

Následná terapeutická péče o dítě traumatizované syndromem CAN - sexuální zneužívání

Monika Miličková

Bakalářská práce
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Monika MILIČKOVÁ**

Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Následná terapeutická péče o dítě traumatizované
syndromem CAN – sexuální zneužívání**

Zásady pro vypracování:

1. Zpracování rešerší odborné literatury
2. Vypracování osnovy a struktury BP
3. Metodologie práce, stanovení výzkumných technik a metod
4. Zpracování teoretické a praktické části práce
5. Teoretická a praktická východiska, závěry a doporučení

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. Dunovský,J., Dytrych,Z., Matějček,Z. a kol.: Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě, Praha, Graha 1995
2. Dunovský,J., Trojan,O., Weiss,P.: Sexuální zneužívání dětí a sexuální násilí, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Praha 1997
3. Spilková,J., Procházková,J., Chytrý,M., Solařová,M.: Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, Praha: Dětské krizové centrum, 1997
4. Vaníčková,E., Provazník,K., Hadj-Mousová,Z.: Sexuální zneužívání dětí 1. díl, Praha: Karolinum, 1997
5. Vaníčková,E., Hadj-Mousová,Z., Provaníková,H.: Násilí v rodině, Praha: Karolinum, 1995

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Monika Havlíčková**

Datum zadání bakalářské práce: **18. února 2009**

Termín odevzdání bakalářské práce: **15. května 2009**

Ve Zlíně dne 18. února 2009



L.S.

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové/bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou/bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou/bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové/bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové/bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně 13.5.2009


.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užitje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou týraného a zneužívaného dítěte, syndromem CAN – Child abuses and neglect. Cílem práce je popsat a vyjasnit základní formy syndromu CAN. Primárním východiskem je následná péče pro oběti syndromu CAN. Především pro děti, které byly sexuálně zneužity.

Obsahem praktické části jsou případové studie dětí a jejich rodin. Cílem praktické části je poukázat na reálné alternativní způsoby následné terapie.

Klíčová slova: rodina, dítě, syndrom CAN, terapie, formy terapie

ABSTRACT

Baccalaureate work deal with problems hagridden and abused child, complex CAN – Child abuses and neglect. Aim work is describe and clear up basic form complex CAN. Prime way out is subsequent alteration care for casualties complex CAN. Above all for children that the were to be sex - misappropriated.

Content practical parts are case study children and their families. Aim practical parts is refer to real alternative manners resulting therapy.

Keywords: family, child, CAN syndrome, therapy, therapy forms

Motto:

*Žije-li dítě káráno,
naučí se odsuzovat.*

*Žije-li dítě v nepřátelství,
naučí se útočit.*

*Žije-li dítě v posměchu,
naučí se vyhýbavosti.*

*Ale žije-li dítě v povzbuzení,
naučí se smělosti.*

*Žije-li dítě v tolerantnosti,
naučí se trpělivosti.*

*Žije-li dítě s pochvalou,
naučí se oceňovat.*

*Žije-li dítě v poctivosti,
naučí se spravedlnosti.*

*Žije-li dítě v bezpečí,
naučí se věřit.*

*Žije-li dítě přijímáno
a obklopeno přátelstvím,
naučí se hledat ve světě lásku.*

Dorothy Lew Nolte

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní Mgr. Bc. Monice Havlíčkové za odborné vedení, metodickou pomoc a podporu při zpracování mé bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 SPOLEČNOST	13
1.1 POSTAVENÍ DÍTĚTE VE SPOLEČNOSTI	13
1.2 POSTAVENÍ DÍTĚTE V MINULOSTI	13
1.3 SOUČASNÉ POSTAVENÍ DÍTĚTE VE SPOLEČNOSTI.....	14
2 RODINA.....	16
2.1 DEFINICE POJMU.....	16
2.2 FUNKCE RODINY	17
2.3 RODINNÝ SYSTÉM	18
3 CAN – SYNDROM TÝRANĚHO, ZNEUŽÍVANĚHO A ZANEDBÁVANĚHO DÍTĚTE	20
3.1 FORMY SYNDROMU CAN	21
3.1.1 Tělesné týrání dítěte aktivní povahy	21
3.1.2 Tělesné týrání pasivní povahy.....	23
3.1.3 Psychické týrání	25
3.1.4 Zanedbávání	26
4 SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ.....	28
4.1 FORMY SEXUÁLNÍHO ZNEUŽÍVÁNÍ.....	29
4.2 ZNAKY A PROJEVY SEXUÁLNĚ ZNEUŽITÝCH DĚTÍ	30
4.3 PSYCHICKÉ DŮSLEDKY SEXUÁLNÍHO ZNEUŽÍVÁNÍ.....	32
4.3.1 Jak ochránit děti před sexuálním zneužíváním	34
5 NÁSLEDNÁ PÉČE	35
5.1 CAN – CELOŽIVOTNÍ PRÁCE S NÁPRAVOU.....	35
5.2 ZÁKLADNÍ TERAPEUTICKÉ PRVKY PRÁCE SE SYNDROMEM CAN	36
5.3 TERAPIE	36
5.3.1 Vymezení pojmu	36
5.3.2 Individuální terapie	38
5.3.2.1 Techniky používané v individuální terapii	40
5.3.3 Rodinná terapie	41
5.3.3.1 Ostrov rodiny	44
5.3.4 Skupinová terapie.....	44
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	47
6 IDEA PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	48

6.1	PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 1.....	48
6.2	PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 2.....	52
6.3	PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 3.....	56
	ZÁVĚR.....	59
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	60

ÚVOD

Syndrom CAN – Child abuse and neglect je jedno z velkých společenských témat. Téma, které je jednak nepochopitelné z hlediska morálního – „jak se to může stát a jak to někdo mohl udělat“. Téma, které je opředeno tajemstvím, zoufáním a velkým strádáním pro dítě i jeho nejbližší okolí.

Uvedené téma jsem si vybrala právě pro objasnění a pochopení syndromu CAN. Ve své práci se věnuji popisu a celkovému náhledu na syndrom CAN.

Stěžejní část mé práce se soustřeďuje na alternativy následné péče syndromu CAN. Především dětem, které byly sexuálně zneužity. Děti, jichž se tento problém dotýká, jsou vždy vystaveny velkému nebezpečí, citovým zmatkům a zásahům ze strany dospělého. Dospělého, který se o ně stará, je pro ně primární kotvou v jejich životě. Či má být. Moc pro dospělého je někdy fascinující záležitostí. Ovšem v daném případě se jedná o zneužití dítěte a svého postavení v jeho životě. A toto si zaslouží jednak vymezení se společností vůči abusorovi a nabídku adekvátní odborné pomoci dítěti.

Ve své práci se zaměřuji na vymezení základních pojmů mající vztah k syndromu CAN. Pokusila jsem se o provázanost mezi jednotlivými pojmy. Jsem si také vědoma, že odborná veřejnost by k mé práci mohla mít spoustu výhrad. Cílem této práce není objevovat nové. Rozhodla jsem se, že práci zaměřím především na popis syndromu CAN a reálné formy pomoci obětem. Dané téma mě zajímá osobně a díky této práci jsem si ujasnila své domněnky, předsudky a možnosti odborníků věnovat se dětem se syndromem CAN. Je totiž velmi jednoduché z laického pohledu sdělit: „měli to udělat tak“.

Studium odborné literatury mi umožnilo nahlédnout do reálného bytí dětí se syndromem CAN. V rámci své odborné praxe jsem prakticovala v Dětském krizovém centru v Praze, které bylo prvním zařízením analyzující syndrom CAN a kde také pracují s oběti. Tato praxe mi umožnila být na chvíli součástí tajemného světa dětí a dospělých. Pracovníci zařízení mi umožnili nejen teoretické zázemí, ale i praktickou možnost být součástí jednoho příběhu. A za tuto zkušenost děkuji.

Druhou část své práce – praktickou část, jsem zaměřila na popis nabídky alternativy práce s oběti a rodinou se syndromem CAN. K tomu jsem využila kazuistiky popisující formy syndromu CAN s navrženou alternativní následnou péčí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SPOLEČNOST

1.1 Postavení dítěte ve společnosti

Postavení dítěte ve společnosti se dnes, podobně jako v minulosti, odvozuje od vztahu mezi dítětem a dospělým.

V minulosti bylo násilí na dětech stejně tak časté a tolerované, jako zabít zvíře. Tyto činy byly tolerovány, jako přirozená součást života, v pozdějších dobách se začalo násilí na dětech zatajovat, aby vznikl dojem, že tento fenomén již neexistuje. Násilí na dětech existuje doposud, stále se setkáváme s případy týrání, zneužívání a zanedbávání dětí, jediné, co se změnilo, je přístup řešení a citlivost, s jakou je takové násilí na dětech rozlišováno (Dunovský a kol., 1995).

1.2 Postavení dítěte v minulosti

Od pravěku, až po celý středověk, se novorozenému dítěti přiznávala práva podobná těm, které má v dnešní společnosti nenarozený plod. V dobách hladu měl život dospělého přednost před životem dítěte a život staršího dítěte před mladším. Setkáváme se zde s termínem „Patria potestas“, který ve starém Římě znamenal, že otec si se svým potomkem může naložit podle své vůle – zabít ho, nebo prodat. Ke zvratu v názoru na postavení dítěte ve společnosti došlo až ve čtvrtém století po Kristu, kdy začalo být dítě chápáno jako lidská bytost a jeho zabití bylo označeno za vraždu. Jednalo se tak zřejmě v souvislosti s přijetím křesťanství jako státního náboženství, které bylo přežato i do právních předpisů – příkázání „nezabiješ“. Dítě bylo postaveno, i když zatím jen teoreticky, na úroveň dospělých (Dunovský a kol., 1995).

Proměny ke vztahu k dítěti znamenalo období novověku, kdy se v historických záznamech uvádí, že dítě žilo do věku svých 6 – 7 let v těsném kontaktu s matkou, ale po tomto časovém období s ním bylo nakládáno jako s dospělým. Dítě pomáhalo rodičům a došlo k přerušování silného citového kontaktu s matkou.

V 16. století dochází ke změně názoru společnosti na postavení dítěte, což se projevuje i v samotných rodinných vazbách. Dítěti je věnováno více pozornosti a to především v oblasti vzdělávání. Oblast výchovy detailně propracoval v 17. století Jan Ámos Komenský, ale povinná školní docházka byla zavedena až za doby vlády Marie Terezie, v polovině

18. století. Druhou polovinu 18. století lze označit, v postoji k dítěti, za období radikálních změn ve prospěch dítěte. Začíná se čím dál víc zdůrazňovat nenahraditelnost důležitého dětského období a láskyplného přístupu v rodině. Významný podíl na tomto vývoji mají myšlenky J. J. Rousseaua o dětech, jejichž rodiče umřeli ve válce (Dunovský a kol., 1995).

1.3 Současné postavení dítěte ve společnosti

Dvacáté století bylo nazváno „století dítěte“. Společnost si uvědomila, že dítě pro svou tělesnou a duševní nezralost potřebuje zvláštní záruky, péči a odpovídající právní ochranu jak před narozením, tak i po něm. Vedl k tomu fakt, že na ochranu dětí a mladistvých začaly být vydávány první zákony a dokumenty zabývající se ochranou a právy dítěte před týráním, zneužíváním a zanedbáváním.

Ve 20. století byly také přijaty tři základní závazné dokumenty týkající se práv dítěte (Vaníčková, Hadj-Mousová, Provazníková, 1995):

roku 1924 Ženevská deklarace práv dítěte

roku 1959 Konvence o právech dítěte

roku 1989 Úmluva o právech dítěte

První mezinárodní dokument, zabývající se právním postavením dítěte ve společnosti, byla právě Ženevská deklarace práv dítěte. Postavila se proti diskriminaci dětí, proti jejich zneužívání v období války, jejich vykořisťování a také otroctví. Závažné informace o vývoji dětí ve světě, vydané v tomto dokumentu, byly ve svém důsledku základem pro změny přístupu k trpícím dětem.

Základní práva dítěte jako první uzákonila Deklarace práv dítěte (1924) a také tzv. Charta práv dítěte (1959), pod jejímž vlivem byl u nás konstituován Zákon o rodině (č. 94/1963 Sb.), který definoval vztah rodičů a dětí jako práva a povinnosti. Proces liberalizace dětských práv byl zakotven v Úmluvě o právech dítěte (1989), kde je za dítě považována každá osoba mladší 18 let. Do konce roku 1993 byl tento dokument podepsán 147 členskými státy OSN. Tato organizace vypracovala program, skládající se z deseti bodů světového summitu o dětech, který byl vyhlášen v září 1990 v New Yorku. Tento program byl podepsán představiteli mnoha států, včetně podpisu Václava Havla, tehdejšího prezidenta ČSFR. Každá země, která dohodu ratifikovala, se tak zavázala, že bude podávat

pravidelné zprávy o situaci dětí ve své zemi a seznamovat mezinárodní společenství s plněním programu (Úmluva o právech dítěte – zákon č. 104/1991 Sb.).

Z předpisů našeho státu je třeba zmínit Listinu základních práv a svobod, Zákon o rodině, Zákon o sociálně-právní ochraně dětí, Trestní zákon i Trestní řád, Přestupkový zákon a předpisy o sociálním zabezpečení.

2 RODINA

Rodina je pokládána za přirozený a základní prvek společnosti. Rodina je tu odnepaměti a za celá staletí prošla mnohými změnami. Základ je však stále stejný, že primární rodinu tvoří dospělí a děti. Aby rodina mohla spokojeně žít, je třeba všeobecné sounáležitosti a vzájemný pocit bezpečí. V posledních letech je vývoj rodin u nás dramatický. Ve velké míře přibývají rodiny neúplné nebo pouze s jedním rodičem, dále rodiny, které jsou rozděleny v důsledku rozvodu nebo rozchodu, časté jsou doplněné rodiny novým sňatkem a přibývá dvojic homosexuálů s dětmi apod. (Vaníčková, Hadj-Mousová, Provazníková, 1995).

2.1 Definice pojmu

Z pohledu odborné veřejnosti můžeme rodinu vnímat různorodě. Ovšem co je pro autory definic o rodině společné, že se jedná o jedinečnou a zcela originální formu vztahů, soužití a prožitků, což prezentují ve svých tvrzeních i následující autoři. „Rodina je prvotním a základním výchovným prostředím, ale také základem sociálním. Jako sociální jednotka je individuální, jednoduchá, rodina nezastupitelná a nenahraditelná. Pokusy se skupinovými rodinami selhaly. I v naší současné společnosti si rodina udržuje klíčové postavení ve výchově nejrůznějších osobnostních rysů a vlastností. Je klíčem pro chápání a prožívání mezilidských vztahů, pro představu spravedlnosti, k rozpoznání dobra a zla, pro morálku a mravnost (Pondělíček, 1993, s. 158).“

„Rodina je základní kámen společnosti. Rodina je domov, jistota a především bezpečí. Dítě je lidský jedinec v období od narození do patnácti let, právně nezletilec (Hartl, Hartlová, 2000, s. 39).“

Jak uvádí Matoušek (2003, s. 9): „Rodina je prvním a dosti závazným modelem společnosti, s jakým se dítě setkává. Předurčuje jeho osobní vývoj, jeho vztahy k jiným skupinám lidí. Rodina dítě orientuje na určité hodnoty, vystavuje ho určitým konfliktům, poskytuje mu určitý typ podpory.“

Podle Možného (2002) dává rodina svým členům pocit jistoty a bezpečí a zároveň je chrání před vlivy okolí. Rodina je základ pro každé dítě, a pokud vztahy v rodině fungují tak, jak mají, odráží se to pozitivně na vývoji dítěte.

Rodina je také uskupení členů, kterým je dle Řezáče (In Černá, 2001) poskytováno:

- bezvýhradná akceptace jejich bytostní existence
- zajišťuje členům ochranné prostředí
- vzájemná podpora a pomoc
- zajišťuje základní životní potřeby

Ve Všeobecné encyklopedii Diderot (In Veselá, 2003) je nahlíženo na rodinu jako na sociální skupinu a instituci, která je základní ekonomickou jednotkou i článkem sociální struktury. Členy rodiny spojuje společná morální odpovědnost, soužití a vzájemná pomoc.

2.2 Funkce rodiny

Pod pojmem funkce rodiny rozumíme úroveň plnění společenských očekávání, požadavků a potřeb. Přirozeným způsobem plní v rodině každý její člen jistou roli a naplňuje tak potřeby svého dítěte. Chybí-li některý ze základních členů, dochází tak k ohrožení, neboť nelze vždy zastoupit roli, kterou měl tento člen v rodině plnit (Langmeier, Matějček, 1974).

Jako **základní funkce** při soužití partnerů můžeme označit:

1. *funkce biologicko – sexuální*, označována také jako reprodukční, která zabezpečuje základní biopsychické potřeby ženy a muže - zachování lidského rodu. Znamená to, že „chtěné“ dítě má daleko vyšší pravděpodobnost lepšího vývoje, než dítě, které se narodilo jako „nechtěné“.
2. *funkce ekonomická* – týká se materiálního zabezpečení rodiny. Do této funkce spadá životní standard rodiny, způsob života, její kulturní a společenská angažovanost a postavení ve společnosti.
3. *funkce výchovná – základní*, která zabezpečuje péči o dítě a hlavně jeho výchovu. Nenahraditelnou součástí této funkce je i vyživovací povinnost vůči dítěti a umožnění povinné školní docházky. Úroveň výchovného procesu je dána osobnostními a vychovatelskými schopnostmi každého z rodičů a pevnou vazbou mezi nimi.
4. *funkce emocionální – ochranná*, která spočívá v uspokojování základních lidských potřeb, nároků a vazeb, jako jsou ochrana, sociální opora, porozumění, láska apod..

Oproti tomu Matoušek, Koláčková, Kodymová (2005) popisují dvě základní funkce rodiny. Dle nich jde o zajištění citového zázemí všem členům rodiny. Druhou funkcí je příprava dětí pro jejich život ve společnosti. Čáp (1997) popisuje dva typy rodin. Velkou, mezigenerační rodinu, která je historicky starší a současnou malou rodinu. Velká rodina plní celou řadu funkcí:

- zajišťuje reprodukci, narození dítěte, následnou péči a výchovu
- je ekonomickou výrobní jednotkou
- členům rodiny zajišťuje ochranu a pomoc v každodenním životě
- dává členům rodiny pocit vzájemného porozumění, pomoci a lásky

Z výše uvedeného je zřejmé, že význam rodiny má rozhodující vliv na budoucí rozvoj dítěte. V případě, že v rodině je jedna z výše uvedených funkcí opomíjena, může to mít negativní vliv na zdravý vývoj dítěte. Domnívám se, že v daném případě lze využít pravidlo podmiňování, tzn., že pokud má dítě vyrůstat v prostředí, které ho bude milovat, pomáhat mu, chránit ho, dohlížet na rozvinutí jeho schopností a dovedností, umožnit mu vyrůstat v poklidné atmosféře rodinného klidu, pak je třeba zastoupení všech výše uvedených funkcí, protože každá z nich je v životě rodiny nezastupitelná.

2.3 Rodinný systém

Jak uvádí Matějček (1992), součástí rodinného systému jsou lidé ve vzájemných vztazích a interakcích. Systém se většinou skládá ze svých subsystémů, mezi které patří příslušnost k určité generaci, hierarchické postavení moci, pohlaví nebo třeba i povahové vlastnosti členů rodiny. Přirozeným subsystémem může být otec se synem, matka s dcerou nebo matka s handicapovaným dítětem. Podle Minuchina (In Matoušek, 2003) jsou tyto rodinné subsystémy od sebe odlišeny hranicemi s optimální nízkou nebo vysokou propustností. Dále Matějček (1992, s. 34) uvádí: „Rodina může zůstat touž rodinou, jestliže se přestěhuje, ale nemůže být touž rodinou, jestliže se něco stane dítěti, jestliže se matka stane závislou na alkoholu, jestliže zemře babička, jestliže otec naváže jiný citový vztah a rodinu zanedbává.“ Rodinný systém má své charakteristiky. Kantor a Lehr (In Sobotková, 2001) uvádí čtyři teze těchto charakteristik:

- Rodinné systémy jsou organizačně složité vztahy, mezi složkami systému se vzájemně ovlivňují.
- Rodinné systémy jsou otevřené, přičemž otevřenost závisí na životaschopnosti systémů.
- Rodinné systémy jsou adaptabilní, vyvíjí se a mění na základě citlivých reakcí na vnitřní a vnější podněty.
- Rodinné systémy jsou systémy průběžné informační výměny.

V každém rodinném systému dochází k nejrůznějším změnám. Podle již zmíněného Matějčka (1992), jsou to změny kontinuální, pozvolné, které jsou dány vývojem, dospíváním dětí, stárnutím jednotlivých členů rodiny i systému jako celku. Druhý typ změny je tzv. diskontinuální, který je založen na událostech v rodině, jako jsou narození dítěte, rozvod rodičů nebo nový sňatek jednoho z nich. Rodinnému systému se budu více věnovat v kapitole Rodinná terapie.

3 CAN – SYNDROM TÝRANÉHO, ZNEUŽÍVANÉHO A ZANEDBÁVANÉHO DÍTĚTE

Týrání, zneužívání a zanedbávání dětí je v současnosti obecně souhrnně označováno anglosaskou zkratkou CAN (Child Abuse and Neglect).

„Za týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte považujeme jakékoli nenáhodné, preventivní, vědomé (případně i nevědomé) jednání rodiče, vychovatele nebo jiné osoby vůči dítěti, jež je v dané společnosti nepřijatelné nebo odmítavé a jež poškozuje tělesný, duševní i společenský stav dítěte, popřípadě způsobuje jeho smrt (Dunovský a kol., 1995, s. 24).“

Príznaky CAN vznikají následkem aktivního ubližování nebo nedostatečné péče. Pojem CAN se vztahuje na všechny základní formy ohrožení dítěte prostředím (týrání tělesné i psychické, zanedbávání, zneužívání) – tyto formy jsou velmi rozmanité a velmi často se navzájem kombinují. V praxi bývá někdy užíván termín „syndrom CAN“ nebo „syndrom týraného dítěte“, který je ovšem pojmem užším, vztahujícím se pouze na postižené dítě samotné, ale tento termín je z medicínského hlediska názvem značně nepřesným a svým způsobem i zavádějícím, protože formy i projevy ohrožení dítěte jeho prostředím jsou velmi rozmanité a nelze přesně definovat ani popsat žádný ucelený soubor příznaků typických pro takto postižené děti, jak je to jinak obvyklé při popisu různých lékařských syndromů (Kolektiv autorů, 2007, s. 9).

Významným podnětem pro změnu postoje okolí k negativnímu zacházení s dětmi se stala v druhé polovině minulého století zejména práce amerického pediatra C. H. Kempeho a jeho spolupracovníků, vydaná v roce 1962 pod titulem „The battered child syndrome“ (syndrom bitého dítěte). Článek měl za cíl vyburcovat odbornou lékařskou veřejnost z určité lhostejnosti vůči těmto závažným negativním sociálním jevům. Teprve od této průkopnické práce začala být ve světě, a postupně i u nás, tomuto jevu věnována dostatečná pozornost. Pod tlakem zjišťovaných faktů o závažnosti a častém výskytu špatného zacházení s dětmi byla v roce 1977 založena mezinárodní společnost ISPCAN (The International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect), která v témže roce iniciovala vydání časopisu Child Abuse and Neglect (Kolektiv autorů, 2007, s. 9 - 10).

Jak uvádí Lagmeier a Matějček (In Kolektiv autorů, 2007), v posledních letech se tedy mnoho pozornosti soustřeďuje na děti tělesně týrané a sexuálně zneužívané, přesto však stále mnoho případů zůstává nepodchycených a ještě je stále mnoho dětí, které by potřebo-

valy naši pomoc, která zatím pro ně nepřichází. Méně výrazné, či špatně viditelné formy ohrožení dětí, mezi které patří především psychické týrání, však stále často unikají pozornosti lékařů i blízkému okolí postiženého dítěte. U nás je v tomto ohledu průkopnickou prací především publikace *Psychická deprivace v dětství*, která vznikla v 60. letech minulého století. Svým způsobem předběhla dobu, protože v zahraniční literatuře je větší pozornost věnována jemnějším formám špatného zacházení s dětmi (včetně emočního týrání, citové deprivace či psychického zanedbávání) spíše až od konce minulého století.

3.1 Formy syndromu CAN

Hlavní faktory, které ohrožují psychický vývoj člověka, nejzávažněji v jeho nejranější (prenatální, perinatální a časně postnatální) fázi, můžeme rozdělit na dvě, vzájemně se často překrývající, skupiny.

Podle Knoblochové a Pasamanicka (In Kolektiv autorů, 2007), se první skupina setkává s riziky organického poškození, která mohou vyplývat z různých škodlivých faktorů, a to genetických, infekčních, toxických, perinatální hypoxie, mechanického poškození, úrazů aj. působících na plod a novorozence. Jejich následky mohou zabírat škálu od nejmírnějších, až po velmi těžké defekty neurologické a psychopatologické.

Podle Sameroffa (In Kolektiv autorů, 2007) podobná škála lehkého, středního až velmi těžkého ohrožení může však vyplývat i z nepříznivých podmínek výchovného prostředí, což je druhá skupina rizik. V případech dětí v útlém věku týraných nebo těžce zanedbávaných, se obě skupiny rizik však velmi často kombinují a tím dochází k vážným poškozením centrálního nervového systému v důsledku okolím zaviněných úrazů hlavy. K narušení biologického vývoje mozku vlivem těžké podvýživy atd.. Na druhou stranu péče o dítě s biologicky podmíněnými vývojovými poruchami je náročná a mnohdy stresující a může vést k přetížení pečovatелů. Ti pak někdy vůči němu snáze zaujmou hostilní nebo zanedbávající postoj. Pozdější nepříznivé vlivy, zejména v dospělosti, nebývají vždy tak nápadné, ale na psychický vývoj mohou působit také závažně a zanechat i trvalé následky, jak uvádí např. Krejčířová (Kolektiv autorů, 2007).

3.1.1 Tělesné týrání dítěte aktivní povahy

„Udělalš mi ze života peklo na zemi!“ zasyčela nenávistně. „Je nejvyšší čas, abych ti předvedla, jak takové peklo vypadá!“ A podržela mi ruku ve žlutomodrém plameni. Myslel

jsem, že mi samým žářem pukne kůže. Ve vzduchu byl cítit pach seškvařených chlupů z popálené ruky. Ať jsem se vzpínal sebevíc, nedokázal jsem se ze sevření vykroutit. Konečně jsem padl na podlahu na všechny čtyři a foukáním se snažil spáleninu ochladit. „Máš velkou smůlu, že tu není ten opilec, tvůj otec, aby tě zachránil.“ sykla matka. Pak mi nařídila, abych vylezl na sporák a lehl si do plamenů, prý chce vidět, jak hořím. Zavrtěl jsem hlavou, brečel jsem a prosil. Měl jsem takový strach, že jsem ze vzdoru zadupal. Ale matka opakovala, že mám vylézt nahoru. Hleděl jsem do plamenů a modlil se, aby došel plyn (Pelzer, 1999, s. 32).“

Tělesné týrání dítěte aktivní povahy je podle zdravotní komise Rady Evropy definováno (1992) jako tělesné ublížení dítěti nebo vědomé odmítnutí zabránit takovému ublížení. Tělesné týrání dětí a jejich zneužívání aktivní povahy zahrnuje všechny akty násilí na dítěti. Patří sem záměrné opomenutí v péči o dítě, které vyústí v jeho poranění nebo i smrt. Tělesné týrání dělíme na týrání s následným poraněním, které vzniklo v důsledku bití, popálení, opaření, trestání a také selháním ochrany dítěte před násilím.

Druhou skupinou jsou tělesně týrané děti, jež nemají bezprostřední známky tělesného poranění. Jsou však zasaženy mnohým utrpením způsobeným dušením, otrávením či jiným obdobným násilím. Dále do této skupiny patří děti, které jsou záměrně vystavovány opakovaným lékařským vyšetřováním (Münchhausenův syndrom v zastoupení) a také velká oblast sexuálního zneužívání za užití násilí (Dunovský a kol., 1995).

Formy:

- Nepřiměřené bití rukou (pohlavky, facky) či různými nástroji (vařečka, hole, gumové hadice, řemeny či řetězy) – tyto formy násilí zanechávají na dítěti hematomy, tržné rány, zlomeniny
- Kopání do dítěte, údery pěstí – následkem je poranění jeho vnitřních orgánů
- Popáleniny (např. cigaretou, posazení dítěte na horkou plotnu) či opaření horkou vodou
- Bodné rány (často nůžkami)
- Vytrhávání vlasů, nepřiměřené tahání za ušní boltce způsobuje trhliny
- Odmrštění, odhození dítěte či bušení s dítětem o stěnu – dochází k různě dlouhému bezvědomí, nitrolebečnímu krvácení či ke smrti

- Škrčení, dušení
- Topení či otrávení dítěte
- Svazování, připoutání
- Poranění svalů, šlach, cév, nervů, kloubů

(Bechyňová, Bubleová, 2007; Hanušová, 2006).

3.1.2 Tělesné týrání pasivní povahy

O tělesném týrání pasivního charakteru mluvíme tehdy, dochází-li k nedostatečnému uspokojování alespoň těch nejzákladnějších tělesných potřeb dítěte, jak v návaznosti na psychické, tak i jeho sociální potřeby. Mluvíme o úmyslném, ale i neúmyslném nepečování o dítě z důvodů psychických poruch či nezralosti rodičů. „Dále jde o opomenutí v péči o dítě či nepochopení rodičovské role, ať již z důvodu nezralosti, otupělosti, hledání jiných životních hodnot než spojených s dětmi. Výsledkem těchto skutečností je neprospívání dítěte, jeho větší nebo menší zanedbanost, nedostatečné rozvinutí jeho sil a schopností ve všech oblastech života i vztahu k blízkému a i vzdálenému okolí. K nejzávažnějším důsledkům patří zpustnutí dítěte, v krajním případě až smrt (Dunovský a kol., 1995, s. 59).“

Formy:

- *Porucha v prospívání dítěte neorganického původu.*

Tato porucha se zvláště vyskytuje ve zchudlých a společensky málo přizpůsobivých rodinách. Společným rysem tohoto druhu týrání, je nedostatečná výživa jak po stránce kvalitativní, tak kvantitativní a výsledkem je těžká dystrofie či atrofie (Dunovský a kol., 1995).

- *Nedostatek zdravotní péče.*

„Vědomé odmítání zdravotní péče, zvláště jedná-li se o péči léčebnou, je u nás spíše výjimkou. Méně vzácně se objevuje odpírání preventivní péče, včetně očkování (Dunovský a kol., 1995, s. 61-62).“

„Nevědomé odmítání zdravotní péče v kritických situacích je záležitostí spíše nepochopení a neporozumění vážnosti stavu dítěte či ohrožení jeho života (Dunovský a kol., 1995, s. 62).“ Jsou zde i situace, kdy rodiče či vychovatelé způsobili dítěti nějakou újmu na zdraví, bojí se právních následků svého činu, a proto nenavštíví lékaře k jeho ošetření. Součástí

této formy týrání je i nedostatek hygienické péče, nedostatek ochrany, něhy a lásky, která je pro dítě v časném období po narození, rozhodující (Dunovský a kol., 1995).

- *Nedostatky ve vzdělání a výchově.*

Každé dítě má právo na vzdělání. V rozvojových zemích se setkáváme s negramotností dětí, kterým není umožněno právo na základní vzdělání. V těchto zemích jsou zároveň velmi špatné hygienické i životní podmínky, které se odrážejí v samotné výchově dětí.

- *Nedostatek přístřeší, ošacení a ochrany.*

„Nezabezpečení domova, vhodných životních podmínek a nedostatečná pozornost k nepříznivým vlivům ohrožující zdraví a život dítěte, patří k závažným jevům nejen minulosti, ale i současnosti (Dunovský a kol., 1995, s. 63).“ Mluvíme převážně o dětech bez domova, které ho ztratily buď z objektivních důvodů (přírodní katastrofa, válka, emigrace, úmrtí) nebo z důvodů subjektivních (útěk či izolace). Největší skupinu tvoří děti, které bezprostředně trpí chudobou svých rodičů, ať jsou jejich důvody jakékoliv.

- *Děti vykořisťované.*

„Je to především staronový problém dětské námezdní práce, jejíž zákaz do 16 let věku dítěte u nás již platí mnoho desetiletí (Dunovský a kol., 1995, s. 63).“ Nově se objevilo žebrání dětí, hlavně uprchlíků a přistěhovalců, kteří přecházejí naší zemí do států západní Evropy.

Jak uvádí Špeciánová (2003), týrané dítě je takové, kterému se vědomě ubližuje nebo se tomuto ublížení dotyčná osoba nesnaží zabránit a prohlubuje tímto jeho utrpení. Matoušek (2003, s. 111) říká: „Týrané děti jsou ustrašenější či agresivnější, než jejich vrstevníci, ale stále s nimi mohou držet krok ve vývoji rozumových schopností.“ Týrání bývá spojeno s dalšími nepříznivými faktory. Dle Krejčířové (Říčan, Krejčířová a kol., 2006) se jedná o psychickou deprivaci, emoční týrání a zanedbávání. Nejčastěji se vyskytuje v těch rodinách, které žijí v dlouhodobě stresovém prostředí. Tímto chováním dochází k poškození kognitivního, emočního i tělesného vývoje dítěte. Týrané děti často vykazují odlišné změny v chování. Jedna skupina dětí se chová spíše pasivně, nedokáží se z ničeho radovat, jejich emoční vyjadřování je velmi slabé. Druhý typ dětí se naopak vyznačuje agresivitou ve specifických situacích, častá je také „zduhla ostražitost“, kdy se dítě úzkostně soustředí na okolí. Lovaš (In Výrost, Slaměník, 2001) uvádí, že týrání dětí se prakticky objevuje a vyskytuje ve všech vrstvách společnosti. Následky týrání mohou mít dlouhodobý charak-

ter a v budoucnu se mohou vyskytovat jak u dětí, které byly rodiči týrány, tak i u těch, které samy nebyly terčem útoku.

Hranice mezi tělesným trestem a tělesným týráním je velmi tenká. Všichni máme své zkušenosti z trestů, od vlastních rodičů za způsobené prohřešky. Věříme, že jsme je vnímali tak, jako většina naší společnosti, že takový tělesný trest je přijatelný. V případě, že by díky takovému trestu došlo ke zranění, už bychom takový trest měli považovat ovšem za týrání. Pokud dítě vyrůstá v prostředí, kde je fyzicky trestáno, je mu takové jednání vštěpováno jako pravidlo správné, tedy jako odplata za to, co udělalo špatně. V tomto případě je velký předpoklad, že stejný model výchovy bude toto dítě praktikovat i ve svém dospělém věku vůči svým dětem (Langmeier, Matějček, 1974).

3.1.3 Psychické týrání

Týrání se může obejít i bez fyzického násilí, týrání nazýváme psychické. Zejména emoční, které se projevuje nadměrnou a často hrubou kritikou, ponižováním, posměchem apod.. V tomto směru existuje celá řada forem týrání. Mezi základních **5 forem** patří:

- a) *pohrdání*, které se projevuje ponižováním, posměchem, hrubými nadávkami, zavrhováním, zdůrazňováním neschopnosti nebo morální zkaženosti
- b) *terorizování* je hrozba tělesného ublížení nebo zabití a také přihlížení rodinnému násilí
- c) *izolování* je bránění interakci s vrstevníky nebo dospělými, zavírání na záchodě, do skříňe, ve sklepě nebo v jiné, velmi často tmavé, místnosti, zejména na delší dobu
- d) *korumpování* je povzbuzování k antisociálnímu chování, k užívání drog či alkoholu
- e) *odpírání emoční opory* znamená nedostupnost, ignorování dítěte a jeho pokusů o interakci (Kolektiv autorů, 2007).

Jedna z definic popisující citové týrání zní: „Citové týrání zahrnuje chování, které má vážný negativní vliv na citový vývoj dítěte a vývoj jeho chování. Citové týrání může mít formu verbálních útoků na sebevědomí dítěte, opakovaného ponižování dítěte či jeho zavrhování. Vystavování dítěte násilí nebo vážným konfliktům doma, násilná izolace, omezování dítěte, vyvolávání situace, kdy má skoro stále pocit strachu, což může též způsobit citové ublížení (Pöthe, 1999, s. 45).“

Emoční týrání je velmi obtížně zachytitelné a jeho hranice jsou neostré. Následky jsou v odborných studiích sledovány spíše při studiu neurotizujících faktorů v prostředí dítěte, je však zřejmé, že mohou být stejně závažné, nebo v konečném důsledku i závažnější, než následky „jen“ fyzického týrání. U takto postižených dětí bývá poškozeno především sebepojetí a osobnostní vývoj dítěte a častým důsledkem jsou přetrvávající pocity deprese, úzkosti a disociativní prožitky. Výrazně je zvýšeno i riziko budoucího suicidiálního jednání oproti běžné populaci (Dušková a kol., 2004).

Zvláštním druhem týrání je i poškozování dítěte různými zákroky či opatřeními tzv. systémové týrání. Poškozování je dítěti způsobeno systémem, který byl určen původně k jeho prospěchu. Do této skupiny patří například nevhodné vedení výslechu na policii, zbytečné, opakované a často traumatizující lékařské vyšetření. V neposlední řadě také odebrání dítěte z rodiny a umístění v ústavu v případech, kdy to nebylo nezbytně nutné. To vše může vést k druhotnému ublížení - sekundární viktimizaci (Gjuričová, Kocourková, Koutek, 2000).

3.1.4 Zanedbávání

Dalším, neméně závažným druhem týrání dítěte, je zanedbávání a zanedbanost dítěte. Zdravotní komise Rady Evropy definuje zanedbávání jako: „jakýkoliv nedostatek péče, který způsobuje vážnou újmu ve vývoji dítěte anebo ohrožuje dítě. Tělesné zanedbávání je pojímáno jako neuspokojování tělesných potřeb dítěte. To zahrnuje neposkytování přiměřené výživy, oblečení, přístřeší, zdravotní péče a ochrany před zlem. Citové zanedbávání je neuspokojování citových potřeb dítěte, a to pokud se týká náklonnosti i pocitu dítěte, že někam patří (Pöthe, 1999, s. 50).“

Zanedbávání je tedy definováno jako vážné opomíjení rodičovské péče nezbytné pro tělesný a duševní vývoj dítěte. Zanedbávání bývá děleno na tělesné, zdravotní, výukové či kulturní a emoční (tzn. psychická deprivace).

Kolektiv autorů (2007, s. 24) definuje zanedbávání jako: „vážné opomíjení rodičovské péče nezbytné pro tělesný a duševní vývoj dítěte. Bývá dále děleno na zanedbávání tělesné, zdravotní, výukové či kulturní a emoční.“

U starších dětí je to převážně nedodržování či nepřiměřená školní docházka a celkový nezáměr o školní prospěch dítěte. Další skupinou je psychická deprivace, což je dlouhodobé nedostatečné uspokojování základních psychických potřeb, mezi které patří potřeba podnětové proměnlivosti, potřeba kognitivního řádu a emoční vazby a potřeba autonomie. Malá

(Hort, Hrdlička, Kocourková a kol., 2000, s. 385) uvádí, že: „Zanedbávané dítě je tak vystaveno pasivní formě citového, psychického a fyzického týrání. Jde o otázky hygieny, výživy, adekvátního kontaktu, porozumění a stimulace, o nedostatečný dohled a vystavování nebezpečným nebo stresovým situacím.“

Podle Hanušové (2006) tělesné zanedbávání zahrnuje nedostatek přiměřené výživy, ať již kvantitativně či kvalitativně, oblečení, nezbytného přístřeší, ochrany a hygieny, ale spadá sem i nedostatečný dohled či léčba, nebo vystavování dítěte stresovým situacím nebo nebezpečí doma i mimo domov.

Zanedbání výchovy a vzdělání je pojato jako neposkytnutí dítěti možnost, aby dosáhlo naplnění svého plného vzdělanostního potenciálu a to např. neustálou absencí ve škole, nezájem o školní prospěch dítěte, nedostatečný dozor nad tím, kde a s kým dítě pobývá, jak tráví volný čas nebo dětskou prací v domácnosti i mimo ni.

4 SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ

„Já tenkrát četla pohádky o Myšáku Mickeym. Malovala jsem princezny ve zlatých šatech a přemýšlela o tom, jestli jednou budu hezká. Prsa mi teprve začínala růst. Byla jsem tak pyšná, když o mně říkali, že už jsem malá žena. Nevěděla jsem, co to znamená být malá žena, miniatura ženy, panenka, kterou si její táta klidně položí na pračku a znásilní (Schweighofferová, 1994, s. 27).“

Tuto kapitolu jsem vybrala jako stěžejní téma své práce. Důvodem výběru není opomíjení následků týraného dítěte a jeho dalších forem. Sexuální zneužití dítěte považuji osobně za jeden z jeho nejděsivějších snů. Následky této formy zneužití mohou být pro oběť fatální.

Sexuální zneužívání dětí je i ve vyspělých zemích poměrně časté a může mít pro pozdější psychický vývoj dítěte vážné a trvalé následky. Dlouho byl tento jev spíše bagatelizován a intenzivní pozornost je mu věnována teprve od 70. let minulého století. Vše závisí na kultuře společnosti, jelikož v některých společenstvích jsou sexuální aktivity s dětmi tolerovány a případně i dosud podporovány.

Sexuální zneužívání je, stejně jako psychické týrání, velmi obtížné prokázat. Jde o jev skrytý, zejména probíhá-li v rodině. Tento jev se vyskytoval a vyskytuje ve všech lidských kulturách a záleží na dané společnosti, co si pod daným pojmem představuje. Poslední, pravděpodobně nejobsažnější vysvětlení pojmu, vypracovala Zdravotní komise Rady Evropy v roce 1992. Podle její definice je pohlavní zneužití dítěte: „nepatřičné vystavení dítěte pohlavnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoli pohlavní dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoli, komu bylo dítě svěřeno do péče, anebo kýmkoli, kdo dítě zneužívá. Takovou osobou může být rodič, příbuzný, přítel, odborný či dobrovolný pracovník či cizí osoba (Pöthe, 1999, s. 35).“

Zjednodušeně se dá říci, že se jedná o chování, při kterém se dospělý člověk sexuálně uspokojuje dítětem nebo dítě zneužívá k prostituci či pornografii.

Pohlavní zneužívání se dělí na bezdotykové a dotykové (kontaktní). Bezdotykové zneužívání zahrnuje setkání s exhibicionisty a účast na sexuálních aktivitách, kde nedochází k žádnému tělesnému kontaktu, např. vystavení dítěte pornografickým videozáznamům, slovní obtěžování, či masturbace před dítětem. Kontaktní zneužívání zahrnuje chování, kdy k pohlavnímu kontaktu dochází, včetně laskání prsou a pohlavních orgánů dítěte, pohlavnímu styku, nebo k orálnímu či análnímu pohlavnímu styku (Dunovský a kol., 1995).

Sexuální zneužívání doprovází i silná psychická deprivace dítěte, která je způsobena nejen samotným činem sexuálního zneužívání, ale i při případnému prošetřování ohlášených případů, kdy je samotnému prohlášení dítěte přisuzována nízká důvěryhodnost.

Mezi nejzákladnější znaky sexuálního zneužívání je podle Elliotové (In Pešová, Šamalík, 2006) ztráta pocitu jistoty a bezpečí, křičení a pláč při svlékání spodního prádla, častější záněty v anální a genitální oblasti, provází je děsivé sny. U mladších dětí je nápadné chování při hře s panenkami, mají tendenci napodobovat sexuální chování. U starších dětí se vyskytují deprese, které mohou vést až k sebevražedným sklonům. Některé starší dívky také projevují sexuálně vyzývavé chování.

Hort, Hrdlička, Kocourková a kol. (2000) popisují ve své knize, že u sexuálního zneužívání jsou typické tři podmínky vzniku sexuálního zneužívání. Aktér bývá starší a zralejší než dítě, většinou je v pozici autority a sexuální aktivity vymáhá silou nebo podvodem.

Zákonem stanovená věková hranice pro beztrestný souhlasný pohlavní styk je v České republice 15 let. Je-li ovšem dítě někomu svěřeno do péče či dozoru, platí věková hranice 18 ti let. Zodpovědnost za zneužití nese vždy dospělý a jeho vinu nesnižuje ani fakt, zda se dítě podvolilo „dobrovolně“, či zda dokonce podněcovalo situaci zneužití. Sexuální aktivity jsou bez ohledu na věk zakázané u osob příbuzných v přímé linii (takové zneužití označujeme termínem „incest“) (Trestní zákon č. 140/1961 Sb.).

4.1 Formy sexuálního zneužívání

- 1) *Bezdotyková forma* - pozorování nahého dítěte, exhibice před dítětem, pornoprodukce
- 2) *Kontaktní nepenetrační* - požadavek masturbace, osahávání, líbání
- 3) *Kontaktní penetrační* - *koitus*, orální a anální styk. Termín penetrační označuje takové techniky, při kterých dochází pronikání penisu, jazyka, předmětů či prstů do vagíny, konečníku či úst (Dušková a kol., 2004).
- 4) *Harassment* - vymezuje se jako zneklidňování, znepokojování. Zahrnuje slovní výpady, tisknutí dítěte k sobě, poplácávání po zadku. Toto chování dospělého má sexuální podtext i přesto, že dospělý tento motiv popírá.

- 5) *Obtěžování* - jde o sexuální útok, kdy je dítě dospělým líbáno, obtěžováno, osaháváno na erotogenních zónách (prsa, genitálie, hýždě)
- 6) *Znásilnění* - vynucené vniknutí do vagíny, konečníku či úst dítěte penisem (Dunovský a kol., 1995, s. 74 – 77)
- 7) *Incest* - jde o kontaktní sexuální aktivitu mezi dvěma osobami, kterým není zákonem umožněn sňatek. Podle Dunovského (1995) se jedná o sexuální styk mezi:
 - a) dítětem a pokrevním rodičem
 - b) dítětem a příbuzným, včetně nevlastního rodiče
 - c) mezi sourozenci
- 8) *Sexuální útok* - Dospělý za užití síly a často při obraně oběti se dotýká erotogenních zón dětského těla, mazlí se s ním a poškozují ho tím, že do něj vniká (předměty, penisem, jazykem). Může se pokusit o styk mezi stehna nebo vyžaduje masturbaci penisu rukou.
- 9) *Sexuální turistika, skupinové zneužívání* - jedná se o dětskou prostituci a pornografii. Cizinci k nám přijíždějí s cílem, že se nechají sexuálně uspokojit dítětem
(Dunovský a kol., 1995).

4.2 Znaky a projevy sexuálně zneužitých dětí

„Prožité psychické trauma má krátkodobé, ale i dlouhodobé následky. Mezi nejnápadnější krátkodobé příznaky patří strach, úzkost, pocity viny a hanby, deprese a nízká sebeúcta (Dunovský a kol., 1995, s. 80).“

Znaky zneužívaného dítěte:

Děti do 5 let:

- V přítomnosti konkrétní osoby (zneuživatele) projevují mimořádně silný strach (ve více než 90 % je to známý člověk nebo příbuzný, v téměř 50 % vlastní rodič).
- Hystericky křičí při přebalování, při svlékání spodního prádla.
- Bolesti nebo záněty v oblasti krční, anální nebo genitální.

- Nepřítomný pohled, nešťastný výraz, smutná nálada, rozpačitost, agresivita, uzavřenost.
- Při hře s panenkami nebo jinými dětmi příliš zasvěceně napodobují sexuální chování.
- Kreslení pohlavních orgánů, např. i penis v erekci.
- Ztráta zájmu o zábavné aktivity, pohádky, hru s jinými dětmi.
- Dítě o sobě říká, že je zlé, nehodné a na nic.

Děti od 5 do 12 let

- Hovoří o problému svého kamaráda.
- Naznačují, že mají určité tajemství, které však nemohou nikomu prozradit.
- Ptají se, zda bychom opravdu nikomu neprozradili, kdyby se nám svěřili.
- Začínají lhát, krást, nadávat s cílem upoutat na sebe pozornost.
- Mají u sebe nevysvětlitelné obnosy peněz anebo dárečky.
- Najednou se chovají nevysvětlitelně.
- Mají o sobě špatné mínění, mají sklony k sebepoškozování.
- Mluví nebo píšou o sexuálních otázkách.

Děti starší než 13 let (platí i pro všechny předešlé)

- Chronická deprese, sklony k sebevraždě.
- Drogy, nadměrné množství alkoholu.
- Trpí ztrátou paměti.
- Předstírají, že mají zakázáno chodit ven.
- Chronicky trpí noční můrou, bojí se tmy.
- Nejsou schopné soustředit se – jako by byly někde mimo, ve vlastním světě snů.
- Náhlé změny pracovních či studijních návyků.
- Izolují se od ostatních dětí, mají velmi mnoho zbytečných obav.

- Pocity viny – nejen za to, že jsou špatné, ale i proto, že při zneužití pocítují rozkoš (Pešová, Šamalík, 2006, s. 122).

4.3 Psychické důsledky sexuálního zneužívání

Sexuální zneužívání způsobuje duševní, sociální a tělesnou zátěž, která vede k poškození dítěte (Vágnerová, 2004).

„Oslabení základní důvěry v dobro člověka, narušení interpersonálních vztahů, neschopnost v dospělém věku navázat adekvátní a trvalý partnerský vztah, promiskuita, závislosti, úzkost, deprese, snížené sebevědomí, intenzivní pocity viny, syndrom oběti, posttraumatická stresová porucha a dissociativní porucha představuje jen část závažných následků sexuálního zneužívání (Dušková a kol., 2004, s. 55).“

Faktory dle Duškové a kol. (2004), které ovlivňují intenzitu následků:

1. a) *Primární faktory*

- Forma zneužití, míra brutality.
- Frekvence a délka zneužívání.
- Kvalita vztahu k zneuživateli.
- Věk zahájení sexuálního zneužívání.
- Individuální reaktivita dítěte, odolnost vůči zátěži, stresu.

b) *Sekundární faktory*

- Podpora blízkých lidí, kvalita rodinného zázemí.
- Citlivost zacházení s dítětem po odhalení: Policie ČR, soudy, OPD, psychologové.
- Včasné zahájení terapeutické péče.
- Jak se s traumatizující událostí vyrovnají nejbližší osoby dítěte, jak ony samy zareagují na odtažení.

2. *Změny v hodnocení světa i sebe samého*

- Zkušenost zrady – zneužívané dítě ztrácí pocit jistoty, bezpečí, důvěru k lidem kolem sebe a hlavně členům rodiny. Zneužívané děti už nikomu nevěří a nevěří ani v bezpečný svět. Dítě reaguje impulzivněji, pokud mu v rodině nikdo nevěřil a ne-

poskytl mu nikdo z blízkých ochranu. Zrada, kterou vnímá velmi subjektivně, ze strany jeho nejbližších, se promítá do jeho postoje k celému okolnímu světu. Od nikoho už nečeká nic dobrého a stává se velmi nedůvěřivým.

- Propad sebehodnocení, nízká sebeúcta a pocit bezmoci. Na základě ponižující zkušenosti mívají zneužívané děti pocity méněcennosti, jsou přesvědčené, že všechno, co dělají, dělají špatně, a že jejich situace se nedá řešit. Přestávají věřit, že mají možnost aktivně ovlivňovat svůj vlastní život. Ztrácejí pocit vlastní hodnoty a odmítají sebe jako nepřijatelnou bytost (Vágnerová, 2004).

3. *Změny v chování*

U sexuálně zneužívaných dětí se objevuje chování převážně pasivní, extrémní, dráždivé, se sklonem k afektivnímu reagování. „Straní se společnosti, nemají kamarády. Důvodem bývá zvýšená nedůvěra, ale i zahlcení problému, které ostatní neznají, a proto je nemohou chápat a sdílet. Chování k dospělým může být nestandardní a nápadné – vyjadřují nadměrnou potřebu obrany, nebo jsou naopak negativistické a provokující. Mohou se objevit poruchy chování, agresivního a hostilního charakteru (Vágnerová, 2004, s. 625).“

4. *Somatické potíže*

U zneužívaných dětí se dle Vágnerové a Hanušové mohou objevovat tyto potíže:

- bolest, svědění, odřeniny nebo krvácení v oblasti genitálií nebo konečníku,
- výskyt jakékoliv pohlavně přenosné choroby,
- opakující se výtoky z genitálií nebo infekce močových cest bez zjevné příčiny,
- psychosomatické potíže (bolesti žaludku, hlavy),
- obtíže při chůzi nebo sezení pro bolest v oblasti anální či genitální,
- poruchy spánku (noční děsy),
- poruchy jídla, zvracení, odmítání jídla i přejídání (Vágnerová, 2004, s. 626; Hanušová, 2007, Modul druhý).

5. *Vztah k sexualitě*

Jakákoliv zkušenost se sexuálním násilím negativně ovlivní vztah k sexualitě. Tato reakce se nazývá „traumatická sexualizace“.

- V chování dítěte je předčasně zdůrazněna sexualita.
- U dítěte se objevuje nápadná vyzývavost, masivní masturbace, sexuálně zaměřené aktivity (hry), urychlený počátek sexuálního života. „Některé děti využívají sexu jako prostředku k manipulaci s lidmi, k získávání různých výhod, ztratily zábrany.“
- „Dítě se jakéhokoli projevu sexuality nápadně bojí, dochází k jejímu potlačení, někdy i dlouhodobému. Zneužívaný jedinec může mít problémy se svou sexuální identitou a s budoucí rolí dospělého (Vágnerová, 2004, s. 626 – 627).“ (Hanušová, 2007, Modul druhý).

4.3.1 Jak ochránit děti před sexuálním zneužíváním

V případě tak závažného činu, jako je sexuální zneužívání, je nezbytné věnovat velkou pozornost primární prevenci. Světová zdravotní organizace definuje primární prevenci následovně: „počínat si tak, aby k určitému neblahému společenskému jevu nedocházelo – tedy předejít jeho vzniku, potlačit jej v zárodku, nedat mu příležitost, nedat mu půdu, v níž by mohl zapustit kořeny (Dunovský a kol., 1995, s. 103).“

Abychom se pokusili dítě alespoň preventivně uchránit sexuálnímu zneužívání, je dobré se snažit:

- Dávat dítěti potřebné informace o jeho těle a sexuálním chování. Děti musí vědět, že jejich tělo patří jen jim, zvláště pak intimní části a nikdo nemá právo se jich dotýkat takovým způsobem, aby dítě uvádělo do rozpaků nebo to v dítěti vzbuzovalo odpor.
Vysvětlovat dítěti nebezpečí sexuálního zneužití, které hrozí nejen od cizích lidí, ale i od členů rodiny. Děti jsou varovány před „divnými pány“, ale na možnost sexuálního zneužití v rodině je nikdo neupozorní.
- Vytvořit dobré vztahy v rodině. Dítě musí najít ve své rodině oporu a bezpečí.
- Naslouchat dítěti, když se chce s něčím svěřit. Je důležité věřit dítěti, neodmítat ho, když žádá o pomoc. Pokud se dítě svěří s tím, že mu někdo ubližuje, věřte mu, děti v těchto případech zpravidla nelžou.
- Nenechávejte mladší děti a děti mentálně retardované bez dozoru.
- Řádně si prověřte osobu, které své dítě svěřujete na hlídání (Elliotová, 1995).

5 NÁSLEDNÁ PÉČE

5.1 CAN – celoživotní práce s nápravou

V předchozích kapitolách jsem se věnovala vysvětlení a základnímu popisu syndromu CAN jako celku. Z daného textu je zřejmé, že uvedené téma se dlouhodobě ukládá do paměti dítěte jako jeden z nejhorších zážitků v jeho životě. Zážitek, který dítě provází určitý čas nejen v myšlenkách, ale i ve snech.

Z obecného hlediska je možno sdělit, že jsou lidé, kteří na tíživé a složité osobní situaci reagují různě. Někteří se zvládnou s těžkou situací vyrovnat až po několika letech. Syndrom CAN je odbornou veřejností vnímán jako otřesný zážitek, s nímž dítě žije někdy i celý život. A může mít vliv i na jeho duševní zdraví (Vizinová, Preiss, 1999). Z výše uvedeného je zřejmé, že sexuální zneužití je traumatický zážitek. Z tohoto důvodu považují za podstatné uvést obecnou tezi autorů Vizinové a Preisse (1999), že traumatizující situace se rozdělují do dvou základních skupin, abychom pochopili význam traumatu pro život. Jednou z forem traumatu jsou přírodní katastrofy – zemětřesení, požáry či povodně. Druhou skupinu tvoří katastrofy způsobené člověkem - havárie a všechny druhy násilí, kam řadíme i sexuální zneužívání. Nejdůležitější roli zde hraje moment úmyslu. U syndromu CAN se jedná o osobu blízkou dítěti, která vědomě ohrozila další vývoj dítěte. Dítě je ohroženo ve vztahu důvěry k dospělému jedinci a zvláště v závislostním vztahu k dospělému. Sexuální zneužívání tedy vyvolává u oběti i závažné duševní poruchy – úzkost a deprese (Elliot, Place, 2002).

Danou traumatizující situací je ohrožen i rodinný systém. V odborné literatuře je popisován uvedený problém jako dysfunkce rodinného systému. V 70. letech se objevily první modely rodinného systému, jak je popisují Steinglass, Weiner, Mendelson (In Rotgers a kol., 1999), v problému alkoholismu v rodině. Teorie rodinného systému přispěla k výkladu fungování rodiny mnoha koncepty. Rodinu určuje zákon homeostázy. Všechny systémy fungují tak, aby se udržela rovnováha, stabilita a klid (Rotgers a kol., 1999).

Faktory, které ohrožují fungování rodiny, např. změnou, ohrožují tuto homeostázu a předpokládá se, že se rodina pokusí této změně vyhnout. Homeostáza je udržována nejrůznějšími aspekty struktury rodiny a jejího fungování. Podstatou je role jednotlivých členů rodiny, jejich chování. Nepsaná rodinná pravidla, která nemusí být vyřčena, ale jsou respekto-

vána, a také hranice rodiny, které vymezují vztahy v rámci rodiny a mezi rodinou a vnějším okolím.

Z výše uvedeného je zřejmé, že případná práce, a následné léčebné postupy, se netýkají jen oběti, ale i jejího blízkého okolí. Je nutné také podotknout, že je obtížné, jak pro oběť, tak i její nejbližší okolí, aby s nimi bylo pracováno odděleně. Rodinný systém by neměl následnou možnost se k sobě přiblížit.

5.2 Základní terapeutické prvky práce se syndromem CAN

Odborníci v dané oblasti (Dunovský, 2008; Bentovim, 1998; Biskup, 2008 a další) se shodují na základním obecném modelu pomoci oběti a nejbližšímu okolí. Léčebný postup lze určit na základě stanovení diagnostiky syndromu CAN (dále jen sy CAN), což s sebou přináší multidisciplinární spolupráci specialistů. Na základě detekce sy CAN se určuje diagnostický léčebný postup. Komplexní terapeutická práce je souhrnem příslušných opatření – od jednorázové krizové intervence (spojené s diagnostikou) přes krátkodobou individuální, skupinovou či rodinnou terapii, až k dlouhodobé formě psychoterapie, kdy je potřeba několikaměsíční péče. Důležitou složkou terapie je i forma socioterapie, kterou rozumíme terénní práci v podobě kontaktu s rodinou v jejím přirozeném prostředí (Biskup, 2008).

Z materiálů Dětského krizového centra (2004) vyplývá základní linie služeb týkající se sy CAN – sexuálně zneužívaných dětí. Do intervenční pomoci je řazen výslech a vyšetření dítěte s minimalizací jeho další viktimizace. Následně i krizová intervence či právní poradenství. Další a nedílnou součástí péče je nabídka psychoterapie, dlouhodobé sledování či mediace nebo návštěva v rodinách (Dušková, 2004).

5.3 Terapie

5.3.1 Vymezení pojmu

Považuji za podstatné vymezit pojem terapie a psychoterapie. Terapie je forma léčby, léčení, léčebný postup. Slovník cizích slov (2005) uvádí, že terapie je druhá část složených slov mající význam léčení, způsob léčení. Terapie je tedy kořen slova, je to nejběžněji používaný termín pro formu nápravy jak ve zdravotnictví, tak i v sociální oblasti. Toto slovo je vždy spojováno s dalším názvem specifikující a identifikující přesný název léčby či po-

moci. Nejčastěji se v nabídce pomoci objevuje termín terapie či psychoterapie. Následně pak její specifické formy jako je rodinná terapie, individuální terapie a skupinová terapie. Jednotlivým formám pomoci se blíže věnuji v následujících kapitolách.

Začátky psychoterapie jsou vázány do 20. stol., kdy vznikla a profilovala se jako samostatný obor. Cílem psychoterapie je nastavit takovou léčbu, metodu, která povede co nejšetrněji a rychle k cíli. V psychoterapii je snaha o postupnou změnu klienta. Změna se může týkat čehokoliv a jediné pravidlo, které musí být dodrženo vždy, je, že tato změna musí být ku prospěchu klienta i jeho okolí. V psychoterapii klient po krůčcích může pozměnit pohled na sebe sama tím, že se začne trochu jinak vnímat. Když sebe lépe vnímáme, snadněji si uvědomujeme své pocity – zákonitě důkladněji a přesněji vnímáme i osoby a věci kolem nás. Tímto se postupně uvolňujeme a uvolňuje se také náš vnitřní stres.

Psychoterapie je tedy léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii psychologickými prostředky. Narušení činnosti se může týkat psychických procesů a osobnosti nebo somatických procesů a orgánových funkcí. K psychologickým prostředkům pak patří především slovo, ale i mimika nebo mlčení, emotivita a emoční vztahy, učení, manipulace prostředím a jiné.

Nejčastěji doporučovaná forma práce s obětí a jeho rodinou je tedy určitá forma terapie. Dle Elliot a Place (2002) je třeba reflektovat časové rozvržení terapie. Zmínění autoři se domnívají, že určitá část terapie bude probíhat ve formě intervence, tzn., že bude v kontextu aktuálního dění procesního řízení. Dalším důvodem správného načasování terapie a formy je fáze objektivit dané léčby, aby nevznikl dojem, že terapie mohla ovlivnit svědectví dítěte.

Další etapou je i respektování daných skutečností traumatu. Vizinová a Preiss (1999) popisují symptomy traumatu, které mají vliv na stanovení terapeutických způsobů léčby.

Výše uvedení autoři symptomy traumatu rozdělují do **tří hlavních kategorií**:

1. *nadměrné vzrušení*, kdy oběť neustále očekává nebezpečí. Jeho situace je pro něho stresová a není schopen iniciovat změnu.
2. *intruzivní příznaky*, které mají za následek neustálý pocit, že se daná situace opakuje, oběť neustále vzpomíná na danou situaci a žije ji v přítomnosti.
3. *příznaky stažení, sevření*, tato fáze je důsledkem situace, kdy dítě zažilo totální bezmoc, kdy nemohl utéci, klást odpor a bylo situací paralyzováno.

Symptomy jsou vzájemně provázané a vyústí do traumatu, které je třeba léčit.

Z materiálů Dětského krizového centra (dále jen DKC) (2004) vyplývá primární doporučení psychoterapie, která je určena klientům daného zařízení. Klientům, kteří nemohou zvládnout silný emoční zážitek nebo traumatizující situaci sami. Terapii doporučují v případech, kde hrozí též kolaps psychických sil a kde je třeba i intervenční zásah. A znovu zdůrazňují, že se jedná o situaci zneužitého dítěte.

Z obecného hlediska je doporučována terapie, která je rozdělena **do tří fází** (Vizinová, Preiss, 1999):

1. *počáteční fáze*. Hlavním cílem této fáze je vytvoření pocitu jistoty a bezpečí ve vztahu terapeuta a dítěte. Primárně se jedná o základní fázi uvolnění a vytvoření prostoru, kde dítě, a i jeho blízký člověk, mluví o svědectví, faktech, událostech a všem, co jej napadá k dané situaci. Uvolnění je jeden z momentů, kdy může nastoupit druhá fáze.
2. *fáze zpracování*. Základním cílem je otřesný příběh zaintegrovat do obrazu současnosti a hledat nový směr a sílu k dalšímu žití. Minulost je důležitá a není-li bezpečně zpracována a zvláště v případech sy CAN, není možné plánovat budoucnost.
3. *fáze zakončení*. Snaha směřovat klienta k budoucnosti, vizím a vytvoření jistoty, kdo se mnou žije, na koho se mohu spolehnout.

V centru pozornosti DKC při nabídce terapie, je především dítě samo. Je nutné ovšem brát v úvahu i nejbližší okolí, a pokud je předpoklad, že práce s rodinou je ku prospěchu dítěte, je individuální terapie nabídnuta i rodiči. Tato nabídka směřuje především k rodinám, kde došlo k znásilnění, či přepadení dětí atd. (Dušková, 2004).

5.3.2 Individuální terapie

Nabídka terapie se týká jak dítěte, tak i jeho rodiče. Je důležité zmínit, že individuální terapie je léčebná metoda zaměřená především na podporu, s cílem zvládnout akutní krizi pramenící ze situace – „bylo mi ublíženo“ a „osobou, které jsem věřil/a“. Důraz je kladen na posílení „já“ a podporu jeho adaptace (Koutek, Kocourková, 2003). Důležitá je schopnost a odbornost terapeuta. Umět dítěti vysvětlit situaci, popsat ji a minimalizovat jeho pocity viny (Spilková, 1997).

Techniky individuální terapie zahrnuje uklidnění a usazení do reálného života (Vizinová, Preiss, 1999). Věk dítěte hraje velkou roli při terapeutické práci a ovlivňuje charakter prá-

ce a jeho reakci na prožité trauma (Bentovim, 1998). Dítě, pokud je velmi malé, má malou schopnost rozlišit, co samo způsobilo. Dospělému jedinci věří a může si samo dojít k závěru, že si sexuální zneužití způsobilo samo svým špatným chováním. Tento fakt pak následně ztěžuje přímou práci s ním v terapii. Vývojové schopnosti dítěte přijmout skutečnost a natolik děsivou, jako je sy CAN, souvisí s jeho vývojovou fází. Podle Vizinové a Preisse (1999) jsou popisovány traumatické situace, kam sy CAN patří, dle stupně vývoje následovně:

1. *Předškolní děti* jsou plně závislé na dospělých. V nebezpečných situacích očekávají pomoc a ochranu dospělých. Děti neznají moc možností úniku z těžké situace, dokáží usnout a mohou být apatické, pasivní. Mlčení není důkazem toho, že dítě zapomnělo na situaci. Děti „mluví“ formou hry, malování, zážitků. Děti reagují na své okolí strachem, bojí se kontaktu s cizími lidmi, bojí se tmy, nechtějí spát samy, trpí nočním pomočováním, děsivými sny.

2. *Děti školního věku (6 - 12let)*. Jejich reakce je spojována s horšením soustředění, výkonu ve škole, poruchy chování. Pracují se svou fantazií, kde jsou hrdinové, kteří sebe či své blízké zachrání a vše dobře dopadne. Autory jsou popisovány dvě roviny reakcí a to pasivita či agresivita.

3. *Dospívající*. Jsou danou situací nejvíce ohroženi. Většinou reagují sebedestruktivně, což odpovídá jejich vnímání světa a vědomí, že se opravdu stalo něco strašného. Což může mít a má vliv na jejich dosavadní i budoucí život. Berou na sebe vinu za chování pachatele, neboť jsou schopni pracovat již s vlastní odpovědností, jak mohli či nemohli zabránit vzniku dané situace.

Proto je třeba dle Elliot a Place (2002) přijmout tři základní předpoklady v terapeutické práci s dítětem bez ohledu na věk dítěte:

1. Akceptovat tvrzení dítěte, že k sexuálnímu zneužití došlo a zjistit dostupnými technikami, že se tak stalo.
2. Správně načasovat vhodnost terapie a minimalizovat ovlivnění svědectví dítěte.
3. Adekvátně využívat terapeutických metod k řešení dané situace.

Rekonstrukce celého příběhu je alfoou omegou dané léčby. U dětí je situace zkomplikována snahou dospělých, aby dítě brzy zapomnělo a tím se, co nejrychleji, zbavilo traumatu. Rodiče uzavřou dané téma a zároveň nenabízí dítěti alternativu léčby. „O tom se nemluví, to

už bylo, to už je dávno“ jsou asi nejčastější informace, které dítě od rodičů dostane. Rodiče odmítají i jakékoli dotazy dítěte a jeho vzpomínky. Paradoxně tak přispívají abusorovi, že se nic nestalo a tímto chováním potvrzují jeho slova. Ze strany rodičů jde o dobrou víru, na straně dítěte vzniká velký prostor na nezodpovězené otázky. Proto je třeba respektovat výše uvedené doporučení autorů dle Elliot a Place (2002).

5.3.2.1 Techniky používané v individuální terapii

Základem terapie dětí je rozhovor a osobní kontakt. Přístup ze strany terapeuta musí být citlivý a empatický. Mělo by jít o pracovníka, který je proškolen v dané problematice. Pro svou práci využiji autory opět Vizinovou a Preisse (1999), kteří popsali z obecného hlediska terapii dětí z oblastí zasažených válkou. Vzhledem k tomu, že jsem v literatuře nenašla detailní metodický popis, využila jsem jejich práce k alternativě, jak pracovat s dětmi se sy CAN, aniž bych použila formulaci jen „psychoterapií“. Uvedení autoři, dle mého, srozumitelně a jasně prezentují postup při individuální práci s dítětem, které zažilo trauma. Odborníci zabývající se sy CAN řadí tento syndrom do kategorie posttraumatických poruch.

Praktický postup je zaměřen na rozhovor a doporučující **metody práce**:

1. Volná kresba, kde dítě vyjadřuje svou emoci. Což potvrzuje i Bentovim (1998) ve své publikaci. Pro dítě je někdy složité vyjádřit své pocity, je pro něj jednodušší je namalovat - arteterapie či vyjádřit muzikou - muzikoterapie. Řízeným rozhovorem se následně pracovník doptává „copak jsi nakreslil, co to je, co se stalo, jak to dopadlo atd.“.
2. Zpracování traumatu předchází rozhovor, který se od obrázku přenáší k dané situaci, kterou dítě zažilo „pokus se popsat, co se stalo a co jsi viděl“. Při popisu situace se uvolňují emoce, které jsou silné, a je třeba, aby pracovník byl velmi vnímavý k potřebám dítěte. Zásadním bodem je otázka týkající se nejhoršího momentu, toto, dle autorů, umí popsat i malé děti.
3. Zvládání zážitku je další fází procesu. Cílem je minimalizovat bezmocné situace dítěte, které ho v souvislosti s věkem napadají a jsou pro něho bezpečné, ale i neřešitelné „na chvíli usnu, to přestane“.

4. Hledání blízké osoby, která může dítěti pomoci. Kdo je ten, kdo mu bude a je nablízku, kdo mu věří atd., podpořit jeho sebevědomí, aby bylo i nadále schopno hovořit o svých pocitech.

Ke každému rozhovoru patří i fáze mlčení. Mlčení je považováno za jeden z procesů uvolnění a hledání slov. Dospělý člověk má s mlčením větší problém než dítě. Může mít dojem, že dítě něco tají a nyní se má řešit. A když si dospělí sáhnou do svého svědomí, učí své děti, aby s nimi mluvilo o svých pocitech? A najednou to po svém dítěti chtějí.

Je-li individuální terapie nabídnuta rodiči, je třeba v první řadě objektivně zjistit, jak bude v rodině zaručeno bezpečí dítěte. Kdo je rodiči nablízku, kdo mu může pomoci. Nedílnou součástí této práce je i informace týkající se abusora (Bentovim, 1998). Podstatou individuální práce je znát informaci, kdo je abusor a mít na paměti, že pokud byl pachatelem člen rodiny, nelze nabízet společnou terapeutickou práci. Toto je třeba akceptovat i v případě, že další dospělý, např. matka, se sice nedopouští sexuálního zneužívání, ale je součástí rodinného systému a dítě bude odmítat společnou práci (Bentovim, 1998).

Důležitou fází individuální terapie, která je společná, jak pro dítě, tak i rodiče, je společné řešení témat s terapeutem, týkají se rodiny, rodinného systému, vztahů v práci či nejbližším okolí. Tato fáze si klade za cíl mapování zodpovědnosti dítěte či rodiče a hledání spojenců při řešení uvedeného problému (Vizinová, Preiss, 1999).

5.3.3 Rodinná terapie

Jak jsem již uvedla, individuální terapie si klade za cíl (v kontextu sy CAN) spojit dva světy v jeden – dětský a dospělý. Je zřejmé, že je třeba brát v úvahu opět časové rozvržení terapie. Ze strany terapeuta i dítěte či rodičů, se naučit trpělivému čekání na tu správnou chvíli. Být schopen dát přednost potřebám dítěte. Mnoho odborných pracovišť začalo v průběhu 60. let 20. století pracovat s rodinným systémem, neboť rodina je ta, která má na dítě největší vliv.

Uvedla jsem také, že rodina hraje v životě dítěte velkou roli. Pojetí rodiny je, z pohledu jednotlivých profesí, různé. Jisté je to, že jednotlivé profese se shodnou na tom, že se jedná o skupinu, která zasluhuje stabilní fungování, a že rodina je základní institucí společnosti. Jejím prostřednictvím vykonává společnost určitý tlak na jednotlivé členy, předepisuje jim určitá pravidla chování (Gillernová, Buriánek, 2003).

Rodina má pro jednotlivé členy velký význam. Každý vnímá rodinu po svém, např. systémová teorie vidí v rodině jeden z klíčových subsystémů společnosti. Toto je vysvětleno jako „rodina svým významem připomíná výrobní podnik, politickou stranu, kde je strukturována hierarchie, hranice jednotlivých členů a jejich možnosti.“

V rodině fungují **základní sociální vztahy**:

- vnější (zajištění např. bydlení)
- objektivní (biologický a ekonomický smysl)
- předurčené (nelze se jim vyhnout, získání „nálepky“)

Rodina s sebou nese svou kulturu, tradice, hodnoty, výchovu, které jsou předávány z generace na generaci. Specifickým „darem“ je přenos „rodinné komunikace“ – jazyk rodiny, jeho osvojení a další komunikace s vnějším prostředím.

Při práci s rodinou je třeba respektovat **teoretické modely práce s rodinou**:

- přístupy zaměřené na dynamiku – to, co se v rodině děje – vzájemné chování a prožívání
- přístupy zaměřené na strukturu rodiny a na vztahy v ní – role, funkce, hranice uvnitř rodiny a hranice rodiny s okolím
- přístupy zaměřené na problematiku vývojových fází rodiny – etapa rodiny, plnění úkolů
- přístupy systemické – předpokladem je, že se jedinci „zvou ke vzájemnému adaptačnímu tanci“
- biosyntéza – rodina je živý organismus, který neustále roste a odrůstá a je prorostlá jinými organismy (Balcar, 1983).

Dle Koutka a Kocourkové (2003) je úkolem rodinné terapie hlavně zvládnutí celé situace. Všichni v rodinném systému jsou celou situací šokováni. Pociťují silné emoce, hledají vinníka a společně projevují snahu zjistit, co, kde a kdo udělal špatně. V rodinné terapii je řešen i další přístup rodiče k dítěti či rodičů k dítěti. U sy CAN je důležitá informace, v jakém vztahu byl k dítěti abusor.

Nejrozšířenější způsob přístupů v rodinné terapii podle Burhnama je založen na teorii systémů (In Elliot, Place, 2002). Princip tohoto systému spočívá v práci s každodenními situa-

cemi, vzájemnými vztahy mezi členy rodiny a vzájemnými vlivy. Cílem je objasnit, jaké vlivy rodinu udržují v dané situaci, a které se pokouší tuto situaci změnit.

Weiss a kol. (In Elliot, Place, 2002) prezentují výsledky výzkumu, který prokázal účinnost rodinné terapie v kontextu požadované změny. U 76 % rodin, díky rodinné terapii, došlo ke zlepšení situace. Markus a kol. (In Elliot, Place, 2002) popisují největší úspěchy rodinné terapie asi deset měsíců po jejím skončení. Pět let po skončení terapie se zlepšení většinou vytratilo.

Dorner a kol. (In Elliot, Place, 2002) si pokládá otázku týkající se spolupráce s rodiči. Proč s nimi pracovat, k čemu to bude, když to oběti přece zvládnou samy. Autor ve své publikaci reflektuje zkušenosti svých klientů a jejich práci s rodinou. Rodinu považuje za ústřední místo, kde musí vznikat životně důležité sociální, emocionální, kognitivní schopnosti:

1. schopnost empatie a tolerance
2. schopnost nést odpovědnost
3. vytvoření životního postoje

Snaha rodinné terapie je zapojit do aktivity všechny členy rodiny, s cílem minimalizovat bezmoc rodiny a najít možnosti, jak začít žít. Také uvnitř rodiny mohou její členové trpět a strádat. Bojí se v rodině mluvit a stávají se osamělými. Rodinná terapie patří, dle Vyhnálkové a Riegera (1996), k neúčinnějším a nejmocnějším ze všech přístupů v psychoterapii. Toto tvrzení uvedení autoři opírají o svou dlouholetou profesní zkušenost v práci s rodinami. Domnívají se, že individuální a skupinové terapie jsou určeny především pro individuální rozvoj klienta. Na rozdíl od rodinné terapie, kdy rodina spolu přichází a i odchází. A vlastně nikdo nezůstává se svými pocity sám.

Práce s rodinou má i své kontraindikace:

1. jsou-li abusoři oba rodiče
2. odmítá-li rodič stav – dítě bylo zneužito mým partnerem, manželem
3. je-li tato forma odmítána celou rodinou

Otázku, kterou si klademe, je délka rodinné terapie. Někteří autoři hovoří o tzv. krátkodobé rodinné terapii zaměřené na řešení (Elliot, Place, 2002). Vyhnálková a Rieger (1996) hovoří o plánu počtu rodinných sezení. Tito autoři doporučují tři sezení s následným dalším plánem. Považují za podstatné, scházet se s rodinou co nejméně a v krátkodobém in-

tervalu. V DKC se s rodinou schází intenzivněji první tři měsíce, a potom společně s klienty, navrhuje další postup.

5.3.3.1 Ostrov rodiny

Jednou z metod používaných v rodinné terapii je i Ostrov rodiny (Vyhnálková, Rieger, 1996). Tato metafora, dle jejich autorů, nabízí obrazné vyjádření mnohvrstevnatého ekosystému, jehož obyvatelé jsou tvůrci jeho pevniny. Je to svébytné integrující pojetí rodinného systému. V této metodě je respektována rodina jako systém (Balcar, 1983) a autoři jsou si vědomi následujícího:

1. rodina je dynamická – co se v rodině děje
2. rodina je struktura a má své vztahy
3. rodina má své fáze
4. rodina je systém

Předpokladem je primární motiv rodiny pracovat takovou formou, že jejich rodina je ostrov, na kterém jsou oni, jako její obyvatelé. Každá rodina má svou mapu, odněkud pochází a někam směřuje.

5.3.4 Skupinová terapie

Primární definice skupinové terapie tvrdí, že skupinová terapie využívá k léčebným účelům skupinové dynamiky, tzn. že mezi členy skupiny a terapeutem vznikají vzájemné vztahy a interakce, které mají vliv na pozitivní proces terapie. Vzájemné sdílení, emoční podpora, individuální postoje jsou pro skupinovou práci podstatné (Kondáš a kol., 1985).

Považují za podstatné vymezit pojem skupina. Skupinou, dle Haysové (1998), je nikoliv shluk lidí, ale skupina je „skupina“ v případě, že jsou naplněna následující identifikační kritéria:

- Interakce mezi lidmi trvá delší dobu, ne jen několik minut.
- Členové skupiny vnímají skupinu jako skupiny a sebe jako její členy.
- Skupina si vytváří své vlastní normy, role a očekávání, jak se její členové mají chovat, a taky sankce proti těm, kteří se nepřizpůsobí.
- Skupina si vytvoří vědomí společného cíle či vlastního účelu.

- Mezi jednotlivými členy skupiny se rozvíjí různé vztahy.

Skupinová psychoterapie v případě sy CAN je odborníky doporučována především v případech, ve kterých byly či nebyly naplněny již zmíněné formy terapie. Jak jsem uvedla v kapitole rodinné a individuální terapie, která má velký význam pro více než jednoho člena, je skupinová terapie doporučována pro více než jednoho klienta. Individuální terapie může mít za následek izolaci ve formě samoty, nemožnosti sdílet pocity v rámci terapie. Rodinná terapie sice umožňuje vzájemné sdílení, ovšem pouze v rámci rodiny, což někdy nemusí být dostačující, hlavně z důvodů vývoje jedince a rozdělení rolí v rodině. Pokud se dle Kondáše a kol. (1985) sejde větší počet osob, které stojí před společným cílem, a cítí se v určitých momentech izolováni, je potřeba podnítit vznik skupiny. Cílem skupiny je vytvoření blízkého a sympatického prostoru.

Ve skupině, která naplňuje výše uvedená kritéria, je pozornost zaměřena na oblast interpersonálních vztahů, na význam vztahů dítěte a dospívajícího s vrstevníky a na oblast sociálních dovedností (Koutek, Kocourková, 2003).

Každá skupina pracuje se svou vlastní dynamikou, již dle Kratochvíla (1978) předchází základní zásady práce skupiny, jako je např. otevřenost a upřímnost, zodpovědnost za své chování, tolerance k druhým, právo říci stop atd.. Dynamika skupiny souvisí se schopností jednotlivých členů skupiny vypořádat se s těžkostmi důvěrných vztahů, i přesto, že tento fakt může mít na někoho pozitivní terapeutický účinek sám o sobě (Elliot, Place, 2002).

Témata skupinové terapie se týkají těch událostí, kde je společná zkušenost nebo problém. Skupinová terapie je doporučována především u dětí se sy CAN, s cílem zmírnit pocit izolace a zvýšit pocit bezpečí a minimalizace myšlenky, že „jsem jediný, kdo takhle trpí“. Další podstatnou složkou skupinové terapie, je i solidarita ve skupině. Na rozdíl od dětí, mohou mít dospělí daleko větší problém se sdílením vlastní zkušenosti. Paradoxně ovšem, také i u nich, v kontextu skupiny, funguje myšlenka, že „na to nejsou sami“. Vzájemné sdílení může mít za následek uvolnění emocí v bezpečném a chápajícím prostředí. Uvolnění emocí následně umožňuje reálně nahlížet na další formy postupů a nabídek pomoci.

Dle Kratochvíla (1978) má skupina pozitivní účinné faktory, které uvedený autor popisuje následovně:

1. emoční podpora
2. pomáhání jiným

3. odreagování
4. zpětná vazba, konfrontace
5. náhled
6. korektivní a emoční zkušenost
7. zkoušení a nácvik nového chování
8. získání nových informací a sociálních dovedností

Uvedené účinné faktory budeme těžko, v kontextu dynamiky, hledat v individuální terapii a někdy i v rodinné terapii. Především v rodinné terapii, kde je kladen důraz na rodinný systém, je zřejmé, že jsou určité informace a emoce, o kterých nelze, v souvislosti rodinného systému, hovořit. Pro vyjasnění dodávám, že rodiče i děti mohou mluvit o svých vzájemných pocitech, jak se vnímají, co potřebují. Nedokážu si představit, že rodiče nebo rodič, hovoří o svých intimních pocitech směrem k dítěti či partnerovi, zvláště je-li abusor z blízkého rodinného prostředí.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 IDEA PRAKTICKÉ ČÁSTI

Původní myšlenkou této kapitoly měl být výzkum mapující využití terapeutických metod v praxi. V průběhu své praxe v Dětském krizovém centru, a i mimo toto pracoviště, se snažil najít formu kontaktu s oběťmi se syndromem CAN. Na základě doporučení odborníků a rozhovorů s několika rodiči, jsem dospěla k názoru, že svůj původní záměr musím změnit.

Rodiče se obávali otevření traumatického zážitku u svého dítěte, ale rozuměli mému požadavku. Pracovníci centra mě upozornili na citlivost tématu. Rozhodla jsem se jejich argumenty a požadavky akceptovat. Uvědomila jsme si, že i já bych si velmi rozmýšlela, co a komu sdělím o daném tématu.

Proto jsme zvolila bezpečnější formu získání dat a naplnění kritérií bakalářské práce. Obsahem praktické části jsou kazuistiky, se kterými jsem se seznámila v rámci své odborné praxe.

Vybrala jsem příběhy, které mají přímou souvislost se syndromem CAN. Vybrala jsem si příběhy, jejichž aktéři byli sexuálně zneužití členem rodiny. V rámci diagnostiky jim byla nabídnuta také následná péče s cílem zmírnit prožité trauma.

Jedna z kazuistik popisuje i možnost zneužití syndromu CAN s cílem „vyhrát“ svůj boj. K alternativě následné péče jsem připojila i své subjektivní názory.

6.1 Případová studie č. 1

Martina

Z případové studie jsou vypsány pouze stěžejní informace z rodinné, osobní a školní anamnézy, vynechány byly identifikační údaje a informace, které nejsou pro účely této práce podstatné. Zdroj Dětské krizové centrum (dále jen DKC).

I. OSOBNÍ ÚDAJE

JMÉNO: Martina

DATUM A MÍSTO NAROZENÍ: 1993, Praha

BYDLIŠTĚ: Praha

II. RODINNÁ ANAMNÉZA

MATKA, ROK NAROZENÍ: 1962

ZAMĚSTNÁNÍ: vysokoškolské vzdělání, učitelka na prvním stupni, v současnosti v invalidním důchodu

OTEC, ROK NAROZENÍ: 1960

ZAMĚSTNÁNÍ: státní zaměstnanec

Pěstounská rodina, dítě mají v péči od tří let věku dítěte. Biologičtí rodiče o dítě nejeví zájem, otec není znám.

SOUROZENCI: nemá

V biologické rodině u matky zjištěna závislost na alkoholu a drogách. Vztah mezi dítětem a pěstounskými rodiči byl dobrý. Dítě do roku 2006 mírně brzdila až příliš protektivní a ochranná péče pěstounů, zejména matky. Pěstouni uvádějí, že měli o dítě skutečně často zvýšený strach, žili s pocitem, že jejich dítě neobstojí v běžném světě a měli tendenci Martinu přespříliš ochraňovat, zakazovali jí spoustu činností i pobyt venku mezi dětmi.

Martinino chování ve škole i doma se zhoršilo před půl rokem, po pobytu na prázdninách u prarodičů, kdy se dívka začala chovat divně, nechtěla o pobytu vyprávět a pokud rodiče navrhovali návštěvu u prarodičů, dívka se vymlouvala na nevolnost nebo mnoho úkolů do školy. O zneužívání otcem matky – dědečkem, se svěřila své kamarádce, která ji přesvědčila, aby se dostavila do Dětského krizového centra. Martina vypověděla, že ji dědeček opakovaně vyhledával, když byla o samotě, neustále se jí pokoušel osahávat na prsou, v noci za ní chodil do pokoje, kde spala, odkrýval jí peřinu a pokoušel se jí sahat mezi nohy. Vysvětloval to tak, že jí chodí přikrývat, aby se nenastydla. Jednou ho přistihla, když se v noci vzbudila, jak stojí nad její postelí a onanuje. Dělala, že spí, protože se bála, co by se stalo, kdyby věděl, že je vzhůru. Otec matky - dědeček jí nevyhrožoval, jen jí často opakoval, že jí má rád a že se s ní chce ještě pomazlit, než mu vyrostete v dospělé slečnu. Ke styku nedošlo.

Chování dědečka se stalo o posledních prázdninách a bylo to poprvé, nikdy před tím se k ní takovýmto způsobem nechoval. Martina odmítá k prarodičům jezdit, protože se obává, že se jeho chování bude opakovat. Nechtěla se svěřit rodičům, protože si myslela, že jí nebudou věřit a obviní ji, že si to celé vymyslela, aby nemusela za prarodiči jezdit. Otec i

matka se postavili k podezření o zneužívání jejich dcery pozitivně, po prvním zděšení, hlavně u matky, pochopili, že je důležité své dceři věřit, nesnaží se jí napadat, že si celou věc vymyslela, souhlasí, že nemusí jezdit k prarodičům. Prarodiče o celé věci již ví, rodiče Martiny jim sdělili, co se dozvěděli. Babička se psychicky zhroutila po tom, co její manžel, otec matky dítěte přiznal, že je to pravda. Nedovede své chování vysvětlit, mrzí ho, co udělal a chtěl by to napravit, tvrdí, že vnučce nechtěl ublížit, že ji má rád. Souhlasí s vyšetřením na odborném pracovišti a i s faktem, že se prozatím nebude s vnučkou stýkat. Rodiče v plném rozsahu stojí na straně dcery a chtějí jí co nejrychleji pomoci se s celou situací vyrovnat. Souhlasí s terapií v DKC.

III. OSOBNÍ ANAMNÉZA

Komplikovaný porod, u dítěte nižší porodní váha, problémy spojené s matčinou závislostí na alkoholu a drogách. Po porodu fetální alkoholový syndrom s důsledkem nižšího intelektu a mírné motorické neobratnosti. Diagnostikována instabilita, hraniční a kolísavý intelekt, hyperaktivita, v osmi letech porucha barvocitu, problémy v oblasti figura-pozadí. Špatně se orientuje v prostoru a čase. Zapomíná, kde má své věci, které věci jsou její, kdy má kam přijít. Má problémy s rukodělnými činnostmi. Mírně opožděna jemná i hrubá motorika. Špatně se soustředí. Naučí se vždy vše, co ostatní spolužáci, potřebuje však více času a trpělivost pedagoga. Je přecitlivělá, časté střídání nálad.

IV. ŠKOLNÍ ANAMNÉZA

Do školky nedocházela, matka s ní byla po celou dobu doma, nástup do školy byl o jeden rok odložen. Pro splnění školní docházky zvolena základní škola speciální (dřívější zvláštní škola). Na prvním stupni dobrý prospěch. Martina se neustále snaží o komunikaci, spolužáky tím obtěžuje, nedokáže si najít své místo v kolektivu, upíná se na jedinou kamarádku – spolužačku ze třídy. Dobře spolupracuje s pedagogy. Špatně chápe pravidla her, má problémy v tělesné výchově, při hrách dochází často ke konfliktům. Martina nechápe pravidla, hru pak často kazí, cítí se ukřivděná a smutná, protože na druhou stranu sport vyhledává a má ho ráda. Na druhém stupni se objevují častější konflikty se spolužáky, náznaky šikany Martiny ze strany vyspělejších spolužáků. Slovní rozepře s učiteli. V osmé třídě dochází k mírnějšímu zlepšení.

V. TERAPIE

Vzhledem k výše uvedenému byla rodině nabídnuta rodinná terapie. Důvodem tohoto výběru terapie byl fakt, že pachatel nepocházel z přímého nejbližšího rodinného kruhu. Dalším faktem byla také skutečnost, že rodiče projevíli enormní zájem celou situaci řešit společně. Pozitivním momentem byl také fakt, že rodiče své dceři uvěřili a věřili jí po celou dobu intervenčního zásahu uvedeného pracoviště. Postoj rodiny není vždy tak podporující a stojící za dítětem.

Cílem rodinné terapie v daném příběhu bylo zmírnit negativní a přirozené emoce dívky a zároveň podpořit rodinný systém. Martina prožívala změnu, která měla vliv i na ostatní členy rodiny a systém rodiny byl tak nevyvážený. Nebyla doporučena individuální terapie právě z důvodů možné izolace dítěte od rodičů. Má-li být terapie úspěšná, je třeba ovlivnit nejen jednotlivce, ale celý rodinný systém tak, aby začal fungovat zdravějším způsobem (Kondáš a kol., 1985).

V daném případě se terapeuti zaměřili na problém rodiny, na vzájemnou komunikaci a vztahy v ní v souvislosti s danou situací. Podstatné v tomto příběhu byly vzájemné interakce, pozitivní rodičovská role a reakce na danou situaci ve vnímání jednotlivých členů rodiny. Primárním cílem této terapie je vytvoření přiměřeného rodinného prostředí pro další zdravý vývoj dcery.

Podstatným cílem terapie bylo zvládnutí této situace a dle Koutka a Kocourkové bývá pro celou rodinu šokem takovéto chování. Všichni prožívají silné emoce, jsou chováním zaskočeni, zvláště o to silněji, pokud se jedná o příbuzného. Uvolnění negativních emocí ve smyslu hledání viníka, vyčítání, zlosti, pak následně působí uvolněně. Poté existuje reálná možnost na nápravu daných věcí.

Délka rodinné terapie se odvíjí od počtu a délky frekvence mezi jednotlivými setkáními. Odborníky je doporučováno pracovat s rodinou minimálně po dobu tří setkání v průběhu tří měsíců, a pak se společně dohodnout na dalším postupu (Rieger, Vyhnálková, 1996).

VI. SHRNU TÍ ÚDAJŮ

- závislost matky na alkoholu a drogách, komplikovaný porod, fetální alkoholický syndrom
- nižší intelekt, motorická neobratnost, poruchy pozornosti, prostorové orientace, hyperaktivita

- 1996 – svěřena do péče pěstounské rodiny
- příliš ochranná péče ze strany pěstounů
- odklad školní docházky
- vzdělávání v základní škole speciální
- první stupeň – dobrý prospěch, problémy v navazování vztahů s vrstevníky
- druhý stupeň – průměrný prospěch, častější konflikty s vrstevníky, náznaky šikany ze strany spolužáků, konflikty s učiteli
- 2007 – 2008 – lepší atmosféra v rodině, větší důvěra v Martininy schopnosti, mírné
- zlepšení vztahů ve školním kolektivu a s pedagogy

6.2 Případová studie č. 2

Kateřina

Z případové studie jsou vypsány pouze stěžejní informace z rodinné, osobní a školní anamnézy, vynechány byly identifikační údaje a informace, které nejsou pro účely této práce podstatné. Zdroj – DKC.

I. OSOBNÍ ÚDAJE

JMÉNO: Kateřina

DATUM A MÍSTO NAROZENÍ: 1994, Hradec Králové

BYDLIŠTĚ: Praha - západ

II. RODINNÁ ANAMNÉZA

MATKA, ROK NAROZENÍ: 1975

ZAMĚSTNÁNÍ: nezaměstnaná, občasné brigády jako prodavačka

OTEC, ROK NAROZENÍ: 1971

ZAMĚSTNÁNÍ: dělník

SOUROZENCI: sestra (1993) – jiný otec, bratr (1996), sestra (2006) – jiný otec

Rodina je vnímána jako rodina s velmi komplikovanými vztahy. Konfliktní vztahy mezi sourozenci. Od roku 1994 do roku 2004 žil s rodinou Katčín otec. Po konfliktech v rodině

se odstěhoval ke svým rodičům a do péče získal Katčina bratra (1996). Katka otce občas navštěvuje. Vztahy mezi Katkou a otcem jsou dobré, na občasné výkyvy je vztah dobrý i mezi Katkou a matkou. Problematické jsou vztahy Katky k nejstarší sestře, společně je však spojuje kladný vztah k mladšímu bratrovi (1996) a nejmladší sestře (2006). Matka je jednou rozvedená s mužem nejstarší Katčiny sestry. Se svým druhým partnerem od roku 2004 tedy nežije, zatím však nejsou rozvedeni. Od roku 2006 však matka žije s dalším partnerem, mají společně roční dítě a žijí spolu ve společné domácnosti. V rodině panuje v těchto mezilidských vztazích určitý chaos, kterému děti nerozumějí. Matka s dětmi příliš nekomunikuje, komunikace v rodině se omezuje na základní pokyny, příkazy, zákazy, prosby a nařízení. Ze strany matky je zřejmá výrazná nedůslednost ve výchově.

Vztah mezi Katkou a novým partnerem matky byl od samého začátku problematický. Stále na ní viděl chyby, nechtěl, aby navštěvovala svého bratra a biologického otce. Stále vyhledával důvody, proč ji trestat, jak fyzicky, tak různými zákazy. K fyzickému obtěžování Katky začalo ze strany partnera matky docházet asi půl roku po tom, co se seznámil s její matkou. Často ji v rámci trestů zavíral do koupelny, kde ji nutil, aby se před ním vysvlékala do naha, nutil ji, aby před ním roztahovala nohy, jako důvod udával „kontrolu“, zda nemá nikde nějaké známky po „styku“ s jinými chlapci, protože ji neustále opakoval, že přesto, že už jí rostou prsa, je stále dítě a nebude se stýkat se spolužáky – kluky. V rámci „kontroly“ ji sahal mezi nohy, nutil ji, aby se před ním koupala ve vaně a mydlila se mýdlem na intimních místech a pak mu ukazovala, že je již čistá. Když ji fyzicky trestal, tak se vždy musela opět vysvléknout do naha a on ji ručně bil přes zadek a pak ji na oplátku „foukal rány“, hladil ji po zadku i přirození a omlouval se za bolest, kterou jí způsobil, ale omlouval to tím, že má o ni strach a je to pro její dobro. V několika případech ji při mytí ve vaně opakovaně zasouval prst do pochvy, opět s vysvětlením, že kontroluje čistotu jejího těla. Opakovaně ji upozorňoval, že o tom nikomu nesmí říct, že jí stejně nikdo neuvěří.

Kateřina o jednání partnera matky řekla svému biologickému otci, který ji ihned přivedl do DKC za účelem odborné pomoci. S matkou, ani sourozenci o tom nemluvila, nechce, aby to věděli, ani přítel matky, bojí se reakce okolí a nevěří, že jí někdo bude věřit, protože všechny tyto „věci“ se děly jen v přítomnosti partnera matky za zavřenými dveřmi, nebo bez přítomnosti třetí osoby. Matka na svého partnera žárlí a Kateřina se domnívá, že by si myslela, že si to vymýšlí proto, aby odešel od ní a ona zůstala s dětmi sama, protože o napjaté situaci mezi partnerem a svou dcerou ví a na její stranu se nikdy nepostavila.

III. OSOBNÍ ANAMNÉZA

V období raného dětství a předškolní docházky se objevuje opoždění řečového vývoje u Katky. Žádné další osobnostní zvláštnosti. Spíše pasivní, tichá, přizpůsobivá, nenápadná.

IV. ŠKOLNÍ ANAMNÉZA

Již v první třídě výrazné problémy v oblasti verbální, čtení a psaní. Objevují se dyslektické, dysgrafické a dysortografické obtíže. Problémy i v běžné řeči se stavbou věty. Od druhé třídy navštěvuje základní školu speciální. Prospěch průměrný, přetrvávají však výrazné problémy v oblasti čtení, psaní. Matka se školou na reedukaci nespolupracuje. Výrazné nepodnětné prostředí v domácnosti.

V. TERAPIE

S ohledem na popsané skutečnosti byla doporučena nejdříve individuální terapie s cílem hledat podporu pro dívku v jejím nejbližším okolí. Tato forma terapie byla zvolena jako jedna z možných variant. Jako druhá forma pomoci byla zvolena rodinná terapie, která ovšem vyžaduje účast a souhlas všech členů rodiny. V tomto případě přinejmenším matky a sourozenců.

Frekvence setkávání byla určena v dané situaci 1x za týden, jeden měsíc, což je běžná forma práce. S ohledem na možnou nespolupráci rodiny je třeba, aby terapeut v rámci setkávání dodržel několik základních zásad pro tyto případy:

1. pravidelné setkávání
2. hledání a vytváření podpory
3. kontrola
4. minimalizace sekundární viktimizace
5. plánování dalšího postupu (zdroj: metodika DKC)

Vzhledem k rodinné situaci byla proto nabídnuta individuální terapie. Terapeut se nejdříve soustředil na zmírnění následků dané situace. Jak jsem již uvedla, individuální terapii je možno doporučit i v kontextu rodinné terapie. Terapeut v tomto případě musí mít na vědomí rodinný systém a minimalizovat nebezpečí izolovanosti jedince. V tomto příběhu se jednalo především o hledání podpory v rodině, zda je to vůbec reálné a v případě nezdaru, kdo by byl ochoten pomoci.

Výše popsané skutečnosti nejsou v ničem výjimečné. Bohužel popisují běžnější možný postoj rodiny k sy CAN. Obavy dívky jsou reálné a naprosto přirozené v souvislosti s popsaným rodinným systémem. Nepřijetí daného faktu je pro rodinu obranným mechanismem a zároveň to může být pozitivní signál. Možnou variantou další fáze může být třeba i fakt, že matka dceři uvěří a bude souhlasit s rodinnou terapií. Předpokladem dobré terapie je primárně věřit klientům. I přesto, že by bylo prokázáno toto sdělení jako falešné (Dušková, 2004, Spilková, 1999).

V druhé fázi by mohla být dívce doporučena skupinová terapie, kterou však dané pracoviště nemá v nabídce služeb. Domnívám se, že s ohledem na věk dívky by tato forma terapie mohla být pozitivnější, než rodinná terapie. Skupinová terapie dle Kratochvíla (1978) nabízí právě formu sdílení emocí a prožitků. Přijetí skupiny by mohlo dívce v krátkodobém efektu umožnit přijmout situaci, ve které díky skupině „není sama“.

Tento příběh v rámci mé praxe v DKC nebyl ukončen.

V. SHRNU TÍ ÚDAJŮ

- 2004 - odchod biologického otce z rodiny
- otec získal bratra (1996) do vlastní péče
- konflikty mezi sourozenci
- konfliktní vztah mezi Kateřinou a její starší sestrou
- hezký vztah obou dívek ke svému mladšímu bratrovi a sestře
- vztah s biologickým otcem dobrý, časté návštěvy
- vztah s biologickou matkou na malé výkyvy dobrý
- raný věk a předškolní věk bez výraznějších problémů
- 2006 – v rodině se objevuje nový partner
- časté konflikty s partnerem matky
- asi po půl roce nastupuje sexuální obtěžování ze strany partnera matky
- fyzické a psychické týrání ze strany partnera matky bez přítomnosti další osoby
- nahlášení problému s partnerem matky svému biologickému otci – návštěva DKC

6.3 Případová studie č. 3

Josef

Z případové studie jsou vypsány pouze stěžejní informace z rodinné, osobní a školní anamnézy, vynechány byly identifikační údaje a informace, které nejsou pro účely této práce podstatné. Zdroj – DKC.

I. OSOBNÍ ÚDAJE

JMÉNO: Josef

DATUM A MÍSTO NAROZENÍ: 2004, Kladno

BYDLIŠTĚ: Mníšek pod Brdy

II. RODINNÁ ANAMNÉZA

MATKA, ROK NAROZENÍ: 1985

ZAMĚSTNÁNÍ: prodavačka - vyučená

OTEC, ROK NAROZENÍ: 1978

ZAMĚSTNÁNÍ: strojní zámečnick

SOUROZENCI: nemá

Vztahy uvnitř rodiny byly narušeny krizí mezi otcem a matkou v roce 2005, která nastala po přestěhování rodiny do nového bydliště v novém městě. Otec tráví většinu času v zaměstnání, vznikají konflikty mezi ním a matkou. V roce 2006 si matka našla nového přítele a podává žádost o rozvod. Otec Josefa se z bytu stěhuje ke svým rodičům po tom, co si matka nového přítele nastěhovala do společného bytu. Matka na začátku rozvodového řízení odmítá, i přes rozhodnutí soudu, na stanovenou dobu syna pouštět k otci. Po rozvodu se s otcem dítěte domluvila, že syn bude u otce na 1 den v týdnu po dobu 8 hodin. Otec Josefa má zájem se synem stýkat a zažádal o získání syna do vlastní péče z důvodu, že má pocit, že matka se o syna nemá čas starat, protože tráví veškerý svůj čas se svým partnerem a Josefa hlídá převážně babička – matka matky. Matka toto nařčení odmítá. Do DKC přichází matka s podezřením, že je její syn pohlavně zneužíván svým biologickým otcem, jako důvod svého podezření uvádí, že syn poslední 3 měsíce, vždy po návštěvě u svého otce, doma pláče, nechce, aby ho svlékala do naha, schovává před ní svůj penis a nechce, aby se ho v oblasti genitálií dotýkala, nejhorší problémy nastávají, když ho chce koupat.

Josef prý říká, že se ho „tam“ tatínek dotýká, sahá mu na „pindíka“ a taky chce, aby se dotýkal tatínkova „pindíka“ a hladil mu ho. Matka tvrdí, že se výrazně zhoršil vztah syna k jejímu novému partnerovi, syn ho odmítá, nechce, aby se k němu přibližoval. Prý má taky „pindíka“ a nechce, aby na něho taky sahal. Matka se domnívá, že její bývalý manžel pohlavně zneužívá jejich syna. Uvádí, že v poslední době začal syn měnit své chování k otci, odmítá k němu chodit na návštěvu, pokaždé prý pláče, že k tatínkovi nepůjde a říká, že je na něho tatínek zlý a dělá mu ošklivé věci. Otec veškerá nařčení razantně odmítá a domnívá se, že bývalá manželka se dozvěděla, že chce syna získat do vlastní péče a proto si vymyslela toto obvinění, aby mu soud jeho žádost zamítnul. Je ochoten se podrobit všem potřebným vyšetřením a souhlasí s navrženým postupem odborníku v DKC.

III. OSOBNÍ ANAMNÉZA

Komplikovaný porod, nižší porodní váha u dítěte. Dítě po celou dobu s matkou na mateřské dovolené, žádné závažné zdravotní problémy během tohoto období nejsou zaznamenány. V poslední době matka udává občasné pomočování, hlavně v noci, plačtivost a pocity úzkosti. Jemná i hrubá motorika odpovídá věku dítěte, komunikační schopnosti jsou na věk dítěte velmi dobré. Na svůj věk vykazuje známky vyššího intelektu. Komunikuje rád s okolím, je přizpůsobivý, neprojevují se u něho sklony k agresivnímu chování, je klidný. Při prvním kontaktu je zakřiknutý a nesmělý, ale postupně dochází k výrazné změně a k okolí se chová velmi mile a komunikuje dobře. Rád používá při vyprávění svou fantazii, často se ztotožňuje s postavami z pohádek. Oblíbená postava je krteček.

IV. TERAPIE

Dle zdrojů DKC (2004) se jedná o jeden z případů, kdy je těžké jasně sdělit, zda došlo k sexuálnímu zneužívání. V průběhu mé praxe na daném pracovišti byl tento příběh teprve na svém začátku. Jedna z možných variant, dle pracovníků DKC, je i verze, že sy CAN lze zneužít. Děje se tak v situacích, kdy se jedná o rozvodové či porozvodové úpravy péče o dítě. Je skoro k nevíře, že dospělá osoba je ochotna zajít až tak daleko, aby využila jeden z nejděsivějších životních zážitků pro svůj boj. Netvrdím, že v tomto příběhu to tak bude, ovšem cítím potřebu tento fakt zveřejnit a pojmenovat.

Domnívám se, že by měla být nabídnuta rodinná terapie. Toto své tvrzení opírám o fakt, že dítě je v rodinném systému, který má problém s komunikací. Rodina je v situaci, kdy sy CAN může být účelově zneužit v kontextu partnerské krize. Předpoklad, že rodina je

system na sebe navazujících subsystemů (Reiger, Vyhnálková, 1996) mi tak nabízí prostor pro formu rodinné terapie: partnerská terapie. Partnerský systém je důležitou částí rodinného systému (Kondáš a kol., 1985) a je třeba nejdříve pracovat s tímto subsystemem. I s ohledem na věk dítěte, které má minimální možnosti do tohoto subsystemu zasahovat a vyčkává, co bude dále. Je závislé na daném subsystemu a tím může být paralyzováno.

V. SHRNUTÍ ÚDAJŮ

- komplikovaný porod, nižší porodní váha
- 2005 – krize v rodině z důvodu přestěhování se do nového bydliště
- otec často v zaměstnání
- 2006 – nový partner matky, odchod biologického otce k rodičům po nastěhování nového partnera do společného bydliště
- 2006 – matka podává žádost o rozvod
- domluva na návštěvy u otce – 1 den v týdnu po dobu 8 hodin
- 2007 – rozvod
- 2007 otec žádá o svěření syna do péče
- 2007 – podezření matky z pohlavního zneužívání syna biologickým otcem a návštěva DKC
- 2007 – září – příprava na nástup Josefa do školky.

ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo popsat a poskytnout informace o syndromu CAN. Pozornost jsem soustředila na formy syndromu CAN a především na péči o oběti daného syndromu.

Doufám, že skladba práce je logická, čtivá a srozumitelná. Práce mi pomohla ujasnit si své myšlenky, pocity a tápání k danému tématu. Je pravdou, že toto téma ve mně zanechává smutek a bezradnost. Vztek na omezenou možnost společnosti reagovat ihned na informaci o týraném dítěti. Omezení, která ovšem zároveň chrání i osoby nařčené účelově z tohoto jevu. Ano, i toto je realitou pracovníků z Dětského krizového centra. Téma, které samo o sobě je deprimující a má negativní vliv na zdravý vývoj oběti, je zneužíváno v prospěch, ovšem, zase dospělého. Moc pro dospělého je opravdu fascinující záležitostí.

Součástí práce jsou i mé osobní připomínky a náměty. Práci jsem věnovala dostatečnou pozornost, studium odborné literatury a porovnávání faktů mi přineslo novou zkušenost. Díky této práci jsem se dozvěděla, a byla jsem schopna popsat, jednu z životních etap dítěte, která je plně v moci dospělého. Doufám, že práce bude pomocnou příručkou pro další studenty, kteří budou mít zájem o dané téma.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BALCAR, K. *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Praha: SPN 1983.
- BECHYŇOVÁ, V.; BUBLEOVÁ, V. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. Praha: Ireas, 2007. ISBN 978-80-86684-47-5.
- BENTOVIM, A. *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-629-3.
- ČÁP, J. *Psychologie výchovy a vyučování*. Praha: Univerzita Karlova, 1997. ISBN 80-7066-534-3.
- ČERNÁ, P. *Rozvod, otcové a děti*. Praha: Eurolex Bohemia, 2001. ISBN 80-8643-211-4.
- DUNOVSKÝ, J. DYTRYCH, Z.; MATĚJČEK, Z. a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-192-5.
- DUŠKOVÁ, Z. aj. *Obraz problematiky týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte v letech 1992-2003*. Praha: Dětské krizové centrum, 2004.
- ELLIOT, J.; PLACE, M. *Dítě v nesnázích, prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0182-0.
- ELLIOTOVÁ, M. *Jak ochránit své dítě*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-034-0.
- GILLERNOVÁ, I.; BURIÁNEK, J. *Základy psychologie, sociologie*. Praha: Fortuna, 2003. ISBN 80-7168-749-9.
- GJURIČOVÁ, Š.; KOCOURKOVÁ, J.; KOUTEK, J. *Podoby násilí v rodině*. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-70214-16-3.
- HANUŠOVÁ, J. *Násilí na dětech – syndrom CAN*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-78-4.
- HANUŠOVÁ, J. *Závěrečná zpráva k projektu „Vzdělávání v ochraně dětí“*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007.
- HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-9.
- HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-198-3.

HORT, V.; HRDLIČKA, M.; KOCOURKOVÁ, J. aj. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. Praha: Ireas, 2007.

KONDÁŠ, O. aj. *Psychoterapia a reedukácia, učebnica pre filozofické fakulty*. Martin: Osveta, 1985. ISBN 70-034085.

KOUTEK, J.; KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování, současné poznatky o suiciditě a její specifika u dětí a dospívajících*, Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-732-9.

KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie neuros*, Praha: Avicenum, 1978.

LANGMEIER, J.; MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1974.

MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíce potřebují*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-272-0.

MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: SPN, 1992. ISBN 80-04-25236-2.

MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Slon, 2003. ISBN 80-86429-19-9.

MATOUŠEK, O.; KOLÁČKOVÁ, J.; KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MOŽNÝ, I. *Sociologie rodiny: její vývoj, teorie a základní problémy*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-75-3.

PELZER, D. *Dítě zvané "To"*. Praha: Columbus, 1999. ISBN 80-7249-004-4.

PEŠOVÁ, I.; ŠAMALÍK, M. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1216-4.

PEŠOVÁ, I.; ŠAMALÍK, M. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1216-4.

PONDĚLÍČEK, I. *Cesty k sobě i druhým*. Praha: MF, 1981. ISBN 23-002-81.

PÖTHE, P. *Dítě v ohrožení*. 2. vyd. Praha: G.Plus, 1999. ISBN 80-86103-21-8.

RIEGER, Z.; VYHNÁLKOVÁ, H. *Ostrov rodiny, Integrovaná příručka při práci s rodinou, příručka pro odborníky, konfrontace*. Praha, 1997. ISBN 80-901773-8-7.

- ROTGERS, F. aj. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-836-9.
- ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. aj. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-168-2.
- SCHWEIGHOFFEROVÁ, N. *Bylo mi dvanáct let*. Praha: Svoboda, 1994. ISBN 80-205-0395-1.
- SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-559-8.
- SPIPKOVÁ, J. *Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte – Agresivita očima dětí*. Praha: Dětské krizové centrum, 1997.
- ŠPECIÁNOVÁ, Š. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. Praha: Linde, 2003. ISBN 80-86131-44-0.
- VÁGNEROVÁ M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- VANÍČKOVÁ, E.; HADJ-MOUSSOVÁ, Z.; PROVAZNÍKOVÁ, H. *Násilí v rodině*. Praha: MPSV, 1995. ISBN 80-85529-17-3.
- VESELÁ, J. *Sociální služby poskytované seniorům v domácnostech*. Praha: VÚPSV, 2003.
- VIZINOVÁ, D.; PREISS, D. *Psychické trauma a jeho terapie*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-284-X.
- VÝROST, J.; SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1428-8.

PRAMENY

http://is.muni.cz/th/231116/fss_m/diplomova_prace.doc

Internetové stránky Dětského krizového centra: www.dkc.cz

Trestní zákon č. 140/1961 Sb.

Úmluva o právech dítěte – Zákon č. 104/1991 Sb.

Výroční zpráva Dětského krizového centra Praha 2007

Zákon o rodině č. 94/1963 Sb.

Zdravotnické noviny, 2008 – Biskup, P. a kol., Dětský domov Strančice