

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra výchovy ke zdraví

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra výchovy ke zdraví

Problematika syndromu CAN v ústavní výchově

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Barbora Kučerová

Studijní program: Vychovatelství

Studijní obor: Vychovatelství se zaměřením na výchovu ke zdraví

Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

České Budějovice, červen 2014

University of South Bohemia in České Budějovice

Faculty of Education

Department of Health Education

The issue of CAN syndrome in residential care

Diploma thesis

Author: Bc. Barbora Kučerová

Study programme: Education

Field of study: Education concerning of Health Education

Supervisor: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

České Budějovice, June 2014

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Bc. Barbora Kučerová

Název diplomové práce: Problematika syndromu CAN v ústavní výchově

Pracoviště: Katedra Výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

Rok obhajoby diplomové práce: 2014

Abstrakt: V diplomové práci se zabývám problematikou syndromu CAN v ústavní výchově. V teoretické části vymezuji pojem syndromu CAN a popisuji podrobně jeho druhy, tak aby došlo k pochopení podstaty a variability syndromu CAN. Problematika syndromu CAN v ústavní výchově se vyznačuje prací s následky syndromu CAN. Z toho důvodu v teoretické části uvádím následky, se kterými se vychovatelé setkávají, ale také základní informace o ústavní výchově. Popsané následky syndromu CAN jsou doplněny o poznámky konkrétních případů, se kterými se vychovatelé v ústavní výchově mohou setkat, a jak s nimi mají pracovat. Ve výzkumné části zjišťuji například to, jestli jsou děti se syndromem CAN umístěvané do ústavní péče. V rámci výzkumné části jsou dále vytvořeny čtyři kazuistiky dětí se syndromem CAN. Na základě rozhovorů s pěti odborníky, kteří pomáhají dětem se syndromem CAN, zjišťuji, jaká je vhodná péče o tyto děti. Kazuistiky následně doplňuji o návrh vhodné péče, který vychází z informací získaných z rozhovorů.

Klíčová slova: syndrom CAN, týrání, zneužívání, zanedbávání, následky, trauma, ústavní výchova, vychovatelé

Bibliographic identification

Name and Surname: Bc. Barbora Kučerová

Name of diploma thesis: The issue of CAN syndrome in residential care

Department: Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia in České Budějovice

Supervisor: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

The year of presentation: 2014

Abstract: The diploma thesis deals with issues of the CAN syndrome in the residential care. In the theoretical part of the thesis, I specify the term of the CAN syndrome and describe types of the CAN syndrome in detail, in order to understand the nature and variability of the CAN syndrome. The issue of the CAN syndrome in the institutional care is characterized by working with consequences of CAN syndrome. Therefore, I described in the theoretical part the consequences that educators usually have to face, along with basic information on institutional care. The described consequences of the CAN syndrome are complemented by notes on specific cases which educators may encounter within their practice. In survey in the research part of the thesis, for example, whether children suffering from the CAN syndrome are being placed in the residential care. As a part of the research, four case reports of children with CAN syndrome are provided. On the basis of interviews with five specialists who help children suffering from CAN syndrome, I tried to find what the appropriate care of those children is. I consequently complemented the case reports by a proposal of an appropriate care on the basis of information obtained from the interviews.

Keywords: syndrome CAN, abuse, neglect, mistreatment, maltreatment consequences, trauma, residential care, tutors

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě (v úpravě vzniklé z vyznačených částí archivovaných Pedagogickou fakultou) elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 26. 6. 2014

.....

Bc. Barbora Kučerová

Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucí diplomové práce Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za její odborné vedení při zpracování této práce a především za její ochotu.

Dále bych chtěla poděkovat personálu Klokánku Chabařovická, který mě vřele přijal, inspiroval a podporoval při sepsání této diplomové práce.

Obsah

1	ÚVOD.....	3
2	TEORETICKÁ ČÁST.....	5
2.1	Vývoj pojmu syndrom CAN a jeho charakteristika.....	5
2.1.1	Definice syndromu CAN	6
2.1.2	Příčiny syndromu CAN.....	7
2.2	Druhy syndromu CAN.....	9
2.2.1	Tělesné týrání.....	9
2.2.2	Psychické týrání	12
2.2.3	Zanedbávání	13
2.2.4	Zneužívání dětí.....	15
2.2.5	Sexuální zneužívání dětí	16
2.2.6	Zvláštní formy syndromu CAN	18
2.3	Problematika ústavní výchovy v ČR s náhledem na situaci dětí se syndromem CAN	21
2.3.1	Diagnostický ústav	21
2.3.2	Dětský domov a dětský domov se školou.....	22
2.3.3	Vychovatelé	24
2.4	Problematika syndromu CAN v ústavní výchově.....	25
2.4.1	Fyzické následky a práce s nimi v ústavní výchově	26
2.4.2	Psychosomatické následky syndromu CAN a práce s nimi v ústavní péči	27
2.4.3	Psychosociální následky syndromu CAN a jejich práce s nimi v ústavní výchově.....	30
3	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	35
3.1	Protokol výzkumného šetření	35
3.1.1	Cíle výzkumné práce.....	35
3.1.2	Formulace výzkumných otázek	35
3.1.3	Výzkumné předpoklady	36

3.1.4	Metody výzkumu	36
3.1.5	Výběr respondentů pro druhou etapu výzkumu	36
3.2	První etapa výzkumu	37
3.2.1	Zúčastněné skryté pozorování v Klokánku Chabařovická na Praze 8	37
3.2.2	Textová analýza případových spisů	39
3.3	Druhá etapa výzkumu	40
3.3.1	Rozhovory- druh, etika, respondenti, způsob analýzy	40
3.3.2	Kazuistiky dětí se syndromem CAN.....	55
3.4	Závěr výzkumu	64
3.4.1	Výsledky	64
3.4.2	Doplnění kazuistik	67
3.4.3	Diskuze nad výsledky	68
4	ZÁVĚR	74
5	SEZNAM ZKRATEK.....	76
6	CITOVANÁ LITERATURA.....	77
7	PŘÍLOHY	83
7.1	Rozhovor č. 1, pediatr.....	83
7.2	Rozhovor č. 2, etoped	89
7.3	Rozhovor č. 3, psychiatr a psycholog.....	97
7.4	Rozhovor č. 4, ředitel Klokánku a sociální pracovník.....	102
7.5	Rozhovor č. 5, dětský chirurg a traumatolog.....	107

1 Úvod

Syndrom CAN neboli syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte je v dnešní době, stejně tak jako v dobách minulých, častým jevem. S rozvojem civilizace se změnil pouze pohled na tento jev, na jeho četnost, či se modifikovaly některé formy syndromu CAN. Jinak se jedná o jev, ke kterému docházelo a dochází stále. Nejedná se o jev, který by byl společnosti vyloženě skrytý. Je ale pravdou, že případy, o kterých se dozvídá veřejnost, jsou pouze špičkou ledovce.

Co ale společnost už nevnímá, je to, co se s dětmi, které byly týrané, zneužívané či zanedbávané, stane, co z nich vyroste a co si odnáší do dalšího života. Tato práce je zaměřená na problematiku syndromu CAN v ústavní výchově. V rámci svého studia zaměřeného na vychovatelství jsem se setkala s těmito dětmi v ústavní výchově. Viděla jsem, že i když děti unikly svým trýznitelům a jsou tzv. v bezpečí, jejich další vývoj je narušen tím, co se jim stalo. A právě v dětských domovech na praxi jsem se začala zajímat o to, jaký je další vývoj těchto dětí a jak je minulost ovlivní do budoucna. Z tohoto důvodu jsme se rozhodla prostudovat dostupné informace o syndromu CAN jako takovém, o následcích syndromu CAN a výchozí situaci vychovatelů, kteří tráví s dětmi v ústavní výchově nejvíce času.

Jako studentku oboru vychovatelství se zaměřením na výchovu ke zdraví mě zajímá vychovatelská praxe z pohledu ovlivňování zdraví dětí. Pokud mluvím o zdraví, myslím tím vždy holistické pojetí. Věřím, že vychovatelé by měli vést své svěřence ke zdraví, tak aby se cítili dobře a dokázali se postavit světu po té, co odejdou z ústavní péče.

Teoretickým cílem předkládané práce je popsat syndrom CAN se zaměřením na formy syndromu CAN. Dalším cílem teoretické části je popsat pojmy související s ústavní výchovou a zaměřit se na následky syndromu CAN, se kterými se setkávají vychovatelé v rámci své praxe.

Výzkumný problém je syndrom CAN v ústavní výchově. Cílem práce je zjistit, zda-li jsou děti se syndromem CAN umisťované do ústavní výchovy. Dílčím cílem je zjistit, jakým způsobem se detektuje syndrom CAN u dětí v ústavní výchově a dále zjistit, zda-li existuje specifická práce s dětmi se syndromem CAN v ústavní péči.

Výzkumná část si dále klade za cíl vytvořit kazuistiky dětí se syndromem CAN a na základě rozhovorů s odborníky zjistit, co jsou důležité aspekty v péči o dítě se syndromem CAN a jak by měla vypadat péče o tyto děti v ústavní výchově. Informace získané z rozhovorů budou použity pro doplnění kazuistik o návrh vhodné péče. K řešení výzkumných cílů bude použito více metod, jako je textová analýza, pozorování či rozhovor v rámci kvalitativního pojetí výzkumu.

2 Teoretická část

2.1 Vývoj pojmu syndrom CAN a jeho charakteristika

Syndrom CAN, neboli syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte není v moderní společnosti ničím novým. Celá historie lidstva je poznamenána jednáním, které dětem ubližovalo či je přímo hubilo. Co se ale změnilo, je pohled na takovéto chování, postupem času se měnila norma chování k dětem a na to následně navázaly způsoby, jak děti chránit. Za základní posun je všeobecně považováno definování daného problému, v našem případě se jedná o popsání možností ubližování dítěti. Ať už se jednalo o jednotlivce, instituce, organizace či přímo státy, docházelo k postupnému budování ochrany dětské populace.

Za první významný krok bychom mohli považovat založení Národní společnosti prevence proti krutostem na dětech v roce 1883 v Liverpoolu. Tato organizace se zaměřovala převážně na tělesné týrání dětí, tedy na násilí na dětech, jejich vykořisťování v námezdních pracích, na nedostatek péče a výživy. Díky Národní společnosti se rozšířilo povědomí o špatném zacházení s dětmi, o týrání dětí a o nepečování o ně, v anglickém jazyce označované termíny mistreatment a maltreatment (DUNOVSKÝ, 1995 str. 16).

Další významný krok k ochraně dětí učinil John Caffey v roce 1946, na kterého navázal v roce 1953 doktor Silverman, který pojmenoval a popsal zranění, označené zkratkou NAI - Non-accidental injuries, do češtiny překládané jako neúrazové zranění vzniklé krutým zacházením s dítětem. Díky jeho práci se začalo šířit povědomí o fyzickém týrání dětí, které vyústilo až k sepsání Charty práv dítěte Organizací spojených národů v roce 1959 (SLANÝ, 2008 str. 13).

Velkým průlomem k formování syndromu CAN bylo popsání Syndromu bitého dítěte (Battered Child Syndrome) v roce 1962 Henrym Kempenem. Díky sepsání Charty práv dítěte a syndromu bitého dítěte došlo v různých zemích k postupnému přijímání zákonů o ochraně dětí a o povinném hlášení o týrání dětí. Dále také vznikl nový termín Child Abuse, tedy zneužívání dítěte (SLANÝ, 2008; DUNOVSKÝ, 1995). S podrobným poznáním fyzického zneužívání si odborníci všimli, že všechny děti, kterým

je fyzicky ublíženo trpí i psychicky a emocionálně, čímž byl termín Child Abuse doplněn o Neglect (zanedbání) a dal vzniku termínu syndromu CAN.

Kromě fyzického a psychického týrání a zanedbávání bylo již od šedesátých let pozorováno sexuální násilí na dětech, které je v termínu CAN také obsaženo. Nicméně v české i zahraniční literatuře se využívá zkratka CSA, která znamená Child Sexual Abuse, tedy sexuální zneužívání dítěte. Poměrně novým termínem je Commercial Sexual Exploitation of Children (CSEC) neboli komerční sexuální zneužívání (DVOŘÁKOVÁ, 2004 str. 8).

Syndrom CAN má v české literatuře ekvivalent syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Nicméně i v České republice se běžně používá zkratky CAN. Přesto se můžeme v literatuře setkat s pojmem syndrom TZZ tedy syndrom Týraného, Zneužívaného a Zanedbávaného dítěte (SLANÝ, 2008 str. 13). Týrání, zneužívání, zanedbávání a jeho druhy a dělení jsou popsány níže.

2.1.1 Definice syndromu CAN

Sedláková a kolektiv charakterizují syndrom CAN jako soubor negativních důsledků špatného zacházení s dítětem, kde je přítomna příčinná souvislost mezi aktivitou agresora vůči dítěti, které má ať už přímé či nepřímé následky na jeho aktuální stav, ale promítají se i do jeho vývoje a často i všech oblastí jeho života (SEDLÁKOVÁ, 2010 str. 13).

Nicméně nejčastější definice citovaná v české literatuře je od Matějčíka, Dunovského a Dytricha. „Za týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte považujeme jakékoliv nenáhodné, preventabilní, vědomé (případně i nevědomé) jednání rodiče, vychovatele anebo jiné osoby vůči dítěti, jež je v dané společnosti nepřijatelné nebo odmítané a jež poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popřípadě způsobuje jeho smrt.“ (DUNOVSKÝ, 1995 str. 24) Existuje velké množství definic, nicméně většina z nich má podobné atributy, jako jsou *opakovanost*, *nadřazenost agresora* (asymetrická agrese), *nenáhodnost* (většinou agresor ví, co činí), *preventabilnost* (útoky lze předcházet), *společenská nepřijatelnost* a *činy v podobě fyzického, psychického, sexuálního týrání a zneužívání* nebo naopak *nečinnost ve fyzické oblasti* (zanedbávání) *či psychické* (SLANÝ, 2008; BECHYŇOVÁ, 2007; ŠPECIÁNOVÁ, 2003; DUNOVSKÝ, 1995).

Syndrom CAN je složitým jevem, ke kterému je nutno přistupovat interdisciplinárně (SEDLÁKOVÁ, 2010 str. 11). Při jeho diagnostice, řešení, intervenci s následným dopadem se podílí mnoho oborů, například lékařský, pedagogický, psychologický, sociálně právní, sociologický, psychiatrický, právní a trestní a mnoho dalších. Například i statistické disciplíny, které přispívají k orientaci výskytu syndromu CAN.

V současné době se uvádí, že výskyt CAN je 1- 2 % v dětské populaci. Ve větším množství jsou oběti děti do šesti let věku. Syndrom CAN postihuje již novorozence a statisticky nejsou pozorované žádné rozdíly v kvantitě mezi chlapci a dívkami. Nicméně se předpokládá, že většina dostupných statistik jsou tak říkajíc pouze špičkou ledovce. Pokud není ohlášeno na policii podezření na syndrom CAN, nedojde ani k jeho statistickému zpracování (Sedláková, 2010, str. 14; Slaný, 2008, str. 14). Tím pádem se předpokládá, že dětí, které jsou týrány, zneužívány či zanedbávány, je ve skutečnosti mnohem více.

2.1.2 Příčiny syndromu CAN

V příčinách ubližování dětem hraje roli široké rozpětí různých faktorů. Hlavním faktorem je samotné násilí. Tedy agrese, která je přirozená všem živočichům. Příkladem může být tzv. reaktivní agrese, tedy násilí, které je uplatňováno v návaznosti na strach, který cítíme (BECHYŇOVÁ, 2007 str. 66). Tento strach může být jak opodstatněný, tak neopodstatněný. Přeneseno na problematiku CAN, rodič se může cítit ohrožen dítětem a z toho důvodu ho fyzicky týrá. Dalšími faktory jsou sociální, zdravotní, psychické či kulturní aspekty agresorů, ale také dětí samotných.

Pro přehlednost jsou faktory zastoupeny ve čtyřech základních teoriích o příčinách syndromu CAN, které jsou prezentovány Gellesem. První teorie hovoří o přenosu násilí, druhá o sociálním stresu, další o sociální izolaci a nízkém zapojení do občanského a komunitního života, čtvrtá popisuje problematiku struktury rodiny (GELLES in BECHYŇOVÁ, 2007, str. 68).

Teorie o přenosu násilí ukazuje možné cesty, odkud se násilí v rodině bere. Za prvé se může jednat o násilí, které je převzato z jiných sociálních vazeb. Příkladem může být šikana na pracovišti, kterou si rodič přinese domů. O dalším možném přenosu násilí se hovoří jako o transgeneračním, jelikož jeho charakteristikou je oběť, která se

později stává agresorem. Může tedy dojít k řetězu domácího násilí zahrnující děti, ženy a seniory jako oběti. Třetím přenosem se stává zažití sociálních vzorců chování. Už od mala děti napodobují chování, kterého si všímají. Díky tomu se učí žít v sociálním prostředí. Zažité vzorce chování jim později usnadňují rozhodování. Rodič, který byl v dětství týrán, může mít sklon používat vzorce chování, které na něj byly v dětství také uplatňovány. V nadsázce lze konstatovat přirovnání od Dunovského: týrané dítě-týrající rodič (DUNOVSKÝ, 1995 str. 20). Některé statistiky uvádějí, že 30 % týraných dětí se v dospělosti stávají agresorem vůči dětem (BECHYŇOVÁ, 2007 str. 68).

Druhá teorie hovoří o *sociálním stresu*, v jehož následku dochází ke špatnému chování vůči dětem. Patří sem veškeré psychosociální stresory, které na rodiče působí. Různé obavy, problémy a starosti, které projektují na děti. Může se jednat o krátkodobé stresory, tak i dlouhodobé, jako jsou nemoci, partnerský nesoulad mezi rodiči, nezaměstnanost či stěhování.

Sociální izolace je dalším prvkem, na kterém je postavena teorie příčin CAN. České i zahraniční teorie prokázaly skutečnost, že rodiče, kteří týrají, zneužívají nebo zanedbávají své děti, mají tendenci izolovat svoji rodinu od společnosti (BECHYŇOVÁ, 2007 str. 69). Mají méně sociálních vazeb, méně se stýkají s přáteli. V důsledku sociální izolace chybí i dětem nadhled na to, co se s nimi děje, mají menší možnost si uvědomit, že na zacházení s nimi je něco špatně. Například v porovnání s tím, kdyby chodily na návštěvy do rodin svých kamarádů.

Poslední teorie, o které hovoří Gilles, je založena na *struktuře rodiny*, která má také vliv na rozvoj syndromu CAN. Struktura je tvořena například počtem dětí v rodině, jejich zdravotním stavem, dále také výchovnými a pracovními rolemi, které jsou v rodině zastoupeny. Rizikové může být kariérní práce obou z rodičů, které mají málo času a energie na uspokojování potřeb dítěte, ale také dítě s postižením, které vyžaduje mnoho péče (BECHYŇOVÁ, 2007 stránky 68-71).

V této části bych si dovolila doplnit teorii o příčinách syndromu CAN o pátou oblast, která by vyjadřovala *personální pohled*. Tedy například psychický stav rodičů, míru jejich empatie, reálnou schopnost uspokojovat potřeby dítěte, jejich frustrační toleranci, schopnost ovládnutí agrese a jiné sociální dovednosti. Dále bych sem zařadila jejich vztah k rodičovství, jestli se jedná o něco, co chtěli nebo co jim jen překáží k uspokojování vlastních potřeb apod. Vliv má také jejich zdravotní stav či možné

závislé chování, například na alkoholu. Do této teorie by patřil i tzv. Medeinův komplex, kdy jeden z rodičů trestá svého partnera tím, že ubližuje dítěti (MATĚJČEK in SEDLÁKOVÁ, 2010, str. 15).

Na závěr je třeba doplnit, že rodina není jediný systém, který má na rozvoj syndromu CAN vliv. Už z historie lze vysledovat vliv kulturního prostředí, normy společnosti, míry participaci na rozhodování apod. I v dnešní době hrají roli různé mýty a předsudky ve společnosti a její klima (BECHYŇOVÁ, 2007 str. 75). Tedy jejich vztah k dětem, k otázce rodičovství, vzdělání dětí, zdravotnictví, sociálního systému (sociální dávky a podpory) apod. To vše dotváří pohled, jak se společnost dívá na děti, dětství a rodičovství.

2.2 Druhy syndromu CAN

Syndrom CAN má mnoho podob. V odborné literatuře jsou druhy syndromu CAN popsány různě. Jednotlivé dělení a druhy se často prolínají. V této práci jsou popsány různé druhy, ale jejich dělení je možné kombinovat i jiným způsobem, často se také prolínají. Základem tohoto dělení je členění syndromu CAN na týrání, zanedbávání, zneužívání a zvláštní formy CAN. Týrání je dále rozděleno na tělesné a psychické. Zanedbávání rozdělujeme na tělesné, zdravotní, zanedbání hygieny, výchovné, vzdělávací, sociální či psychické. Zneužívání se vyskytne mimo jiné i ve zvláštních formách CAN, a proto jako hlavním druhem zneužívání je sexuální zneužívání a dětská práce. Jako zvláštní formy jsou myšlené systémové týrání, rituální zneužívání, šikana a Münchhausenův syndrom.

Podrobné popsání druhů je nezbytné k pochopení problematiky syndromu CAN a jeho následků, se kterými se ústavní výchova setkává. Z tohoto důvodu jsou zde druhy podrobně popsány.

2.2.1 Tělesné týrání

Tělesné týrání je nejčastější formou syndromu CAN, kterého si lidé všimnou. Světová zdravotnická organizace ve své publikaci uvádí, že na následky fyzického týrání ročně zemře v Evropě 852 dětí ve věku do 15 let (WHO Regional Office for Europe, 2013, str. 9). Následující definice fyzického týrání podle zdravotní komise

Rady Evropy je jasná, nicméně má svá úskalí v podobě otázky tělesných trestů. Komise za tělesné týrání považuje tělesné ublížení dítěti nebo vědomé odmítnutí zabránit takovému ublížení (BECHYŇOVÁ, 2007 str. 11). Podle této definice by ale velké procento českých rodičů své děti týralo, řekněme v rámci tzv. výchovných pohlavků. Upravila bych tedy definici na záměrné jednání, jehož cílem je fyzické ublížení a způsobení bolesti dítěti či vědomé odmítnutí zabránit takovému ublížení. I přesto je ale hranice mezi fyzickým týráním a trestáním dětí nezjistitelná. Z trestu se může snadno stát týrání (DUNOVSKÝ, 1995 str. 41).

V publikaci Dunovského a Matějčka je tělesné týrání rozděleno na aktivní a pasivní (DUNOVSKÝ, 1995 str. 59). Pasivním fyzickým týráním může být myšleno zanedbávání, a proto bude popsáno níže v podkapitole věnované přímo zanedbávání. Aktivní tělesné týrání dělíme dle charakteru poranění. Takto dělíme fyzické týrání na zavřená, otevřená a mnohočetná poranění.

2.2.1.1 Zavřená poranění

Zavřená poranění jsou charakterizována poškozením tkání a orgánů tupým násilím, při nichž nedochází k poškození kůže (DUNOVSKÝ, 1995 str. 42). Tato poranění mohou mít formu **otřesu**, které nejčastěji poškozují mozek a míchu dítěte. Dalším zavřeným poraněním je **pohmoždění**. Pohmoždění v podobě hematomů (modřin) je nejčastěji patrné u fyzicky týraných dětí, až u 90 %. Nejčastěji jsou viděné na trupu. „Mohou mít charakteristický tvar – otisk ruky, párové modřiny od svírání, obtisk prstenu, rákosky, vařečky“ (DUNOVSKÝ, 1995 str. 42). Může dojít i k odtržení kůže, poranění šlach, svalů, nervů a cév, ale i pohmoždění vnitřních orgánů. Nemálo časté je také vytrhávání vlasů, často mají děti na hlavě velká lysá místa. Dále je také pohmoždění kousnutím (SLANÝ, 2008 str. 21).

Do kategorie zavřených poranění patří také **poranění kloubů, kostí a svalů**. Zlomeniny jsou u dětí časté, v případě týrání nám mohou určité typy zlomenin hodně napovědět o tom, jak k nim došlo. Příkladem mohou být tzv. chip zlomeniny, které jsou na koncích dlouhých kostí. Jejich příčinou je právě kroucení, šubání či nadměrný tah. Další zlomeniny vypovídající o týrání dítěte jsou spirálovitá zlomenina pažní kosti či zlomenina stehenní kosti u dětí do dvou let (DUNOVSKÝ, 1995 str. 44).

Poranění hlavy a míchy mají nejvážnější, ale i také dlouhodobé až trvalé následky. Nejčastější následek bývá otřes mozku, který se projevuje ztrátou vědomí,

kteřé může být od pár minut až po pár dní. U týřání dětí je charakterizován **syndrom třesení dítěte**, tzv. shaken infant syndrom. Tento syndrom je důkazem extrémního násilí, které může způsobit smrt (DUNOVSKÝ, 1995 str. 45). „Vzniká u malých dětí (kojenci, batolata) jejich silným třesením, kdy dospělý drží dítě na oblasti hrudníku: nalézáme u tohoto syndromu jak hematomy (fraktury) na hrudníku, na žebrech, jednak při tomto pohybu může zejména dojít k závažnému/smrtelnému poškození krční páteře, míchy, k intraniálnímu krvácení do očních bulbů.“¹ (SLANÝ, 2008 str. 22).

2.2.1.2 Otevřená poranění

Otevřené poranění má charakter porušení kůže, sliznice či orgánu. Z takového poranění můžou okamžitě vzniknout podružné problémy, jako je např. šok z větší ztráty tekutin, jako je krev či voda. Nejčastější otevřená poranění jsou různé **oděrky, škrábance** či **rány vzniklé kousnutím**, nejvážnější jsou rány sečné a bodné (DUNOVSKÝ, 1995 str. 46).

Mezi otevřená poranění u fyzického týřání patří **popáleniny**. Celkově patří popáleniny mezi jeden z nejčastějších úrazů u mladších dětí. Nejčastěji jsou to batolata, která mají vratké a nekoordinované pohyby kvůli nedovyvinuté CNS. Batolata mohou lehce do něčeho vrazit či na sebe něco převrhnout. U takového popálení je velice těžké diagnostikovat, jak k němu došlo. Na druhou stranu jsou popálení, kde o úmyslu nejsou velké pochyby. Časté jsou popáleniny obtisku horkého předmětu, jako může být radiátor topení či rošt grilu. Dále se jedná o popáleniny hořící cigaretou, které jsou na rozdíl od náhodně vzniklých poranění hlubší a vícečetné, popáleniny způsobené tažením dítěte po zemi nebo popáleniny dutiny ústní a hrdla vzniklé nucením do příliš horkého jídla (SLANÝ, 2008 stránky 22-23).

Jako další závažná otevřená poranění jsou **rány na hlavě a hrudníku**. Rány na hlavě bývají spojené s roztříštěním lebečních kostí, u ran v hrudníku je nebezpečné porušení plic, kdy vzduch vniká do pohrudniční dutiny a dochází k pneumotoraxu (DUNOVSKÝ, 1995 stránky 47-48).

¹ Citováno dle originálu

2.2.1.3 Mnohočetná zranění

Mnohočetná poranění v sobě nesou spojení výše uvedených zranění, tedy kromě drobných oděrek a hematomů zde dítě trpí zlomeninami i vnitřním krvácením. Život dítěte je tedy mnohonásobně ohrožen.

Mnohočetná zranění se vyskytují u dětí, kde se vztah pečovatele k dítěti stává nepříměřeně agresivní a frekvence týrání se zvyšuje. Situace v rodině je velice nepříznivá a dítě trpí útoky psychopatické osobnosti. Vyšší riziko je u domácího násilí, které je obráceno i proti matce, pak se úrazy stupňují a trvá zpravidla delší dobu, než se na případ týrání přijde (DUNOVSKÝ, 1995 str. 50).

2.2.2 Psychické týrání

Za psychické týrání se považuje jednání, které psychickým, převážně emočním, způsobem ubližuje dítěti a má za následek narušení citového vývoje dítěte a celkového jeho chování (DUNOVSKÝ, 1995; ŠPECIÁNOVÁ, 2003). Nejčastěji se psychické týrání projevuje jako ponižování, nevšímání si dítěte, jeho ignorování, výsměch, urážky či záměrné zastrašování (PÖTHE, 1999 str. 43). V zahraniční literatuře se často odlišuje psychické a emoční týrání. Pro naše účely budeme užívat pouze termínu psychické či duševní týrání, jelikož v sobě obsahuje i emoční a kognitivní týrání.

Psychické týrání je velice těžké detekovat, jelikož následky si děti nesou v sobě a na rozdíl od fyzického týrání, nejsou poškození na první pohled evidentní. Pöthe uvádí, že „bolest psychická či bolest duše je nezměřitelná“ (PÖTHE, 1999 str. 43). Psychické týrání nelze objektivně zaznamenávat, např. fotograficky, jako je tomu u fyzického týrání. Takže pokud nejsme svědky psychického týrání, nemůžeme ho ani pořádně dokázat. Tím pádem může dlouhodobě, až i celý život docházet i psychickému týrání u jednoho jedince. I v případě, že si všimneme psychického týrání, je velice těžké potrestat osobu, která takto dítěti ubližuje. Protože kde je hranice mezi usměrňováním, výchovou a psychickým týráním? Většina lidí je ji schopna rozlišit automaticky, při mírných formách psychického týrání ale není vždy snadné dohnat jedince k odpovědnosti. Naštěstí i přes nemožnost potrestání mírných, i když častých forem, jako je např. zesměšňování, je možná intervence, náprava, či ukončení působení dospělého na dítě tímto negativním způsobem. Přes problémy s důkazy WHO uvádí, že

až 55 milionu dětí v Evropě trpí psychickým týráním, což odpovídá 18,4 % (WHO Regional Office for Europe, 2013 str. 8).

Je nutné zmínit návaznost celého syndromu CAN v kontextu psychického týraní. Psychické týraní může být mnohem obsáhlejší, protože je zde otázka, na kolik je možné, že např. fyzické týraní je odděleno od psychického (SLANÝ, 2008 str. 24). Věřím, že u spousty příkladů jsou tyto druhy týraní propojeny. Přesto psychické týraní může probíhat bez fyzického, ale naopak tomu často není.

V české literatuře nedochází často k dělení psychického týraní. Pokud už je zmíněno, obsahuje stejné či obdobné způsoby ublížení. Můžeme zde ale uvést dělení podle amerického autora Binggeliho, který rozděluje psychické týraní následovně (BINGGELI in BECHYŇOVÁ, 2007):

- **Pohrdání**, které má podoby posměchu, ponižování, zavrhování, hrubých nadávek a zdůrazňování neschopnosti nebo morální zkaženosti
- **Terorizování** jako je hrozba tělesného ublížení či přihlížení rodinnému násilí
- **Izolování**, kdy dochází k zabránění komunikace s ostatními jedinci, zavírání v různých místnostech, často bez světla a na delší dobu
- **Korumpování** jako povzbuzování k antisociálnímu chování
- **Odpírání emoční opory**, kdy se veškeré psychické potřeby dítěte stávají nedostupné

K psychickému týraní dětí může docházet i jako k vedlejším produktu určité životní situace, kde není cílem dítěti duševně ubližovat. Typickými příklady může být třeba rozvod rodičů, kde je dítě předmětem dohadů a svárů, či tzv. dvoukariérové manželství, při kterém nezbyvá na uspokojování psychických potřeb dítěte čas.

2.2.3 Zanedbávání

Zanedbávání je širokým pojmem, jeho společným jmenovatelem je určitý nedostatek péče, který vede k fyzickému, psychickému či sociálnímu ohrožení dítěte (BECHYŇOVÁ, 2007; ŠPECIÁNOVÁ, 2003; DUNOVSKÝ, 1995). „Pravděpodobně se jedná o nejčastější typ špatného zacházení s dětmi“ (BECHYŇOVÁ, 2007 str. 24). Jeho závažnost může mít různé parametry. Při zanedbávání dochází k nedostatku péče

v různých směrech. Zanedbávání můžeme klasifikovat jako zanedbání tělesné, zdravotní, hygieny, výchovné, vzdělávací, sociální či psychické (ŠPECIÁNOVÁ, 2003 str. 24).

Za **tělesné** zanedbávání, jinak také tělesné pasivní týrání, jsou považovány například různé druhy vyhladovění, odebírání jídla, nedostatek vícedruhové stravy, nedostatečné přístřeší či ošacení. **Zdravotní** zanedbávání se vyskytuje nejčastěji odmítáním preventivní péče (častým jevem je odmítání povinného očkování), dále také neposkytnutí zdravotní pomoci po úrazech apod. Se zdravotním a výchovným zanedbáním souvisí úzce **hygienické** zanedbávání, kdy je zanedbána čistota dítěte a prostředí, ve kterém se pohybuje a žije. Patří sem i zanedbávání výchovného procesu upevňování vlastních hygienických návyků u dítěte. Za **výchovné** zanedbávání považujeme nedostatečný dozor nad dítětem a minimalizace rizika úrazu, dále také nevědomost a nezájem vědět, kde se dítě nachází či ponechávání dětí ve výchovném zařízení po ukončení jejich pracovní doby. Zanedbávání **vzdělání** se u nás projevuje nepouštěním dítěte do školy, ale také nerozvinutí jeho opravdových mentálních možností. **Sociální** zanedbávání může mít charakter úplné izolace od lidí, příkladem můžou být slavní sourozenci Amala a Kamala, kteří byli vychováni vlčí smečkou, ale také sociální izolace, kdy dítě pečovatelé izolují od ostatních lidí či vrstevníků (BECHYŇOVÝ, 2007; ŠPECIÁNOVÁ, 2003; DUNOVSKÝ, 1995; SLANÝ, 2008).

Psychické zanedbávání je charakterizováno jako neuspokojení základních psychických potřeb dítěte, může se projevovat například odmítáním projevů lásky k dítěti, pohlazení, polibku k pochvale, verbální podpoře dítěte apod. Psychické zanedbání vede k psychické deprivaci (DUNOVSKÝ, 1995 stránky 87,88). V českém prostředí se deprivaci věnovali nejvíce Langmeier a Matějček, kteří definovali deprivaci jako „...psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost k uspokojení některé jeho základní (vitální) psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu“ (LANGMEIER, 1974 str. 22). Pro určení psychické deprivace neexistuje žádný klinický obraz, je třeba se věnovat více faktorům, které jsou spojené s psychickou deprivací. Krejčířová uvádí, že u dětí s poruchami chování či s dishamornickým vývojem osobnosti je vhodné vyšetřit i psychickou deprivaci, protože často může být provázena právě psychickou deprivací (ŘÍČAN, 2006 str. 289).

2.2.4 Zneužívání dětí

Problematiku zneužívání dětí rozdělujeme na sexuální zneužívání, zneužívání dětí k práci a zneužívání psychickým a emočním způsobem, který má charakter manipulace (BECHYŇOVÁ, 2007 stránky 19-23). Psychické zneužívání, je popsáno a zařazeno také v psychickém týrání, a proto se jí podkapitola o zneužívání dětí už nevěnuje.

2.2.4.1 Dětská práce

Zneužívání dětí k práci se stalo fenoménem zejména v průběhu průmyslové revoluce v 19. století. Děti pracovaly v dolech a v továrnách i více jak dvanáct hodin denně v nebezpečných pracovních podmínkách, kde úrazy byly časté a zdravotní následky práce například s chemikálií či s peřím byly často fatální. Postupně proti dětské práci vznikal odpor, na který státy reagovaly a zakazovaly dětskou práci. Nejprve v podobě časového omezení, zákazu práce v dolech a až k úplnému zákazu dětské práce do určitého věku dítěte, jako v Rakousku, kde došlo k zákazu práce dětí do 14 let v roce 1855 (BECHYŇOVÁ, 2007 stránky 19-20). V současnosti je dětská práce legislativou zakázána ve více jak 150 zemích světa, ale přesto k ní dochází. Pravděpodobně největším průlomem v zákazu dětské práce bylo založení Mezinárodní organizace práce v roce 1919, která monitorovala dětskou práci ve světě a díky jejímu vlivu v roce 1973 byla vydána Úmluva o nejnižším věku pro vstup do zaměstnání. Hranice byla stanovena na 15 let a na 18 let pro zaměstnání, kde je ohrožena morálka mladistvého (ŠMAJS, 2012 str. 139).

Nicméně dětská práce je často možností, jak vyvést rodinu z chudoby a v různých zemích světa tyto zákazy narážejí na odpor. Jak tradice, tak ekonomická situace rodiny má za následek, že dětská práce je stále silně rozšířena. Nejčastěji k ní dochází v Asii, v Africe, v Latinské Americe, v USA, ale ani Evropa se nemůže pochlubit striktním dodržováním legislativy. V Indii v roce 2008 bylo spočítáno, že ve věku pod 15 let pracovalo 15 miliónu dětí, které tímto způsobem splácely dluhy svých rodičů. Přitom následky dětské práce nejsou jenom zdravotního rázu, ale i duševní vývoj dítěte je ohrožen, práce dětí zabraňuje také jejich vzdělávání. Z tohoto důvodu se nejedná pouze o morální a zdravotní problém globalizované společnosti, ale také o ekonomický (ŠMAJS, 2012 str. 139).

2.2.5 Sexuální zneužívání dětí

Sexuální zneužívání patří k častým formám syndromu CAN. Toto téma bylo dlouhou dobu bagatelizováno. Není ovšem pochyb, že se jedná o závažný sociální problém (LEWIS, 2006 str. 30). Otázkou mnoha odborníků je, co je sexuální zneužívání a co už ne. Pravděpodobně nejšířejí popsaná definice je od Zdravotní komise Rady Evropy: „Sexuální zneužití dítěte je nepatřičné vystavení dítěte pohlavnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoliv pohlavní dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoliv, komu bylo dítě svěřené do péče, anebo kýmkoliv, kdo dítě zneužívá. Takovou osobou může být rodič, příbuzný, přítel, odborný či dobrovolný pracovník či cizí osoba“ (PÖTHER, 1999 str. 52).

Největším úskalím v každé definici sexuálního zneužívání je určení věku. Věk, kdy je téma sexu pro dítě škodlivé, do kdy je společnost povinna dítě chránit od tématu lidské sexuality a kdy už patří k jeho přirozenému vývoji. Vše je to otázkou sociální normy, co je pro danou kulturu normální a co ne. V současné době se legální věk pro sexuální aktivitu pohybuje ve vyspělých zemích od čtrnácti do šestnácti let. V České republice je tato hranice ustanovena na 15 let. Podle zákona je tedy za sexuální zneužití považován například dobrovolný sexuální styk čtrnáctileté dívky se svým přítelem. Pokud chlapci již bylo patnáct let, může být za tento čin trestně stíhán.

Ve světě se hranice, kdy je dítě v rámci společnosti legálně vystaveno sexuálnímu tématu, může výrazně lišit. Například Weiss ve své publikaci uvádí, že ve středoindickém kmenu Laptšů je povolen sexuální styk již s šestiletými děvčaty. Jedná se o kulturní zvyk a dle autora dívky nemají žádné fyzické ani psychické následky a ani jejich další rozvoj není narušen. V různých kulturách dochází k sexuálnímu styku s prepubertálními dívkami i chlapci a společnost je toto posvěceno (WEISS, 2005 str. 12).

Tato práce se dívá na sexuální zneužívání z pohledu vyspělých zemí, které tuto problematiku hodnotí jako velice závažnou. Světová zdravotnická organizace uvedla, že jen v Evropě trpí osmnáct milionů dětí sexuálními zneužitím (WHO Regional Office for Europe, 2013 str. 8). Odborná literatura uvádí, že 30- 40 % žen a 10- 20 % mužů bylo v dětství sexuálně zneužito a ve většině případů (až 47 %) byl pachatelem rodič či pečující osoba (LEWIS, 2006; WEISS, 2005; DUNOVSKÝ, 1995).

Za sexuální zneužívání jsou považovány tyto aktivity: ukazování dítěti své genitálie, požádání, aby se dítě svléklo a ukázalo nebo si hladilo své genitálie, dotýkání se dětských genitálií, přinucení, aby se dítě dotýkalo genitálií dospělého, orální nebo pohlavní styk, přinucení masturbovat, vnikání prsty či jinými předměty do pohlavního či análního ústrojí, použití dětí pro produkci pornografických materiálů (HANCOCK, 1988 stránky 5-6). Dle těchto aktivit se pak rozlišují na dotykové a bezdotykové. Bezdotykové mohou být dále setkání s exhibicionistou, vystavení dítěte pornografii či pozorování pohlavního styku a masturbace dospělých (DVOŘÁKOVÁ, 2004 str. 8).

Zvláštní formou sexuálního zneužívání je komerční sexuální zneužívání.

2.2.5.1 Komerční sexuální zneužívání

Komerční sexuální zneužívání dětí je mezinárodní problematika, která se liší od sexuálního zneužívání finanční či jinou odměnou za využití dítěte v sexuálních aktivitách dospělého (DVOŘÁKOVÁ, 2004; MILFAIT, 2008; DUNOVSKÝ, 1995). S dítětem se nezachází, tak jako v sexuálním zneužívání, jen jako s objektem sexuálním, ale i jako s objektem komerčním (DUNOVSKÝ, 2005 str. 134). Tím pádem se dítě dostává do zcela nové perspektivy. Dítě, ze kterého se stalo zboží, má menší šanci na vysvobození a sexuální zneužívání mu zpravidla řídí většinu dne. U sexuálního zneužití je to samozřejmě možné také, ale frekvence sexuálního zneužití je u komerčního vyšší. Komerční sexuální zneužívání rozdělujeme na dětskou prostituci, obchod s dětmi a dětskou pornografii (MILFAIT, 2008 stránky 11-12).

Dětská prostituce je všude na světě. Jedná se o sjednání nebo nabízení dítěte k provádění sexuálních aktů za úplatu (MILFAIT, 2008 str. 11). Nejčastěji se objevuje v zemích Asie, jako je například Kambodža, Indie, Thajsko, v rozvojových zemích Afriky či ve Střední a Jižní Americe. „Podle odhadů vstupuje každoročně 1 000 000 dětí na nelegální trh sexu, jehož obrat se zvyšuje na několik miliard ročně“ (DUNOVSKÝ, 2005 str. 138). Dětská prostituce může začít pornograficky. **Dětská pornografie** je jakýkoliv zvukový, vizuální či textový materiál, kde jsou děti použity v sexuálním kontextu. Pornografie zahrnuje jak výrobu a rozšiřování, tak i používání takového materiálu (MILFAIT, 2008 str. 12). **Obchod s dětmi** úzce souvisí s dětskou prostitucí, tedy s expanzí a rozrůzněním sexuálního zábavního průmyslu. Nemusí se vždy jednat o sexuální zneužívání, obchod s dětmi se často děje za účelem vykořisťování a žebrání

dětí, v tomto případě se tedy jedná o další formu zneužívání dětí (MILFAIT, 2008 stránky 29-30).

2.2.6 Zvláštní formy syndromu CAN

Zvláštní formy syndromu CAN mají podobu fyzického, psychického týrání a zneužívání, které jsou díky své povaze hůře rozpoznatelné (BECHYŇOVÁ, 2007 str. 16). Do této kategorie lze i zařadit již dříve popsané organizované týrání. Zařadit sem můžeme i prenatalní syndrom CAN, kde se nejčastěji matka snaží ublížit svému nenarozenému dítěti či vyvolat potrat (BECHYŇOVÁ, 2007 str. 28). Stává se, že útočníkem je i osoba blízké budoucí matce, jako je partner, rodiče matky, ale i cizí osoba. K ublížení dochází různými způsoby od ran do břicha, polykání chemikálií až k zastrkávání ostrých předmětů do dělohy ženy. Jako zvláštní formy CAN popisujeme v této podkapitole systémové týrání, šikanu, rituální zneužívání a Münchhausenův syndrom.

2.2.6.1 Systémové týrání

Systémové týrání, jinak také sekundární viktimizace, je nechtěný následek pomoci obětem syndromu CAN. Systémové týrání lze charakterizovat jako druhotné ubližování dítěti (ŠPECIÁNOVÁ, 2003 str. 26). Jedná se o ubližování státním systémem dané země. Systémem, který byl vytvořen právě pro pomoc otědem týrání, zneužívání či zanedbávání. Velice časté je ublížení dítěti při vyšetřování. Ať už se jedná o policejní výslech, zdravotní či psychiatrické vyšetření, dítě při necitelném výslechu může znovu velice intenzivně prožívat svoji bolest. A k tomu ještě dochází k nepříjemným pocitům strachu při svěření doprovázených strachem, že dítěti nebude uvěřeno.

Dalšími příklady systémového týrání je úzkost dítěte při konfrontaci se soudním systémem, jako je např. protahování slyšení, dále upření informací či právo být slyšeno (SEDLÁŘOVÁ, 2008 str. 191).

Za zvlášť závažné považujeme systémy, které mají řešit odebrání dítěte z rodiny či péči o dítě v problémové až disfunkční rodině, jako je ústavní a ochranná výchova či pěstounská péče (DUNOVSKÝ, 2005 str. 97). Právě v ústavní výchově dochází k dlouhodobému zraňování, které je nechtěné, ale z různých důvodů se děje i po celý pobyt dítěte v zařízení. Jen pro přiblížení, sem můžeme řadit i nechtěný pobyt dítěte

v ústavě. Přestože se tak jedná v rámci jeho dobra, dítě to tak vidět nemusí a ochranou své osoby trpí. Dále děti trpí možností rozdělení sourozenců či ztrátou kontaktu s rodinnými příslušníky, spolužáky apod.

Pokud bychom chtěli obecně charakterizovat sekundární rány, které si děti odnášejí, můžeme je definovat trojicí pocitů: pocit nespravedlnosti, nedůstojnosti a izolace. Pocity nespravedlnosti se nejčastěji týkají soudního systému. Tyto pocity by ale ve většině případů šly zmírnit dodáním informací. Pociť nedůstojnosti nebo také ponížení je často spojován s reakcí okolí na ublížení, jedná se například o kladení otázek na pocity dítěte, na popis situace apod. Pociť izolace je častý například u sexuálního zneužívání. Ale ať se jedná o jakoukoliv formu syndromu CAN, vztahy okolí k dítěti se změň. Často lidé nevědí, jak se k dítěti chovat, mluvit o tom či nemluvit. Častěji je pro okolí jednodušší se vyhybat jak tématu, tak dítěti (ČÍRTKOVÁ, 2007 str. 20).

2.2.6.2 Šikana

Šikana jako druh syndromu CAN v sobě nese již výše popsané prvky psychického fyzického týrání. Jeho charakteristikou je záměrnost, opakovanost a asymetričnost agrese, tedy, tak jako u ostatních forem CAN, nadřazenost dospělého. (KYRIACOU, 2005 str. 26) „Děje se tak za pomoci agrese a manipulace, která může mít nespočet podob.“ (KUČEROVÁ, 2012 str. 28). Právě z toho důvodu se zařazuje tato podoba CAN do zvláštních forem. Při diagnostice je šikana nemálo často zařazena buď jen do psychického, či fyzického týrání.

2.2.6.3 Rituální zneužívání

Rituální zneužívání dětí je pravděpodobně nejpodivnější formou syndromu CAN. Má až fantastické příznaky a rysy. Tato skutečnost má ale za následek i menší věrohodnost události při popisu dítětem (DUNOVSKÝ, 1995 str. 101). Při rituálním zneužívání dochází k týrání a zneužívání dětí, které může mít fyzické, psychické i sexuální formy. Vždy souvisí se symboly, které mají náboženskou, magickou či jinak nadpřirozenou hodnotu (ŠPECIÁNOVÁ, 2003 str. 26). Může se tak uskutečňovat v organizované skupině lidí, tak také individuálně. Je třeba vzít v potaz dvě roviny tohoto jevu, na které upozorňuje Mc Fadyenna. První rovinu rituálního zneužívání tvoří opakované aktivity, kterým je přisuzován zvláštní význam a mají svůj přesný rituální

řád, příkladem můžou být tzv. satanistické rituály. Na druhou rovinu je třeba nahlížet jako na funkční vyjádření dané religionity, pro níž je dítě využíváno. Příkladem může být matka, která věří, že její dítě je posedlé d'áblem a z tohoto důvodu ho krutě bije, aby dítě osvobodila od d'ábla (MC FADYEN in DUNOVSKÝ, 1995, str. 102).

Ve větším množství má rituální zneužívání formu sexuálního zneužití. Nemálo často se tak děje prostřednictvím kojenců (WEISS, 2005 str. 110).

2.2.6.4 Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy)

Münchhausenův syndrom v zastoupení je zvláštní formou syndromu CAN, při kterém pečující osoby dítěte vymýšlejí nebo vytvářejí takové symptomy, aby pro ně bylo léčeno. Patří sem také pozměňování či kontaminace odebíraných vzorků pro účely diagnostických vyšetření, jako je například přidání krve do odebírané moči dítěte. Tento syndrom se vyskytuje také u dospělých, kdy fabulují sami dospělí. V našem případě k syndromu dodáváme termín *by proxy*, tedy v zastoupení, jelikož mystifikují rodiče (nejčastěji) o zdraví dítěte. U nás se této formě CAN říká syndrom navození nemoci (REMEŠ, 2013; BECHYŇOVÁ, 2007; DUNOVSKÝ, 1995).

Tato forma se vzhledem ke své povaze řadí do skupiny předstíraných poruch. Důsledkem jsou opakovaná vyšetření, ale hlavně léčení dítěte v míře, které není objektivní vzhledem k předstírané nemoci (FISCHER, 2009 str. 148). Z tohoto důvodu je syndrom navození nemoci nebezpečný, jak díky primárnímu poškození, tak kvůli následující léčbě, která může vzhledem k možnosti neexistujících příznaků stav pacienta zhoršit a ze zdravého dítěte může udělat nemocného. Příkladem můžou být jak vymyšlení neexistujících příznaků, tak jejich vytváření, například rozdrání oděrek a jejich zanášení infekcí, ale také lámání kostí. Nejčastější úrazy jsou charakterizované Remešem následovně. "Mezi znaky týrání patří - nepravděpodobný mechanismus úrazu, který nemá charakter nehody (rodiče se v anamnéze rozcházejí, odporují si, působí nevěrohodně), opakované zranění a zlomeniny v různých stádiích hojení, podvýživa, podávání návykových látek." (REMEŠ, 2013 str. 195)

Stává se, že rodiče také nechají své děti léčit pro symptomy, které nemají tělesnou povahu, ale psychickou. U dětí vyvolají psychózu s halucinacemi, bludy či příznaky autismu. Že se jedná o závažnou formu syndromu CAN, dokazuje statistika poskytnutá Bechyňovou a kolektivem, kteří uvádějí úmrtnost u tohoto syndromu 6-19 %.

Münchhausenův syndrom v zastoupení se většinou děje opakovaně a postihuje v rodině i další sourozence (BECHYŇOVÁ, 2007 str. 18).

2.3 Problematika ústavní výchovy v ČR s náhledem na situaci dětí se syndromem CAN

Problematika syndromu CAN v ústavní výchově se vyznačuje prací s následky týrání, zneužívání a zanedbávání na dětech, které si děti odnášejí z rodin do ústavní výchovy. Role pedagogických pracovníků není jednoduchá. Ve spoustě případů je nad jejich síly a je nutno spolupracovat s množstvím odborníků, které dětem pomáhají se vyrovnat se zkušenostmi z rodin.

Děti a mládež, kterým soud nařídil ústavní výchovu, jsou vytrženy z prostředí, které znají. Z toho, co jejich vývoji škodilo. Nicméně jsou také vytrženi z toho, co jim prospívalo. Musejí si zvykat na nové tváře, které se o ně starají, na nový režim, dopadá na ně atmosféra ústavů a v neposlední řadě se jejich domovem stane místo s velkým počtem dětí.

Ústavní výchovu poskytují v České republice diagnostické ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou a výchovné ústavy (zákon č. 109/2002 Sb., § 2). Do výchovného ústavu se dostanou pouze děti se závažnými poruchami chování či děti, které již spáchaly trestnou činnost. V případě ústavní výchovy se jedná o mládež starší 15 let. Z těchto důvodů výchovný ústav zde není dále popisován.

2.3.1 Diagnostický ústav

Pokud je dítěti uložena ústavní výchova z důvodu syndromu CAN a není třeba lékařského zařízení, je zpravidla nejprve umístěno do diagnostického ústavu, dále DÚ.

Primární cíl diagnostického ústavu je provést komplexní diagnostiku dítěte, aby mohlo být následně umístěno do zařízení, které bude odpovídat potřebám daného dítěte. Kromě diagnostické činnosti DÚ plní dle potřeb dítěte terapeutickou a výchovně vzdělávací činnost. Přestože se jedinec dostal pryč od agresora, zkušenost s diagnostickým ústavem bývá stresující. Na rozdíl od dětských domovů je zde mnohem

přísnější režim, například není výjimkou zákaz návštěv či volného pobytu venku. Prostředí je neznámé a dítě ztrácí vazbu na předchozí život. Dítě v DÚ žije v tzv. výchovné skupině, která čítá 4 až 8 dětí (zákon č. 109/2002 Sb., § 4).

Velkou výhodou diagnostického ústavu oproti ostatním zařízením ústavní výchovy je množství odborníků, se kterými se děti setkávají. Díky zkušeností s týráním, zneužíváním či zanedbáváním si děti odnášejí do života traumata, se kterým je už v diagnostickém ústavu pracováno a je mu věnována pozornost. Dítěti se tak dostane první terapie a podpory. Tato terapie nemůže být dlouhodobá, protože pobyt v DÚ zpravidla nepřekračuje osm týdnů (zákon č. 109/2002 Sb., § 5). Tedy nejpozději do dvou měsíců je dítě umístěno do jeho budoucího domova.

2.3.2 Dětský domov a dětský domov se školou

Děti se syndromem CAN se většinou dostávají do dětského domova či dětského domova se školou. Do dětského domova se školou přicházejí děti, které mají výchovné problémy a jejich chování je problémové. Vždy se jedná o děti školou povinné, tedy přibližně od 7 do 15 let. Kvůli věkovému omezení může dojít k rozdělení sourozenců, což pro duševní stabilitu týraného, zneužívaného či zanedbávaného dítěte nemusí být příznivé. V dětském domově se školou je škola přímo v areálu domova, což poskytuje větší kontrolu nad dětmi. Dětský domov se školou má jinak obdobné zázemí jako dětské domovy a jejich problematika se příliš neliší, proto následující informace jsou společné.

Dětský domov se stává útočištěm ať už na kratší dobu či až do dosáhnutí plnoletosti pro mnoho dětí. Základní organizační jednotkou je rodinná skupina, kde je maximálně osm dětí různého věku a pohlaví (zákon č. 109/2002 Sb., § 4). Sourozenci se umísťují do stejné rodinné skupiny. Ať už pro dítě se syndromem CAN či bez něj je rodinná skupina problematická, tak jako výchovná skupina. Dítě s CAN má porušenou sociální vazbu a skupina o osmi až deseti lidí ve většině případů opravdu žádnou rodinu nesimuluje. Jsou dětské domovy, které mají jídelnu, kde se děti stravují. Nicméně dnes jsou populární rodinné skupiny, které si stravu zajišťují sami. Vychovatelé často nechávají vaření na dětech v rámci podpory samostatnosti. Stejně jako u uklízení mají služby, kde se střídají. Menším dětem se pomáhá. Nicméně výsledkem je často nutričně nevyvážená a chudá strava. V případě jídelny to tak není, strava je pestřejší.

Počet vychovatelů a jejich směny v rodinné skupince se opírají o finanční situaci ústavu a nařízení ředitele. Je možné se setkat s tím, že dětem se střídají tety a strejdivé (jak je děti oslovují) každý den či i víckrát za den. Příkladem je také dvacet čtyřhodinový směný provoz, kde vychovatel, který sloužil přes den, s dětmi také spí a ráno ho vystřídá další vychovatel. Směnný provoz vychovatelů by mohl být přibližně ještě simulující rodinu, nicméně počet již ne. Co dělá s dětmi, které utrpěly trauma časté střídání vychovatelů? Jak má navázat bezpečnou vazbu s tetou či strejdou, když se vychovatelé střídají? V rodince může dojít i ke střídání pěti vychovatelů.

Jak už bylo řečeno přesný počet vychovatelů na rodinnou skupinu a jejich směnný provoz není úpraven legislativou. Příkladem efektivnějšího přístupu může být Fond ohrožených dětí, který zřizuje domov pro děti v neodkladných životních situacích, a přebírá funkci ústavní výchovy. Děti jsou do Klokánka svěřeny soudem. Například v Klokánku na Praze 8 je atmosféra mnohem příjemnější a rodinnější. Rodinná skupina čítá maximálně čtyři děti a dva vychovatele Tety se střídají po týdnu v práci (<http://www.klokanek-chamarovicka.cz/>). Děti mají celý týden, ráno i večer stejnou vychovatelku. Mohou si domluvit společný program a dítě má jistotu, že teta, která ho ukládala ke spánku, ho opět probudí. Tato jistota a režim je pro traumatizované dítě neoddiskutativně prospěšnější. Bylo by vhodné, aby se tomu legislativa přizpůsobila a upravila počet vychovatelů v ústavní výchově.

Přestože ústavní výchova přebírá starost a výchovu o dítě na místo rodiny, ze které byla odebrána, podle mého názoru nesimuluje a ani nemůže být přirovnána k rodinné situaci. Pro velký počet dětí je nezbytný přísný režim, který hlavně starší děti svazuje. Není výjimkou, že děti nemají klíče od domova a jejich pokoje vypadají neuvěřitelně sterilně. Například úklid pokoje v dětském domově v Dolních Počernicích v Praze je denní záležitostí a za stav odpovídá vychovatel, který má službu. Není výjimkou, že každá plocha v pokoji dítěte je prázdná a věci jsou uloženy ve vnitřní nábytku. Pokoj vypadá neobydlen, ale je to tak řádem domova správně. Jak toto může být přirozené? Některé režimy dětských domovů jsou natolik přísné a připomínající ústav v tom nejzákladnějším slova smyslu, že pro dítě musí být opravdu pouze přechodným domovem. Ale jsou děti, které v ústavech stráví celé své dětství.

2.3.3 Vychovatelé

Největší podporu pro traumatizované děti mají představovat vychovatelé, kteří se o děti starají. Lidé, kteří o děti pečují, dávají jejich životu nové normy a náhled na život. Jedná se osoby, které si budují vztah k dítěti a jsou mu podporou. Děti se syndromem CAN podporu potřebují v každé podobě a musí jí být dáována spontánně, ale zároveň cíleně. Pro prostudování zákona o pedagogických pracovnících, ale vychází najevo, že vychovatelům v ústavní výchově postačí dokončené středoškolské vzdělání s maturitní zkouškou (zákon č. 563/2004 Sb., § 16). A je tomu opravdu tak, někteří vychovatelé nejsou vzděláni ani v pedagogice a ani v psychologii. Tento stav považuji za naprosto nevyhovující. Přikláním se k názoru, že i když mateřský přístup, stupeň empatie, sociální komunikace a celkově vnímavý přístup k dětem je základní, vychovatelé by měli být vzděláni jak v pedagogických, tak v psychologických vědách. Argument, že dobrý rodič se nepozná podle vzdělání, je zajímavý, ale je třeba si uvědomit, že děti, které mají ve své anamnéze zneužívání, týraní a jsou různě zanedbané, potřebují promyšlenější péči než dítě, které vyrůstá bez jakýchkoliv traumat.

Na děti se syndromem CAN je nezbytné cíleně výchovně působit. Škody, které byly na dětech napáchány, musí být maximálně redukovány. Umístěním do ústavu nejde jen o ochranu dítěte, které se dostalo z nepříznivého prostředí. Vychovatel musí chápat, co si dítě prožilo, a jak nejefektivněji usměrňovat jeho další vývoj. Proto jsem zastáncem dozdělování vychovatelů. Zároveň by na vychovatele neměly být kladeny vysoké nároky v podobě vaření a uklízení, tak aby se mohli věnovat opravdu dětem, které jejich péči potřebují. Nejedním odborníkem přiznává, že výchozí pozice pro vychovatele není jednoduchá. Dle Škovieara se funkce vychovatele pohybuje „...v jakési pohyblivé zóně, na jedné straně doslova utírá nudle, na druhé straně s nimi vede profesionálně terapeutický nebo spirituální dialog. Řeší dilema – současně má a i nemá dítěti nahradit vlastní rodiče“ (ŠKOVIERA, 2007 str. 103). Funkce vychovatelů je opravdu obsáhlá a často vede právě k pravému opaku. Nikdo není dokonalý a nemůže zvládnout vše. V ústavech by měli být přítomní jak odborníci, tak nepedagogičtí pracovníci, kteří by zajišťovali chod domů, tak aby se vychovatelé mohli starat o výchovu a vzdělání dětí. Odborníci však musí být u ohrožených dětí přítomni.

Bohužel není výjimkou, že dětské domovy nemají svého psychologa, speciálního pedagoga či etopeda. Přítomnost odborníků je opět v režii ředitele školy, ale hlavně

finanční situaci ústavu. Děti, které potřebují péči těchto odporníků, za nimi docházejí do jejich pracovišť. Už i z toho důvodu by vychovatelé měly být více vzdělaní tak, aby mohli v práci odborníků pokračovat i v dětském domově.

Výše zmíněné a další nedostatky v péči o ohrožené děti shrnuje Doležalová jako:

- „roztříštěnost a nekoordinovanost systému
- nedostatečné uplatňování jednotlivých pracovních postupů a řízení
- neexistuje dostatečná systémová kontrola kvality výchovné péče a vzdělávání, které by reagovalo na reálné uplatnění absolventů na trhu práce
- institucionální péče je vysoce nákladná
- institucionální péče není dostatečně flexibilní, přežívá zde duch „kolektivismu“ a pracovníky je často nevědomě podporována „ústavní kultura“
- služby ne vždy odpovídají potřebám klientů
- není vytvořena dostatečně dostupná síť ambulantních a preventivních služeb pro ohrožené děti s rizikovým chováním a jejich rodiny
- není zajištěná dostatečná podpora při osamostatňování a reintegraci mladých lidí do společnosti“ (Respekt k dítěti, 2010 str. 12).

2.4 Problematika syndromu CAN v ústavní výchově

Děti, které se dostanou do ústavní výchovy, mají mnoho zranění, se kterými musí vychovatelé pracovat. Dítě, které bylo odebráno svým dřívějším pečovateli, přichází s ranami na duši i na těle. Absence láskyplné a podporující vazby mezi rodičem a dítětem, kde se dítě necítí jako „...jedinečná, smysluplná a hodnotná bytost bohužel vede ke zpomalení či zastavení jeho citového vývoje, ale také v sobě nese riziko rozvoje nežádoucích a rizikových modelů chování a vztahu“ (Respekt k dítěti, 2010 str. 66). Pečující vychovatelé musí se všemi těmito následky pracovat, základem je navázání bezpečné vazby mezi dítětem a vychovatelem, tak aby vzniklo důvěrné prostředí a dítě se mohlo otevírat a vyrovnávat se se svými traumaty.

Někdy dítě přichází rovnou z rodiny a někdy z různých zdravotnických zařízení. „Týrání dětí bývá příčinou až čtvrtiny duševních poruch jako jsou deprese, úzkosti, poruchy příjmu potravy a chování, ale i alergií či vysokého tlaku.“ (MF DNES, 25. 10. 2013) Následky syndromu CAN tak můžeme kategorizovat do tří skupin. V případě fyzického týrání bývají nejaktuálnější *fyzické následky*, následně je třeba pracovat s *psychosomatickými* následky a s *psychosociálními*, které se objevují u celého syndromu CAN. Dítěti je potřeba věnovat velká pozornost, některé následky týrání, zneužívání a zanedbávání jsou zřejmé, jiné se projeví až po delší době. Nicméně ošetřování a péče o škody, které napáchali lidé na dětech, jsou hlavní prací vychovatelů. Přestože vychovatelé nenahrazují péči zdravotníků, psychologů a jiných odborníků, u jednotlivých následků níže popsaných je naznačeno v čem právě vychovatelé mohou přispět ve snižování následků syndromu CAN.

2.4.1 Fyzické následky a práce s nimi v ústavní výchově

Fyzické následky syndromu CAN, se kterými se setkávají vychovatelé v ústavní péči, již nejsou akutní, ale práce s nimi je stále aktuální. Přestože jejich rány jsou již v léčení, děti do dětských domovů přicházejí s ošetřenými zlomeninami, hematomy, jizvami po zákrocích, ohraničenými lysinkami po vytrhávání vlasů, popáleninami a pohmožděninami (VANÍČKOVÁ, 2009 str. 9; DUŠKOVÁ, 2004 str. 65).

Práce s fyzickými následky z pohledu vychovatele spočívá v doléčování ran. Jedná se převážně o plnění pokynů, které doporučil lékař. Vychovatel s dítětem ošetřuje jizvy a dochází s ním na rehabilitaci. Pracuje s medikamenty, které doporučil či předepsal lékař, převazuje rány a provádí ostatní úkony v péči o zranění.

Další úloha vychovatele je socializovat následky týrání dítěte. Vyhledává pro dítě takové aktivity, které se svými fyzickými zraněními může dělat a také ty, při kterých se v případě různých zmrzačení se nebude cítit špatně, a zároveň ho budou činit šťastným. Vybírá s dítětem takové oblečení, ve kterém se dítě bude cítit dobře, bude mu vzhledem ke zraněním pohodlné, ale zároveň neupoutá negativní pozornost dětí ve škole. V případě lysin na hlavě je někdy třeba jít s dítětem ke kadeřníkovi, který zvolí takový účes, který schová lysiny, ale zároveň podpoří růst vlasů v místě lysého místa. Každodenní česání odpovídá stejným požadavkům. Zvláště dívky, chtějí i přes chybějící

vlasý vypadat krásně a není důvod, aby vychovatel ne zvolil takové účesy a vlasové doplňky, které splní estetické požadavky dítěte.

Jak už bylo řečeno, fyzické následky, o které se vychovatelé starají, jsou většinou dočasněho charakteru. Bohužel v několika případech je péče o fyzické následky trvalá a pro vychovatele se stanou denní rutinou. Tak jak by se rodič od zdravotnického personálu naučil cviky s dítětem, které pomohou navrátit poškozené kosti, tkáni či šlaše funkci, tak i vychovatel se musí tyto úkony naučit v péči o dítě, samozřejmě v případě, že není v ústavní výchově přítomen zdravotník.

Fyzické následky bývají často vzhledem ke zdraví dítěte nejzávažnější, ale na druhou stranu se s nimi nejlépe pracuje, a protože jsou zde viditelné pokroky v uzdravování. V případě psychosomatických následků je péče komplikovanější. Nejsložitější a nejdéší péči představuje práce s psychosociálními následky.

2.4.2 Psychosomatické následky syndromu CAN a práce s nimi v ústavní péči

Psychosomatické následky syndromu CAN jsou takové následky, které se projevují na zdravotní stránce dítěte, ale jejich příčina leží v nezpracování traumatu psychikou. Somatizace prožitěho traumatu je typickou reakcí na zátěž a stres, kterému je dítě vystaveno. Problémy bývají těžší, čím je dítě mladší (MALÁ, 2007 str. 57). Prevencí proti somatizaci traumatu je práce s psychickou dítěte. Pokud je dítě mladší často nerozumí tomu, co se mu děje. Je třeba situaci adekvátně vzhledem k věku vysvětlit. Přestože starší dítě více vnímá, co se kolem něho děje, dochází k tomu, že si situaci špatně vysvětluje a prevence leží v úpravě pocitů, které dítě z traumatu má. Přestože dítě nevykazuje známky somatizace traumatu, neznamená to, že k němu nedojde později. Každé trauma je třeba zpracovat, pochopit s ohledem na věk dítěte a vyrovnat se s nastalou zkušeností.

Odborná a účinná psychoterapie často nepřijde v čas či není dokončena a tak dojde k somatizaci prožitěho týrání, zneužívání či zanedbávání. Výzkumy prováděné na předškolních dětech ukázaly, že děti, které jsou vystavené násilí v raném věku, mají problémy s *nočním pomočováním, zlými sny, alergiemi, bolestmi hlavy, astmatem a jsou náchylnější k chřipkovým onemocněním* (KARR-MORSEOVÁ, 2013 str. 186). Častými

psychosomatickými následky, se kterými se setkávají vychovatelé v ústavní výchově je právě pomočování netypické pro věk dítě. Nejčastěji se setkáme s nočním pomočováním. Může se tak stávat i dětem starších deseti let. Pro starší děti je tento projev somatizace sám o sobě traumatický. Dítě se cítí trapně a stydí se za to.

V případě opakovaného pomočování je tato skutečnost konzultována s lékařem, který dá doporučení, jejichž splnění musí vychovatelé kontrolovat. Vychovatel dbá například o to, aby dítě dvě hodiny před spaním již nepilo, či jen pouze v doušcích. Dále dítě v noci budí, aby si došlo na toaletu, a výjimkou nejsou dle věku dítěte pleny či plenové dečky pod spící tělo dítěte. Samozřejmě je důležitá i psychoterapie a v případě vychovatele je nezbytný empatický přístup a ubezpečování dítěte, že to není ostuda, může se to stát každému apod.

Dalšími častými psychosomatickými následky traumat je nespavost či noční můry a běsy (ELLIOTT, 2002). Tyto nemoci jdou obvykle léčit psychoterapií nebo i za pomoci farmak. Jsou ale nemoci, které mají trvalejší charakter, a málokoho by napadlo, že se jedná o nemoci, které mají kořeny v traumatu, které si děti prožili. Doktoři Anda a Felitti realizovali studii o negativních zážitcích z dětství a zjistili velkou úměru mezi prožitým traumatem v dětství a kouřením či obezitou. Dále doložili spojitost mezi určitými nemocemi, které vznikají v reakci na stres či trauma z dětství. Do těchto nemocí se řadí: *diabetes II. typu, Crohnova a Alzheimerova nemoc, hypertenze, syndrom dráždivého tračníku, kardiovaskulární onemocnění, chorobná obezita, úzkosti a deprese, chronický únavový syndrom a náchylnost k určitým formám rakoviny*. Dále dle těchto autorů můžeme zařadit mezi psychosomatické následky syndromu CAN určité behaviorální prvky. Jedná se o *vyšší náchylnost k rozvoji závislosti na drogách, alkoholu a nikotinu*. Také poruchy příjmu potravy, ať už mentální anorexie či chronické přejídání mohou mít kořeny v týrání a zneužívání v dětství (KARR-MORSEOVÁ, 2013 stránky 30-35).

Setkat se s návykovým chováním v ústavní výchově není ničím neobvyklým. Co se týká závislosti na nikotinu, je více jak častý u mládeže žijící v ústavní výchově. Tento jev je sice rozšířen v celkové populaci mládeže, nicméně děti, které prožily trauma, kouřením své problémy kompenzují a jsou i náchylnější k rozvoji závislosti. Vychovatel, který se s kouřením u svých svěřenců setká, musí jasně vyjádřit odmítavý postoj ke kouření. Dítě musí vědět, že v jeho věku je kouření nelegální a jako takové ho vychovatel nemůže podpořit. Je třeba si uvědomit, že přestože dává kouření dítěti pocit

jistoty a dočasně ho uklidňuje, jedná se o aktivitu, která v důsledku je velice nebezpečná. Ať už kvůli psychické závislosti na nikotinu, tak také kvůli zdravotním důsledkům, které jsou s kouřením spojené. Ze začátku dušnost či třes a ke konci kardiovaskulární onemocnění, rakovina apod.

Přestože vychovatel musí vyjádřit odmítavý postoj, je třeba, aby si s dítětem promluvil a snažil se najít konkrétní podstatu důvodu ke kouření (pokud není zřejmá). V ideálním případě se dítě s vychovatelem domluví na postupném snižování cigaret za den a hlavně vychovatel s dítětem najdou aktivity, které by dítě mohly bavit, a které by ho zabavily. Reálně jde ale o dlouhodobý proces, kde musí vychovatel počítat s neúspěchem svého snažení.

Nicméně základem je s dítětem neustále vést dialog, nejen o jeho závislosti, ale hlavně o běžných denních zážitcích, protože na dítě má nejčastěji vliv ten člověk, který k němu má nejbližší, a se kterým se dítě cítí bezpečně. Pokud se vychovateli nepodaří, aby jeho svěřenec přestal být závislý, i tak může alespoň docílit snížení dávek.

V případě rozvoji závislosti je samozřejmostí obrácení se na odborníky, v první řadě na pediatra. Pomoc se dítěti dostane i od psychologa, který s ním hlouběji musí pracovat na jeho problému, který vedl k závislosti. Stejně kroky vedou i u zjištění rozvoje závislosti na alkoholu či drogách. Kromě externích odborníků musí vychovatel vždy spolupracovat s kolegy a s vedením ústavu, ke kterému ho váže i oznamující povinnost.

Kromě závislostí na nikotinu, alkoholu či drogách se vychovatelé setkávají u svých svěřenců i s poruchami příjmu potravy či s obezitou, které mají kořeny v týrání, zneužívání a zanedbávání. Pro traumatizované děti se často stává jídlo oblastí jejich života, kterou můžou kontrolovat. Tyto děti nebyly schopné kontrolovat a řídit, co se jim v rodině dělo, ani to, kde se teď ocitly. Jídlo se stává jejich nástrojem ke zvládnutí všech pocitů, jako jsou pocity strachu, úzkosti, nízkého sebevědomí, sebehodnocení apod.

Psychická podpora od vychovatele je zde primární. Dále také informovat dítě o následcích jeho chování, které provozuje, spolupráce s odborníky a opět řízení se jejich radami a realizaci jejich doporučení. S dítětem se dělají kompromisy ohledně jídla. Společně se připravují pokrmy, které odpovídají oběma stranám a vychovatel s dítětem

se musí domluvit i na dalších opatřeních, jako je četnost jídla, jejich složení, či pohybová aktivita.

Role vychovatele není jednoduchá, je třeba být nejen velmi vnímavý, ale zároveň i odhodlaný v dodržení pokynů odborníků či vlastních. Vznik závislého chování vždy značí poruchu v jiné oblasti. Nalezení příčiny a práce s ní je jedním z klíčů odstranění negativního chování (SORENSEN, 2012 str. 15). Pomoc dětem, u kterých se trauma projevuje závislým chováním, je velmi komplexní. Dítě potřebuje vědět, že má psychickou oporu ve vychovateli, a že za ním může přijít, kdykoliv potřebuje. Ze strany adolescenta je důležitá motivace. Vychovatel s ní pracuje, ale zároveň kontroluje opatření, na kterých se s dítětem dohodli. Bohužel bez kontroly se změna málokdy uskuteční. Zároveň je právě tato kontrola problematická. Musí být nastavena tak, aby dítě k vychovateli neztratilo důvěru.

2.4.3 Psychosociální následky syndromu CAN a jejich práce s nimi v ústavní výchově

Psychosociální následky jsou kategorií, kterou vzhledem ke svému vnitřnímu charakteru je těžší rozpoznat. Jindy mohou být následky rozpoznatelné na první pohled. Násilí jakéhokoliv charakteru poškozuje dítě vždy v psychické rovině a odráží se následovně do jeho sociálního života. Změny se mohou na dítěti projevit hned po následku traumatu, v jiných případech se projeví z ničeho nic, ale nesou v sobě odkaz na prožité trauma

Velmi často dochází k posttraumatické stresové reakci, která je níže popsána, ale i po jejím odeznění jsou zde stále oblasti, které nesou odkaz na to, co si dítě prožilo. Tyto oblasti můžeme shrnout do čtyř skupin. Dle Cicchettiho a Totha se trauma odráží v emoční regulaci, v přilnutí (attachmentu), v pocitu jáství a ve vztahu s vrstevníky (ELLIOTT, 2002). Dítě může být v následku syndromu CAN *zvýšeně úzkostné, deprivované mít snížené sebehodnocení, být agresivní, může u něj docházet k neočekávaným výbuchům vzteku, může mít deprese a cítit smutek, být nerozhodné, podceňovat své schopnosti a dovednosti, mít sníženou schopnost sebeprosazení, špatně či nesměle vyjadřovat svá přání a názory, přestávat komunikovat s ostatními, stranit se přátel, vracet se do předchozích vývojových fází (regrese), lehko se vylekat, být nedůvěřivý a ztratit pocit bezpečí* (SORENSEN, 2012; VANÍČKOVÁ, 2009; ŘÍČAN,

KREJČÍŘOVÁ, 2006). Některé následky díky terapii a empatickému přístupu nejbližších vymizí, jiné se stanou trvalou součástí osobnosti dospělého jedince.

2.4.3.1 Posttraumatická stresová porucha

U dětí, které se dostávají do ústavní výchovy, je možné pozorovat stres, který na ně nejen z důsledku syndromu CAN dopadá. Další příčinou, která stresu napomáhá, je vytrhnutí od rodinných příslušníků, zkušenost s diagnostickým ústavem a v neposlední řadě zvykání si na dětský domov. To vše přispívá k rozvoji posttraumatické stresové poruchy, která se jako následek traumatu, které dítě neumí zpracovat, objevuje u obětí syndromu CAN.

Posttraumatická stresová porucha vyvolává různé kognitivní, behaviorální a sociální změny. Součástí této poruchy mohou být tzv. flashbaky, při kterých se na krátkou chvíli vynoří střípek vzpomínky či pocitu z traumatické události, které dítě prožívá se stejnými pocity, jako tenkrát

Malá popisuje základní charakteristiky změn u dětí a adolescentů v důsledku posttraumatické stresové poruchy. Následkem traumatu jsou u dětí změny v těchto oblastech: efektivity, vědomí, sebepercepce, vnímání pachatele nebo neštěstí, vztahových a v celkovém systému fungování (MALÁ, 2007 stránky 106-107).

Změna efektivity se projevuje v citové labilitě. Děti reagují neadekvátně na situaci, jsou plačtivé a lítostivé nebo naopak zlostné. Nedokážou mentálně regulovat své emoce, často se mění jejich zaměření a intenzita. Základním předpokladem pro překonání je schopnost tzv. mentalizace. Díky mentalizaci dokáže dítě rozeznávat svoje pocity, myšlenkové procesy, přání a touhy (Respekt k dítěti, 2010 str. 67). Podpořit mentalizaci může vychovatel už jen tím, že dítěti popisuje, co se kolem něho děje a proč. Vysvětluje mu i jeho pocity a snaží se odhalit příčiny projevu emocí u sebe i ostatních.

Změna vědomí může probíhat buď to na principu celkové amnézie traumatické události, kdy dítě vytěsňuje negativní zážitek, nebo na částečné úpravě vzpomínek, jeho roli v situaci či důvodů a příčin události. Dítě může mít pocit, že se událost vůbec nestala jemu, nebo že si zasloužil trest, že to tak bylo správně apod. Role vychovatele je různá dle věku dítěte a dle doporučení psychologa. Někdy vychovatel nemusí o události s dítětem vůbec mluvit, ale jen celkově snižovat možný pocit provinění, dodáváním sebevědomí dítěti apod. U starších dětí je možný otevřenější přístup, společné

rozebírání a upravování vjemů dle skutečnosti apod. V každém případě, nesmí být vychovatel zaskočen tématem a neměl by ho bagatelizovat či se mu vyhýbat, když dítě samo cítí potřebu o svém traumatu hovořit.

Sebepercece, neboli to, jak dítě samo sebe vnímá je v posttraumatické stresové poruše často negativní. Jeho pocity, myšlenky mohou směřovat k otázkám, které nekorelují s jeho věkem. Malé dítě si třeba klade životní otázky o jeho místě ve světě. Díky svému traumatu si může myslet, že mu nikdo vlastně nerozumí, že je odlišný, a že nemůže být pochopen. Pocit vlastní hodnoty může být tak nízký, že traumatizované dítě nevěří v samo sebe, že je k ničemu apod. Vychovatel musí tyto pocity o vlastní hodnotě dítěte regulovat v každé činnosti, které s dítětem dělá. Je třeba mu dodávat sebevědomí, kdy si ho zaslouží a usměrňovat ho v pocitech své výlučnosti, například při hrách v kolektivu.

Změna ve vnímání pachatele nebo neštěstí spočívá buď to v identifikaci s agresorem či v touze po odplatě. Pokud dítě časem pochopí a vyrovná se s traumatem, je možné, že touha po pomstě odezní sama. V případě, že se dítě identifikovalo s agresorem, nemá pocit, že by se mu dělo něco neobvyklého. Stalo se mu, co si zasloužil, či v chování agresora vidí normu. Děti v ústavní výchově často nevidí důvod, proč jsou v dětském domovu. Raději by byly zpátky u agresora. V tom, co se jim stalo, nevidí něco, tak podstatného, aby nemohli být dále v rodině. Myslí si, že by to zvládli a všichni by byli šťastní a spokojení. Skutečnost neprospívající situace v rodině nechápu. Úloha vychovatele je v tomto případě, aby dítě poznalo, co to je být v klidném a dítěti prospívajícím prostředí. Upravit jeho pohled na to, co je „běžné“, a to co je normální.

Změna vztahu k druhým patří k symptomům, které jsou dobře viditelné. Dítě může trpět úzkostmi a strachy z určitých lidí. Může se bát, dát svoji důvěru jiným lidem. V důsledku se od lidí (nebo jen od určitých typů lidí) izoluje a je k nim nedůvěřivý. Opakem může být přítulnost k lidem, v touze nechat se ochránit. Častějším případem pozorovaného v dětských domovech, je odtažení se a projevy agrese. Vychovatelé tak musí krok po kroku získávat důvěru traumatizovaných dětí k sobě, ale i k rodinné skupince dětí v dětském domovu. V případě sexuálního zneužití bývá traumatizace tak vysoká, že dívky či chlapci nedokážou po celý život najít důvěru k lidem podobného typu, jaký byl jejich agresor a navázat k nim bližší vztah.

Změna celého systému fungování znamená například ztrátu naděje, pocity bezvýchodnosti, zoufalství, vzdání se svých dřívějších cílů a snů (MALÁ, 2007 str. 107). Dítě tápe, co je vlastně pro život a pro něj důležité, kdo je apod. Vychovatel, který s dítětem naváže potřebnou sociální vazbu, může dítě vést při rozhodování o novém směru jeho života.

2.4.3.2 Následky syndromu CAN vnímané u dospělých lidí

Jak už bylo napsáno, psychosociální následky týrání, zneužívání a zanedbávání mají ze všech následků obvykle nejtrvalejší charakter. Stopy traumatu, se kterým se dítě ať už vyrovnalo či nevyrovnalo, se přenášejí z dětství do dospělosti a neodvratně tak mění osobnost postiženého dítě. Často předurčují jeho budoucí chování, jeho vztahy a hlavně i jeho pocit o sobě samém (MILLEROVÁ, 2001 stránky 139-142).

V letech 2001-2003 byl Sdružením Linky realizován obsáhlý výzkum, který zjišťoval, jak se následky psychického týrání v dětství projeví u obětí v dospělosti. Tato retrospektivní studie ukázala a potvrdila domněnky popisované v mnoho odborných publikací. Následky, traumatu, které si děti odnesly do dospělosti, jsou zobrazeny v následujících procentech (BOSÁK, 2004 stránky 65-66):

- Nízké sebevědomí (objevilo se u 34,8 % respondentů)
- Pocity méněcennosti (objevilo se u 32,4 % respondentů)
- Pocity smutku a deprese (objevilo se u 19,8 % respondentů)
- Častý strach a úzkost (objevilo se u 14 % respondentů)
- Citová nestabilita (objevilo se u 9,9 % respondentů)
- Přílišná závislost na jiné osobě (objevilo se u 8,7 % respondentů)
- Problémy s učivem ve škole (objevilo se u 8 % respondentů)
- Opakované výbuchy agrese či násilí (objevilo se u 7,7 % respondentů)

Obdobné výsledky byly zpozorovány ve studii, která byla realizovaná v USA pod vedením Výzkumného programu vývojové bio-psychiatrie v 80. letech 20. století, která ukázala souvislost mezi raným zneužíváním a duševním zdravím. Výzkumníci zjistili, že následkem psychického týrání je u respondentů častý pocit úzkosti. Někteří respondenti mají následkem traumatu z dětství deprese. Lidé, kteří vyrůstali s posměšky, shazování či byli svědky domácího násilí, jsou poznamenáni disociací a hostilitou

(KARR-MORSEOVÁ, 2013 str. 183). Disociace neboli rozštěp či oddělení narušuje učení a zdravý úsudek, který se projevuje ve všech sférách života (HARTL, 2004 str. 49). Stejně jako hostilita čili nepřátelskost, narušuje převážně vztahy s druhými lidmi (KARR-MORSEOVÁ, 2013 str. 185).

Po porovnání následků v dětství a v dospělosti je jasné, že i když některé symptomy traumat s časem odezní, jsou zde takové, které přetrvávají a můžou mít i po mnoha letech vliv na osobnost člověka. Odborníci uvádějí často přírůstek dítěte jako plastelíny, do které se traumatem udělá obtisk. Čím je dítě mladší, tím je plastelína tvárnější a obtisky jsou v ní lépe uchovatelné. Stejně je to tak i ve skutečnosti, trauma, které se odehraje v mladším věku dítěte, má často větší vliv na jeho budoucí život než trauma v pozdějším věku.

Pro děti, které se dostanou do dětského domova, by měla být připravená personálem taková pomoc, která jim pomůže překonat těžké období a zároveň je připraví na to, co je čeká v budoucnu. Jak už bylo napsáno, v ne každém ústavě jsou přítomní trvale odborníci, jako jsou psychologové. Z tohoto důvodu, je velká část odpovědnosti na vychovatelích, se kterými se děti setkávají dennodenně, a kteří jim ukážou, že existují i jiný svět, než znali doposud.

Otázka, jakým způsobem, mají vychovatelé pomáhat překonat těžká období je otázka, kterou se pokusí zodpovědět výzkumná část.

3 Výzkumná část

3.1 Protokol výzkumného šetření

3.1.1 Cíle výzkumné práce

Výzkum je orientován na vychovatele, kteří mají na děti se syndromem CAN každodenní vliv, a proto jim mohou neefektivněji pomoc překonat následky syndromu CAN. Výzkumná část má dvě etapy. První etapa je přípravou pro druhou etapu, která tvoří hlavní cíl výzkumu.

První etapa si klade za cíl zjistit:

- Zdali jsou děti se syndromem CAN v ústavní péči.
- Jakým způsobem se detekuje syndrom CAN u dětí v ústavní výchově.
- Zjistit, zdali existuje specifická práce s dětmi se syndromem CAN.

Druhá hlavní etapa výzkumné části má následující cíle:

- Zjistit na základě rozhovoru s odborníky, kteří se se syndromem CAN setkávají, jak by měla vypadat vhodná péče o děti se syndromem CAN v ústavní péči vychovateli.
- Vytvořit kazuistiky dětí z ústavní výchovy, které trpí syndromem CAN.
- Doplnit kazuistiky o poznámky vhodné péče daného dítěte na základě informací získaných z rozhovorů.

3.1.2 Formulace výzkumných otázek

1. Jsou děti se syndromem CAN umístované v ústavní péči?
2. Jakým způsobem se detekuje syndrom CAN u dětí v ústavní výchově?
3. Existuje v ústavní výchově specifická práce s dětmi se syndromem CAN?

3.1.3 Výzkumné předpoklady

- Předpokládám, že děti se syndromem CAN jsou umisťované do ústavní výchovy.
- Předpokládám, že dítěti je přiřazen status syndromu CAN na základě posudků z diagnostického ústavu.
- Předpokládám, že existuje specifická práce s dětmi se syndromem CAN.

3.1.4 Metody výzkumu

- *Zúčastněné a skryté pozorování* chodu Klokánku v rámci realizované výchovatelské praxe. Výhodou tohoto skrytého pozorování je dle Šnýdrové, že se pozorovatel účastní společné činnosti s pozorovaným, kteří zároveň o výzkumném pozorování nevědí (ŠNÝDROVÁ, 2008 str. 98).
- *Textová analýza* případových spisů dětí umístěných do dětského domova a Klokánku.
- *Polo-strukturovaný rozhovor* s vybranými odborníky na téma problematiky syndromu CAN a ústavní péče.

3.1.5 Výběr respondentů pro druhou etapu výzkumu

Respondenti jsou odborníci, kteří se se syndromem CAN setkávají díky svému odbornému či profesnímu zaměření. Tito odborníci jsou vybráni kombinací dvou metod. V první řadě jsou vybráni metodou záměrného výběru.

Konkrétně se jedná o stratifikovaný záměrný (účelový) výběr, který dle Miovského vybírá respondenty podle námi vybraných kritérií (MIOVSKÝ, 2006 stránky 136-137). Pro respondenty tohoto výzkumu je klíčové jejich profesní zaměření. Jedná se tedy o odborníky, kteří se se syndromem CAN ve své praxi setkávají a pracují s těmito dětmi.

Na základě stratifikovaného záměrného výběru byli respondenti vybráni ze zástupců následujících profesí: *psycholog* či *psychiatr*, *etoped*, *ředitel Klokánku*, *sociální pracovník OSPODu*, *pediatr* a *traumatolog*. Pro validitu výběru respondentů je tento výběr doplněn o metodu sněhové koule. Tedy o metodu, kdy další odborníky

navrhují respondenti, se kterými je veden rozhovor. Tito respondenti tak mohou odkázat na typ profese, který jsme nevybrali s použitím první metody, ale přesto odpovídají výchozím kritériím (MIOVSKÝ, 2006 str. 132).

3.2 První etapa výzkumu

Základem pro zodpovězení výzkumných otázek bylo níže popsané pozorování chodu Klokánku a textová analýza případových spisů dětí.

3.2.1 Zúčastněné skryté pozorování v Klokánku Chabařovická na Praze 8

Pozorování bylo uskutečněno v období od 2. 9. 2013 do 13. 9. 2013 v rámci vychovatelské praxe. Po dobu 14 dní jsem nahradila jednu z vychovatelek, která byla přes den mimo Klokánek a měla jsem na starosti její rodinku. Díky tomu mé pozorování bylo zúčastněné, ale zároveň i skryté, jelikož personál Klokánku netušil, že je odborně sledován. Časový úsek dne, který byl pozorován v rámci celé praxe, byl od 7:00 do 20:00.

Popsání běžného režimu dne v Klokánku Chabařovická

Klokánek má své prostory v nejvyšším patře Základní školy. Na patře je 5 bytů, které se skládají z dvou pokojů pro děti, kuchyňkou s obývánkem, kde také přespává pečující vychovatelka a koupelnu. Byt tedy dává domov maximálně čtyřem dětem, ve kterém se střídají dvě vychovatelky po týdnu.

Ráno se vstává dle potřeby dětí na jejich dopravu do škol a školek. Což je individuální. Z tohoto důvodu jedna rodinka vstává každé ráno v 6:40 a druhá například v 7:00. Každá rodinka se liší i ranními rituály. Někdy vychovatelky snídání připraví i se svačinami, jindy si ji starší děti musí připravit sami. Středoškolští studenti cestují do škol samostatně a děti základních škol a školek rozváží „denní“ vychovatelka autem.

Ve většině případů všechny školní děti odcházejí do 7:30. Dopoledne byly v Klokánku pouze 2 děti předškolního věku, které nechodily do školky. Tyto děti si hrály samy či s dozorem v herně, která je pro celý Klokánek společná. Vychovatelky se

ráno věnovaly úklidu bytů, ale jinak trávily čas na chodbě, která spojovala byty, a společně si povídaly. Vychovatelky, které měly děti v Klokánku, začaly před polednem vařit oběd. Jedno z dětí (3 roky) šlo po obědě spát na dvě hodinky, druhé (4 roky) dodržovalo odpolední hodinový klid na svém pokoji.

Okolo 13:30 začaly přicházet děti ze školy, které opět přivezla denní vychovatelka autem nebo došly samy. Po příchodu do Klokánku vychovatelky dělaly s dětmi úkoly ve svých bytech. Část dětí si hrála ve svých pokojích, ale ve většině případů si děti hrály cca od 15:00 do 17:30 společně v herně a odcházely z ní až k večeři, které jim vychovatelky připravily. Vychovatelky tuto dobu trávily buď to společně na chodbě u herny či ve svých bytech. Po večeři se část dětí vrátila do herny, aby si tam společně hrály před spaním, zbytek dětí zůstal ve svých pokojích.

V Klokánku byly dvě dívky ve věku 17 let, ty po příchodu do školy většinou ještě na dvě hodinky odešly za kamarády ven, vždy po té co se dotázaly, zdali smí.

Čas večeře byla opět v režii jednotlivých bytů. Bylo vyzorováno, že se večeřelo od 17:00 do 19:30 a až na výjimky byla připravena vychovatelkou.

Popsání výchovy a péče dětí se syndromem CAN oproti ostatním dětem umístěných v Klokánku

Projevy dětí se syndromem CAN byly různé dle následků, které na nich trauma zanechalo. Nejlepší pozorovací zázemí jsem měla při hraní s dětmi v herně a při pomáhání s úkoly. Projevy těchto dětí kopíruje popis v teoretické části této práce. Některé děti se projevovaly jako zvýšeně úzkostné. Bály se udělat chybu, nechaly se utlačovat a brát si hračky od ostatních. Další dítě se syndromem CAN bylo tak vděčné, za jakoukoliv pozornost, že málokdy vnímalo hru, ale jeho hlavním cílem bylo být co nejbližší u mě a být neustále povzbuzováno, objímáno a hlazeno (nerozlišená fixace v důsledku psychické deprivace). Další dítě se naopak projevovalo zvýšeně agresivně vůči dětem i hračkám. Převyšovalo nad ostatní a chtělo být ve všem nejlepší.

Děti, které netrpěly syndromem CAN, si dokázaly vybrat hru či náplň času takovou, u které jim bylo téměř jedno, jestli jsou pozorovány. U činnosti vydržely (vzhledem k věku) dlouho a zpětnou vazbu vyžadovaly minimálně.

Při pomáhání s úkoly dětem se syndromem CAN byla vyzorována nejistota v odpovědích a potřeba neustálého povzbuzení. Jiné děti se syndromem CAN byly zas

výrazně vývojově opožděné, jejich jemná motorika byla stále nekoordinovaná a děti vyžadovaly vzhledem k jejich zanedbání více času na přípravu do školy.

Rozdíly ve výchově dětí se syndromem CAN byly minimální. Vychovatelé se snažili reflektovat potřeby dětí intuitivně a dle svých možností. Dítě, které potřebovalo více povzbuzovat, bylo více povzbuzováno. Děti, které potřebovaly vykompenzovat chybějící dotek, byly vychovatelkami o trošku více chovány než ostatní děti. Nebylo vyzorováno, že by se vychovatelky snažily o nadstandardní péči v oblasti plnění školních povinností a přípravu na ně. Regulování agrese dětí bylo pouze na úrovni okřikování, ale nebyla vyzorována jiná práce s agresí dětí.

V případě zanedbání výchovy, bylo dítě vedeno ke slušnému chování a k hygienickým návykům, které z důsledku syndromu CAN chyběly. V tomto ale rozdíl mezi ostatními dětmi nebyl, i ty potřebovaly v rámci jejich vývoje výchovně vést a usměrňovat.

3.2.2 Textová analýza případových spisů

V rámci realizovaných praxí v Klokánku Chabařovická na Praze 8 a v Dětském domově v Dolních Počernicích mi bylo umožněno nahlídnout do spisů dětí, se kterými jsem přišla v rámci své praxe do styku. Podezření na týrání, zneužívání či zanedbávání bylo přítomno ve spisech, které jsem studovala.

Zmínky o syndromu CAN byly přítomny ve spisech vždy z více zdrojů. Častým zdrojem byly policejní, soudní a lékařské zprávy a záznamy. Tyto záznamy většinou popisovaly „podezření na“ týrání, zneužívání či zanedbávání. Záznamy z OSPODu, psychologického vyšetření a z diagnostického ústavu již popisovaly syndrom CAN a jeho následky.

Případové spisy dále obsahovaly informace o aktuálním stavu dítěte, tzn. do jakých škol a volnočasových zařízení dochází, jak se pracuje s následky syndromu CAN (docházení na psychoterapie, rehabilitace apod.)

Na základě případových spisů z Klokánku Chabařovická byly sestaveny níže uvedené kazuistiky, které popisují konkrétní děti se syndromem CAN.

3.3 Druhá etapa výzkumu

Výsledky druhé etapy výzkumu byly sepsány na základě realizovaných rozhovorů s odborníky setkávajícími se se syndromem CAN a na základě vytvoření kazuistik dětí se syndromem CAN.

3.3.1 Rozhovory- druh, etika, respondenti, způsob analýzy

Rozhovory byly realizovány s odborníky, kteří v rámci své profese mají možnost přijít do styku s dětmi se syndromem CAN a těmto dětem pomáhají. Strategií výzkumné metody byl polo-strukturovaný rozhovor, který dává respondentům základní otázky, které je možno dalšími rozšiřovacími otázkami specifikovat v rámci konkrétního rozhovoru (MIOVSKÝ, 2006 str. 159). Odborníkům bylo položeno sedm základních otázek v následujícím znění a pořadí.

1. Jak v rámci své praxe definujete a rozpoznáváte syndrom CAN?
2. Jaké je, podle Vás, nejvhodnější výchovné působení vedoucí ke změně sebepojetí a sebehodnocení u dítěte se syndromem CAN?
3. Jak s dítětem komunikovat o traumatu, které dítě má?
4. Jak vysvětlit dítěti jeho přítomnost v ústavní péči, pokud dítě vnímá své umístění do ústavní péče negativně?
5. Jaké výchovné prostředky by se měly používat u dítěte se syndromem CAN?
6. Jaká specifika by měla mít péče o dítě se syndromem CAN?
7. Na co, podle Vás, by měla být upřena největší pozornost u dítěte se syndromem CAN?

Na závěr každého rozhovoru byli odborníci požádáni o doporučení na odborníka, který odpovídá svojí profesí požadavkům uvedených výše. Celkově bylo uskutečněno pět setkání za účelem rozhovoru. Prvním odborníkem byl pediatr, dále etoped, psychiatr a psycholog v jedné osobě, ředitel Klokánku, který je zároveň i sociálním pracovníkem, chirurg a traumatolog.

V rámci etických aspektů výzkumu byli respondenti požádáni o ústní souhlas s rozhovorem a o možnost zvukového nahrávání rozhovoru. Všichni respondenti souhlasili. Odborníkům bylo vysvětleno, jaký je účel a důvod rozhovoru. Dále jim byla přislíbena anonymita jejich jmen a místa pracoviště. Všichni byli upozorněni, že mají možnost na otázku neodpovídat či od celého rozhovoru odstoupit.

Analýza dat měla následující kroky:

- a) Poslech rozhovoru ze záznamu
- b) Přepis rozhovoru
- c) Vyznačení relevantních informací rozhovoru vzhledem k daným otázkám
- d) Vytvoření záznamového archu s dvěma sloupci. V prvním sloupci je otázka a druhý sloupec obsahuje nejdůležitější informace, které odpovídají na dané otázky.
- e) Analýza informací, které se váží k odpovědím a upřesňují jejich problematiku
- f) Interpretace daného rozhovoru a interpretace rozhovorů v celkovém kontextu

3.3.1.1 Pediatr, odborník č. 1

Rozhovor byl veden s paní doktorkou, která má pediatrickou praxi již čtyřicet jedna let.

Tabulka č. 1, Záznamový arch odpovědí pediatra

<p>1) Jak v rámci své praxe definujete a rozpoznáváte syndrom CAN?</p>	<p>Dle následujících indikátorů:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sociálně slabé rodiny • Nepečování o dítě • Hádky v rodině • Dítě bez sebevědomí • Zanedbání péče (oblast hygieny, výchovy) • Informace od učitelů a od OSPODu • Děti nedorazí na preventivní prohlídky
---	--

<p>2) Jaké je, podle Vás, nejvhodnější výchovné působení vedoucí ke změně sebepojetí a sebehodnocení u dítěte se syndromem CAN?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zařazení dítě do kolektivu • Činnost, být zaměstnán • Chválit • Snažit se, aby dítě mělo pocit domova
<p>3) Jak s dítětem komunikovat o traumatu, které dítě má?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O tématu by se s ním mělo mluvit • Pokud samo nechce, je to práce pro psychologa
<p>4) Jak vysvětlit dítěti jeho přítomnost v ústavní péči, pokud dítě vnímá své umístění do ústavní péče negativně?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Práce pro psychologa <p>Má se mu vysvětlit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Co se stalo (že péče o něj nebyla přiměřená, že má chodit do školy, osvojit si hygienické a sociální návyky) • Proč je zde (nevhodnost předchozího prostředí pro jeho vývoj, je zde, aby se naučil rozeznávat dobro a zlo)
<p>5) Jaké výchovné prostředky by se měly používat u dítěte se syndromem CAN?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Neví • Zákaz oblíbené činnosti či odebrání věcí (ale ne na dlouho, protože tyto věci a činnosti jsou pro jeho emoční vyrovnanost podstatné) • Dle individuálního přístupu
<p>6) Jaká specifika by měla mít péče o dítě se syndromem CAN?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Motivovat • Podporovat ke schopnosti vnitřní motivace • Mluvit o složitostech života • Ideálně dostat se občas do rodiny, kde by se naučily a poznaly denní starosti a život v rodině <p>Dítě by mělo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mít cíl, ke kterému by směřovalo • Mít něco rádo • Pracovat

<p>7) Na co, podle Vás, by měla být upřena největší pozornost u dítěte se syndromem CAN?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mluvit s dětmi • Vychovatelé by měli jít příkladem • Děti by měly mít nějakou činnost a práci, která je bude bavit a odvede je od starostí a zlobení
---	--

Paní doktorka na první otázku odpověděla zcela jasně bez zaváhání. Syndromu CAN si všímá a rozpoznává ho na základě informací od sociálních pracovníků a od učitelů, zároveň popsala chování a vzhled dětí a rodičů, které alarmuje, že v rodině nemusí být vše v normě. Děti se zanedbanou péčí, která může indikovat syndrom CAN, popsala následovně:

„Jsou úplně jináč, jinak oblečený, nemají sebevědomí, většinou jsou takový jako nevychovaný, že neumí prostě pozdravit, lítají v té ordinaci, tady v tom vidíte tu péči, že je zanedbaná. Někdy nejsou ani dobře oblečený, někdy mají za nehty špínu, různě takový jako ne úplně dobře umytý. No, a pokud jsou to školáci, tak mají problémy.“

Na doplňující otázku rozpoznávání fyzického týrání odpověděla, že se nejedná o opečovávané děti. Fyzicky týrané děti nestůňou tak, aby s nimi rodiče do ordinace zašli, a tak je alarmující, až když nedorazí na povinné preventivní prohlídky. Nejen proto uvedla, že rozpoznat úmyslně způsobený úraz jde velice těžko.

Na druhou otázku dokázala také paní doktorka odpovědět. Pro změnu sebepojetí a sebehodnocení je základ zařazení do kolektivu, tak aby mělo dítě kamarády a dále praktikování činností, která ho baví a zabaví ho. Zdůraznila větší vliv party na dítě, nežli může mít vychovatelka.

Na otázku komunikace o traumatu uvedla, že s dítětem se má o jeho traumatu mluvit, aby se neuzavřelo a vnitřně se nelitovalo. Zároveň, ale konstatovala, že tato problematika se spíše než vychovatelů týká psychologa.

Na čtvrtou otázku odpověděla, paní doktorka, jasně v tom, jakým způsobem se má dítěti vysvětlovat jeho přítomnost v ústavní výchově. Kromě toho, ale uvedla, že nejtěžší je vysvětlovat dítěti jeho přítomnost v ústavě, když se o něj rodiče nestarají a nechtějí ho.

Odpověď na pátou otázku byla problematická. Přestože nakonec doporučila zákazy jako výchovný prostředek, uvědomovala si obtížnou situaci vychovatelů a na stranu tělesných trestu uvedla:

„Já osobně si myslím, že když občas táta vzal nějakou tu rákosku, tak to nebylo úplně od věci jo, ale dneska to prostě vůbec nespadá v úvahu. No a ono mluvit, mluvit nestačí, no tak nějaký tresty, co máte, nestačí na ty děti.“

Specifika práce s dětmi se syndromem CAN se dle paní doktorky mají upnout k motivaci dítěte. V rozhovoru uvedla, že spokojený člověk je ten, kdo pracuje a má vztahy. Takže práce vychovatelů by se měla soustředit na motivaci dítěte, aby samo mělo zájem se realizovat, ať už v práci, na niž klade největší důraz, nebo na cestování. Prací má, paní doktorka, na mysli běžnou denní činnost, jako je úklid, vaření, ale také realizaci koníčků dítěte. Dále také uvedla, že by bylo vhodné, aby tyto děti poznali, jak funguje rodinný život a to zejména ekonomicky a finančně. Zmínila, že děti neví, co kolik stojí, jak si věci zařídit a podobně. Navrhla, že by se děti mely zařazovat do rodin.

Největší pozornost by měla být upřena na práci dětí. Věří, že práce a běžná činnost pomůže přenést děti přes vše, co se jim stalo a pomůže jim najít své místo ve společnosti. Vychovatelům by doporučila, aby s dětmi mluvili a šli příkladem, ale také přiznala, že vychovatelé dělají maximum, a pokud jsou děti starší, už toho oni sami moc nezmůžou.

Paní doktorka mě na žádného dalšího odborníka neodkázala.

3.3.1.2 Etoped, odborník č. 2

Za respondenta z řady sociálního pedagoga byl vybrán etoped a vedoucí školního poradenského pracoviště. Paní magistra působí v jedné z velkých základních škol, která řeší mnoho výchovných, sociálních a jiných problémů mezi dětmi a rodiči každý týden. Své praxi se věnuje dvacet let.

Tabulka č. 2, Záznamový arch odpovědí sociálního pedagoga a etopeda

1) Jak v rámci své praxe definujete a rozpoznáváte syndrom CAN?	Dle informací od: <ul style="list-style-type: none">• Děti• Rodičů či zákonných zástupců
--	---

<p>2) Jaké je, podle Vás, nejvhodnější výchovné působení vedoucí ke změně sebepojetí a sebehodnocení u dítěte se syndromem CAN?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vytvoření pozitivního a stabilního vztahu
<p>3) Jak s dítětem komunikovat o traumatu, které dítě má?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bavit se o tom, ale ve správný čas • Neutajovat • Spolupracovat s terapeutem • Být laskavý, oceňující, chválit a podněcovat klady dítěte
<p>4) Jak vysvětlit dítěti jeho přítomnost v ústavní péči, pokud dítě vnímá své umístění do ústavní péče negativně?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Neví
<p>5) Jaké výchovné prostředky by se měly používat u dítěte se syndromem CAN?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dávat najevo lásku a chválit • Nejít cestou agrese a direktivního jednání • Nastavit hranice • Důslednost
<p>6) Jaká specifika by měla mít péče o dítě se syndromem CAN?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utvořit si s dítětem dobrý vztah • Jít dobrým příkladem • Být důsledný • Trvat na dodržování nastavených pravidel
<p>7) Na co, podle Vás, by měla být upřena největší pozornost u dítěte se syndromem CAN?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Na prostředí, kde bude režim a jistota • Aby dítě vykonávalo přiměřenou práci • Pravidelný režim • Dlouhodobost výchovného počínání

Rozhovor s paní magistrou obsahoval kromě odpovědí na otázky příklady z její praxe, na kterých vysvětlovala své názory.

O syndromu CAN se dozvídá výhradně zprostředkovaně informacemi od dětí či rodičů. Paní magistra, ale zmínila zkušenosti s mylnými informacemi, takže v rámci rozpoznávání syndromu CAN, musí prvotně rozeznat lživé informace od pravých.

Vytvoření pozitivního vztahu považuje za základní půdu pro změnu sebepojetí a sebehodnocení dítěte. Problematika je ale v trvalosti toho vztahu. Z řad vychovatelů je riziko, že tu pro dítě nebudou napořád, jak dítě potřebuje.

Otázka komunikace o traumatu by měla být provázaná s prací psychoterapeuta. Podle paní magistry se nemá vychovatel tématu bát, nemá před dítětem minulost utajovat, ale zároveň poznamenává, že pokud se dítě vychovateli s traumatem svěří, vychovatel s tím neumí dále pracovat. Právě proto by se vychovatel sám neměl pouštět do terapií.

Paní magistra nedokázala odpovědět na otázku, jak vysvětlit dítěti jeho přítomnost v ústavní výchově, pokud jí vnímá negativně. Zmínila problematiku vnitřní agrese, kdy se dítě obviňuje z toho, co se stalo.

O hranicích, mantinelech a důslednostech mluvila paní magistra v otázce výchovných prostředků. Dále považuje za správné řídit se radami psycholožky Jiřiny Prekopové, která doporučuje dítě neustále chválit, tak aby si dítě začalo vážit samo sebe. Paní magistra dále vychovatelům nedoporučuje direktivní jednání, které má své úskalí.

„No prostě, když něco direktivně dostanu zadáno, tak nepřemýšlím, jak by to šlo jinak. Prostě to vykonám, vykonám to na určité úrovni, ale nebudu kreativní. No, čili pokud jsme hodně direktivní, tak za to dítě nesu zodpovědnost, za jeho chování a pak se nemůžu divit, že selže, když se na něj tzv. zlobím, že to neudělal, ačkoliv to měl naučený nebo ať jsme to trénovali.“

Na otázku specifik péče o děti se syndromem CAN, paní doktorka shrnula informace z předchozích otázek. Doporučuje utvořit si s dítětem vztah jako základ pro veškerou práci s ním a péči o něho. Při výchově dítěte je třeba myslet na to, že je vychováváno pro budoucnost.

„Já musím v sobě pořád mít takovou to linii, že vychovávám někoho pro budoucnost a chci, aby byl čestný, poctivý, a aby si věděl rady v krizových situacích.“

Největší pozornost by měla být věnována prostředí, aby v něm pro dítě byla jistota, a aby tak mohl být duševně vyrovnaný. Tomu také napomáhá režim, práce, která

dítě zabaví a zároveň ho obohacuje. Všechny zásady péče o dítě se syndromem CAN musí nést v sobě pravidelnost a dlouhodobost.

Od paní magistry jsme nedostala žádná doporučení na další odborníky, kteří by byli vhodnými kandidáty na respondenty.

3.3.1.3 Psychiatr a psycholog, odborník č. 3

Uznávaný psychiatr, psycholog a krizový intervent, který započal svojí praxi před dvaceti jedna lety. Pan doktor patří k jednomu z autorů citovaných v této diplomové práci a zároveň souhlasil s rozhovorem.

Tabulka č. 3, Záznamový arch odpovědí psychiatra a psychologa

1) Jak v rámci své praxe definujete a rozpoznáváte syndrom CAN?	<ul style="list-style-type: none"> • Nedefinuji • Nediagnostikuji
2) Jaké je, podle Vás, nejvhodnější výchovné působení vedoucí ke změně sebepojetí a sebehodnocení u dítěte se syndromem CAN?	<ul style="list-style-type: none"> • Dle expozice traumatu • Dle délky expozice • Dát dětem co nejdelší čas na adaptaci v ústavu
3) Jak s dítětem komunikovat o traumatu, které dítě má?	<p>Základem jsou následující aspekty:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nezpochybňovat, co řeknou • Dovolit dětem chovat a projevovat se dle potřeby • Porozumět a pochopit • Pocit bezpečí
4) Jak vysvětlit dítěti jeho přítomnost v ústavní péči, pokud dítě vnímá své umístění do ústavní péče negativně?	<ul style="list-style-type: none"> • Zmírnit negativní postoj tím, že udělám situaci pro něj příznivější • Skutečnost, že tam nechce být, přijmout jako fakt • Vše vychází z poznání daného dítěte, z pochopení jeho pocitů

<p>5) Jaké výchovné prostředky by se měly používat u dítěte se syndromem CAN?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Neví, nepřemýšlí takto kategoricky • Záleží na individualitě, s výběrem má pomoc psycholog • Pevné, a pro dítě srozumitelné hranice • Nezastrašovat • Nejednat v afektu
<p>6) Jaká specifika by měla mít péče o dítě se syndromem CAN?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Opatrnost • Předpokládat trauma u dítěte • Nechat děti adaptovat na režim • Nechat si čas na poznání dítěte a udělat si názor na konkrétní dítě
<p>7) Na co, podle Vás, by měla být upřena největší pozornost u dítěte se syndromem CAN?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Na jeho vnitřní prožívání • Nekategorizovat

Rozhovor s panem doktorem měl specifikum, kterým se odlišoval od ostatních respondentů. Podle pana doktora něco jako syndrom CAN neexistuje a tím pádem takřka každou odpověď na otázku započal s nedůvěrou k otázce a bez víry, že na ní jde odpovědět.

„Jako takhle to opravdu nefunguje, protože ten syndrom v podstatě ani neexistuje, podle mě. Je to soubor velmi různých příznaků chování, emocí toho dítěte, které se opravdu projevují velmi různě u různých dětí.“

Nicméně ke konci odpovědí jeho myšlenky často obsahovaly jasné a pro výzkum velice přínosné informace.

Odpověď na první otázku byla, že jeho praxe je čistě psychoterapeutická a k tomu, aby dětem pomohl, nepotřebuje žádnou definici ani diagnózu.

Jako stěžejní pro výchovné působení vedoucí ke změně sebepojetí a sebehodnocení považuje poznání dítěte, kterého docílí vychovatelé pouze tak, že dítěti dají dostatečný čas na adaptaci v novém prostředí. Pan doktor uvedl jeden až dva

měsíce. V této době vychovatelé nemají od dítěte čekat žádné tzv. normální a zdravé reakce. Nicméně, pan doktor, neodpověděl, jak přímo výchovně působit.

V otázce komunikace o traumatu uvedl, že dětské trauma se nesmí podceňovat, a pokud nemáme úplné informace, vždy s přítomností traumatu počítat. Děti by se měly nechat projevit, jak potřebují. Důvěra mezi dítětem a vychovatelem je k tomu nezbytná. V případě, že se dítě svěří, by se nemělo s dítětem mluvit podle žádného schématu, protože by se pak mohlo stáhnout a už nikdy by se nemuselo projevovat v této otázce autenticky, tak jak opravdu cítí. Důležité je, aby nikdo nezpochybnil to, co o traumatu řekne, například spontánně v průběhu hry. Zároveň by se jeho výroky neměly hned analyzovat a být brány doslova a pátrat po objektivní realitě. To, co dítě řekne, nemá být zpochybňováno. Pokud je komunikace o traumatu doprovázená velkým emočním afektem, pak je třeba referovat terapeutovi, za kterým dochází nebo psychologovi ústavu.

Podle pana doktora je vysvětlení, proč je dítě v ústavní výchově, velice těžké. Jedná se o problematiku, kdy se negativní postoj projeví právě v opozici k personálu. Kromě pochopení a poznání dítěte doporučuje pan doktor jednat trpělivě.

„No tak, asi tak nějak trpělivě s tím, že pokud tam pozná dostatek lidí, kteří budou na něho hodní, tak ten negativní postoj, ta opozice, by se mohla změnit...“

Na závěr, ale doplnil, že i po překonání negativního postoje může zůstat smutek z vědomí, že ho rodiče opustili, nebo že dovolili, aby v ústavní výchově byl.

Pan doktor přesně neví, jaké výchovné prostředky, ale podle něj mají děti dostávat pevné hranice, kterých ale nebude moc. Zároveň varoval před zastrašováním či jednáním v afektu, které u traumatizovaných dětí může vést k frustraci či může vyvolat agresivní, depresivní či úzkostnou reakci. Výsledkem může být útek. Co se týče trestů tak poukázal na individualitu každého dítěte. Tedy skutečnost, že pro každého je trestem něco jiného, čímž tedy znovu poukazuje na důležitý prvek, kterým je dobré poznání toho konkrétného dítěte.

Jako specifika péče o dítě se syndromem CAN udal opět již zmíněnou adaptaci dítěte v ústavu, poznání dítěte, na jehož základě si vychovatel udělá názor, který nebude stát na kategorizaci dětí dle syndromů a symptomů.

Největší pozornost by měla být upřena na prožívání dítěte. Pozor by si vychovatelé měli dát na uzavřené děti, kde je riziko, že uvnitř sebe sama si prožité

trauma může neustále opakovat a prožívá ho znova a znova. V důsledku si dítě může samo ublížit, což se, podle pana doktora, stává často.

Pan doktor mi jako dalšího odborníka doporučil pouze dalšího psychologa.

3.3.1.4 Ředitel Klokánku a sociální pracovník, odborník č. 4

S rozhovorem souhlasila paní magistra z Klokánku, kde pracuje pět. Dříve pracovala několik let na krizových linkách. Paní magistra je kromě ředitelkou zařízení pro děti vyžadující neodkladnou péči, Klokánku, zároveň sociálním pracovníkem pověřeným OSPODem.

Tabulka č. 4, Záznamový arch odpovědí ředitelky Klokánku a sociálního pracovníka

<p>1) Jak v rámci své praxe definujete a rozpoznáváte syndrom CAN?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dle psychologického vyšetření přímo v Klokánku • Informacemi od soudů a OSPODu
<p>2) Jaké je, podle Vás, nejvhodnější výchovné působení vedoucí ke změně sebepojetí a sebehodnocení u dítěte se syndromem CAN?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bezpodmínečné přijetí • Pevné hranice
<p>3) Jak s dítětem komunikovat o traumatu, které dítě má?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Otevřeně a citlivě • Nebát se tohoto tématu • Nenutit ke komunikaci • Časem se k tématu dostat
<p>4) Jak vysvětlit dítěti jeho přítomnost v ústavní péči, pokud dítě vnímá své umístění do ústavní péče negativně?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Upřímně a citlivě vysvětlovat • Nemluvit negativně o tom, kdo mu trauma způsobil • Vysvětlit mu, co se stalo a než se situace vyřeší, musí být tady • Dát dítěti časový horizont vyřešení jeho situace

5) Jaké výchovné prostředky by se měly používat u dítěte se syndromem CAN?	<ul style="list-style-type: none"> • Pozitivní motivace • Lehká negativní opatření v podobě zákazů činnosti a věcí • Využívání metodických výchovných publikací • Zákaz křičení na děti a bití
6) Jaká specifika by měla mít péče o dítě se syndromem CAN?	<ul style="list-style-type: none"> • Komplexní spolupráce odborníků s dítětem, ústavem i rodinou • Nevelké až žádné odlišení od ostatních dětí • Pochopení • Tolerance • Velká míra empatie • Nastavení hranic
7) Na co, podle Vás, by měla být upřena největší pozornost u dítěte se syndromem CAN?	Dát dítěti prostor pro: <ul style="list-style-type: none"> • ventilaci emocí • odžití a integraci traumatu do života

Paní ředitelka měla v odpovědích na všechny otázky jasné odpovědi, podložené její praxí.

V první odpovědi uvedla, že ve své praxi zažila děti prokazatelně týrané, aniž by potřebovala další informace, které ale jinak získávají z vlastních psychologických a projektivních testů v rámci diagnostiky, které zjišťuje psycholog v Klokánku.

Za nejvhodnější výchovné působení, které napomáhá zlepšení sebepojetí a sebehodnocení považuje kombinaci dvou metod, které se různě prolínají v závislosti na typu dítěte. V případě, že je dítě zakřiknuté a inhibované, doporučuje více podporovat a opečovávat dítě, kdežto u dítěte, které je nekontrolovatelné, dezinhibované a má výchovné problémy, se doporučuje vřelý přístup, ale zároveň nastavení pevných hranic. Základem je bezpodmínečné přijetí dítěte jako takového.

Paní ředitelka doporučuje o traumatu mluvit otevřeně, ale dítě se do komunikace nemá nutit. Na druhé straně, pokud vychovatel ví o traumatu, tak po adaptaci dítěte v novém prostředí by se časem měl empaticky doptávat.

Jako důležitý bod u otázky vysvětlení pobytu v ústavu uvedla podání časového horizontu dítěti, které mu přiblíží konec pobytu a dá naději na odchod ze zařízení, naději na vyřešení jeho situace, kterou vnímá negativně. Dále také mimo jiné zmínila, že ne vždy děti ví, proč v zařízení jsou a právě pro tyto děti je důležité, se jich zeptat, zdali vědí, proč v zařízení vlastně jsou. Paní ředitelka povysvětlila, že pro děti je nejhorší vydržet období, kdy OSPOD zkouší a zjišťuje, jestli rodina dítěte může být znovu funkční.

Paní ředitelka uvedla, že výchovné prostředky pro děti se syndromem CAN nejsou odlišné od výchovných prostředků, které se využívají u ostatních dětí. Je zastánkyní pozitivní motivace jako výchovného prostředku, v horším případě negativní motivace, pokud nefunguje domluva, přistupuje k lehkým negativním opatřením, jako jsou zákazy. Nicméně pokud je problém v osobnosti dítěte, tak je spíše než zákazy nutno pracovat s emocemi dítěte a po krocích měnit způsob jeho chování. Tedy jako místo negativního výchovného prostředku doporučuje aktivní snahu o změnu chování mezi dítětem a vychovatelem, který funguje na bázi spolupráce.

Na otázku specifik v péči o děti se syndromem CAN odpověděla, že by se mělo jednat o komplexní přístup, ve kterém se zapojují různí odborníci, nicméně uvedla, že v Klokánku nechtějí traumatizovat děti ještě tím, že by k nim přistupovali jinak než k ostatním dětem.

Největší pozornost by měla být upřena na to, aby traumata, která děti mají, jim nebránila v budoucím životě.

„Asi je důležité dát tomu dítěti prostor pro ventilaci, aby si všechno to co se mu stalo, mohlo odžít a na základě toho ty své negativní zkušenosti a traumata mohlo nějakým způsobem integrovat a uzavřít, aby ho to nepoznamenalo do budoucna.“

Paní ředitelka mi jako dalšího odborníka doporučila krizového intervenanta. Tato profese je nicméně složena z odborníků ze stran psychologů či sociálních pracovníků, kteří již byli pro účely rozhovoru vybráni. Jako krizový intervent má také profesní zkušenost respondent č. 3.

3.3.1.5 Dětský chirurg a traumatolog, odborník č. 5

Pátý respondent, který souhlasil s rozhovorem, je lékař, který pracuje v nemocnici na dětském oddělení jako traumatolog a chirurg již pět let.

Tabulka č. 5, Záznamový arch odpovědí dětského chirurga a traumatologa

<p>1) Jak v rámci své praxe definujete a rozpoznáváte syndrom CAN?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Opakované návštěvy lékaře za nejasných okolností • Určité typy poranění
<p>2) Jaké je, podle Vás, nejvhodnější výchovné působení vedoucí ke změně sebepojetí a sebehodnocení u dítěte se syndromem CAN?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • neustálá podpora • intenzivní a aktivní práce s dítětem • aktivní posilování sebevědomí přes přátelství
<p>3) Jak s dítětem komunikovat o traumatu, které dítě má?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Otevřeně • Nezpochybnovat
<p>4) Jak vysvětlit dítěti jeho přítomnost v ústavní péči, pokud dítě vnímá své umístění do ústavní péče negativně?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zmírnit negativní postoj tím, že bude mít v ústavě přítele, partnera • Přesvědčit, že to je pro dítě skutečně to nejlepší • Vysvětlit, že vychovatel má roli přítele i rodiče
<p>5) Jaké výchovné prostředky by se měly používat u dítěte se syndromem CAN?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Standardní, jako pro ostatní děti • S hranicemi • Nevyhýbat se postihům
<p>6) Jaká specifika by měla mít péče o dítě se syndromem CAN?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zvýšená pozornost k prožívání a k aktivitě běžného dne dítěte • Dodržování rituálů • Aktivně se dítěti věnovat
<p>7) Na co, podle Vás, by měla být upřena největší pozornost u dítěte se syndromem CAN?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Na to, co dítě cítí, prožívá • Jak se chová a co cítí k sobě i k ostatním

V rámci výzkumu byl zařazen k respondentům lékař z nemocnice, který má možnost se setkat s akutní formou týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Přestože část otázek v rozhovoru je koncipovaná na práci s dítětem mimo nemocniční zařízení, bylo zajímavé vyslechnout tohoto odborníka. Když se, pan doktor, doslech o záměru a směru otázek rozhovoru, měl obavy, že nebude na otázky schopen odpovědět. Rozhovor měl specifikum, kterým se odlišil od ostatních v tom, že si odpověď vždy pár sekund rozmyslel a poté na ni vždy našel odpověď.

Pan doktor vypověděl, že je obecně velice těžké pro chirurgy syndrom CAN rozpoznat. Nicméně uvedl, že jsou zranění, kterých je velmi těžké docílit u malého dítěte. Takové zranění pak alarmuje lékaře k tomu, aby udělal rentgen zbytku skeletu.

Otázka k výchovnému působení vedoucí ke změně sebepojetí a sebehodnocení je prý pro traumatologa obecně těžká. Pan doktor se domnívá, že pozitivní změna je možná přes přátelství vychovatele s dítětem a o aktivním posilování sebevědomí dítěte.

Otázku, jak s dítětem komunikovat o traumatu si prý klade pokaždé, když se s dítětem setká. Doporučuje komunikovat, co nejvíce otevřeně, „*na nic si nehrát*“ a vzít informaci jako fakt a taktéž by to mělo brát i dítě.

Pan doktor věří, že základem pro to, aby dítě necítilo či přestalo cítit svůj pobyt v ústavní výchově negativně, je přátelství, které v novém domově naváže. Ať už takový vztah naváže s vychovatelem či s někým jiným.

Podle pana doktora by ale dítě se syndromem CAN nemělo mít jiné výchovné prostředky než ostatní děti. Nemělo by se dítěti zvláštními výchovnými prostředky kompenzovat to, co si dítě prožilo, tedy neposkytovat nadstandardní péči. Výchovné prostředky by neměly být volné. Mají tedy mít hranice, které pro dítě budou srozumitelné. V případě nutnosti se nevyhýbat ani postihům na základě myšlenky, že pokud se bude chovat, tak jak se od něj očekává, vychovatelé mu vyjdou vstříc, nebudeli se podle nich chovat, tak to bude mít své následky

Specifická práce s dítětem se syndromem CAN by měla být ve zvýšené pozornosti na dítě.

„...aktivně se mu věnovat, každý den s ním nějakou dobu strávit, ptát se na to, co prožívá, co dělal, co ve škole, co s kamarády.“

Největší pozornost by měla být upřena na to, co dítě opravdu cítí a prožívá. Zároveň upozorňuje, že tyto děti mají často tendenci něco předstírat v rámci obranných mechanismů, které si v rodině vyvinuli, a na to by si měli vychovatelé dát pozor.

Pan doktor jako další odborníky doporučil složky policie a soudního systému. U odborníka z řad policie sám nakonec poznamenal, že pro účely mé práce není vhodným respondentem. Co se týče soudce, tak po zvážení nebyl soudce ani vyšší soudní úředník zařazen k respondentům. Opatrovnické oddělení rozhoduje o umístění dětí do ústavní péče, ale z oblasti výchovné a terapeutické praxe není tato profese pro výzkum přínosná.

3.3.2 Kazuistiky dětí se syndromem CAN

Kazuistiky dětí se syndromem CAN byly sestaveny na základě textové analýzy případových spisů dětí z Klokánku Chabařovická na Praze 8. Případové spisy obsahovaly zprávy z OSPODu a z diagnostického ústavu, lékařské zprávy z vyšetření, ze zákroků a z hospitalizací, dále policejní zprávy, soudní záznamy, vysvědčení, posudky lékařů, psychologů, třídních učitelů, vychovatelů ze školek a družin, korespondenci mezi jednotlivými úřady a rodiči a fotografie.

Pro potřeby této diplomové práce byly sestavené čtyři kazuistiky, které přinášejí svědectví o fyzickém a psychickém týrání, sexuálním zneužívání a zanedbávání, převážně výchovném a zdravotním.

Jména dětí jsou smyšlená. Pro kazuistiky č. 2 až č. 4 byly použity záznamy sourozenců. Přestože mají děti stejnou matku a vyrůstaly pod jednou střechou, podoba syndromu CAN je u všech dětí odlišná.

Pro účely sestavení kazuistik byly použité relevantní informace, které se týkaly rozvoje syndromu CAN a jeho následků. Z toho důvodu nejsou uvedeni v kazuistikách například otcové, pokud se s dítětem nevidají či jsou dokonce neznámí. Kazuistiky obsahují informace o rodinném zázemí, dosavadním výchovném působení, popisují syndrom CAN u daného dítěte a obsahují zdravotní anamnézu, která se přímo pojí se syndromem CAN. Stěžejní informace o následku syndromu CAN popisuje psychologický profil sestavený na základě psychologického vyšetření. Aktuální problematika daného dítěte je popsána v závěrečné analýze, která je součástí každé kazuistiky.

3.3.2.1 Kazuistika č. 1, Nela

ZÁKLADNÍ ÚDAJE

Pohlaví- ženské

Narození- prosinec 2003

Věk- 10 let

RODINNÁ ANAMNÉZE

Matka

- prostitute, závislost na alkoholu a drogách
- Další 3 děti v péči
- Časté stěhování, konflikty v rodině

Starší bratr - o 11 měsíců starší (v péči babičky)

Otec- s matkou nežije

Babička- nechce se o dívku starat, záporný vztah k dívce. Má v péči jejího bratra.

ZAJIŠTĚNÍ VÝCHOVNÉ PÉČE

- do roku 2011 v péči matky, kde byla týrána
- 2011 svěřena do péče otce, ten ji opakovaně dával a vracel do ústavní péče či nechával u své matky, babičky dítěte.
- od prosince 2012 v péči Klokánka
- od listopadu 2013 v pěstounské péči (druh, družka a jejich dcera)

SYNDROM CAN

- spojený zejména se životem u matky
- Policie ČR ji odebrala z péče matky při podezření na týrání (měla modřiny po celém těle, vši, vytrhnutý pramen vlasů)
- Podezření na sexuální zneužívání, podané trestné oznámení, ale pro nedostatek důkazů případ odložen (v noci ověřovatelkami v léčebně buzena kvůli prevenci pomočování. Už ze spaní se s nimi prala se slovy: „Ne, nejdeme na to!“)

- Podezření na traumatizaci u policie
- Masivní zanedbání psychických funkcí, grafomotoriky, řečového vývoje
- Nevychována k dodržování společenských pravidel úměrných věku

ZDRAVOTNÍ ANAMNÉZA

- Zanedbaná péče o chrup
- Neorganické pomočování
- Hůře vyztáelé EEG bez specifiky
- Umístěna v Olivově dětské léčebně na návrh pediatra (léto 2012) pro recidivu dýchacího onemocnění

PSYCHOLOGICKÝ PROFIL

- IQ 67- horní oblast mentální retardace
- Deprivovaná, pocity méněcennosti
- Chybějící feminita
- Pasivita, nesamostatnost, plachost
- Nízke sebevědomí, potlačování pocitů, subdepresivní emoční ladění
- Snaha vyhovět a zavděčit se ostatním
- Anticipační nejistota, zvýšená úzkostnost
- Úlekové tendence a fobie z mužů
- Projevuje se submisivně a přátelsky

ZÁVĚREČNÁ ANALÝZA

Dívka má diagnostikovaný syndromem CAN, forma fyzického týrání s podezřením na sexuální týrání. V důsledku konstantního fyzického týrání je dívka mírně retardovaná, s nízkým sebevědomím a se zvýšenou úzkostí. V noci se stále občas pomočuje.

Následkem sexuálního zneužívání má dívka fobii z mužů. Další následky lze očekávat v dospívání. V současné době je v pěstounské péči, kde ale dochází ke konfliktům ze strany dcery pěstounů, která se dívkou cítí ohrožená a nechápe opožděnost jen o rok mladší dívky.

3.3.2.2 Kazuistika č. 2, Míša

ZÁKLADNÍ ÚDAJE

Pohlaví- mužské

Narození- prosinec 2007

Věk- 7 let

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka

- Manipulativní, agresivní, hostilní, využívající sociální systém
- Nestabilní bytové podmínky, které roky slibuje upravit pro děti (střídavě žije na sociální ubytovně a mezi bezdomovci)
- Neumí reflektovat potřeby svých dětí, preferuje své zájmy před dětmi
- Neustále poštvává děti proti personálu Klokánka

Sestra Karolína- výrazná fixace Míšou na sestru, která se o něj starala často na místo matky (jen o 9 let starší!)

Bratr Daniel- starší o 6 let, Míšu šikanuje

ZAJIŠTĚNÍ VÝCHOVNÉ PÉČE

- matka nechávala sourozence střídavě u babičky (dnes už nežije)
- S dětmi se 17x stěhovala a měnila bydliště (jednalo se většinou o sociálně dotované byty, které opouštěla pro nesplácení dluhů)
- Pro neuspořádané rodinné poměry byl nad dětmi nařízen soudní dohled
- V roce 2005 zrušen na žádost OSPODU, který se domníval, že matka situaci již zvládá
- V únoru 2013 do Klokánku přijati na žádost matky, soudem mu byla svěřena péče o sourozence

SYNDROM CAN

- Psychický stav i morální vývoj poškozen životním stylem matky a jejími projevy vůči dítěti
- Psychické týrání – matka nereaguje na potřeby malého chlapce, odmítání lásky,

preferenci starších sourozenců před Míšou (v důsledku vznik citové deprivace spojený s neurotickým vývojem)

- Zanedbání zdravotní péče
- Nedostatečně podmětne prostředí pro vývoj dítěte
- Ohrožení systémovým a psychickým týráním

ZDRAVOTNÍ ANAMNÉZA

- Velice špatný stav chrupu- zčernalé pahýly první dentice, kvůli kterým nemůže vyrůst druhá dentice. Po několika stomatologických vyšetření byla provedena sanace chrupu v celkové anamnéze, díky které vznikl prostor pro růst druhé dentice
- Občasné pomočení spojené s psychickým stavem
- Pro celkovou nezralost odložení školní docházky

PSYCHOLOGICKÝ PROFIL

- V důsledku citové deprivace dochází k tzv. nerozlišené přítulnosti, tedy fixace na dospělého bez rozdílu
- Nízká frustrační tolerance, pohry těžce nese
- Depresivní ladění, zablokovanou a skleslost v otázkách o domově
- Zřetelná indoktrinace matkou
- Frustrace od trvale planých slibů matky
- Zřetelná opožděnost ve vývoje, zejména po stránce sociální a pracovní
- V Klokánku pomalu nabírá sebedůvěry a důvěry k dětem i k dospělým

ZÁVĚREČNÁ ANALÝZA

Chlapec vykazující znaky syndromu CAN. Byl psychicky týrán a zanedbáván v oblasti zdraví a výchovy. V současné době stále dochází k citovému týráním jeho matkou, která se s chlapcem i jeho sourozenci vídá, ale zřetelně preferuje starší sourozence před chlapcem. Shazuje ho a navádí ho proti vychovatelkám, ke kterým si v Klokánku vytváří bezpečné pouto. V důsledku toho je chlapec citově nevyrovnaný a zřetelně psychicky deprivovaný, na svůj věk nevyzrálý a občas depresivní. Chlapec je zařazen do registru náhradní rodinné péče. Hledají se pro něj pěstouni, kteří by ale zároveň udržovali jeho vztahy se sourozenci. Matka o zařazení do registru neví.

3.3.2.3 Kazuistika č. 3, Daniel

ZÁKLADNÍ ÚDAJE

Pohlaví- mužské

Narození- září 2000

Věk- 13 let

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka

- Manipulativní, agresivní, hostilní, využívající sociální systém
- Nestabilní bytové podmínky, které roky slibuje upravit pro děti (střídavě žije na sociální ubytovně a mezi bezdomovci)
- Neumí reflektovat potřeby svých dětí, preferuje své zájmy před dětmi
- Neustále poštvává děti proti personálu Klokánka

Starší sestra Karolína a mladší bratr Míša (viz kazuistika č. 2 a 4.)

ZAJIŠTĚNÍ VÝCHOVNÉ PÉČE

- matka nechávala sourozence střídavě u babičky (dnes už nežije)
- S dětmi se 17x stěhovala a měnila bydliště (jednalo se většinou o sociálně dotované byty, které opouštěla pro nesplácení dluhů)
- Pro neuspořádané rodinné poměry byl nad dětmi nařízen soudní dohled
- V roce 2005 zrušen na žádost OSPODU, který se domníval, že matka situaci již zvládá
- Do Klokánku přijati v únoru 2013 na žádost matky, soudem mu byla svěřena péče o sourozence

SYNDROM CAN

- Nestabilní zázemí, špatný sociální vliv od matky
- Zanedbání ve výchově – deregulace agrese vedoucí k protisociálnímu chování, nerozvinuté charakterové vlastnosti
- Zanedbání v hygieně – chlapec nemá osvojené hygienické návyky
- Veden matkou k velikářství (v důsledku toho ho neúspěchy ho silně stresují)

ZDRAVOTNÍ ANAMNÉZA

- Noční pomočování
- Psychické problémy (antidepresiva, psychoterapie)
- Poruchy chování

PSYCHOLOGICKÝ PROFIL

- Nadprůměrné IQ , zároveň dysortografie a dysgrafie
- Extrémně výkonově orientován (což ho silně stresuje, a způsobuje tak kumulaci agrese)
- Agresivní – šikanuje, ubližuje mladším dětem v Klokánku (škrcení, dušení, mlácení)
- Dopouští se lhaní, podvodů a krádeží. Nechápe, že po přečinu následuje trest, při přistižení nemá pocity studu, vinu ihned svalí na ostatní
- Chybí empatie a ohled na druhé
- Zarputilé chování, suverénní, povýšené a egocentrické
- Narcistická porucha osobnosti
- Na kritiku reaguje vztekem

ZÁVĚREČNÁ ANALÝZA

Chlapec se syndromem CAN s podobou zanedbávání. Převážně se jedná o zanedbání ve výchově a v hygieně. V důsledku zanedbání není u chlapce rozvinuto prosociální a morální cítění. Chlapec trpí nočním pomočování a poruchou osobnosti. Je agresivní, nesoucitný a jeho osobnost vykazuje znaky narcistické poruchy osobnosti. Kvůli neustálému navádění matkou je psychicky nevyrovnaný, což se projevuje mimo jiné i v agresivním chování. V současné době dostal podmíněčné vyloučení z Klokánku za hrubé porušení pravidel zařízení (opakované ublížení dětem, nekázeň ve škole, krádeže. Rozvíjející porucha chování může vést až k umístění do DÚ.

3.3.2.4 Kazuistika č. 4, Karolína

ZÁKLADNÍ ÚDAJE

Pohlaví- ženské

Narození- srpen 1990

Věk- 15 let

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka

- Manipulativní, agresivní, hostilní, využívající sociální systém
- Nestabilní bytové podmínky, které roky slibuje upravit pro děti (střídavě žije na sociální ubytovně a mezi bezdomovci
- Neumí reflektovat potřeby svých dětí, preferuje své zájmy před dětmi
- Neustále poštvává děti proti personálu Klokánka

Mladší a starší bratr (viz kazuistika č. 2 a 3)

ZAJIŠTĚNÍ VÝCHOVNÉ PÉČE

- Při narození mladšího sourozence dána dočasně do dětského domova
- matka nechávala sourozence střídavě u babičky (dnes už nežije)
- S dětmi se 17x stěhovala a měnila bydliště (jednalo se většinou o sociálně dotované byty, které opouštěla pro nesplácení dluhů
- Pro neuspořádané rodinné poměry byl nad dětmi nařízen soudní dohled
- V roce 2005 zrušen na žádost OSPODU, který se domníval, že matka situaci již zvládá
- Do Klokánku přijati v únoru 2013 na žádost matky, soudem mu byla svěřena péče o sourozence

SYNDROM CAN

- Psychické týrání v podobě neúměrné psychické zátěži z hlediska k věku. Matka ji bere jako partnera, sděluje jí vše a vše s ní probírá, což ji velice zatěžuje
- Dále na ní matkou byla převedena zodpovědnost a výchovu o nejmladšího sourozence, který je jen o 9 let mladší
- Psychická manipulace matkou

ZDRAVORNÍ ANAMNÉZA

- Psychoterapie k vyrovnání se se situací a odpoutání se od vlivu své matky

PSYCHOLOGICKÝ PROFIL

- IQ lehce nadprůměrné
- Cílevědomá
- Dobrá adaptace v Klokánku
- Občas problémy s respektováním autorit
- Oběť manipulace matky. Uvědomuje si rozpory, při takovéto konfrontaci pláče a třese se. Tato manipulace je pro ni velmi psychicky náročná
- Po návštěvách matky v Klokánku vystupuje arogantně, že personál nemusí poslouchat
- Úzkost cokoliv říci proti matce
- Nevedena ke slušnému chování

ZÁVĚREČNÁ ANALÝZA

Dívka se syndromem CAN, forma psychického týrání a zanedbání ve výchově. Dívka stále psychicky trpí manipulací matkou, která ji poštvává proti personálu Klokánku. Trpí také rozpory, které si uvědomuje, mezi tím, co tvrdí matka a tím, co jí říká personál Klokánku. Matka s ní probírá všechny soudní situace a dokumenty, kterým ale vlastně nerozumí. V důsledku je dívka citově zmatená a nevyrovnaná s projevy úzkostného jednání.

3.4 Závěr výzkumu

3.4.1 Výsledky

Výzkum byl rozdělen na dvě etapy. První etapa zjišťovala faktické informace o dětech se syndromem CAN a jejich péči v ústavní výchově. Druhá etapa se zaměřila v rozhovorech na subjektivní názory odborníků na péči o děti se syndromem CAN v ústavní výchově.

3.4.1.1 *Výsledky první etapy*

První etapa výzkumu zjistila a potvrdila výzkumný předpoklad č. 1. Na základě textové analýzy případových spisů a pozorování bylo zjištěno, že děti se syndromem CAN jsou umístované v ústavní péči.

Výzkumný předpoklad č. 2 byl potvrzen, ale zároveň i rozšířen. Syndrom CAN je dítěti přiřazen na základě spisů nejen z diagnostického ústavu, ale také na základě zpráv z policie, z OSPODu, z lékařských a soudních zpráv.

Dle pozorování a textové analýzy nebyl potvrzen předpoklad č. 3. V ústavní výchově neexistuje specifická práce s dětmi se syndromem CAN. Pokud je třeba nějakého druhu terapie, děti povětšinou docházejí za odborníky mimo ústav. Na děti není cíleně a systematicky směřována péče, kterou děti se syndromem CAN potřebují. Vychovatelé poskytují dětem se syndromem CAN a ostatním dětem takovou péči, kterou každý individuálně vyhodnotí jako nejlepší.

3.4.1.2 *Výsledky druhé etapy*

1. otázka: Jak v rámci své praxe definujete a rozpoznáváte syndrom CAN?

Ředitelka Klokánku, etoped a pediatr shodně uvedli, že rozpoznávají syndrom CAN na základě informací z různých zdrojů. Informace od OSPODu využívá pediatr a ředitel Klokánku. Další osoby, od kterých se dozvídají o týrání, zneužívání a zanedbávání, jsou přímo děti, učitelé, rodiče či zákonní zástupci a pracovníci soudů.

Pro ředitelku Klokánku je také směřodlatné psychologické vyšetření dětí psychologem, který pracuje v Klokánku. Pediatr rozpoznává syndrom CAN z pozorování chování, vyjadřování a vzhledu dětí a jejich rodičů, kteří do ordinace

přijdou. Pro chirurga jsou alarmující typy poranění a časté návštěvy lékaře za nejasných okolností. Psycholog uvedl, že pro práci s dítětem nepotřebuje vůbec žádné informace o syndromu CAN, proto syndrom v rámci své praxe nedefinuje ani nerozpoznává.

2. otázka: Jaké je, podle Vás, nejvhodnější výchovné působení vedoucí ke změně sebepojetí a sebehodnocení u dítěte se syndromem CAN?

Pro změnu sebepojetí a sebehodnocení považují odborníci za důležité nechat dítě na nový domov nejprve adaptovat (psycholog). Dítě má být bezpodmínečně přijaté, aby mělo pocit domova a necítilo se ohrožené (ředitel, pediatr) a důležitým prvkem je navázání přátelského a stabilního vztahu s vychovatelem, ale i s ostatními dětmi (etoped, chirurg, pediatr).

Pediatr považuje za důležité pro pozitivní změnu sebepojetí a sebehodnocení, aby bylo dítě zaměstnáno určitou činností, která ho bude dále formovat. S chirurgem zmínili, že je třeba dítě neustále podporovat a chválit. Pevné hranice, při kterých dochází k dodržování sociálních norem, podle ředitelky Klokánku také napomáhají dítěti k pocitu vlastní sebehodnoty.

3. otázka: Jak s dítětem komunikovat o traumatu, které dítě má?

Kromě psychologa a etopeda se odborníci shodli, že o traumatu je třeba mluvit. Má se s ním mluvit o jeho traumatu otevřeně (ředitel, chirurg) a jeho tvrzení nezpochybňovat (pediatr, chirurg). Jak ředitelka, tak psycholog považují za důležité nechat dítěti čas, než začne o traumatu mluvit. Psycholog ale zdůraznil, že pokud dítě s tématem nepřijde samo, vychovatel by se do tématu vůbec neměl pouštět. Podobně reagoval etoped a pediatr, kteří tuto otázku nechávají pro psychologa z ústavu, který má traumatizovaným dětem pomoci překonat trauma.

Nicméně ředitelka vychovatelům doporučuje, aby v rámci empatického přístupu s tématem za dítětem přišli tak, aby si dítě mohlo trauma odžít. Je ale důležité nechat dítěti svůj čas a netlačit na něj. Důvěrný vztah je pro komunikaci o traumatu zásadní (ředitel, psycholog).

4. otázka: Jak vysvětlit dítěti jeho přítomnost v ústavní péči, pokud dítě vnímá své umístění do ústavní péče negativně?

Dítěti se mají upřímně vysvětlit důvody, proč je v ústavu, co k tomu vedlo a proč je pro jeho vývoj a budoucnost lepší být mimo péči rodičů (ředitel, pediatr, chirurg).

Dítěti by se tak měly citlivě sdělit důvody, proč nemůže být s rodinou, ale při tom by se o tom, kdo mu trauma způsobil, nemělo mluvit negativně. Citlivý přístup znamená, že je třeba najít vhodnou chvíli, kdy se o důvodech bavit (etoped, ředitel, psycholog). Psycholog a chirurg dále mluví o přizpůsobení situace pro dítě tak, aby se cítil v ústavu co nejpříjemněji. Ředitelka Klokánku zmínila důležitý prvek, kterým je informace o časovém horizontu. Tedy o informaci, že jeho pobyt v zařízení je dočasný, že jeho situace je řešitelná i jinak. Dítě může odejít do jiných ústavů, ale také odejít k pěstounům či k příbuzným.

5. otázka: Jaké výchovné prostředky by měla mít péče o dítě se syndromem CAN?

Odpovědi odborníků na tuto otázku měly mnoho společných prvků. Odborníci se domnívají, že dítě potřebuje ve výchově hranice, mantinely, které mu budou určovat, kam až může ve svém počínání zajít (ředitel, psycholog, psychiatr, etoped). Pokud by se řešil nějaký přestupek, na dítě by se nikdy nemělo křičet a celkově jednat v afektu, protože to už u tak traumatizovaných dětí může vést pocitům úzkosti a depresivním stavům (psycholog, ředitel). Odborníci také zmiňovali v otázce trestů značný individuální rozměr. Často zmiňovali různé zákazy jako formu trestu, ale vždy s ohlednutím na to, co dané dítě považuje za trest. Výchovné působení by mělo vždy jít ruku v ruce s důsledností (etoped). Podle ředitelky Klokánku a chirurga by zmíněné výchovné prostředky neměly být odlišné od prostředků používaných na jiné děti v ústavech. Jiné zacházení by děti mohlo ještě více stresovat.

6. otázka: Jaká specifika by měla mít péče o dítě se syndromem CAN?

V odpovědích odborníků nelze kromě zvýšené opatrnosti k tomu, co dítě prožívá, nalézt jednotící prvek. Podle ředitelky Klokánku by mělo jít o komplexní péči odborníků. Péče o děti se syndromem CAN by měla být plná pochopení, empatie a tolerance. Dle etopeda by měla péče trvat na dodržování dohodnutých pravidel a být v péči důsledný. Psycholog doporučuje opatrnost a vždy brát v potaz prožité trauma. Pediatr zdůrazňuje vliv motivace na dítě, péče by měla směřovat k tomu, aby dítě bylo vnitřně motivované být šťastné a spokojené. K tomu jsou důležité vztahy a práce, což zmiňovali i ostatní odborníci.

Odpověď na tuto otázku pojal každý odborník jinak, nicméně v závěru nikdo z nich svojí odpovědí nevyvrátil názory ostatních.

7. otázka: Na co, podle Vás, by měla být upřena největší pozornost u dítěte se syndromem CAN?

Největší pozornost by měla být upřena na to, co dítě cítí a prožívá (ředitel, psychiatr, chirurg). Podle ředitelky Klokánku by měly mít děti prostor pro to, aby emoce, které doprovází jejich trauma, měly čas a možnost ventilovat, tak aby je mohly časem integrovat do svého života. Pozornost by měla být upřena k tomu, jak se dítě projevuje, a to nejen k sobě, ale i k ostatním. Etoped a pediatr doporučují dítěti běžnou činnost, která děti vpraví do života a připraví na budoucnost. Má se jednat jak o běžnou práci, tak i o realizaci koníčků dětí. Pro starší děti doporučují práci, kde si mohou vydělat tak, aby poznaly hodnotu peněz. Pozornost má být také upřená na prostředí, kde dítě momentálně žije tak, aby v něm dítě mělo pocit jistoty a necítilo se ohrožené.

3.4.2 Doplnění kazuistik

Doplnění kazuistik o návrh vhodné péče není jednoduché, protože v některých případech byly odpovědi na otázky rozhovoru pouze obecného charakteru, přesto se zde pokusím doplnit kazuistiky o poznámky k péči, které dítě potřebuje, především se zaměřím na nejvýraznější rys dítěte.

Kazuistika č. 1

V případě Nely by měla být péče o ni zaměřena na zvyšování sebedůvěry. Dívku je třeba při každé maličkosti chválit a dodávat jí sebevědomí. Je třeba jí dávat najevo spoustu lásky, jak verbálně tak nonverbálně. S dívkou je třeba se věnovat více přípravě do školy, ale nejlépe formou her, protože dívku každý neúspěch zneklidňuje. Je třeba, aby si dívka uvědomila, že chyby se stávají a každý má právo nebýt dokonalý. Nikdo po ní nechce, aby byla bezchybná. Všechno tohle počínání bude nejúspěšnější, když si vychovatel s dívkou vytvoří opravdu důvěrný vztah. Pro dívku je důležité, aby na fyzické týrání nemyslela, neobávala se trestů, ale aby na dobu, kdy byla u matky, vzpomínala jako na něco, co bylo a už se nevrátí. Nemusí se bát, že by ji někdo trestal.

Kazuistika č. 2

Míša potřebuje hlavně citovou stabilitu. V ideálním případě by se již s matkou neměl vídat. Míša je citově deprivovaný a v důsledku toho je extrémně přítulný. Právě proto je třeba, aby chlapec přilnul pevně alespoň k jedné osobě, která ho přijme přesně takového, jaký je. Míša by se z takového vztahu naučil, že každý vztah přináší jak

radost, tak také povinnosti. Dítě potřebuje k někomu přilnout a brát vztah se vším všudy. K tomu by opravdu byla nejvhodnější pěstounská péče a ne ústavní prostředí. Míša dále potřebuje velmi podnětné prostředí. S dítětem by si měl vychovatel hrát a pomocí různých pomůcek, knih, výtvarné činnosti apod. rozvíjet chlapcovu fantazii, jemnou motoriku a poznávat s ním svět po celý den, tak jako kdyby byl teprve batole.

Kazuistika č. 3

U Daniela bych doporučovala silně empatický přístup. Vychovatel by se měl ptát a zjistit, co se za jeho chováním skrývá. Proč má potřebu se chovat k dětem agresivně. Také by se měl vychovatel snažit s chlapcem bavit o pocitech druhých. Měl by si s ním dohodnout pevný systém pravidel. Daniel by měl mít nastavené hranice, aby věděl, kam až může zajít. Vše se ale chlapci musí vysvětlovat, aby opravdu chápal, proč se tak děje, a nevykládal si to špatně. Vysvětlovat mu své pocity, své postoje i svoji nejistotu. Výchova musí být důsledná. Chlapec musí vědět, že když se mu něco podaří, bude jeho snaha oceněna, stejně tak, když hranice překročí. Chlapec musí vědět a chápat, že po přečinu následuje trest. Dále je u Daniela důležité podpořit ho v tom, že když v něčem selže, nic se neděje. Chlapec by měl vědět, že i když se chová k ostatním zle, vychovatel ho má rád, rád s ním tráví čas.

Kazuistika č. 4.

U Karolíny bych doporučovala věnovat jí čas, být bezstarostná a zvyšovat jí pocit sebedůvěry a motivovat ji ke splnění svých snů. Dívka potřebuje vědět, že nemá zodpovědnost za to, co se děje s její matkou a jejími sourozenci, a měla by se snažit od matky odpoutat, k čemuž má sloužit psychoterapie. Vychovatelka by se měla s dívkou bavit o její budoucnosti, dát jí co největší rozhled a vnitřně ji motivovat, aby chtěla být šťastná a přičinila se k tomu. Důvěrný vztah s vychovatelkou je základ pro to, aby se mohla oprostít od matky.

3.4.3 Diskuze nad výsledky

Výzkum potvrdil, že děti se syndromem CAN jsou umisťované do ústavní péče. Zároveň ale bylo zjištěno, že pro ně žádná oficiální specifická péče není připravena. Z rozhovorů vyplývá argument, že vychovatelé nemohou ke každému dítěti přistupovat jinak. Podle některých respondentů by péče, která by byla odlišná od péče o ostatní děti, mohla v důsledku děti se syndromem CAN vyčleňovat. Tím, že by se neustále

poukazovalo na jejich odlišnost, by je speciální péče mohla dále poškozovat a frustrovat. Přesto se domnívám, že péče o děti se syndromem CAN by měla mít specifické prvky, které by reagovaly na odlišnosti dětí a zároveň je nevystavovaly sekundární viktimizaci.

Ústavní výchova pečuje o různé děti s různými odlišnostmi. Pokud se ale podíváme na problematiku dětí se syndromem CAN, nalezneme odlišnosti a prvky, se kterými jednoduše ústavní výchova musí počítat a musí být připravená s nimi pracovat. Děti jsou nejen traumatizované, ale v základním pojetí mají porušenou citovou vazbu, tzv. attachment. Tyto děti jsou nedůvěřivé k pečovateli, nevěří, že svět je dobrým místem k životu, nevěří, že jejich potřeby mají právo být naplněny apod. (VRTBOVSKÁ, 2010 stránky 23,24). Matějček také uvádí, že pokud přijdou takovéto děti do ústavní výchovy, péče a výchova o ně musí být nikoliv normální a osvědčená, jako u jiných dětí, nýbrž se vždy musí jednat o výchovu nápravnou a léčebnou (MATĚJČEK, 2003 str. 104).

Z těchto teoretických východisek jednoznačně plyne, že děti se syndromem CAN potřebují jinou péči než zdravé dítě, které se jen nepřízní osudu dostalo do ústavní výchovy. Pouze jeden respondent (ředitel Klokánku) uvedl, že specifikum péče o dítě se syndromem CAN je komplexnost. Tedy že by se mělo jednat o komplexní péči odborníků. Věřím, že právě společná péče různých odborníků vede ke zlepšení situace dítěte, jeho prožívání, vazby, pocitu bezpečí a jistoty. Komplexní péče je to specifikum, které ohrožené dítě potřebuje. Terapie dětí by se měla týkat jak úpravy prostředí, tak také přímé práce s dítětem. Všichni odborníci by měli být účinně koordinováni, aby došlo k žádoucí změně (LANGMEIER, 2000 str. 303). V roce 2010 v Praze prezentovala Doležalová na mezinárodní konferenci k problematice ústavní a ochranné výchovy komprehensivní model přístupů a péče o ohrožené dítě a jeho rodinu. Tento model přistupoval k péči o ohrožené dítě komplexně ze čtyř oblastí. První oblastí byl pedagogický přístup, který zahrnuje například speciální pedagogiku a etopedii. Druhou oblastí je psychologický přístup, který dětem poskytuje psychoterapii a poradenství. Třetí oblastí je sociální přístup, který dítěti pomáhá najít novou rodinu či pomáhá zlepšovat vztahy s rodinou původní. Čtvrtá oblast je zdravotnický přístup, který pomáhá dítěti z oblasti pediatrie, psychiatrie, adiktologie apod. (Respekt k dítěti, 2010).

Domnívám se, že komplexní přístup bude opravdu efektivní za předpokladu, že všechny složky budou navzájem spolupracovat a doplňovat se. Jedná se o velice

koordinálně náročný úkol, který vyžaduje nejen finanční podporu, ale také ochotu a čas odborníků navzájem si sdělovat informace, či je předávat jednomu zprostředkovateli. Zajímavá je myšlenka jednoho z respondentů, psychologa a psychiatra, který poznamenal, že základem pomoci je důvěrný vztah a v psychoterapii může dosáhnout výsledků tehdy, když dítě bude vědět, že informace, které se v rámci psychoterapie uvolní, zůstanou pouze mezi ním a dítětem.

Zde se dostáváme ke konkrétnímu problému komplexnosti přístupu. Pokud efektivní psychoterapie vyžaduje důvěrný přístup, jak mohou další odborníci, kteří s dítětem pracují, počítat s informacemi o pokrocích dítěte na psychoterapii? Obávám se, že nejsem na tuto otázku schopná odpovědět. Lze pouze předpokládat, že i v rámci důvěrného vztahu klienta s terapeutem může terapeut podat relevantní informace o celkovém psychickém stavu dítěte, které budou přínosné pro další odborníky, kteří s dítětem pracují.

Co se týče práce vychovatelů, výzkum zjišťoval, jak můžou vychovatelé pomoci dítěti ke zlepšení jeho sebepojetí a sebehodnocení. Respondenti v rozhovoru uvedli, že děti potřebují bezpečí a jistotu v novém prostředí. Pro zlepšení sebepojetí a sebehodnocení dítěte ho doporučují podporovat a chválit. Langmeier dále doporučuje, aby byla pozornost věnována sebedestrukčním postojům, které dítě má. Dítě často přisuzuje negativní události ve svém životě svému chování a svým vnitřním trvalým charakteristikám (LANGMEIER, 2000 str. 315). Vychovatel tak musí tyto tendence rozeznat a jeho smýšlení uvést na pravou míru.

Respondenti shodně uvedli, že základem pro budování sebevědomí dítěte je utvoření vztahu dítěte s vychovatelem. S tímto nemohu jinak než souhlasit. Jakákoliv práce vychovatelů by se měla odvíjet od dobře nastaveného vztahu, který leží na pilířích důvěry, empatie a přátelství. Pro vychovatele to není jednoduchý úkol. Vychovatelé by si měli nechat dostatek času a trpělivosti na poznání dítěte a na zjištění, jak se k dítěti přiblížit a navázat s ním potřebný vztah. Psycholog v rozhovoru uvedl, že čas na adaptaci dítěte v novém prostředí je nezbytný, má se počítat s tím, že během své adaptace se dítě bude chovat různě, střídavě měnit názory a pro něj neautenticky se chovat. Tento čas je ale nezbytný k pozdější práci vychovatelů. Vztah je to základní, co dítě potřebuje ve svém životě (MATĚJČEK, 2003 str. 9).

Vztah, který je založený na důvěře dává dítěti pocit jistoty, kterou dítě tak potřebuje. Dítě, které si není jisté samo sebou, potřebuje kotvu. Touto kotvou je pro něj vztah. Dítě potřebuje od člověka, se kterým si utvoří vztah, pocit jistoty a bezpečí (MATĚJČEK, 2003 str. 15). Tuto potřebu a další, které vedou k potřebě kladného sebepřijetí a tedy i sebepojetí a sebehodnocení, můžeme najít v Maslowově pyramidě. Maslow přišel s tím, že pro veškeré změny pro to, co dítě potřebuje, jsou základní potřeby jiné a že nelze přeskakovat stupně pyramidy (PREKOPOVÁ, 2009 str. 77). Tím, že jsme dítě umístili do ústavní výchovy, jsme zajistili dítěti základní biologické potřeby. Dalšími stupněm v pyramidě jsou potřeby, jako je jistota a vztah. V tom případě respondenti odpověděli shodně s Maslowem, že pro nalezení pocitu vlastní hodnoty, je vztah potřebný.

Pokud je vztah důležitým prvkem, jaká je jeho pevnost a stálost v ústavní výchově? Pokud vychovatel má navázat důvěrný vztah až s osmi dětmi, o které pečuje, co se stane, když dítě přejde z jednoho ústavu do druhého či odejde do pěstounské péče? Pro dítě je ztráta vztahu dalším traumatem, které ho poznamená při budování dalšího vztahu. Jak teorie, tak výzkum ukázaly, co dítě potřebuje. Je ale značně těžké a problematické pro ústavní výchovu naplnit tyto teoretické poznatky především z finanční a organizační roviny. Nemám žádné doporučení, jak předejít dalšímu zklamání v ústavní výchově či později v péči pěstounské.

Výzkum dále zjišťoval, jak mají vychovatelé s dětmi mluvit o jejich traumatu. Někteří respondenti uvedli, že tato otázka je spíše pro psychologa, který má s dítětem pracovat. Pokud má dítě nevyřešené trauma, souhlasím s tím, že by měl navštěvovat terapeuta, který mu pomůže vyrovnat se se svým zážitkem tak, aby jeho budoucí život nebyl traumatem zatížen. Nicméně se spíše přikláním k názoru respondentů, kteří tvrdili, že vychovatel se tématu nemá bát a na základě důvěrného vztahu k traumatu empaticky přistupovat. Dítě potřebuje své trauma integrovat do života, není tedy vhodné, aby se o něm mlčelo a dělalo se, jako by se nic nestalo. Sorensen uvádí, že se má traumatu s pochopením naslouchat, má se ale dítěti nechat dostatek času, aby překonal strach o tématu mluvit. Dále doporučuje dodržovat řád a rituály, na které je dítě zvyklé (Sorensen, 2012 stránky 75, 76).

Rozhovor s odborníky se také týkal praktické otázky, jakými výchovnými prostředky mají vychovatelé dítě se syndromem CAN vést. Rozhovory ukázaly, že odborníci v této otázce nedělají rozdíly mezi dětmi se syndromem CAN či bez něj.

Odborníci se shodují na tom, že dítě potřebuje ve výchově hranice. Odborná literatura s jejich názorem souhlasí. „Hranice skýtají pomoc, zjednávají ochranu, vytvářejí spolehlivý systém souřadnic, ve kterém se mohou - přinejmenším na určitou dobu – vyznat.“ (ROGGE, 1996 str. 30). Respondenti dále uvedli, že ve výchově je důležitá důslednost. Podle Matějčka se stává svět díky důslednosti srozumitelnější a dítě v ní nalézá jistotu (MATĚJČEK, 1986 str. 196). Pokud je výchova důsledná, dítě se snadno může zorientovat v tom, co smí a co ne.

Souhlasím s tím, že děti, které si prošli týráním a zneužíváním, jistotu potřebují. Výchova, která je důsledná a má jasné hranice k této jistotě přispívá. Je ale důležité, aby se důslednost netýkala pouze represe. Sharry uvádí, že dle jeho výzkumů bylo zjištěno, že když se nějakému chování věnuje zvýšená pozornost, dítě má tendenci ji opakovat. Nemělo by se tedy zapomínat dítě chválit a povzbuzovat, když dítě udělá něco dobře (SHARRY, 2006 str. 25). Většinou se lidé zaměří na usměrňování v případě negativního jednání dítěte. Proto také respondenti uváděli, jak výchovně působit ve smyslu trestů. Respondenti navrhovali různé formy zákazů, jako represí. Pouze jeden respondent uvedl, že by se mělo zjišťovat, co dítě vedlo k takovému chování. Podle Prekopové zákazy nepředstavují žádnou motivaci pro dítě (PREKOPOVÁ, 2004 str. 69). Proto by se k zákazům mělo přistupovat pouze, pokud není jiná možnost, jak s dítětem mluvit. I v tomto případě bych počítala, že zákaz bude splňovat pouze funkci důslednosti, aby dítě vědělo, že opravdu to, co udělalo, nebylo správné. Dítě je třeba výchovně vést formou pozitivní motivace, pochval a povzbuzení. Dítěti je třeba dávat najevo, že mu vychovatel důvěřuje, že se nemá bát dělat chyby, protože ty jsou přirozené.

Líbil se mi názor psychologa a ředitelky Klokánku, že na děti se syndromem CAN by se nemělo křičet, zastrašovat je a nejednat v afektu. Samozřejmě, že takovéto jednání není vhodné pro žádné děti. Nicméně jak psycholog zmínil, v těchto dětech se může aktivizovat obranný mechanismus, který si vytvořily během týraní. Křik a nadávky mohou znovu probudit trauma, které dítě má, a může vést až k depresivním stavům či úzkosti. Na tohle by si vychovatelé měli dávat pozor a kontrolovat své emoce při rozrušení.

Výzkum zjistil, že i když pro děti se syndromem CAN není připravená specifická péče, která by byla cíleně mířena na ně, existuje hned několik forem pomoci těmto dětem od psychoterapií k sociálnímu poradenství. Velkou pomoc nabízejí vychovatelé. I

když se někteří respondenti domnívají, že jsou témata, která by měla být pro vychovatele uzavřená, většina respondentů se přiklání k názoru podobnému mému, že vychovatelé by měli být oporou pro děti se syndromem CAN.

Vychovatelé mají své limity v množství dětí, o které se starají, dále také v tom, že se různým systémem střídají o jejich péči s dalšími vychovateli. To vše zapříčiňuje, že ne vždy vychovatelé věnují dítěti tolik pozornosti, kolik by potřebovalo. Základem pro vychovatele je navázat vztah s dítětem se syndromem CAN, komunikovat s ním, vnímat jeho prožívání a svým jednáním mu dávat jistotu a pocit přijetí, lásky a bezpečí.

3.4.3.1 *Limity výzkumu a možnosti dalšího výzkumu*

Jedním limitem mého výzkumného šetření byl počet respondentů. Domnívám se, že počet odborníků byl v pořádku, ale bylo by zajímavé pro další výzkum zaměřit se na větší počet stejných odborníků. V rámci dalšího výzkumu by výsledek mohl obsahovat více názorů od respondentů stejné profese. Po té by bylo zajímavé shrnout názory například ředitelů ústavů a psychologů. Nicméně se jednalo u můj první kvalitativně vedený výzkum a i přes tento limit byly mé otázky zodpovězeny.

Dalším limitem byly samotné otázky, které byly široce postavené. Na jednu stranu tato forma byla výhodná, protože dávala prostor pro respondenty, aby odpověděli na otázku z té perspektivy, která jim v rámci své profese přijde nejvhodnější a která je zrovna napadne. I přestože jsem dalšími otázkami, které jsem v rámci nestrukturovaného rozhovoru položila, otázku blíže specifikovala, došlo tak v některých případech k různému pojetí odpovědí na otázky.

V rámci dalšího výzkumu bych zvolila více otázek, které by specifikovaly každou otázku použitou v tomto výzkumu. Je ale možné, že by budoucí odpovědi korespondovaly se současnými. Na druhou stranu více otázek by mohlo specifikovat rozdílnost dětí se syndromem CAN a nedošlo by tedy pouze k obecným závěrům.

4 Závěr

Cílem diplomové práce bylo zkoumat problematiku syndromu CAN v ústavní péči. Výzkumné cíle byly naplněny pomocí metody textové analýzy, rozhovorů a pozorování. Výzkum potvrdil předpoklad, že děti se syndromem CAN jsou umisťované do ústavní výchovy. Dále bylo zjištěno, že status syndromu CAN je dítěti přiřazen na základě informací a dokumentů, které přicházejí s dítětem do ústavní výchovy. Především se jedná o policejní, soudní a zdravotní zprávy. Dále je také dítěti diagnostikován syndrom CAN z psychologického vyšetření přímo v ústavní výchově.

Výzkum zjistil, že s dětmi se syndromem CAN se nijak specificky npracuje. Pro děti se syndromem CAN neexistuje specificky zaměřená péče. Péči, kterou děti dostávají, se odvíjí z individuality každého dítěte a také finančních a personálních podmínek ústavu.

I z tohoto důvodu považuji za důležité, aby vychovatelé byli schopni kompetentně s dětmi jednat tak, aby jim co nejlépe pomohli překonat následky syndromu CAN, které si do ústavu přinášejí. Protože jsou to právě vychovatelé, kteří s dětmi tráví nejvíce času, a právě z toho důvodu je v jejich moci pozitivně ovlivňovat své svěřence tak, aby došlo k pozitivní změně. Kazuistiky, které byly v rámci výzkumné části vytvořené, potvrzují variabilitu týrání, zneužívání či zanedbávání, se kterými se vychovatelé mohou ve své praxi setkat. Jaká je skutečná schopnost vychovatelů efektivně pracovat s dětmi, by byla zajímavá otázka pro budoucí bádání v této problematice. Nicméně tato práce se prostřednictvím rozhovorů zajímala obecně o péči, kterou by měli vychovatelé poskytovat dětem se syndromem CAN.

Rozhovory byly realizované s pěti odborníky. Na otázky zaměřené na důležité aspekty v péči o dítě se syndromem CAN odpovídal pediatr, traumatolog z dětského oddělení, etoped, ředitel Klokánku a psycholog. Na základě těchto rozhovorů bylo vyhodnoceno, že pro dítě, které je přijato do ústavní péče, je důležité, aby se mu dostalo vlídného přijetí, ale také času na adaptaci v novém prostředí.

Jako jeden z nejdůležitějších aspektů v péči o děti se syndromem CAN se jeví pevné navázání přátelského vztahu dítěte s vychovatelem. V tomto vztahu bude dítě bezpodmínečně přijato, bude mu vyjadřována láska a podpora, s dítětem se bude jednat

empaticky a trpělivě. Pro dítě by měly být v ústavní péči nastavené takové podmínky, ve kterých se nebude cítit ohrožené, bude mít pocit jistoty a bezpečí.

Dalším z důležitých aspektů výchovy je, aby se vychovatelé zaměřili na emoce a pochopili vnitřní prožívání dítěte. Je důležité chápat, co se v dítěti, které přišlo do ústavní výchovy traumatizované, odehrává. Vychovatel by měl pečlivě pozorovat, jak se dítě chová k sobě i k ostatním.

Dítě se syndromem CAN se v ústavní péči vyrovnává s následky týrání, zneužívání či zanedbávání. Je však důležité, aby dítě své trauma nevytěsnilo. V ústavní výchově má emoce spojené s traumatem ventilovat, odžít si je a integrovat je do svého života tak, aby mu dále nebránily ve vývoji. Role vychovatelů není jednoduchá, nicméně na základě pozitivního vztahu, jasně vymezených výchovných mantinelů a důslednosti ve výchově je možné překonat následky spojené se syndromem CAN.

5 Seznam zkratek

Apod.	A podobně
CAN	Child Abuse and Neglect (týrání, zneužívání a zanedbávání dětí)
CNS	Centrální nervová soustava
CSA	Child Sexual Abuse (sexuální zneužívání dětí)
Č.	Číslo
ČR	Česká republika
DÚ	Diagnostický ústav
IQ	Intelligence quotient (intelligenční kvocient)
NAI	Non-accidental injuries (neúrazové zranění)
Např.	Například
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
Str.	Strana
Tzv.	Takzvaně
TZZ	Týrání, zneužívání, zanedbávání
USA	United States of America
WHO	World Health Organization

6 Citovaná literatura

BECHYŇOVÁ, Věra a Marta KONVIČKOVÁ. 2008. *Sanace rodiny : sociální práce s dysfunkčními rodinami.* Praha : Portál. ISBN 978-80-7367-392-5.

BECHYŇOVÁ, Věra et al. 2007. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém.* Praha : IREAS. ISBN 978-80-86684-47-5.

BOSÁK, Viktor et al. 2004. *Retrospektivní studie fyzického a psychického týrání v dětství u dospělé populace ČR.* Praha : Občanské sdružení Linka bezpečí dětí mládeže. Projekt podpořený IGA MZ ČR. VE/6626-3.

BŘEZINOVÁ, Markéta. Čtvrtinu rodiče bili, pětinu deptali. *Mladá Fronta Dnes.* 25. 10. 2013. ISSN 1210-1168

ČÍRTKOVÁ, Ludmila a Petra VITOUŠOVÁ. 2007. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: příručka pro pomáhající profese.* Praha : Grada. ISBN 978-802-4720-142.

DOLEŽALOVÁ, Pavla et al. 2010. *Respekt k dítěti.* Tišnov : Sdružení SCAN. ISBN 978-80-86620-29-9.

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

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

DUŠKOVÁ, Zora et al. 2004. *Obraz problematiky týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte v letech 1992-2003.* Praha : Dětské krizové centrum. ISBN 80-239-5562-4.

DVOŘÁKOVÁ, Blanka et al. 2004. *Sociálněpatologické jevy: některé formy násilí na dětech a ženách.* Brno : Drom. ISBN 80-903472-3-1.

ELLIOTT, Julian a Maurice PLACE. 2002. *Dítě v nesnázích: Prevence, příčiny, terapie.* Praha : Grada. ISBN 80-247-0182-0.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. 2009. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů.* Praha : Grada. ISBN 978-802-4727-813.

GABRIEL, Zbyněk a Tomáš NOVÁK. 2008. *Psychologické poradenství v náhradní rodinné péči.* Praha : Grada. ISBN 978-80-247-1788-3.

HANCOCK, Maxine a Karen Burton MAINS. 1988. *Child sexual abuse: a hope for healing.* Crowborough : Highland. ISBN 09-466-1641-8.

HARTL, Pavel. 2004. *Stručný psychologický slovník.* Praha : Portál. ISBN 80-7178-803-1.

JANOV, Arthur. 2013. *Biologie lásky.* Praha : MAITREA. ISBN 978-80-87249-42-0.

KARR-MORSEOVÁ, Robin a Meredith S WILEY. 2013. *Zraněné dětství : Vliv traumatu na onemocnění v dospělosti.* Praha : Triton. ISBN 978-80-7387-642-5.

KUČEROVÁ, Barbora. 2012. *Aktivní sociální učení v třídním kolektivu a jeho možnosti v prevenci šikany. Bakalářská práce.* Plzeň : ZČU.

KYRIACOU, Chris. 2005. *Řešení výchovných problémů ve škole.* Praha : Portál. ISBN 80-7178-945-3.

LANGMEIER, J., K. BALCAR a J. ŠPITZ. 2000. *Dětská psychoterapie.* Praha : Portál. ISBN 80-7178-381-1.

LANGMEIER, Josef a Zdeněk MATĚJČEK. 1974. *Psychická deprivace v dětství, třetí, doplněné vydání.* Praha : Avicentrum, Zdravotnické nakladatelství. ISBN 08-049-74.

LEWIS, Penney. 2006. *Delayed prosecution for childhood sexual abuse.* New York : Oxford University Press. ISBN 0-19-928228-5.

MALÁ, Eva. 2007. *Dítě a stres.* Praha : Tigis. ISBN 978-80-903750-1-7.

MATĚJČEK, Zdeněk a Zdeněk DYTRYCH. 2002. *Krizové situace v rodině očima dítěte.* Praha : Grada. ISBN 80-247-0332-7.

MATĚJČEK, Zdeněk. 2003. *Co děti nejvíce potřebují.* Praha : Portál. ISBN 80-7178-853-8.

MATĚJČEK, Zdeněk. 1986. *Rodiče a děti.* Praha : Avicenum, 1986. ISBN 08-011-86.

MILFAIT, René. 2008. *Komerční sexualizované násilí na dětech.* Praha : Portál. ISBN 978-80-7367-320-8.

MILLEROVÁ, Alice. 2001. *Cesty života : odhalování "dětského příběhu v každém z nás".* Praha : Nakladatelství Lidové noviny. ISBN 80-7106-435-1.

MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha : Grada. ISBN 80-247-1362-4.

PÖTHE, Petr in DOLEŽALOVÁ, Pavla et al. 2010. Tišňov : Sdružení SCAN, 2010. ISBN 978-80-86620-29-9.

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

PREKOPOVÁ, Jiřina. 2004. *Empatie : vcítění v každodenním životě.* Praha : Grada. ISBN 80-247-0672-5.

PREKOPOVÁ, Jiřina. 2009. *Pevné obětí : cesta k vnitřní svobodě.* Praha : Portál. ISBN 978-80-7367-614.

REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny.* Praha : Grada. ISBN 978-80-247-4530-5.

ROGGE, Jan-Uwe. 1996. *Děti potřebují hranice.* Praha : Portál. ISBN 80-7178-088-x.

ROGGE, Jan -Uwe. 1998. *Dětské strachy a úzkosti.* Praha : Portál. ISBN 80-7178-327-8.

ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ et al. 2006. *Dětská klinická psychologie, 4., přepracované a doplněné vydání.* Praha : Grada. ISBN 80-247-1049-8.

SEDLÁKOVÁ, Gabriela a Dagmar KALÁTOVÁ. 2010. *Vybrané ošetrovatelské modely a týrané dítě.* Praha : Triton. ISBN 978-80-7387-412-4.

SEDLÁŘOVÁ, Petra. 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii.* Praha : Grada. ISBN 978-802-4716-138.

SHARRY, John. 2006. *Řešíme problémy s výchovou dětí a dospívajících.* Brno : Computer Press. ISBN 80-251-1295-0.

Slaný. 2008. *Syndrom CAN.* Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7368-474-7.

SLANÝ, Jaroslav. 2008. *Syndrom CAN.* Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7368-474-7.

SORENSEN, Julia. 2012. *Vyrovnění se dítěte se ztrátou a odloučením : příběhy a cvičení pro děti ve věku 4-8 let.* Praha : Portál. ISBN 978-80-262-0095-6.

ŠKOVIERA, Albín. 2007. *Dilemata náhradní výchovy.* Praha : Portál. ISBN 978-80-7367-318-5.

ŠMAJS, Josef, Bohuslav BINKA a Ivo ROLNÝ. 2012. *Etika, ekonomika, příroda.* Praha : Grada. ISBN 978-80-247-4293-9.

ŠNÝDROVÁ, Ivana. 2008. *Psychodiagnostika.* Praha : Grada. ISBN 978-80-247-2165-1.

ŠPECIÁNOVÁ, Šárka. 2003. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte.* Praha : Linde. ISBN 80-86131-44-0.

ŠVANCAR, Zdeněk a Jana BURIÁNOVÁ. 1988. *Speciálně pedagogické problémy ústavní a ochrany výchovy.* Praha : Státní pedagogické nakladatelství. ISBN 14-363-88.

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

VRTBOVSKÁ, Petra. 2010. *O ztraceném dítěti & cestě do bezpečí: Attachment, poruchy attachmentu a léčení.* TišnovS : SCAN. ISBN 80-86620-20-4.

WEISS, Petr. 2005. *Sexuální zneužívání dětí.* Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-0929-5.

WHO Regional Office for Europe. 2013. *European report on preventing child maltreatment.* Copenhagen : World Health Organization. ISBN: 978 92 890 0028 4.

Internetové zdroje

Úvodní stránka FOD Klokánek Chabařovická. [cit. 2014-2-3] Dostupné z:
<http://www.klokanek-chabarovicka.cz/>

ČESKO. Zákon č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. [cit. 2014-04-07] Dostupné z:
<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=53243&fulltext=&nr=109~2F2002&part=&name=&rpp=15#local-content>

ČESKO. Zákon č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů. [cit. 2014-03-15] Dostupné z:
<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=58473&fulltext=&nr=563~2F2004&part=&name=&rpp=15#local-content>

7 Přílohy

7.1 Rozhovor č. 1, pediatr

Jak v rámci své praxe definujete a rozpoznáváte syndrom „CAN“?

No, prosím Vás, to je velice těžký tohle to, opravdu. Většinou jsou to rodiny sociálně slabé, kdy vidím, že matka o dítě nepečuje nebo otec, nebo hádky, že jsou tam. No, a na těch dětech se to samozřejmě pozná. Jsou úplně jinačí, jinak oblečený, nemají sebevědomí, většinou jsou takový jako nevychovaný, že neumí prostě pozdravit, lítají v té ordinaci, tady v tom vidíte tu péči, že je zanedbaná. Někdy nejsou ani dobře oblečený, někdy mají za nehty špínu, různě takový jako ne úplně dobře umytý. No, a pokud jsou to školáci, tak mají problémy. No, oni to mají taky složitý, protože zvlášť v dnešní době, když mají děti mobily a PSPška, a nevím co všechno. Když ty děti to nemají, tak samozřejmě zlobí a upozorňují na sebe. Jsou stížnosti ze strany učitelů a většinou nám volá sociálka, že tam je něco v nepohodě.

A co se týče týrání fyzického, jak byste rozeznávala, kdy se stalo něco úmyslně a kdy ne?

Velmi těžko. Těžko. Těžko. Samozřejmě, víte, tyhle děti, je fakt, že moc nestůňou, to nejsou opečovávané děti a oni moc nestůňou. Takže my máme preventivní prohlídky jednou za 2 roky, vždycky lichý ročníky a většinou tam nepřijdou, to je jedna věc, no, a pokud přijdou, no, tak ono se to nemusí vůbec poznat, vůbec na tom dítěti nic není, nějaký modřiny atd. a šikana nebo nějaký problémy. Většinou na to upozorňují učitelé.

Říkala jste, že jste se setkala se sexuální zneužíváním. Věděla jste o daném případě od někoho jiného nebo jste ho diagnostikovala?

Ne, ne, ne, ne... prosím Vás, to bylo dítě, který přešlo od jiný pani doktorky ke mně a týden na to, já jsem ho měla jen týden ani jsem ho neznala, jenom jsem ho měla v ordinaci, volala sociální pracovnice, že tam tohle je. To je rodina, kdy tatínek je asi o patnáct let starší, je mu přes šedesát, matka je asi tak něco přes čtyřicet. Má z prvního vztahu chlapce, ten se učí kuchařem, to už je velkej kluk, já ho v životě neviděla, neznám ho. Tohle je pětiletý dítě, který vůbec nemluví, má těžkou vývojovou dysfázi,

takže já jsem ho neslyšela promluvit, ve školce něco malonko, doma nějaký slova, ale jinak prostě v prostředí, kdybychom ho měli tady, nebo jak ho měla na kriminálce ta psychologka, tak tam neřeklo ani slovo. Stalo se to tak, že prostě ten otec, který si ho bere na sobotu, na neděle a tak dále, tak našel v mobilu fotky nahatého dítěte s detailama. Takže tím to vzniklo, nahlásil to teda na sociálku, převzala to kriminálka, musím říct, že se nic nevyšetřilo. Protože, když byl kluk vyšetřovanej, neřekl ani slovo, ale on by asi ani neřekl, neukázal nic vůbec, takže se to zase hodilo do outu jako obvykle. Tam bylo podezření na toho syna prvního, jo, ale matka ho bránila, chránila, že je bezvadnej, dle matky nic by neudělal, dále otec tam nějak... no, vynulovalo se to.

Jaké je, podle Vás, nejvhodnější výchovné působení vedoucí ke změně sebepojetí a sebehodnocení u dítěte se syndromem CAN?

No, prosím Vás, nejlepší je, zaprvé, zařadit do kolektivu, aby se zapojilo do toho kolektivu, aby bylo součástí, aby tam měl kamarády, to je to nejdůležitější. A pak právě činnost. Prostě činnost, ať už je to škola, nebo co ho baví, zájmy, kroužky, cvičení, sport, to je nejdůležitější. Aby prostě měl pocit domova, že ho někdo bere, že ho bere ta parta. Vychovatelka to určitě nebude. Většinou to jsou náctiletí, že jo, tak tam je potřeba aby ho bral ten kolektiv, aby to byl kolektiv těch dětí, ale zase aby se nechytl těch nejhorších. Tam asi výběr není no. Tady v tom případě je opravdu nejlepší činnost. To znamená činnost, aby neměl čas na nějaký lumpárny vymýšlet. No a v tom všem, v čem je dobrej, ať je to třeba fotbal nebo počítače, nebo já nevím, něco, nebo knížky, aby byl chválen, chválen, chválen!

Jak s dítětem komunikovat o traumatu, které dítě má?

Já si myslím, že mluvit. Protože, když to dítě se samozřejmě uzavře a teď neustále v tý své hlavě si říká „Proč já chudák?“ a lituje se, a proč jsem se dostal do takový rodiny a proč ne, a proč tohle, a proč tohle, a proč jsem skončil v diagnostickém ústavu? Mluvit, mluvit s ním.

A pokud nechce? Například je v ústavu již několik měsíců a stále se uzavírá do sebe. Co byste poradila?

No psycholog, psycholog by to měl tohle rozluštit.

Jak vysvětlit dítěti jeho přítomnost v ústavní péči, pokud dítě vnímá svoje umístění do ústavní péče negativně?

Co já jsem zažila ty děti, tak to proběhlo tím způsobem, že někdo zaklepal na dveře ordinace, vešla sociální pracovnice, vešel policajt, nebo jak se mu říká, prostě příslušník policie, dítě, všichni koukali. Za hlubokého ticha dítě vyzvedli ze školy a odvedli ho k nám. My jsme ho museli prohlídnout nebo já jsem ho musela prohlídnout, podle karty napsat, že je zdrav, že netrpí nějakým chronickým onemocněním, neužívá žádný léky atd., a to dítě bylo odvedený. Já nevím, jak dalece, to vám nepovím, jak dalece bylo seznámeno, že do toho diagnostického ústavu půjde, ale tak se to konalo, že přišli do školy, dítě vyzvedli před spolužákama, nevím, jestli byl seznámen nebo nebyl, a přivedli ho příslušník policie, vychovatelka, matka tam nikdy nebyla, možná, že to tak je, nebo nevím, ale já jsem matku nikdy nezažila a přivedli ho k nám a od nás teda s papírem, že je zdrav nebo že má nějaký problém a užívá to a to, šel do toho diagnostického ústavu. To si myslím, že to je hrozný.

Takže když budeme předpokládat, že se dítě dostalo do ústavu, pořádně neví ani jak, ale nechce tam být, nelíbí se mu tam. Jak byste mluvila, z pozice vychovatelky, s tímto dítětem, jak byste mu vysvětlovala, že je tady?

No, víte co, to záleží, proč tam je, že jo. Jestli je tam ze strany těch rodičů, který ho zanedbávají a ta péče je nulová. Takže je to kvůli rodičům, který třeba jsou na fetu, nestaraj se atd., předávají si ho, nějaká teta, babička a péče není, anebo je to ze strany dítěte, který zlobí.

Zkuste říct obě možnosti, prosím.

Asi nejhorší je vysvětlit mu, proč se rodiče nestarají. To si myslím, že to je to nejhorší. Proč ho rodiče zanedbávají, proč ho nechťej. Horší varianta, když je tam ze strany těch rodičů.

A má se mu to vysvětlovat?

Má se mu to vysvětlovat, že prostě se to stalo, že rodiče. Ale nevím teda vůbec jakým způsobem, ale to by taky měl teda ten psycholog rozebrat. Že prostě ta péče o něho není taková, že musí teda dítě být vzděláváno, musí chodit do školy a ne jako on nechodil, musí být čistě oblečený, aby si osvojil sociální návyky, to znamená od čištění zubů, pečovat o své tělo, o svoje oblečení. Tohle všechno, že mu rodina nedá, a proto že je teda v tom dětském domově. Plus teda strava atd. No, a pokud je to ze strany toho, že je neukázněnej, že prostě má partu, kde krade, kde eventuelně už zkusil nějaký drogy. Od dvanácti let dneska kouří děti, ale ty drogy, si myslím, jsou až tak kolem patnáctého roku. A že to prostě není život, který by měl žít, že je tam proto, aby se naučil rozeznávat to dobro a zlo, ale prostě tak, aby se zařadil do společnosti. Ale je to složitý, když si představím, ty náctiletý. Hlavně ty kluky, který teda absolutně nejsou schopný vnímat, nejsou schopný se otevřít a jsou prostě v tý své pravdě, je to složitý. Nechtěj komunikovat. My, co jsme měli ty děti, a když se vrátili, měli jsme jednoho kluka, kterej se vrátil, tak oni nemluví, oni jsou takový jako zamračený, našťvaný na celej svět, v takový tenzi a nemluví.

Jaké výchovné prostředky by se měly používat u dítěte se syndromem CAN?

Vy jste mi dala těžkou otázku, že to vůbec nevím. Protože, víte co, je to strašně složitý. Tělesné tresty se nedoporučují a nesmí, že jo. Já osobně si myslím, že když občas táta vzal nějakou tu rákosku, tak to nebylo úplně od věci, jo, ale dneska to prostě vůbec nespadá v úvahu. No a ono mluvit, mluvit nestačí, no tak nějaký tresty, co máte, nestačí na ty děti. Jedině že jim vezmete PSPčko, že jim zakážete počítač. No, prostě nějakou elektroniku jim vezmete nebo ty jejich chytrý telefony pokud to mají, že jo atd. Takže to asi takový, no nějaký zákaz, ale zákaz oblíbený činnosti, no ale nemůže to být na moc dlouho, protože ty děti potom spadnou ještě hloubějc, že jo. Protože ta činnost, kterou mají rádi, tak ono je to drží. A je to strašně těžký a odpověď není jednoznačná. Je to asi od věci individuální přístup a musím říct, že je to velice namáhavá činnost pro ty vychovatele. Kolikrát je to takový, jako že házíte hrách na zeď. Já taky v ordinaci těm dětem domlouvám, oni všechno odkejvají, ano, ano, ano a za dveřma už o tom neví. Ale je to složitý a je to na mnoho let a ne vždy se to povede.

Jaká specifika by měla mít péče o dítě se syndromem CAN v ústavní výchově?

Vy mi dáváte těžký otázky. Ale víte, u všech závislostí a u všech těchto problémů je v první řadě to, že dítě nebo kdokoliv, každý kterýkoliv jedinec musí chtít sám. Takže ho motivovat, tak aby chtěl sám. Ale aby chtěl sám, aby chtěl být lepší, aby se chtěl vzdělávat, aby chtěl mít jednu dobrou práci, ať je to manuální nebo vystudovat nějakou školu, aby se chtěl zapojit. Motivovat by se měl k tomu, aby to dítě to chtělo samo. A to je strašně těžký.

Takže práci charakterizujete tak, že by měla mít určitý cíl, ke kterému by vychovatelé měli dítě směřovat.

Určitý cíl a prostě mluvit o složitostech života, mluvit o tom, že si jednou musí vydělat na sebe, na byt, na cesty, na cestování, motivovat ho třeba, kdyby se chtěl třeba nějak podívat, že prostě je to tak na světě zařízeno, že se pracovat musí, že ho to bude i těšit, když bude mít svoji práci, když něco vykoná, ať už postaví nebo dělá cokoli jiného, prostě ta práce je v podstatě velký smysl života, že když to děláte s láskou, tak se vám to daří, jste úspěšný nebo jsou úspěšný ty děti. Motivovat je k tomu, aby měly něco rádi. A to je těžký strašně, protože ono většinou nic nebaví tyhle děti. Nemají ponětí o penězích o nějakém životě, já si myslím, že tyhle děti by vám i měly cestovat, někam je vyvést nebo prostě něco jim ukázat hezkýho, co se dá. Aby měly prostě motivaci si ten život uzpůsobit tak, aby byly spokojeny. A spokojeny budou, když budou mít práci, když budou mít vztahy. Ale ne prostě pětkrát denně jim nacpat talíř plný jídla, dát jim oblečení, dát jim všechno a vůbec si toho nevážej ty děti, absolutně ne. Já mám i nebo měla jsem za ten svůj život několik matek z dětského domova a i když to byly maminky, třeba mám na mysli jednu matku, měla dvojčata a jednoho kluka, tři děti. Nakonec zůstala s nima sama a zvládla to, ale ty matky nebo ty ženy nebo já teď mluvím konkrétně o těch dívkách. Oni nejsou připravený na život. Víte, co oni hlavně neví to, že prostě je nedostatek taky peněz. Oni dostanou oblečení, dostanou najíst, dostanou všechno, ale absolutně neví, co to stojí, nemají ponětí. Třeba i to v rodině, když slyší: ne to ti nedám nebo nekoupím ti tohle ono, protože na to nemám, takový ty dohadování maminka, tatínek: ne dovolenou si nemůžeme dovolit, protože na to nemáme, když budeme šetřit, uskromníme se, pojedeme na dovolenou, takový ty obvyklý, obyčejný, běžný starosti těch matek a otců oni neznaj. Oni maj všechno, ale

neví, co to stojí, neví, jak je to těžký na to vydělat, prostě nevím no. Je to složitý, protože ideální by bylo, ideální, když říkáte, ideální si je občas půjčovat někam do rodin nebo zařazovat je do těch rodin. Aby prostě věděly, že to jídlo, který mají na talíři, není zadarmo, že jo, můžu sníst, co chci, protože mě to nic nestojí, ale prostě. Taky bych zařadila, já neznám přesně ty jejich denní programy v těch výchovných ústavech, ale měly by pracovat, měly by prostě pracovat. To znamená o ten oběd se zasloužit trochu, nebo dojít na nákup nebo pracovat na zahradě. Já si myslím, že ta činnost, ta práce je strašně důležitá. Dneska děti neumí pracovat a nejsou vedený ani v rodinách, nejsou vedený k práci. Takže prostě pracovat, aby taky tu svoji energii, ten elán, kterej mají, ty kluci jsou statný, dobře živený, mají plno elánu a potom to vybíjej tou agresí. Pracovat, práci bych jim dala, a aby věděli, co tohle to stojí, a aby věděli, že prostě musí pracovat, aby byli schopni žít no. Myslím, že v tomhle je velká chyba, že v dětských domovech je spousta, to nechci říct, to jsem řekla hloupě, ale dost peněz na to, aby měly všechno. A oni přijdou v osmnácti a teď co, neumí vůbec hospodařit absolutně, nevím kam, neví, jak to chodí v tom životě, kde si najít práci. To je strašnej problém. Tohle to by měl ten dětský domov hlavně vyučovat nebo zaměřit se nebo prostě, víte takovej ten běžnej život, aby se v tom orientovaly.

Na co podle Vás by měla být upřena největší pozornost u dítěte se syndromem CAN?

Práci. Práci, činnost. Dneska ty děti jdou do školy a pak se tam válí, nic nedělají. Takže pracovat, já nevím, do těch 16 let děti chodí, co jsou v rodinách, pracovat do Kentucky, do McDonalda je berou od šestnácti let nebo do samoobsluhy, dávat zboží do regálu atd. Prostě je pustit i na takovou práci třeba, ať si vydělaj, ať mají svoje peníze, ať si s nima hospodaří, a nebo pracovat na zahradě nebo já nevím, kdo kde staví, jestli tam někdo staví nějaký altán nebo něco, tak ty kluky k tomu pustit s nějaký šikovným řemeslníkem, kterej je naučí, kterej jim něco ukáže jinýho než to chodit do školy, trávit čas tím, že budu klábosit na pokoji, nebo si vemu míč a budu kopat do míče a budu hrát volejbal, fotbal nebo něco, ale oni tam podle mě, já to neznám teda přesně, ale oni tam nemaj podle mě takovou tu běžnou činnost. Práci nemaj vůbec. Je to problém samozřejmě. Ono se mi to hezky říká. Můj syn pracoval třeba v tom Kentucky a on, když končili v jednu hodinu, tak samozřejmě to taky bylo, nebo ty směny měli různý atd., tak potom třeba v tom ústavu, když potom se má tam dostavit, je to problém. To by se muselo více upravit, že by třeba měli jenom denní atd. Ale jako víte, já si myslím, že

dítě, který má činnost, nezlobí. Ať je to činnost nějaký ten fotbal něco co ho baví, sport nebo já nevím cokoliv. Nebo ať chodí do kina nebo ať dělá to, co ho baví, tak potom jako nemá myšlenky na to zlobení tolik. I když tohle jsou typy takový, který to doma nezažili, nemají nějakou představu o kultuře, nebo aby chodili do divadel. To asi chodí do divadel, oni je vozí někam nebo tak. Je to strašně těžký, protože ta genová výbava není dobrá.

Na co, podle Vás by měla být upřena největší pozornost u dítěte se syndromem CAN?

Oni asi poskytují maximum, ale ono v podstatě toho moc nejde, když už jsou to starší, třeba ty po osmnáctiletí, který oni už nemají, tak jsou ideální třeba ty komunity, ale o tom to není to naše povídání, že jo. Mluvit, mluvit, mluvit a jít příkladem. Ale je to strašně složitý.

Jaké odborníky byste mi doporučila pro rozhovor na toto téma?

Asi psychologa, nějakýho.

Rozhovor je naplánovaný i s psychologem a dále s etopedem, dětským traumatologem a ředitelem Klokánku.

Tak to myslím, že už jste je všechny vyjmenovala.

7.2 Rozhovor č. 2, etoped

Jak v rámci své praxe definujete a rozpoznáváte syndrom CAN?

Těžko se to rozpoznává, samozřejmě, protože v podstatě tady v tom prostředí, školském, musíme dát na to, co nám řekne dítě; z toho čerpáme, a co nám řeknou rodiče nebo zákonný zástupce. Někdy je to také lež nebo někdy je to pravda. Dobrat se toho, jestli je to pravda, a jak dalece je to pravda, je někdy obtížné. Vycházím z konkrétních případů, co se nám tady staly. No, a potom, když se nabídne pomoc konkrétní, tak jsme třeba zjistili, že u závažných případů ta matka vlastně tu pomoc nepožadovala pro to dítě. Jo, ona byla jenom ráda, že... no, tedy ráda se prezentovala tím, že se to stalo. No,

ona byla svým způsobem jako symplex, jednodušší. Ta praxe je trošku někde jinde, samozřejmě... no, dobrý, já budu mluvit méně.

Jaké je, podle Vás, nejlepší výchovné působení vedoucí ke změně sebepojetí a sebehodnocení u dítěte se syndromem CAN?

No, tak to je teda hodně široká otázka, ale takhle. Záleží zase na tom, jak je dítě starý, jaké má zázemí, kdo je vlastně jeho vzorem. Protože dítě rádo okukuje a opakuje od dospělých, od těch, co má rádo, se učí i řeč. Takže pokud je patologická ta rodina, tak těžko to dítě může změnit návyky nebo může změnit nějaký styl života. No, teď je otázka, zda-li to dítě vyjmout z té patologické rodiny a dát mu nějakou náhradní, která je vždycky nejhorší varianta, anebo se uchýlit do pěstounských nebo náhradních prostorů výchovy.

Pokud se tedy podíváme na to, že dítě je odebrané z rodiny a nachází se v dětském domově...?

No, pak je lepší varianta udělat ty buňky, jako máme tady na Černém mostě, protože to je...

Myslíte rodinou skupinku?

Ano, rodinná výchova nebo rodinná skupina, jsou tam tři vychovatelky a asi šest dětí, takže oni vlastně chodí nakupovat, vedou si domácnost, samozřejmě pod dohledem. Takže vědí, co obnáší běžný život, což v dětském domově nemají ponětí, že jo, co to znamená.

A co byste tedy doporučovala přímo vychovatelům, jak podporovat u nich rozvoj sebevědomí a pocit vlastní hodnoty, obzvlášť, když jim bylo snižováno výchovou v jejich rodině?

No, co bych vychovatelům doporučila, no, třeba vytvořit vztah. Vytvořit nějaký vztah s někým. No a teď je otázka - na vztah musí být dva. To dítě je samozřejmě frustrovaný a buď se tedy upíná ke každému, kdo mu projeví nebo kdo ho více chválí, kdo ho obdivuje - to je taky ta náchylnost k drogám a k různým neřestem. Protože tyto děti jsou nejvíce náchylné. Protože když je někdo pochválen, protože zažívaly vlastně jenom stres a nepřátelství. No, oni nic jiného neznají. No, ale řekněte mi upřímně, kdo z cizích lidí, kteří mají vlastní rodinu, může se tak odevzdat a vytvořit si vztah s úplně cizím dítětem. Je to třeba na chvíli, než opustí tu buňku. Ale to dítě to potřebuje pořád se vracet, ale pak už ta vůle třeba není, takže zase dojde ke zklamání a řekne si: zase nemám nikoho, ke komu bych se upnul a komu bych věřil. Takže i když se to přesto nastaví v té státní sféře, tak přeci jenom to zas není dotažené do konce. A ani snad nemůže být. Já nevím, to by museli být opravdu náhradní nějaký tetičky a strýčkové, kteří by mu zůstali po celý život, tak jako to bývá v rodině.

Takže v zásadě jde o vytvoření vztahu...

No jistě! Tam jde o vztah. Ať se to nazývá jakoukoliv metodou, jsou různé metody, který zase v sobě skrývají zase vztah, pozitivní (nebo negativní, že jo).

Jak s dítětem komunikovat o traumatu, které dítě má?

No, já jsem vlastně v dětském domově nikdy nepůsobila, takže nevím, jak dalece mluvit či nemluvit. Ono také záleží na tom konkrétním dítěti. Jakou má povahu. Jestli je úzkostné, tak se tam samozřejmě musí jinak přistupovat. Dítě, které je takové otevřenější a překulí se přes něj leccos a zapomene, tak tam se zase může jinak reagovat. To je individuální.

Můžete klidně dát příklad....

No, já říkám, že jsem nikdy v dětském domově nepůsobila, takže nevím, jak zrovna působit na děti v dětském domově. To netuším tedy.

Stačí si představit jakékoliv dítě, které si prožilo určité trauma.

Ehm, tak ještě jednou, jak ta otázka zněla?

Jak s dítětem komunikovat o traumatu, které dítě má?

Říkám, je to různé. Rozhodně to na něj nemůžete vybafnout hned a taky záleží, jak je starý. No, tam těch proměnných je asi dost, který musím vzít v úvahu, ale v každém případě by se mu to nějakým způsobem, přes nějaký příklad, mělo vysvětlit. Rozhodně by se to nemělo utajovat. Protože potom, když se to dozví syrovým způsobem od někud jinud, tak samozřejmě ten důsledek to má obrovský.

Když si představíme dítě například kolem dvanácti let, které je uzavřené do sebe. Už se adaptovalo v dětském domově, je tam například půl roku, ale nechce se otevřít a vychovatel cítí, že by to potřebovalo. I přestože dochází někam na terapii. Jak by se k tomu vychovatel měl postavit?

Asi by měl spolupracovat s terapeutem, protože, rozumíte, těžko vychovatel udělá něco, co terapeut nesvede. Samozřejmě záleží na té osobě. Může se stát, že vychovatel je skvělý člověk a děti se mu svěřují mnohem více než takzvaně profesionálovi, ale teď je otázka, co s tím ten vychovatel udělá! Protože s tím neumí dále pracovat. Takže se může stát, že ano, dítě se mu svěří, ale říká: „Co dál?“ On to neumí dál zpracovat. Takže já si myslím, že v tomto případě ten vychovatel má určitou roli. Má být laskavý, oceňující, má chválit, prostě podněcovat všechny možné klady toho dítěte, ale neměl by se pouštět sám do nějakých hlubokomyslných úvah a nějakých výzkumů nebo nějakých terapií. To by asi neměl.

Jak vysvětlit dítěti jeho přítomnost v ústavní péči, pokud dítě vnímá své umístění do ústavní péče negativně?

No, to teda, taky si kladu někdy otázku, jak mu to vysvětlit, protože samozřejmě záleží na inteligenci toho dítěte, jak to vůbec má, také jaké měl předešlé zkušenosti, protože někdo tam může být v ústavní péči od malička, takže nezná nic jiného. Takže se nemusí nic vysvětlovat. Ale když dvanáctileté dítě přijde o dva rodiče, třeba během nějaké autohavárie a nikdo si jej nechce z příbuzných vzít, tak tam je to tedy velmi těžké. Tam si myslím, že je to trauma na doživotí. Že to stejně nikdy to dítě nepochopí. Oni se hlavně sami obviňují. Tam je ta agrese, která se překulí dovnitř. Tedy: „já za to můžu, kdybych byl takovej, kdybych víc utíral nádobí, kdybych maminku nezlobil...“

Rozumíte, to dítě to chápe jinak a není schopné pochopit, že ono za to nemůže, že v tom je nevině. I když mu to samozřejmě všichni říkají, že za to nemůže. No a proto je v té ústavní výchově, protože kam by se jinak poděl. Samozřejmě, že takhle je to těžké vysvětlovat. Nevím, neumím si to představit, nedělala jsem to nikdy. Řekla jsem Vám, že Vám asi moc nepomůžu.

Mně jde o Váš názor a tato informace je pro mě také velice přínosná. Další otázka je, jaké výchovné prostředky by se měly používat u dítěte se syndromem CAN?

No, to je hodně široká otázka. Zase to záleží na té individualitě. Jako na všem. Nikde není obecný názor, nějaká kuchařka, která by působila na všechny. To by bylo strašně jednoduché. Zase musíme vycházet z těch konkrétních předpokladů toho dítěte. A na to, zase ten odborník už ví, jak postupovat. Já nevím, s touhle povahou, s touhle povahou. No, já nevím, když je dítě agresivní, tak jsou samozřejmě určité metody, kde tu agresi zmírnit. Třeba od Jiřiny Prekopové. Takové to obětí a dávání najevo opravdu hodně, hodně lásky, i když tam člověk tápe a říká si, za co já ho vlastně chválím, ale vždycky se dá něco najít, za co člověk může toho druhého pochválit. Ale přeci jenom po těch schůdečkách chvály si začne víc vážit sebe, toho, co dělá pro ostatní a začíná to sebezpojetí být lepší. No, nikdy to není cestou agrese. To teda v žádném případě. A takovéto direktivní chování dospělých, kteří k tomu inklinují ve škole a v těchto zařízeních, je to vždycky na úkor toho, že to dítě jedná podle vlastní hlavy a zkouší si vlastní cesty. No prostě, když něco direktivně dostanu zadáno, tak nepřemýšlím, jak by

to šlo jinak. Protě to vykonám, vykonám to na určité úrovni, ale nebudu kreativní. No, čili, pokud jsme hodně direktivní, tak za to dítě nesu zodpovědnost, za jeho chování a pak se nemůžu divit, že selže, když se na něj tzv. zlobím, že to neudělal, ačkoliv to měl naučený nebo ať jsme to trénovali. Vždycky nechávat tu dlouhou ruku je pro dítě vždycky lepší, ale musí to mít zas určité mantinely. Tam zase nemůžete povolit tu uzdu. Je to taky umění, svým způsobem zjistit, kam až můžete povolit.

A co se týká například otázky trestů?

No tresty... každý člověk ví, že když něco provede a uvědomuje si, že něco provedl, tak očekává trest. To je úplně normální reakce. Když ten trest přijde, tak se mu v podstatě uleví, protože on to očekává. Ale musí zas být přiměřený ten trest i tomu, co se stalo. Když ten trest nepřijde, tak vlastně já mu říkám, že nefungují ta pravidla, které jsme nastavily v té společnosti. On to potom samozřejmě zkouší dál, kam až ta hranice zase povoluje, kde je gumová a kam až se může rozepnout a pak se ty výchovné prvky samozřejmě dávají hrozně špatně zpátky. Ta resocializace vždycky působí špatně. Vždycky je lepší krátké udidlo a povolovat než obráceně. Dát dlouhý a pak přitahovat. No, protože to vlastně se na charakteristice toho dítěte podepíše. Bohužel, ale ta důslednost je právě v dnešní době velmi vzácná. Lidi si představují, že pravidla... když nějaká pravidla byla, striktně se dodržovali. Dneska už to tak není. Jsme nějaká moderní společnost, která dovoluje všechno, jenže to takhle není, že jo. A i co se týče rodičů, tak já můžu mluvit tady za tu oblast, kdy máme už šest let přípravné třídy. To znamená děti s odkladem, různě sociálně zanedbané, z nepodmětného prostředí, rodiče v dnešní době, kteří jsou negramotní. To si asi neumíte vůbec tady představit, ale ta realita je taková. Takže to dítě je v podstatě zvířátko. Ono je oblečené, ono se umí najíst, ale že jí rukama, nezná vidličku, nůž, maximálně dlabe lžící, tak to není žádná výjimka tady. Takže jestliže já... teď jsem ztratila nit', no, co jsme chtěla říct?

Mluvila jste o důslednosti ve výchově.

Jo, takže, když ti rodiče přijdou a řeknou u pětiletého dítěte: „Já si s ním nevím rady. Já nevím, co s ním, on mě neposlechne.“ No, tak to je přesně ukázka toho, že rodič je

naprosto nevzdělanej, ale i ta společnost nevěnuje nebo nevkládá do těch rodičů vůbec nic, protože do pěti let je rodič absolutně, stoprocentně zodpovědný za výchovu dítěte. Tam vůbec žádný jiný prvek do toho vůbec nemůže vstupovat, pokud je dítě v té rodině. Když je v ústavní výchově, může za to ta ústavní výchova, která je samozřejmě jiná. Ale v rodině říci, že v pěti letech si dítě může dělat, co chce a neposlechne mě. Co očekává, že pak ústav, škola nebo jakákoliv jiná instituce, že ta změní? Opravdu z psychologického hlediska, jak jistě víte, že co do toho dítěte vložíme do čtyř a pěti let, to už tam potom zůstává úplně na věky věků a pak to můžete jenom korigovat, ale bohužel do těch pěti let je to základ.

Údaj do pěti let vychází z věku dítěte, kdy dochází k socializaci ve školském zařízení či z vývojové psychologie?

Ne, to je v literatuře x let popsáný. Dítě má nějaký vývoj, tedy vývojová psychologie. Dokonce ošklivý psychologové tvrdí, že pouze do čtyř let, ti už těch pět let vůbec neuznávají. Tam už je to hotovo. A vezměte si dneska jakoukoliv rodinu a malé dítě, které vyrůstá v rodině. Tak materiálně je velice dobře operovávané, má všelijaké značkové dudlíky, kočárky a všechno tohle, ale tam nejde o to vybavení, tam jde o ten vztah, protože vztah je jistota toho dítěte. Protože on nikoho jiného nezná.

Jaká specifika by měla mít péče o dítě se syndromem CAN?

Nevím, já na tuhle tu oblast nejsem odborník, protože já se v tom tolik nepohybuji, protože ta má profese je hodně široká. Jistě tam určité metody budou, ale stejně si myslím, že všechny metody vedou od toho vztahu dítěte. Dobrý příklad, důslednost, třeba méně věcí, ale trvat na tom, že když se na nějakých pravidlech dohodneme, tak je budeme dodržovat, a když se pravidla poruší, musí následovat nějaké potrestání. To se zas musí dodržet. Jestliže tady plácnu příklad - maminka řekne: „dneska jsi zlobil, nic nebude, žádný koblížek nedostaneš, zmrzlinka nebude,“ a jen vyjdou ven, tak dítě začne cvrkat. A maminka řekne: „tak ti to dneska odpustím“. A nakonec budou i dvě zmrzlinky. A to je vlastně každodenní proces, to dítě si testuje, jak je rodič pevný v kramflících a v podstatě je to, kdo s koho. Tam je taky osobnost, sice rozvíjející se a

tady hotová, ale to není láska přece všechno povolit. Já musím v sobě pořád mít takovou tu linii, že vychovávám někoho pro budoucnost a chci, aby byl čestný, poctivý a aby si věděl rady v krizových situacích. Jestliže já to neumím nastavit v tom dětství, no tak ty krizové situace potom prostě neumí řešit, no, a uchyluje se k různým náhražkám.

Já se teď zeptám na tuto otázku z pohledu specifika dítěte, které je týrané, zneužívané či zanedbávané a po stránce bio-psycho-sociální. Vy jste mluvila, řekněme, o té psychosociální, a když se zeptám na biologickou stránku, tedy režim dne například, jak na dítě přes den působit apod.?

Vy se ptáte pořád na to stejný. Já tady mám před očima několik příkladů dětí, který tady prožili šílený traumata, a bylo to vlastně neskutečný týrání domácích. Každý má jiný přístup ke každému, ale naprosto odlišný přístup. Takže já nevím, jak vám to říct jednou větou, jak by se k dětem mělo přistupovat, protože opravdu každé to prostředí toho jednotlivce je tak odlišný, že to nemůžu použít v jedné větě z jednoho případu do toho druhého vůbec. Takže se to musí opravdu vzít zase jenom individuálně a na možnosti, které jsou dané. Ono něco jiného je, co se vykládá v teorii a jiná věc je potom praxe. Ta teorie je někdy příliš, bych řekla, pozitivní, nebo se to příliš zjednodušuje a v té praxi to prostě nefunguje. No, a já vám tyhle kazuistiky vyprávět celý asi nemůžu, protože by to nebylo korektní.

Na co podle vás by měl být upřena největší pozornost u dítěte se syndromem CAN?

Nevím, co ode mě chcete za odpověď, nebo jak odpovídali jiní odborníci, ale samozřejmě, že potřebuje především prostředí, kde bude nějaký režim a jistota, prostě musí, ať je to cokoliv. Musí vědět, že den začíná tím, že se vstane, pak je nějaká snídaně nebo se jde umýt a ta vlastně ta pravidelnost toho denního režimu ho zase vpraví do toho klidu do té duševní jistoty plus samozřejmě práce přiměřená. Když já někoho zaměstnám, a to je taky známá věc, tak zapomene na ty traumata. Takže příprava do školy, nějaká mimoškolní činnost, nějaká hra, pohyb, ať je to organizovaný nebo ne, ale musí to být přiměřené tomu dítěti a jeho možnostem. Pravidelnost a dlouhodobost. Takže to si myslím, že je terapie. Samozřejmě nebránila bych se normálním pracím jako v rodině, žádný šanování „ty nemůžeš vysávat, ty nemůžeš vynést koš,“ ne. Prostě úplně

běžná rutinní práce se vším všudy, ale ne přetížít, ale dodržet ten systém, dodržet co se týče i vstávání o víkendech, aby zase nespaly až do oběda, aby ten režim byl prostě pravidelný. No, a takový přiměřený a ne výkyvy emoční. No, a to nevím, jestli se někdy stane nebo ne v praxi, protože to je těžký to zajistit. Teorie je jedna věc, praxe druhá.

Jaké odborníky byste mi doporučila pro rozhovor na toto téma?

S někým z dětského domova byste měla dělat rozhovor.

Rozhovor je realizovaný s psychologem, pediatrem, dětským traumatologem a ředitelem Klokánku.

Hm, tak nikoho dalšího nevím.

7.3 Rozhovor č. 3, psychiatr a psycholog

Jak v rámci své praxe definujete a rozpoznáváte syndrom CAN?

No, tak já v rámci mé praxe ho nedefinuji, protože já ty děti nediagnostikuju, moje praxe je čistě psychoterapeutická. Takže k tomu, jako abych já dělal psychoterapii s dítětem, která by mu pomohla, nepotřebuju mít nějakou definici nebo nějakou diagnózu.

Jaké je podle Vás, nejvhodnější výchovné působení vedoucí ke změně sebepojetí a sebehodnocení u dítěte se syndromem CAN?

To hodně záleží na expozici toho traumatu a na délce té expozice, takže hodně záleží na tom, jak rychle, za jak dlouho přijdou ty děti do nějakého zařízení a tam, jako, mohou nastat různé jako reakce, které nesouvisejí s tím, co se jim dělo předtím, ale i s tím novým prostředím, na které, s tou novou situací, na kterou se musejí adaptovat. Takže já nepovažuji za správné, prostě jakoby, jít tou cestou, že hledat nějaký syndrom a podle toho jako nějak metodicky postupovat. Jako takhle to opravdu nefunguje, protože ten syndrom v podstatě ani neexistuje podle mě. Je to soubor velmi různorodých příznaků chování, emocí toho dítěte, které se opravdu projevují velmi různě u různých dětí. Čili asi takhle bych k tomu přistupoval. Takže rozhodně bych se nesnažil je vtěsnat do nějaké kategorie na začátku ani potom a dal bych jim určitě co

nejdelší čas, já nevím měsíc dva, na nějakou adaptaci, kde se nikdo nebude očekávat nějaké chování nebo přizpůsobení nebo nějaké v uvozovkách zdravé reakce, protože tam může být cokoliv.

Jak s dítětem komunikovat o traumatu, které dítě má?

Zase musím pokračovat v tom, že to se jako takhle schematicky opravdu nedá říct, a já prostě bych nechtěl, aby nějaký vychovatel nebo kdokoliv, kdo přijde do kontaktu s tím traumatizovaným dítětem - a všechny děti, které se tam dostávají, jsou traumatizované potencionálně, i když o tom traumatu třeba nevíme, protože už jenom to je trauma, že prostě jsou oddělené od rodiny - ale pokud ještě mluvíme o tom, že by mohly být jako nějak týrané, nebo trpět něčím ve své rodině, tak jako určitě by nebylo dobré, aby někdo k nim po smyslu přistupoval podle nějakého schématu. Já teďko řeknu jo nebo ne, ten člověk si to přečte a začne prostě ty děti traumatizovat tím, že si bude myslet, že teď se má na něco ptát. Prostě takhle to opravdu nefunguje. U všech dětí předpokládám, že je tam něco velmi vážného, traumatizujícího, čerstvého nebo i z minulé doby, co prožily, a já to nikdy nemůžu podcenit. Prostě nikdy to nemůžu podcenit a říci: „tady to dítě je v pořádku, protože se nějak chová, tady to dítě, protože má v papírech něco, tak musí být na tom hrozně špatně.“ Jediné to doporučení je, že těm dětem v rámci nějakých pravidel bezpečí a fungování společného bych dovolil opravdu, aby se chovaly tak, jak to potřebují, a projevovaly tak, jak to potřebují, přičemž bych se jim snažil v prvních týdnech a měsících jako porozumět a pochopit a nějak jako poznat. Ty děti se potřebují cítit nejdřív v bezpečí, a pak jako, aby se mohly nějak projevit. Když s nima někdo začne jakoby zacházet podle nějakého schématu nebo podle nějakých otázek, tak ty děti se jenom stáhnou. Buď se stáhnou, anebo se začnou chovat prostě neautenticky a už nikdy potom, jakoby, nebudou se projevovat podle toho, jak to doopravdy cítí třeba.

A v případě, že se dítě už adaptovalo a dokonce si vytvořilo bezpečnou vazbu s vychovatelkou a najednou pocítí potřebu o tom komunikovat. Například předpokládejme, že dané dítě už dochází na psychoterapii, ale chce se s tím právě svěřit tetě. Chtělo by o tom mluvit, ale teta neví jak. Má se do toho vychovatelka vůbec pouštět, nebo to nechat jenom na...

Tak za prvé byste měla napsat, že je velmi pochybné, jako co si máme představit pod tou psychoterapií v těch ústavech. Každý tý psychoterapii říká něco jinýho, každý si představí něco jinýho. Pokud já se nepřesvědčím, že to je psychoterapie nějaká, systematický vztah s tím dítětem, kdy to dítě chodí pravidelně za někým, a ta informace, které se to týká je jenom v rámci toho vztahu, že to není něco, co by bylo zapisováno, řešeno ještě někde jinde, ta komunita, nebo nevyplývají z toho nějaké skutečnosti, jak se setkává třeba etopedie nebo psychologie, které pracují v těch ústavech, to je častá práce, pokud teda vůbec nějak pracují s tím dítětem. Pokud taková psychoterapie probíhá tam s někým a to dítě za někým pravidelně chodí, tak samozřejmě mohou vypadnout spontánně věci, které ty ostatní mohou prostě šokovat, nebo prostě mohou znít velmi nevěrohodně a v podstatě to dítě by mělo být dostatečně svobodné k tomu, aby mohlo žít, aby to nikdo nezpochybnil, aby to nebylo jakoby bráno doslova a někdo nezačal pátrat po té objektivní realitě. To dítě by se mělo natolik cítit bezpečně, aby si mohlo říct, že já během nějaké hry, nějaké aktivity, něco prostě ze mě vypadne z mé minulosti, že to nebude bráno jakoby doslova, nebude to teď jakoby zkoumáno. V podstatě, pokud by to doprovázel nějaký velký emoční afekt nebo doprovod, tak zase je potřeba zpátky referovat tomu terapeutovi.

Jak vysvětlit dítěti jeho přítomnost v ústavní péči, pokud dítě vnímá své umístění do ústavní péče negativně?

No tak, některé děti to vnímají negativně a některé zase pozitivně. Je spousta dětí, které vyrůstají právě v tom strachu, ve stresu, tak pro ně je to velká úleva.

Tato otázka je koncipovaná na ty děti, které svůj pobyt vnímají negativně.

No, tak, je to samozřejmě velmi těžké. Ten negativní postoj se potom projeví v negativním chování v opozici tomu personálu, samozřejmě, že jo. Čili, tohle to, o čem by personál nějak dělal rozhovory, nebo poznávání toho dítěte ti vychovatelé by měli prostě poznat. Tedy někdo by tam měl z toho pohledu dítě poznat, měl by mluvit o těch jeho pocitech a snažit se o to, aby ta situace byla co nejpříznivější pro něj s tím, že budou reflektovat to, že on tam nechce být, což by se mělo přijmout jako fakt. Jako nevnucovat mu nějaký, nějaký... prostě tak, že to má být. No, tak asi tak nějak trpělivě s tím, že pokud tam pozná dostatek lidí, kteří budou na něho hodní, tak ten negativní

postoj, ta opozice, by se mohla změnit, ale může tam zůstat nějaký smutek, protože je to třeba výsledek toho, že ti rodiče, nějak jako, dítě cítí, že ho opustili, že jo. Že ho tam dali nebo že dovolili, aby tam byl. Takže to se tam může odrážet.

Jaké výchovné prostředky by se měly používat u dítěte se syndromem CAN?

No, to já vůbec nevím. Nevím, co jsou to výchovné prostředky. Já nevím, já takhle vůbec nepřemýšlím, teda vůbec to neumím takhle kategoricky. To je stejné, jak jsem říkal s tou jistotou jako negativní. Jako samozřejmě ty děti jsou nějak bité nebo zneužívané, tak ačkoliv zastrašování nebo vyvolávání těch frustrací je pro ně rizikové, protože to může být traumatizující z pohledu té jejich zkušenosti. Takže to je opravdu individuální, ale obecně si myslím, že děti mají dostávat nějaké hranice, pevné hranice, ve kterých se cítí bezpečně. Ty hranice by měly být jako srozumitelné a mělo by jich být co nejméně. Asi tak. Asi bych to dokázal nějak u konkrétního dítěte říct, co je v jeho případě rizikové chování ze strany těch vychovatelů, ale takhle obecně nedokážu, ani to není možné, protože kdyby to oni pak v praxi praktikovali nějak paušálně, to prostě nejde. Obecně bych byl opatrnější v tom přístupu a asi bych očekával, že třeba jednání v afektu nebo zastrašování může u těchto dětí vyvolat nějakou paradoxní agresivní reakci třeba, nebo depresivní reakci nebo úzkostnou nebo útek, jo. Tady bych s tím počítal. Ale opravdu by to chtělo, aby u těch dětí měly zmapovanou minulost a pokud by se to nepovedlo zmapovat, tu jejich minulost, dostatečně, tak bych počítal spíš s tím, že se špatné věci děly v tom jejich životě, i když o nich nemám nějaké důkazy. Takže bych pak spíš postupoval s tím, že velmi pravděpodobně nějaké traumatizující věci dlouhodobě zažily.

Takže spíše opatrný přístup?

Ano.

Jaká specifika by měla mít péče o dítě se syndromem CAN?

No, já myslím, že o tom mluvím furt. No, takhle no. Pravděpodobně je to skupina dětí, která... tedy nedá se říct, že tyto děti, prostě nějaký syndrom, to je strašně široký pojem a my vůbec nemůžeme vědět, ty děti, které v anamnéze nemají nějaké vypořádané týrání nebo zanedbání, jestli tam opravdu nebylo, jo. Spíš bych

předpokládal, tu jeho přítomnost předpokládal. Čili, aby se nestalo, že ty děti prostě potom, že jim bylo ubližováno, jsou traumatizované v tom zařízení. Jenom proto, že někdo usoudil, že je takové nebo dobré nebo špatné... to prostě nikdo neví, takže asi tak. Byl bych s tím opatrný. Vždycky bych předpokládal, že byly traumatizované ve vztahu, ve kterém vyrůstaly. Takže takhle bych asi přistupoval. Jak jsem říkal na začátku, ty děti... ti vychovatelé by si měli nechat nějakou dobu, jo, aby si potom z toho udělali nějaký názor. Aby na základě nějakýho papíru, který jim někdo napíše. Jo asi takhle bych to viděl.

Na co, podle Vás, by měla být upřena největší pozornost u dítěte se syndromem CAN?

No, na to jeho vnitřní prožívání. Dával bych pozor na situaci, kde právě s někým nekomunikuje, je uzavřený. To je prostě velmi nebezpečná situace, když nevíme, co se v něm odehrává, protože to pravděpodobně znamená, že prostě stahuje a že prostě uvnitř se mu to trauma opakuje, že prožívá něco hrozného. Čímž pak může utéct nebo si ublížit. To se stává nejčastěji, že si ty děti ubližují. No, a na to bych dával největší pozor. Taky bych dával pozor, aby v těch jejich akcích, nečekaných, třeba útěků nebo v agresivních... na někoho zaútočí, abych to prostě řešil čistě výchovně, jako něco, co se prostě nesmí, a nehledal bych v tom smysl jako něco v rámci toho dítěte. Což neznamená, že bych mu to nějak odpouštěl, ale snažil bych se právě přijít na to, s čím to zrovna to souviselo. Jaký má zkušenosti, které zažil, předtím než se tam dostal.

Kromě pochopení, jako takového, jakým výchovným způsobem byste řešil, kdyby takhle dítě někomu ubližovalo v dětském domově nebo utíkalo?

No, určitě bych mu dával, tedy vím, že se to nesmí, ale snažil bych se s ním mluvit a snažil bych mu porozumět, tomu, proč to dělal, jo. Co se za tím skrývá a snažil bych se získat tu důvěru toho dítěte. To je asi základ.

Tresty jsou individuální, pokud to dítě má z toho trestu pocit, že ho tam nechceme, že ho tam odmítáme, tak samozřejmě nebude mít žádný vztah a bude se cítit odmítnuto podobně, jako se cítilo odmítnuté předtím. Tedy něco mezi tím, i ten trest by měl dávat tomu dítěti nějaký smysl. No prostě, neříkám netrestat, ale opravdu přemýšlet o dopadu toho trestu a jaký ten trest dává tomu dítěti smysl, co si pod tím představí, co pod tím prožívá. Na každého působí něco jiného. Pro někoho je trest, že se nemůže

koukat na televizi, a pro někoho je trest, že s ním nikdo nemluví, a pro někoho, že ho někdo zmlátí. No, všechno může působit jako jinak. Asi takhle bych to řekl. Ti psychologové jsou tam právě na to, aby pomohli těm vychovatelům trošku vhléd do vnitřního světa těch dětí, aby s nimi nezacházeli úplně jako se špatnými nebo s někým, kdo dělá nějaké problémy, jak jsme to viděli v Králíkách, nebo že jo, v některých takových podobných zařízeních.

Praxe ukazuje, že ne každý dětský domov má psychologa, a když už ho tam má, tak není přítomný každý den.

No, tak na to byste právě měla upozornit, že je to špatně.

Jaké odborníky byste mi doporučil pro rozhovor na toto téma?

Mohu doporučit psychologa, Přemysla Mikoláše.

A pokud by se jednalo jinou profesi, než je etoped, psycholog, psychiatr, sociální pracovník, ředitel ústavu, pediatr, traumatolog?

No, tak pediatra bych nedoporučil, to je mimo mísu, ten se zajímá o fyzické prožívání, ale je to Vaše práce... Já Vám můžu doporučit pana Mikoláše, ten je velice šikovný.

7.4 Rozhovor č. 4, ředitel Klokánku a sociální pracovník

Jak v rámci své praxe definujete a rozpoznáváte syndrom CAN?

Tak k nám do Klokánku, my jsme vlastně zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc a často s k nám dostávají děti, které byly prokazatelně týrané. Takže v tu chvíli to je jednoduché, jinak samozřejmě po přijetí každé dítě otestuje, projde diagnostikou našeho psychologa. Jak klasickými testy, tak projektivními, a to se to téměř vždy pozná. Samozřejmě tu situaci, rodinnou, mapujeme i prostřednictvím OSPODu, soudů a většinou se syndrom CAN dá rychle prokázat. Spolupracujeme i s externími psychology, psychoterapeuty.

Jaké je, podle vás nejvhodnější výchovné působení vedoucí ke změně sebepojetí a sebehodnocení u dítěte se syndromem CAN?

My se setkáváme od těch dětiček se syndromem CAN s takovými dvěma podobami. Jednak to můžou být děti, které jsou takové hodně zakřiknuté a inhibované, těch jsem viděla za dobu působení tady v Klokánku méně, a to jsou klasický dětičky, které potřebují hodně opečovávat, podporovat atd., nicméně se často setkáváme taky s dětmi, které jim byl diagnostikován syndrom CAN, ale jsou naopak hodně dezinhibované. Mají třeba i výchovné problémy, neumí pracovat se svými emocemi, takže to u těchto dětí je hodně důležité nastavit jim takový hodně vřelý, vstřícný přístup, ale zároveň nastavit docela pevné hranice. A tím, že ty děti se je snaží dodržovat, respektovat formy společenského chování nebo sociálně přijatelného, tak tím zároveň i ten jejich pocit sebehodnoty vzrůstá i tím přijetím bezpodmínečným... ale zároveň ví, že se nějakým způsobem musí chovat, něco se po něm chce. Takže vlastně kombinace těchto dvou přístupů, pevné hranice a zároveň bezpodmínečné přijetí.

Jak s dítětem komunikovat o traumatu, které dítě má?

Já jsem se tu setkala už i s tím, že my tady samozřejmě máme k tomu expertku pani psycholožku, která samozřejmě využívá všechny možné psychologické techniky k tomu, aby s dítětem komunikovala. To vám samozřejmě spíš potom řekne ona, jako ten odborník, psycholog zkušený. U nás ty pracovnice, které se starají o děti, ty naše střídavé tety, jak jim říkáme, tak ty většinou s tím dítětem komunikují úplně normálně otevřeně, ale citlivě. Je důležité nebát se toho a s tím dítětem o tom komunikovat, o tom, co se mu stalo. Samozřejmě je důležité, aby to nebylo před dalšími dětmi, aby ta teta s dítětem měla nějaký bezpečný prostor, to dítě je samozřejmě na prvním místě. Je důležité dítě k ničemu nenutit, pokud o tom nechce mluvit, takže naše tety většinou, pokud vědí, že to dítě prožilo nějaké trauma, tak časem se ho snaží pomalinku ptát a to záleží potom už jen na jejich empatii a emoční inteligenci, to je strašně důležitá mimochodem vlastnost těch všech pracovníků, kteří nejsou nějak specificky proškolení, ale myslím, že to je na kontaktu s těmihle dětmi nejdůležitější. Ve chvíli, kdy to dítě chce mluvit, tak se osvědčil úplně normální přístup, klasicky jako by to bylo v rodině, bezprostředně o tom mluvit. Ono často ty dětičky traumatizovaný, co se k nám

dostanou, tak samozřejmě my spolupracujeme s celou řadou odborníků a expertů, chodí k psychologům, psychoterapeutům, ale často se nám osvědčilo, že daleko víc pomáhá klasický rodinný přístup a ten běžný život. Vím, že na hodně dětí to funguje daleko líp, prostě taková ta běžný fungování domácnosti, pohoda, kontakt s ostatními dětmi, možná je to stejně důležitý jako psychoterapie.

Jak vysvětlit dítěti jeho přítomnost v ústavní péči, pokud dítě vnímá své umístění do ústavní péče negativně?

Většinou ty děti nevnímají to umístění pozitivně, kromě takových těch opravdu hodně závažných případů, kde byly ty děti týrané a zneužívané, nebo třeba hladověly. K nám děti se dost často dostávají ze strašných podmínek a jsou vděčné, že mají pravidelné jídlo, teplé jídlo, že mají postel jenom samy pro sebe. Nicméně spousta dětí, i které byly týrané a zneužívané, tak pořád mají k tomu člověku, který to páchal, ambivalentní vztah, takže tam je důležité nemluvit negativně o tom člověku, který to dělal nebo který to trauma způsobil, to je hlavní zásada a zároveň být k tomu dítěti hodně upřímný a sdělit mu prostě, co se děje, a že na základě rozhodnutí soudu, než se ta situace vyřeší, tak prostě musí to dítě být v nějakém zařízení. My vlastně nejsme ústavní zařízení, takže tím je to i pro ty děti jednodušší, že tady je spíš takový rodinný režim, než nějaký pevný bodovací, jako to bývá v diagnostických ústavech nebo dětských domovech. Takže zase normálně klasicky selským rozumem mu to citlivě vysvětlit, že se stala taková situace, asi ví proč tady je. Určitě je důležité zeptat se toho dítěte, proč tady je, což většinou ty děti vědí, ale někdy se může stát, že prostě nevědí. Takže ve chvíli, když to dítě ví, proč tady je, tak mu vysvětlit, že se stalo to a to, a že se to musí vyřešit a do té doby, že musí být tady, než se to vyřeší. Je důležité tomu dítěti dát i nějaký jakoby časový horizont. Neslibovat, že do měsíce nebo do dvou, ale aby věděl, že je to jenom přechodný, ten jeho pobyt tady, to je pro něj hodně důležitý, aby mělo prostě důvěru, že něco někdy bude lepší, že se něco změní.

A nemůže to být v některých případech mazání medu kolem pusy? Protože pak třeba i přejde do té ústavní výchovy, a ne vždycky k nějakým rodinným příslušníkům.

Většinou se snažíme, nikdo jim určitě neslibuje, že se vrátí domů, to je důležité, že nikdo jim nelže. Ony samozřejmě dětičky nejsou hloupé a vědí, jak to funguje, a tím,

že tady jsou vlastně i s dalšími dětmi a vidí, jak děti odchází do pěstounské péče, do náhradních rodin, tak oni vědí, že to vyřešení nespočívá jenom v tom, že to dítě se prostě vrátí nazpátek domů, ale spousta těch dětí si přeje získat nějakou novou rodinu, když ví, že to doma prostě nefunguje. Tam je spíš důležité vydržet nějak to období, kdy třeba OSPOD zkouší, jestli ta rodina nezačne nějak znova fungovat, jestli se něco nezmění a to asi pro to dítě takové nejnáročnější období a potom, když se zjistí, že už to opravdu nefunguje a hledá se nová rodina, tak to s ním potom samozřejmě pracuje psycholog, psychoterapeut. Určitě těm dětem nelžeme, vědí jenom, že ten Klokánek je na přechodnou dobu.

Jaké výchovné prostředky by se měly používat u dítěte se syndromem CAN?

Když to řeknu takhle, tak já mám pocit, že není asi ani dobré ty děti nějakým způsobem vyčleňovat z té společnosti těch ostatních dětí v uvozovkách normálních, kterým se nic nestalo. Takže u nás třeba v Klokánku na všechny děti používáme stejné výchovné prostředky s tím, že u nás je zakázáno na děti křičet a samozřejmě děti bít. Což si myslím, že tohle za výchovný prostředek nikdo z nás nepovažuje. Samozřejmě používáme jak pozitivní motivaci, tak i nějakou mírnou negativní, pokud nefunguje nic a s tím dítětem se prostě nedá žádným způsobem pracovat, nefunguje dohoda, domluva, nějaký pozitivní příklad, tak se potom přistupuje k nějakým lehkým negativním opatřením jako zákaz počítače na určitý den, zákaz televize, a to jsou asi takové nejdrsnější výchovné prostředky, co my taky máme, ale ještě k tomu musíme dodat, že Klokánek není zařízení, kde děti mají nějaké závažné výchovné problémy, protože my tady prostě nemáme takové opatření, nemáme tady etopedy atd., takže u nás většinou nebývají děti, které mají nějaké vážné výchovné problémy, a máme tady třeba děti, které jsou, mají ADHD syndrom, jsou hyperaktivní, nedokáží pracovat se svými emocemi, mají záchvaty vzteku, tak to tady tyhle dětičky tady máme. Mám tady takovou knížku, která radí jakým způsobem zacházet se svými emocemi. Tak to jsou také výchovné metody, které používáme. S dítětem si někdo sedne, ideálně ne přímo ta jeho teta, která se o něj stará, protože ty mají tu vazbu moc silnou, ale třeba sociální pracovnice nebo psycholog nebo někdo a v pohodě, prostě bod po bodu to s tím dítětem pročítá, nacvičují. Takže to je třeba jeden z našich výchovných prostředků, protože ono jako zakázat televizi, nebo jako, nebo hernu nebo tak, tak to je jakoby sice fajn, když to dítě provede něco, co by nemělo, nárazového, ale pokud ten problém spočívá spíš

v osobnosti toho dítěte v tom, že nějakým způsobem má třeba deficit v zacházení s emocemi, je takové výbušné, tak to samozřejmě změníme. Snažíme se to nějakým způsobem změnit a pomoci mu, než abychom to nějakým způsobem používali nějaké restriktivní opatření.

Jaká specifika by měla mít péče o dítě se syndromem CAN?

Určitě by měla být komplexní, což asi hovoří samo za sebe. S takovým dítětem by měl vždycky pracovat tým odborníků, ne jenom jeden a ne třeba tým odborníků z jednoho zařízení a prostě, aby ty odborníci byli provázaní, takže my jako Klokánek provázanost s OSPODem, s dalšími zařízeními, psychoterapeutickými zařízeními, které pracují i s tou rodinou, pokud je to nějakým způsobem ještě možné. Ona by to měla být spolupráce mnoha odborníků. Potom už na té jednotlivé úrovni těch lidí, tak by měli mít určitě pochopení, toleranci a velkou míru empatie, ale zároveň by mu měli umět nastavit nějaké hranice. U nás prakticky ty děti, co mají syndrom CAN, a ty které nemají, pro ty děti nemáme žádná opatření, protože ony už jsou traumatizované dost a nechceme je ještě traumatizovat tím, že se k nim přistupuje jiným způsobem než k jiným dětem, které něco takového nezažily. Samozřejmě, každý Klokánek, každé zařízení má samozřejmě režim dne a je stejný jako v normálních rodinách. Ráno vstane, ustele, nasnídá a jde se do školy a nemáme to třeba tak, že děti, které byly týrané, tak nejezdí samy do školy, to určitě ne. My se snažíme, aby na to, co se jim stalo, nějakým způsobem nezapomněly, ale aby to zpracovaly, a myslíme si, že není dobré to zpracovávat tím, že se na to bude neustále poukazovat, že se něco takového stalo.

Na co, podle vás, by měla být upřena největší pozornost u dítěte se syndromem CAN?

Asi je důležité dát tomu dítěti prostor pro ventilaci, aby si všechno to, co se mu stalo, mohlo odžít a na základě toho ty své negativní zkušenosti a traumata mohlo nějakým způsobem integrovat a uzavřít, aby ho to nepoznamenalo do budoucna. Samozřejmě někdy je to natolik závažné, že to prostě nejde, ale je to takový ideální cíl, prostě všechno pořešit, pokud se to dá, a integrovat. Určitě ne, aby na to dítě zapomnělo, ale aby se s tím naučilo pracovat a pak mu to nebránilo v dospělosti.

Jaké odborníky byste mi doporučila pro rozhovor na toto téma?

My máme dobrou zkušenost s dětskými krizovými linkami, kam se často obrací děti, co prostě mají syndrom CAN, takže třeba spolupracujeme, několikrát jsme spolupracovali s Linkou bezpečí nebo s Dětským krizovým centrem. Praktický dětský krizový intervent, krizový intervent s tím, že ty krizoví interventi se můžou rekrutovat z různých původních povolání, sociální pracovnice, psychologové, tam je důležité, aby měli výcvik v krizové intervenci.

7.5 Rozhovor č. 5, dětský chirurg a traumatolog

Jak v rámci své praxe definujete a rozpoznáváte syndrom CAN?

V zásadě kromě zjevných případů, tzn. že už se nám několikrát stalo, že přišlo dítě ve věku, většinou to bývá kolem patnácti let, kdy přišlo s tím nebo bylo přivezeno záchrankou s tím, že zcela jasně vypovídá o tom, že je nějakým způsobem týraný, tak je to obecně velice těžký to rozpoznat. V zásadě opakovaně návštěvy lékaře za nejasných okolností, určitý typy poranění, kterých není úplně jednoduchý docílit u malého dítěte, to jsou takový ty alarmující znaky, který nám říkají, abychom dále vyšetřovali, tzn. udělali rentgen i zbytku skeletu atd., ale to jsou opravdu ojedinělé případy. Spíš jde o náhodný záchyt a ne vždycky se nám podaří odhalit to týraný dítě.

Jaké je podle Vás nejvhodnější výchovné působení vedoucí ke změně sebepojetí a sebehodnocení u dítěte se syndromem CAN?

To je dost těžká otázka pro traumatologa, protože se my setkáváme s těma dětma prakticky výhradně v rámci té diagnostiky toho, že jsou týraný, a už s nima potom prakticky nepracujeme, protože je předáváme dál. Velmi to často to jsou i malinký děti, který ten psychologický vývoj mají ještě před sebou. Rozhodně bych ale řekl, že to bude o intenzivní práci, o neustálém kontaktu, o neustálý podpoře, o možnosti promluvit si s někým, o někom, kdo toho člověka vede a skutečně aktivně posiluje jeho sebevědomí. Myslím si, že to je práce na čtyřicet hodin denně. Je to hodně o té komunikaci, o tom možná v tom starším věku, nejenom o práci těch vychovatelů, ale i najít si tu správnou společnost, kamarády. Možná, že i ten vychovatel může být svým způsobem nějakým tím přítelem, který by mohl toho člověka vést, ale zase na druhou stranu si říkám, že ty psychologové do toho nesměj spadnout, nesměj se do toho citově

zaangažovat. Pokud jde tedy o vychovatele, tak jednoznačná cesta ven z toho je přes přátelství, i když tam, si myslím, je obrovský riziko nenechat se potom jako ten vychovatel, přítel, zneužít, protože i to se může podle mě stát.

Jak s dítětem komunikovat o traumatu, které dítě má?

No, tu otázku si kladu pokaždé, když se tím dítětem setkám. Asi co nejvíc otevřeně, asi si v tu chvíli na nic nehrát, za nic se neschovávat a vzít to jako fakt a asi i to dítě přimět k tomu, aby to bralo jako fakt, o kterém dokáže otevřeně hovořit. Asi ne nějak opatrně, ne nějak, nebo samozřejmě opatrně ano, ale ne to, že se budeme snažit ty věci nazývat jinak, že se budem snažit najít nějaké východisko, které třeba neexistuje, když mu budeme něco nalhávat.

Jak vysvětlit dítěti jeho přítomnost v ústavní péči, pokud dítě vnímá své umístění do ústavní péče negativně?

Tam asi bude problém v té ústavní péči jako takové. Nevím, jestli ústavní péče dokáže nahradit to, o čem jsme mluvili v těch bodech předtím, to přátelství. Myslím si, že ve chvíli, kdy pro to dítě tam bude nějaký přítel, nějaký partner, tak nebude mít důvod z té ústavní péče mizet. Přemýšlím, že pokud tomu dítěti nabídneme opravdu to prostředí, to kvalitní prostředí, jestli doopravdy bude mít ten důvod, že pak si myslím, že už se dostáváme jakoby ne jenom do oblasti těch týraných dětí, ale spíš potom nějakých problémových dětí, který chtějí z té ústavní péče jakoby vybruslit. Otázka je, jestli ta ústavní péče je natolik kvalitní v Čechách, že dokáže tomuhle zabránit. Jednoznačně s ním o tom mluvit, protože to je zase ten partnerskej vztah. Asi mu vysvětlit, že jsem tady teď pro něj partnerem i rodičem a přesvědčit ho, že to, co pro něj chci, je skutečně to nejlepší. Teď je ta důležitá otázka, jestli to tak skutečně ve většině případů je.

Jaké výchovné prostředky by se měly používat u dítěte se syndromem CAN?

Já osobně si myslím, že v zásadě ty výchovné prostředky, které nabízí běžná standardní rodina nebo běžné vztahy mezi lidmi, tzn. v případě, že jde o to jakoby citové strádání, tak věnovat tomu dítěti nějakou péči, co se týká toho, že si toho dítěte skutečně všímám, že mě zajímají jeho problémy. Pokud jde o to zneužívání jako takové,

tak si myslím, že by ty prostředky měly být do určité míry standardní, neměly by být příliš volné. Myslím tím, jakoby nepřehánět tu péči, neposkytovat tomu dítěti žádný nadstandard, v uvozovkách ve smyslu jakoby kompenzace toho, co si prožilo. Asi v zásadě pokud je to nutný, tak jakoby nevyhýbat se ani nějaké formě postihů, nemyslím tím zrovna fyzické tresty, nejsem úplně jejich zastáncem, ale nevyhýbat se tomu, nastavit ten vztah jako ve fungující rodině, tzn. ty se budeš chovat podle toho jak, podle nějakých morálních zásad a my ti vyjdeme vstříc, nebudeš-li se tak chovat, tak jakoby tohle má svoje následky.

Jaká specifika by měla mít péče o dítě se syndromem CAN?

Měla by tomu dítěti věnována určitě zvýšená pozornost, ať už faktická nebo i citová, protože velmi často to dítě je v deprivaci citové, tzn. musí mít pocit, že se o něj ty lidi skutečně zajímají. Nejde o to se o něj přehnaně starat, udělat první poslední. Mělo by se s tím dítětem mluvit, měly by se pravděpodobně dodržovat nějaké rituály. Pokud by to bylo v ústavní péči, tam je to samozřejmě složitější, pokud by to měla být nějaká náhradní rodina nebo příbuzní, tak skutečně jakoby s tím dítětem být, aktivně se mu věnovat, každý den s ním nějakou dobu strávit, ptát se na to, co prožívá, co dělal, co ve škole, co s kamarády.

Můžete, prosím, vysvětlit, co jste myslel faktickou pozorností?

Myslel jsem tím, jakoby skutečně ten zájem o to, co to dítě dělá, o jeho koníčky. Nemyslím tím jenom takový to pusa na dobrou noc, nějaký fyzický kontakt nebo nějaký ty jako čistě citový věci jako „mám tě rád“, ale takový ty běžný věci jako „zajímá mě, co děláš ve škole, zajímá mě, jaký máš problémy, zajímá mě, že sis s kamarádama zahrál fotbal“.

Na co, podle Vás, by měla být upřena největší pozornost u dítěte se syndromem CAN?

Určitě tomu, co to dítě cítí a co prožívá, ne jen tomu, jak se chová, protože to i v rámci té diagnostiky může být úplně jiný chování, než jakoby odpovídá tomu, co skutečně to dítě cítí, tzn. jaký jsou jeho pocity, co prožívá, jak se chová k ostatním a vlastně, i jak se chová vůči sobě samému, tzn. to je trošičku návrat k té první otázce, k tomu sebevědomí. A myslím si, že musí být zvýšená pozornost věnována tomu, že

hrozně často tyhle děti mají tendenci buď i simulovat, nebo předstírat něco, protože už v rámci těch obrannejch mechanismů v té rodině si to pravděpodobně vyvinuly, takže dávat si pozor na to, jestli to, co nám to dítě říká, je skutečně to, co cítí, to, co dělá, to, co prožívá.

Jaké odborníky byste mi doporučil pro rozhovor na toto téma?

Já osobně si myslím, že by bylo určitě zajímavý vidět pohled i tý právní sféry, tzn. buď někoho z oblasti práva jako takového nebo případně soudce, který se zabývá těmito problémy. Případně ještě někoho od policie, protože my je třeba občas na tohle voláme, ale to nejsou asi ty hlavní, kdo to řeší. Spíš si myslím, že zajímavý by mohl být ten soudce, kterej řeší tyhle případy.