížová přináší doporučení psychiatra, u kterého se léčí. Tentokrát se objednala kvůli výchovným potížím s osmiletou Radkou, Radka je prý tvrdohlavá, vždycky chce nad matkou vyhrát. Paní Křížová je s otcem Radky rozvedená, žije rok s přítelem Jendou. Matka a dcera vyprávějí o včerejším zážitku. Radka si prý postavila hlavu, nechtěla zavést kolo do sklepa, situace se vyhrotila, maminka nakonec Radce vyhrožovala, že dá kolo někomu jinému. Podobné scénáře se v rodině opakují. Tak např. ráno, Radka si hraje se psem, místo aby se chystala do školy, paní Křížová se rozčiluje, že Radka přijde pozdě, pak už prý vyhrožuje, že psa dá do útulku.

Paní Křížová pak začne hovořit o sobě. Často pochybuje, zda reagovala normálně, nechtěla by dělat chyby. Četla knihu o výchově, vidí, že dělá vše špatně. Rozzlobí se na Radku, i když nechce, pak obviňuje sebe. Měla těžké dětství. Radka o tom ví, vypráví příhodu, jak musela maminka mýt schody v celém domě, když byla stejně stará jako ona, byla tam prý potopa a její táta se hrozně zlobil. Radka je výmluvná, žádné zastrašené dítě. Tvrdí, že máma je také tvrdohlavá. Připustí, že ví, jak maminku vytočit, tomu se maminka diví.

Žena se opakovaně vrací k tomu, jak jí traumatické dětství ovlivňuje, chtěla by o tom povědět; domlouváme společné setkání jen s ní. Dozvídám se, že její otec očekával naprostou poslušnost, jinak přišel výprask. Trestal i jinak, zavezl ji večer za město a nechal ji tam. Přijel až za čas. Později o tom prý pobaveně vykládal, nechápal, jak byla vystrašená. On sám býval také bit svým otcem. Až když paní Křížová v osmnácti prodělala mentální anorexii a byla léčena, objevila, že se rodiče k ní nechovali dobře.

Z nemoci se dostala, bojí se však, že je jako otec. Obviňuje, že v minulosti bila Radku skoro denně, nechce, aby to tak pokračovalo dál. Celkově má žena tendenci k paušalizaci svých negativních reakcí, sebeobviňování. Nedomůže uznat, že je jistě i její zásluha, že je Radka kurážné dítě, které dokáže říci svůj názor. Hledáme společně případy, kdy žena jednala jinak, než její otec, a kdy byla sama se sebou spokojená. Přece jen objevuje, že se jí to někdy daří, leckdy dokáže zvládnout počínající konflikt s Radkou v klidu,

pomáhá jí i Jenda, on sám bití neschvaluje. Společně s mužem se žena učí předcházet situacím, kdy se při dohadování s Radkou dostává do pozice „kdo z koho“, kdy se cítí bezmocná a má pocit, že nesmí prohrát. Úspěchy při zvládnání vzteku posilovaly sebevědomí a výchovnou vynalézavost ženy. Posilovaly i naději, že dokáže zajistit dceři lepší dětství, než měla sama, že nemusí následovat chování svých rodičů.

V tomto případě si žena vyžádala pomoc v době, kdy byla rozhodnutá ke změně násilného chování, avšak nevěřila si, měla tendenci paušalizovat své výchovné neúspěchy a převládala u ní beznadějí z opakování historie násilí. V terapii dostala možnost objevovat své už existující kompetence a získat dovednosti ve zvládnání konfliktů s dítětem. Medikace, kterou dostávala od psychiatra, jí zároveň pomáhala stabilizovat chování. Podpůrnou roli v procesu tvorby bezpečného domova měl i vztah s partnerem.

Spolupráce rodinných terapeutů se sociálními pracovníky v případech CAN

Sociální pracovníci a rodinní terapeuté jsou si blízcí svou orientací na pomoc rodinám, jejich míra odpovědnosti však není stejná. Zatímco sociální pracovníci zasahují v zájmu dítěte a v rámci své pravomoci mohou využít i donucovací role, role terapeutů tento aspekt neobsahuje. Spolupráce rodiny s terapeutem musí být dobrovolná, terapeutická spolupráce je možná pouze s klienty, kteří se k tomu rozhodnou – i když se klienti někdy rozhodují v rámci omezených možností. Užitečný model spolupráce sociálních pracovníků a terapeutů nabízí Imelda Mc Carthy a Ernest Solomon.¹¹

Autoři se zabývají užitečnými postupy sociálních pracovníků v případech, kde v rodinách existuje riziko CAN, a podobou spolupráce s rodinnými terapeuty. Sociální pracovníci musí především posoudit situaci dítěte z hlediska rizika v jeho výchovném prostředí. Podle toho pak navrhnou rodině buď **kooperativní řešení**, např. právě nabídkou rodinné terapie ve speciálním zařízení, nebo se rozhodnou rovnou **přijmout opatření**. Tato opatření mnohdy nejsou rodinou přijímaná vstřícně, rodina má však právo rozumět důvodům opatření, které sociální pracovník nebo pracovnice podnikají, i když s nimi nesouhlasí. Příkladem nevídaného opatření může být umístění dítěte mimo rodinu. Často však není situace takto jednoznačná, např. riziko pro dítě je stabilizováno, i když ne zcela. V takové situaci se vyplácí nabídnout rodině **možnost volby**: buď přijmou doporučení, např. rodinnou terapii, nebo bude dítě umístěno mimo rodinu. Je pravda, že rodi-

na se rozhoduje v situaci, kdy je její volba omezena, a tak volí terapii jako méně nepříjemnou alternativu.

Proces terapie

1. Role terapeutů v případech CAN

Terapeuté vycházejí z toho, že násilí je nepříjemné, nejsou však jen mluvčími dítěte, i když naslouchají jeho zkušenosti a snaží se ji zprostředkovat. Součástí terapeutické role je otevřenost i ostatním zkušenostem, tedy i zkušenostem násilných osob. Terapeuté tak někdy naslouchají rodičům, kteří považují kruté trestání dítěte za důsledek jeho zlobení, aniž by rodiče přímo kritizovali nebo odsuzovali, snaží se porozumět jejich pohledu. Tento terapeutický postoj nebývá vždy správně pochopen. Někdy se například očekává, že terapeut/ka rodiče odsoudí, vysvětlí jim, jak se na dítěti provinili a co způsobili.

Tímto způsobem nemohou být terapeuté užiteční.¹² **Porozumět násilnému chování rodiče a jeho vysvětlení není totéž, jako toto chování omlouvat nebo popírat odpovědnost za ně.** Terapeutka či terapeut si uvědomují morální a právní odpovědnost rodičů a dávají tuto pozici najevo, ale zároveň rodiči nabízejí psychologické porozumění jeho nebo jejímu chování. Vysvětlení nesmí ovšem násilník užívat k minimalizování nebo popření násilného záměru chování.¹³

Tak pro rodiče třeba působí pláč dítěte jako podnět k týrání, to ovšem neznamená, že pláč dítěte je příčinou týrání nebo že je dítě vlastně způsobilo; odpovědnost za násilí je pouze na tom, kdo násilí použil. Pokud rodina přijala terapeutickou spolupráci, lze tato témata s rodinou opakovaně otevírat a společně hledat bezpečnější podobu života v rodině.

2. Ochránit dítě před opakovanou traumatizací

Ochrana dítěte spočívá nejen v zajištění bezpečí ze strany trýznitele, ale také v ochraně **před druhotnou traumatizací opakovanými výpověďmi.** To platí zvláště v případech sexuálního zneužívání. Terapeutická práce s dítětem a rodinou je vážně narušena, pokud souběžně probíhají opakovaná vyšetřování dítěte různými osobami. Jednotlivé instituce musí spolupracovat tak, aby stačil pouze jeden odborně vedený rozhovor s dítětem. Ten by byl k dispozici všem relevantním osobám a institucím.¹⁴

3. Vyjasnění odpovědnosti a spolupráce

CAN má mnoho forem, které se liší svou závažností. Terapeutické setkání se bude tedy týkat různých osob a nelze proto popsat jednotný terapeutický postup. Záleží například na tom:

- 1) zda pečující a trýznitel jsou táž osoba, zda jde o příbuzné či o cizí lidi,
- 2) kdy, v jaké části procesu dojde k terapeutickému setkání,
- 3) které instituce se budou podílet na vedení konkrétního případu.

Otázky odpovědnosti a spolupráce mají však pro vedení případu zásadní důležitost, a to jak na počátku, tak také v průběhu vedení případu.

Pokud je rodina doporučena institucí k terapii, hned v rámci tohoto prvního kontaktu je třeba **vyjasnit očekávání doporučující instituce** a dohodnout se, zda je terapeut/ka může přijmout anebo je třeba původní objednávku pozměnit. V daném případě je nutné zmapovat systém odborníků a vyjasnit si i vzájemně odpovědnost každého z nich a podobu spolupráce a informovat o nich rodinu. Je rovněž **žádoucí zapojit rodinu do plánování dalšího postupu**.

Tyto kroky jsou právě v případech CAN zvláště důležité. Součástí života rodin s problémem CAN je utajování jak v rámci samotné rodiny, tak také vůči širší komunitě; sami bývají proto na utajování velmi citliví a podezřívaví. Je proto nutné rámcově informovat rodiny i o těch krocích, se kterými nebude rodina souhlasit, např. s postupem sociálních pracovníků. Terapeut/ka pak bude zvažovat, koho pozvat k prvnímu setkání.

Proces domlouvání se o terapii považujeme za důležitou součást procesu terapie, budoucí klient vyjadřuje přání změny a ochotu se na tomto procesu podílet. Jak jsme uvedli, v případech CAN může kontakt navázat nejen osoba či osoby, které budou terapii využívat, ale také instituce, soud nebo sociální pracovník. Hovoří se o objednavce terapie, která je východiskem zakázky, jež terapeut eventuálně přijme.¹⁵ Aby mohla terapie začít, rodina musí dospět s terapeutem ke shodě v tom, že terapii odsouhlasí, ať už proto, že ji sami chtějí, nebo proto, že chtějí vyhovět instituci.

Terapeuté poprvé obvykle zvou všechny, kterých se problém týká a kteří jsou pro řešení problému relevantní. V případech CAN to mohou být členové rodiny, ale také další osoby z institucí, které se případu účastní. První setkání má sloužit k vyjasnění odpovědnosti, vzájemných očekávání a způsobu spolupráce. Není vždy prakticky možné uskutečnit je v plném rozsahu

hu, je ale možné a užitečné pracovat tak, jako by všechny relevantní osoby přítomné byly, jsou brána v úvahu jejich očekávání a hlediska. Pomáhá to navodit otevřený demokratický styl komunikace, pokud jde o rizika, odpovědnost a povahu spolupráce. Tento způsob komunikace, který odmítá jednat podle schématu „My“ a „Oni“, odmítá spiklenectví a tajnůstkářství, může být zpočátku nezvyklý a nesnadný pro všechny včetně zástupců institucí.

Rozumí se, že obsah rozhovorů terapeuta s rodinou nebude sdílen s institucemi. Terapeuté jsou vázáni služebním tajemstvím, které může být prolomeno pouze ve stanovených případech. Informace navenek musí mít jasná pravidla: např. že se budou týkat pouze účasti členů rodiny v sezeních. Další informace terapeuté poskytnou pouze se souhlasem členů rodiny v souladu se zákonnými normami.

Kdo bude a kdo nebude přítomen při další terapeutické práci, to je předmětem domluvy terapeuta s rodinou, i zde jsou však určitá omezení. Osoba, které bylo ublíženo, musí být chráněna před dalším poškozením. Mnozí terapeuté tak nepřijmou na terapie rodiče, který odmítá odpovědnost za násilí na dítěti, jiní terapeuté počítají s tím, že například v případech incestu je popírání zneužití nebo odpovědnosti za ně, a to jak ze strany toho rodiče, který dítě zneužil, tak toho, kdo dítě neochránil, součástí terapie, a je třeba s ním v procesu terapie počítat jako s nevyhnutelným stádiem.¹⁶

Na počátku vlastní terapie bývá užitečné dát rodině najevo, že změna možná je a lze ji očekávat, že je ale obtížná a v průběhu terapie se mohou vyskytnout překážky. V rodinách, kde existuje CAN, obvykle bývá chování rigidní, a vyplácí se proto navodit důkazy o tom, že se lidé v rodině dokáží změnit. Terapeut/ka zároveň dává najevo, že i když odmítá násilí, neodmítá žádného člena rodiny, všichni členové rodiny jsou respektováni. Součástí počátků terapie bývá přímo písemná dohoda o nenásilí.

Před započítím terapie s rodinou nebo v jejím průběhu se často ukazuje potřeba individuální terapie dítěte nebo dalších členů, párové či skupinové terapie. Různé modalities terapie bývají v případech CAN užitečné, rozumí se, že práci terapeutů je třeba dobře koordinovat.

V průběhu terapie, kterou objednala instituce, např. ochrana dítěte, informuje terapeut/ka instituci v rozsahu, který byl určen. Informuje i o předčasném ukončení nebo nespolepráci rodiny; tím pak sociální pracovníci přistupují k jinému řešení. V určité fázi terapie, kdy už byla splněna zakázka instituce, se může terapeut a rodina dohodnout na prospěšnosti další terapeutické spolupráce.

Systemická rodinná terapie hledá nová řešení, nové úhly pohledu. Spíš než objasňováním teoretických východisek přístupu lze otevřít úvahu o povaze systemického myšlení a o roli systemických terapeutů praktickými ukázkami. Autorka se dále věnuje systemickým souvislostem vzniku a vývoje CAN v rodinách včetně transgeneračních; způsob práce s nimi ilustruje příkladem z praxe.

V rámci vedení případu CAN se obvykle setkává řada osob a často rozporných hledisek. Připustit tuto odlišnost, kterou povaha problému přináší, a v jejím rámci jasně určit odpovědnost a rizika, je z hlediska řízení případu zásadně důležité. Pro systemické terapeutky je nutné udržet souběžně dvojí hledisko: hledisko odpovědností za násilí na jedné straně a vysvětlením násilí na druhé.

¹ Teoretická východiska rodinné terapie jsou poměrně složitá a přesahují možnosti této kapitoly, více informací nalezne zájemce v seznamu literatury.. Praxe rodinné terapie vyžaduje specifické vzdělání, které navazuje na předchozí vysokoškolské vzdělání v humanitních či sociálních směrech.

² Tohoto známého přirovnání použil původně Gregory Bateson.

³ O tomto přístupu více například v příručce Gjuričová a Kubička (2003).

⁴ Právě přesvědčení a předsudky členů rodin jsou významným faktorem při vývoji CAN.

⁵ Tento údaj uvádějí např. Moffitt a Caspi (1998).

⁶ Jde o údaj z práce Ehrensafta a Vivian (1996) a poukazuje na to, že terapeuté se obvykle na násilné chování svých klientů nedotazují.

⁷ Zkušenosti ukazují, že tam, kde se stane muž jediným živitelem rodiny, ztrácejí ženy sebevědomí a přijímají dominantní chování partnerů snáze, než v případě, že také vydělávají peníze.

⁸ V přehledu literatury k tomuto tématu Moffitt a Caspi odhadují, že až dvě třetiny případů násilí mezi rodiči se odehrává v přítomnosti dětí.

⁹ Např. Brown a Herbert (1997).

¹⁰ Např. H. Omer na konferenci EFTA v Berlíně 2004.

¹¹ Své názory prezentovali autoři např. na semináři „Model demokratické konzultace“, Praha 1999.

¹² Tento postoj jsme prezentovali na str. 2 této kapitoly. Více lze najít v publikaci Gjuričová a Kubička (2003).

¹³ To je například názor Vetere a Cooper (2001).

¹⁴ Krizová centra už leckde takový postup volí, například Dětské krizové centrum v Praze.

¹⁵ Tyto pojmy užívá např. Ludewik (1993).

¹⁶ Např. s popřením odpovědnosti pracují terapeuticky Trepper a Barrettová (1993).

POMOC RODINÁM SE SPECIÁLNÍMI POTŘEBAMI PŘI VÝCHOVĚ DĚTÍ

Šárka Gjuričová

Názory na výchovu jako součást prevence násilí: násilí v rodinách je společenské téma

CAN se odehrává v celé řadě rovin a nese s sebou množství interakcí. Zabývají se jím politikové, právníci, policisté, sociální pracovníci, lékaři, psychologové, pedagogové, laičtí pracovníci neziskových organizací, pracovníci medií a samozřejmě také rodiny.

Myšlenky a doporučení jedné skupiny neberou nutně v úvahu potřeby všech zúčastněných. Spolupráce je nesnadná už proto, že hlediska jednotlivých profesních skupin se liší, a někdy se liší i pozice odborníků s tímž vzděláním a v různých rolích.¹ Hlavní rozpory bývají mezi tvůrci norem a praktiky. Tvůrci norem a vyhlášek nereagují údajně dost pohotově a citlivě na potřeby praxe, praktici prý přehlížejí širší politický kontext řešení úkolu pomáhat rodinám, které potřebují pomoc. Všichni jsme součástí tvorby bezpečnějšího života rodin a máme svůj díl odpovědnosti za stav věcí.

Rizikové rodiny nebo rodiny se speciálními potřebami?

CAN souvisí podle zkušeností s mírou stresu, kterou rodiny zažívají. Tak v rodinách, které jsou výrazně sociálně slabé, etnicky a kulturně odlišné a většinovou společností nepřijímané, tam, kde jsou výchovně nezkušení nebo zdravotně odlišní rodiče, je riziko CAN větší. Jazyk, který užíváme, je důležitý, ovlivňuje, jak myslíme. Systemičtí terapeuté to dobře vědí a většínou se nepřiklání k použití výrazu rizikové rodiny. Využívání nálepek, třeba jen v našich myslích, může vést k tendenci vnímat tyto rodiny negativně.

Pojem „rodiny se speciálními potřebami“ naopak umožňuje uvažovat o těchto rodinách konstruktivním způsobem. Proto považujeme tento pojem za vhodnější, bere totiž v úvahu perspektivu rodin. Tato perspektiva pak vede k otázce, co která rodina potřebuje k tomu, aby nabízela bezpečné prostředí pro své členy a zejména pro děti.

KAZUISTIKA: Alenka – komplexní podpora vývoje dítěte a rodičovské kompetence matky

Paní Horvátovou se čtyřletou Alenkou objednala k rodinné terapii pracovnice OSPOD a poprvé matku s dcerou také doprovodila. Dozvídám se, že Alenka žila v složitých podmínkách, její otec prý pil, nepracoval, Alenka zažila noční scény s násilím, a ani po rozvodu se situace neuklidnila. Byl nařízen ochranný dohled a v jeho rámci se již uvažovalo o umístění dítěte mimo rodinu. Až nedávno se otec odstěhoval, situace se stabilizovala, Alenka začala chodit do speciální mateřské školy a maminka s pomocí sociální pracovnice našla zaměstnání. Při tomto setkání Alenka působila stísněně, mluvila málo a zdálo se, že je opožděna ve vývoji řeči. Ale také její maminka mluvila málo, byla ve stresu a přehnaně vstřícná. Hned také souhlasila, že chce přijít, Alenka totiž zlobí.

Příště přinesla paní Horvátová psychologické vyšetření ze speciální školky, vyplývalo z něj, že opoždění ve vývoji rozumových schopností není výrazné a patrně souvisí s podmínkami vývoje dítěte. Dívka mezitím přešla ke skříňce s hračkami, začala je prohlížet, načež ji maminka ostře okřikla. Paní Horvátová Alenku často kárala a hodnotila její chování jako zlobení, i když jsme už minule daly hračky k dispozici. Když jsme si s paní Horvátovou ujasňovaly, co vlastně od Alenky čeká, ukazovalo se, že Alenka ani neví, co od ní maminka v této situaci chce, že to však není jasné ani mamince. Paní byla výchovně nejistá, zřejmě chtěla ukázat, že Alenku rádně vede, ztotožňovala však omezení dítěte s dobrou péčí o něj, a tak stále Alence něco zakazovala, pokynů bylo mnoho a někdy si protirečily. Alenka se většinou tvářila netečně, a to pak paní Horvátová vyhrožovala dalšími zákazy a tresty. Nenechá prý růst holku jako dříví v lese.

Bylo zřejmé, že je paní Horvátová ve stresu. Kladly jsme si otázku, jak souvisí výchovná nejistota ženy s tím, že jako Romka se možná obává, že bude kritizována. V následujících setkáních jsme se především snažily pomoci objevit a posílit kompetence, které už měla. Upozorňovala jsem ji, že někdy jí Alenka vyhoví, a že by na to měla maminka reagovat, a také na to, že jí dává Alenka najevo náklonnost a má radost z pochvaly. Zároveň jsme se snažily rozšířit repertoár jejích výchovných postupů a přizpůsobit požadavky vzhledem k věku dítěte. Paní Horvátová tak mohla zjistit, že nelze čekat, že bude holčička „hodná“ tak, že bude jen sedět a poslouchat. Alenka se i díky speciální školce dobře rozvíjela a maminka se jejími úspěchy chlubi-

la. Zážitek úspěchu jí pomáhal proměnit jazyk nespokojenosti.

Konečně mohla paní Horvátová sdílet něco ze svého předchozího života. Její otec od rodiny odešel, matka chodila do práce a neměla na děti moc času, a tak rostla s ostatními dětmi v domácnosti, kde „byla věčně zima a doma byl sotva chleba“. Hračky neměla, hrála si venku s dětmi, to si užily, i když na ně nikdo moc nedohlížel. Vdala se brzy, v manželství zažila hrubé chování manžela. Bála se, aby Alenka neměla stejný osud jako ona; chválí sociální pracovníci, pomohla v krizi a má o ně zájem.

V několika sezeních se výchovné dovednosti paní Horvátové přece jen zlepšovaly, žena získávala sebedůvěru. Vývojové opoždění Alenky se upravovalo, v sedmi letech nastoupila do běžné školy. Naše kontakty v té době už měly charakter nepravidelných konzultací v souvislosti s běžnými problémy ve výchově a v přizpůsobení Alenky ve škole; obvykle je objednávala sociální pracovníce, za níž paní Horvátová příležitostně chodívala i kvůli finanční podpoře prázdninových aktivit dcery.

Hledat pomoc je výrazem dobrého rodičovství

S názory na to, jak se chovají rodiče k dětem, co je a co není přípustné ve výchově, jaké chování je a není přijatelné ze strany dětí, souvisí i názory na práva dětí a na to, zda je děti mohou prosazovat.

Společenský kontext je tedy pro tvorbu bezpečnějších podmínek pro život dětí zásadně důležitý. Názory odborníků mají v tomto smyslu velkou váhu a mohou působit na změnu neúčinných postojů k otázkám pomoci ve výchově. Běžný názor, že „dobří rodiče si dovedou poradit sami“ stigmatizuje potřebu výchovné pomoci. Takový názor je problematický a bojovat proti němu znamená významnou prevenci CAN. Rodiče, kteří potřebují pomoc ve výchově, nechtějí vnímat sebe sama jako neúspěšné. Právě pocit rodičovské neúspěšnosti uzavírá rodiny vůči vnějšímu světu, a tím se rizika CAN v rodinách zvyšují. Je důležité podporovat na nejširší společenské úrovni vědomí, že **je normální získávat pro rodičovství podporu, že kontakt s pomáhajícími organizacemi je známkou kvalitní péče o děti.**

Včasná psychologická diagnostika a poradenství jako prevence CAN

Do kategorie pomoci rodinám s rizikem CAN patří v širším smyslu velká část praxe mnoha poradenských a diagnostických pracovišť, např. PPP. Včasná diagnostika poruchy učení, poruchy koncentrace pozornosti s hy-

peraktivitou nebo mentální retardace může předcházet někdy velmi problematickým zásahům rodičů. Rodiče někdy ve snaze zvládnout tyto obtíže nutí dítě třeba znovu a znovu opisovat školní úkol nebo dítě surově bijí, protože se domnívají, že dítě tak činí naschvál.

Rodiny s dětmi se zdravotními handicapami mají zvláštní potřeby

Výchova dětí v některých obdobích může být složitá a vyžaduje překonávání krizí. Rodičovství dětí se zdravotními handicapami je vždy náročnější, péče o dítě vyžaduje více návštěv lékařů a dalších odborníků, dítě se liší od toho, co rodiče znají a očekávají, musí měnit svůj životní program. Rodiče jsou také vystaveni zkušenostem zklamání v obdobích, kdy se ukazuje odlišnost vývoje dítěte proti jeho vrstevníkům. Rodiny, kde žije dítě se zdravotním handicapem, mentálním nebo fyzickým, mají speciální potřeby a toto povědomí by mělo být součástí povědomí nejen pracovníků školství, přímárodního zdravotnictví, komunitních projektů, ale také veřejnosti. Rodiče těchto dětí zažívají zklamání nejen v kontaktu s institucemi, v nichž jejich dítě neobstojí – školka, škola, sportovní a jiné zájmové aktivity. Také v každodenním kontaktu zažívají rodiče těchto dětí neporozumění a dokonce odmítání, třeba proto, jak se jejich děti chovají nebo jak vypadají. Reakcí rodičů na toto leckdy neuvědomělé chování okolí bývá omezení kontaktů mimo rodinu, pocit studu a zahanbení, uzavírání se doma. Někdy se rodiče snaží přimět či donutit ke změně chování. To není snadné a někdy ani možné. Právě v těchto situacích tísně a beznaděje rodičů se může rozvinout CAN.

Jak riziku CAN v těchto rodinách předcházet? Program integrace lidí se zdravotním handicapem a jejich rodin je významným preventivním faktorem. I když už přinesl mnoho dobrého, proces je v začátcích. Schopnost otvírat rodinám možnosti, které jsou pro ně k dispozici, máme všichni. Nadějná jsou sdružení rodin, které spojuje zkušenost onemocnění člena rodiny, např. onemocnění epilepsií, hemofilii, autismem. Rodiny mají možnost získat informace od dalších rodičů i odborníků a zažít nenahraditelné sdílení své situace s dalšími rodinami.

Přijetí identity člověka se zdravotním postižením nebo chronickou nemocí není ovšem samozřejmé a bývá obtížné. Mnohdy jde o delší proces, a to jak u dítěte samotného, tak u jeho rodičů. Může jej usnadnit terapeutická podpora. Vědomí existence příležitostí a možnosti voleb pro život je však vždy posilující.² Nabídky a možnosti, které rodina nepřijme, přesto podporují pocit řízení vlastního života. Pocit, že na osudu se nedá nic změnit, vede

naopak k pasivitě. Například tam, kde se sociální pracovníci setkávají s rodiči kvůli sociálním dávkám, by mělo toto setkání sloužit i k poskytnutí informací o příležitostech pro dítě i rodinu. Zejména rodičovství dětí s mentální retardací bývá běh na dlouhou trať. Podpora rodičů nejen v rodičovském, ale i v jejich partnerském a osobním rozvoji se vyplatí.³

KAZUISTIKA: Terapeutické vedení rodiny s dítětem s chronickým onemocněním – spolupráce s neziskovými organizacemi

František měl ve škole vždycky potíže, učitelé si stěžovali, že ruší, byl neúspěšný mezi dětmi, neměl kamarády. V pedagogicko-psychologické poradně zjistili průměrnou úroveň rozumových schopností, poruchu koncentrace pozornosti a hyperaktivitu. František je také epileptik, záchvaty se však v posledních letech vyskytovaly zřídka. Dnes je František v osmé třídě, při setkání se ukazuje, že maminka se o Františka bojí kvůli epilepsii i kvůli tomu, že je dětinský. Radši ho nikam nepouští, František nenavštěvuje ani zájmové kroužky. Lze si ovšem povšimnout, že dětinský je František také proto, že nemá dost zkušeností s dětmi, protože se o něj maminka bojí. Tatínek se snaží Františka odmalička „zocelit“ tak, že si ho dobírá a zesměšňuje ho, František pak někdy pláče a utíká k mámě. To maminka tatínkovi dlouho vyčítala, hádali se, nakonec se obrátila na OSPOD s tím, že tatínek Františka psychicky týrá. Sociální pracovnice dobře vnímala souvislost problému s rodičovským konfliktem a doporučila rodinnou terapii.

Od Františka se dozvíme, že by si chtěl najít kamaráda. Padne návrh na začlenění do e-klubu mládeže s epilepsií, to však chlapec rozhořčeně odmítne, mezi postižené chodit nebude, chce normálního kamaráda.

Se souhlasem rodiny navazujeme kontakt se školou. Podle učitelky je František mezi dětmi neobratný, snaží se zalíbit šaškováním; děti si z něj utahují, ale o šikanu prý nejde. S rodiči hledáme výchovný přístup, který by umožňoval změnit polarizované pozice rodičů a Františkovi umožnil větší míru autonomie a sociální zkušenosti s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu. Tatínkovi na Františkovi záleží, to je z rozhovoru zřejmé, mrzí ho, že syn je „bábovka“. Neví, jak mu pomoci, a v tom se s maminkou shodnou, neboť ona to neví také.

Rodiče pak souhlasí s navázáním kontaktu se sdružením 5P, František se touto cestou seznamuje se sedmnáctiletým studentem Romanem, každý týden s ním tráví pár hodin. V rámci terapie se společně dohodnou, že Fran-

tišek pojede na letní tábor, kde bude Roman vedoucím. Při dalším setkání se dozvíme, že tábor byl úspěšný. Tatínek prý pak prosadil odvážný plán a rodina strávila týden na kolech. Táta Františka chválí, byl prý dobrý.

Kontakty Františka s Romanem pokračují i po prázdninách, pro Františka je Roman vzorem, se starším kamarádem se přišel pochlubit i na terapeutické setkání. František si v této době troufne oznámit šikanu ve škole, škola situaci řeší přizváním odborníka, diskutovali prý pak o vztazích ve třídě a František s tím byl spokojen. Ve škole je to prý lepší, i když kamaráda tam stále nemá. Začal chodit do e-klubu mládeže s epilepsií a při setkání mluví nadšeně o dětech, které poznal.

Proces terapie je především vytvořením příležitostí ke změně. V tomto případě došlo v průběhu terapie k sérii změn ve vztahu k Františkovi u obou rodičů, maminka si troufla povolit v dosavadní ochraně chlapce a tatínek měl příležitost vidět Františka v příznivějším světle. František zažil v této situaci nové zkušenosti, které posílily jeho sebevědomí a přijetí chronické nemoci pro něj **bylo přijatelnější**.

Dobrá orientace: znát, co je v dané komunitě pro rodiny k dispozici

Sociální pracovníci a další odborníci pracující s lidmi mohou podporovat rozvíjení sítě preventivních a pomáhajících organizací – zdravotních i sociálních, komunitních a neziskových – a komunikaci mezi nimi. Činnost občanských iniciativ a neziskových sdružení rodin či osob, a to jak zájmově orientovaných, tak organizovaných kolem společného tématu, budí respekt. Vytvářejí se například kolem zdravotní problematiky dítěte anebo vzájemné podpory a společných výchovných zájmů; hledat užitečné formy spolupráce a partnerství se vyplácí i jako prevence CAN. Například mateřská centra lze chápat jako preventivní program, který může posilovat ženy unavené jednotvárnou a izolovanou péčí o dítě a chránit je před rozvojem deprese, ale také chránit dítě před případným vývojem projevů násilí.

Po roce 1990 vzniká množství sdružení a klubů anebo jen neformálních zájmových skupin, orientovaných na trávení volného času. Mnohé z nich pořádají i společné víkendy a dovolené. Obohacení, které vyplývá ze sdílení zkušeností a porozumění pro složitost života, představuje formu posílení rodin, která není profesionálním kontaktem nahraditelná. Role těchto společ-

čenství je v prevenci rozvoje CAN zřejmá; mnohde ovšem chybí. Někdy se mohou stát iniciátory rodiny, které pomoc hledají.

Pomoc mnohočetně znevýhodněným rodičům jako preventivní opatření

Většina z nás se v rodičovství opírá o zkušenosti z původní rodiny, i když jsme v dětství nebyli se vším spokojeni a leccos pak při výchově korigujeme. Obvykle máme možnost čerpat z více zdrojů zkušeností, nejen od rodičů, ale i širšího okruhu příbuzných. Lidé, kteří sami byli svými rodiči zanedbávání a/nebo týráni, jsou jako rodiče znevýhodněni a pravděpodobnost, že dojde k rozvoji CAN, je vyšší. Riziko pro dítě se zvyšuje, pokud jej vychovává samostatný rodič s podobnou historií, který nemá podporu dalších osob.

KAZUISTIKA: Nedobrovolná klientka: terapie jako „obrana proti sociálce“

Marka našla policie na ulici v jedenáct hodin v noci a předala případ SPOD. Marek byl krátce umístěn do Klokánku a uvažovalo se o jeho dalším umístění. Paní Plíhalová, Markova matka, nakonec přijala nabídku terapie, prý aby se vyhnula „útokům sociálky“. Tak přišel třináctiletý Marek se svou třicetiletou maminkou k prvnímu setkání. Paní Plíhalová byla nespokojená, chovala se útočně, nedůvěřivě. Situace rodiny byla obtížná, žena neúspěšně podnikala, ale nechtěla to vzdát, v práci bývala až do večera. Od Marka chtěla, aby už měl uklizeno, hotovou večeři a samozřejmě i vše do školy. Otce Marek nezná, muž od maminky odešel v době těhotenství, a i když na Marka platil, nikdy ho nechtěl ani vidět.

Paní Plíhalová se obávala, aby nebyl Marek po tátovi, často ho před tím varovala. Když se jí zdálo, že se nechová odpovědně, měla na něj vztek a plísnila ho, Marek měl zlost nebo plakal, a tak se rozvíjel oboustranně neuspokojivý vztah. Žena měla na plnění povinností Marka značné nároky, jak nesplnil vše bezvadně, ponižovala ho a bila. Markovy pokusy, aby vyhověl, nedokázala poznat, leckdy ale Marek schválně nevyhověl. Objevujeme, že občas spolu zažívají i pěkné chvíle, ale vzájemně si to neřeknou. Zatím jsou zvyklí dávat najevo jen nespokojenost, a tak se při terapii matka i syn učí dávat najevo i pocity spokojenosti. Fyzické násilí se stabilizovalo, ale kvalita soužití se zlepšovala jen pomalu. Později pracujeme pouze

s matkou. Bývala v dětství surově bita otcem, z domova odešla, když v šestnácti otěhotněla, a od té doby rodinu neviděla. Ženě se daří nacházet diferencovaný vztah k svému dětství a vztahům, obnovuje kontakt se svou matkou a sestrami a všichni se dokonce setkáváme v terapeutické pracovně. Prolomení izolace přispělo k větší spokojenosti rodiny i posílení vlastní iniciativy paní Plíhalové. Zajímá se víc o potřeby Marka, realističtěji odhaduje jeho možnosti. Plánuje s ním společný čas a získává finanční podporu sociálního oddělení na letní tábor. Žena se rozhoduje ukončit podnikání a hledat si zaměstnání. Rodina dál dochází na terapii, společný život matky a syna je však bezpečnější a uspokojivější.

Matku, kterou jsme zde představili, bychom mohli snadno kritizovat; i když na rozdíl od otce přece jen převzala jistou odpovědnost. Výchova obsahovala řadu rizik. Sociální pracovnice v tomto případě použila tzv. metody středního tlaku⁴. Matka zvolila terapii, aby se vyhnula opatření, které pro ni bylo nepřijatelné. Její ochota ke spolupráci byla značně omezená a spolupráce zpočátku nebyla snadná. Přesto došlo ke stabilizaci násilí a postupně také k dalším užitečným změnám v rodině a otevření izolovaného života této malé rodiny dalším potenciálním zdrojem pomoci.

Porozumět systemické povaze problému CAN

CAN je příkladem problému, jehož řešení zve k systemickému přístupu. Povaha praktických řešení žádá překonávání resortního vnímání problému⁵. Vyžaduje nejen spolupráci různých odborníků, ale vede také zároveň k **uznání i jejich odlišných hledisek – například hlediska právníků, sociálních pracovníků, psychologů, protože všechna hlediska mohou být platná zároveň.** Běžné polarizované vnímání osob, které potkáváme v případech CAN, podle schématu dobrý – špatný, vinen – nevinný, je – není odpovědný není vždy použitelné, **je třeba přijímat souběžnou existenci odlišných a mnohdy rozporných hledisek jako součást problému.** Tak je například třeba přijmout, že nevlastní otec, který sexuálně zneužíval dceru, pro ni byl zároveň v mnoha směrech pečujícím rodičem, a že kromě zlosti na něj má k němu dívka i dobrý vztah. Matka dívky o zneužívání nevěděla, byla prý příliš zaměstnaná, známky dceřiny nepohody proto nevnímala; dívka však její vysvětlení považuje za výmluvu a matku má za viníka.⁶ Týrané dítě může mít rádo svého trýznitele a násilný rodič může milovat své dítě. Taková rozporuplnost patří k problému CAN a odborníci

všech profesí s ní musí počítat. Kvalita odborné práce je tedy rovněž prostředkem pomoci.

Odpovědnost za porozumění historickým kořenům problému násilí

Důležitou stránkou prevence je rozpoznání komplexních historických a kulturních kořenů násilí v rodinách, a to vůči dětem, ale také vůči ženám,⁷ event. žen vůči dětem či slabším osobám. Muži v našem kulturním okruhu měli v rodinách po staletí pozici hlavy rodiny, tzn. toho, kdo odpovídá za pořádek v rodině a má právo a dokonce i povinnost trestat ty členy rodiny, kteří pořádek porušují. Vztahy všech členů v rodině k otci a také vztah dětí k matce byly v minulosti budovány na autoritativním základě.

I dnes je pro některé muže dohled nad děním a řízení členů rodiny samozřejmou součástí role manžela a otce. Pokud nejsou očekávání naplňována, může být muž velmi nejistý a ve snaze udržet nebo obnovit svou pozici na vrcholu rodinné hierarchie se může uchylovat k násilí. Dobrý otec a manžel v tomto pojetí musí mít doma poslední slovo a nikdo se mu nesmí beztrestně protivit. Ženy leckdy tuto mužovu pozici vůči dětem podporují nebo proti ní neprotestují. I ony koneckonců po staletí uznávaly dominantní chování mužů a tělesné tresty za neposlušnost považovaly za samozřejmé. Tato podřízená pozice vůči muži nevyklučuje, že se ženy nechovají k dětem násilně. Ženy využívaly tradičně nárok na řízení dětí, fyzicky je trestaly nebo je vystavovaly trestům z dnešního hlediska ponižujícím; považovaly to za výchovnou nutnost.

Nejde o to, abychom se dnes rozhořčovali nad minulostí a kritizovali a obviňovali své prarodiče nebo se nostalgicky domáhali ztracené rodičovské autority. **Věcná a neobviňující reflexe naší historické i trvající tolerance vůči násilí v rodinách je součástí procesu porozumění tomuto jevu a je v zájmu celé společnosti.** Bez tohoto poznání budeme ovlivněni polarizujícím hlediskem, které považuje týrání dětí za krajní jev, týkající se jen okrajové skupiny a nikoli celé společnosti.

Jak se terapeuté dostávají do kontaktu s případy CAN

Problém násilí se vyskytuje ve všech sociálních skupinách a vrstvách, i když ne rovnoměrně; častější výskyt bývá uváděn především v rodinách s nízkou sociokulturní úrovní⁸. V rodinách, které odpovídají standardům střední třídy, tzv. spořádaných rodinách, je však riziko přehlédnuto snáze než v rodinách, které jsou vnímány jako problémové a které se opakovaně

dostávají do kontaktu se sociální péčí. Také další osoby, které se z různých důvodů setkávají s dítětem, tedy učitelé, vychovatelé, lékaři, ale i vedoucí kroužků, by měli reagovat jak na pozorovatelné stopy na těle dítěte, tak také na výrazné změny v jeho chování. **Nejde o to, aby rodiče obvinili, ale aby s nimi otevřeně pohovořili a doporučili jim event. odbornou pomoc.** Podle okolností by je **měli otevřeně informovat o krocích, které učiní;** neměli by jednat tajnůstkářsky a nechat se odradit odmítavou či podrážděnou reakcí rodiny, která však nedokáže situaci uspokojivě vyjasnit.

Zjednodušeně můžeme rozdělit způsoby, jak se terapeuté dostávají do kontaktu s případy různého stupně rizika CAN, do tří skupin:

1. Rodina vyhledá terapeuta sama nebo na doporučení odborníků, kteří usoudí, že podmínky vývoje dítěte jsou málo podnětné, event. existuje riziko rozvíjení CAN. Takový návrh někdy rodiny přijmou vstřícně, zejména pokud je nabídnut jako projev zájmu o dítě, a nikoli kritiky rodičů. Podle údajů z odborné literatury i našich zkušeností už samotné kontakty s terapeutem minimalizují riziko ohrožení dítěte.

Příklady, kdy je vhodné doporučit terapii a kdy lze očekávat, že ji rodina přijme, je řada, např. jeden z rodičů a dítě z různých důvodů dlouhodobě přerušili kontakt a rodiče mají zájem jej znovu navázat; dítěti ublížil člen rodiny nebo někdo mimo rodinu a rodina si chce ujasnit, jak dál postupovat.

2. Jeden nebo oba rodiče vyhledají pomoc kvůli problému v souvislosti s rozvojem CAN. Může jít o celou škálu situací, rodič může mít strach, že někdy při trestání dítěte „ujíždí“ nebo nedokáže výchovně zasahovat bez použití násilí; často jde o rodiče, kteří sami zažili v dětství týrání. Jindy se rodiče obracejí k terapeutům kvůli tomu, že se děti příliš perou, a během rozhovoru se ukazuje, že slabší z dětí je touto situací výrazně traumatizováno.

3. Rodina vyhledá pomoc z jiných důvodů, v průběhu terapie se objeví podezření nebo přímo důkazy CAN. V takovém případě jsou terapeuté povinni vystoupit z terapeutické role a informovat rodinu o své ohlašovací povinnosti. Je důležité, aby terapeuté vystupovali transparentně a zároveň s vědomím, že prvořadé je zajistit bezpečí dítěte, podle situace okamžitě. S rodinou lze i po ohlášení spolupracovat, pokud přijmou odpovědnost za CAN a jsou ochotni k uzavření terapeutického kontraktu buď z vlastního rozhodnutí, nebo jej přijmou v souvislosti s jednáním s dalšími orgány.

Problém pomoci rodinám s rizikem vývoje CAN chápeme jako společenský problém, který souvisí s převládajícími názory na chování rodičů a výchovu dětí. Pomoc ve výchově dětí je dosud převážně chápána jako důkaz selhávání rodičů, nikoli jejich kompetence. Stejně tak může být užitečné zaměřovat se na rodiny se zvýšeným rizikem spíše z hlediska jejich zvláštních potřeb: tímto způsobem je zdůrazněna jejich aktivní a partnerská role. V kontextu podpory výchovy lze chápat už existující a rozvíjející se síť institucí – zdravotních, pedagogických, terapeutických, volnočasových a i spontánně vznikajících společenství, organizovaných například v rámci podpory rodin se zdravotním handicapem. Při řešení konkrétních případů je pro pracovníky SPOD užitečná znalost konkrétních podmínek a zároveň účinné využívání modelů spolupráce. Některé z nich autorka nabízí prostřednictvím kazuistických ukázek.

Literatura:

- Asen, E.:** *Multilayered intervention with violent families*, Evropská konference o rodinné terapii, Berlín 2004.
- Ehrensaft, M. K. – Vivian, D.:** *Spouses reasons for not reporting existing marital aggression as a marital problem*, *Journal of Family Psychology*, 1996, 10, 443–453.
- Gjuričová, Š. – Kubička, J.:** *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*, Praha: Grada, 2003.
- Ludewik, K.:** *Systemická terapie*, ISZ, Palata, 1993.
- McCarthy, I. – Salomon, E.:** *Model demokratické konzultace*, seminář, Praha, září 1999.
- Moffitt, T. – Caspi, A.:** *Annotation: implication of violence between intimate partners for child psychologists and psychiatrists*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 137–144.
- Omer, H.:** *Violence between siblings and nonviolent resistance*, Evropská konference o rodinné terapii, Berlín 2004.
- Jones, E.:** *Domestic violence*, Evropská konference o rodinné terapii, Berlín 2004.
- Trepper, T. S. – Barrett, M. J.:** *Systemic treatment of incest*, Brunner/Mazel 1993.
- Vetere, A. – Cooper, J.:** Working systemically with family violence: risk, responsibility and collaboration, *Journal of Family Therapy* 23,4, Nov. 2001.

-
- ¹ Tak např. hlediska psychologů v roli soudních znalců a v roli terapeutů se nutně odlišují. Podrobněji je tato odlišnost rozpracována v kapitole o rodinné terapii.
- ² Možná někteří čtenáři zažili zvláštní pocit při návštěvě dětských zábavných zařízení v severských zemích: dojem, že je tam ve srovnání s Českem mnoho dětí se zdravotním postižením. Rozdíl ale není v populačním výskytu, ale v pozornosti věnované těmto dětem.
- ³ Je známo, že se velká část rodin, kde žije dítě se závažným zdravotním handicapem, rozvádí.
- ⁴ Tato metoda byla popsána v kapitole Rodinná a systemická terapie.
- ⁵ Problém týrání a zneužívání dětí byl v předlistopadovém Československu poprvé diskutován v rámci zdravotnictví. Pojem syndrom CAN je široce používán v řadě zemí. Mnohdy je ale kritizováno, že vytváří dojem zdravotního problému, nebo dokonce nemoci, mluví se o medikalizaci sociálního problému.
- ⁶ Na odlišnost profesionálních pozic jednotlivých odborníků jsme upozornili v kapitole Rodinná a systemická terapie.
- ⁷ Toto hledisko, které bere v úvahu tradiční rozdíl moci, nijak nepopírá, že podoby násilí v rodině jsou různorodé. Vždy existovalo i násilí žen vůči dětem a existují i případy násilí žen vůči mužským partnerům.
- ⁸ Podrobnější výčet skupin s vyšším rizikem CAN je uveden v úvodní části této kapitoly.

PREVENCE VE SVĚTĚ (HEALTHY FAMILIES AMERICA)

Věduna Bubleová

V současné době je v mnoha zemích známo a úspěšně používáno několik programů prevence CAN. V této kapitole Vám podrobně představíme jeden z nich, který se stal základem a vodítkem pro mnohé další. Americký program „Zdravá rodina“ (*Prevence Healthy Families America*) vychází z tradice sociálních služeb poskytovaných přímo v rodinách klientů a úspěšně se rozšířil i do Evropy a Austrálie a funguje na více než 500 místech celého světa již 20 let v různých podobách a modifikacích.

Program je dlouhodobý a zaměřený především na sociálně ohrožené rodiny. Jeho cílem je podporovat správné fungování rodiny, posilovat rodičovské kompetence, a předejít tak případným problémům a psychopatologickým jevům vedoucím ve svém důsledku k odebrání dětí z rodin. Služby spojené s tímto programem by neměly suplovat funkci rodičů, ale měly by rodinu vést k jejich postupnému samostatnému zvládnutí. Specifikem programu je důraz kladený na rozvoj pozitivní interakce a komunikace mezi dítětem a rodičem. Silná vazba, která v průběhu této interakce vzniká, je nejlepší prevencí různých negativních jevů jako je zanedbávání péče, týrání či zneužívání dětí apod.

V této kapitole se seznámíme se základními principy programu, obsahem a cíli, metodami práce s rodinou, realizací programu a možnou aplikací u nás.

Základní principy programu

- a) Služba začíná ještě před narozením dítěte nebo krátce po něm.
- b) Pro vyhledávání a hodnocení rodin vhodných pro zařazení do programu jsou používány standardizované metody.
- c) Zařazení do programu je striktně dobrovolné s cílem získat důvěru rodiny a aktivní účast a přístup rodičů.
- d) Služba je poskytována dlouhodobě (až 3 roky). Její intenzita se flexibilně mění podle momentálních potřeb konkrétní rodiny.
- e) Služba je „kulturně kompetentní“ – je přizpůsobena kulturním zvláštnostem a zvykům rodin z různých socio-etnických skupin zařazených do programu.

- f) Služba je zaměřena komplexně jak na rozvoj dítěte a rodičovských dovedností, tak i na vztahy uvnitř rodiny.
- g) Rodinám je zprostředkován kontakt na další potřebné služby – lékařské, psychologické, sociální atd.
- h) Počet rodin, se kterými pracuje jeden rodinný asistent, je omezen.
- i) Pracovníci realizující službu jsou vybíráni nejen na základě profesionálních dovedností, ale i podle osobnostních předpokladů, schopnosti získat důvěru klientů a navázat s nimi vztah.
- j) Pracovníci by měli mít takové osobnostní předpoklady, vzdělání a podpůrnou odbornou síť kolem sebe, které by jim poskytly zázemí, aby se dokázali vypořádat s nejrůznějšími situacemi, které je mohou potkat při práci v sociálně ohrožených rodinách.
- k) Pracovníci realizující službu musí být speciálně vyškoleni, aby byli schopni správně realizovat principy programu, zejména ovládat metody hodnocení situace rodiny a práce přímo v rodinách.
- l) Pracovníkům se musí dostat následné efektivní supervize.

Základní idea a stručný obsah projektu

Většina ohrožených dětí (včetně syndromu CAN) pochází zejména ze sociálně slabších rodin s množstvím sociálně-patologických jevů.

Celý program vychází z faktu, že je jednodušší, levnější a ve svém důsledku efektivnější pro celou společnost podpořit takto ohrožené rodiny a rodiče dříve, než dojde k situaci, která si vyžádá odebrání dítěte z rodiny. Pravidelná, systematická a dlouhodobá práce v ohrožených rodinách od narození dítěte, která je základem tohoto projektu, si klade za cíl:

- podpořit rodiče ve zkvalitnění rodičovské péče v raném věku,
- včas zachytit eventuální vrozené či vývojové odlišnosti,
- působit jako prevence sociálního osíření,
- předcházet zanedbávání a zneužívání dětí,
- podpořit a zrovnoprávnit šance dětí z minoritních a ohrožených rodin.

Speciálně vyškolení instruktoři a instruktorky, vybavené podrobnými metodickými materiály (např. manuálem, videokazetou apod.) navazují kontakt s vytipovanými matkami již v porodnici. Přicházejí s nabídkou zařazení do programu a balíčkem, který obsahuje videokazetu, jednoduchou příručku, kontakt na instruktora a další praktické maličkosti (dětskou kosmetiku, lahvičky, knížku apod.), které zpravidla u matek, pro které je tento program určen, usnadňují navázání potřebného kontaktu.

Po návratu z porodnice nabízejí matce možnost první návštěvy. Tím je otevřena cesta k navázání prvního kontaktu. Dále potom rodinu navštěvují podle potřeby, zpravidla minimálně jednou týdně. Instruktoranky nyní matku učí v jejím domácím prostředí nenásilnou a přirozenou formou, jak o dítě správně pečovat. Kromě předání základních hygienických a zdravotních dovedností (výživa, hygiena, základní zdravotní ošetření) vedou instruktorky matku k rozvoji **rodičovských dovedností**, tzn. jak dítě vést i po stránce sociální, emocionální a mravní. Cílem není pečovat o dítě místo matky, ale naučit matku, jak se má o své dítě starat ona sama. Důležitou roli hraje podrobný manuál, který instruktorku i matku provází jednotlivými vývojovými obdobími dítěte. Instruktoranky současně působí jako možný prostředník pro navázání kontaktů s okolím. Přibližují rodině možnosti existující sociální podpory a zdravotní péče nejen pro dítě, ale i pro rodiče (např. možnosti rekvalifikace, psychologické nebo lékařské pomoci). Tato práce v rodinách trvá do tří let věku dítěte, kdy se předpokládá, že dítě začne navštěvovat běžná předškolní zařízení, nebo v opačném případě je instruktorka – díky trvalému kontaktu s rodinou – schopna včas upozornit kompetentní orgány na nutnost jiného řešení, a minimalizovat tak ohrožení zdravotního vývoje dítěte.

Prezentace projektu

Program je na veřejnosti představován formou informačních letáků, posterů a mediální kampaně.

Informační letáky obsahují obecné informace o tom, že projekt existuje, jeho cíle a kontaktní adresy.

Letáky jsou určeny potencionálním zájemcům o práci asistentů a potencionálním klientům.

Materiály mohou být distribuovány:

- v organizacích, které se zabývají sociálně právní ochranou dětí,
- na poliklinikách,
- na gynekologických odděleních,
- v poradnách pro těhotné matky,
- v porodnicích,
- ve školách,
- na obecních úřadech.
- v místních médiích apod.

Stanovení pravidel pro práci se získanými informacemi

Právní úprava

- Veškerá práce s osobními daty klientů se řídí Listinou základních práv a svobod; ústavním zákonem č. 2/1993 Sb., zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.
- Podrobně se u nás s nakládáním s osobními údaji rovněž zabývají Standardy kvality sociálních služeb vypracované MPSV.

Realizace

- Služba, kterou program nabízí, nemůže být vykonávána anonymně, proto je nutné mít pro úspěšnou spolupráci určitá osobní data k dispozici.
- Informace, které mají zúčastněné osoby (pořádající organizace, asistentky, přízvaní odborníci apod.), jsou ošetřeny v souladu s výše uvedenými zákonnými normami.
- S osobními daty nakládají pouze s písemným svolením daných osob.
- Přístup k informacím mají pouze pověřené osoby, které informace bezprostředně potřebují pro vykonávání služby. Ostatním osobám nejsou informace poskytnuty bez výslovného povolení osob, kterých se dané informace týkají.
- Písemné materiály o klientech musí být bezpečně uloženy pod uzavřením, aby se zamezilo přístupu nepovolaných osob.

Metody práce

Plán pomoci rodině

Plán pomoci je základní metodou při práci v rodině. Určuje obsah, strukturu i frekvenci setkávání.

- Plán vzniká ve spolupráci rodiny a asistentky, mapuje aktuální situaci, formuluje cíle a metody jejich dosažení.
- Plán by měl být sestaven během prvních týdnů zařazení do programu.
- Plán je průběžně a pravidelně vyhodnocován při supervizi a nejméně každých šest měsíců aktualizován podle měnících se podmínek.

Postup při sestavování plánu

- Analýza aktuální situace – rozhovor s matkou i dalšími členy rodiny, vlastní pozorování, příp. informace z dalších zdrojů.
- Formulace zdrojů a slabých stránek rodiny
 - Zdroje – např. dovednosti, osoby (přátelé, příbuzní), zázemí apod., které má rodina k dispozici a může je podle potřeby využívat. Toto

jsou zdroje, na kterých můžeme pomoci rodině stavět, můžeme s nimi počítat a tedy zahrneme je do našeho plánu pomoci. Např. matka má dobrou kamarádku, která jí může občas pohlídat dítě; matka dobře zvládá vaření, domácnost apod.

- Slabé stránky – problémy, které rodina zatím nedokáže dostatečně samostatně řešit. Např. maminka si stěžuje na častý pláč dítěte; neumí si poradit s financemi (jak hospodařit...); nemá žádný čas na sebe a neumí si to zařídit; má problémy se svým manželem apod.
- Zaznamenání do připraveného formuláře – zdroje i slabé stránky jsou pro přehlednost rozděleny do pěti okruhů, které postihují různé aspekty života rodiny:
 - základní komunikace,
 - denní život rodiny,
 - vývoj dítěte,
 - vývoj rodičů,
 - sociální síť rodiny.
- Stanovení dílčích cílů a postupu – vyškolená asistentka na základě dohody se supervizorem určí, ve kterých oblastech může rodině pomoci sama a ve kterých bude potřeba pomoc dalších odborníků. Pro tuto situaci je nutné mít připravené kontakty na odbornou pomoc – psycholog, pedagog, sociální pracovník, lékař atd.
- Seznámení matky (rodiny) s návrhem plánu – asistentka se s rodinou dohodnou, společně určí pořadí pracovních úkolů, časový plán, osoby, které budou mamince pomáhat apod. Zvolí metody a strategie, jak bude rodina na jednotlivých věcech pracovat. Potom teprve vzniká finální verze plánu.
- Průběžná práce s plánem – asistentka se v průběhu návštěv pravidelně k plánu vrací, spolu s rodinou hodnotí pokroky i dílčí neúspěchy, plánují další postup.

Metodická poznámka k sestavování plánu

Klíčová je aktivní spolupráce matky (rodiny) při sestavování plánu. Matka musí vědět, na čem se bude pracovat a musí s tím souhlasit, případně sama určit pořadí – co chce vyřešit nejprve, co potom, co naposledy... Postupně zvolené kroky by měly být reálné, raději menší, aby bylo možné jich brzy dosáhnout a matka/rodina by tak mohla dosáhnout úspěchu – důležitá je tedy neustálá komunikace s matkou. Pokud by matka nesouhlasila (případně jen nezaújatě, poslušně odkývala, co jí asistentka předloží), můžeme si

být jisti, že pomoc nebude účinná. Pracovat musí především matka (rodina) a asistentka jí bude oporou a průvodcem.

Realizace programu

Praktická část celého programu se skládá ze tří vzájemně se doplňujících složek:

- hodnocení a analýza situace klienta,
- zprostředkování prvního kontaktu s klientem,
- návštěvy v rodinách.

Hodnocení a analýza situace klienta

Cíle hodnocení

- Zkontaktovat všechny rodiny z cílové skupiny před nebo nejdéle dva týdny po narození dítěte.
- Provést v rodinách první vyhodnocení zdrojů a slabin a rozhodnout o účelnosti zařazení do programu.
- Připravit nabídku služeb pro konkrétní rodinu, ať už v rámci programu nebo dalších možností v místě, kde rodina žije.

Metody hodnocení

Důležitým podkladem pro zařazení rodiny do programu je polostrukturovaný rozhovor, který je obsahem setkání hodnotitele s rodinou. V něm by se měl hodnotitel zaměřit na následující okruhy:

- dětství a rodinnou anamnézu rodičů,
- současné vztahy a situace v rodině,
- rizikové faktory (např. zdravotní či psychické problémy, nezaměstnanost, alkoholismus, drogy apod.),
- očekávání rodičů spojená s narozením dítěte,
- sociální síť matky/rodiny,
- předchozí využívání sociálních služeb a dávek.

V této fázi by neměl hodnotitel slibovat žádné konkrétní služby. Nabídka by měla přijít až po vyhodnocení rozhovoru. Vyhodnocení provede hodnotitel spolu se supervizorem. Může, ale nemusí následovat zařazení do programu. V každém případě by ovšem měla být rodina seznámena s dalšími možnostmi, které se jí naskýtají v místě, kde žije (sociální dávky, sociální služby, lékařská péče apod.), včetně aktuálních kontaktů.

Zprostředkování prvního kontaktu s klientem

- Neobejde se bez spolupráce s dalšími organizacemi. Na potencionální klienty mohou upozornit gynekologové, porodníci, dětská lékařka, sociální pracovníci, kteří mohou provést prvotní vyhodnocení situace.
- S těmito spolupracujícími osobami a institucemi je nutné jasně formulovat pravidla vzájemné komunikace a spolupráce, nejlépe písemně. Je nutné dbát o to, aby nebyla porušena ochrana osobních dat potenciálních klientů.
- Při prvním kontaktu před narozením dítěte se pracovník sejde s rodinou/matkou na místě podle dohody. Nemusí tedy jít hned přímo do rodiny, pokud si to rodina nepřeje.
- Pokud se jedná o kontakt po narození, zpravidla pracovník nabídne stručnou informaci ústně nebo i v písemné podobě přímo v porodnici. Vše musí proběhnout s ohledem na soukromí a zdravotní stav rodičky. Matky, které projeví zájem, pracovník požádá o vyplnění „návrátky“ pro další kontakt po návratu z porodnice. Pracovník by se měl matce ozvat do 48 hodin po propuštění z porodnice a nabídnout pomoc a setkání. Místo a čas dalších kontaktů závisí na domluvě s rodinou.

Návštěvy v rodinách

Cíle návštěv

- Podporovat správné fungování rodiny, rodinných vztahů, vzájemné důvěry a podpory.
- Pomoci rodině při budování funkční podpůrné sociální sítě a při řešení konkrétních problémů.
- Napomáhat zdravému vývoji dítěte – tělesnému i duševnímu.
- Podporovat vznik silného vztahu mezi rodičem a dítětem.

První návštěvy rodinného asistenta

Jak a co připravit:

- Stručné informace o programu obecně, nejlépe včetně písemné podoby (leták apod.).
- Návrh dohody o poskytování služby (rozsah služeb, místo, čas, kdo bude službu poskytovat atd.),
- Prohlášení o ochraně osobních dat (kdo bude mít k datům přístup, jak budou uchovávána, komu mohou/nemohou být poskytnuta a za jakých podmínek atd.).
- Ukázka „plánu pomoci“, který bude společně s rodinou vypracován na některém z prvních setkání.

Veškeré materiály musí být pro klienta srozumitelné, případně přeložené do jeho mateřského jazyka. Asistent je povinen se ujistit, že klient materiálům rozumí. Rovněž důležité, i když obtížné, je upozornit klienta, že pracovníci programu jsou ze zákona povinni informovat příslušné orgány o okolnostech, které by svědčily o zanedbávání či zneužívání dítěte.

Obsah úvodních setkání

- Vzájemné seznámení a navázání kontaktu rodiny s asistentem.
- Představení programu, zodpovězení otázek a nejasností.
- Seznámení s metodickými materiály (manuál apod.) a systémem práce s nimi.
- Informace o obsahu a struktuře jednotlivých setkání (rozhovor s rodičem nad aktuálními otázkami, vývojové pokroky dítěte, ukázka aktivit s dítětem atd.).
- Rady a tipy pro zvýšení bezpečnosti kojence v domácnosti.
- Vytvoření „plánu pomoci“, který by měl vzniknout do šesti týdnů od zahájení programu.

Struktura pravidelných setkání

V průběhu pravidelných setkání by se měla asistentka s matkou/rodiči věnovat těmto okruhům:

- Zdravotní a psychický stav matky (Jak se cítíte?).
- Rozvoj vztahu matka – dítě (jak si s dítětem povídat, chovat ho, hrát si...).
- Zdravotní stav a vývoj dítěte (monitoring vývoje a případných odlišností).
- Aktuální situace a vztahy v rodině v návaznosti na plnění „plánu pomoci“ (např. kontakty pro rekvalifikaci nebo léčbu partnera, pomoc při vyřízení sociálních dávek apod.).

Frekvence návštěv

- Řídí se potřebami rodiny.
- Zpravidla zpočátku pravidelně jednou týdně, v případě potřeby i častěji.
- Frekvence se přehodnocuje minimálně každých šest měsíců nebo v případě jakékoliv závažné změny situace v rodině.
- Obvykle frekvence s časem trvání služby klesá tak, jak se stabilizuje situace v rodině. Pokud se situace vyvíjí dobře, v posledních měsících by mělo stačit jedno setkání měsíčně.

Metodické materiály a technická podpora

- Základním pracovním materiálem je „Manuál pro matky a asistentky“, který tvoří osnovu pro pravidelná setkání.
- Rovněž je praktické vytvořit jakousi cestovní příruční knihovnu, která by obsahovala nejen publikace ke klíčovým tématům, ale např. i vzdělávací videokazety, hračky a pomůcky.
- Asistentky by měly mít možnost příležitostně přinést do rodiny video-přehrávač, a umožnit tak společné sledování těchto didaktických kazet a následnou diskusi i těm matkám, které doma videopřehrávač nemají.
- Hračky a pomůcky by měly být především takové, které je možné bez větší finanční zátěže doma vyrobit a na které lze použít přímo domácí zdroje. Složitější pomůcky je možné na omezenou dobu zapůjčit.

Administrativa

- Po každém setkání musí být vyhotoven zápis.
- Situaci a postup v jednotlivých rodinách konzultuje asistent každý týden se supervizorem.
- Každého půl roku se schází celý tým včetně hodnotitele a posuzuje pokroky v plnění „plánu pomoci“, případně je plán ve spolupráci s rodinou upraven podle momentální situace.

Ukončení účasti v programu

Ukončení účasti v programu může být navrženo jak ze strany klienta, tak ze strany poskytovatele služby.

- Uplynutí maximální doby poskytování služby

Služba je koncipována jako dlouhodobá (3 roky). Po uplynutí této doby se předpokládá, že je situace v rodině natolik stabilizovaná, že další odborná pomoc není potřebná. V opačném případě, kdy situace v rodině nadále vyžaduje odborné služby, by měl poskytovatel služby zprostředkovat nabídku služeb dostupných v místě života rodiny.

- Závažná změna situace v rodině

V průběhu tří let může nastat celá řada okolností, které zásadně změní situaci v rodině tak, že další poskytování služby nebude efektivní. Buď se situace zlepší a služba nebude potřeba, nebo se naopak vyskytnou natolik závažné problémy, že je nebude možné řešit v rámci programu (týrání, zneužívání dětí, odebrání dítěte z rodiny, trestná činnost apod.).

- **Nespokojenost s poskytovanou službou ze strany klientů**
Samozřejmě je možné, že tento typ služby nebude z různých důvodů vyhovovat každému. Ukončení účasti v programu je až krajním řešením, které by při dobré práci asistenta nemělo přijít bez varování. V případě důležitých problémů a nespokojenosti musí mít každý klient možnost vznést stížnost ke koordinátorovi projektu, který se jí musí zabývat a klienta informovat o možných způsobech řešení.
- **Porušování dohody o poskytování služby**
Překážky se samozřejmě mohou objevit i na straně klienta. Poskytovatel má právo při opakovaném porušení dohody o poskytování služby tuto službu ukončit. Okamžité ukončení následuje při jakémkoliv napadení asistentky nebo jiného člena týmu.
- **Snižování intenzity služeb**
Při standardním průběhu programu by se postupně měla snižovat frekvence návštěv v rodinách až na 1x měsíčně před ukončením. Současně je rodina více zvána na akce pořádané v rámci programu mimo domov. Tato přechodná doba slouží k postupnému odpoutání a jako příprava na dobu po skončení programu.
- **Na závěr by měl být s rodinou proveden polostrukturovaný rozhovor, který vede hodnotitel. Rozhovor by se měl zaměřit na zkušenosti a výsledky programu z pohledu klienta – s čím byl spokojen, nespokojen, jak se splnila jeho očekávání, v čem mu program prospěl, v čem nikoliv apod.**
- **Při ukončení účasti v programu jakýmkoliv způsobem by měl být každý klient informován o dalších možnostech a nabídce sociálních služeb v dané lokalitě. Rovněž by měl být seznámen s tím, jak bude dále zacházeno s materiály, které vznikly v průběhu spolupráce. Tato pravidla určují Standardy MPSV.**
- **Celý pracovní tým (asistentky, supervizor, hodnotitel příp. další členové) po skončení provede závěrečné hodnocení celé spolupráce, které se stane součástí materiálů k případu.**

Jak bychom tuto metodu mohli rozvíjet u nás?

Jak je zřejmé, jedná se o projekt náročný a dlouhodobý. Pro použití programu u nás navrhujeme jeho rozčlenění do několika stupňů (fází).

Cílem první fáze je:

- a) příprava metodických materiálů (manuálu a videokazety);
- b) nábor a výběr budoucích instruktorek;
- c) úprava modifikací metodických materiálů pro různé skupiny populace ve spolupráci s instruktorkami (viz dále);
- d) externí oponentní řízení ve spolupráci s orgány sociálně právní ochrany dětí a mládeže, zejména MPSV, MZ, MŠMT, MV;
- e) příprava finální verze balíčku na uvítanou.

V první fázi se výše jmenovaných přípravných prací projektu zúčastní několik desítek budoucích instruktorů, odborníků pediatriů, psychologů, sociálních pracovníků a dalších spolupracovníků. V dalších etapách pokračování programu by měl být uskutečněn nejprve pilotní projekt např. v Praze. Postupně by se program měl rozšířit do celé České republiky jako standardní součást nabídky sociálních služeb.

a) Příprava metodických materiálů (manuálu, videokazety a jednoduché příručky)

Manuál a videokazeta jsou důležitou součástí celého projektu. Manuál provází matku i instruktorku celým programem a je jim vodítkem pro společnou práci. Každé vývojové stádium je rozděleno do několika částí, které jsou věnovány různým oblastem rozvoje dítěte (rozvoj motoriky, řeči, sociálních dovedností, zdraví dítěte, hygiena, výživa, náměty na hračky, pomůcky, hry a cvičení vhodná pro daný věk atd.). Nedílnou součástí manuálu je soubor vývojových testů, které umožňují instruktorce i rodičům sledovat vývoj dítěte. Nejedná se o odborné testy, spíše o několik jednoduchých a názorných otázek s obrázky, které slouží pro první orientaci. V případě jakýchkoliv pochybností může být dítě včas odesláno k odbornému vyšetření. Pro jeho vypracování bude vodítkem americká verze, která bude konzultována, upravena či doplněna ve spolupráci s našimi předními odborníky (pediatry, psychology, sociálními pracovníky apod.).

Nedílnou částí projektu je vypracování dvou verzí manuálu. Jedna verze pro běžnou populaci, druhá verze bude upravena a zjednodušena tak, aby informace v ní obsažené byly zachovány, ale byly srozumitelné i matkám s nižší sociokulturní úrovní či jazykovými problémy. Manuál by neměl matky odradit složitostí a nesrozumitelností.

Videokazeta, která je součástí balíčku na uvítanou, je postavena na stejných principech. Maximálně jednoduše, srozumitelně a stručně seznamuje rodiče s jednotlivými oblastmi péče o dítě. Její zvláštností je účast známých a populárních osobností (politiků, hereců či sportovců), které v jednoduchých heslech zdůrazňují nejdůležitější body, a činí tak sdělení zajímavějším a důvěryhodnějším. Při její přípravě se opět počítá, tak jako v případě manuálu, s konzultacemi odborníků. Kazeta by měla být přeložena a převedena do romštiny.

b) Nábor a výběr budoucích instruktorů je dalším důležitým bodem práce v prvním roce. Prostřednictvím osobního kontaktu, dopisů, telefonů a medií by mělo být osloveno především několik skupin z:

- vysokých a vyšších odborných škol se zaměřením na sociální péči a zdravotnictví,
- nestátních neziskových organizací (např. mateřská centra, krizová centra, azylová zařízení pro matky s dětmi, Fond ohrožených dětí, Středisko rané péče, STŘEP, Pražské matky, Ochrana nenarozeného života, Nadace Naše dítě aj.),
- personálu porodnic a dětských zdravotnických zařízení,
- penzionovaných odborníků (lékaři, psychologové, sociální pracovníci apod.),
- romských asistentů a dalších.

c) Úprava a modifikace metodických materiálů ve spolupráci s budoucími instruktorkami

Vybrané instruktorky budou rovněž spolupracovat na přípravě jednotlivých modifikací manuálu, zejména jeho jednodušší a romské verzi. Budou rovněž tvořit první (průběžnou) oponentní skupinu.

d) Externí oponentní řízení ve spolupráci s orgány sociálně právní ochrany

V závěru prvního roku práce chceme seznámit odbornou veřejnost s pracovní verzí metod a uspořádat závěrečnou oponenturu a hodnotící seminář. Po finální úpravě uvedených metod budou materiály předány ke korekturám, grafické úpravě a tisku.

e) Příprava finální verze balíčku na uvítanou

Hlavní součástí balíčku je videokazeta a jednoduchá příručka. Dále by měl být přiložen adresář možných služeb pro rodinu, kontakt na instruktorku, „deníček dítěte“, dětského leporelo a případné další vhodné drobné dárky (dětská kosmetika, výživa apod.). Ty by mohly poskytnout firmy jako sponzorské dary.

Škála situací, které mohou nastat při realizaci tohoto programu, je nesmírně široká. Proto jsme použili v řadě případů pouze modelové příklady, které ne vždy mohou postihnout konkrétní problém. Spíše nám šlo o ilustraci přístupu k řešení takových situací v duchu základních principů programu „Zdravá rodina“.

Další konzultace a metodické vedení při zavádění programu Prevence sociálního osíření poskytne zájemcům ochotně Středisko náhradní rodinné péče v Praze.

Přejeme všem mnoho trpělivosti, energie a optimismu při uvádění tohoto programu do života!

Literatura

Frankel, S. – Friedman, L. – Johnson, A. – Thies-Huber, A. – Zuiderveen, S.: *Healthy Families America Site Development Guide, Prevent Child Abuse America*, Chicago: IL, USA, 2000.

McDonell, J. R.: *Healthy Families South Carolina – Demonstration Project Evaluation*, IFNL, Clemson University, SC, USA, datum neuvedeno.
Standardy kvality sociálních služeb, Praha: MPSV, 2002.

Průvodce programem Prevence sociálního osiřeni, Praha: Středisko NRP, 2004.

V. Sanace rodiny

Sanace rodiny

Věra Bechyňová, Marta Konvičková

SANACE RODINY

Věra Bechyňová, Marta Konvičková

Nezabýváme se svalováním viny na rodiče, lidé vždy dělají to, co považují za nejlepší. Zdokonalit rodinu je nejtěžší práce na světě...

V. Satirová

Sanace rodiny – definice pojmu

Sanace rodiny byla v českém prostředí sociální práce **definována Oldřichem Matouškem (Matoušek, 2003):**

„Sanace rodiny/podpora rodiny – postupy podporující fungování rodiny, které jsou opakem postupů vyčleňujících některého člena rodiny kvůli tomu, že někoho ohrožuje, případně kvůli tomu, že je sám někým z rodiny ohrožen. V současnosti v západních zemích převažuje názor, promítající se i do praxe sociální práce, že sanace rodiny by měla být metodou první volby u většiny případů, kdy je sociální služba kontaktována kvůli výskytu domácího násilí. Sanace rodiny má však mnohem širší pole působnosti, např. jako postup doplňující léčbu závislosti u dospělých lidí. Práce s rodinou může mít formu podpory od zaškoleného dobrovolníka, terapie poskytované profesionálem celé rodině nebo někomu z rodiny v domácím či jiném prostředí, služby poskytované rodinám (např. docházka dětí do specializovaných denních center, přípravné vzdělávání dětí před vstupem do školy, docházka do mateřských a rodinných center).“

Jedná se o definici sanace rodiny, kterou lze vzhledem k jejímu širokému pojetí aplikovat na nejrůznější formy práce s rodinou. Rodina je pojata jako příjemce podpory rodiny v nejširším slova smyslu, důvody k volbě této formy sociální práce, její cíl nebo zaměření nejsou blíže specifikovány. V oblasti sociálně-právní ochrany dětí ji lze takto snadno zaměnit za jakoukoli formu sociální práce s rodinou. Má-li být sanace rodiny v praxi využívána jako účinný nástroj k prevenci odebrání dětí z rodin do zařízení pro výkon ústavní výchovy (kojenecké ústavy, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, dětské domovy, příp. výchovné ústavy) nebo k jejich návratu z těchto zařízení domů, je třeba tuto oblast práce s rodinou blíže definovat.

Sanace rodiny je jednou ze složek aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Sanací rodiny lze nazývat soubor služeb a programů, které jsou poskytovány zejména biologické rodině dítěte, ohroženému na sociálním, biologickém a psychologickém vývoji. Cílem sanace rodiny je předcházet, zmírnit nebo eliminovat příčiny ohrožení dítěte a poskytnout rodičům i dítěti pomoc a podporu k zachování celé rodiny, k odvrácení možnosti odebrání dítěte do zařízení pro výkon ústavní výchovy, nebo k umožnění jeho návratu z některého z těchto zařízení zpět domů. Základní znaky sanace rodiny:

- Rodiče a dítě vědí, že jsou zařazeni do programu sanace rodiny, participovali na sestavení sanačního plánu a souhlasí s ním. Sanační plán minimálně obsahuje:
- Cílový stav situace rodiny, ke kterému jednotlivé dílčí sanační kroky směřují.
- Časový úsek předběžně určený pro naplnění cíle.
- Minimální časový úsek, po kterém bude efektivita sanačních kroků vyhodnocována.
- Jsou domluveny znaky, podle kterých bude efektivita hodnocena.
- Je sestavený multidisciplinární tým, který má jasného koordinátora. Role a úkoly každého jeho člena jsou známy členům týmu i rodině, tým pracuje podle předem domluvených pravidel.
- Pravidla jsou známa rodině i členům týmu, všichni zúčastnění s nimi souhlasí a dodržují je.

Naplnění cíle a efektivitu sanace rodiny v praxi ovlivňuje řada faktorů, se kterými je třeba od samého počátku pracovat a brát je reálně v úvahu při sestavování sanačního plánu:

- **Rizikové faktory rodiny** - rodiče, nebo jeden z rodičů, žili v dětství v dysfunkční rodině, část života prožili v zařízení pro výkon ústavní výchovy, některé z dětí mají odebrané mimo rodinu, u některého z dříve narozených dětí dali souhlas s adopcí, zneužívali drogy, alkohol atp., zpravidla mají nízké vzdělání, jsou dlouhodobě nezaměstnaní, žijí dlouhodobě na nebo pod hranicí životního minima, mají těžkosti s hospodařením, mají dluhy na bydlení, dluží různým finančním společnostem atp.
- **Rizikové faktory prostředí**, ve kterém rodina žije a bude žít - je třeba citlivě hledat kompromis mezi životem v širší rodině, v komunitě rodiny

a sociálním vyrovnáním obtíží, které ohrožují děti v rodině a ke kterým směřují jednotlivé kroky sanace rodiny.

- **Aktuální sociální situace** rodiny při zařazení do programu sanace rodiny – je třeba znát výše uvedené faktory rizikovosti, úroveň rozvoje dítěte, jeho situaci v rodině a v širším sociálním prostředí. Při posuzování je vhodné se zaměřit na oblasti ohledně fyzického zdraví dítěte, jeho psychosociálního rozvoje, kvalitu vztahu mezi dítětem, rodiči, sourozenci, příp. širší rodinou, schopnost rodičů zajistit odpovídající péči a dohled nad dítětem. V neposlední řadě je třeba brát v úvahu případné pravomocně uložené výchovné opatření soudu, které je významným faktorem při plánování délky, frekvence a intenzity práce s dítětem a rodinou.

Příklad ze statistiky sdružení: Je-li rodina zařazena do programu STŘEP, o. s. v době zjištění rizika a dítě nemá uložené žádné výchovné opatření, je pravděpodobnost, že v 97 % nebude nutné k žádnému přistoupit. Je-li dítě již umístěno v dětském domově, podaří se ho navrátit do původní rodiny pravděpodobně ve 26 %. Nedílnou součástí sanace rodiny je pravděpodobnost udržitelnosti kvality podmínek v rodině i po ukončení tohoto druhu podpory rodiny.

Multidisciplinární spolupráce

Multidisciplinární spolupráce odborníků pracujících s rodinou je nedílnou a zásadní podmínkou úspěchu sanace rodiny. Efektivně sanovat rodinu nemůže žádná jednotlivá instituce – problematika rodin dětí, kterým reálně hrozí odebrání do zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo které jsou již v takovémto zařízení umístěné, je složena z řady těžkostí, které se různě dlouhou dobu kumulovaly a řetězily. Rodina je často v začarovaném kruhu sociálních a psychosociálních dopadů své obtížné situace. Aby byla schopna spolupracovat na jejich řešení, potřebuje jednotnou podporu řady odborníků, se kterými se většinou ve svém životě setkává. Jejich propojení, koordinace a týmová spolupráce je **pro sanaci rodiny klíčová**. Jedná se zejména o kompetentní pracovníky následujících institucí: oddělení sociálně-právní ochrany dětí, zařízení poskytující sociální služby (sanace rodiny), kojenecké ústavy, dětské diagnostické ústavy, další zařízení pro výkon ústavní výchovy, mateřské školy, základní a speciální školy, zdravotnická zařízení, pediatři, soudci, vyšší soudní úředníci, pracovníci probační a mediační služby atp. Dobře spolupracující tým, který je schopen s rodiči i mezi jednotlivými svými členy efektivně komunikovat, uzavírat, dodržo-

vat a vyhodnocovat dohody o spolupráci, vytváří pro celou rodinu dítěte podpůrnou sociální síť. Touto sítí se rodina pravděpodobně nebude dále propadat, ale bude jí přiměřeně podporována a vedena k postupnému získávání těch dovedností, jejichž absence nebo nedostatečnost byly příčinou zařazení rodiny do programu sanace.

Sanovat rodinu bez poskytovatele aktivizačních služeb lze pro rodiny z dětmi obtížně. Obvykle se jedná o nestátní neziskovou organizaci. Instituce, které mají ze zákona aktivní legitimaci k výkonu sociálně-právní ochrany, se mohou zajímat o to, jak lze rozpoznat kvalitního nestátního poskytovatele služeb. Nepochybně nejlepším měřítkem je serióznost a výsledky spolupráce na řešených případech, což ale vyžaduje konkrétní zkušenost a čas k posouzení. Existují určitá kritéria, která dávají předem tušit, že se s největší pravděpodobností jedná o nabídku kvalitní služby:

- Aktivizační služby pro rodinu jsou hlavní činností poskytovatele.
- Aktivizační služby pro rodinu jsou první vedlejší činností poskytovatele.
- Poskytovatel pravidelně vydává výroční zprávu, má aktualizované webové stránky s uvedenými kontaktními jmény, adresou, kontakty, pracovní dobou, úředními hodinami, cenou služby.
- Poskytovatel má vnitřní standardy dobré praxe, nejdříve od druhého pololetí roku 2007 bude schopen doložit svou registraci k poskytování sociálních služeb.
- Poskytovatel má pověření k výkonu sociálně-právní ochrany.
- Poskytovatel je schopen na požádání doložit vnitřní personální standardy, vzdělávací standardy a doklad o externí supervizi.
- Poskytovatel je schopen na požádání doložit existenci vnitřních pravidel pro podávání informací o klientech, včetně komunikace s médii, a pravidla pro vyřizování stížností klientů.

Metody sociální práce a další činnosti využívané v rámci sanace rodiny:

- řízené rozhovory,
- motivační rozhovory,
- sociální šetření,
- pozorování v přirozeném prostředí,
- nácvik rodičovských dovedností,
- nácvik sociálních dovedností,
- jednotlivé prvky mediace,

- videotrénink interakcí,
- psychoterapeutické služby (pokud je rodina přijme),
- přechodný, v ideálním případě dobrovolný, pobyt dítěte mimo domov (např. v KÚ, v azylovém domě), za podmínky kontinuální práce s rodinou,
- management dalších služeb.

Co v průběhu sanace rodiny působí nejčastěji těžkosti:

- Očekávání, že sociální služby poskytující sanaci udělají zázrak a v rodině dojde k úplnému vymizení obtíží.
- Očekávání, že orgán sociálně-právní ochrany (SPOD) nebude dále intenzivně přicházet do kontaktu s rodinou – zejména ze začátku sanace rodiny se odkrývají dlouhodobé obtíže, které jsou příčinami aktuální sociální situace rodiny, tudíž i SPOD má fakticky více práce, než měl před zařazením rodiny do sanačního programu. Celou řadu těžkostí rodin může řešit pouze SPOD, proto má nezastupitelné místo v multidisciplinárním týmu.
- Názor, že lze sanovat rodinu pouze v době, kdy je dítě ještě v rodině. V zájmu dítěte je sanovat rodinu i v době po jeho umístění do zařízení pro výkon ústavní výchovy. Je třeba dítěti separovanému od rodiny vytvořit podmínky pro kvalitní, bezpečný a smysluplný kontakt s rodinou. Toho lze dosáhnout sanací rodiny.
- Názor, že odmítla-li rodina několikrát sanaci, nemá smysl ji nabízet opakovaně. V rodině dochází stále ke změnám. Těžko předem odhadnout, která bude ta nejsilnější a dovede rodinu k přijetí nabídky pomoci. V praxi se opakovaně stává, že rodina přijala tento typ pomoci až ve chvíli, kdy bylo dítě odebráno na základě předběžného opatření. Přesto, nebo právě proto, byla sanace efektivní a dítě se mohlo v dohledné době vrátit do kvalitativně lepšího rodinného prostředí.
- Změna situace v rodině je jediným kritériem pro posuzování kvality programu sanace rodiny. Dobře vedená sanace je příležitostí pro rodinu začít své těžkosti řešit – nikdo nemůže za rodiny žít (*dotaz z praxe: „Jak to, že matka nemá peníze a nemá co dát dítěti jíst, když tam chodí STŘEP? Má vůbec cenu, aby se do rodiny dále chodilo?“*).
- Ve velkých městech lze sledovat nový trend – bez vyčerpání terénních a ambulantních služeb rodině jsou děti na základě dobrovolného pobytu umísťovány do zařízení pobytového typu. S rodinou se intenzivně ne-

pracuje na úpravě podmínek pro návrat dítěte a dítě se opakovaně umísťuje, nebo se přikročí k nařízení ústavní výchovy.

Sanace rodiny – právní rámec

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů

Téma sanace rodiny je v legislativních úpravách sociální práce novinkou. Je upravena **novelou zákona č. 359/199 Sb.**, (rozsáhlá novela č. 134/2006 Sb.) **o sociálně-právní ochraně dětí**, která v době psaní textu platí čtvrt roku. Ve vztahu k sanaci rodiny obsahuje jmenovaná novela následující změny:

- **Obecní úřad** obce s rozšířenou působností může **uložit rodičům povinnost** využít **pomoc odborného poradenského zařízení**, pokud rodiče nezajistili dítěti odbornou poradenskou pomoc, ačkoliv dítě takovou pomoc nezbytně potřebuje a tamní úřad takovou pomoc předtím doporučil, nebo nejsou-li rodiče schopni řešit problémy spojené s výchovou dítěte bez odborné poradenské pomoci.
- **Obecní úřad obce** s rozšířenou působností **je povinen poskytnout rodiči pomoc po umístění dítěte** do zařízení pro výkon ústavní výchovy, nebo do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, spočívající zejména **v pomoci uspořádat rodinné poměry**, které by **umožnily návrat dítěte do rodiny**, při řešení životní a sociální situace, včetně hmotné úrovně rodiny, v pomoci při spolupráci s orgány sociálního zabezpečení, úřady práce a dalšími státními a jinými orgány, a za tím účelem také **zprostředkuje rodiči pomoc poradenského zařízení**.
- Za účelem zjištění, zda **trvají důvody pro pobyt dítěte v ústavním zařízení** má zaměstnanec **Obecního úřadu** obce s rozšířenou působností **uložené následující povinnosti**:
 - a) nejméně **jednou za 3 měsíce navštívit dítě**, kterému byla nařízena ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova,
 - b) nejméně **jednou za 3 měsíce navštívit rodiče dítěte**, kterému byla nařízena ústavní výchova nebo uložena ochranná výchova.

Při současných počtech sociálních pracovníků na Obecních úřadech obcí s rozšířenou působností a jejich pracovní náplni, která jim dává aktivní legitimaci k výkonu sociálně-právní ochrany v plném rozsahu, lze této no-

vele zákona v praxi obtížně dostát. Zvýšení počtu zaměstnanců (sociálních pracovníků na práci s rodinou) jmenovaných úřadů, by bylo nepochybně potřeba. V **sociální práci platí** možná více než kdekoli jinde, že **kvalita končí s kvantitou. Dobrou zprávou** je, že v souvislosti se zákonem o sociálních službách, dotačními podmínkami MPSV a novým trendem komunitního plánování na úrovni obcí **vznikají nestátní neziskové (NNO)**, příp. i obecní organizace **poskytující aktivizační služby pro rodiny**, jejichž **nástrojem je sanace rodiny**. Zaměstnanci Obecních úřadů obcí s rozšířenou působností tak **dostávají nástroj k naplňování jmenované novely** prostřednictvím vznikajících NNO, se kterými mohou síťovat služby a využívat pro klientské rodiny i pro svou práci výhod, které propojení pravomoci, podpory a pomoci přináší.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Sanace rodiny, je pod názvem **Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi** obsažena v **zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**. Je zařazena mezi **služby sociální prevence**, které pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, jež jsou ohroženy z důvodu krizové sociální situace, životními návyky a způsobem života vedoucím ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňujícím prostředím a ohrožením práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, u kterého je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě krizové sociální situace, kterou rodiče nedokáží sami bez pomoci překonat a u kterého existují další rizika ohrožení jeho vývoje.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti.

Charakteristika jednotlivých činností dle názvosloví zákona o sociálních službách

- **Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:** pomoc rodičům s dítětem v obtížné sociální situaci k tomu, aby mohli/uměli fakticky využít své možnosti a práva, na která mají nárok, aby pochopili, co všechno je třeba k využití nároku doložit, aby se jim postupně práva a nároky propojovaly se zodpovědností za sebe sama i život ostatních členů rodiny a aby nebyli sami sobě překážkou k jejich využití.
- **Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:** rodiče si v rámci těchto činností, prostřednictvím posílené motivace a praktického podporovaného nácviku, prohlubují dovednosti ve výchově dítěte, v nácviku rodičovského a partnerského chování, ve vedení chodu domácnosti atp. Jedná se zejména o vedení rozhovorů, prostřednictvím kterých si rodiče osvojují následující konkrétní dovednosti a jsou podporováni k reflexi změn. Např. porozumění projevům chování dítěte, podpora jeho celkového vývoje, zajišťování jeho potřeb, rozdělování pozornosti mezi více sourozenců atp. Zároveň jsou rodiče motivováni k hledání či udržení přiměřeného zaměstnání, pravidelným platbám za byt, inkaso, příp. splátkového kalendáře dlužných částek, povinného pojištění atd.
- **Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:** jedná se o činnost, kterou lze např. matkám na mateřské dovolené (MD) zprostředkovat podporu v návštěvách mateřských center, přehled o rekvalifikačních kursech v době, kdy se blíží konec jejich MD. Děti, které mají těžkosti se zařazením do vrstevnické skupiny (nejčastěji z důvodu nízkého sociálního statutu), lze motivovat k docházení do kroužků volnočasových aktivit, které jsou zřízeny pro tuto cílovou skupinu dětí. Jejich rodiče jsou podporováni v tom, aby porozuměli důležitosti zařazení svého dítěte do vrstevnického kolektivu dříve, než se samo zařadí do sociálně problematického kolektivu a aby děti v návštěvách kroužků pokud možno podporovali.
- **Sociálně terapeutické činnosti:** v rámci této činnosti lze v případě zájmu a ochoty rodičů využít služeb psychoterapeuta, nejčastěji rodiče žádají o zprostředkování rodinné, párové a individuální psychoterapie v zařízeních, která neúčtují od svých klientů přímé platby (např. městská centra sociálních služeb, střediska výchovné péče, privátní psychologové ve smluvním vztahu se zdravotními pojišťovnami).

KAZUISTIKA: Sanace rodiny v době umístění dítěte do ústavní výchovy předběžným opatřením soudu

Osmiměsíční chlapec byl předběžným opatřením soudu umístěn do kojeneckého ústavu. Do ústavu byl převezen přímo z nemocnice, kde byl hospitalizován společně s matkou. Nemocníci kontaktovali sami rodiče, kteří měli obavy o zdravotní stav svého dítěte. Uváděli, že syn spadl v době, kdy byl doma jen s matkou, z dětské sedačky, která byla umístěna na stole. V době hospitalizace byla zjištěna vážná poranění. Jejich vznik bylo třeba prošetřit. Nemocnice proto kontaktovala policii a sociální pracovníci oddělení sociálně-právní ochrany dětí (dále jen SPOD), která podala návrh na předběžné opatření o umístění dítěte.

Sociální pracovníce byla s rodinou v kontaktu od doby, kdy se chlapec (první dítě mladých rodičů) narodil. Důvodem úředního dohledu SPOD bylo rizikové chování matky v době dospívání a v průběhu těhotenství. Matka měla problémy s vlastní matkou, utíkala z domova a experimentovala s drogami, určitý čas pobývala v ústavní výchově. S otcem se seznámila krátce před tím, než otěhotněla. Do doby hospitalizace chlapce neměla sociální pracovníce ani pediatr k péči rodičů žádné výhrady. Dítě v rodině dobře prospívalo. Rodiče bydleli v pronajatém bytě. Otec chodil do zaměstnání, matka byla na mateřské dovolené a pečovala o syna. Jejich kontakty se širší rodinou nebyly příliš intenzivní.

Rodiče syna v ústavu navštívili ještě v den umístění, na návštěvy pak chodili každý den. V průběhu návštěv se podle informací personálu kojeneckého ústavu k synovi chovali pozorně a citlivě.

Policie po obdržení zprávy z nemocnice zahájila vyšetřování matky ve věci ublížení na zdraví dítěti.

Jak může sociální pracovníce SPOD v podobné situaci jednat s rodiči dítěte:

- Bude čekat na výsledky policejního vyšetřování matky. Do té doby nebude iniciovat kontakt s rodiči. Intenzitu návštěv syna ponechá na rodičích a v kompetenci kojeneckého ústavu.
- Sejde se s rodiči a bude zjišťovat, zda není možné zajistit péči o dítě v rámci širší rodiny. Bude podporovat jejich kontakt se synem.
- Doporučí rodičům služby zařízení pro sanaci rodiny, zaměřené na udržení kvalitního kontaktu s dítětem v době jeho umístění do ústavní péče. S jejich podporou může mít chlapec zachován intenzivní kontakt s rodi-

- či. Následně rodiče mohou začít připravovat podmínky pro návrat chlapce do rodiny.
- Bude iniciovat vytvoření multidisciplinárního týmu složeného z pracovníků KÚ, zařízení pro sanaci rodiny, případně dalších zařízení a začne koordinovat podporu rodiny v rámci tohoto týmu. Práce s rodinou bude koordinována i s ohledem na výsledky policejního vyšetřování matky.

Rodiče po umístění dítěte sami hledali pomoc. Obrátili se na nestátní neziskovou organizaci, která jim zprostředkovala právní poradenství. Pomohla jim se sestavením odvolání proti předběžnému opatření a nabídla jim právní zastoupení u soudu. Na podpoře jejich kontaktu s chlapcem nijak nepracovala. Podporovala jejich pohled na celou situaci jako na bezprávní. Rodiče měli dojem, že pro řešení situace syna dělají maximum a další podporu nepotřebují.

Sociální pracovnice SPOD vnímala jejich jednání jako nezáměr o spolupráci. Komunikace s rodiči byla pro ní v této situaci poměrně složitá.

Pro dítě umístěné do zařízení pro výkon ústavní výchovy je důležité, aby zůstalo v kontaktu s rodinou i v době pobytu v instituci. Zahraniční zkušenosti i zkušenosti se sanováním rodin v českém prostředí ukazují, že je-li kontakt rodičů s dítětem podpořen bezprostředně po umístění dítěte, bývá obvykle zachován a je intenzivnější. Děti, které mají v ústavní výchově zachovaný kontakt s rodinou, v instituci lépe prospívají. Doba umístění dítěte může být dobou, kdy je možné podporovat rodičovské chování k dítěti tak, aby byl kvalitní kontakt s rodiči podporou pro dítě. Rodiče bývají ke změnám ve svém přístupu k dítěti otevřenější. Fungující kontakt s dítětem také posiluje motivaci rodičů ke spolupráci na úpravě podmínek v rodině umožňujících návrat dítěte.

Pomoc, kterou je, dle novely zákona o sociálně-právní ochraně dětí (zákon č. 359/1999 Sb.) z června 2006, sociální pracovnice povinna rodině po umístění dítěte do zařízení pro výkon ústavní výchovy poskytnout, by měla být zaměřena na podporu rodičů v přípravě podmínek pro návrat dítěte do rodiny. Služby zařízení poskytující sanaci rodiny mohou být jednou z forem pomoci, které může sociální pracovnice rodině zprostředkovat.

Podpora rodičů při návštěvách dítěte v zařízení je důležitou součástí přípravy podmínek pro návrat dítěte do rodiny.

Primářka kojeneckého ústavu, s ohledem na zájem rodičů a význam rodičovské role pro dítě, s rodiči dohodla možnosti širokého kontaktu se synem v rámci každodenních návštěv v ústavu. Dále jim doporučila služby sanace rodiny, které poskytuje nestátní nezisková organizace (dále jen NNO), s níž spolupracuje a kterou zná. Je pro ni přitom důležité, že NNO má pověření k výkonu sociálně-právní ochrany dětí, podporuje zejména vztah rodičů a dítěte a nezabývá se na prvním místě právní stránkou situace. Rodiče s nabídkou služeb souhlasili.

Práce s rodiči byla od počátku koordinována v rámci multidisciplinárního týmu pracovníků KÚ a NNO (poskytovatele služeb sanace rodiny). S rodiči byla uzavřena písemná dohoda, která jasně specifikovala cíl poskytování služeb v první fázi spolupráce – přípravu a vyhodnocování návštěv dítěte v zařízení. Doprovázené návštěvy podporovaly rodiče v jejich vyladění se na syna a v přípravě programu tak, aby návštěvy byly pro něj co největším přínosem. Pro rodiče byla významná informace, že zprávy o návštěvách a jejich průběhu budou důležitým podkladem pro rozhodování soudu o jejich synovi.

O tom, že rodiče navázali spolupráci s NNO, i o průběhu kontaktu rodičů s dítětem byla pravidelně informována sociální pracovníce SPOD.

NNO matce, kterou policie obvinila z ublížení na zdraví, zprostředkovala kontakt s probační a mediační službou (dále jen PMS). Pracovnice PMS se zapojila do multidisciplinárního týmu. Pro její práci s klientkou byly důležité informace o tom, jakým způsobem probíhá její kontakt se synem a jak využívá služby sanace rodiny – zejména podpory rodičovského chování. Informace pracovníce PMS o průběhu policejního vyšetřování a jeho závěrech byly důležité pro přípravu strategie podpory rodiny.

Komunikace multidisciplinárního týmu probíhala od počátku za účasti obou rodičů. Rodiče byli jasně informováni o tom, co je nyní pro jejich dítě důležité a jakou podporu jim může každá konkrétní instituce nabídnout. Členové týmu měli jasně rozdělené role.

Služby sanace rodiny koordinované v rámci multidisciplinárního týmu

Role koordinátora multidisciplinární podpory rodiny:

- sestavení týmu,
- zprostředkování dalších služeb rodině,
- svolávání setkání multidisciplinárního týmu a jejich vedení,

- iniciování dohody o pravidlech komunikace v rámci týmu a frekvenci setkání týmu,
- koordinace činností jednotlivých členů týmu,
- zpracování zápisů ze setkání týmu,
- v případě, že se rodiče setkání neúčastní, připravuje s nimi témata pro setkání a následně je seznamuje s výstupy setkání týmu.

Výhody multidisciplinární podpory rodiny:

- zvýšení efektivity podpory,
- „nedablování“ služeb jednotlivých institucí a zařízení,
- transparentnost a jednotnost doporučení rodině,
- možnost porovnání různých úhlů pohledu na situaci rodiny a různých návrhů na její řešení, jejímž předpokladem je vzájemný respekt členů týmu,
- vzájemná podpora členů týmu,
- možnosti koordinace spolupráce dle potřeb rodiny – rozšíření/zúžení týmu, zvýšení/snížení intenzity spolupráce jednotlivých členů týmu s rodinou.

Multidisciplinární tým (KÚ, NNO, SPOD) společně s rodiči vyhodnotil návštěvy rodičů v KÚ pro chlapce jako velmi přínosné. Otec požádal o propustky chlapce do rodiny. Sociální pracovnice SPOD udělila po prošetření podmínek v rodině s propustkami souhlas. Primářka KÚ s nimi rovněž souhlasila. Propustky byly zpočátku jednodenní (od 8.30 do 18.00 hodin/1 x týdně). Vzhledem k tomu, že stále probíhalo policejní vyšetřování matky, byly podmíněny přítomností otce.

V průběhu každé propustky se uskutečnila hodinová konzultace rodičů s pracovníkem NNO v domácím prostředí rodiny. Konzultace s rodiči probíhaly i v době mezi propustkami. Zaměřovaly se na přípravu podmínek pro dítě v rodině v průběhu propustky, přípravu denního režimu, reflektujícího režim dítěte v KÚ atp. Doprovázení v průběhu propustek pak bylo zaměřeno na podporu rodičů v kontaktu s dítětem a aktuální průběh propustky. Přestože byly propustky podmíněny přítomností otce v rodině, všichni členové multidisciplinárního týmu akceptovali skutečnost, že péči o syna zajišťují v době propustek oba rodiče. Oba rodiče tak byli příjemci služeb sanace rodiny.

Multidisciplinární tým společně vyhodnocoval průběh každé propustky. Ro-

diče dostali hned zpočátku jasné informace o podmínkách a pravidlech postupného prodlužování propustek.

Jednodenní propustky probíhaly dobře, chlapec se z nich vracel do ústavu v pořádku. Po určité době se proto mohly rozšířit na dvoudenní a následně na víkendové propustky. Nebylo třeba, aby při každé propustce rodiče doprovázel pracovník NNO. Sociální pracovnice SPOD v rodině provedla v době propustky několik neohlášených šetření.

O průběhu propustek byla informována též pracovnice PMS.

V době mezi propustkami rodiče dále syna navštěvovali v KÚ. Důležitá byla pravidelná komunikace rodičů a pracovníka NNO s personálem KÚ o tom, jak se syn chová po návratu z rodiny do zařízení a naopak. Bylo třeba koordinovat podporu rodičů v péči o syna i péči o dítě v zařízení tak, aby respektovala potřeby dítěte.

Soud zahájil řízení o nařízení ústavní výchovy. S ohledem na to, že rodiče preferovali, aby o syna po návratu do rodiny pečovala celodenně opět matka, čekal na výsledky trestního stíhání matky. Od sociální pracovnice SPOD obdržel zprávy o kontaktu rodičů s dítětem i o tom, jak spolupracují s dalšími institucemi.

Sociální pracovnice SPOD v roli koordinátora multidisciplinární podpory rodině

Výhody:

- Sociální pracovnice SPOD zná rodinu často dlouhou dobu před nařízením předběžného opatření.
- Má informace o situaci v rodině v době před nařízením předběžného opatření – může navrhnout opatření a služby, které by rodiče mohly motivovat a podpořit.
- Situaci dítěte může díky kolegům z týmu vidět z více úhlů.
- Když podává informace o situaci v rodině soudu, může se opřít i o informace kolegů z multidisciplinárního týmu.
- Sociálně-právní ochranu v rodině vykonává i po návratu dítěte ze zařízení pro výkon ústavní výchovy do rodiny, může tak dobře koordinovat služby rodině v době prevence před umístěním dítěte do ÚV, v době jeho pobytu v ÚV i po návratu dítěte do rodiny.

Nevýhody:

- Týmová práce vyžaduje hodně času.

- Sociální pracovníce musí trávit čas tím, že zjišťuje informace o zařízeních, jejichž služby může svým klientům doporučovat.
- Názory kolegů z týmu na situaci v rodině mohou zpochybňovat její vidění situace, rozhodování o tom, jaké opatření navrhnout jí pak může zabrat více času.

Rodiče se rozhodli využít nabídky multidisciplinárního týmu – matka nastoupila do KÚ na zácvikový pobyt. Ten byl zaměřen na podporu matky v každodenní péči o syna. Každodenní pobyt dítěte s matkou naplňoval jeho potřeby. Pro chlapce bylo čím dál obtížnější zvládat přechody mezi pobytem v rodině a pobytem v ústavu. Přítomnost matky mu mohla zajistit potřebnou individuální péči.

V souvislosti s tím se změnila intenzita spolupráce rodiny s NNO. Matka i dítě dostávali podporu ze strany personálu KÚ, ten rovněž pracoval s otcem v průběhu jeho návštěv matky a syna. NNO s rodiči pracovala v průběhu propustek. Setkání členů multidisciplinárního týmu a rodičů probíhala pravidelně na půdě KÚ. Cílem spolupráce byla podpora matky v tom, aby zvládala každodenní péči o dítě.

Pro rodiče, kteří si byli vzájemně oporou, bylo odloučení i délka pobytu dítěte v KÚ příliš dlouhá. Rozhodli se proto nečekat na závěr trestního stíhání matky. Otec podal návrh na svěření syna předběžným opatřením do své péče. Podkladem pro zprávu sociální pracovníce SPOD soudu, který si zprávu pro své rozhodování vyžádal, byly závěry setkání multidisciplinárního týmu, který, s ohledem na spolupráci obou rodičů i průběh propustek do rodiny, svěření chlapce do péče otce jednoznačně doporučil. Soud návrhu otce vyhověl. Otec nastoupil na rodičovskou dovolenou, matka si začala hledat práci.

Po návratu dítěte do rodiny se zvýšila intenzita poskytování služeb sanace rodiny NNO i kontaktu sociální pracovníce SPOD s rodinou.

Zrušení ústavní výchovy nad dítětem – práce s rodinou z pohledu sociální pracovníce SPOD:

- Dítě se vrátilo do rodiny na základě rozhodnutí soudu, situace v rodině se tedy musela zlepšit. Rodina intenzivní podporu nyní nepotřebuje. Stačí, když v ní pracovníce sama vykonává dohled. Spolupráci s nějakým zařízením může rodičům doporučit v případě, pokud by se situa-

ce v rodině zhoršila. Rodiče takto dostávají jasnou zprávu „u nás už je vše v pořádku“.

- Situace v rodině je po návratu dítěte do péče rodičů křehká. Je dobré, když sociální pracovnice může rodině doporučit služby, které podpoří stabilitu změn rodičovského chování. Pro rodiče je zdůvodnění doporučení služeb důležitou zprávou o tom, že je třeba, aby jejich změny v péči o dítě byly dlouhodobé. Rodiče jsou ve fázi, kdy je jejich motivace ke změnám chování stále velmi vysoká.
- Pokud sociální pracovnice dohled nad výchovou dítěte v rodině nevykonává sama, ale doporučí rodině další služby, nebo podporuje pokračování poskytování služeb, které již v rodině jsou, má možnost mít o situaci více informací, sama nemusí být s rodinou tak často v kontaktu.

Pracovnice PMS na základě zpráv multidisciplinárního týmu a po zhodnocení vlastní spolupráce s matkou připravila souhrnnou zprávu o její situaci pro státní zástupkyni. Ta podmíněčně zastavila trestní stíhání matky a nařídila jí probační dohled. Pracovnice PMS matce doporučila, aby v rámci dohledu pokračovala ve spolupráci s NNO. Měla za to, že spolupráce naplňuje zaměření dohledu v souvislosti s trestným činem matky.

Služby NNO poskytované oběma rodičům byly nyní zaměřeny na podporu rodičovského chování, podporu v každodenní péči o syna a stabilizaci změn, ke kterým v péči rodičů došlo. Služby byly poskytovány oběma rodičům. Respektovaly však fakt, že každodenní péči o syna zajišťoval otec. Práce s rodinou byla koordinována v rámci multidisciplinárního týmu, který tvořili rodiče, pracovnice SPOD, NNO a PMS. Po návratu chlapce do rodiny byli rodiče v častějším kontaktu s pediatrem dítěte. Sociální pracovnice SPOD si s jejich vědomím ověřovala, zda je zdravotní stav dítěte v pořádku. Intenzita služeb poskytovaných rodině se s ohledem na dlouhodobější stabilizaci situace v rodině mohla postupně snižovat.

Soud pokračoval v řízení o nařízení ústavní výchovy nad chlapcem. Soudní jednání proběhlo několik měsíců po vydání usnesení o předběžném opatření, kterým byl syn svěřen do péče otce. Sociální pracovnice SPOD připravila zprávu, vyžádala si rovněž zprávy NNO a pediatra. Rodiče na jednání přišli s návrhem, aby byl syn svěřen do jejich společné péče. Dosavadní uspořádání péče, kdy byl s dítětem na rodičovské dovolené otec, bylo pro ně v konfrontaci se sociálním okolím poměrně složité. Přáli si, aby jejich rodina mohla fungovat s tradičně rozdělenými rolemi. Soud jejich návrhu

vyhověl. Nad výchovou chlapce stanovil soudní dohled.

Po rozhodnutí soudu bylo třeba, aby s rodiči sociální pracovnice SPOD i NNO znovu vyjednala podmínky a upravila cíl spolupráce v rámci soudního dohledu. Bylo jim třeba vysvětlit význam a smysl soudního dohledu nad výchovou dítěte.

Rodina dále spolupracuje s NNO. Na rodičovskou dovolenou nastoupila opět matka, otec si našel práci. Sociální pracovnice SPOD v rodině vykonává soudní dohled. Zprávy NNO o poskytování sociálních služeb rodině jsou významným podkladem pro zprávy soudu.

Multidisciplinární tým, který koordinuje podporu této rodině, bude možné v případě potřeby znovu rozšířit. Služby sanace rodiny nyní podporují stabilizaci změn, k nimž v rodině došlo. O tom, jak dlouho je bude rodina potřebovat, bude znovu jednat celý tým. Názor rodičů bude pro rozhodování o pokračování služeb významným ukazatelem.

Výhody multidisciplinárního charakteru podpory rodiny z pohledu rodičů:

- Rodiče dostávají jasné a totožné informace a doporučení od všech zařízení a institucí, s nimiž jsou v kontaktu.
- Podpora, která je jim nabízena a poskytována, je více cílena na jejich potřeby a potřeby jejich dítěte.
- Podpora ze strany jednotlivých zařízení a institucí na sebe navazuje.
- Jasně stanovená pravidla otevřené komunikace v rámci týmu mohou přispívat ke snížení nedůvěry rodičů k jednotlivým členům týmu.
- Otevřená komunikace a spolupráce v rámci týmu může snižovat riziko, že rodiče budou svoji situaci před jednotlivými zařízeními a institucemi zkreslovat.

Výhody multidisciplinárního charakteru podpory rodiny z pohledu dítěte:

- Dítě je vnímáno jako člen rodiny, který do rodiny patří. Veškeré činnosti multidisciplinárního týmu jsou zaměřeny na jeho bezpečný návrat do rodiny.
- Dítě je odděleno od rodičů pouze na bezpodmínečně nutnou dobu.
- V průběhu výkonu ústavní výchovy se s rodiči pravidelně a v krátkých intervalech stýká, čímž se snižují prvky deprivace.

- Návrat dítěte do rodiny probíhá postupně, dítě má možnost si postupně znovu zvykat na své domácí prostředí, které je kvalitativně změněno.
- Po jeho návratu do rodiny mají rodiče podporu multidisciplinárního týmu, která představuje větší bezpečí i pro dítě. V případech, že by se kvalita péče rodičů zhoršila, mohou služby pružně reagovat na zostřené potřeby dítěte a rodičů. Jedná se o prevenci opakovaného umístění dítěte do ústavní výchovy.

Sanace rodiny – zkušenosti z Pouponnière, zařízení Centra pro dětství a rodinu, Limoges, Departement Horní Vienna, Francie

Autorky tohoto příspěvku měly možnost absolvovat odbornou stáž v Pouponnière Centra pro dětství a rodinu v Limoges. Významnou oblastí sanace rodiny je práce s rodinou po umístění dítěte do zařízení pro výkon ústavní výchovy. Rada prvků francouzské praxe je vhodnou inspirací pro praxi českou, která v současné době hledá účinné varianty práce s rodinou krátce po odebrání dítěte z rodiny v souladu s novelou zákona o SPO.

Představení zařízení pro výkon ústavní výchovy

Pouponnière Centra pro dětství a rodinu (dále jen Centrum) je kojenecký ústav a dětský domov pro děti od narození do šesti let. Jedná se tedy o děti, které jsou na přechodnou dobu, průměrně na 5 měsíců, odloučeny od rodičů. Jmenované Centrum v Limoges je veřejná instituce financovaná z rozpočtu odboru sociální péče o dítě departementu Horní Vienna, což je paralela k českému krajskému uspořádání. Centrum má kapacitu 18 dětí, které jsou umístěné ve třech skupinách po šesti dětech.

Filosofie práce s rodiči dítěte umístěného v zařízení pro výkon ústavní výchovy

„Dítě bez rodičů neexistuje, dítě patří rodičům a rodič dítěti,“ říká Myriam David, francouzská pedopsychiatrička. Základem všech povolání, která se zabývají dětmi, je respektovat tuto realitu. I v případě soudního umístění, mají-li rodiče zachována svá rodičovská práva, mají právo na korespondenci, na přímý osobní kontakt a na návštěvy u dítěte. Rodiče musí být v zájmu dítěte podporováni sociálními pracovníky a psychology, aby se nevyvázaly z rodičovské odpovědnosti a aby byli schopni spolupracovat na rozvoji svých rodičovských dovedností. Důležitou roli má kvalita vztahu mezi profesionály a rodiči. To má vliv i na situaci dítěte, na jeho adaptaci na nové

prostředí a na jeho vývoj. Umožnění kontaktu mezi rodičem a dítětem v přítomnosti třetí osoby vede ke zklidnění úzkosti dítěte i rodiče. Postupně se vytváří nový prostor pro komunikaci rodič – dítě – sociální pracovník.

Cílem každého umístění je návrat do původní rodiny. Pokud to není možné, je třeba vytvořit podmínky, aby dítě mělo s rodiči pravidelný kontakt i v případě, že se rodiče s velkou pravděpodobností nebudou moci o dítě postarat a zajistit mu každodenní péči. Každý lidský jedinec, každé dítě, má právo znát své rodiče, svůj původ, musí mu být dána možnost porozumět vlastním kořenům a začlenit se do generační posloupnosti své rodiny. Respektovat dítě znamená respektovat jeho rodiče, jeho osobní a rodinnou historii. Usmíření dítěte (i imaginativní) s rodiči je nezbytnou podmínkou života, který se nemůže pozitivně rozvinout na základě nenávisti vůči těm, kteří ho přivedli na svět.

Způsoby umístění dítěte do Centra:

- Dítě je umístěno na základě písemné žádosti rodičů o umístění dítěte na přechodnou dobu, než si rodina upraví podmínky pro návrat dítěte domů, a to prostřednictvím sociálního pracovníka – tímto způsobem je zpravidla umístěováno 30 % dětí.
- Dítě je umístěno na základě rozhodnutí prokurátora nebo dětského soudce, neboť se dítě ocitlo v situaci nebezpečí zdraví nebo jsou jeho výchovné podmínky vážně ohroženy. Jedná se o předběžné opatření, zpravidla na dobu 6 měsíců. Průměrný počet takto umístěných dětí je 56 %.
- Dítě je navrženo k adopci, pokud jeho matka podepsala souhlas. Dle francouzských zákonů je třeba, aby bylo dítě umístěné v ústavním zařízení po dobu prvních dvou měsíců po narození, protože matka má po dobu šestinedělí právo tento souhlas vzít zpět. Děti latentně vhodných pro adopci je ročně umístěno do Centra 14 %.

Důvody pro umístění dítěte do Centra:

- Nedostatečná péče ze strany rodičů, syndrom CAN, výchovné a citové strádání dítěte.
- Rodinné konflikty, krizové situace mezi matkou a otcem dítěte, příp. jiným partnerem.
- Toxikomanie, alkoholismus, jiné druhy závislostí.
- Hospitalizace matky, její psychiatrická diagnóza.

- Uvěznění jednoho nebo obou rodičů.

Práce s rodiči v době příchodu dítěte do Centra

Je nesmírně důležité, aby byli rodiče přítomni umístění dítěte, aby ho doprovodili v den příjmu. Práce s nimi někdy začíná před vlastním umístěním, kdy je vedoucí Centra pozvána do soudní síně k jednání, během kterého dětský soudce rozhoduje o umístění dítěte. Nepochybně se jedná o vyčerpávající momenty pro dítě, rodiče i profesionály. Jsou plné emocí, úzkosti a někdy agresivity. V současné době je ale jen malé procento dětí umísťováno do Centra bez rodičů, doprovázeno pouze sociálními pracovníky nebo policií.

V den příjmu je s rodiči veden rozhovor, v jehož průběhu jsou obeznámeni s chodem zařízení, se svými právy, s pravidly návštěv, je jim zdůrazněno, že se bez jejich spolupráce dítě ani personál Centra neobejde. Jsou provedeni zařízením, kde bude dítě pobývat, a dostanou termín první návštěvy u dítěte, který bývá zpravidla následující den po umístění. Zároveň jsou vyzváni, aby přinesli dítěti jeho oblíbenou hračku a své fotografie, které má dítě pověšené u postýlky. V neposlední řadě se vyplňuje s rodiči seznam zvyklostí dítěte a rodiče jsou ujistěni, že bude brán ohled na to, aby k žádoucím změnám v režimu dítěte docházelo postupně.

Práce s rodiči v průběhu umístění dítěte v Centru

S rodiči pracuje vedoucí zařízení, psycholožka a vychovatelky.

Vedoucí zařízení se setkává s rodiči pravidelně po celou dobu pobytu dítěte. Informuje rodiče o vývoji dítěte v zařízení, zajímá se o jejich osobní a rodinnou situaci, a o to, zda důvody umístění stále trvají. Dále se zajímá o jejich plány do budoucna a zjišťuje, zda rodičům vyhovuje způsob práce zařízení, rozvrh a obsah jejich návštěv u dítěte.

Psycholožka se taktéž setkává osobně s rodiči všech umístěných dětí. Vede s nimi minimálně jeden rozsáhlý rozhovor, během kterého zjišťuje, jak prožívají umístění dítěte, co tato situace představuje pro jejich vnitřní svět, jaké bylo jejich dětství, vztahy s rodiči, čas dospívání. S rodiči, kteří si to přejí, může pracovat nadále formou individuálních rozhovorů. Pokud je to třeba, motivuje rodiče k psychoterapeutické či psychiatrické péči.

Vychovatelky pracují v průběhu pobytu dítěte s rodiči především v rámci doprovázení návštěv. Nezabývají se přímou péčí o dítě, funkce náhradního

profesionálního pečovatele náleží pečovatelkám. Tento fakt dovoluje zmírnit rivalitu a emocionální napětí mezi rodiči a pracovníky instituce. Je nutné, aby osoba, která doprovází návštěvy, byla odlišná od osoby, která přímo pečuje o dítě. I pro dítě je toto rozdělení rolí snadnější. Dítě vychovatelku, která je přítomna návštěvám rodičů, sice zná, ale je pro něho citově neutrální, což mu dovoluje vstoupit do intimnějšího vztahu s rodiči. Cílem těchto návštěv je vytvořit co nejvhodnější podmínky k rozvinutí vztahu rodič – dítě.

Rodiče získávají postupně nové zkušenosti, učí se novým dovednostem. Získávají pocit sebedůvěry a dítě pocit bezpečí v přítomnosti rodičů. Rodiče objevují dítě v jiném kontextu, učí se lépe rozpoznávat potřeby dítěte a uspokojovat je adekvátním způsobem. Rozvíjí-li se komunikace rodič – dítě kladným způsobem, návštěvy jsou doprovázeny jen částečně. Vychovatelka přivítá rodiče, přivede jim dítě do návštěvních prostor a ponechá je o samotě. Je přítomna ve své kanceláři několik metrů od návštěvní místnosti a rodiče ji v případě potřeby mohou zavolat. Z každé návštěvy je vypracován podrobný záznam o pozorování, každé dítě má svůj sešit návštěv. Vychovatelky mohou požádat psychologku o rozhovor nebo o její přítomnost u návštěvy, jeví-li se obtížnou.

Práce s rodiči v době ukončování pobytu dítěte v Centru

Ke konci pobytu dítěte jsou rodiče seznámeni s návrhy personálu Centra. Před odesláním zprávy dětskému soudci jsou informováni o tom, zda bude navržen návrat dítěte do rodiny nebo doporučeno další umístění, nejčastěji v pěstounské rodině. Rodičům je zdůrazněno, že rozhoduje soudce, jsou poučeni, že mohou mít advokáta a že mají právo s návrhy Centra nesouhlasit. V případě, že se dítě nemůže vrátit zpět do péče rodičů, jsou psychologicky na tuto možnost připravováni. Někteří rodiče mají schopnost nadhledu a argumenty přijmou, někteří jim nemohou porozumět. Dostávají zprávu, že jsou respektováni v jejich rodičovství a v jejich citové vazbě na dítě.

V den soudního stání jsou rodiče i dítě předvoláni k dětskému soudci, dítě je doprovázeno vedoucí zařízení a psychologkou, je čten návrh v přítomnosti všech zúčastněných. Pokud soudce rozhodne o dalším umístění na rok, maximálně ale na dva roky, s rodiči se personál Centra nadále setkává a připravují společně umístění dítěte v pěstounské rodině či v další instituci pro déleodobý pobyt. Dítě, rodiče a pěstounská rodina jsou doprovázeni a připravováni na odchod dítěte z Centra, dítě a pěstouni si na sebe postupně zvykají, tato doba trvá zpravidla tři týdny. Rodiče jsou připravováni na

to, že budou vídat dítě méně často, než během pobytu v Centru. Dostanou informaci, že jim budou sociální pracovníci pěstounské péče nadále pomáhat a že dětský soudce bude přezkoumávat jejich situaci a zjišťovat, zda důvody umístování pominuly či ne.

Některé děti se do původní rodiny nikdy nevrátí, budou nadále vyrůstat mezi dvěma rodinami, rodinou biologickou a pěstounskou. Dítě bude znát své rodiče, bude s nimi udržovat přímý a pravidelný kontakt a bude vědět, kým je a odkud pochází. Někteří rodiče prostě mohou být dobrými rodiči „jen na zkrácený úvazek“.

Literatura:

- Bechyňová, V.:** *Pouponniére znamená doslova „miminkárna“*, Děti a my, XXXVI, 2006, 45–47.
- Dubowitz, H. – DePanfilis, D.:** *Handbook for Child Protection Practice*. London: Sage Publications, Inc., 2000.
- Havrdová, Z.:** *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium, 1999.
- Hyblerová-Šimková, I.:** *Zkušenosti s profesionální pěstounskou péčí ve Francii, práce s rodiči na udržení kontaktu s dítětem separovaným od rodiny*. In: Aktuální otázky náhradní rodinné péče, Brno: Trialog, 2004, 19–31.
- Kopřiva, K.:** *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 1997.
- Matoušek, O.:** *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: SLON, 1993.
- Matoušek, O. a kol.:** *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001.
- Matoušek, O. a kol.:** *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003.
- Matoušek, O.:** *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003.
- Miller, W. R. – Rollnick, S.:** *Motivační rozhovory*. Tišnov: Sdružení SCAN, 2003.
- Nakonečný, M.:** *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 1997.
- Rieger, Z. – Vyhnálková, H.:** *Ostrov rodiny*. Hradec Králové: Konfrontace, 1996.
- Řezníček, I.:** *Metody sociální práce*. Praha: SLON, 1994.
- Satirová, V.:** *Kniha o rodině*. Praha: PRÁH, 1994.
- Úlehla, I.:** *Umění pomáhat*. Písek: Renaissance, 1996.
- Vágnerová, M.:** *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999.
- Vybíral, Z.:** *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2000.
- Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod.
- Zákon č. 104/1991 Sb., Úmluva o právech dítěte.
- Zákon č. 64/1964 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

VI. Náhradní rodinná péče

Historický vývoj péče o opuštěné děti u nás

Věduna Bubleová

Současná situace a typy náhradní rodinné péče

Věduna Bubleová

Proces vyřizování žádostí

Alena Vávrová

HISTORICKÝ VÝVOJ PÉČE O OPUŠTĚNÉ DĚTI U NÁS

Věduna Bubleová

Vývoj péče o opuštěné děti do roku 1908

Sociální péče o opuštěné a osiřelé děti má v českých zemích poměrně velmi dlouhou a bohatou historii. V mnohém navazuje na vývoj péče o opuštěné děti v Evropě.

První pokusy o řešení situace opuštěných dětí (resp. odložených či nežádoucích) a o nový přístup k pojetí dítěte v evropském měřítku nalézáme již v r. 787, kdy byl založen první nalezinec v Miláně. Postupně pak byly zřizovány další, zejména v Itálii a Francii. Nejznámější nalezinec byl v Římě, založený ve 13. století papežem Inocentem III. Tento ústav se stal na dlouhá staletí základem a vzorem péče o opuštěné a odložené děti (včetně možnosti anonymního odkládání dětí do jakéhosi otáčedla – torna u vchodu do každého ústavu) až do r. 1913, kdy byl tento typ nalezince v Madridu zrušen. V ústavech se od počátku svého založení objevovaly mnohé problémy, např. vysoká úmrtnost dětí a financování ústavů, které bylo kryto zejména z milodarů a dobročinných akcí. Ústavní činnost narážela mimo jiné i na nesouhlas veřejného mínění. Z těchto důvodů byly nalezince často zavírány. Zřizovány byly opětovně v dobách válečných, v období politických konfliktů a epidemií.

Výraznou osobností 18. století byl J. H. Pestalozzi (1746–1827), který se zasloužil o zásadní změny v systému péče o opuštěné děti. Odmítl dosavadní systém péče o opuštěné děti ve velkých ústavech, zdůraznil význam rodinné výchovy a nutnost svěřovat děti do náhradních rodin. Jeho učení mělo vliv zvláště ve Francii, kde byla věnována velká pozornost zavádění nového systému, který byl založen na principech rodinné výchovy. V r. 1804 bylo zde zavedeno osvojení (*Code civil*) a pěstounská péče, která umožňovala, aby byly opuštěné děti umísťovány nejprve do ústavů pouze na krátkou dobu a potom svěřovány do náhradních rodin (někdy za peněžní náhradu poskytovanou zejména z veřejných prostředků). Pro některé problematické děti nezbyvalo jiné řešení než je vrátit zpět do ústavu.

První nalezince a sirotčince se v českých zemích začaly objevovat po třicetileté válce, kdy značně přibýlo opuštěných dětí. Jedním z nejstarších ústavů byl Vlašský špitál (*Pro deo et paupere*), který v Praze založili usedlí Vlaši v roce 1575. Poskytoval ochranu všem chudým a opuštěným dětem

a svému účelu sloužil po 200 let (v roce 1773 měl téměř 1 200 chovanců). Pro nemanželské děti byl určen pražský nalezinec, založený v roce 1789, který byl pouze přechodným útlukem pro děti před svěřením do pěstounské péče.

Právní základy péče o opuštěné a osiřelé děti byly součástí říšského obecního zákona z roku 1862, č. 18 Řz. Tento zákon stanovil základní pravidla o uspořádání obecních záležitostí a zároveň ukládal obcím povinnost starat se o osoby, které potřebovaly pomoc z důvodů chudoby, nemohoucnosti, osiření nebo odložení.

V r. 1868 byl vydán v Čechách zemský chudinský zákon č. 59 čes. z., který měl zajišťovat právo na veřejnou pomoc a péči potřebným osobám bez ohledu na věk. Podle tohoto zákona měly okresy mj. povinnost zřizovat a vydržovat okresní sirotčince a jiné sociální ústavy.

Významnou institucí, která pečovala o opuštěné děti, byl Zemský výbor v Čechách pro péči o mládež, který v r. 1902 zřídil Zemský sirotčí fond, z něhož byl poskytován příspěvek pro rodiny, které si vzaly do své péče opuštěné dítě (tento příspěvek činil 8–12 korun měsíčně).

V r. 1922 byl vydán zákon č. 373 Sb. z. m., podle kterého bylo přesně určeno, jakým způsobem mají být rozdělovány prostředky ze Zemských sirotčích fondů sirotkům, opuštěným a zanedbaným dětem v českých a moravskoslezských zemích.

V jednotlivých okresech vznikaly od roku 1904 dobrovolné, samosprávné organizace – Okresní komise pro péči o mládež, které se staraly o opuštěné a osiřelé děti. Jejich činnost byla z počátku zaměřena především na rozdělování příspěvků ze sirotčích fondů a poskytování nejnnutnější každodenní péče ohroženým dětem.

Tyto komise společně s úředními orgány „pro blaho dítěte a mládeže” vytvořily oficiální základ sociální péče o ohrožené děti u nás.

Vývoj, činnost a poslání nejvýznamnějších institucí, které se zabývaly problematikou péče o opuštěné a osiřelé děti v čechách v období od roku 1908 do roku 1939

Péče o opuštěné a osiřelé děti byla na počátku tohoto století nejednotná, odkázána spíše na náhodnou nebo charitativní činnost, která byla zajišťována převážně náboženskými organizacemi a dobrovolnými spolky. Nejvýznamnějšími institucemi, které se touto problematikou zabývaly, byly již zmíněné Okresní komise péče o mládež se svým vrcholným orgánem –

Českou zemskou komisí pro péči o mládež. Další text je proto věnován historii vzniku, vývoje a poslání těchto institucí.

V roce 1908 bylo ve Vídni založeno říšské Ústředí péče o mládež (*Centralstelle für Jegenfürsorge*). Ústředí mělo organizovat a sdružovat pobočky péče o mládež všech národů rakouského mocnářství. Záhy se však ukázalo, že se ve skutečnosti zajímá a stará téměř výhradně o německé pobočky péče o mládež. Pro 1. rakouský manifestační sjezd péče o mládež, který se konal v roce 1908 k císařskému jubileu pod heslem „Vše pro dítě“, byl v Čechách vytvořen český přípravný výbor. Členové výboru se rozhodli, že založí samostatné české ústředí péče o mládež. 16. 5. 1908 bylo toto ústředí založeno a nazváno Česká zemská komise pro péči o mládež (založ. při Zemské školní radě), která sdružovala dobrovolné pracovníky různých oborů bez finanční pomoci státu. Současně v Čechách pracovala oficiální komise pro péči o mládež (*Deutsche Landeskommission für Kinderschutz und Jugendfürsorge im Böhmen*).

Hlavním úkolem ústředí České zemské komise pro péči o mládež bylo podporovat a koordinovat činnost Okresních komisí péče o mládež (např. v roce 1910 ústředí sdružovalo 31 okresních komisí, v roce 1918 již 138). Tento vrcholný orgán se mj. zasloužil o vydávání časopisu „Ochrana mládeže“ (od r. 1910, od r. 1922 se změněným názvem „Péče o mládež“), o zahájení výuky péče o mládež na pražských učitelských ústavech (od r. 1915) a o otevření Vyšší školy sociální péče pro abiturienty středních škol (v r. 1918).

Komise podporovala nový systém sociální péče, který prosazovali zejména pedagogové, lékaři a právníci, např. prof. MUDr. I. Haškovec, MUDr. Brdlík, prof. Deyl, MUDr. Čáda aj., kteří se zasloužili o zakládání mnoha různých sociálních ústavů. Např. Výchovný ústav pro debilní mládež (založen roku 1910), Sdružení pro výzkum dítěte (1910), Spolek pro péči o hluchoněmé v království českém (1914), Ochrana matek a kojenců (1915), Učňovský útulek na Malé Straně (1915), Ústav pro epileptiky a další. Česká zemská komise měla od svého vzniku polooficiální charakter, organizovala a vykonávala péči o mládež, která byla z jakýchkoliv důvodů ohrožena ve svém vývoji tělesném, rozumovém nebo mravním. Komise sice měla mnoho finančních a materiálních potíží, které se však dařilo překonávat díky nezištné práci a nadšení dobrovolných pracovníků.

Česká zemská komise zřizovala a udržovala ústavy pro opuštěné děti. Tato činnost byla ještě více umocněna během 1. světové války, kdy přibývalo tisíce válečných sirotků a stále více přibývalo dětí z rodin sociálně slabých

a chudých. Každým rokem byly zřizovány nové ústavy, které poskytovaly domov těmto dětem (např. koncem války komise spravovala 15 ústavů, kromě toho se snažila umísťovat děti tělesně či psychicky poškozené v cizích ústavech na své náklady). Po vyhlášení samostatnosti Československa začaly vznikat vlastní české státní orgány, ministerstva, které vysoce ocenily činnost České zemské komise a Okresních komisí péče o mládež v rámci Rakousko-Uherska a zejména během 1. sv. války. Československá vláda svěřila Okresním komisím a jejich generálním poručníkům ochranu nemanželských dětí a sirotek (za polosirotky byly považovány i děti „rozloučených“ rodičů). Okresní komise byly přejmenovány na Okresní péče o mládež a staly se výkonným orgánem (dříve měly status pouze pomocného orgánu). Pro práci s dětmi byli velmi důkladně vybíráni osvědčení, dobře vyškolení pracovníci, většinou sociální tajemnice, učitelé, četníci aj., kteří byli pověřeni veškerou pravomocí při provádění sociální péče o mládež.

V roce 1921 vydalo Ministerstvo sociální péče jednotné stanovy pro péči o mládež, upravené se zřetelem k novým ústavním zákonům (např. změna politického okresu na soudní okres). Podle těchto stanov byla Česká zemská komise přejmenována na Zemské ústředí péče o mládež.

Zemské ústředí bylo demokratickým centrálním koordinujícím orgánem, který sdružoval v té době 220 Okresních péčí o mládež v Čechách a 79 Okresních péčí na Moravě a ve Slezsku. Okresní péče o mládež vznikaly v jednotlivých regionech a sdružovaly odborné i dobrovolné pracovníky. Těžiště vlastní péče o mládež spočívalo v práci v terénu, ve včasném vyhledávání sociálních případů, komplexním vyšetření a souborné diagnóze, pravděpodobné prognóze, rozhodnutí o nejvhodnějších způsobu pomoci a katamnestickém sledování dalšího vývoje. Tuto činnost vykonávaly speciálně školené odbornice – tzv. sociální tajemnice. Dobrovolní pracovníci se zabývali zejména propagační činností, zabezpečováním finančních zdrojů a různými dobrovolnými akcemi.

Stanovy Zemského ústředí péče o děti umožňovaly široké spektrum konkrétní činnosti institucím, které se touto problematikou zabývaly. Mezi nejdůležitější úkoly Zemského ústředí patřilo:

- a) vést okresní péče o mládež a sjednocovat veškerou péči o mládež v zemi,
- b) spolupracovat s příslušnými úřady,
- c) soustředit ve svých rukou péči o úchylné děti v celé zemi,

- d) starat se o uplatnění způsobilých sociálních pracovníků ve správních a poradních sborech obecních, okresních a zemských zastupitelstvech,
- e) obeznamovat veřejnost se všemi zjevy a nedostatky, jevícími se při tělesném, rozumovém a mravním vývoji mládeže, se způsoby ochranné péče o mládež aj.¹

Zemské ústředí udržovalo co nejtěsnější vztahy s okresními péčemi o mládež. Pořádalo kurzy pro nové pracovníky, pro tajemníky a generální poručníky, vydávalo příručky a pokyny (v r. 1936 byl založen nový měsíčník „V dětech je národ věčný“), pracovníci Ústředí pravidelně dojížděli na instruktážní návštěvy do jednotlivých okresů apod.

Zemské ústředí samostatně hospodařilo s financemi, které získalo buď od vlády či jednotlivců nebo z dobročinných akcí podle zásady „peníze jsou určeny pro potřebné děti a patří jim“.² Proto se snažilo co nejpřísněji šetřit na administrativě a peníze rozdělovat podle jednotlivých potřeb Okresních péčí o mládež.

Koncem 20. let byla již péče o osiřelé a opuštěné děti zcela organizovaná, soustavná a odborně řízená. V rámci systému péče o děti a mládež byly rozlišovány tři kategorie institucí, které se touto problematikou zabývaly:³

- a) instituce veřejnoprávní,
- b) instituce polooficiální,
- c) instituce soukromoprávní.

ad a) Instituce veřejnoprávní byly buď v majetku veřejnoprávních svazků, nebo státu, okresů či obcí

1. Stát:

spravoval a řídil ústavní péči pro „mládež ochrany potřebnou“ prostřednictvím svých ministerstev.

Okresní soudy vykonávaly dozor nad nezletilými sirotky, opuštěnými a nemanželskými dětmi v rámci péče poručenské a opatrovnické, podle příslušných zákoníků a podle zákona o ochraně dětí v cizí péči a dětí nemanželských (z. č. 256/1921 Sb.) a vládního nařízení ze dne 14. 3. 1930, č. 29 Sb.

Péči o osiřelé a opuštěné děti v Čechách měly na starost Okresní péče o mládež. (V roce 1931 spravovaly okresy 24 okresních sirotčinců a 60 okresních dětských domovů spravoval stát).

V roce 1931 byly na Slovensku ve správě Ministerstva sociální péče tři státní dětské domovy pro děti zanedbané a opuštěné (v Košicích, v Rimavské Sobotě a Mukačevu), pro mládež osiřelou byl určen státní sirotčinec ve Slovenské Lupči. Pro péči o mládež „mravně vadnou“ zřídilo Ministerstvo spravedlnosti velký státní ústav Komenského v Košicích (r. 1919).

2. Země:

spravovaly již zmíněný Zemský sirotčí fond, z něhož zřizovaly nalezince a podporovaly dobročinné ústavy pro ošetřování a výchovu dětí osiřelých, zpustlých a opuštěných podle zákona č. 373/1922 Sb.

3. Okresy:

byly povinny zřizovat a vydržovat sirotčince (podle chudinského zákona z r. 1868), později tato povinnost přešla na politické okresy (z.č. 125/1927 Sb.).

4. Obce:

poskytovaly nejnutnější obživu a pomoc ohroženým a nemocným lidem. Větší a bohatší obce zřizovaly opatrovny, ochrannovny a denní útulky pro děti, velká města spravovala sirotčince, dětské domovy, útulky a sociální ústavy různého zaměření.

ad b) Instituce povahy polooficiální

Do této kategorie patří především dobrovolné spolky, které spolupracovaly s veřejnými institucemi a byly zaměřeny na sociální péči o děti a mládež. Jednalo se např. o Českou komisi pro péči o mládež v Čechách a Praze, založenou v roce 1933; českou zemskou péči o mládež na Moravě a v Brně; Českou ústřednu pro péči o mládež slezskou v Opavě; Zemské ústředí o mládež na Slovensku v Bratislavě a v Podkarpatské Rusi.

Do této kategorie patřily v Čechách Okresní péče o mládež se svým řídicím orgánem – Zemským ústředím péče o mládež. Jak již bylo uvedeno v předcházející části práce, tyto instituce zaujímaly nejvýznamnější místo v systému péče o opuštěné děti.

ad c) Instituce povahy soukromoprávní

Tato forma péče byla založena především na dobrovolné práci různých spolků a sdružení. Jejich vrcholné organizace poskytovaly právní ochranu sdruženým spolkům a řídily jejich činnost. Mezi tyto spolky patřilo např. Ústředí dobrovolných a sociálně zdravotních spolků, Svaz čl. péče o mládež v ČSR, Ústředí prázdninové péče, Demokracie dětem aj.

V roce 1931 proběhlo v Čechách a na Moravě statistické šetření, při kterém se zjistilo, že 68 642 dětí (53 % chlapců, 47 % dívek) a mladistvých osob do 18 let bylo přímo podporováno obcemi (z důvodu „veřejného chudinství“). Úplných sirotků a zcela opuštěných bylo 10 140 (tj. 14,8 %), polosírotků a opuštěných pouze jedním z rodičů 21 076 (30,7 %). V obcích Čech bylo podporováno 60 % ze všech podporovaných mladistvých osiřelých a opuštěných dětí, v obcích Moravy a Slezska 40 %. Kromě toho byly osiřelé a opuštěné děti podporovány soukromými ústavami a dobročinnými spolky.

Formy péče o ohrožené děti v období 1. Republiky

Jednou z forem pomoci ohroženým dětem byla instituce hromadného (generálního, později též veřejného) poručenství, která byla u nás zavedena již v roce 1910. Tzv. poručenské soudy pověřovaly důvěryhodnou osobu nebo i více osob, aby v případě úmrtí otce nezletilého dítěte či soudního odnětí „otcovské moci“, příp. při narození nemanželského dítěte, tato osoba zastupovala právní a výchovné zájmy dítěte (buď bezplatně nebo za malou odměnu). Právní podklad pro tuto péči nalezneme až ve vládním nařízení č. 29/30 Sb., o vykonávání ochrany dětí v cizí péči a dětí nemanželských, které bylo prováděcím nařízením zákona č. 256/21 Sb. a zákona č. 117/27 Sb., o cikánských dětech. V roce 1931 byl vydán zákon č. 4/31 Sb., o alimentanční povinnosti a vládní nařízení o hromadném poručenství č. 334/38 Sb. doplnilo a upravilo předcházející nařízení. Prováděním těchto nařízení byly pověřeny jednotlivé Okresní péče o mládež. Zájmy ohrožených dětí zastupovali tzv. veřejní poručníci, kteří rovněž upozorňovali na konkrétní sociální případy v obcích a okresech a prováděli terénní práci. Sociální tajemnice mj. byly 24 hod. po narození nelegitimního dítěte upozorněny porodní asistentkou či lékařem, navštívily matku a zabezpečily pro dítě vše potřebné. Sociální tajemnice si pak vzala ochranný dozor nad tímto dítětem a generální poručník byl pověřen právní ochranou dítěte.

Zemské ústředí se staralo o školení hromadných poručníků. Např. v roce 1932 zastávalo zájmy osiřelých, opuštěných a nemanželských dětí 211 generálních poručníků ve 207 Okresních péčích o mládež, v r. 1934 bylo 29 997 dětí (z toho bylo 10 099 dětí nemanželských) svěřeno do péče 193 Okresním péčím o mládež. V roce 1937 bylo do péče generálních poručníků svěřeno 33 943 dětí (22 942 dětí bylo nemanželských).

Dalším typem péče o ohrožené děti byly dětské domovy, které byly pouze přechodnými zařízeními, jakousi záchytnou stanicí v naléhavých případech, kde se mají ohrožené děti především tělesně a duševně zotavit, osvojit si chybějící základní hygienické návyky. Status přechodného zařízení byl dětským domovům přiřazen zvláště proto, že si pracovníci v této oblasti uvědomovali, že nejvhodnějším prostředím pro zdravý vývoj dítěte není ústav na způsob sirotčince, ale náhradní rodinné prostředí. Již tehdy vycházeli sociální pracovníci ze zkušeností o negativních důsledcích pobytu dítěte v ústavu, který má za následek časté poruchy osobnosti, neuspokojení základních psychických potřeb – deprivaci a jiné poruchy vývoje.

Po krátkodobém pobytu dětí v dětském domově a po vyřízení soudních formalit bylo možné buď vrátit dítě zpět do rodiny, v níž se mezitím urovnala a zlepšila situace, nebo nalézt pro dítě novou rodinu pěstounskou či adoptivní, v nejhorším případě předat dítě do ústavů pro starší děti či pro úchylnou mládež. Kapacita dětského domova nesměla přesáhnout 20 míst, aby si ústav zachoval rodinný charakter. Domovy byly určeny pro děti nemanželské, pro děti tělesně nebo psychicky zanedbané, pro děti týrané a zneužívané (např. v roce 1935 spravovaly Okresní péče o mládež 130 sirotčinců).

Další formou péče o opuštěné děti byla pěstounská péče, která se dělila na čtyři typy:

1. Pěstounská péče „nalezenecká“ navazovala na pobyt dítěte v nalezinci či sirotčinci. Děti, přijaté brzy po narození do ústavu, byly svěřovány do pěstounské péče cizím osobám (nejčastěji manželům) za úplatu. V určitém věku (v pražském nalezinci v 10, později v 16 letech) se opět do jiného ústavu musely vrátit. Děti byly v trvalém dozoru mateřského ústavu na základě tzv. ústavního poručenství. Výběr pěstounů, dozor a kontrolu nad péčí o děti vykonával ústav.

2. Pěstounská péče „vytvářená“, řízená a kontrolovaná Okresními péčemi o mládež. Tato forma péče o mládež existovala již za Rakouska-Uherska. Pěstouni však byli vybíráni zejména podle toho, kdo z nich nebude požadovat finanční odměnu za péči nebo pouze v minimální výši. Ve 20. letech,

zejména po vydání zákona č. 256/1921 Sb., o ochraně dětí v cizí péči a dětí nemanželských, již sociální pracovníci Okresních péčí o mládež vyhledávali kvalitní, spolehlivé pěstouny. Podmínky jejich výběru byly určovány těmito kritérii: mravní bezúhonnost osoby mladšího věku s dobrým zdravotním a psychickým stavem, s trvalým zaměstnáním, které zabezpečí dostatek finančních prostředků na stálé bydliště a zajištění výchovy dítěte. Okresní péče o dítě např. v r. 1932 zajišťovaly 15 549 dětem náhradní pěstounskou péči zdarma nebo za plat, v r. 1934 12 888 dětem, v r. 1936 13 126 dětem, v r. 1937 11 959 dětem, v r. 1942 3 492 dětem opatrovaným zdarma a 4 175 dětem v pěstounské péči za plat.

3. Pěstounská péče byla dále uskutečňována prostřednictvím tzv. **rodinných kolonií**. Tato myšlenka vznikla na Moravě a rychle se rozšířila i do Čech. V roce 1927 byly na Moravě tři rodinné kolonie. Rodinné kolonie byly zakládány v určité lokalitě, kde sociální pracovníci ve své obci, okrese nebo blízkém okolí vyhledali 15–20 vhodných rodin a svěřili jim do péče ohrožené děti. Díky tomu, že rodiny byly spolu v těsném sousedství, bylo jednoduché je kontrolovat a pravidelně jim pomáhat při výchově svěřených dětí. Začátkem 20. let spravovaly Okresní péče o dítě 16 rodinných kolonií, v r. 1937 24 kolonií, v r. 1942 jich však existovalo pouze 18.

4. Posledním typem pěstounské péče bylo svěřování dětí cizím osobám na vychování, na základě soukromé dohody mezi rodiči a těmito osobami bez soudního jednání. Tento způsob péče zvolna přecházel do svěřování dětí prarodičům nebo jiným příbuzným. Je jediným typem pěstounské péče, který přetrval z období 1. republiky až do 70. let.

Za nejvhodnější formu náhradní výchovné péče byla považována adopce, při níž veškerá odpovědnost za dítě přešla na adoptivní rodiče a dítě mělo možnost vyrůstat v nejpřirozenějším prostředí. Zemské ústředí péče o mládež se snažilo zavést co nejdokonalejší systém při osvojování dětí. Všechny děti musely být předem komplexně vyšetřeny a na základě jednotného dotazníku měla být u každého z nich vypracována rodinná a sociální anamnéza. Úlohou Okresních péčí o mládež bylo vybrat z možných uchazečů nejvhodnější osvojitele (podle přísných kritérií, podobných při výběru pěstounů).

V r. 1935 byl založen Zemský pedologický ústav dr. C. Stejskalem při Zemském ústředí péče o mládež. Pracovníci tohoto ústavu se snažili prosadit dokonalý systém při provádění adopcí a vytvořit výzkumnou a třídící základnu pro potřeby Okresních péčí o mládež v zemi. Díky dobré spolu-

práci tohoto ústavu a Okresních péčí o mládež se podařilo ve velmi krátké době umístit co největší počet dětí do adoptivních rodin.

Náhradní výchovná péče v Československu po 2. světové válce

Po 2. světové válce se systém náhradní výchovné péče radikálně změnil. V roce 1949 po zrušení statutu nalezců přejmenovaných na Ústavy péče o dítě a jim příbuzným zařízením, zrušením Zemského ústředí péče o mládež a Okresních komisí péče o mládež, přešla veškerá péče o ohrožené děti do pravomoci státních orgánů – ministerstev – a sociálních odborů při okresních národních výborech. Byl zlikvidován dokonale propracovaný systém o ohrožené děti z období 1. republiky, veškerá péče o děti byla zestátněna, byla zrušena samostatnost územních orgánů a veškerá charitativní péče.

Aplikováním rigidního sovětského systému péče o opuštěné děti v Československu byla přijata koncepce vychovávat ke kolektivnímu cítění velké skupiny dětí ve velkých ústavech, odstupňovaných věkem, řízených a kontrolovaných státem. Dětské domovy byly rozděleny podle věku dětí (0–1, 1–3, 3–6, 6–12, 12–15 let), většinou izolovány od okolního světa, v opuštěných lokalitách, často v zestátněných zámcích či klášterech. Takto organizované ústavy nebraly ohled na základní psychické potřeby dětí ani na sourozenecké vztahy. Ústavy nemohly vzájemně spolupracovat, neboť některé z nich spravovalo Ministerstvo zdravotnictví (pro 0–3 roky) a jiné Ministerstvo školství (pro 3–18 let). Organizace ústavů, častá migrace dětí v ústavech, vysoká fluktuace a proměnlivost personálu a mnoho dalších negativních jevů v dětských domovech zcela zlikvidovaly dosavadní jednotnou a velmi účinně koncipovanou péči o opuštěné děti u nás.

Tato skutečnost byla v ostrém protikladu s novými západoevropskými poznatky o vývoji dítěte, zvláště pak s formulací teorie deprivace (Bowlby, Ainsworthová, Goldfarb aj.)⁴ O tyto vědomosti se sice naše péče o děti za 1. republiky opírala, ale politická orientace naší společnosti po roce 1948 zamezila dalšímu rozpracování a pokračování v systému péče o opuštěné děti, který měl všechny předpoklady rozvíjet se podobným směrem, kterým se ubíraly vyspělé evropské sociální systémy.

Teprve v 60. letech se u nás mohl podrobit první kritice nový systém péče o opuštěné děti. Zejména dětská lékařka, psychologové a sociální pracovníci si začali uvědomovat jeho nedokonalost a nevhodnost. Zjistilo se, „že vývoj dětí v těchto ústavech je velmi často opožděný a nevede k utváření uvědo-

mělého kolektivního jedince, ale daleko častěji k vývoji disharmonické osobnosti s obtížným společenským zařazením a často i asociálními projevy”.⁵ V souvislosti s novými poznatky o psychické deprivaci a o vývoji dítěte byly dokázány nepříznivé důsledky této péče, např. častá nemocnost, psychomotorická retardace, patologické projevy chování, apatie či hospitalismus apod. Objevily se rovněž první pokusy o rozpracování nového systému ústavní péče. Analýza dětských domovů byla zcela ojedinělou formou podána v publikaci „Návrh nového systému péče o děti vychovávané mimo vlastní rodinu”.⁶

První pozitivní výsledky tohoto úsilí jsou patrné zavedením zákona o osvojení z r. 1957 a zákona č. 94/36 Sb., o rodině v roce 1963. Tyto zákony poskytly právní ochranu ohroženým dětem a prosadily nový, diferencovanější přístup v systému náhradní výchovné péče.

Kromě teoretických odůvodnění potřeb změn v náhradní výchovné péči se v té době podařilo uskutečnit i několik významných experimentů. Např. v roce 1967 byl zásluhou J. Kučery změněn 1. dětský domov v Kašpárských Horách na domov rodinného typu, v r. 1968 byla založena za velké podpory a ohlasu veřejnosti první SOS dětská vesnička Doubí (J. Dunovský), začaly se rozvíjet krajské poradny pro náhradní výchovnou péči (v r. 1969 vznikla první v Kolíně) a začaly být organizovány první seriózní výzkumy v oblasti péče o opuštěné děti (Koluchová, Z. Matějček, 1969 aj.).

Navzdory stagnujícím tendencím ve společnosti byla 70. léta poznamenána určitým zlepšením v koncepci náhradní výchovné péče.

V roce 1972 byla vydána Organizační směrnice č. 30374/71–201 pro dětské domovy a ostatní výchovná zařízení dne 28. 12. 1971, která obsahovala velmi důležitou změnu v organizaci ústavního zařízení. Věk odchodu dětí z dětského domova byl prodloužen do 18 let. V roce 1978 byla tato směrnice doplněna, a umožňovala tak prodloužit délku pobytu dětí v dětských domovech až do období ukončení přípravy na zaměstnání. Rovněž bylo přijato právní opatření, které určovalo orgánům péče o dítě, popř. ústavním zařízením, aby ještě dva roky po odchodu dětí z ústavu sledovaly jejich další osudy. Zpravidla se jednalo pouze o formální právní předpis, jehož dodržování záleželo nejvíce na osobních vlastnostech, schopnostech a snaze sociálních pracovníků dále sledovat tyto děti a ve stejné míře pak na ochotě mladých lidí spolupracovat s těmito institucemi.

Vydáním zákona č. 50/1973 Sb., o pěstounské péči byly legalizovány všechny formy výchovné péče kromě typu SOS dětských vesniček. Tato forma byla zrušena v roce 1973 a byla převedena do pravomoci příslušných

okresních národních výborů. Později byly vesničky specifikovány jako zvláštní zařízení pro výkon pěstounské péče spolu s velkými pěstounskými rodinami, s manželskými páry nebo matkami pěstovankami v samostatných domovech.

Přes veškerou snahu odborníků o zavedení nového systému náhradní výchovné péče o děti i přes zdárné legislativní úpravy v této oblasti nalzáme u nás v 70.–80. letech výrazné problémy v praktické aplikaci systému péče o opuštěné děti. Veškeré formy této péče byly řízeny státními orgány, což se projevilo zejména v personálním obsazení institucí náhradní výchovné péče, které muselo být ve shodě s kádrovými požadavky výkonných orgánů. Nekvalitní výchovně-vzdělávací systém v této oblasti rovněž nepřispíval výraznějšímu zlepšení péče o opuštěné děti. Adopční řízení a řízení o pěstounské péči byla často zbytečně prodlužována, někdy i přes dobrou snahu o rychlou pomoc dítěti. Pracovníci v této oblasti byli limitováni stávajícími vyhláškami a striktními byrokratickými předpisy. Ústavní výchova byla rovněž předurčena k pouhému suplování rodiny v oblasti tělesné, hygienické a zdravotní výchovy dětí. Péče o opuštěné děti byla přímo úměrná kvalitě lidí, kteří se o ně starali a rozhodovali o nich.

V současnosti je proto praxe v této oblasti nanejvýš odpovědná a zavazující a má předpoklady na znovuoobrození a zavedení moderního systému péče o opuštěné děti. V tomto ohledu se můžeme opírat jednak o poznatky a zkušenosti péče o opuštěné děti z doby před 2. světovou válkou, dále pak o vědecké a praktické zkušenosti zemí s vyspělou úrovní této péče.

Literatura:

- Bowlby, J.:** *Maternal Care and Mental Health*. Ženeva: WMO, 1952.
- Bubleová, V. –, Habrlová, V.:** *Rodina založená osobami, které vyrůstaly v dětských domovech*. Praha: VÚPSV, 1992.
- Bubleová, V. – Šilhánová, H.:** *Retrospektivní přehled zabezpečování prázdninových pobytů chudých dětí a dětí s nezaměstnaným rodičem*. Praha: VÚPSV, 1991.
- Dunovský, J.:** *Sociální postavení dětí, vychovávaných od nejujtějšího dětství v dětských domovech*. Pedagogika, XIX, Z, 189–205, 1969.
- Dunovský, J.:** *Náhradní rodinná péče z hlediska dětského lékaře*. Čs.pediatr., 36, 1, 33–37, 1981.
- Koch, J. – Langmeier, J. – Matějček, Z.:** *Návrh nového systému péče o děti vychovávané mimo vlastní rodinu*. Pedagogika, 15, 1965.
- Langmeier, J.:** *Náhradní péče očima psychologa*. Čs. pediatr., 24, Praha, 1969.
- Langmeier, J. – Matějček, Z.:** *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Avicenum, 1974.
- Matějček, Z.:** *Nové formy náhradní rodinná péče o dítě*. Psychologia a pátopsych. dieťaťa, 1, 1972.
- Nakonečný, M.:** *Sociální psychologie*. Praha: Svoboda, 1970.
- Kolektiv autorů: *Problémy psychického vývoje a osobnosti*. Praha: ČSAV, 1978.
- Kolektiv autorů: *Metodika odborných služeb v náhradní rodinné péči*. Praha: MPSV ČSR, 1979.
- Kolektiv autorů: *Pěstounská péče 1., 2.*, Praha: MPSV ČSR, 1976.
- Statistická ročenka 1991. ČSFR, Praha: SEVT, 1991.
- Statistika školství 1990/91 ČR.
- Tvrdoň, A.:** *Čsl. statistika*. Praha: ČSÚS, 1924.
- Tvrdoň, A.:** *Péče o chudé v ČSR, 1931 – I. A II. díl*. Praha: ČSÚS, 1935.
- Vodák, P.:** *Problémy osvojení dětí*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1967.

¹ Stejskal, C.: *Rozvoj péče o mládež v Čechách do okupace*, Plzeň: Krajský pedagogický ústav v Plzni, 1969, s. 19–20.

² Tamtéž, str. 22.

³ Tvrdoň: *Spolky, ústavy a zařízení pro péči o chudé a péči o mládež*, Praha, 1936, s. 12.

⁴ Bowlby, J.: *Maternal Care and Mental Health*, WHO: Geneva, 1952.

⁵ Langmeier, J.: *Náhradní výchova očima psychologa*, Praha: Čs. pediatrie, 1969, s. 870.

⁶ Koch, J. – Langmeier, J. – Matějček, Z.: *Návrh nového systému péče o děti vychovávané mimo vlastní rodinu*. Praha: Pedagogika 15, 1965, s. 316–326.

SOUČASNÁ SITUACE A TYPY NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE

Věduna Bubleová

K přijímání opuštěných dětí do nových (náhradních) rodin docházelo již odedávna. Byla to běžná praxe v mnoha kulturách. Slovo adopce znamenalo původně „vyvoliti“, tedy děti byly svými novými rodiči vyvoleny. Dnes je tomu jinak – jsou to noví rodiče, kteří jsou pro opuštěné dítě vybíráni. **Zájem dítěte** má podle mezinárodní Úmluvy o právech dítěte, která je i pro náš stát závazná, přednost před **zájmem rodičů**.

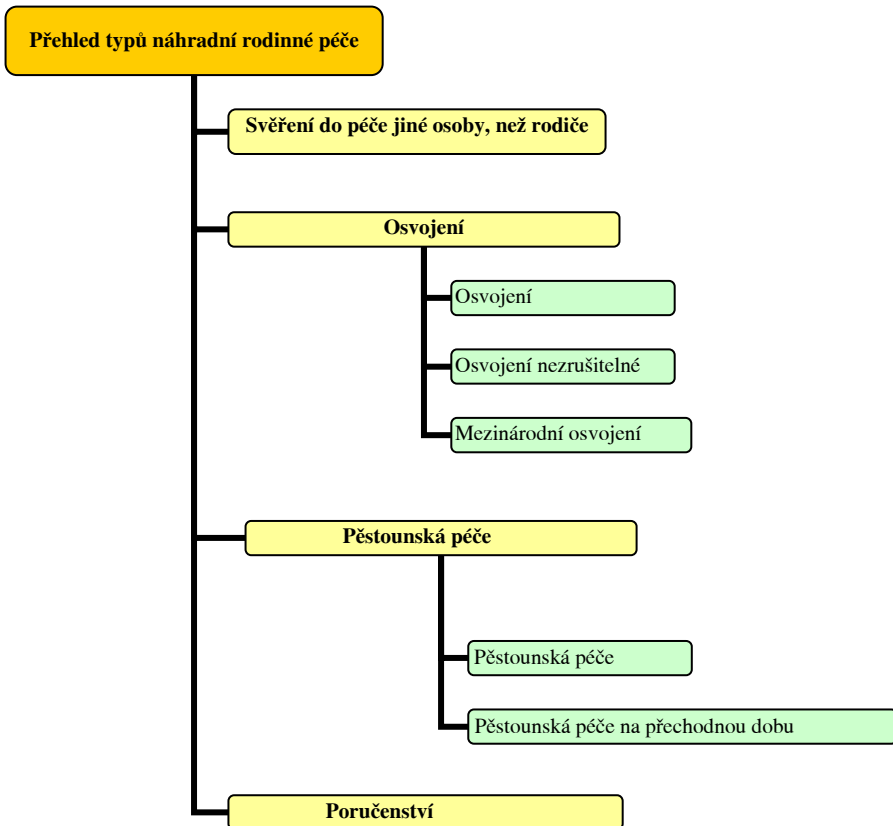
Podle našeho zákona o rodině a zákona o sociálně-právní ochraně dětí odpovídá za každé dítě jeho zákonný zástupce, zpravidla jsou to jeho rodiče. Pokud však dítě nemá alespoň v jednom z rodičů zákonného zástupce, je mu ustanoven opatrovník, který dítě zastupuje. Právě proto je role zástupců dětí, které nemohou vyrůstat ve vlastní rodině, velice důležitým a nelehkým úkolem. Měli bychom proto porozumět práci sociálních pracovníků na oddělení péče o rodinu a děti, pracovníků kojeneckých ústavů a dětských domovů, lékařů, psychologů, soudců a zaměstnanců dalších institucí, kteří v tomto případě hájí zájmy opuštěných dětí. Cílem jejich snažení by mělo být především zajistit opuštěným dětem život v prostředí, které se co nejvíce normální zdravé rodině přibližuje – a takovým prostředím je rodina adoptivní nebo pěstounská.

Prvním krokem na cestě za zdařilou adoptí nebo pěstounskou péčí tedy není a nemůže být „přidělení“ určitého dítěte určitým „hodným“ lidem. Prvním krokem je, aby tito lidé rozuměli sami sobě ve svém odhodlání cizí dítě do své péče přijmout. Druhým krokem pak je, aby rozuměli dítěti. Problém není v zákonech, v úřadech, v sociálních pracovnících, psychologích a ostatních „překážkách“ – problém je v porozumění. A to je podstatně náročnější!

Typy náhradní rodinné péče

Po institucionální stránce spadá náhradní rodinná péče do kompetence Ministerstva práce a sociálních věcí, které je centrálním orgánem státní správy pro tuto oblast. Na nižším stupni je náhradní rodinná péče zajišťována krajskými úřady, pověřenými obcemi a obcemi, a to jak v rámci přenesené, tak i samostatné působnosti.

O všech formách náhradní rodinné péče v konečné fázi rozhoduje soud dle občanského soudního řádu.



Svěření do péče jiné fyzické osoby než rodiče

Podle ustanovení § 45 zákona o rodině **může soud, vyžaduje-li to zájem dítěte, rozhodnout** o jeho svěření do péče jiné fyzické osoby než rodiče, **poskytuje-li tato osoba záruku řádné výchovy a se svěřením souhlasí.**

Při výběru vhodné osoby dá soud zpravidla přednost příbuznému.

Ve svém rozhodnutí soud vždy vymeze osobám, které se stávají odpovědné za výchovu dítěte, rozsah jejich práv a povinností vůči dítěti.

(Vyživovací povinnost zpravidla upraví soud a rodiče mají povinnost ji plnit k rukám osoby, jíž bylo dítě svěřeno do péče.)

Osvojení

Právní úpravu nalezneme v § 63–77 zákona o rodině. Způsob podávání žádostí, podmínky prověřování vhodných žadatelů, systém zprostředkování a kompetence orgánů SPO při zprostředkování v zákoně o SPOD. Osvojení je optimální formou náhradní výchovy a náhradní rodinné péče.

Při osvojení vznikají mezi osvojitelem a osvojencem vztahy jako mezi rodiči a dětmi a mezi osvojencem a příbuznými osvojitele vztahy příbuzenské. Osvojitelé mají při výchově dítěte plnou rodičovskou zodpovědnost (§ 63 zákona o rodině). Vzájemná práva mezi osvojencem a jeho biologickou rodinou zanikají.

Mezi osvojitelem a osvojencem musí být přiměřený věkový rozdíl, osvojit lze pouze nezletilé dítě (§ 65 zákona o rodině). Osvojiteli se mohou stát pouze fyzické osoby, které zaručují způsobem svého života, že **osvojení bude ku prospěchu dítěte a společnosti** (§ 64 zákona o rodině).

Soud má za povinnost zjistit na základě lékařského vyšetření zdravotní stav osvojitelů, jejich motivaci k osvojení, výchovné a pečovatelské schopnosti a osobnostní dispozice a posoudit, zda se nepřičií účelu osvojení. Soud má také povinnost vyžádat si vyjádření orgánu sociálně-právní ochrany (§ 70 zákona o rodině a § 17 zákona o SPOD). Jako společné dítě mohou někoho osvojit jen manželé, a je-li osvojitel manželem, může osvojit dítě jen se souhlasem druhého manžela.

Zákon o rodině rozlišuje dva druhy:

- osvojení nezrušitelné, přičemž nezrušitelně lze osvojit jen dítě starší jednoho roku,
- osvojení prosté, které lze zrušit jen na návrh osvojitele, nebo osvojence.

Osvojené dítě nese příjmení osvojitele a dítě osvojené společně manželi bude mít příjmení určené pro jejich ostatní děti.

V případě nezrušitelného osvojení je osvojitel zapsán v matrice místo rodiče osvojence. Výjimečně takto může osvojit i osamělá osoba za předpokladu, že jsou jinak splněny zákonné podmínky a osvojení bude ku prospěchu dítěte. V takovém případě také soud rozhodne o tom, že z matriky bude vypuštěn zápis o druhém rodiči (§ 74 zákon o rodině).

Před rozhodnutím soudu o osvojení musí být dítě nejméně po dobu tří měsíců v péči budoucího osvojitele, a to na jeho náklady.

V případě dítěte umístěného v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, nebo v ústavu z rozhodnutí soudu, nebo z vůle rodičů o jeho svěřeni do péče budoucích osvojitelů (tzv. předopční péče) rozhodne orgán sociálně-právní ochrany (§ 69 odst. 2 zákona o rodině). V ostatních případech o svěřeni dítěte do péče budoucích osvojitelů rozhoduje soud.

Děti, které jsou nejčastěji umísťovány do osvojení – jsou děti, u kterých se předpokládá méně problémový zdravotní a psychomotorický vývoj a které je možné předat do náhradní rodinné péče především v raném věku, je-li vyřešen jeho právní vztah s původní rodinou. To se děje několika způsoby.

Zpravidla se k osvojení vyžaduje **souhlas zákonného zástupce**, a to i v případě, že rodič dítěte je nezletilý.

Zákonnými zástupci dítěte jsou většinou jeho rodiče, pokud nebyli zbaveni či omezeni ve své rodičovské odpovědnosti nebo ve způsobilosti k právním úkonům, nebo pokud nezemřeli.

Pokud dítě nemá zákonného zástupce alespoň v jednom z rodičů, ustanoví soud dítěti opatrovníka, který bude dítě v řízení o osvojení zastupovat. Stejně tak v případě, že **rodiče dali souhlas k osvojení předem** bez vztahu k určitým osvojitelům, se již řízení o osvojení neúčastní a dítěti je pro tyto účely ustanoven opatrovník.

Souhlas k osvojení daný předem musí být dán osobně přítomným rodičem písemně před soudem nebo příslušným orgánem sociálně-právní ochrany dítěte, nejdříve šest týdnů po narození dítěte. Tento souhlas je možné ze strany rodičů odvolat pouze do nabytí právní moci rozhodnutí o svěřeni dítěte do péče budoucích osvojitelů.

Pokud jsou zákonnými zástupci osvojovaného dítěte jeho rodiče, **není třeba jejich souhlasu**, jestliže:

- po dobu šesti měsíců soustavně neprojevovali **opravdový zájem** o dítě (zejména dítě pravidelně nenavštěvovali, neplnili pravidelně a dobrovolně svou vyživovací povinnost vůči dítěti, neprojevili snahu upravit si své sociální a rodinné poměry tak, aby dítě mohli do své osobní péče převzít),
- po dobu nejméně dvou měsíců od narození dítěte neprojevili o dítě **žádný zájem** (ačkoliv jim v tom nebránila závažná překážka podle § 68 zákona o rodině),
- splnění těchto podmínek rozhoduje ke dni podání návrhu soud.

Je-li dítě schopno posoudit dosah osvojení, je třeba také jeho souhlasu.

Mezinárodní osvojení

Tato forma náhradní rodinné péče je možným řešením v případě, že se pro dítě nedaří najít náhradní rodinu v zemi jeho původu.

Mezinárodní osvojení je upraveno Úmluvou o ochraně dětí a spolupráci při mezinárodním osvojení, kterou vypracovala a přijala Haagská konference mezinárodního práva soukromého 29. 5. 1993. V České republice vstoupila tato úmluva v platnost dne 1. června 2000 spolu se zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně, ve znění předpisů pozdějších. Úmluva umožňuje osvojení dětí do ciziny a z ciziny.

Haagská úmluva jasně stanovuje postup při osvojování dítěte do zahraničí, určuje povinnosti a kompetence jednotlivých institucí, definuje právo dítěte na přednostní osvojení v zemi svého původu, zaručuje biologickým rodičům anonymitu a zásadně vylučuje jakékoliv zisky z adopcí. Zároveň nařizuje signatářským státům, aby na svém území určily jeden ústřední orgán, který bude za osvojení dětí do zahraničí odpovědný.

U nás tuto funkci zprostředkovatele plní Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí v Brně. Ten přebírá do evidence žadatele o osvojení dítěte z ciziny, kteří s tím musí souhlasit a děti, pro které se nepodařilo najít vhodné žadatele o osvojení dítěte v České republice. Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí v Brně dává podle § 35 odst. 1 písm. i) zákona o sociálně-právní ochraně souhlas k osvojení dítěte do ciziny a podle § 19 odst. 2 téhož zákona rozhoduje o svěřeni dítěte do péče budoucích osvojitelů, jde-li o osvojení dítěte do ciziny, nebo z ciziny.

Pěstounská péče

Soud může svěřit dítě do pěstounské péče fyzické osobě (dále jen „pěstoun“), **jestliže zájem dítěte vyžaduje svěření do takové péče a osoba pěstouna poskytuje záruku řádné výchovy dítěte** (§ 45 a odst. 1 zákona o rodině). Dítě může být svěřeno též do společné pěstounské péče manželů.

Pěstoun je povinen o dítě osobně pečovat. Bylo-li dítě svěřeno do pěstounské péče jen jednomu z manželů, platí ustanovení § 33 obdobně (§ 33 zákona o rodině uvádí: Na výchově dítěte se podílí i manžel, který není rodičem dítěte, za předpokladu, že s ním žije ve společné domácnosti.).

Pěstoun při péči o osobu dítěte vykonává přiměřeně práva a povinnosti rodičů.

Nemá vyživovací povinnosti k dítěti a právo zastupovat dítě a spravovat jeho záležitosti má jen v běžných věcech (§ 45 c), odst. 1, 2 zákona o rodině).

Zákonnými zástupci dítěte jsou nadále jeho rodiče, jestliže nebyli v rodičovské odpovědnosti omezeni, nebo jí nebyli zcela zbaveni, či nebyl její výkon pozastaven. V případě svěření dítěte do pěstounské péče není vyloučen styk rodičů s dítětem.

Pokud je rozhodnutí zákonných zástupců v kolizi se zájmem dítěte, má pěstoun možnost domáhat se v dané věci rozhodnutí soudu.

Před rozhodnutím o svěření dítěte do pěstounské péče je soud povinen vyžádat si vyjádření orgánu sociálně-právní ochrany dětí o tom, zda ten, kdo se má stát pěstounem, je osobou vhodnou pro výkon této péče (§ 45b) zákona o rodině).

Je-li dítě v ústavní výchově nebo v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc z rozhodnutí soudu, může být před rozhodnutím dočasně svěřeno rozhodnutím orgánu sociálně-právní ochrany dětí do péče osoby, která má zájem stát se pěstounem a splňuje podmínky. Obdobně může být do péče budoucích pěstounů svěřeno i dítě, které není v ústavní výchově se souhlasem rodičů.

Nebude-li do tří měsíců od právní moci tohoto rozhodnutí u soudu zahájeno řízení o svěření dítěte do pěstounské péče, rozhodnutí o dočasném svěření dítěte pozbude právních účinků (§ 45b) odst. 2 zákona o rodině).

Pěstounská péče může být zrušena rozhodnutím soudu. Soud může zrušit pěstounskou péči jen z důležitých důvodů, učiní tak vždy, jestliže o to požádá pěstoun (§ 45 a odst. 4 zákona o rodině).

Dítě, které bylo svěřeno do pěstounské péče, je povinno pomáhat podle svých schopností v domácnosti pěstouna, pokud má vlastní příjem a žije ve společné domácnosti s pěstounem, je povinno přispívat i na úhradu společných potřeb rodiny (§ 45c) zákona o rodině).

Pěstounská péče je státem garantovaná forma náhradní rodinné péče, která zajišťuje dostatečné hmotné zabezpečení dítěte i přiměřenou odměnu těm, kteří se ho ujali, dle zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění předpisů pozdějších.

Vykonává-li pěstoun pěstounskou péči v zařízení pro výkon pěstounské péče, je odměňován podle zákona č. 359/1999 Sb., o SPOD ve znění předpisů pozdějších

Nárok na výživné určené rozhodnutím soudu na dítě, jemuž náleží příspěvek na úhradu potřeb podle zák. o státní sociální podpoře, přechází na stát. Je-li výživné vyšší než příspěvek, náleží dítěti rozdíl mezi výživným a příspěvkem, tento rozdíl se vyplácí pěstounovi (§ 45d) odst. 1 zákona o rodině).

Soud uloží rodičům, případně jiným fyzickým osobám povinným poskytovat výživné dítěti, aby toto výživné poukazovali příslušnému orgánu, který vyplácí pěstounovi, případně zletilému dítěti příspěvek na úhradu potřeb dítěte dle zákona o státní sociální podpoře (§ 45d) odst. 2 zákona o rodině). (Jestliže dítě pobírá sirotčí důchod, pak příspěvek na úhradu potřeb dítěte náleží, jen je-li vyšší, a to ve výši rozdílu mezi tímto příspěvkem a částkou důchodu, viz § 39 zák. 117/1995 Sb).

Děti, které jsou do pěstounské péče nejčastěji umísťovány, jsou především děti sociálně osiřelé, které potřebují nejen trvalou individuální péči, ale i dlouhodobou výchovu v náhradní rodině. Jedná se především o děti s různými zdravotními či psychomotorickými obtížemi, děti starší, sourozenecké skupiny nebo děti jiného etnika. Patří sem i skupina dětí, u kterých brání jejich svěřeni do osvojení překážky právní, především nesouhlas rodičů.

Přijmout dítě starší nebo s postižením či dítě jiné národnosti je úkol velice náročný. Vyžaduje od budoucích pěstounů především laskavost, trpělivost a odhodlanost čelit případným obtížím jak ze strany dítěte, tak ze strany jeho původní rodiny, ale také ze strany širšího okolí.

Přijetí postiženého dítěte vyžaduje od pěstounů rovněž obecnou znalost problematiky postiženého dítěte, informovanost o zdravotním stavu a vývo-

ji, reálné představy o jeho specifických potřebách, možnostech a případných vývojových odchylkách.

Je-li dítě ve věku, kdy je schopno posoudit dosah svého svěřením do pěstounské péče, musí být přihlédnuto také k jeho vyjádření.

Soud může svěřit dítě do pěstounské péče, jestliže zájem dítěte svěřením do takové péče vyžaduje, po prozkoumání všech okolností, i když rodiče dítěte s takovým řešením situace nesouhlasí. V takovém případě je zapotřebí, aby se pěstouni připravili na to, že se rodiče mohou do rozhodnutí soudu odvolávat, tedy řízení ve věci může být velmi zdlouhavé.

Dle ustanovení § 64 zákona č. 359/1992 Sb., o SPOD ve znění předpisů pozdějších – odvolání proti rozhodnutí o svěřením dítěte do péče budoucích osvojitelů a svěřením dítěte do péče budoucích pěstounů nemá odkladný účinek.

V případě svěřením dítěte do pěstounské péče není také **vyložen styk rodičů s dítětem**. Bývá to často problematickým momentem pěstounské péče.

Na straně žadatelů stále převažuje nejasné pojetí pěstounské péče. Žadatelé často volí tuto formu náhradní rodinné péče s tím, že mají pocit, že jejich požadavek bude dříve vyslyšen, než kdyby žádali o osvojení. Biologickou rodinu dítěte nijak nerespektují a snaží se dítě od kontaktu s ní, někdy i informací o ní, zcela uchránit. Je potřebné, aby se pojetí pěstounské péče jasně odlišovalo od osvojení. Přípravě žadatelů na svěřením dítěte do pěstounské péče by tedy měla být věnována maximální pozornost.

Od 1. června 2006 je účinná novela zákona o SPOD a s ní související změny v zákoně o rodině, které přinášejí několik významných změn pro oblast pěstounské péče a výkon sociálně-právní ochrany dětí.

Zákon věnuje pozornost:

- *zajištění podpůrných služeb pro náhradní rodiče (ustanovení § 11 odst. 1 a 2 zákona o SPOD).*

Krajské úřady mají podle tohoto ustanovení zajišťovat osvojitelům nebo pěstounům poradenskou pomoc související s osvojením dítěte, nebo svěřením dítěte do pěstounské péče.

Obecní úřad obce s rozšířenou působností poskytovat osvojitelům a pěstounům poradenskou pomoc související s osvojením dítěte nebo svěřením dítěte do pěstounské péče.

V současné době dochází k rozvoji návazných služeb pro náhradní rodiny s možností individuálního doprovázení rodin po převzetí dítěte. Vznikají kluby náhradních rodičů s bohatým programem obohaceným o zajímavé přednášky, moderované diskuse, pobyty rodin apod. V klubech mají náhradní rodiče možnost sdílet vzájemně své zkušenosti s náhradní rodinnou péčí a zároveň zde mají v případě potřeby možnost obrátit se na odborníky.

Mezi úpravy, které by mohly vést k efektivnější a kvalitnější práci s rodinami a dětmi, patří také zřízení institutu:

Pěstounská péče na přechodnou dobu

Její úpravu nalezneme v § 45, odst. 2 zákona o rodině:

Soud může na návrh orgánu sociálně-právní ochrany dětí svěřit dítě do pěstounské péče na přechodnou dobu osobám, které jsou podle zvláštního právního předpisu zařazeny do evidence osob vhodných k výkonu pěstounské péče pro přechodnou dobu, a to na:

- a) dobu, po kterou nemůže rodič ze závažných důvodů dítě vychovávat,
- b) dobu, po jejímž uplynutí lze podle § 68 dát souhlas rodiče s osvojením,
- c) dobu do pravomocného rozhodnutí soudu o tom, že není třeba souhlasu rodičů k osvojení (§ 68 zákona o rodině).

Bylo-li dítě svěřeno do pěstounské péče podle odstavce 2, je soud povinen nejméně jednou za 3 měsíce přezkoumat, zda trvají důvody pro svěřeni dítěte do pěstounské péče. Za tím účelem si vyžaduje zejména zprávy příslušného orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Soud rozhodne o výchově dítěte vždy, odpadnou-li důvody, pro které bylo dítě svěřeno do přechodné pěstounské péče (§ 45 a), odst. 5, zákon o rodině).

Pěstounská péče v zařízení pro výkon pěstounské péče

Je upravena v zákoně č. 359/1999 Sb., o SPOD ve znění předpisů pozdějších v § 44–47. Pěstounská péče může být vykonávána v zařízení pro výkon pěstounské péče (dále jen „zařízení“). Zařízení se zpravidla zřizuje v samostatném objektu nebo v prostorách, které zřizovatel vybaví jako byt pro rodinu s větším počtem dětí.

Zřizovatel zařízení uzavírá s pěstounem písemnou dohodu o výkonu pěstounské péče v zařízení (dále jen „dohoda“), která má své náležitosti, a z uzavření této dohody vyplývají pro pěstouna vykonávajícího pěstounskou péči v zařízení i pro zřizovatele zařízení povinnosti.

Poručenská péče

Jestliže rodiče dítěte zemřeli, byli zbaveni rodičovské odpovědnosti, výkon jejich rodičovské odpovědnosti byl pozastaven, nebo nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu, **ustanoví soud dítěti poručníka, který bude nezletilého vychovávat, zastupovat a spravovat jeho majetek místo rodičů** (§ 78 zákon o rodině).

Není-li to v rozporu se zájmy dítěte, ustanoví soud poručníkem především toho, koho doporučili rodiče. Nebyl-li nikdo takto doporučen, ustanoví soud poručníkem někoho z příbuzných nebo osob blízkých dítěti, nebo jeho rodině, popřípadě jinou fyzickou osobu (§ 79 odst. 1 zákona o rodině).

Poručníky nezletilého dítěte mohou být ustanoveni i manželé.

Nemůže-li být poručníkem ustanovena fyzická osoba, ustanoví soud poručníkem orgán sociálně-právní ochrany.

Dokud není dítěti ustanoven poručník, nebo dokud se ustanovený poručník neujme své funkce, činí neodkladné úkony v zájmu dítěte a v jeho zastoupení orgán sociálně-právní ochrany (§ 79 odst. 2–4 zákona o rodině).

Poručník odpovídá soudu za řádné plnění této funkce a podléhá jeho pravidelnému dozoru. Zejména je povinen podávat soudu zprávy o osobě poručence a účty ze správy jeho jmění. Soud však může poručníka zprostit povinnosti podávat podrobné vyúčtování, nepřesahují-li výnosy jmění pravděpodobné náklady na výchovu výživu poručence (§ 80 odst. 1 zákona o rodině).

Jakékoliv rozhodnutí poručníka v podstatné věci týkající se dítěte vyžaduje schválení soudem (§ 80 odst. 4 zákona o rodině).

Pokud soudem ustanovený poručník bude o dítě osobně pečovat a naplňovat všechny složky rodičovské odpovědnosti, nastupuje namísto rodičů téměř v celém rozsahu.

Na vztahy poručníka (poručníků) a dítěte se přiměřeně vztahují ustanovení o právech a povinnostech rodičů a dětí. Funkce poručníka nezakládá vyživovací povinnost k dítěti (§ 81 zákona o rodině).

Soud zprostit poručníka poručenství na jeho návrh.

Soud poručníka odvolá, jestliže se stane pro výkon funkce poručníka nezpůsobilý nebo porušuje své povinnosti.

V případě rozvodu manželů, kteří byli ustanoveni do funkce poručníků, soud vždy posoudí, zda je v zájmu dítěte, aby tuto funkci vykonávali nadále

oba rozvedení manželé. V opačném případě jednoho z nich poručenství zproští (§ 82 zákona o rodině).

Pokud poručník osobně pečuje o dítě, je také zabezpečován dávkami státní sociální podpory jako pěstoun, a je-li toho třeba, i dávkami sociální péče.

Zákony ČR pro náhradní rodinnou péči

Pro institut NRP jsou nejvýznamnější dva zákony:

Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění předpisů pozdějších (dále jen zákon o rodině) a

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění předpisů pozdějších (dále jen zákon o SPOD).

Z dalších významných uvádíme:

- zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře znění předpisů pozdějších
- zákon č. 463/1995 Sb., o životním minimu (od 1.ledna 2007 zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu),
- zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění předpisů pozdějších,
- zákon č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů v sociálním zabezpečení, ve znění předpisů pozdějších
- vyhláška MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o soc. zabezpečení,
- zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění soc. zabezpečení,
- zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění předpisů pozdějších (od 1. ledna 2007 zák. č. 187/2006 Sb.),
- vyhláška č. 165/1979 Sb., o nemocenském pojištění některých pracovníků a o poskytování dávek nemocenského pojištění občanům ve zvláštních případech,
- zákon č. 88/1968 Sb., o prodloužení mateřské dovolené, o dávkách v mateřství, ve znění předpisů pozdějších (od 1. ledna 2007 zákon č. 187/2006 Sb.),
- zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém zabezpečení, ve znění předpisů pozdějších,

- zákon č. 482/1995 Sb., o sociální potřebnosti, ve znění předpisů pozdějších,
- zákon č. 20/1966 Sb., o zdraví lidu, ve znění předpisů pozdějších
- zákon č. 109/2002 Sb., o ústavní a ochranné výchově ve školských zařízeních,
- zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění předpisů pozdějších,
- zákon č. 301/2000 Sb., o matrikách, jménu, příjmení, ve znění předpisů pozdějších,
- zákon č. 500/2004 Sb., o správním řízení,
- zákon č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatelstva a rodných číslech, ve znění předpisů pozdějších,
- zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce,
- zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (platnost od 1. ledna 2007).

PROCES VYŘIZOVÁNÍ ŽÁDOSTÍ

Alena Vávrová

Slovníček pojmů

Náhradní výchovná péče – forma péče o děti, které nemohou být z nejrůznějších důvodů vychovávány ve vlastní rodině – nejčastější formou je ústavní péče.

Ústavní výchova – forma péče o děti, které nemohou být ze závažných důvodů vychovávány ve vlastní rodině, nebo jejichž výchova je vážně ohrožena, nebo narušena. Ústavní výchovu nařizuje soud.

Náhradní rodinná péče – forma péče o děti, kdy je dítě vychováváno „náhradními“ rodiči v prostředí, které se nejvíce podobá životu v přirozené rodině.

Kojenecký ústav, dětský domov – klasické ústavní prostředí pro náhradní výchovu dětí, které z různých důvodů nemohou být vychovávány v rodině.

Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (např. Klokánek) – zařízení rodinného typu, kterému při umístování dětí mimo vlastní rodinu má být dána přednost před umístěním do klasického ústavu.

Zvláštní škola internátní – zvláštní škola s celoročním provozem.

Zákonný zástupce dítěte – rodiče zastupují dítě při právních úkonech, ke kterým není plně způsobilé (§ 36 zákona o rodině). Nezletilí mají podle § 9 občanského zákoníku způsobilost jen k takovým úkonům, které jsou svou povahou přiměřené rozumové a volní vyspělosti odpovídající jejich věku. Žádný z rodičů nemůže zastoupit své dítě, jde-li o právní úkony ve věcech, při nichž by mohlo dojít ke střetu zájmů mezi rodiči a dítětem nebo ke střetu zájmů dětí těchto rodičů (§ 37 zákona o rodině). Nemůže-li dítě zastoupit žádný z rodičů, ustanoví soud dítěti opatrovníka, který bude dítě v řízení nebo při určitém právním úkonu zastupovat. Tímto opatrovníkem zpravidla ustanoví orgán sociálně-právní ochrany dětí.

Rodičovská zodpovědnost – § 31 zákona o rodině definuje rodičovskou zodpovědnost jako souhrn práv a povinností:

- při péči o nezletilé dítě, zahrnující zejména péči o jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj,
- při zastupování nezletilého dítěte,

- při správě jeho majetku.

Orgány sociálně-právní ochrany jsou:

- krajské úřady,
- obecní úřady obcí s rozšířenou působností,
- obecní úřady,
- Ministerstvo práce a sociálních věcí,
- Úřad pro mezinárodně právní ochranu dětí v Brně.

Deprivace – nedostatečné uspokojování základních potřeb, a to jak potřeb biologických, tak i potřeb psychických.

Deprivované dítě – u dětí vyrůstajících v kolektivních zařízeních jde většinou o psychické, citové neuspokojení potřeby lásky a jistoty, případně opoždění v dalších oblastech vývoje.

Handicapované dítě – dítě, které je tělesně nebo duševně znevýhodněné vůči svým vrstevníkům.

Vývojové obtíže – potíže, které nepříznivě ovlivňují utváření osobnosti dítěte a souvisejí s jeho psychickým vývojem.

Identita – představa jedince o sobě samém, kdo jedinec je, odkud pochází, kam a ke komu patří.

Proces vyřizování a podávání žádostí

Žádost o zařazení do evidence žadatelů o zprostředkování osvojení nebo pěstounské péče přijímá úřad obce s rozšířenou působností v místě trvalého bydliště žadatelů. Žadatelé jsou povinni k žádosti připojit doklady uvedené v odst. 5, písm. a) § 21 zákona potřebné pro vedení dokumentace:

- žádost, v níž jsou obsaženy žadatelovy osobní údaje jméno, popřípadě jména, příjmení,
- datum narození a místo trvalého pobytu,
- doklad o státním občanství, nebo o povolení k trvalému pobytu na území ČR,
- nebo o hlášení k pobytu na území ČR po dobu nejméně 265 dnů podle zvláštního právního předpisu (zákon č. 326/1999 Sb., pobytu cizinců na území České republiky),
- zprávu o zdravotním stavu předloženou žadatelem,
- údaje o ekonomických a sociálních poměrech,
- písemné vyjádření žadatele, zda:

- souhlasí s tím, aby po uplynutí lhůty uvedené v § 23 odst. 3 byl zařazen také do evidence Úřadu pro zprostředkování osvojení dětí z ciziny,
- žádá výlučně o osvojení dítěte z ciziny,
- písemný souhlas s tím, že orgán sociálně-právní ochrany zprostředkující osvojení nebo pěstounskou péči je oprávněn:
 - zjišťovat další údaje potřebné pro zprostředkování, zejména o tom, zda způsobem života bude žadatel zajišťovat pro dítě vhodné výchovné prostředí,
 - kdykoliv zjistit, zda nedošlo ke změně rozhodných skutečností uvedených ve spisové dokumentaci,
- písemný souhlas s účastí na přípravě fyzických osob k přijetí dítěte do rodiny.

Úřad obce s rozšířenou působností k předložené dokumentaci žadatelem ještě dožádá:

- a) opis z evidence rejstříku trestů,
- b) stanovisko zřizovatele zařízení pro výkon pěstounské péče, podává-li žádost o zařazení do evidence žadatelů o zprostředkování pěstounské péče fyzická osoba, která vykonává pěstounskou péči v zařízení pro výkon pěstounské péče.

Žádost doplní sociálním šetřením a stanoviskem úřadu.

Na základě údajů v žádosti uvedených a připojených dokladů úřad obce s rozšířenou působností žádost posoudí a může zamítnout v případě, když nejsou splněny zákonné podmínky. Úřad může rovněž řízení ve věci zastavit v případě, když:

- žadatel vezme svou žádost zpět před postoupením krajskému úřadu,
- žadatel ani na výzvu obecního úřadu obce s rozšířenou působností nedělí údaje a nedoloží doklady potřebné pro vedení spisové dokumentace.

Žádost dále postupuje k dalšímu řízení příslušnému krajskému úřadu!

Krajský úřad rozhoduje o zařazení žadatele do evidence žadatelů neprodleně po odborném posouzení.

Odborné posuzování pro zprostředkování osvojení a pěstounské péče zahrnuje:

- a) posouzení dítěte a žadatele podle odst. 2 (viz níže),
- b) zhodnocení přípravy přijetí dítěte do rodiny včetně speciální přípravy k přijetí dítěte pěstounem na přechodnou dobu (§ 11 odst. 2),
- c) vyjádření dětí žadatele k přijetí osvojovaného dítěte nebo dítěte svěřovaného do pěstounské péče do rodiny, jsou-li takového vyjádření schopny s ohledem na svůj věk a rozumovou vyspělost,
- d) posouzení schopnosti dětí žijících v domácnosti žadatele přijmout další dítě do rodiny,
- e) zjištění bezúhonnosti žadatele, jeho manželky, druhá, dítěte a jiné osoby tvořící s žadatelem společnou domácnost, přičemž za bezúhonného se pro tyto účely považuje ten, kdo nebyl pravomocně odsouzen pro trestný čin, který směřoval proti životu, zdraví a lidské důstojnosti, mravnímu vývoji, nebo jmění dítěte, nebo pro jiný trestný čin, jehož spáchání může mít vliv na způsobilost žadatele k řádné výchově dítěte,
- f) u žadatelů o zařazení do evidence osob vhodných pro výkon pěstounské péče na přechodnou dobu posouzení schopnosti pečovat o děti vyžadující speciální péči a schopnost spolupráce s rodiči těchto dětí.

odst. 2)

Pro účely zprostředkování osvojení a pěstounské péče se:

- 1) u dětí
 - a) posuzuje úroveň tělesného a duševního vývoje dítěte, včetně jeho specifických potřeb,
 - b) posuzuje vhodnost náhradní rodinné péče a jejích forem.
- 2) u žadatelů se posuzuje charakteristika osobnosti, psychický stav, zdravotní stav, jenž zahrnuje posouzení, zda zdravotní stav žadatele z hlediska duševního, tělesného a smyslového nebrání dlouhodobé péči o dítě, předpoklad vychovávat dítě, motivace, která vedla k žádosti o osvojení, nebo k jeho svěřením do pěstounské péče, stabilita manželského vztahu a prostředí v rodině, popřípadě další skutečnosti rozhodné pro osvojení dítěte nebo jeho svěřením do pěstounské péče.

Přípravné kurzy pro budoucí osvojitele a žadatele (§ 11 odst. 2 zákona o sociálně-právní ochraně)

Krajský úřad zajišťuje přípravu fyzických osob vhodných stát se osvojiteli nebo pěstouny k přijetí dítěte do rodiny a poskytuje těmto osobám poradenskou pomoc související s osvojením dítěte nebo svěřením dítěte do pěstounské péče včetně speciální přípravy k přijetí dítěte pěstounem na dobu přechodnou.

(§11 odst. 3, zákona)

Krajský úřad může zajišťovat přípravu a poradenskou pomoc podle odst. 2) také v případech poručenství, jestliže poručník o dítě osobně pečuje, nebo v případech svěřením dítěte do výchovy podle § 45 zákona o rodině.

Posláním přípravných kursů je poskytnout budoucím osvojitelům nebo pěstounům potřebné vědomosti o specifických otázkách náhradní rodinné péče, zprostředkovat reálné informace o situaci a potřebách dětí žijících mimo vlastní rodinu a umožnit náhled na vlastní předpoklady pro přijetí dítěte. V rámci příprav mají žadatelé příležitost setkat se jednak s odborníky a hovořit s nimi o tom, co je zajímá, a také s pěstouny i osvojiteli, kteří jim mohou předat osobní zkušenosti s náhradní rodinnou péčí a zodpovědět jejich dotazy.

Kdy postupuje krajský úřad dokumentaci žadatelů Ministerstvu práce a sociálních věcí (dle § 22 odst. 8 písm. b) zákona)?

Jestliže **krajský úřad nezprostředkuje** osvojení nebo pěstounskou péči do tří let ode dne nabytí právní moci rozhodnutí o zařazení žadatele do evidence žadatelů.

Kdy postupuje Ministerstvo práce a sociálních věcí dokumentaci žadatelů Úřadu pro mezinárodněprávní ochranu dětí v Brně (dle § 23 odst. 3 b) zákona)?

Jestliže **ministerstvo nezprostředkuje** osvojení nebo pěstounskou péči do šesti kalendářních měsíců od zařazení žadatele do evidence žadatelů vedené ministerstvem, postoupí kopii údajů z těchto evidencí Úřadu pro zařazení do evidence pro zprostředkování osvojení ve vztahu k cizině. Údaje o žadateli zašle ministerstvo Úřadu, jen pokud žadatel vyjádřil souhlas podle § 21 odst. 5f) bodu 1.

Zprostředkování osvojení nebo pěstounské péče krajským úřadem nebo ministerstvem lze přerušit z důvodů uvedených v § 24 b) odst. 1.

Doba přerušení zprostředkování osvojení nebo pěstounské péče se nezapočítává do lhůt uvedených v § 22 odst. 8 a § 23 odst. 3.

Pokud žádá o přerušení zprostředkování žadatel, je povinen v žádosti uvést důvod, pro který žádá přerušení zprostředkování.

Párování dětí a rodičů

Zprostředkování náhradní rodinné péče se řídí základním pravidlem: vždy je dítěti vybírána vhodná rodina (z řad žadatelů zařazených do evidence žadatelů o osvojení a pěstounskou péči).

Vhodnou rodinou pro dítě je taková rodina, která je připravena přijmout dítě takové, jaké je, tzn. se všemi jeho radostmi a starostmi, se všemi jeho přednostmi, ale také riziky ve vývoji, ať již zdravotními, nebo psychickými, s jeho minulostí, s jeho osobní i rodinnou anamnézou, s důsledky jeho pobytu v ústavním zařízení nebo nefungující rodině, v případě pěstounské péče i s případnou účastí biologické rodiny na jeho další výchově.

Rozhodnout pro přijetí dítěte do náhradní rodinné péče je jedna věc, ale jaké by dítě, které chceme přijmout, mělo být, aby všem bylo spolu dobře, je věc druhá. Právě při psychologickém vyšetření a na přípravných kursech pro budoucí rodiče mají samotní žadatelé dostatek prostoru a možností odhalit, na co mají a na co nemají.

Výběr rodiny pro konkrétní dítě tedy nezávisí ani tak na nějakém časovém pořadí, ale především na míře tolerance a dobrém nachystání žadatelů a vhodném výběru rodiny pro konkrétní dítě.

Vzhledem k tomu, že jde o velice citlivé rozhodování, zřizují hejtmanové na krajských úřadech (v Praze primátor na Magistrátu hl.m. Prahy) dle zákona o sociálně-právní ochraně §38 a odst. 1 pro tento účel poradní sbory jako zvláštní orgán obce.

Poradní sbor tvoří odborníci působící v oblasti sociálně-právní ochrany. Zejména jde o odborníky z oborů pediatrie, psychologie, pedagogiky, zástupce školských, zdravotnických a sociálních zařízení pro výkon ústavní výchovy zaměstnance krajského úřadu a obecního úřadu obcí s rozšířenou působností pracující na úseku sociálně-právní ochrany. Dle § 38 a) odst. 4 zákona o SPOD se poradní sbor schází neprodleně poté, když krajský úřad zjistí vhodného žadatele pro určité dítě. Dle §24 odst. 1 krajský úřad při zprostředkování osvojení nebo pěstounské péče přihlíží k doporučení poradního sboru.

Po projednání na poradním sboru o vhodnosti rodiny ke konkrétnímu dítěti je rodina vyzvána krajským úřadem k seznámení se s dokumentací dítěte. Budou jí sděleny všechny známé informace týkající se dosavadního života dítěte a jeho rodiny, informace o zdravotním a psychickém stavu dítěte, o právní situaci dítěte a vytipovaná rodina má dostatek prostoru otevřeně vyjádřit své názory a pocity a dobře si promyslet, zda chce s tímto dítětem navázat kontakt.

Základní principy sociálně-právní ochrany dětí v ČR

Zvláštní ochraně dětí je v ČR věnována velká pozornost. Je zakotvena v řadě právních předpisů, které ji upravují obecně, ale i konkrétně s ohledem na zvláštní situace. Také rodičovství a rodina jsou pod ochranou zákona.

Ústava ČR v čl. 4 zaručuje ochranu základních práv a svobod soudní mocí. Tato práva jsou deklarována v **Listině základních práv a svobod** (dále jen „Listina“), na které se usneslo předsednictvo ČNR dne 16.12.1992. Článek 30 této Listiny je celý věnovaný rodině a dětem a zdůrazňuje právo dětí na rodičovskou výchovu a péči.

Dalším z významných dokumentů je **Úmluva o právech dítěte** (dále jen „Úmluva“) Organizace spojených národů, kterou je Česká republika vázána od 1. ledna 1993 a která je uveřejněna ve Sbírce zákonů pod č. 104/1991. Státy, které jsou smluvní stranou Úmluvy mají respektovat rodinu jako základní jednotku společnosti a vytvářet přirozené prostředí pro růst a blaho všech svých členů a zejména dětí, rodina také musí mít nárok na potřebnou ochranu a takovou pomoc, aby mohla beze zbytku plnit svou úlohu ve společnosti.

Dítě musí vyrůstat v rodinném prostředí v atmosféře štěstí, lásky a porozumění; a pro svou tělesnou a duševní nezralost potřebuje zvláštní záruky, péči a odpovídající právní ochranu před narozením a po něm.

Předním hlediskem všech činností a opatření uskutečňovaných veřejnými nebo soukromými zařízeními sociální péče, soudy, správními a zákonodárnymi orgány je zájem dítěte.

Úmluva vyjadřuje práva dětí:

- na život a přežití (právo na přiměřenou životní úroveň, včetně bydlení a zajištění základních potřeb, potravy, zdravotní péče...),

- právo na osobní rozvoj (vzdělání, svobodu myšlení, náboženství, přístup k informacím, hru, zábavu, odpočinek...),
- právo na ochranu (proti všem druhům násilí, krutosti, vykořisťování, oddělení od rodiny...),
- právo na participaci (svobodně vyjadřovat své názory, mít slovo v záležitostech týkajících se jeho osoby...).

Z jednotlivých článků Úmluvy je zde třeba zmínit ty, které se týkají rodiny a řešení situace dítěte mimo rodinu:

- Dítě má právo žít s oběma rodiči a udržovat s nimi styk, není-li to v rozporu s jeho zájmy!
- Oddělení dítěte od rodičů proti jejich vůli je možné jen v případě, že je to v zájmu dítěte a může se uskutečnit jen soudním rozhodnutím!
- Dítě, které je dočasně nebo trvale zbavené svého rodinného prostředí, nebo dítě, které ve vlastním zájmu nemůže být ponecháno v rodinném prostředí, má právo na pomoc a ochranu poskytovanou státem.
- Takovému dítěti se v souladu s vnitrostátním zákonodárstvím zabezpečí náhradní péče, přičemž je třeba brát zřetel na jeho etnický, náboženský, kulturní a jazykový původ.
- Pokud je dítě svěřeno příslušnými orgány do péče, ochrany nebo léčení tělesného, nebo duševního zdraví náhradnímu zařízení, má právo na pravidelné hodnocení zacházení s dítětem a všech dalších okolností spjatých s jeho umístěním.

Hlavními principy, na kterých je sociálně-právní ochrana dětí v naší republice postavena, je nejlepší zájem, prospěch a blaho dítěte.

Sociálně-právní ochrana je poskytována všem dětem, mladším osmnácti let bezplatně a bez rozdílu a jakékoliv diskriminace podle rasy, barvy pleti, pohlaví, jazyka, náboženství, politického a jiného národnostního, etnického nebo sociálního původu.

Úmluva zřizuje **Výbor pro lidská práva dítěte**, kterému se smluvní státy zavazují předkládat zprávy o opatřeních přijatých k naplňování práv vyplývajících z Úmluvy.

Pro lepší orientaci uvádíme „Doporučení Výboru z roku 2003“, které se týkalo také oblasti náhradní rodinné péče, kdy Výbor mimo jiné doporučuje České republice:

- *ustanovit či posílit na místní úrovni mechanismy náhradní péče v rámci systému sociálního zabezpečení a přijmout opatření k usnadnění, zvýšení a posílení pěstounské péče, dětských domovů rodinného typu a jiné náhradní péče rodinného typu, náležitě omezit ústavní výchovu jako formu náhradní péče;*
- *přijmout účinná opatření k posílení preventivní činnosti zaměřené na snížení počtu dětí odloučených od rodiny v důsledku sociálních problémů nebo jiných krizových situací a zajistit, aby pobyt v ústavu byl co nejkratší a aby umístění podléhalo pravidelnému přezkoumávání v souladu s článkem 25;*
- *zajistit, aby soudy používaly předběžné opatření jako opatření dočasné povahy a aby přednostním hlediskem byl nejlepší zájem dítěte.*

Koordinace implementačních aktivit, které by měly směřovat k naplňování práv vyplývajících z Úmluvy a Doporučení Výboru, spadá od roku 2005 do kompetence Ministerstva práce a sociálních věcí ČR.

V duchu zmíněných dokumentů, kterými vedle mezinárodních úmluv, směrnic EU a rezoluce a doporučení Rady Evropy je náš stát vázán, jsou vypracovány další vnitrostátní právní předpisy, které se problematikou rodiny, dětí, jejich vztahy, ochranou a zabezpečením zabývají.

PRÁVA A POVINNOSTI ORGÁNŮ SPOD PŘI ZPROSTŘEDKOVÁNÍ NRP:

Obecní úřad obce s rozšířenou působností:

§ 16 a odst. 2

poskytuje osobě, které bylo dítě předáno do péče, pomoc při řešení problémů spojených s péčí o dítě, při podávání návrhů příslušným orgánům na úpravu právního vztahu této osoby k dítěti a při uplatňování nároků, zejména v sociální oblasti.

Obecní úřad

§ 10 odst. 1 f)

je povinen poskytnout nebo zprostředkovat rodičům na jejich žádost poradenství při uplatňování nároků dítěte podle zvláštních právních předpisů:

(dle zákona č. 117/1995Sb., o státní sociální podpoře, ve znění předpisů pozdějších, zákona č. 111/2006 Sb., o hmotné nouzi, zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění předpisů pozdějších, zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění předpisů pozdějších).

Obecní úřad obce s rozšířenou působností

§ 11 odst. 1

- a) pomáhá rodičům při řešení výchovných nebo jiných problémů souvisejících s péčí o dítě,
- b) poskytuje nebo zprostředkovává rodičům poradenství při výchově a vzdělávání dítěte a při péči o dítě zdravotně postižené,
- c) pořádá v rámci poradenské činnosti přednášky a kurzy zaměřené na řešení výchovných, sociálních a jiných problémů souvisejících s péčí o dítě a jeho výchovou,
- d) poskytuje osobám vhodným stát se osvojiteli nebo pěstouny poradenskou pomoc související s osvojením dítěte nebo svěřením dítěte do pěstounské péče, zejména v otázkách výchovy dítěte.

Krajský úřad zajišťuje dle odst. 2:

- a) přípravu fyzických osob, vhodných stát se osvojiteli nebo pěstouny, k přijetí dítěte do rodiny a poskytuje těmto osobám poradenskou pomoc související s osvojením dítěte nebo svěřením dítěte do pěstounské péče, včetně speciální přípravy k přijetí dítěte pěstounem na přechodnou dobu,
- b) osvojitelům nebo pěstounům poradenskou pomoc související s osvojením dítěte nebo svěřením dítěte do pěstounské péče, zejména v otázkách výchovy,

Odst. 3:

Krajský úřad může zajišťovat přípravu a poradenskou pomoc podle odstavce 2 také v případech poručenství, jestliže poručník o dítě osobně pečuje, nebo v případech svěřeni dítěte do výchovy podle § 45 zákona o rodině.

Odst. 4:

Krajský úřad je povinen alespoň jednou v roce zabezpečit konzultace o výkonu pěstounské péče. Konzultací se kromě odborníků na řešení výchovných a sociálních problémů zúčastňují také pěstouni, kteří mají trvalý pobyt na území kraje. Konzultací se mohou zúčastnit též děti svěřené těmto pěstounům do pěstounské péče a další fyzické osoby, které tvoří s pěstounem domácnost.

Stejně tak je důležité vědět, že i dítě má právo požádat (dle § 8 zákona o SPO) orgány sociálně-právní ochrany a zařízení sociálně-právní ochrany, státní orgány, kterým podle zvláštních právních předpisů přísluší též ochrana práva a oprávněných zájmů dítěte, pověřené osoby, školy, školská zařízení a zdravotnická zařízení o pomoc při ochraně svého života a dalších svých práv. Tyto orgány jsou povinny poskytnout dítěti odpovídající pomoc.

Dítě má právo žádat o pomoc i bez vědomí rodičů nebo jiných osob odpovědných za výchovu dítěte.

Seznam použitých zkratek

Zkratka	Význam
CAN	Child Abuse and Neglect (Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte)
CNS	Centrální nervový systém
DKC	Dětské krizové centrum, o.s.
LD	Linka důvěry
LMD	Lehká mozková dysfunkce
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy
MV	Ministerstvo vnitra
NRP	Náhradní rodinná péče
OPD	Oddělení péče o dítě
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
PČR	Policie ČR
PPP	Pedagogicko-psychologická poradna
PTSD	Posttraumatic stress disorder (Posttraumatická stresová porucha)
SPOD	Sociálně-právní ochrana dětí

POZNÁMKY

POZNÁMKY

POZNÁMKY

POZNÁMKY