

Univerzita Karlova
Filozofická fakulta
Katedra sociální práce

Bakalářská práce

Patrik Račko, DiS.

**Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte,
vliv na jedince a společnost**

Child Abuse and Neglect, influence on individual and society

Praha 2015

Vedoucí práce: PhDr. Pavla Kodymová, PhD.

Poděkování

Na tomto místě bych velmi rád poděkoval paní PhDr. Pavle Kodymové, PhD., za její odborné a velmi vstřícné vedení, užitečné rady a věcné poznámky k bakalářské práci. Velmi rád bych poděkoval za vstřícnost všech, kteří se podíleli na výzkumném šetření a v neposlední řadě své rodině za podporu.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci zpracoval samostatně a s pomocí pouze uvedených pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v depozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze, dne 10. 8. 2015

.....

Patrik Račko, DiS.

Anotace

Tématem této bakalářské práce je **Syndrom CAN**, neboli syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. V teoretické části se zaměřuji na vymezení daného pojmu syndromu CAN, dále se zaměřuji na vývoj tohoto pojmu, možné formy, prevenci a diagnostiku. Také se zaměřím na Syndrom CSA - Child Sexual Abuse - Sexuální zneužití dítěte a Syndrom CSEC - Commercial Sexual Exploitation of Children - Komerční sexuální zneužívání dětí (prostituce, pornografie, aj.).

Cílem teoretické části, je přiblížit čtenáři danou problematiku, která je nedílnou součástí dnešní vyspělé společnosti, a proto jsem se rozhodl sepsáním této práce věnovat danému tématu náležitou pozornost.

Praktická část bude obsahovat výzkum informovanosti respondentů.

Klíčová slova

Dítě – syndrom CAN – tělesné týrání – psychické týrání – sexuální zneužívání – zanedbávání – prevence syndromu CAN – diagnostika syndromu CAN – týrání – sexuální zneužívání – psychická deprivace – posttraumatická stresová porucha – transgenerační syndrom.

Annotation

This bachelor thesis is concerned with the CAN (Child Abuse and Neglect) syndrome, i.e. the syndrome of a tortured, abused and neglected child. Its theoretical part focuses on the definition of the term "CAN syndrome", its development, possible forms of CAN, prevention and diagnostics. The syndromes CSA (Child Sexual Abuse) and CSEC (Commercial Sexual Exploitation of Children) (prostitution, pornography, etc.) are also covered in detail. The theoretical part is aimed to help raise the reader awareness of this issue, which is an integral part of the today's advanced society. As a result, I decided to draw-up this thesis to pay adequate attention to this issue. The practical part will contain the research of the respondent awareness.

Keywords

Child – CAN syndrome – physical abuse – emotional abuse – sexual abuse – neglect – CAN syndrome prevention – CAN syndrome diagnosis - harassment - sex abuse - mental deprivation - posttraumatic stress malfunction - transgenerational syndrome

OBSAH

Úvod	8
1 Syndrom CAN – Child Abuse and Neglect	10
2 Historický pohled	11
2.1 Kategorie výše násilí na dětech	12
3 Vývoj a obsah syndromu CAN	16
4 Příčiny a následky syndromu CAN	20
4.1 Příčiny.....	20
4.1.1 Rizikové faktory vzniku fyzického týrání	21
4.1.2 Rizikové faktory vzniku pohlavního zneužití.....	22
4.1.3. Rizikové faktory vzniku zanedbávání.....	23
4.2 Následky	24
5 Formy a projevy syndromu CAN	26
5.1 Tělesné (fyzické) týrání.....	28
5.1.1 Tělesné týrání aktivní povahy	29
5.1.2 Tělesné týrání pasivní povahy.....	33
5.2 Psychické týrání	35
5.2.1 Psychická deprivace	37
5.2.2 Následky psychického týrání.....	38
5.3 Šikana.....	39
5.3.1 Vývoj šikany.....	39
5.3.2 Diagnostika šikany.....	41
5.4 Zanedbávání	42
5.4.1 Zanedbávání péče	43
5.4.2 Krajní případy zanedbanosti	43
5.5 Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy).....	44
5.6 Sexuální zneužívání	46
5.6.1 Syndrom sexuálně zneužívaného dítěte (CSA – Child sexual abuse)	47
5.6.2 Incest.....	48
5.6.2.1 Incest – projev psychopatologie a sociální patologie	49
5.6.2.2 Následky incestních zkušeností	49
5.6.2.3 Prevence	50
5.6.3 Specifické a nespecifické příznaky oběti sexuálního zneužití	50
5.6.4 Syndrom přizpůsobení oběti	54
5.6.5 Komerční sexuální zneužívání dětí (CSEC).....	56
5.6.5.1 Dětská pornografie	56
5.6.6 Následky syndromu sexuálně zneužívaného dítěte	58
5.7 Zvláštní formy syndromu CAN	59

6	<i>Diagnostika</i>	61
6.1	Vymezení pojmu diagnostika.....	61
6.2	Diagnostika tělesného týraní.....	61
6.3	Diagnostika psychického týraní.....	62
6.4	Diagnostika sexuálního zneužívání.....	62
7	<i>Péče o dítě – syndrom CAN</i>	63
8	<i>Prevence</i>	65
8.1	Primární prevence.....	65
8.2	Sekundární prevence.....	66
8.3	Terciární prevence.....	66
9	<i>Praktická část</i>	67
9.1	Cíl výzkumného šetření.....	67
9.2	Hypotéza a očekávání od výzkumného šetření.....	67
9.3	Technika sběru dat.....	68
9.4	Nástroj sběru dat, výběr okruhu respondentů.....	68
9.5	Výsledky výzkumného šetření.....	69
	<i>Závěr</i>	79
	<i>Seznam použité literatury</i>	81
	<i>Seznam příloh</i>	84
	<i>Seznam grafů</i>	85
	<i>Seznam tabulek</i>	86

ÚVOD

Stanovená pravidla a normy jednotlivých společností se mohou zásadně lišit. To co je pro jednu společnost chápáno jako běžná součást života, to může být pro druhou společnost nepřijatelné. V oblasti týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, hraje významnou roli vývoj společenských norem z hlediska času. Ve společnosti je také očekávané určité rodičovské chování, které do jisté míry zahrnuje akceptovatelné tělesné trestání dětí v určité míře.

Syndrom CAN je celospolečenský problém. Pokud se tento problém vyskytl dříve, tak se většinou nechal „uzrát“ uvnitř rodiny, kde se nějakým způsobem zpracoval. Dlouhou dobu byl tento syndrom velice opomíjený, téměř „tabu“.

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte je v anglosaské literatuře označován jako **Child Abuse and Neglect** zkr. (**CAN**). Syndrom CAN je soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje dítěte a jeho postavení ve společnosti, především v rodině. Jedná se převážně o úmyslné ubližování dítěti, které je způsobené nejčastěji jeho nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči. (Dunovský a kol., 1995)

Tato bakalářská práce je rozdělena do dvou hlavních částí, a to části **teoretické** a **praktické**. První část je zpracována s použitím příslušných odborných dokumentů. Do tohoto studia lze zařadit studium písemností a zákonů, studium odborné literatury a dalších pramenů popisujících danou problematiku.

Teoretický základ je rozdělen do osmi kapitol. Kapitola první se zabývá definicí syndromu a přiblížením tohoto pojmu čtenáři. V následné druhé kapitole se zaměřuji na historický vývoj, v souvislosti se syndromem CAN. Další kapitoly se zaměřuji na vývoj a obsah samotného pojmu, následků, projevů a ostatních termínů.

Praktická část této práce obsahuje výzkum míry informovanosti respondentů ohledně syndromu CAN.

CÍL

Cílem bakalářské práce je na základě studia odborné literatury, získaných materiálů, vytvořit obecný přehled o problematice sociálně patologického jevu, kterým je týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte neboli syndrom CAN. Mým cílem je tedy čtenáři přiblížit danou problematiku, jak z hlediska definice pojmu, tak z hlediska informovanosti veřejnosti o této problematice.

1 SYNDROM CAN – CHILD ABUSE AND NEGLECT

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte v anglosaské literatuře označován zkratkou **CAN** (*Child Abuse and Neglect*) je soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech vývoje a stavu dítěte, jeho postavení ve společnosti, především pak v rodině. (Bechyňová, 2007, str. 9)

Lze také definovat 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. (Dunovský a spol., 1995, str. 15)

Příznaky tohoto syndromu vznikají následkem aktivního ubližování nebo nedostatečné péče. Pojem **CAN** se vztahuje na všechny základní formy ohrožení dítěte prostředím (tělesné i psychické týrání, 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. Nelze je tedy přesně definovat, tudíž ani popsat žádný ucelený soubor příznaků typických pro takto postižené děti. Jak je to jinak obvyklé při popisu různých lékařských syndromů. (Bechyňová 2007, str. 9)

Jiná definice popisuje syndrom CAN jako: jakékoliv vědomé (nevědomé), nenáhodné jednání rodiče, vychovatele či jiné osoby vůči dítěti, jež je v dané společnosti nepřijatelné, odmítané a poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte v nejkrajnějších případech končí smrtí. [SOS Dětské vesničky, pěstounská péče, 2015]

S touto definicí se ztotožňuji, dle mého názoru je stručná a výstižná pro daný jev.

2 HISTORICKÝ POHLED

Již v dávné minulosti se vyskytoval jev, kdy život dospělého člověka byl upřednostňován před životem dítěte. Nebylo výjimkou, že naši dávní předkové zabíjeli své děti a to z různých důvodů. Například se děti obětovaly při různých rituálech, kde představovaly určitý druh oběti pro bohy. (Mašát, 1995)

Děti se také stávaly oběťmi pomsty, byly objekty chladnokrevného vybití z mocenských důvodů převážně v zájmu vyhlazení nepohodlného rodu. V případě, že se v období středověku narodila dvojčata, docházelo často k případům, že jedno z nich bylo usmrceno, zejména pak pokud bylo ženského pohlaví. (Matějček a kol., 1995, str. 26)

Pro zajímavost Matějček a kol. uvádí, že: „ V roce 1994 L.De Mouse shromáždil doklady a zjistil, že poměr chlapců k děvčatům, pokud se jedná o dosažení dospělosti, byl v období antiky 400:100, ve středověku 140:100, až teprve v 17.století se pohlaví vyrovnalo“. (Matějček a kol., 1995 str. 27.)

Jak také uvádí Dunovský a kol.: „Existuje zápis z řeckého Milétu z doby 200 let př. Kristem, že v 79 rodinách, které tam v jednom roce získaly občanství, bylo ze 146 dětí 118 synů a 28 dcer. Dva synové byli v řeckých rodinách pravidlem, tři občas, ale více než jedna dívka byla vzácnost. I bohatí lidé se dívek bez větších rozpaků zbavovali“.

Již tento výrok dokazuje, že ve středověku a to i ve vyspělých a ekonomicky zajištěných společnostech, se rodiny spíše zbavovali novorozených dívek než chlapců.

2.1 Kategorie výše násilí na dětech

Jak již jsem zmínil, výši násilí na dětech vč. krajního tzv. zahubení dítěte můžeme rozdělit do několika kategorií.

- **Ohrožení rodičů a rodiny** – zahubení dítěte při ohrožení samotné existence rodičů, starších dětí či vůbec širšího rodinného společenství. Do konfliktu se tak dostává pud člověka zaměřený na zachovu rodu s instinktivním pudem k zachově vlastního života. Zde se promítá pravidlo (samozřejmě ne bez výjimky), že má život dospělého člověka přednost před životem dítěte a život staršího dítěte před životem mladšího. Je zde brán zřetel na fakt, že starší dítě má větší předpoklady, že samo přežije a dosáhne-li určitého věku je s ním méně práce a starostí. A tudíž se mohou dospělí věnovat shánění potravy a dítě samo může přispět k obecnému blahu rodiny.
- **Výběr pohlaví** – tato kategorie je blízká té první. Je však „výběrová“. Jestliže z nouze a existenčního ohrožení rodiny je usmrceno dítě, v tomto případě se tato regulace týká jen dětí jednoho pohlaví a to dívek. Dívky jsou brány společností jako slabý článek, který nezastane tak kvalitní práci jako chlapci.
- **Pomsta** – Další formou fyzické „likvidace“ dětí je „pomsta nepříteli“. Hlavním záměrem je, usmrtit děti, aby rod neměl potomstvo a tím se odstranil jednou provždy. Svědectví o takovémto počínání můžeme nalézt ve Starém zákoně či v bájích a pověstech různých národů. Například dobytí města nezřídka končilo usmrcením všech dětí, aby se zamezilo, možnosti pomsty, až by jednou děti dorostly.
- **Obětované děti** – Za čtvrté musíme vzít v úvahu pojetí dítěte jako „oběti“. Toto pojetí předpokládá vyšší hodnotu lidského potomstva, které jakožto cenný předmět obětujeme rozhněvanému božstvu na usmíření, získání jeho přízně a ochrany, apod. Děti se obětovaly před

započetím války či jiných aktivit. Obětování dítěte božstvu mělo zajistit, že ona aktivita bude úspěšná. Mohlo se jednat např.: o věci celospolečenského významu (válka), ale také o záležitosti rodinné a obchodní.

- **Hanba a společenské odsouzení** – Na dalším místě můžeme uvést zahubení dítěte z důvodu hanby, studu a strachu před společenským zavržením. Takového činu se nejčastěji dopouštěla vlastní matka, zpravidla neprovdaná či nacházející se v sociální tísní a to většinou bezprostředně po porodu.
- **Znetvoření** – bývají společenské praktiky zpravidla rituální, jež sice nevedou k smrti dítěte, ale toto fyzicky poškozují. Jedná se zde o různá znetvoření. Velmi často vnějšího genitálu (pohlaví), dále i obličej, rukou apod. Jsou zpravidla rituálním obřadem, který mladistvé uvádějí do společnosti dospělých. (Dunovský a kol., 1995 str. 26-32)

„Obrat v životě antické společnosti přišel až ve **4. století** po Kristu, kdy římský zákon z roku **374** pokládal zabití dítěte za vraždu. S křesťanstvím, které se v Římě stalo státním náboženstvím, vstoupilo do právního kodexu pojetí dítěte jako samostatné lidské bytosti, s lidskou duší, na níž se vztahuje jedno z desatero přikázání „**nezabiješ**“.

Kulturní historikové však poukazují, že od **středověku** až do **16. Století** dítě trávalo několik prvních let v těsném kontaktu s matkou, kdy na tomto kontaktu bylo závislé jeho přežití. Jakmile však dovršilo 6 - 7 roku, stávalo se mladým dospělým, který pomáhá dospělým a pracuje s nimi. Rodina tedy pro ně nebyla místem citových vztahů ani soustavného vzdělávání.

Od **16. století** docházelo k postupné přeměně rodiny. Přibýlo obyvatelstva, zlepšilo se hmotné zajištění a rodiče měli více času se dětmi zabývat. S dětmi si začali více hrát, utěšovat jejich bolesti apod. V tomto století přichází představa, že děti potřebují určitou disciplínu, prostředkem

k tomuto se stává **Jan Amos Komenský**. V **17. století** propaguje požadavky výchovy pro všechny chlapce i dívky, bohaté i chudé a vytváří systém výchovy a vzdělání od kolébky po univerzitu. Povinnou školní docházku mají děti u nás však až od dob Marie Terezie v polovině **18. století**.“

„Druhá **polovina 18. století** přinesla řadu dalších pokrokových myšlenek. **Jean Jacques Rousseau** a osvícenci formulovali postavení dítěte ve společnosti. Francouzský revoluční Konvent prohlašuje všechny opuštěné děti za tzv. „děti vlasti“. Toto pojetí pak přebírá i Napoleonův civilní zákoník z roku 1805. V té době bylo ve Francii velké množství opuštěných a nemanželských dětí a proto se zřizují dětská útulky, které byly opatřeny tzv. „otáčedlem“, které sloužilo k anonymnímu odložení dětí.“

„V **19. století** nastávalo v mnoha zemích tažení proti dětské práci. Postupně se vydávají zákony omezující dětskou práci v rámci časových limitů, pak práci do určitého věku a koncem století byl vydán zákaz výdělečné práce dětí do 15 - ti let.“

Od **počátků našeho století** pak dochází k oslabení důrazu na poslušnost a klade se důraz na „rozumnost“ výchovy a vytváření správných návyků dítěte.

Dosavadním vrcholem celého vývoje dětství je **Úmluva o právech dítěte**, jež je výzvou celosvětové společnosti k dalšímu zamyšlení a zabezpečování potřeb nových lidských generací.

„Dnešní společnost vyrůstající z tzv. západní civilizace je **pedocentrická**, to znamená, že je zaměřená na děti. Děti chrání a vysoce hodnotí. **Miss Florence Kelley** (1859 – 1932), americká sociální reformátorka a bojovnice proti práci dětí přišla s nadějí, že bude „stoletím dítěte“, které skončilo mezinárodní **Úmluvou o právech dítěte** přijatou OSN v New Yorku 20. 11. 1989. Tuto Úmluvu je možno pokládat za jeden z nejvýznamnějších historických dokumentů o kulturní úrovni lidstva.

Dětství má dnes hodnotu jakou nemělo nikdy dříve. Nedovedeme si představit svět bez typických „dětských“ institucí, jako například školy, bez vědních oborů jako je pedagogika či bez oblastí společenské praxe, jako je dětské lékařství. „Blaho“ dítěte je společenským argumentem na úrovni osobní a rodinné i na úrovni mezinárodní a celosvětové.

Cesta k dnešnímu postoji společnosti k dítěti však byla dlouhá a ne zdaleka ne přímá. Při pohledu zpět si můžeme uvědomit, jak dalece jsme pokročili a kde se ve svém kulturním vývoji nacházíme.“ (Dunovský a kol., 1995, str. 25)

3 VÝVOJ A OBSAH SYNDROMU CAN

Složitost a různorodost **syndromu CAN** lze slevovat především v jeho vývoji. V této souvislosti je potřeba vzít v úvahu, že byla popřena dřívější obecná představa, že s dítětem je možno zacházet podle vůle až svévole dospělých a že každý rodič své dítě miluje a náležitě se o něj stará. Tato úvaha byla hlavně popřena z hlediska zvyšujícího se chápání dětství jako specifického vývojového období člověka. Každé nedostatečné uspokojení potřeb dětí sebou přináší závažná ohrožení jejich zdraví a dobrého rozvoje. (Dunovský a kol., 1995, str. 15-16)

Nejobávanějším následkem je však možnost zabití dítěte. Zde považují válečný konflikt za vůbec nejnebezpečnější. Toto se již v minulém století promítalo do snah společnosti, státu, samosprávy a rovněž dobrovolných organizací. Jejich hlavním cílem bylo uplatňovat způsoby a formy péče o děti a jejich ochrany před takovýmto zacházením.

Jednou z prvních takovýchto organizací byla **Národní společnost prevence proti krutostem na dětech**, která vznikla v roce **1883** v Liverpoolu a v roce **1884** v Londýně. Tato dnes významná instituce je modelem pro řadu dalších dobrovolných organizací zabývajících se touto oblastí.

Hlavní pozornost byla z počátku věnována především fyzickému násilí a jeho důsledkům, poté také nedostatečnou péčí a výživou dítěte.

Takto se začala formovat hlavní obsahová náplň syndromu CAN - fyzické týrání. Tato obsahová náplň byla v zahraniční literatuře označována jako špatné zacházení či nepečování o dítě (mistreatment, maltreatment). V roce **1962** pojmenoval **Kempe z USA** toto jednání jako **syndrom bitého dítěte (Battered Child Syndrome)**. (Dunovský a kol., 1995, str. 16)

V polovině **dvacátého století** si začali lékaři odborníci všimnout závažných somatických poškození dětí, které byly způsobené jinak než nahodilým způsobem – **tedy záměrně**. Tato poškození (zlomeniny, popáleniny, různé rány, aj.) nazvali „**neúrazovými zraněními**“. Šetření pak nejčastěji odhalila původce tohoto úmyslného ubližování dítěti a to na tehdejší dobu překvapivě – někoho z členů rodiny.

Američan Dr. Kempe v roce **1962** na základě výzkumu dětí, zasažených takovými zraněními, nazval tento jev „**syndromem bitého či týraného dítěte**“. Současně se na tomto základě rozvinul převratný přístup k chápání tohoto jevu v nejširší veřejnosti a prosadilo se postupné přijímání zákonů o povinném hlášení týrání dítěte v jednotlivých státech v USA. Současně napomohl k hlubšímu a širšímu vnímání násilí na dětech i v dalších oblastech života dítěte a společnosti. To vyústilo v nový, širší pojem syndromu, **Child abuse** či - li zneužití dítěte. Už na samém počátku se rozlišilo fyzické ubližování dítěti na aktivní formu. Poznání pasivního psychického a emocionálního týrání pak významně přispělo k formulaci druhé části syndromu CAN – tj. **Child Neglect** (zanedbávání dítěte) v bezprostřední návaznosti na pasivní formy tělesného týrání. V České republice se problematikou týrání dítěte od počátku 70 let zabýval Prof. Dunovský. (Hanušová, 2006, str. 6)

Jako základní příčinný mechanismus tohoto jevu byla po dlouhých rozpacích potvrzena nezvládnutá agrese proti dítěti, vydanému často na milost i nemilost „svému“ agresivnímu dospělému pečovateli. Tuto agresi mu umožňovala jeho nadřazenost nad dítětem, stvrzována obecným míněním i do jisté míry zákonnou normou (otcovská moc), na straně jedné a zvýšená zranitelnost a bezmocnost dítěte na straně druhé. Agresivita pečovatele, ale také závažné socio - ekonomické faktory v prostředí dítěte, zde hrají významnou roli. Jedná se především o nezaměstnanost, chudobu, devastaci životního prostředí, špatné nebo žádné bydlení, nedostatek zdravotní péče, výchovy a vzdělání.

Už na samém počátku se rozlišilo fyzické ubližování dítěti na **aktivní formu**, kde je dítě ohrožováno nebo poškozováno násilím v jeho nejrůznější podobě a dosahu, a na **pasivní formu**, při níž je dítě poškozováno hlavně v tělesné oblasti při nedostatečném uspokojování jeho životních potřeb.

Uprostřed těchto dvou hlavních forem tělesného zneužití stojí vykořisťování námezdní prací, běžně ještě v minulém století, ale objevující se porůznu doposud. (Dunovský a kol., 1995, str. 16)

S poznáváním tělesného týrání se záhy ukázalo, že všechny tyto děti trpí také **psychicky** a **emocionálně**. Tímto bylo dokázáno, že tělesné týrání je úzce spjato s duševním a citovým týráním, a to ve formě **aktivní i pasivní**.

V **aktivní** podobě se jedná především o nadávání, ponižování, zesměšňování dítěte. Také sem můžeme zařadit nadměrné psychické tresty, šikanu, nahánění strachu až panické hrůzy dítěti, vedoucí k těžkým duševním poruchám nebo až k sebevraždě.

V **pasivní** podobě pak jde o psychickou deprivaci neboli nedostatečnou stimulaci, zanedbávání základních duševních potřeb a potřeb citových jako např. nedostatek porozumění, absence lásky, apod.

Syndrom CAN vede svým způsobem i k poznatkům o tzv. **sekundární viktimizaci**, což znamená druhotné poškozování dítěte následným nadbytečným či vynuceným vyšetřováním. K viktimizaci může přispívat i nevhodné terapeutické či rehabilitační opatření jako např. umístění v dětských domovech a dlouhodobý pobyt v nich. Jde tak v podstatě o nerespektování základních potřeb dítěte. (Dunovský a kol., str. 17)

Tímto se pak dostáváme k dalšímu typu CAN a tím je **systémové týrání** dětí. Jedná se o nepatřičné zásahy v řešení CAN, prováděný orgány, institucemi i jednotlivými odborníky vytvářejícími systém péče o dítě.

Od konce 60. let a začátkem 70. let můžeme do syndromu CAN zahrnout **sexuální zneužívání**.

Ještě ve středověku bylo dítě často chápáno jako normální objekt sexuálních aktivit dospělých (např. rytířští panoši). Rovněž incestuální sňatky i nejbližších příbuzných byly jediným způsobem jak si udržet příslušnost k některým panovnickým rodům. (Yates, 1978)

4 PŘÍČINY A NÁSLEDKY SYNDROMU CAN

Proč lidé, nejčastěji rodiče ubližují či jinak škodí vlastním dětem? Kde se bere v člověku taková zlost? Jedná se o psychickou nemoc či nenávist z vlastního prožitého dětství? Toto byly zásadní otázky, které mi přišly na mysl, při psaní této kapitoly. Proto považuji za důležité v této kapitole čtenáři přiblížit možné příčiny vzniku syndromu CAN.

4.1 Příčiny

Je velice obtížné jednoznačně určit přesné příčiny vzniku syndromu CAN. Tato problematika, jak již bylo uvedeno v předchozích kapitolách, sahá hluboko do historie. Důvodů, proč rodiče ubližují svým dětem je mnoho. Proč se děti chovají násilně vůči sobě? Důvody mohou být různé, může se jednat o potřeby či nutkání, naučené chování nebo také psychopatické sklony.

Některé typy dětí jsou obětmi násilí častěji než ostatní, podobně je tomu tak i u dospělých, kdy se můžeme setkat s jedinci, kteří mají větší sklony se stát v dospělosti „tyrany“, aniž by v dětství projevovali náznaky agrese.

Na úrovni rizik je také zřejmé, že jiné jsou zpravidla příčiny aktivního týrání dítěte, jiné zanedbávání dítěte a velmi odlišné je pohlavní zneužívání. Někteří lidé ubližují dítěti aktivně, jiní pasivně tzn. nezájmem, nevšímavostí atd.

K násilí vůči sobě provokuje, dítě dráždivé, křičící, zlostné. Naopak riziku zanedbávání je vystaveno především dítě klidné, pasivní, nenápadné. Co se týče sexuálního chování dospělých mužů, ty pak spíše k jejich chování evokují, dívky výrazně ženských tvarů. K týrání dítěte vede akutní nebo chronický stres, k zanedbávání například zaujetí něčím novým. (Matka, která se znovu zamiluje, a je svým novým vztahem naprosto zaujata, takže o dítě nejeví zájem).

Rozlišujeme rizikové faktory vzniku ze dvou významných oblastí:

1. Oblast rodinného prostředí:

- **u rodičů** (pozice násilných osob) jsou to faktory: psychické onemocnění, agresivní rysy, nezralost, nízký věk, zvláštní životní styl, osamocení jednoho z rodičů, stresové situace (nezaměstnanost), toxikomanie, narkomani.
- **u dětí** (obětí) se jedná o faktory: nemoc, děti nějakým způsobem znevýhodněné, pomalejší, děti vyžadující velkou pozornost, děti, které se nedokáží soustředit, jsou hyperaktivní, je jim těžko porozumět, jsou sociálně neobratné.

2. Oblast mimo rodinu:

Do této oblasti můžeme zařadit nedokonalou sociální kontrolu, nedostatečnou právní ochranu dětí.

4.1.1 Rizikové faktory vzniku fyzického týrání

Rizikový dospělí (zpravidla primární vychovatelé dítěte) bývají:

- Lidé s anomálním vývojem osobnosti (psychopatie)
- Alkoholici, toxikomani
- Mladiství rodiče, povahově nezralí, nevyspělí
- Lidé se zvláštním životním stylem, stoupcí agresivních rituálů, apod.
- Lidé dlouhodobě nezaměstnaní

Rizikové děti - není lehké jim porozumět. Tyto děti svým chováním své nejbližší či vychovatele unavují, dráždí a vyčerpávají.

Typickými případy bývají:

- Děti s lehkými mozkovými dysfunkcemi, děti nesoustředěné, impulzivní
- Děti z jiných důvodů dráždivé a neklidné (často v důsledku somatického onemocnění)
- Děti mentálně retardované
- Děti s lehce sníženými intelektovými schopnostmi, ve škole neprospívající, apod.

Rizikové situace – ne všechno riziko týrání dítěte je možné odvodit z rysů osobnosti účastníků.

4.1.2 Rizikové faktory vzniku pohlavního zneužití

Rizikový dospělí – Přicházejí v úvahu nejbližší vychovatelé dítěte, ale i jiné osoby, které přicházejí do styku s dítětem v rodině nebo mimo ni.

Typickými případy bývají:

- Sexuální devianti
- Muži staršího věku
- Muži sexuálně hyperaktivní,
- Alkoholici, toxikomani, aj.

Rizikové děti – U nejmenších dětí praktický pohlaví nerozhoduje. U dětí předškolního věku a výš bývají převážně holčičky

- Holčičky s výraznými ženskými tvary
- Holčičky mazlivé

Rizikové situace – stísněný životní prostor rodiny, různé „příležitosti“ – např. dítě je nemocné, alkoholová či drogová intoxikace, aj.

4.1.3. Rizikové faktory vzniku zanedbávání

Rizikovi dospělí - v tomto případě je nutno nahlížet na celé prostředí, v němž dítě žije, nikoli na jednotlivce.

Jedná se především o primární vychovatele dítěte:

- Mentálně retardovaní, kteří na péči o dítě „nestačí“.
- Somaticky nemocní – smyslově, pohybově postižení.
- Osaměle žijící osoby.
- Alkoholici a toxikomani.
- Mladí, nezralí a nevyspělí rodiče s dosud dětskými nebo mladistvými zájmy.
- Lidé v hmotné nouzi, kteří jsou sotva schopni zajistit svou existenci.
- Lidé příliš zaujatí jinými zájmy, pracovním přetížením (workoholici).

Rizikové děti – z hlediska zanedbávání jsou to:

- Děti s neaktivním temperamentem, děti málo „živé“, které samy zájem o okolí nepřitahují
- Děti mentálně retardované, se smyslovými vadami, pohybovým omezením, aj.

Rizikové situace – Zanedbávání je děj dlouhodobý, který se skládá z mnoha „příležitostí“ nebo jiných časově omezených aktů.

Zanedbávané dítě je v jiné situaci než dítě týrané či pohlavně zneužívané. V tomto případě není dítě obětí agrese či jiné aktivity dospělého, nýbrž jeho neaktivity. (Dunovský a kol., str. 107 – 111)

4.2 Následky

Týránání má negativní dopad na psychiku dětí: může dojít ke změně osobnosti u dítěte, dále může dojít k vadám v řeči dítěte, k vadám v citovém prožívání, v oblasti socializace, dítě může trpět nedostatkem sebedůvěry apod.

Mezi tři hlavní následky syndromu CAN patří:

1) Posttraumatická stresová porucha

V důsledku prožití silného traumatu může dojít k rozvoji posttraumatické stresové poruchy (**PTSD**). Tato porucha je charakterizována nepřátelským nebo nedůvěřivým postojem ke světu, sociální zdrženlivostí, pocitem prázdnoty a beznaděje, chronickým pocitem "bytí na okraji".

K traumatickým událostem často dochází náhle, nečekaně a jsou tak pro člověka extrémně ohrožující. Může se jednat o jednu či více událostí, které v danou chvíli působí na člověka.

Posttraumatická stresová porucha je duševní porucha, která převážně vyvolává silnou úzkost. Postihuje přibližně 1 – 4 % populace, ženy ve větší míře, než muže.

Příčiny vzniku PTSD

Hlavní příčinou vzniku a rozvoje této poruchy jsou vnější vlivy např. vystavení extrémně děsivému zážitku. Působením těchto zážitků se u člověka spustí obranný mechanismus, ne však vždy se podaří vše správně vstřebat jako např. stres, strach, aj. Na tomto procesu se podílí jednak člověk sám, tak i jeho organismus (hormonální a nervový systém) a pak samozřejmě psychické a sociální okolnosti.

Změny v chování v důsledku PTSD

Člověk je buď velmi utlumen, nebo naopak velmi nabuzen. Napětí a podrážděnost je pak projevována výbušností, což může zvýšit sklon k agresivnímu chování. Toto chování většina lidí nedokáže ovládat.

Posttraumatická stresová porucha dle MKN10 (F43.1)

Začíná jako opožděná odpověď na stresovou událost nebo situaci (krátkého nebo dlouhého trvání) mimořádně ohrožující či katastrofické povahy, která dokáže způsobit silné rozrušení téměř u každého. [O psychologii, 2015]

2) Psychická deprivace a traumatizace

Jedná se především o **duševní zraňování, ubližování, poškozování, narušování sebedůvěry, osobnostní integrity a odolnosti.**

3) Transgenerační přenos

Jedná se o proces, následkem kterého se vědomě, nebo úmyslně přenášejí vzorce chování na další generace.

5 FORMY A PROJEVY SYNDROMU CAN

Dle Krejčířové, Říčana a kol. (1997) se rozděluje syndrom CAN na tyto formy:

- a) **Týrání dítěte** – do této skupiny řadíme duševní a tělesné týrání spolu s Münchhausenovým syndromem v zastoupení.
- b) **Sexuální zneužívání** – zahrnuje jak sexuální zneužívání v rodině, tak i mimo domov.
- c) **Zanedbávání dítěte** – nedostatek podnětů důležitých k zdravému fyzickému, psychickému a sociálnímu vývoji, což se jedná převážně o uspokojení potřeb dítěte např. v oblasti hygieny, bydlení, zdravotní péče a mnoha dalších aspektů.
- d) **Psychická deprivace** – jedná se o dlouhodobý nedostatek uspokojení duševních potřeb dítěte, jakož jsou potřeba lásky, pocit intenzivního vztahu s rodičem či jinou osobou, která dítě vychovává.

Všechny výše uvedené formy se týkají jak dětí, které vyrůstají v rodinném prostředí tak dětí v ústavní výchově. Tyto pak mnohem častěji trpí **psychickou deprivací**. I přes poskytnutí kvalitní péče v ústavech je zde citové pouto s pečovateli nedostatečné. **Týrání a sexuální zneužívání** představuje, pro dítě často opakovanou traumatickou zkušenost nejen v rodině, ale také v širším sociálním prostředí jak uvádí (Říčan, Krejčířová a kol., 2006).

Co se týče **zanedbávání**, je toto velmi často úzce spjato s nízkou socioekonomickou situací v rodinách. Nelze to však považovat za pravidlo, jelikož i přes nízkou socioekonomickou situaci rodiny, může být dítě dostatečně emočně uspokojené. Může být naopak paradoxně zanedbáváno i ve vysoce socioekonomicky zajištěné rodině.

Dunovský a kol. (1995) přehledně ve své studii znázorňuje formy a projevy syndromu CAN na následující tabulce.

Tabulka 1: Formy a projevy syndromu CAN

	<i>aktivní</i>	<i>pasivní</i>
<i>Tělesné týrání, zneužívání a zanedbávání</i>	tržné, zhmožděné rány a poranění, bití, zlomeniny, krvácení, dušení, otrávení, smrt	neprospívání, vyhladovění, nedostatky v bydlení, ošacení, ve zdravotní a výchovné péči
<i>Duševní a citové týrání, zneužívání a zanedbávání</i>	nadávký, ponížování, strašení, stres, šikana, agrese	nedostatek podnětů, zanedbanost duševní i citová
<i>Sexuální zneužívání</i>	sexuální hry, pohlavní zneužívání, ohmatávání, manipulace v oblasti erotogenních zón, znásilnění, incest	exhibice, video, foto, audiopornografie, zahrnutí dětí do sexuálních aktivit dospělých
<i>Zvláštní formy:</i> Münchhausenův syndrom v zastoupení, systémové týrání a zneužívání, organizované týrání a zneužívání, rituální týrání a zneužívání		

(Dunovský a kol., 1995, str. 19)

týrání

zanedbávání

Jednotlivým formám budou věnovány následující podkapitoly.

5.1 Tělesné (fyzické) týrání

V rámci syndromu CAN se jedná o nejpodrobněji prozkoumaný a popsáný jev, jenž zahrnuje všechny akty fyzického násilí, které je vyvíjeno dospělým na dítěti. Do tohoto násilí zahrnujeme **vědomé, nevědomé, zkratkovité** či **dlouhodobé** užití agrese dospělých (obvykle rodičů) vůči dítěti, které se nemůže adekvátně bránit. Nejčastěji bývá dítě týráno v **raném dětství** a mezi nejčtetnější formy patří **nepřiměřené tělesné tresty**. (Velemínský, 2008)

Dle **Zdravotní komise Rady Evropy** z roku 1992 se za tělesné (fyzické) týrání považuje vědomé tělesné ublížení dítěti, utrpení dítěte a jeho vědomému nezabránění. Včetně úmyslného otrávení nebo udušení dítěte – pokud je zde důvodné podezření, že zranění bylo způsobeno, anebo mu nebylo vědomě zabráněno. [Spravedlnost dětem, 2015]

Tělesné neboli fyzické týrání dětí zahrnuje všechny druhy násilí na dětech. Mezi něž řadíme, záměrné opomenutí v péči o dítě, které vyústuje v jeho poranění či dokonce smrt. Mezi **děti tělesně týrané s následným poraněním** patří děti, u nichž bylo způsobeno poranění v důsledku bití, popálení, trestání a také selhání ochrany dítěte před násilím.

Další skupinu tvoří **tělesně týrané děti, které nemají bezprostřední známky tělesného poranění**, ale jsou zasaženy utrpením způsobeným dušením, otrávením nebo jinak podobným násilím. Dále sem můžeme zařadit také děti, které jsou opakovaně vystavovány lékařským vyšetřením. (Dunovský a kol., 1995)

Za jedno z hlavních východisek násilného zacházení s dětmi můžeme pokládat **tělesné trestání dětí**. Tyto tresty snadno přecházejí do týrání, přičemž hranice mezi trestem a týráním je téměř nezjistitelná.

„Dle studie Vaničkové a spol. (1994), která uvádí, že z 886 dotazovaných 10 – 11 letých dětí nikdy nebylo bito pouze 9,2 %, více než 2/3 dětí byly bity výjimečně, ale každé páté bylo bito relativně často, což znamená v rozmezí maximálně jednou týdně a minimálně jednou za měsíc. Z různých druhů tělesných trestů Vaničková vyjmenovává výprask, fackování, kopance a silné rány (až dítě ztratí rovnováhu). Takovýmto způsobem jsou často „vychovávány“ i dívky.“

Tato zjištění potvrzují, že **tělesné násilí** je u nás dosud **významným výchovným prostředkem**.

Poranění způsobená tělesným týráním můžeme dělit na:

- Tělesné týrání aktivní povahy
- Tělesné týrání pasivní povahy

5.1.1 Tělesné týrání aktivní povahy

Tento druh týrání zahrnuje všechny akty násilí na dětech, při nichž dohází k fyzickému zranění dítěte, vede k trvalému postižení a v krajních případech může vést k usmrcení dítěte.

Dunovský a kol. (1995) rozděluje tělesná poranění a postižení do **třech hlavních skupin**:

1) Uzavřená poranění

Vyznačují se působením tupého násilí, kdy kůže není porušena. Tato poranění vznikají náhlým a prudkým úderem nebo tlakem na tělo či nárazem těla na tupý předmět.

Do těchto poranění můžeme řadit:

- **Otřesy**

Do této skupiny patří především otřesy mozku a míchy.

- **Pohmoždění**

Vyskytují se na kůži, kde účinkem tupého násilí dochází k lehkému niktrokožnímu krvácení. Na pohled se projevuje tečkovitými, plošnými nebo kruhovými výrony, kdy dochází k zhmoždění podkožní tkáně a následkem krevního výronu dochází k zabarvení kůže. Tomuto zbarvení se lidově říká **modřina**. Modřiny jsou přítomné u 90 % fyzicky týraných dětí.

- **Vytrhávání vlasů**

Často se jedná o vytrhávání vlasů v celých chomáčcích, po kterých zůstávají lysiny.

- **Kousnutí**

Zůstává patrný otisk chrupu. Je vhodný posudek zubního lékaře, popřípadě vyšetření slin a krve udávaného pachatele.

- **Poranění svalů a kostí**

V případě svalů, může jít o úplné či neúplné přerušení svalu a trhliny ve svalech. Dále může dojít k poranění šlach, nervů, cév a kloubů. Zlomeniny kostí jsou v dětském věku častým úrazem, některé jsou však neobvyklé a to do té míry, že si je dítě nemohlo způsobit samo. U týraných dětí převládají zlomeniny žeber, tyto jsou způsobené tupými údery a kompresí, „chip“ zlomeniny vznikají nadměrným škubnutím, kroucením. Do podezřelých zlomenin můžeme zařadit zlomeninou stehenní kosti u dítěte mladšího 2 let.

- **Poranění hlavy**

Poranění hlavy je nejčastější příčinou smrti týraných dětí. Dále pak významnou příčinou chronických neurologických potíží. Nejčastějším důsledkem poranění hlavy je otřes mozku, jeho pohmoždění a stlačení. Po tupých poraněních hlavy se může objevit subdurální hematom, což je krvácení mezi tvrdou a měkkou plenou. (Dunovský a kol., 1995)

- **Třesení**

Třesení nebo také **Shaken Infant Syndrom** se označuje za doklad extrémního násilí, které může způsobit smrt, nebo trvalé neurologické obtíže. Může se jednat o poruchy učení až po závažné poruchy. (Dunovská a kol., 1995)

- **Poranění míchy**

Otřes míchy se projeví přechodným znecitlivěním všech částí těla, jež leží pod zraněním. Stlačení míchy způsobuje ochrnutí a necitlivost, které se při stálém stlačení prohlubuje. Přerušování míchy má za následek trvalé ochrnutí částí těla, které také leží pod místem zranění.

- **Poranění nitrobřišních orgánů**

Tato poranění mohou být otevřená či uzavřená. Projevují se nebezpečným krvácením. I tupým úderem může být způsobeno roztržení jater, sleziny nebo slinivky břišní. Příležitostně tato poranění mohou způsobit šok i smrt. (Dunovský a kol., 1995)

2) Otevřená poranění

Vyznačují se porušením kůže, sliznice nebo povrchu některého orgánu. Jsou vždy zásahem do celého organismu, jelikož dochází ke ztrátě krve následkem krvácení navenek, do tělních dutin nebo tkání orgánů. Při ztrátě krve dochází k **hypovolemickému šoku** (šok z absolutní ztráty tekutin). Podle způsobu vzniku se rozlišují rány: oděrka, řezná, sečná, bodná, tržná rána, střelná a rána kousnutím.

Do těchto poranění můžeme řadit:

- **Rány na hlavě**

Bývají provázány roztržitím lebečních kostí, i když zevní vzhled nevypadá závažně.

- **Nitrooční krvácení**

Vzniká často při jakémkoliv úderu či pádu přímo na očníci (úder pěsti do oka).

- **Rány na hrudníku**

Jsou nebezpečné, jelikož vniká vzduch do pohrudniční dutiny a vzniká pneumothorax.

- **Popáleniny**

Vyskytují se též jako jedna z forem tělesného týrání. Časté je popálení od cigaret, od vařící vody, popálení od provazů na končetinách, kdy je dítě uvázáno, nebo popálení způsobené třením, např. táhnutí dítěte po koberci. Popáleniny jsou často symetrické, některé mají podobu objektů, které byly použity jako např. elektrická kamna, kontaktní gril, žehlička, cigareta. Při týrání popálením jsou nejčastěji zasažena místa na rukou, hýždích, genitáliích a chodidlech. (Dunovský a kol., 1995)

3) Mnohočetná zranění

Tato zranění se objevují v rámci syndromu CAN všude tam, kde je situace v rodině pro dítě již velmi nebezpečná, dítě delší dobu trpí opakovanými útoky psychopata. K mnohočetným poraněním lze například řadit četné oděrky, pohmožděny, zlomeniny, vnitřní krvácení a mnohá další poranění. To vše nejrůznějšího data a původu. Tato poranění způsobují těžké psychické a emocionální zasažení dítěte. (Dunovský a kol., 1995)

Mezi aktivní tělesné týrání se také zařadí **Munchhausenův syndrom v zastoupení**, kterému bude věnována podkapitola v této práci.

5.1.2 Tělesné týrání pasivní povahy

Pasivnímu tělesnému týrání rozumíme jako nedostatečnému uspokojení alespoň těch nejdůležitějších tělesných potřeb dětí a to i v návaznosti na psychické a sociální potřeby. Jedná se zde o úmyslné nebo neúmyslné nepečování o dítě při závažných psychických poruchách či značné psychické nevyzrálosti rodičů. Dále se zde též jedná o opomenutí péče o dítě a nepochopení rodičovské role. Toto může pramenit z důvodu nedostatečné psychické zralosti rodičů, ale také například hledání jiných životních hodnot nesouvisejících s dětmi. (Dunovský a kol., 1995, str. 59)

Tělesné týrání a zanedbávání, může být způsobeno též finanční situací rodiny či díky různým závislostem jako jsou grogy, alkohol.

Mezi tělesné týrání pasivního charakteru patří nedostatek zdravotní péče, nedostatky ve vzdělání a výchově, nedostatečné přístřeší, rodinné zázemí, ošacení. (Dunovský a kol., 1995)

- **Nedostatek zdravotní péče**

Vědomé odmítání zdravotní léčebné péče je v České republice spíše výjimkou. Častěji se objevuje odpírání preventivní péče a očkování. Přitom preventivní péče a některá očkování jsou u nás všem dostupné. K odpírání a nedostatku zdravotní péče se rozumí situace, kdy rodiče odmítají s dítětem návštěvu lékaře i přes to, že toto vykazuje známky poranění či nemoci. V případě poranění dítěte se bojí právních následků, pokud mu toto sami způsobili a proto doufají v samovolné uzdravení. Dále do této skupiny řadíme nekvalitní hygienickou péči, nedostatek něhy, lásky a porozumění, která je rozhodující zvláště v období po narození, kdy je dítě na rodičích existenčně závislé. (Dunovský a kol., 1995, str. 61, 62)

- **Nedostatky ve vzdělání a výchově**

Dostatečné vzdělání a řádná výchova není zdaleka uspokojována u všech dětí. I když žijeme v době, kde má každý na vzdělání nepopiratelné právo. Zvláště pak v rozvojových zemích se vyskytuje negramotnost u velkého počtu dětí. Ovšem na rozdíl od našich končin v těchto rozvinutých zemích, bohužel není vždy toto právo na vzdělání zajištěno zákony. Nedostatky ve výchovné a vzdělávací péči se projevují zanedbaností dítěte, sníženou mentální úrovní dítěte, která často popírá jeho možnosti. (Dunovský a kol., 1995)

- **Nedostatek přístřeší, ošacení a ochrany**

K závažným jevům nejen minulosti, ale i současnosti patří nedostatečné zajištění vhodných životních podmínek, zabezpečení domova, dostatečná pozornost k nepříznivým vlivům ohrožujícím zdraví a život dítěte. Jedná se zde především o děti bez domova, které domov z objektivních důvodů ztratily: válka, přírodní katastrofa, úmrtí pečovatele, útěk, izolace. Největší skupiny tvoří děti, které trpí chudobou svých rodičů, která je důsledkem jejich nezaměstnanosti. Dále pak nedostatečnou péčí rodičů a blaho svého dítěte. (Dunovský a kol., 1995).

- **Vykořisťované děti**

Je to především staronový problém dětské práce, jejíž zákaz do dovršení 15 let věku dítěte u nás platí mnoho desetiletí. Zcela nově se ovšem vynořil problém, žebrání dětí, zvláště dětí přistěhovalců a uprchlíků. Nejrozšířenější skupinou jsou děti předškolního věku či dokonce matky s kojenci. (Dunovský a kol., 1995)

5.2 Psychické týrání

Psychické neboli také emocionální týrání jsou pojmy na první pohled zřejmé, avšak jejich příčiny či následky nejsou zdaleka tak viditelné, a proto jsou tyto obtížně prokazatelné. O tomto týrání se všeobecně tak často nehovoří, jako o týrání fyzickém či sexuálním zneužívání. Lze to vysvětlit tím, že na první pohled je fyzické týrání lépe zřetelné i prokazatelné. (Dunovský a kol., 1995)

Základní dělení psychického týrání je na **aktivní** a **pasivní**.

Aktivní psychické týrání zahrnuje:

- Nadávky,
- ponižování,
- opovrhování,
- výhrůžky,
- strašení,
- nepřiměřené zatěžování,
- nepřiměřené kontroly,
- nucení dítěte rozhodovat ve věcech, kterým plně nerozumí,
- využívání dítěte ve svůj prospěch nebo proti druhému rodiči
- a mnoho dalšího.

Pasivní psychické týrání zahrnuje:

- Citový chlad,
- odmítání,
- nezájem,
- nedostatek péče.

Tabulka 2: způsoby psychického týrání a jejich následky

Způsob psychického týrání	Následky
popírání ze strany rodičů	poškozené sebevědomí
přítomnost při konfliktech	přání si ubližovat
nezájem, neláska	vštipená bezmoc
nadávky, ponižování, zesměšňování	závislost na různých látkách
nedůvěra, opovrhování, nerespektování	poruchy přijímání potravy
nadměrné nároky na dítě	tendence stát se obětí emocionálního týrání i v dalším vztahu, případně stát se tím, kdo emočně týrá
sociální izolace dítěte	potíže s vytvářením důvěrných vztahů
vyvolávání pocitu strachu, viny	lhaní, záškoláctví, útoky z domova

SOS vesničky: pěstounská péče [online]

5.2.1 Psychická deprivace

Pojem **deprivace** lze vysvětlit, jako ztrátu něčeho nebo strádáním z nedostatku nějaké důležité potřeby. Psychická deprivace je definována jako stav, kdy člověk dlouhodobě nemá dostatečnou příležitost k uspokojení některé ze svých základních psychických potřeb. Nejčastěji to jsou potřeby trvalého vřelého citového vztahu a potřeby stimulace. Deprivace dělíme na **biologické**, **sociální** a **psychické**.

Dle J. Langmeiera, Z. Matějčka je psychická deprivace:

Psychická deprivace je psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost k ukojení některé jeho základní psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu.

Neméně často se ovšem setkáváme s projevy psychické deprivace i u dětí z tzv. „**dobrých**“ rodin. V těchto rodinách jsou děti po materiální stránce dokonale zabezpečené, ale od rodičů nepocítují dostatek lásky a vřelosti.

Tato forma deprivace je také označována jako „**subdeprivace**“. Subdeprivace představuje významnou složku v nynějším stoupajícím výskytu agresivity, šikanování a jiných forem náhradního uspokojování vyšších psychických potřeb. (Velemínský, 2008).

Vymezení pojmů užívaných v souvislosti s psychickou deprivací:

Deprivační situace: životní situace dítěte, v níž se mu nedostává možnosti uspokojit důležité psychické potřeby. Různé děti se budou chovat různě, odnesou si různé následky.

Izolace: zabránění styku s podnětným prostředím lidské společnosti (rodina, dětská skupina, škola). Izolace je deprivační situací, nikoliv deprivací samotnou.

Separace: vnější situace, při níž dochází k přerušení specifického vztahu mezi dítětem a jeho sociálním prostředím (matkou).

Frustrace: nemožnost uspokojit aktivovanou potřebu pro nějakou překážku nebo obstrukci, situace, kdy se organismus setkává s více méně nepřekonatelnou překážkou, na cestě za ukojením vnitřní potřeby.

Zanedbanost: následky vnějších nepříznivých výchovných vlivů.
[SOS vesničky, 2015]

5.2.2 Následky psychického týrání

Dopady a následky psychického týrání záleží na intenzitě, délce trvání a také na jakém vývojovém stupni rozvoje osobnosti k tomuto jednání dochází.

Jsou děti, které reagují na psychické týrání stažením se do sebe, stávají se ustrašenými, úzkostnými. Těchto dětí je sebedůvěra velmi nízká, proto se dokáží nejen obtížně prosazovat, ale i obtížně vyjádřit svá přání, své požadavky, nebo názory. Jiné děti naopak reagují spíše agresivně, razantně prosazují svůj názor. Velice často jsou jejich projevy nápodobou chování dospělých v jejich blízkém okolí. Svým chováním provokují dospělé i vrstevníky. (Dunovský a kol., 1995)

5.3 Šikana

Šikana je ubližování někomu, kdo se nemůže, nebo nedovede bránit. Standardně mluvíme o šikaně tehdy, když se jedná o recidivu konkrétního asociálního jednání. Ve velmi závažných případech můžeme za šikanu označit jednání jednorázové s velmi pravděpodobnou hrozbou opakování.

Šikana je nebezpečný **patologický jev**, při kterém je omezována převážně **osobní svoboda** a **svoboda rozhodování**. Je zde ponižována lidská důstojnost a čest, mnohdy je obětí ubližováno nejen na zdraví, ale také na majetku. Jedná se o složitý problém, který není možné právně pojmut jako jeden celek, jelikož svými znaky a důsledky zasahuje do různých právních odvětví.

O šikaně mluvíme pouze v případech, kdy je oběť z jakéhokoli důvodu **bezbranná**. Může se jednat o bezbrannost ve smyslu fyzického handicapu, psychické odlišnosti, neobratnosti, izolovanosti v kolektivu a mnoha dalších aspektů. Pojmem šikana nelze označit všechno zlé a nepříjemné, čím si děti navzájem ubližují. (Špeciánová, 2003)

5.3.1 Vývoj šikany

Šikanování je proces, který se vyvíjí postupně, v několika stádiích viz následující tabulka. Z didaktických důvodů se používá rozdělení do 5 – ti vývojových stádií.

Tabulka č. 3: Popis stádií procesu vývoje šikany

Stádium	Název	Popis
1.	Ostrakizmus	V počátečním a nejmírnějším stádiu se jedná zejména o izolaci postiženého jednotlivce. Oběť nemá kamarády a nikdo jej nebere vážně. Oběť je zesměšňována a má ponižující přezdívku apod.
2.	Přitvrzování	Agresor mapuje situaci a testuje, kam až manipulace může zajít. Zkouší takzvaně přitvrdit a manipulace nabývá podoby tělesných útoků.
3.	Nukleový	Ve třetím stádiu se sympatizující jedinci s agresorem spojí a vytvoří společnou strategii výběru obětí. Šikana nabývá tak organizovanosti.
4.	Mlčící většina	Ve čtvrtém stádiu dochází k přijetí norem agresorů a chování této skupiny se stává zákonem pro ostatní děti, které je ze strachu poslouchají.
5.	Dokonalá šikana	Šikana je nyní předmětem zábavy pro celou skupinu, která dokonce agresory za pobavení odměňuje potleskem.

Zdroj: (Lovasová, 2006, str. 7)

5.3.2 Diagnostika šikany

Je nutné všimnout si změn v chování, prospěchu a vystupování. Je zapotřebí všimnout si i změn zevnějšku, ačkoliv ty samozřejmě, zvláště pak u dětí nemohou být vždy spolehlivým „vodítkem“ k diagnostice šikany

. Alarmující by však měla být netypická změna, kterou bychom u daného dítěte nečekali. Například dítě, které chodilo vždy upravené, má najednou nápadně často otrhané či ušpiněné oblečení. Pro přehlednost jsou varovné známky rozděleny v následující tabulce.

Tabulka č. 4: Diagnostika šikany – přímé a nepřímé ukazatele

Nepřímé ukazatele = chování nebo vzhled dítěte	Přímé ukazatele = chování okolí vůči dítěti
strach jít ráno do školy	úmyslné ponižování
záškoláctví	hrubé zesměšňování
opakované bolesti hlavy či břicha	nadávký
zhoršení prospěchu ve škole	neustálé kritizování
ztráta zájmu o učení	poškození a krádeže osobních věcí
porucha soustředění	poškození oděvu
ustrašené vystupování	výsměch
pozdní návraty ze školy	pohrdání
špatné usínání, noční můry	omezování svobody
smutná nálady, apatie, agresivita apod.	bití, kopání, jiné tělesné napadání

Zdroj: Lovasová, 2006, str. 10)

5.4 Zanedbávání

Zanedbávání můžeme definovat jako akutní a vážné ohrožení dítěte nedostatkem podnětů důležitých k jeho zdravému fyzickému, psychickému a sociálnímu vývoji. (Velemínský a spol., 2008)

Projevy zanedbávání dítěte:

- trvalý hlad,
- podvýživa,
- chudá slovní zásoba,
- špatná hygiena,
- zkažené zuby a záněty dásní,
- nevhodné oblečení vzhledem k počasí,
- nedostatek dohledu, apod.

Nejčastější příčiny:

- nízká socioekonomická situace rodiny,
- velký počet dětí,
- nezralost rodičů,
- ztráta rodičů,
- duševní porucha rodičů,
- toxikomanie, alkohol u rodičů.

5.4.1 Zanedbávání péče

Rozlišujeme dvě základní kategorie:

- 1) **Těžké zanedbávání** – přítomnost dětí v takových situacích, kdy je ohroženo jejich zdraví či dokonce život.
- 2) **Všeobecné zanedbání** – jedná se např. o zanedbání ošacení, lékařskou péči, izolaci od okolního světa. Do této skupiny dále můžeme zařadit, nechávání malých dětí bez dozoru, netečnost k tomu co dělají mimo školu (opomíjení nebezpečí nehod, poranění, kriminality). (Dunovský a kol. 1995, str. 54)

5.4.2 Krajní případy zanedbanosti

Krajními případy sociální zanedbanosti jsou ty, kdy je **dítě izolováno od lidské společnosti**. Z literatury mohu citovat klasické případy dětí, jež přežily v přírodě díky zvířatům, která se jich ujala (např. známý případ indických dětí **Amala** a **Kamala**). Častější jsou však případy sociální izolace dítěte uvnitř lidské společnosti.

5.5 Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy)

Münchhausenův syndrom se podle Mezinárodní klasifikace nemocí řadí do skupiny předstíraných poruch. Tato předstíraná porucha je známá také jako **syndrom barona Prášila**, také **syndrom nemocničního tuláctví**.

Münchhausenův syndrom spočívá ve vymýšlení a zveličování příznaků tělesného či duševního onemocnění, nebo postižení a v důsledku toho opakovaná vyšetření a léčení v míře, která neodpovídají objektivní skutečnosti. **Cílem tohoto jednání je snaha získat péči a plnou pozornost lékařů.**

Důležitým aspektem pro diagnostiku této poruchy je nepřítomnost vnější motivace a nepřítomnost duševní či tělesné choroby. Významná je naopak **vnitřní motivace**, která vede k získání pozornosti a péče zdravotnického personálu.

Onemocnění se převážně objevuje v **rané dospělosti**, ale není výjimkou, když se objeví v průběhu **dětství**, nebo **dospívání**. Tento syndrom může vést k vážnému poškození, až smrti pacienta.

Důvod, proč k tomuto může dojít? Jelikož zbytečná léčba, která má za následek nežádoucí účinky léků může organismus člověka až na tolik poškodit, že poškodí trvale zdraví.

Existují případy, kdy tyto aspekty dospělý (většinou matka) přenáší na své dítě. V tomto případě se jedná, o syndromu **by proxy** (v zastoupení).

Münchhausenův syndrom by proxy (v zastoupení) znamená, že si rodiče u svých dětí vymýšlejí různé příznaky a onemocnění, případně je „vyrábějí“, tj. uměle připravují tak, aby pro ně bylo dítě vyšetřováno a léčeno. (Dunovský a kol., 1995)

Münchhausenův syndrom v zastoupení můžeme označit také jako rodičovské vymýšlení patologických příznaků, poškozování vzorků krve, moči nebo jiných materiálů k vyšetření tak, aby vyzněly patologicky. Rodič může

přidávat příměsi krve do vyšetřované moči, nebo dokonce přímo poškozovat dítě.

Pravděpodobně první popis pacienta předstírajícího příznaky nemoci podal **Galén**. V roce **1838** publikoval britský lékař **Gavin** esej „**On Feigned and Factitious Diseases**“, který vznikl na základě souboru lékařských a psychologických triků prováděných vojáky a námořníky za účelem dosažení lékařské péče. Samotný pojem **Münchhausenův syndrom** poprvé použil britský lékař **Richard Asher** v roce **1951**. Tento lékař vycházel z vlastní zkušenosti s pacienty, kteří byli přijímáni pro dramaticky vyhlížející akutní stavy a poruchy, a kromě toho byli nápadní líčením dramatických a pohnutých životních osudů.

Münchhausenův syndrom v zastoupení těžce postihuje děti a v jedné pětině končí smrtelně, nejčastěji zadušením dítěte. (Dunovský a kol., 1995)

5.6 Sexuální zneužívání

Sexuální zneužívání, lze definovat jako nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, nebo také podnětům se sexuálním podtextem. Toto jednání zahrnuje sexuální dotýkání, pohlavní styk či sexuální vykořisťování.

Při sexuálním zneužívání se dospělý sexuálně uspokojuje dítětem, nebo dítě využívá k **prostituci** či **pronografii**. Následná mlčenlivost je pak vynucována psychickým vydíráním, vyhrožováním, odměnami, tresty.

Problematika sexuálně zneužitých dětí se začíná v posledních letech v České republice více otevírat. Stále se však často setkáváme v široké populaci s většinovým postojem, že sexuální problematika je tabu a s dětmi se o ní nehovoří. Pokud dojde k sexuálnímu zneužití, rodina se často snaží na celou zkušenost raději zapomenout. Projevem je potlačení tohoto problému, kdy se rodina chová jako by se nic nestalo a odmítá jakýkoliv zásah z venčí. (Hanušová, 2005, str. 6)

Předpokladem pro správné pochopení problému sexuálního zneužívání dětí je tedy jeho jasná definice. Z tohoto důvodu v průběhu minulých let vznikla celá řada různých definic, které se snažily co nejvýstižněji formulovat podstatu **sexuálního zneužívání dětí** (CSA).

Nejširší definicí je definice **Rady Evropy** z června **1992**, která považuje „Sexuální zneužití dítěte za nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoliv sexuální dotýkání, styk, sexuální vykořisťování kýmkoliv, komu bylo dítě nejen svěřeno do péče, ale i všem ostatním, kdo se s dítětem dostane do styku. Takovou osobou může být rodič, příbuzný, přítel či cizí osoba.“ (Hanušová, 2005, str. 6)

5.6.1 Syndrom sexuálně zneužívaného dítěte (CSA – Child sexual abuse)

CSA (Child sexual abuse), nebo také syndrom sexuálně zneužívaného dítěte můžeme rozdělit na dvě základní formy:

- **Kontaktní (dotykovou)**
- **Nekontaktní (bezdotykovou)**

Co se týče kontaktního sexuálního chování, to zahrnuje:

- 1) **Nepenetrativní aktivity** – jedná se o dotýkání, mazlení na genitálu nebo prsou buď předměty či rukou, genitálem (jak na nahém těle, tak i přes oblečení)
- 2) **Penetrativní aktivity** – jedná se o sexuální proniknutí do genitálu.
 - Orálně
 - Análně
 - Genitálně

Aby sexuální chování mohlo být označeno za zneužívání, mělo by splňovat tři podmínky:

- 1) **Aktér je mnohem zralejší a starší než dítě.**
- 2) **Je v pozici autority nebo v pečovatelském vztahu k dítěti.**
- 3) **Aktivity vymáhá silou nebo podvodem např. dítě nutí, aby se pachatele dotýkalo.**

Dalším důležitým dělením, zvláště s ohledem na řešení traumatu je:

- **Intrafamiální** – sexuální zneužívání v rodině (incest, nevlastní otec, matka,...)
- **Extrafamiální** – sexuální zneužívání mimo rodinu (učitel, soused, atd.)

Dle původu pachatele, lze sexuální zneužívání rozdělit:

a) Pachatel je cizí osoba

- 1) Sexuální zneužití „prosté“
- 2) Komerční sexuální zneužívání (CSEC)

b) Pachatel pochází z rodiny

- 1) Incestní sexuální zneužívání
- 2) Komerční sexuální zneužívání (Milfait, 2008)

5.6.2 Incest

Definice incestu vyznačuje sexuální styk mezi osobami blízkce příbuznými, u kterých je právně vyloučené legální manželství. Kromě pokrevních příbuzných zahrnuje incest nevlastní rodiče a osoby, které žijí ve společné domácnosti a podílejí se na výchově a ochraně dítěte.

V našem trestním zákoně nalezneme paragraf (**§ 245** „soulož mezi příbuznými“), který kriminalizuje každý pohlavní styk mezi osobami příbuznými v přímém pokolení. (Milfait, 2008)

Obětí incestu nemusí být jen dítě a pachatel nemusí být jen dospělý. Trestní postih je myslitelný také u dospělých účastníků pohlavního styku, jsou – li pokrevně příbuznými.

Pohlavní styky mezi příbuznými se vyskytují prakticky ve všech kulturách. Existují však také pozoruhodné zvláštnosti. Například: u některých kulturních kmenů je zapovězený pohlavní styk dívky s bratrem matky, avšak pohlavní styk s otcem je povolený. Známé byly také sourozenecké sňatky příslušníků královské rodiny, které byly povoleny ve starém Egyptě. (Weiss, 2002)

V celostátních průzkumech pohlavního zneužívání v dětství byla u nás tato skutečnost zjištěna cca u **10 % žen** a u **5 % mužů**. Pětina incestních zkušeností bývá s osobou primární rodiny dítěte. Případy tohoto sexuálního zneužívání dětí, které jsou vyšetřovány policií a soudy, jsou však podstatně

nižší, než je samotný výskyt incestu. Incestní styk mezi dospělými osobami je v České republice stíhán vzácně. (Robert, 2013)

Z výzkumů vyplívá, že se převážně jedná o pohlavní styky mezi nevlastním otcem a dcerou. Druhým nejčastějším výskytem incestního chování je vztah mezi otcem a dcerou, co do častosti pak následují sexuální aktivity mezi sourozenci. Homosexuální incestní vztahy se týkají převážně chlapců a pachatelem bývá nevlastní otec nebo jiná dospělá osoba. Méně často se pachateli stávají vlastní otcové. (Weiss, 2002)

5.6.2.1 Incest – projev psychopatologie a sociální patologie

Tato zkušenost se nepochybně vyskytuje v rodinách se sociálními problémy. Ohrožené jsou nejvíce děti z konfliktních a rozpadlých rodin. Incestní otčímové, otcové či sourozenci jsou jedinci obvykle s podprůměrným intelektem. Vzácně se incestu dopouštějí osoby s pedofilní sexuální deviací. (Dunovský, 2005)

5.6.2.2 Následky incestních zkušeností

Incest v rodině dítěte představuje vážnou psychickou **traumatizaci**, jelikož se často jedná o dlouhodobou zkušenost. U dítěte se vyskytují nejen psychická rizika, ale také riziko nežádoucího početí či riziko zdravotní.

Oběť je k sexu ve většině případů nucena hrozbami nebo násilím, popřípadě získáváním protekcí či dárků. Nejzávažnějším následkem je **destrukce sebevědomí** zneužívaného dítěte. Velmi častým neoznámením pohlavního zneužívání v rodině je strach, že oběť vrhne špatné „světlo“ na rodinu. Tuto zkušenost nejčastěji uvádějí ženy a muži hospitalizováni pro drogovou nebo alkoholovou závislost, též prostitutky a prostituti. (Weiss, 2002)

5.6.2.3 Prevence

Nejlepší prevencí je **stabilní rodina** a **dobře fungující rodinné zázemí**. Velký význam má i sexuální výchova dětí i dospělých, která člověka informuje o riziku tohoto chování. Dobrá rada také je naslouchat svým dětem a naučit se rozpoznávat signály, kterými nám chtějí něco sdělit.

Včasné řešení tohoto vážného problému má velký význam v oblasti prevence, nicméně je důležité, aby se oběti naučili svůj problém oznámit a předešlo se prohlubování psychického traumatu zneužívané osoby.

Důležitý je i pocit jistoty a opory v nejbližších přátelích. Také diskretnosti zde opravdu není nikdy dosti. (Mufson a spol., 1996)

5.6.3 Specifické a nespecifické příznaky oběti sexuálního zneužití

Jedná se o varovné známky sexuálního násilí, které můžeme identifikovat na sexuálně zneužitých dětech.

Nespecifické varovné známky:

- ◆ úzkost, strach,
- ◆ sebepoškozování,
- ◆ noční pomočování,
- ◆ stereotypní pohyby hlavou či tělem před usnutím,
- ◆ bolesti břicha bez organické příčiny,
- ◆ poruchy spánku a noční děsy,
- ◆ opakované záněty močového měchýře,
- ◆ štitivost,
- ◆ odmítání si svlékat na noc šaty,
- ◆ ztráta kamarádů, zájmů, koníčků,

- ◆ zhoršení školního prospěchu,
- ◆ lži, podvody, krádeže,
- ◆ nedůvěra k dospělým,
- ◆ panický strach být o samotě s dospělými,
- ◆ záškoláctví, útky z domova,
- ◆ užívání drog,
- ◆ poruchy příjmu potravy,
- ◆ změny chování,
- ◆ smutek, deprese,
- ◆ sebevražedné chování.

Specifické varovné známky:

- poranění vagíny, konečníku,
- otoky pohlavních orgánů,
- poraněná panenská blána,
- zhmoždění prsou,
- předčasně zahájený sexuální život,
- nepřiměřené znalosti o sexu.

Znaky se kterými se můžeme setkat u dětí a mládeže:

Děti do 5 let

- ◆ ztráta pocitu jistoty,
- ◆ projev mimořádně silného strachu v přítomnosti jisté konkrétní osoby,
- ◆ vzhledem k věku dítěte neúměrné sexuální chování,
- ◆ v okolí genitálií fyzické znaky pohlavního styku,
- ◆ bolesti nebo záněty v krční, anální nebo genitální oblasti,
- ◆ nepřítomný pohled, nešťastný výraz, smutná nálada, rozpačitost,
- ◆ hysterický křik při přebalování, při svlékání, zvláště spodního prádla,
- ◆ stáhnutí se do sebe, nechutenství, chronické buzení se zlými sny, pomočování,
- ◆ nápodoba sexuálního chování při hře s panenkami nebo jinými dětmi,
- ◆ kresba pohlavních orgánů,
- ◆ opakování neslušných slov nebo frází, které se dítě naučilo od zneužívající osoby,
- ◆ ztráta zájmu o zábavné aktivity
- ◆ dítě očividně trpí, má starosti, ale nechce říci proč, jako by v sobě něco skrývalo;
- ◆ dítě stále o sobě říká, že je špatné, zlé, zkažené, projevuje agresivitu a podrážděnost.

Děti od 5 let do 12 let

Velice podobné znaky jako u dětí do 5 let.

- ◆ Dítě mluví o jakémisi problému některého svého kamaráda,
- ◆ náznak toho, že dítě zná určité tajemství, které však nemůže nikomu prozradit,
- ◆ vlastnictví peněz nevysvětlitelného původu,
- ◆ lhaní, krádeže, hrubá mluva s cílem upoutat na sebe pozornost,
- ◆ děsivé sny,
- ◆ dítě se začíná opět pomočovat,
- ◆ dítě se přestane radovat z dříve oblíbených činností,
- ◆ dítě se bez přirozeně vysvětlitelného důvodu začne bát jistých dospělých osob,
- ◆ neochota svlékat se před hodinou tělocviku,
- ◆ sexuální aktivita nepřiměřená svému věku,
- ◆ krvácení nebo zvýšená citlivost v genitální nebo anální oblasti,
- ◆ dítě trpí chronickými indispozicemi, např. bolestmi hlavy nebo žaludku, zažívací potíže,
- ◆ těžké deprese, pokusy o sebevraždu, sklony k sebetrýznění, snížené sebehodnocení,
- ◆ útěky z domova,
- ◆ „dítě je stále ve střehu“,
- ◆ opakování neslušných slov či frází, které dítě uslyšelo od člověka, který je zneužil,
- ◆ pokusy o sexuální zneužívání jiných dětí.

Mládež od 13 let výše

- ◆ Ztráta paměti, nechutenství, útoky z domova,
- ◆ chronická deprese, sklony k sebevraždě, nadměrné užívání drog nebo alkoholu,
- ◆ obavy z jistých lidí, příbuzných nebo přátel, přejímání rodičovské úlohy v domácnosti,
- ◆ bolesti či krvácení v genitální či anální oblasti nebo v krku,
- ◆ chronické indispozice (bolesti hlavy či žaludku),
- ◆ noční můry, strach ze tmy,
- ◆ pokusy sexuálně zneužít jiné dítě, sourozence nebo někoho z kamarádů,
- ◆ náhlá změna studijních výsledků,
- ◆ prudké výbuchy hněvu a podrážděnost,
- ◆ dítě má u sebe nevysvětlitelné obnosy peněz. (Weiss, 2002)

5.6.4 Syndrom přizpůsobení oběti

Velká většina sexuálně zneužitých dětí svá tvrzení po čase odvolávají. Tento jev nazýváme **syndromem dětského přizpůsobení**. Dítě, které se svěří se sexuálním zneužitím, často bývá okolím označeno za lháře. Pokud se za dítě nepostaví blízký člověk, nejčastěji to bývá matka nebo babička, je pravděpodobné, že dítě svou výpověď odvolá pouze ve snaze nepoškodit rodinu, nebo uchovat si přízeň rodičů. Dítěti nikdo nevěří, „dospělí jsou proti němu“. Dítě je tak zbaveno naděje na důvěryhodnost. (Weiss, 2002)

Syndrom přizpůsobení zahrnuje 5 fází:

♦ Utajování

Žádné dítě není připraveno na možnost obtěžování, většinou je na násilníkovi zároveň závislé. Dítě bývá pod psychickým nátlakem, například: „Jestli to někomu řekneš, nebudu tě mít rád,...zbiji tě,..., zakážu ti...,...zabiji tě“.

♦ Bezmocnost

Je velice pravděpodobné, že bude dítě sexuálně obtěžováno známou dospělou osobou než osobou cizí. Bezmocnost se může zvětšit svěřením do péče pachatele.

♦ Svedení a přizpůsobení

Dítě přijme tuto skutečnost a podřídí se jí. Takové dítě touží dosáhnout pocitu moci a kontroly. Ve většině případů viní samo sebe z vyprovokování této situace.

Pro oběti sexuálního násilí bývá snadná cesta úniku zneužívání drog. Přežít může sexuálně zneužitě dítě i tak, že se naučí využívat sexuálního agresora a používat jisté výhody, které mu dávají možnost zjistit, „jak chutná moc“.

♦ Opožděné, konfliktní a nespravedlivé odhalení

K opožděnému odhalení dochází tehdy, je-li přítomen spouštěcí signál, například rozvod, rodinný konflikt, apod. Oběť si tajemství celou dobu uchovávala pro sebe a později tuto skutečnost hlásí. V tomto případě vypadá dítě již nevěrohodně.

♦ Odvolání výpovědi

Vše, co dítě řekne o sexuálním zneužití, vezme pravděpodobně zpět z důvodu počátečního impulsivního vzteku a ochrany své rodiny. (Weiss, 2002)

5.6.5 Komerční sexuální zneužívání dětí (CSEC)

Komerční sexuální zneužívání dětí ve zkr. **CSEC** (Commercial Sexual Exploitation of Children) se během posledních deseti let stalo závažným mezinárodním problémem.

Existují doklady o velké míře prostituce v mnoha rozvojových zemích. Snad nejmasověji a nejzřetelněji se dětská prostituce vyskytuje v asijských zemích, jako Indie, Thajsko a dalších. Také rozvojové země jako Afrika, jižní Amerika mají s fenoménem „**sexuální turistiky**“ své zkušenosti.

5.6.5.1 Dětská pornografie

Dětská pornografie je definována jako jakýkoliv zvukový nebo obrazový materiál, který používá děti v sexuálně obsažené souvislosti.

Obrazová pornografie je zobrazení dítěte při sexuální činnosti, skutečné či simulované, nebo vystavování pohlavních orgánů pro sexuální uspokojování uživatele. Zahrnuje výrobu, rozšiřování nebo používání takového materiálu.

Zvuková pornografie je používání jakýchkoli zvukových prostředků užívajících dětský hlas, skutečný či simulovaný, za účelem sexuálního uspokojení uživatele.

Rychlost technologického pokroku otevřela nové možnosti pro výrobce, distributory a uživatele dětské pornografie.

Pornografie vede k porušení práv dítěte. Toto se projevuje v rovině fyzické a emocionální. Děti, které se jí účastní, jsou buď přinuceni, nebo se účastní ze zvědavosti a mohou prožívat pocity hlubokého zmatku, dezorientace či odcizení. Pornografie tedy představuje nejen akt samotného zneužití, ale i nástroj potencionálního budoucího zneužití. (Hanušová, 2006, str. 12, 13)

Prostituce v České republice

Soustřeďuje se zejména do velkých měst (Praha, Brno) a příhraničních oblastí. Prostituce dětí a mladistvých je vysoce organizovaná a dobře utajovaná trestná činnost. (Hanušová, 2006, str. 13)

Epidemiologie CSA

WHO (Světová zdravotnická organizace) udává, že 10 – 40 % žen a 5 – 20 % mužů bylo v dětství nebo dospívání zneužito. Většinou se jednalo o jednorázové ohrožení. Počet dětí vystavených opakovanému nebo dlouhodobému pohlavnímu zneužívání je odhadováno na 1% dětské populace. (Hanušová, 2006, str. 15)

Sexuální zneužití chlapců je stále chápáno jako fenomén i přes to, že postihuje okolo 10 – 15 % chlapců mladších 18 let.

5.6.6 Následky syndromu sexuálně zneužívaného dítěte

Někteří autoři dělí následky na dvě základní kategorie:

- 1) **Krátkodobé** – bolest, smutek, lítost, pláč, apod.
- 2) **Dlouhodobé** – ztížení úspěšnosti ve škole, poruchy příjmu potravy, negativní sebepojetí, apod.

Mezi nejtragičtější následky sexuálního zneužívání dítěte patří onemocnění, které může provázet oběť i dlouho do dospělosti. Někteří toto onemocnění označují jako rozpolcení, jiní jako netypickou schizofrenii.

Typické symptomy sexuálního zneužití vyjadřuje dítě emocionálně, fyzicky i svým chováním. V prvních dnech či týdnech může být velmi tiché až nemluvné, vyděšené nebo také zneklidněné.

Pro sexuálně zneužívané jedince je často obtížné důvěřovat jiným sexuálním partnerům. Tito jedinci mohou vystřídat velké množství sexuálních partnerů, dopouštět se výstřednostem v sexu, ale i vystavovat se nebezpečným situacím. Bývá pro ně snadné navazovat sexuální vztahy, ale těžké otevírat se emocionálně. (Hanušová, 2006, str. 21)

5.7 Zvláštní formy syndromu CAN

- **Systémové týrání**

Tato forma týrání je působena systémem, který byl založen pro pomoc a ochranu dětí a jejich rodin. Dítě je takovým systémem péče poškozováno, ačkoli by mu měl být ku prospěchu. Systémové týrání se také označuje jako **druhotné ubližování (sekundární viktimizace)**. Po prvním traumatu či poranění dítěte následuje toto druhotné týrání právě těmi, kteří by měli dítě chránit po útoku na ně. Příkladem systémového týrání jsou např. případy výslechu na policii, kdy se dítě poprvé svěří se svým problémem odborníkovi, ale jeho výpověď je zpochybněna. Dítě je pak opakovaně vyslýcháno a tím se mu opětovně vybavují traumatické zážitky z minulosti. (Velemínský, 2008)

Organizované zneužívání dětí

Obecně se uvádí, že je tento zvláštní typ syndromu CAN tvořen:

- a) Sítí či společenstvím zneuživatelů, kteří se kolektivně účastní na sexuálních aktivitách s dítětem či dětmi.
- b) Sítí či společenstvím zneuživatelů, kteří získávají samostatně děti k sexuálnímu zneužívání a předávají si své oběti jeden druhému.
- c) Prostitucí dětí, nejčastěji dívek.
- d) Pornografickým kruhem dětí, nejčastěji chlapců.
- e) Každým sexuálním zneužitím dětí, které bylo způsobeno více než jednou osobou. (Dunovský a kol., 1995, str. 100)

- **Rituální zneužívání**

Tento typ zneužívání lze označit za nejpodivuhodnější, protože se často projevuje bizarními či pro dnešní dobu neuvěřitelnými příznaky a rysy. Mají někdy až fantastický nádech, který jejich věrohodnost velmi zlehčuje a někdy i vylučuje. Zvláště, jsou-li popisovány pouze dětmi.

Rituální zneužívání se považuje za takové zacházení s dětmi, které se uskutečňuje v souvislosti s nějakými symboly s náboženskou, magickou či nadpřirozenou tematikou. Vzývání těchto symbolů nebo provozování takových aktivit, většinou opakovaných, je užíváné též k nahnání strachu dětem. Většinou se jedná převážně o podstatně závažnější skutečnosti prováděné organizovaným společenstvím. (Dunovský a kol., 1995, str. 101)

- **Sexuální turismus**

V praxi tento termín můžeme vysvětlit tak, že cizinci přijíždějí do cizí země za účelem sexuálního uspokojení s dítětem. (Dunovský a kol., 1995)

- **Kyberšikana**

Kyberšikanu (**cyberbullying**) můžeme definovat jako **zneužití ICT** (informačních komunikačních technologií), zejména pak mobilních telefonů a internetu, k činnostem, které jsou cílené a mají někoho záměrně vyvést z rovnováhy.

Je to tedy jedna z forem šikany. Problémem však je, že děti a mladí lidé za těmito projevy šikany vůbec nemusí vidět. A protože nepoznají, že se jedná o šikanu, neví, jak se s ní vypořádat. Cítí se osamělé a mají mít pocit, že lidé kolem nich jejich problém nepochopí.

Obzvláště pak v dnešní době sociálních sítí, je **kyberšikana** mnohem častěji zastoupená mezi mladou populací než tomu bylo kdysi.

6 DIAGNOSTIKA

6.1 Vymezení pojmu diagnostika

Diagnostikou můžeme chápat: „*komplexní činnost interdisciplinárního týmu, zjišťujícího a posuzujícího všechny okolnosti ohlášeného nebo jinak odhaleného případu špatného zacházení s dítětem či jeho následků.*“ (Dunovský a kol., 1995, s. 180)

Modelem pro tuto činnost je klasický diagnostický postup v lékařství, který je rozšířený o spolupráci se všemi dalšími obory. Při diagnostice je důležitá **osobní, rodinná a medicínská anamnéza**. Také je nezbytné další vyšetření dětským psychologem a šetření sociální pracovníci. Pokud tento diagnostický přístup nevede ke zjištění syndromu CAN, je vhodné dítě přijmout k diagnostickému pobytu. Zatím se v takových situacích dítě umisťuje do nemocnice, nebo diagnostických dětských domovů. (Dunovský a kol., 1995)

6.2 Diagnostika tělesného týraní

V případech, kde jsou patrné známky násilí na dítěti či známky zanedbanosti a podvýživy, bývá diagnostika CAN celkem snadná. Zvláštní zlomeniny, opakované výrazné hematomy, popáleniny a mnohá další poranění zpravidla signalizují tělesné týraní dítěte.

Mnohem těžší je diagnóza podvýživy a nedostatečné péče o dítě. V současnosti se stále více vyskytuje i nedostatečná zdravotní péče o dítě. (Dunovský a kol., 1995)

6.3 Diagnostika psychického týrání

Diagnostikovat psychické týrání dítěte je obtížnější než diagnostika týrání tělesného. Duševní a citové týrání a zanedbávání je skoro vždy provázeno závažnými změnami v chování dítěte. Jejich rozpoznání a posouzení vyžaduje účast odborníků: dětského psychologa, neurologa, psychiatra. V této diagnostice je důležité odlišit změny v chování dítěte z důvodu týrání a změny v chování dítěte způsobené nějakým mimořádným zážitkem nebo událostí. (Dunovský a kol., 1995)

6.4 Diagnostika sexuálního zneužívání

Sexuální zneužívání dětí se diagnostikuje nejobtížněji, pokud se ovšem nejedná o znásilnění, které zanechá zjevné stopy na těle i na duši dítěte.

Diagnóza sexuálního zneužívání se zakládá na výpovědi oběti - dítěte, jehož věrohodnost bývá obvykle zpochybňována proti výpovědi obviněného. Obecně se také více věří dospělému než dítěti.

Rozhovor s dítětem by se měl registrovat na videozáznam a měl by být nejlépe uskutečněn pouze jedenkrát, zvláště jedná-li se závažný případ. Nezbytnou součástí komplexního vyšetření dítěte je i vyšetření dětským gynekologem či chirurgem. Při diagnostice je také nutná přítomnost sociální pracovnice ze zdravotního zařízení nebo přímo z orgánu péče o rodinu a děti. (Dunovský a kol., 1995)

7 PÉČE O DÍTĚ - SYNDROM CAN

Současný stav a kvalita péče o děti týrané, zneužívané a zanedbávané v České republice poukazuje na nepříliš kvalitní a dobrou úroveň. (Dunovský a kol., 1995)

Dunovský a kol. (1995) uvádějí zásady a principy, na nichž by měl být budován celý systém péče o děti se syndromem CAN.

- a) Komplexnost péče o děti** - Respektuje všechny potřeby a požadavky dětí, včetně jejich práv a to v každém vývojovém období dítěte.

- b) Interdisciplinárnost péče o děti** - Jedná se o společnou činnost všech zúčastněných odborníků z různých oborů. Každý podle potřeby vstupuje do řešení případu svým podílem. Jejich práce musí být koordinována nejzkušenějším či za dítě nejvíce odpovědným pracovníkem, anebo přímo vedoucím odborného pracoviště. Důležitou složkou pro tuto péči jsou společné semináře a konference.

- c) Kvalifikovanost péče** - Kvalifikovanost péče by se také měla projevit v chápání syndromu CAN jako závažného selhání bezprostředního prostředí dítěte, na prvním místě jeho rodiny.

- d) Organizační formy a způsoby řešení syndromu CAN** - Těžiště této práce spočívá v **ambulantní praxi**, propojené jednak směrem „z terénu“ (dopisy, návštěvy na pracovišti) a směrem „do terénu“ (návštěvy a šetření v rodinách, terapie v rodinách apod.).

- e) Připravenost, pohotovost, rychlost a pružnost poskytnout náležitou pomoc potřebným dětem** - Tento úkol pomáhají plnit důvěrné telefonní linky, které jsou schopny dítě vyslechnout, poradit mu či přímo zprostředkovat radu a pomoc, a to především v kritických situacích.
- f) Většina odborných pracovišť jsou zařízeními dobrovolných nebo církevních organizací** - Nestátních, avšak státem dotovaných organizací. Jejich velkou výhodou je občanský a etický význam.
- g) Celkové pojetí práce** těchto odborných útvarů se opírá o **dobrovolnost, se kterou se klienti na ně obracejí**. Řešení syndromu CAN je dále založeno na **naprosté důvěryhodnosti a diskrétnosti**.
- h)** Při řešení případů týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte je nutno vycházet ze základního východiska, které je zakotvené i Úmluvou o právech dítěte.
- i)** Vedoucím principem péče o děti postižené syndromem CAN je **prevence**.

8 PREVENCE

8.1 Primární prevence

Dle **Světové zdravotnické organizace** primární prevence znamená jednání, kdy by k určitému neblahému společenskému jevu vůbec nemělo docházet. Mělo by se předcházet jejímu vzniku již v počátcích.

Působení primární prevence je zaměřeno na širokou veřejnost, na rodiče a odborníky (lékaře, sociální pracovníky, apod.) (Dunovský a kol., 1995)

Široce založená osvěta je hlavním prostředkem primární prevence. Primární prevence je také posilování dobrého rodičovského vztahu, založeného na poznání dítěte a porozumění mu. (Dunovský a kol., 1995)

8.2 Sekundární prevence

Dle Dunovského a kol. (1995) se sekundární prevencí rozumí:

- vytipování rizikových skupiny obyvatelstva a rizikových životních situací, za nichž nejspíše k týrání, zanedbávání či zneužívání dítěte dochází,
- cílené působení na tyto skupiny lidí a situace tak, aby se riziko CAN snížilo na úplné minimum.

Sekundární prevence je zaměřená na rizikové skupiny obyvatelstva. Mezi tyto rizikové skupiny patří především **dysfunkční** a **afunkční** rodiny a děti, které jsou postižené či jinak zdravotně ohrožené. (Dunovský a kol., 1995)

Prevence na této úrovni znamená rizika odhalovat, objasňovat a poznávat.

Cílem této prevence je ochrana dítěte i potenciálního pachatele CAN tak, aby k žádnému ubližování dítěti nedošlo. (Dunovský a kol., 1995)

8.3 Terciární prevence

Terciální prevence je skoro totožná s vlastní terapií a rehabilitací týraných, zneužívaných či zanedbávaných dětí. Cílem je zabránit dalšímu zhoršování situace a pomoci najít co nejpříjemnější řešení i v těch nejhorších podmínkách. (Bechyňová, 2007)

9 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část mé bakalářské práce obsahuje výzkumné šetření, které je zaměřeno na Syndrom CAN, konkrétně pak na míru informovanosti o této problematice náhodně vybraných respondentů.

Pro své výzkumné šetření jsem zvolil kvantitativní formu výzkumu prostřednictvím dotazníků.

9.1 Cíl výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit míru informovanosti respondentů o syndromu CAN. Zda se s tímto pojmem někdy už setkali či by věděli kam se obrátit v případě podezření, apod.

9.2 Hypotéza a očekávání od výzkumného šetření

Základní otázkou mého výzkumného šetření je: „ Je široká veřejnost dostatečně informovaná o existenci syndromu CAN?“ Na tuto myšlenku mě přivedla neinformovanost o této problematice mých známých. Mokrát jsem se setkával s nechápavými výrazy po zodpovědění dotazu, o jakém tématu píše svou bakalářskou práci.

Od tohoto výzkumu očekávám potvrzení své hypotézy, že veřejnost sice ví, že existuje problém týraného, zneužívaného či zanedbávaného dítě, nicméně jsem zjistil, že si tento pojem, pojem CAN každý vysvětluje jinak. Někdo si pod pojmem týrání představí pouze fyzické napadení a tím bere skutečnost, že je dítě týráno. Čím dál tím více se ujišťuji, že o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte neví dostatečné procento veřejnosti v souvislosti s výše zmíněným pojmem syndromu CAN.

9.3 Technika sběru dat

Jako techniku pro toto výzkumné šetření jsem zvolil formu anonymního dotazníkového šetření, který byl respondentům poskytnut v papírové či online formě.

9.4 Nástroj sběru dat, výběr okruhu respondentů

Jak již jsem zmínil, jako nástroj sběru dat jsem zvolil **dotazník**. Tento dotazník byl poskytnut v papírové či online formě. Můžete ho nalézt v příloze č. 4. Jak již jsem zmínil, dotazník byl zcela anonymní, a tudíž se nemohu 100% zaručit za pravdivost odpovědí. Co se týče výběru respondentů, nekladl jsem konkrétní požadavky. Prvním požadavkem byl pouze věk starší 15 - ti let a druhým požadavkem byla snaha nasměřovat dotazník lidem, kteří nejsou z oboru sociální práce.

Mým cílem pro vyhodnocení dotazníků byla návratnost minimálně 150 - ti dotazníků, která se splnila. Dokonce jsem musel určitý počet dotazníků vyřadit. A to z důvodu neúplného či nesmyslného vyplnění. Návratnost dotazníků byla 89 %.

9.5 Výsledky výzkumného šetření

Výzkumného šetření se zúčastnilo 150 lidí z celé České republiky, ve vysokém zastoupení byli občané Plzeňského kraje.

První čtyři otázky z výzkumu se zaměřují na rozdělení respondentů dle pohlaví, věku, vzdělání a profese. **Ke každé otázce je vytvořený graf, který můžete nalézt v příloze č. 5.** Dotazník naleznete v příloze č. 4

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Muž	67	44,66
Žena	83	55,33

Jak je zřetelně vidět, dotazník vyplnilo 55 % žen a 45 % mužů. Tento výsledek jsem očekával, jelikož si myslím, že se touto problematikou zabývají spíše ženy.

Tabulka č. 2: Věková struktura

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
15 - 18 let	8	5,33
19 - 25 let	62	41,33
26 - 35 let	33	22
36 - 45 let	24	16
46 - 50 let	13	8,66
50 a více let	10	6,66

Dle věkové struktury nejvíce byla zastoupena věková kategorie ve věku 19 – 25 let (62 lidí). Dále pak v hojném počtu byla zastoupena věková skupina 26 – 35 let.

Tabulka č. 3: Vzdělání

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ZŠ	27	18
SŠ	63	42
VOŠ	31	20,66
VŠ	29	19,33

Největší zastoupení má středoškolské vzdělání, poté následuje vzdělání Vyšší odborné školy. Nejvíce mě u této otázky překvapila míra zastoupení respondentů se základním vzděláním.

Tabulka č. 4: Profese

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
vedoucí pracovník	8	5,33
mateřská dovolená	15	10
student	53	35,33
pokladní	12	8
nezaměstnaný	8	5,33
kadeřnice	4	2,66
OSVČ	19	12,66
státní zaměstnanci	21	14
ostatní (automechanik, operátor výroby,...)	10	6,66

S největším zastoupením se toho výzkumu stalo 53 studentů necelých 35 %. Jak je na tabulce vidět, ostatní obory jsou zastoupeny ve stejné míře, krom menšího zastoupení kadeřnic. Jelikož některé profese byly zastoupeny pouze jedním člověkem, jsou přiřazeny do skupiny ostatní.

Tabulka č. 5: Setkal jste se s někým, kdo byl či je fyzicky týrán?

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	42	28
ne	84	56
nejsem si toho vědom	24	16

V tomto případě odpovědělo 42 lidí, že se setkali s někým, kdo by byl či je tělesně týrán. Z toho 84 respondentů uvádí, že se nikdy s ničím takovým nesešlo. Osobně jsem očekával větší zastoupení respondentů, kteří se s týráním setkali. 24 respondentů odpovědělo, že si nejsou vědomi, jestli se s něčím takovým setkali.

Tabulka č. 6: Pokud jste odpověděli ano, kdo na týrání upozornil?

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
samo dítě	3	2,00
lékař	2	1,33
spolužák, kamarád	10	6,67
prarodiče	0	-
soused	27	18,00

Ze 42 lidí, kteří na předchozí otázku odpověděli ano, to znamená, že se setkali s někým, kdo je, byl fyzicky týrán, odpovědělo 27 lidí, že nejčastěji je upozornil soused. Na druhém místě se se svými 10 - ti respondenty nachází spolužák či kamarád. Prarodiče nikdo za „ohlašovatele“ neoznačil.

Tabulka č. 7: Setkal jste se s někým, kdo je nebo byl psychicky týrán.

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	28	18,67
ne	74	49,33
nejsem si toho vědom	48	32,00

Na tabulce můžeme vidět, že zhruba 50 % respondentů odpovědělo, že nesetkali se s nikým, kdo byl či je psychicky týrán. Na druhé místo můžeme umístit odpověď – nejsem si toho vědom. Pouze 19 % lidí uvedlo, že znají někoho, kdo je či byl psychicky týrán. U této otázky jsem takovýto výsledek očekával, neboť psychická forma je častokrát těžce odhalitelná.

Tabulka č. 8: Jak byste reagoval(a), kdyby jste zjistil(a), že partner/partnerka týrá vaše dítě.

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
nevím	33	22,00
přivolání policie	61	40,67
návštěva odborníka	35	23,33
nic bych nedělal (a)	4	2,67
nevěřil (a) bych tomu	17	11,33

V této otázce měli respondenti na výběr z několika možností, co by dělali v případě odhalení, že jejich partner či partnerka týrá dítě. Zhruba 41 % (61 osob) odpovědělo, že by přivolalo policii. Poté skoro na stejné úrovni se umístila odpověď, že by navštívili odborníka 23 % (35 osob) a 22 % (33 osob) by nevědělo co dělat.

Tabulka č. 9: Co si myslíte, že lze považovat za týrání?

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
drobné tělesné tresty	11	7,33
ponižování, nadávky	88	58,67
tvrdé tělesné tresty	45	30,00
křik	6	4,00

Zhruba 59 % (88 respondentů) se domnívá, že ponižování a nadávky lze již považovat za formu týrání. Tvrdé tělesné tresty jsou zastoupeny 30 % (45 osob).

Tabulka č. 10: O které formě si myslíte, že je horší?

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
fyzická	86	57,33
psychická	64	42,67

Přibližně 58 % (86 osob) má názor, že fyzické týrání je horší než psychické. 43 % respondentů zastává názor, že psychické týrání je mnohem horší. Je velice dobře vidět, že až tak znatelný rozdíl mezi těmito odpověďmi není, tudíž lze tvrdit, že se tyto dvě formy týrání dají považovat za stejně závažné.

Tabulka č. 11: Myslíte si, že je lehčeji rozpoznatelné psychické nebo fyzické zanedbávání?

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
psychické	10	6,67
fyzické	138	92,00
obojí stejně	2	1,33

Tak jak jsem i očekával 92 % (138 osob) odpovědělo, že lehčeji rozpoznatelné je týrání fyzické, které lze snadno rozpoznat na základě vnějších příznaků (modřiny, aj). 10 osob odpovědělo, že lehčeji rozpoznatelné je týrání psychické a 2 osoby hlasovaly pro variantu obojí stejně.

Tabulka č. 12: Ublížil Vám někdo tak, že byste to mohli považovat za formu týrání?

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	14	9,33
ne	136	90,67

90 % (136 osob) udává, že jim nikdy nebylo ubližováno v takové míře, aby se dala považovat za formu týrání. Myslím si, že tato odpověď nemusí být tak jednoznačně přesná, jelikož mnoho lidí si tuto zkušenost nemusí pamatovat, nebo jí chtějí zatajit i přes to, že byl dotazník anonymní. Na druhou stranu mnoho lidí si pod pojmem týrání představí něco jiného, a každý máme hranici nastavenou někde jinde.

Tabulka č. 13: Myslíte si, že člověk, který týrá dítě, byl v dětství také týrán, či se s tímto problémem setkal, například u sourozenců?

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	62	41,33
ne	43	28,67
nevím	45	30,00

Většina lidí 62 osob (41 %) bere tuto problematiku jako dědičnou věc, kdy záleží na výchově. Můžeme si to přirovnat na příkladu, kdy v rodině matka s otcem kouří, je ve společnosti zažité, že dítě bude v dospělosti kouřit taky. Sice je zde větší riziko, že dítě doopravdy kouřit začne, není to však pravidlem. 43 osob (28 %) odpovědělo, že zkušenost s touto problematikou v dětství nemá za následek rozvíjení týrání dětí v dospělosti. Nepatrný rozdíl 45 osob (30 %) vyšel u odpovědi nevím. Myslím si, že takto vysoké procento odpovědi nevím je způsobeno přístupem dnešní společnosti, kdy nejsnadnější odpovědí je právě slovo nevím.

Tabulka č. 14: Slyšeli jste už o syndromu CAN?

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	22	14,67
ne	138	92,00

Převážná většina 92 % (138 osob) odpovědělo, že nikdy o syndromu CAN neslyšelo. Tento výsledek potvrdil moji hypotézu, kdy se domnívám, že společnost je málo informována o výskytu syndromu CAN., případných prevencí či diagnostice. Tento syndrom by se dal dle mého názoru přirovnat k sexuálním deviacím, pouze z hlediska informovanosti veřejnosti.

Tabulka č. 15 Pokud ano, kde?

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
internet	32	21,33
televize	11	7,33
knihy, časopisy	3	2,00
nikdy jsem o tomto problému neslyšel (a)	138	92,00

Jak již jsem zmiňoval 138 osob (92 %) uvedlo, že se s pojmem syndrom CAN nikdy nesetkal, nesetkalo. Tomuto tvrzení mohu velice snadno věřit, jelikož když jsem psal bakalářskou práci a téměř kdokoli se mě zeptal, o čem práce pojednává, setkal jsem se s mnoha udivenými výrazy a dotazy, co tento syndrom znamená. Jelikož je dnešní společnost a technika čím dál vyspělejší, uvádí zhruba 22 % respondentů, že se s tímto syndromem setkalo na internetu. Televizní vysílání je v tomto případě zastoupeno pouze necelými 8 % a odborná literatura či jiné publikace pouze 2 %.

Tabulka č. 16 Organizace pomáhající týraným dětem.

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Klokánek	38	25,33
Linka bezpečí	62	41,33
Nevím	18	12,00
Dětské krizové centrum	32	21,33

U této otázky měli respondenti sami vyplnit alespoň 1 organizaci, která pomáhá týraným dětem. Jelikož se jednalo o doplňovací otázku, musel jsem několik handlivých odpovědí vyřadit. Byl jsem mile překvapen, že odpověď nevím byla zastoupena pouze 12 %. Na prvním místě se umístila Linka bezpečí v zastoupení necelých 42 % (62 osob). Odpověď dětské krizové centrum byla zastoupena 21 % (32 osob). Odpověď Klokánek vyplnilo necelých 26 % respondentů. Myslím si, že odpověď Linka bezpečí byla zastoupena ve velké míře, jelikož je tato linka mezi veřejností velice známá ať se jedná o jakoukoliv problematiku. Odpověď Klokánek si můžeme vysvětlit tím, že tento pojem je neustále opakován v médiích ohledně určitých kauz.

ZÁVĚR

Touto prací je především má snaha více přiblížit danou problematiku syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte pokud možno co nejširší veřejnosti.

Proto je mou maximální snahou zde daný problém co nejdůležitěji popsat a zaujmout co největší množství čtenářů, kterým jak doufám tato má práce pomůže se s danou problematikou lépe seznámit a tuto pochopit.

Vytvoření této práce mi přineslo jak teoretické poznatky, které jsem čerpal studiem odborné literatury, tak i poznatky praktické souvisejícím s mým výzkumným šetřením. Jak je již v obsahu této práce uvedeno, syndrom CAN je stále a dle mých poznatků i více aktuálním tématem, ale přesto má o něm široká veřejnost malé povědomí. Proto ve své práci tento syndrom nejen podrobně definuji, ale neméně se snažím vzbudit zájem čtenářů, aby se sami aktivně zapojili při řešení tohoto problému. Uměli se v problému orientovat a věděli jak v popsanych situacích jednat.

Syndrom CAN je dle mého zjištění bohužel čím dál tím větším problémem, který navíc přizívuje dnešní lidská sobeckost a nesolidarita.

Ve své práci též přikládám tiskové a statistické zprávy a také grafy k jednotlivým otázkám mého výzkumu. Věřím, že toto mé zjištění povede alespoň část tazatelů k zamyšlení nad jejich postojem k danému problému.

Při studiu podkladů pro tuto bakalářskou práci jsem se dozvěděl mnoho zajímavých a nových informací. Dle mého názoru by pro čtenáře mohla být tato práce přínosná a zajímavá jak z hlediska obsahové stránky, tak z množství nových informací.

V teoretické části se dále snažím čtenáři vysvětlit ty nejdůležitější pojmy. V praktické části je obsažený výzkum míry informovanosti náhodně vytipované části veřejnosti. Dle výsledků je patrné, že veřejnost sice ví co je týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Nicméně již nemá přehled o existenci syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Nadále přežívá trend (i když v menší míře), že je lepší tento problém nechat

uzrát uvnitř rodiny, nikoli ho řešit s odborníky a poukázat tak na nějaký problém uvnitř rodiny.

V přílohách pak můžete nalézt tiskové a statistické zprávy Dětského krizového centra a mimo jiné také grafy k jednotlivým otázkám ve výzkumu.

Budoucím čtenářům této bakalářské práce přeji, aby byla přínosem pro jejich lepší informovanost o této problematice.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1)** BECHYŇOVÁ, Věra. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. Vyd. 1. Praha: IREAS, 2007, 229 s. ISBN 978-80-86684-47-5.
- 2)** GARDNER, Richard A. *Terapeutické intervence u dětí se syndromem zavržení rodiče*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2010, 428 s. ISBN 978-80-7387-365-3.
- 3)** HANUŠOVÁ, Jaroslava. *Násilí na dětech - syndrom CAN*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 24 s. ISBN 80-86991-78-4.
- 4)** DUNOVSKÝ Jiří, Zdeněk MATĚJČEK a Zdeněk DYTRYCH. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995, 245 s., [8] s. il. na příl. ISBN 80-7169-192-5.
- 5)** ŠPECIÁNOVÁ, Šárka. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. Praha: Linde, 2003, 156 s. ISBN 80-86131-44-0.
- 6)** ROBERT, Jocelyne. *Nenech si to líbit!: ochrana dítěte před sexuálním zneužitím*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 93 s. ISBN 978-80-262-0340-7.
- 7)** MILFAIT, René. *Komerční sexualizované násilí na dětech*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 210 s. ISBN 978-80-7367-320-8.
- 8)** WEISS, Petr. *Sexuální zneužívání dětí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 264 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0929-5.

9) *Rukověť pro poskytovatele a zadavatele sociálních služeb v oblasti problematiky dětí a mládeže.* 1. vyd. Editor Miloš Velemínský, Petr Studenovský. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008, 249 s. ISBN 978-80-7394-064-5.

10) DUNOVSKÝ, Jiří. *Problematika dětských práv a komerčního sexuálního zneužívání dětí u nás a ve světě.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 251 s. ISBN 80-247-1201-6.

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

12) ELLIOTT, Michele. *Jak ochránit své dítě.* Vyd. 3. Praha: Portál, 2000, 153 s. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7178-419-2.

13) ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie.* 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 603 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1049-8.

Internetové zdroje

15) *SOS vesničky: pěstounská péče* [online]. [cit. 2015-07-16]. Dostupné z: <http://www.sos-vesnicky.cz/pestounska-pece/poradna/poradna-formular/?action=result&result=ok>

16) *Dětské krizové centrum: Dokumenty (výroční a tiskové zprávy)* [online]. [cit. 2015-07-24]. Dostupné z: <http://www.ditekrize.cz/nase-dokumenty/8>

17) *Prevence kriminality: Musíš udržet tajemství* [online]. [cit. 2015-07-23]. Dostupné z: http://www.prevencekriminality.cz/evt_file.php?file=72

18) *Spravedlnost dětem: Definice týrání dle Zdravotní komise Rady Evropy* [online]. [cit. 2015-07-29]. Dostupné z: http://www.iustin.cz/Ruzne/DEF_TYR.asp

19) *O psychologii: Posttraumatická stresová porucha* [online]. [cit. 2015-07-23]. Dostupné z: <http://www.opsychologii.cz/clanek/46-posttraumaticka-stresova-porucha/>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Tisková zpráva z dětského krizového centra z roku 2014.

Příloha č. 2 - Statistika Dětského krizového centra syndromu CAN

Příloha č. 3 - Plakát z projektu Dětského krizového centra

Příloha č. 4 - Dotazník k provedenému výzkumu informovanosti ohledně syndromu CAN

Příloha č. 5 - V této příloze naleznete jednotlivé grafické vyhodnocení otázek z výzkumu.

Příloha č. 6 - Fotodokumentace dětí, které byly obětmi násilí.

Příloha č. 7 - Právní normy související se syndromem CAN

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Pohlaví respondentů

Graf č. 2: Věk respondentů

Graf č. 3: Vzdělání respondentů

Graf č. 4: Profese

Graf č. 5: Setkání s fyzickým násilím

Graf č. 6: Kdo upozornil na týrané dítě

Graf č. 7: Setkání s psychickým týráním

Graf č. 8: Zjištění týrání

Graf č. 9: Co lze považovat za týrání

Graf č. 10: Závažnější forma týrání

Graf č. 11: Lehčeji rozpoznatelné týrání

Graf č. 12: Ublížení člověku

Graf č. 13: Přenos z dětství

Graf č. 14: Syndrom CAN

Graf č. 15: Poznatky o problematice

Graf č. 16: Pomáhající organizace

SEZNAM TABULEK

V teoretické části:

Tabulka 1 Formy a projevy syndromu CAN

Tabulka 2 Způsoby psychického týrání a jejich následky

Tabulka č. 3 Popis stádií procesu vývoje šikany

Tabulka č. 4 Diagnostika šikany – přímé a nepřímé ukazatele

V Praktické části:

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

Tabulka č. 2 Věková struktura

Tabulka č. 3 Vzdělání

Tabulka č. 4 Profese

Tabulka č. 5 Setkal jste se s někým, kdo byl či je fyzicky týrán?

Tabulka č. 6 Pokud jste odpověděli ano, kdo na týrání upozornil?

Tabulka č. 7 Setkal jste se s někým, kdo je nebo byl psychicky týrán.

Tabulka č. 8 Jak byste reagoval(a), kdyby jste zjistil(a), že partner/partnerka týrá vaše dítě.

Tabulka č. 9 Co si myslíte, že lze považovat za týrání?

Tabulka č. 10 O které formě si myslíte, že je horší?

Tabulka č. 11 Myslíte si, že je lehčeji rozpoznatelné psychické nebo fyzické zanedbávání?

Tabulka č. 12 Ublížil Vám někdo tak, že byste to mohli považovat za formu týrání?

Tabulka č. 13 Myslíte si, že člověk, který týrá dítě, byl v dětství také týrán, či se s tímto problémem setkal, například u sourozenců?

Tabulka č. 14 Slyšeli jste už o syndromu CAN?

Tabulka č. 15 Pokud ano, kde?

Tabulka č. 16 Organizace pomáhající týraným dětem.