

# **Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě**

**Dunovský J., Dytrych Z., Matějček Z. a kol.**

**Grada Publishing, Praha.**

**1995**

Upraveno Lucíí Gruberovou, úprava neobsahuje obrázky.

# Obsah

Předmluva .....	5
Místo úvodu .....	6
<b>1 Co je to syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte .....</b>	<b>7</b>
(J. Dunovský)	
Vývoj pojmu .....	7
Příčiny .....	11
Interdisciplinární problém .....	11
Zjišťování .....	12
Názvosloví .....	13
Kulturní spjitosti .....	13
Definice .....	14
<b>2 Pohledy do minulosti .....</b>	<b>15</b>
(Z. Matějček)	
Z dnešního hlediska .....	15
Ohrožení rodičů a rodiny .....	16
Výběr pohlaví .....	16
Pomsta .....	17
Obětované děti .....	18
Hanba a společenský odsudek .....	19
Znetvoření .....	20
Posledních dva tisíce let .....	21
<b>3 Postavení dítěte ve společnosti a jeho právní aspekty .....</b>	<b>23</b>
(J. Dunovský)	
<b>4 Tělesné týrání dítěte aktivní povahy .....</b>	<b>27</b>
(J. Spilková, J. Dunovský)	
Tělesná poranění a postižení orgánu a funkcí .....	28
1. Zavřená poranění .....	28
2. Otevřená poranění .....	31
3. Mnohočetná zranění .....	34
Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy) .....	35
Úloha pediatra .....	36
Sexuální zneužívání z pohledu dětského lékaře .....	37
Zanedbávání péče .....	38
Poúrazové stresové obtíže .....	38
<b>5 Tělesné týrání pasivního charakteru .....</b>	<b>41</b>
(J. Dunovský)	
Porucha v prospívání dítěte neorganického původu .....	41
Nedostatek zdravotní péče .....	43
Nedostatky ve vzdělání a výchově .....	43
Nedostatek příštířeší, ošacení a ochrany .....	44
Děti vykořisťované .....	44
<b>6 Psychické týrání .....</b>	<b>45</b>
(J. Procházková, J. Spilková)	
Šikana .....	48
<b>7 Sexuálně zneužitá děti .....</b>	<b>49</b>
(H. Halfarová)	
Vývoj pojmu .....	49
Syndrom přízpůsobení .....	50
Formy sexuálního zneužívání .....	52
Příčiny .....	55
Jaké děti se stávají snadnějším cílem sexuálního zneužívání? .....	56

Příznaky a projevy sexuálně zneužitých dětí .....	57
Diagnostika sexuálně zneužitých dětí .....	59
<b>8 Zanedbanost a zanedbávání.....</b>	<b>61</b>
(Z. Matějček)	
Zanedbanost a psychická deprivace.....	61
Krajní případy zanedbanosti .....	62
Zanedbávání dětí v rodině .....	63
<b>9 Zvláštní formy CAN.....</b>	<b>66</b>
(J. Dunovský)	
Systémové týrání (druhotné zneužívání a ponižování) .....	66
Organizované zneužívání dětí.....	67
Rituální zneužívání .....	70
Sexuální turismus .....	71
Münchhausenův syndrom by proxy (v zastoupení) .....	71
<b>10 Předcházet je lépe než léčit .....</b>	<b>72</b>
(Z. Matějček)	
Primární prevence.....	72
1. Zaměřené působení na širokou veřejnost .....	73
2. Zaměřené působení na rodiče (a jiné vychovatele) nyní i budoucí .....	74
3. Zaměřené působení na odborné pracovníky a veřejné činitele.....	75
Sekundární prevence.....	76
Riziková dospělí, rizikové děti, rizikové situace .....	76
<b>11 Duševní poruchy dospělých a dětí.....</b>	<b>80</b>
(Z. Dytrych)	
Psychózy.....	81
Psychické poruchy spojené s porodem a šestinedělím.....	85
Neurózy .....	86
Poruchy osobnosti – psychopatie.....	90
Psychické poruchy spojené se zneužíváním alkoholu a jiných látek vzbuzujících závislost.....	95
<b>12 Děti v ohrožení.....</b>	<b>98</b>
(Z. Matějček)	
Děti, které přitahují násilí .....	98
1. Děti, které dospělého vyčerpávají.....	98
2. Děti s málo pochopitelným chováním .....	100
3. Děti, které nesplňují očekávání rodičů.....	102
<b>13 Rizikové životní situace a psychické strádání dítěte .....</b>	<b>104</b>
(Z. Dytrych)	
"Když děti mají děti" .....	105
Narození poškozeného dítěte.....	107
Nechtěné děti .....	109
Děti narozené mimo manželství .....	111
Dítě a rozvod rodičů .....	113
1. Zanedbávání .....	114
2. Týrání .....	115
3. Zneužívání – manipulování .....	115
Dítě a nevlastní rodič.....	117
Rodina v mimořádných situacích .....	121
<b>14 Výskyt syndromu CAN.....</b>	<b>123</b>
(J. Dunovský)	
Výskyt syndromu CAN .....	123
Šetření u nás .....	126
Registrace CAN policií.....	127
Orientační studie.....	128

<b>15</b>	Zjišťování (detekce) syndromu CAN a jeho registrace .....	135
	(J. Dunovský)	
	Ohlášení.....	136
	Diagnostika.....	137
	Potvrzení nebo vyloučení diagnózy .....	138
	Vyhledávání.....	139
	Registrace syndromu CAN .....	141
<b>16</b>	Právní zajištění dítěte s CAN .....	142
	(Z. Sovák)	
<b>17</b>	Problematika soudně-znaleckého posuzování týraného dítěte .....	154
	(I. Bouška)	
	Problematika letálních případů týraného dítěte .....	155
	1. Usmrcení novorozence matkou – neonaticidium .....	156
	2. Infanticidium .....	156
	3. Syndrom týraného dítěte.....	157
	4. Zanedbávání péče o dítě .....	158
	5. Euthanasie .....	159
	6. Vražda (dítěte) - sebevražda (rodiče) .....	159
	7. Vražda .....	159
<b>18</b>	Dítě jako svědek .....	160
	(J. Procházková)	
<b>19</b>	Úloha sociálního pracovníka při řešení syndromu CAN .....	163
	(H. Karabelová)	
<b>20</b>	Léčba dětí postižených syndromem CAN.....	166
	(J. Dunovský)	
<b>21</b>	Psychoterapeutická intervence .....	170
	(V. Mašát)	
	Psychoterapie zaměřená na dítě postižené CAN .....	170
	Interdisciplinární spolupráce .....	171
	Formy terapeutických intervencí .....	171
	Psychoterapeutický postup .....	173
	Vstupní rozhovor .....	173
	Znalost rodinné anamnézy .....	176
	Plán krizové intervence .....	176
<b>22</b>	Péče o dítě postižené syndromem CAN .....	178
	(J. Dunovský)	
	Systémové uspořádání a zajištění péče o děti se syndromem CAN.....	182
	Místo závěru .....	186
	Literatura.....	188

**VĚNOVÁNO VŠEM DĚTEM, KTERÉ TRPÍ VINOU DOSPĚLÝCH**

## Předmluva

Naše století přineslo řadu převratných změn v postavení dítěte ve společnosti, v chápání jeho potřeb, požadavků a práv i v jejich uplatňování. Současně mu však přineslo mnoho nezměrného utrpení a strastí, a to nejenom v nejkřutějších válkách, ale i v bídě rozvojových zemí a často i v místech největšího blahobytu.

Jedním z největších nebezpečí pro dítě - jak se od poloviny tohoto století začíná stále výrazněji projevovat - je jeho týrání, zneužívání a zanedbávání, tedy ubližování v nejrůznější podobě. To vyústí uje někdy až v jeho zahubení. Proti tomu vyhlásují stále soustředěnější boj jako první lékaři, především ze Spojených států. Tento boj rychle překročil nejenom hranice země, ale i bariery jednotlivých oborů. Z profesionální sféry se pak rozšířil do široké veřejnosti a promítl se i do aktivit legislativních, výkonných i politických, jak na úrovních národních, tak mezinárodních.

V tomto úsilí však naše země výrazně zaostala, ať již z důvodů objektivních (např. dřívější zřízení nepříznávalo tento problém, ba jej i zastíralo), anebo subjektivních (např. v obecném povědomí panovalo a panuje přesvědčení, že každému dítěti se daří dobře, je svými rodiči milováno a také, že tělesný trest, byť i krutý, patří ke správné výchově).

Nepomohly ani intenzivní snahy dětských lékařů, kteří v roce 1970 jako první u nás poukázali na závažnost tohoto problému. Začali se také - byť osamoceně - touto problematikou zabývat, když více než před dvaceti lety spolu s dětskými psychology zabránili rozšiřování kolektivní výchovy dětí na úkor jejich výchovy v rodinách.

Teprve po roce 1989 se tyto snahy mohly začít plně rozvíjet, a to i za stále významnější účasti dobrovolných aktivit. Významným podnětem pro další rozvoj boje proti jedné z hlavních příčin neradostného dětství, především z hlediska odborného, byla 3. Evropská konference pro prevenci syndromu zneužívaného a zanedbávaného dítěte, kterou jsme uspořádali v červnu 1991 v Praze. Na ni pak zcela logicky navázalo založení prvního odborného pracoviště zaměřeného přímo na problematiku ubližování dítěti u nás - Dětského krizového centra. Z jeho již tříleté činnosti jsme pak načerpali mnoho zkušeností a poznatků, které poskytly jedno z východisek k napsání této knížky.

Ty bezprostředně navázaly na klinickou práci i vědeckou činnost oddělení sociální pediatrie Dětské kliniky ILF v Praze Krčič a oddělení pro výzkum rodiny Psychiatrického centra v Praze i dlouholetou činnost v oblasti dětské a vývojové psychologie na několika dalších významných pracovištích. Předkládaná knížka věnovaná tak složitému jevu, jakým je syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, představuje spojení tří hlavních pracovních disciplín a oborů, jakými jsou sociálně orientovaná pediatrie, klinická psychologie, soustavně obohacovaná výzkumem a snahou po zobecňování, a sociální psychiatrie orientovaná na rodinu a její poruchy. Spojení tří autorů je zvláštní nejenom tím, že odpovídá vlastní povaze probíraného jevu a spolu s dalšími autory se snaží o jeho všestranné poznání a řešení, ale i tím, že je stvrzeno při vši rozdílnosti pohledů na život hlavních autorů knihy i jednotlivých odborností mnohaletou spoluprací a přátelstvím. To jim ostatně také dodalo odvahy, aby k tomuto úkolu společně přistoupili a pokusili se jej splnit.

Tato kniha je zvláštní - jako ostatně popisovaný problém sám - i rozdílností pojetí a zpracování daného tématu, ale i jeho podáním i stylem myšlenky i slova. Úmyslně jsme zvolili tento způsob.

Kniha se snaží respektovat nejenom dnešní stav poznání tohoto problému ve světě i u nás, ale i potřeby a předpoklady pro jeho náležité a účinné řešení. Pro ně také hledá cesty a způsoby a usiluje nastínit další cesty pro bližší i vzdálenější budoucnost.

Jedním z iniciátorů vydání knihy bylo nakladatelství GRADA, zvláště pak MUDr. Evžen Fabian a MUDr. Petr Bouzek. Chceme jim touto cestou za jejich zájem, který je především zájmem humánním, poděkovat.

Publikace by ale nemohla být vydána, kdyby se jí nedostalo výrazné podpory Ministerstva zdravotnictví ČR. Hlavní hygienik ČR MUDr. Jiří Vytačil vyhověl doporučení výběrové komise a z prostředků, které jsou věnovány na preventivní a intervenční programy, uvolnil finanční dotaci. Významnou roli zde sehrálo velké pochopení PhDr. Zdeňky Dvořákové. Oběma chceme velmi poděkovat a doufáme, že jejich představy o smyslu, cílech i preventivní účinnosti této publikace budou naplněny. S tím úzce souvisí otázka, pro koho je vlastně určena. Chtěli bychom, aby se v co největší míře dostala do rukou všech odborných pracovníků i laiků, kteří se nejrůznějším způsobem s danou problematikou setkávají či do ní nějak zasahují. Jde nám především o pediatry a pedopsychiatry, o sociální pracovníce, poradenské psychology, ale také o učitele mateřských, základních a středních škol a řadu dalších profesí.

Chtěli bychom dále poděkovat našim obětavým technickým asistentkám Karle Topičové a Jitce Mlčochové za jejich práci při přepisu a technickém uspořádání rukopisů.

Chtěli bychom vyslovit přesvědčení, že ti, kterým se dostane publikace do rukou, se z ní v něčem poučí, lépe se v problematice zorientují a možná že dostanou inspiraci a dostatečnou motivaci k tomu, aby týraným, zneužívaným a zanedbávaným dětem bylo ještě více a účinněji pomáháno.

Autoři

## **Místo úvodu**

Rodinné společenství a péče o dítě jsou pro lidstvo nutností. Bez ní by nepřežilo.

Během vývoje lidstva tato přírodní a biologická nutnost nabyla také formu mravní zákonitosti.

Vědomé ubližování dítěti, ať fyzické nebo psychické, je tedy, bohužel, selhání přírody a mravního zákona v nás!

# 1 Co je to syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

Článek 8.

Pospolu, naše národy mají prostředky i znalosti, aby ochránily život dětí a nesmírně zmenšily jejich utrpení a aby zajistily plný rozvoj jejich lidského potenciálu a umožnily jim uvědomit si své potřeby, svá práva a své možnosti. Úmluva o právech dítěte poskytuje novou příležitost, aby práva dětí a jejich prospěch byly obecně respektovány. Světová deklarace o přežití, ochraně a vývoji dětí.

New York, 30. září 1990

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, obecně označovaný v anglosaské literatuře jako Child Abuse and Neglect (CAN) a odtud převzatý i do naší terminologie, je soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti, v rodině především. Jsou výsledkem převážně úmyslného ubližování dítěti, způsobeného nebo působeného nejčastěji jeho nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči. Jejich nejvyhraněnější podobou je úplné zahubení dítěte.

Jde o syndrom se značně různorodými jevy, jak co do příčin, mechanismů, tak co do charakteru, závažnosti i dopadu na život dítěte a jeho nejbližšího i vzdálenějšího prostředí. Současně však zdaleka nejde jenom o jednostranný akt ze strany jejich původce či pachatele (abusora), ale o zvláštní interakci všech zúčastněných osob, složek a podmínek, v nichž tento proces probíhá. Je přitom více či méně určen společensko-kulturním vzorcem vztahů dospělých a dětí, postavením rodičovství a jeho významu ve společnosti. Dále jeho právní úpravou, vyúsťující v hodnotu dítěte v ní, a samozřejmě osobností rodičů. Vedle těchto a celé řady biopsychosociálních faktorů daného prostředí není bez významu ani osobnost dítěte samého a jeho zvláštnosti či odchylky, které se podílejí na závažnosti poškozujících nebo ničících aktivit (či škodících neaktivit) dospělých, jeho schopnosti jim čelit či naopak jim nadměrně podléhat.

## Vývoj pojmu

Syndrom CAN, jeho složitost i různorodost lze sledovat především v jeho vývoji. V této souvislosti je třeba vzít v úvahu, že se zvyšujícím se chápáním dětství jako specifického vývojového období člověka, s jeho zvláštními potřebami, požadavky i právy, byla též popřena dřívější obecná představa, že s dítětem je možno zacházet podle vůle až svévole dospělých a že každý rodič své dítě miluje, náležitě se o ně stará a sleduje jeho prospěch. Přitom stále jasněji vystupuje do popředí, že každé nedostatečné uspokojení potřeb dětí přináší závažné ohrožení jejich zdraví a dobrého rozvoje. Nejobávanější je však možnost jeho zabití, fyzické likvidace. Proto se také válečný konflikt pro děti jeví jako nejnebezpečnější vůbec.

To vše se promítlo již v minulém století do snah společnosti, státu, samosprávy a rovněž dobrovolných organizací hledat a uplatňovat způsoby a formy péče o děti a jejich ochrany před takovýmto zacházením. Z prvních takových dobrovolných organizací byla Národní společnost prevence proti krutostem na dětech, vzniklá v r. 1883 v Liverpoolu a v r. 1884 v Londýně (Lynch, 1985). Dnes představuje významnou instituci a je modelem pro celou řadu dalších dobrovolných organizací v této oblasti. Hlavní pozornost byla z počátku věnována především fyzickému násilí na dětech a jeho důsledkům, stejně tak jako vykořisťování dětí námezdní prací, nedostatečné péči a výživě.

Tak se začala formovat ve vývoji CAN jeho hlavní obsahová náplň - fyzické týrání. To se pak v zahraniční literatuře začalo označovat jako špatné zacházení či nepečování o dítě (mistreatment, maltreatment), jež později v r. 1962 pojmenoval Kempe z USA jako syndrom bitého dítěte (Battered Child Syndrome). Současně se však na jeho základě rozvinul převratný přístup k chápání tohoto jevu v nejširší veřejnosti a prosadilo se postupné přijímání zákonů o povinném hlášení týrání dítěte v jednotlivých státech USA. Současně napomohl k hlubšímu a širšímu vnímání násilí na dětech i v dalších oblastech života dítěte a společnosti. To vyústilo v nový, širší pojem syndromu Child Abuse, čili zneužití dítěte. Ještě předtím rozlišili Caffey (1946), Silvermann (1953) a další složité poranění dětí (četné zlomeniny žeber, lopatek, nitrolební krvácení apod.) od následků úrazů a označili je jako non-accidental injuries (NAI) - tj. neúrazové, úmyslné poškození v rámci krutého zacházení s dítětem.

Jako základní příčinný mechanismus tohoto jevu byla po dlouhých rozpacích potvrzena nezvládnutá agrese proti dítěti, vydanému často na milost i nemilost "svému" agresivnímu dospělému pečovateli. Tuto agresi mu umožňovala jeho nadřazenost nad dítětem, stvrzovaná obecným míněním i do jisté míry zákonnou normou (otcovská moc), na straně jedné a zvýšená zranitelnost a bezmocnost dítěte na straně druhé. Nikoli nevýznamnou roli zde hrají ovšem i závažné socio-ekonomické faktory v prostředí dítěte, jako chudoba, nezaměstnanost, devastace životního prostředí, špatné nebo žádné bydlení, nedostatek zdravotní péče, výchovy a vzdělání.

Posledně uváděné nepříznivé podmínky dětí a jejich rodin se pak významně začaly podílet na dalších formách fyzického týrání. Za ním však nestálo vždy jen fyzické násilí. Šlo již o nejrůznější akce proti dítěti (commission), ale i ne-akce či nedostatek aktivity (omission), tj. nedostatečnou péči, nenáležitě uspokojování jeho potřeb nebo opominutí (většinou záměrné) splnit alespoň základní předpoklady pro přiměřený rozvoj sil a schopností dítěte. Tak se už na samém počátku rozlišilo fyzické ubližování dítěti na aktivní formu, kde dítě je ohrožováno nebo poškozováno násilím v jeho nejrůznější podobě a dosahu, a na pasivní formu, při níž je dítě poškozováno hlavně v tělesné oblasti při nedostatečném uspokojování jeho životních potřeb.

Uprostřed těchto dvou hlavních forem tělesného zneužívání stojí vykořisťování námezdní prací, běžné ještě v minulém století, ale objevující se porůznu dosud.

S poznáváním tělesného týrání dětí se záhy ukázalo, že všechny tyto děti trpí i psychicky a emocionálně. Stávalo se tak zjevným, že je úzce spjata s duševním a citovým týráním, a to ve formě aktivní i pasivní. V aktivní podobě jde především o ponižování, nadávání, výsměch, zesměšňování dítěte (tzv. verbální, slovní abusus). Dále je sem možno zařadit nadměrné psychické tresty, šikanu, nucenou izolaci zvláště ve tmě, nahánění strachu až panické hrůzy dítěti, vedoucí k těžkým duševním škodám nebo až k sebevraždě.

V pasivní podobě pak jde o nedostatečnou stimulaci, zanedbávání základních duševních potřeb (psychická deprivace) i potřeb citových (nedostatek lásky, porozumění, identifikace apod.).

Poznání tohoto "pasivního" psychického a emocionálního týrání pak významně přispělo k formulaci druhé části syndromu CAN - tj. zanedbávání dítěte (Child Neglect), v bezprostřední návaznosti na pasivní formy tělesného týrání.



Problematicke aktivního tělesného zneužívání dítěte byla v minulosti věnována pozornost spíše v rámci šetření těch nejvážnějších poranění dětí a jejich vražd. Naproti tomu pasivní tělesné týrání, nedostatečná péče a zanedbávání, škody na stavu a vývoji dětí žijících v ústavech či nedobrych pěstounských rodinách byly vždy předmětem značného zájmu angažovaných odborníků i zaujatých laiků. Svědčí o tom bohatá historie i současnost péče o děti zbavené rodinného prostředí ve světě i u nás, teoretické práce o deprivaci v dětském věku, senzitivních stadiích nejtěžšího období a jeho významu pro celý život člověka i realizace praktických postupů v boji proti ubližování dětem. Ostatně naše cesta v boji proti deprivaci, nedostatečné péči a zanedbávání dětí v našich tzv. klasických dětských domovech (Langmeier, Matějček, Koch, Damborská, Poláčková, Mores, Zeman, Dunovský a další) je toho dokladem. Je také zajímavé, že tato cesta nás dovedla k přímému poznávání a řešení osudu týraného a zneužívaného dítěte na rozdíl od cesty většiny zemí západní Evropy a hlavně Spojených států amerických, které se dostávaly k zanedbanosti dětí právě prostřednictvím péče o děti týrané a zneužívané (Dunovský 1993).

Zanedbávání základních potřeb dítěte se děje nejčastěji v dysfunkční a hlavně afunkční rodině a nezbytně vyžaduje intenzivní dlouhodobou pomoc a řešení. Zde se otevřela řada nových otázek, jako je psychické přijetí dítěte, význam náležité péče a pozornosti k ještě nenarozenému dítěti (např. fetální alkoholový syndrom), otázky vedení porodu a hlavně otázky vztahu k dítěti a péče o ně v nejtěžším období jeho života.

Syndrom zanedbávání dětí vede svým způsobem i k poznatkům o tzv. sekundární viktimizaci, což je druhotné poškození dítěte následným nadbytečným či vynuceným (a navíc často ještě necitlivým) vyšetřováním pro CAN, nebo i nevhodnými opatřeními terapeutickými či rehabilitačními (např. umístění dětí v dětských domovech a dlouhodobý pobyt v nich). Jde v podstatě opět o nerespektování základních potřeb dítěte, tentokrát již ve zvlášť vyhraněné situaci.

Tím se také dostáváme k dalšímu velmi komplikovanému typu CAN - tj. k systémovému týrání dětí. To jde především na vrub všem nepatřičným zásahům v rámci řešení CAN, prováděným orgány, institucemi i jednotlivými odborníky vytvářejícími systém péče o dítě (např. nekoordinované, opakované vyšetřování dítěte a jednotlivých členů rodiny, její rozbití při "prosazování spravedlnosti" apod.).

Značný rozsah i proměnlivost syndromu CAN při jeho postupném formulování dále potvrzuje zahrnutí i sexuálního zneužívání dítěte do jeho sféry, jak se stalo na konci šedesátých a začátkem sedmdesátých let.

Ještě ve středověku bylo dítě často chápáno jako normální objekt sexuálních aktivit dospělých (např. rytířští panoši). Rovněž incestuální sňatky i nejbližších příbuzných (naposledy např. v rakousko-uherském domě) byly jediným možným způsobem, jak si udržet příslušnost k některým panovníckým rodům. Zde je rovněž třeba zmínit se o představě, že otec, ale i matka musí připravit své dítě řádně, tj. názorně a s náležitou instruktáží na sexuální život. Tato praktika se objevuje i při projednávání incestech až do dnešní doby - ba, bohužel, nalezl (JD) jsem její přijetí i v odborné literatuře ze sedmdesátých let tohoto století (Yates, 1978).

Východiskem tohoto procesu bylo násilí spojené se sexuální aktivitou, tedy znásilnění žen, nejčastěji psychopatickým agresorem. To se počalo zvolna přenášet od dospělých obětí na oběti adolescentní a pak až do nejtěžšího věku. Odtud se pak pozornost začala soustřeďovat na podstatně širší paletu sexuálních kontaktů, a to jak v jejich aktivních formách, také nazývaných dotekové, tak v pasivních (bezdotekových). Významně k tomu přispěly studie a šetření o výskytu sexuálního zneužití v dané populaci. Již první údaje, zvláště z anamnestických studií dospělých mužů a žen, ukazovaly, že sexuální zneužití se týká asi 10 % žen a 5 % mužů. V dalších šetřeních hodnoty stouply. V současné době dosáhly údaje o zasažení tímto zneužitím v dětství u žen až 60 % a u mužů 30 %. Tyto podíly se ukázaly v řadě zemí jako shodné či velmi si blízké. Odpovídají i u nás provedeným studiím (Raboč, 1995, Břicháček, 1993). I když je možno mít k

těmto anamnestickým šetřením výhrady (paměť údajných obětí, pojetí a rozsah sexuálního zneužití dětí, metodologický přístup k problematice

a zpracování dat apod.), vzbudily neobyčejné překvapení v odborné a později i nejširší laické veřejnosti. To vedlo k soustředěnému zkoumání tohoto jevu z hlediska vzniku, projevů, okamžitých i dlouhodobých následků ve vývoji postiženého dítěte. Prokázala se celá řada mnohdy rozporných i protichůdných charakteristik pachatelů, situací a podmínek pro jejich jednání i důsledků tohoto jednání pro život obětí. To jen dále potvrdilo tezi, že tento jev nelze nikdy měřit ani řešit podle jednoho schematu. Tak např. lze obtížně srovnávat sexuálně motivovanou vraždu dítěte cizí osobou s milostným incestuálním vztahem otce a dcery, která na něj čeká, až se vrátí z vězení, kam se dostal právě pro její zneužití.

Současně více než kdykoli předtím či kdekoli jinde se ukázala významnou skutečností intimita rodiny a obtížnost, ale mnohdy i odpor - a to i dokonce ve strategii a taktice institucionalizované péče a ochrany dětí a mládeže - zasahovat do jejího nitra. Tento závažný rozpor není ani v nové Úmluvě o právech dítěte plně vyřešen.

Sexuální zneužití dětí také významně rozšířilo pojetí a rozsah syndromu CAN, a to na straně jedné k organizovanému zneužití dítěte a na straně druhé k rituálnímu zneužití dítěte. (Zvláštním formám CAN je věnována zvláštní kapitola.)

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

**Tab. 1.** Formy a projevy syndromu CAN

## Příčiny

Dosavadní výklad o složitém vývoji obsahu a rozsahu syndromu CAN lze pokládat za určitý fylogenetický aspekt jeho vzniku a pojetí, čili z hlediska poznání tohoto jevu v časovém sledu. Současně je však třeba se zmínit i o jeho ontogenetickém aspektu, který by měl vyjádřit vlastní příčiny a mechanismy (etiopatogenezi) každého jednotlivého případu jakéhokoli ubližování dítěti. Zde je víceméně nutno uvést alespoň základní otázku, proč vlastně lidé, a nejčastěji jsou to rodiče, vůbec dětem ubližují a škodí jim. Odpověď lze obecně spatřovat ve snaze uspokojit nejrůznější nutkání, frustrace, tenze až vyslovené psychopatické sklony pachatelů, jak o nich budeme mluvit v této knížce dále podrobněji.

Z tohoto hlediska jsou zajímavé studie o přenosu takového špatného zacházení s dítětem z jedné generace na druhou. Jsou vyjádřeny téměř až sloganem, že týrané dítě je týrající rodič.

Dále je třeba zmínit se i o dětech samých, jejich zranitelnosti, vyplývající z jejich závislosti, bezmocnosti a snahy přizpůsobit se dané situaci, byť je pro ně velmi nepříznivá.

Touto problematikou se mimo jiné též zabývá C. R. Summit ve svých třech pracích, uveřejněných i u nás v roce 1992 v českém překladu (*Zneužívané děti*, 1992). Zabývají se sice problematikou sexuálního zneužívání dětí, včetně syndromu dětského přizpůsobení pohlavnímu zneužití, ale jejich závěry platí i pro děti postižené CAN obecně.

## Interdisciplinární problém

Syndrom CAN je nutno chápat jako multifaktoriální společenský jev, mající nejen svůj prostorový a časový rozměr, ale i svůj různorodý rozměr věcný. Toho se chápou různé vědecké disciplíny zabývající se dítětem. Proto jeho poznávání, zjišťování, terapie a rehabilitace, včetně předcházení, je po výtce záležitostí interdisciplinární. V daném okamžiku může převažovat snad ten nebo onen přístup či obor, ale vždy musí dojít k pokud možno jednotnému, byť vnitřně diferencovanému závěru. Ten jednak buď potvrdí, nebo vyvrátí podezření (nebo se k němu aspoň vyjádří), jednak stanoví základ či východisko pro další postup terapeutický, popř. represivní až trestní. Tak např. odhalení těžkého fyzického ubližení dítěti bude jak diagnosticky, tak terapeuticky v první řadě věcí medicínskou a teprve následně psychologickou, sociální i trestně a civilněprávní. Obdobně při psychickém a emocionálním týrání dítěte bude převažovat psychologický a sociální aspekt, k němuž se pak bude přiřazovat aspekt lékařský, právní, sociálně-ekonomický a další. A tak by tomu mělo být ve všech ostatních případech. Výstupem takového interdisciplinárního přístupu však musí být onen právě zmíněný, pokud možno jednoznačný závěr, který je však vždy učiněn až po řádné a rovnocenné účasti všech příslušných odborníků při plné odpovědnosti nositele toho či onoho oboru, jehož problematika v dané situaci převažuje, anebo při odpovědnosti koordinátora, který vzhledem ke své připravenosti a zkušenosti je schopen vidět věci komplexně a také prosadit potřebná opatření a stát za nimi.

Vždy je však třeba chápat syndrom CAN jako velmi složitý společenský jev, do něhož se promítají či se na něm účastní více či méně všechny oblasti života člověka, rodiny i společnosti. Mnohdy je chápán převážně jen jako těžká porucha ekologie rodiny (Agatonos, 1991) u vědomí, že právě ona je nejčastějším místem i příčinou tohoto syndromu a v ideálním případě i místem a činitelem jeho nápravy.

Vrátíme-li se zpět k vývoji poznávání syndromu CAN, vidíme, že jej velmi často otevírali lékaři. Poznávali tento jev nejčastěji podle neobvyklosti zranění a z rozporu s předkládaným vysvětlením útočníka či svědka útoku (manželka, přítel aj.), většinou přitom dlouho rozvažovali oznámit je jako následek násilí na dítěti nebo hrubého zanedbávání. I když jej pokládali za svůj problém, byli si však vždy vědomi, že

nejsou nikdy schopni jej sami vyřešit. Tak se také ve většině zemí - a také v naší - významnou měrou zasloužili o povinnost hlášení takového skutku na dítěti či jen podezření na něj a vzbudili velkou odezvu veřejnosti (např. Kempe v šedesátých letech v USA přijetím zákonů o týraném dítěti).

Naproti tomu tím, že syndrom CAN znamená nejen přestupek proti morálním normám, ale i přestupek proti zákonu, je často chápán jen jako trestný čin, kterému je pak nutno vše podřídit - to znamená vyšetřit, dokázat, obvinít pachatele, odsoudit jej a potrestat. A tak také naplnit právo a snad i spravedlnost.

Ovšem zdaleka tak tomu není. Trestněprávní aspekt a punitivní, čili trestající, řešení daného případu je jen možnou součástí celého problému (Agatonos, 1991, Marneffe, 1991, Dunovský, 1993). Proto účast orgánů činných v trestním řízení musí být řádně zvažována při každém jednotlivém případě. Stane-li se součástí řešení syndromu CAN, měla by i jejich účast být vždy ve znamení pomoci nejen oběti samé, ale celému jejímu společenství. Stále více se totiž proti kriminalizaci tohoto činu, odplatě a trestu prosazuje psychologická a sociální podpora a pomoc postiženému i jeho rodině. A to také proto, že týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte nelze ve skutečnosti jako zlo opět zlem napravit. O tom, že tento postup je možný a schůdný, svědčí zkušenosti a praxe "důvěrných" lékařů v Holandsku a hlavně v Belgii, kde je 95 % případů CAN řešeno bez účasti policie či soudů (Marneffe, 1991).

## Zjišťování

Pro samotnou identifikaci CAN musí být splněna jedna ze základních podmínek. Tou je příčinná souvislost mezi aktivitou pachatele vůči dítěti a přímými i nepřímými následky této aktivity pro stav a vývoj dítěte nebo jednotlivé oblasti jeho života. Zjistit tento vztah znamená potvrzení i příslušné diagnózy CAN.

Ostatně pochopení této souvislosti bylo v historii syndromu CAN jedním z nejtěžších problémů vůbec. Ještě v polovině našeho století se i při velmi bizarních poraněních dítěte hledaly jejich příčiny spíše v jeho vrozené nedostatečnosti a zranitelnosti, např. ve zvýšené lomivosti kostí, prodloužené srážlivosti krve a zvýšené krvácivosti, nedostatečnosti tkání či v následcích poranění po porodu atd., a nikoli v následcích násilí, přicházejícího nejčastěji od těch nejbližších, tj. od rodičů.

Značný rozsah syndromu CAN, jeho forem a projevů je též spojen s obtížemi kvantifikovat tento jev. O této složité problematice bude pojednávat zvláštní kapitola.

Zde je možno uvést, že v současné době se odhaduje výskyt syndromu CAN na 1 - 2 % ročně z celkové dětské populace ve všech jeho podobách. Neustále však narůstá podíl sexuálního zneužití, a to proto, že se tomuto zneužívání dětí věnuje zvýšená pozornost, a ne snad jen proto, že by ho skutečně přibývalo.

U nás jsme dosud nezavedli celostátní evidenci, i když je připravena a v experimentální podobě již vyzkoušena. Za rok 1994 se podařilo zjistit a projednat něco přes 1000 případů na Orgánech péče o rodinu a děti. A již delší dobu je něco kolem 1000 případů ročně v šetření policie (avšak bez uvádění jeho výsledků).

Z toho tedy vyplývá, že syndrom CAN ani ve své kvantitě zdaleka není nezanedbatelný, zvláště když vezmeme v úvahu, že více jak 1 % dětí u nás žije mimo rodinu, bohužel stále ještě ve značném množství v ústavech, že asi 15 % dětí žije s jedním rodičem, nejčastěji matkou, a že téměř 30 000 dětí ztratí ročně jednoho svého rodiče rozvodem atd.

## Názvosloví

V literatuře převládá anglická terminologie. Zahrnula pod pojem "zneužívání" prakticky veškeré formy násilí, agrese či aktivní nedostatečné péče (např. izolace dítěte ve tmě či nucení dítěte zvyknout si na nové prostředí). Převládlo poznání, že v podstatě jedna forma více či méně vyvolává druhou, či je s ní bezprostředně spojena. Dítě je tak poškozováno v řadě oblastí svého života.

"Zanedbávání" zachycuje především všechny škodlivé formy "ne-péče" o dítě se všemi nepříznivými důsledky pro jeho život a vývoj jak v oblasti tělesné (neorganická porucha prospívání), tak psychické a emocionální (deprivace v dětském věku) i sociální (dítě na ulici, dítě ulice, děti toxikomanů). Jejich společným jmenovatelem je však vždy poškozování osobnosti dítěte, v nejzávažnějších případech pak i jeho zahubení. Kromě těchto smrtelně ohrožujících forem CAN nejzávažnější z hlediska aktuálních i dlouhodobých dopadů na dítě jsou některá specifická spojení, jako je např. závažné tělesné zneužití spolu se zanedbáváním a psychickým týráním anebo těžké psychické vydírání plné stresu, spolu s incestuálním sexuálním zneužíváním (soulož mezi blízkými příbuznými) apod.

V české terminologii jsme úmyslně ponechali tři základní označení, zdůrazňující na prvním místě týrání, spojené bezprostředně především s užitím síly vůči dítěti. Tento termín však přesahuje vlastní aktivní formy násilné povahy. Termín zneužití se v našem chápání (obdobně jako německé "Misshandlung") váže spíše na pohlavní zneužití, kde mnohdy ani bezprostřední násilí nemusí hrát roli. To někdy dokonce může být pro mladistvého sexuálního "abusora" staršího 15 let ve vztahu k vyspělé dívce mladší 15 let i překvapením. Vlastní pojem "zanedbávání" se pak v podstatě kryje s anglickou terminologií "neglect".

Naše zkratka odpovídající anglické CAN by tedy zněla TZZ - tj. týrání, zanedbávání, zneužívání. Neodvažujeme se ji však nově zavádět s ohledem na rozšíření termínu CAN ve světové i domácí literatuře.

## Kulturní spojitosti

Při úvahách o pojetí a významu syndromu CAN je nutno uvést i jeho otázky transkulturní a dějinné - tedy aspekty místa a času, v němž se sledovaný děj odehrává. Ne každý typ nepříznivého zacházení s dítětem je stejně chápán v tom kterém společenství a v té které době jako týrající, zneužívající či zanedbávající jednání.

Dokonce ani vraždy novorozeňat či postižených dětí se mnohdy a mnohde nehodnotí stejně. V antické Spartě se postižené děti zabíjely svržením z Teygetské skály a ve starém Římě byly házeny do Tibery či Cloaky maximy. Africké kmeny v době hladomorů zabíjely děti, odkládaly je do džungle apod. Jinde se děti pouštěly po vodě (Mojžíš, Pohádka o Plaváčkovi apod.).

Sám (JD) jsem zažil při návštěvě Etiopie v delegaci UNICEFu v roce 1984 v době sucha a hladu vyhazování novorozeňat za plot uprchlického tábora. Dokonce nám jedna matka vhodila kojence do džípu a utekla, jeden muž mi nabízel ke koupi svou ženu i s dítětem apod.

Ostatně i přístup k tělesným trestům je značně rozdílný od místa k místu i v časovém sledu. Ve Skandinávii je nyní nejen formálně zakázaný, ale mravně a někdy i trestně odsuzovaný. Naproti tomu u nás a v jiných státech Evropy, Asie a Afriky je stále tělesný trest významnou složkou výchovy ("škoda každé rány, která padne vedle"). Kde je pak při těžkých trestech hranice mezi výchovným opatřením a týráním?

Je třeba se zde ještě zmínit o problematice poškozování vnějšího genitálu – tak chlapeckou obřízku předkožky lze u Židů hodnotit jako rituální poškozování a u mnoha Američanů ještě v nedávné minulosti paradoxně jako poškozování zdravotní. Rovněž obřízka či excize velkých pysků stydkých u dívek

některých afrických kmenů patří do žádaných náboženských či společenských rituálů, ač představuje již skutečnou orgánovou devastaci. Znamená to tedy, že pojetí a chápání míry a závažnosti CAN je významně podmíněno makrosociálně i mikrosociálně, stylem života, hierarchií hodnot i fungováním jednotlivých společenských struktur, rodiny především. Ta je svým způsobem určujícím prostředím, ve kterém syndrom CAN nejčastěji vzniká a udržuje se.

## Definice

Pro konečnou formulaci diagnózy syndromu CAN se zřetelem k jeho vnitřní složitosti v čase i prostoru i k jeho důsledkům pro jeho oběti nutno uvést několik základních kritérií:

Především jde o nenáhodný děj či situaci, která je v dané společnosti nepřijatelná či odmítaná. Současně je preventabilní (tj. lze mu předcházet) a jeho důsledky pro stav a vývoj dítěte by měly být bezprostředně spjaty s příčinami a mechanismy, které jej vyvolaly.

K tomu je nutno přiřadit způsoby vzniku CAN: je to jednak akce, útok, násilí v jakékoliv formě, nejruznější manipulace s dítětem, jeho uvádění do nezvyklých situací, a pak ne-akce, zanedbávání, izolace, nepečování, nesprávná a nedostatečná výživa, nedostatek zdravotní a výchovné péče, nedostatek bydlení atd.

Z hlediska vlastního dosahu nebo dopadu těchto aktivit či neaktivit na stav a vývoj dítěte je lze rozdělit, byť jen z didaktických důvodů, na oblast tělesnou (zlomeniny, popálení, tržné a řezné rány, otravy, různě závažné strukturální i funkční postižení včetně smrti) a duševní. Nepříznivé akce či ne-akce vůči dítěti se tak mohou dotýkat jeho duševní, duchovní a zvláště emocionální a sociální oblasti (psychické týrání, ponižování, vydíráání, nezáměrné atd.). A konečně nutno uvést zneužití pohlavní v jakékoli jeho podobě.

Ačkoliv existuje dnes již nepřehledné množství definic CAN, z nichž nejposlednější jsou uvedeny ve zvláštní publikaci Rady Evropy, pokusili jsme se vytvořit svou pracovní verzi definice, s níž také pracujeme.

Za týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte považujeme: jakékoliv nenáhodné, preventabilní, vědomé (případně i nevědomé) jednání rodiče, vychovatele anebo jiné osoby vůči dítěti, jež je v dané společnosti nepřijatelné nebo odmítané a jež poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popřípadě způsobuje jeho smrt.

## 2 Pohledy do minulosti

Amen pravím vám: Cožkoli jste činili jednomu z bratří těchto mých nejmenších, mně jste učinili.

Amen pravím vám: Čehož jste koli nečinili jednomu z nejmenších těchto, ani mně jste nečinili.

Evangelium podle Matouše 25, 40 a 45

### Z dnešního hlediska

Dnešní naše společnost vyrůstající z tzv. západní civilizace je nepochybně pedocentrická, tj. na děti zaměřená, děti chránící, děti vysoce hodnotící. Ve větší či menší míře to vlastně platí dnes o všech větších společnostech našeho světa. Toto století, kterému Miss Florence Kelley (1859 - 1932), americká sociální reformátorka a bojovnice proti práci dětí, vložila do vínku naděje, že bude "stoletím dítěte", končí vskutku mezinárodní Úmluvou o právech dítěte přijatou OSN v New Yorku 20. 11. 1989. Tuto Úmluvu možno pokládat za jeden z nejdůležitějších historických dokumentů o kulturní úrovni lidstva dosažené na samém sklonku druhého tisíciletí po Kristu. (To úmyslně připomínáme, neboť, jak dále uvidíme, právě křesťanství vneslo do kulturní historie dětství zásadní obrat.)

Dětství má zřejmě v obecné rovině v dnešní společnosti hodnotu, jakou nemělo nikdy dříve. Nedovedeme si už představit svět bez tak typicky "dětských" institucí, jako jsou např. školy, bez takových vědních oborů, jako je pedagogika, bez takových oblastí společenské praxe, jako je dětské lékařství. Dítě a dětství je předmětem umělecké tvorby, zákonodárství, politických programů. "Blaho dítěte" je společenským argumentem na úrovni osobní a rodinné i na úrovni mezinárodní a celosvětové. Představa dětí trpících válkami, revolucemi a jinými společenskými katastrofami čím dál více doléhá na lidské svědomí. Stala se dnes nejmocnějším činitelem v protiválečném tažení. Ostatně o mimořádné hodnotě dětství v dnešním světě vypovídá neklamně i to, že se ho zmocňuje, často nevybíravým způsobem, i reklama, průmysl, byznys a že těží z citového vztahu dospělých k dětem.

Cesta k dnešnímu postoji společnosti k dítěti a dětství byla ovšem dlouhá a zdaleka ne přímá. Při pohledu zpět jsme nutně sváděni či zaslepováni svou mentalitou lidí na konci dvacátého století. Avšak právě pohled zpět, kterého se nyní chceme odvážit, nám může napovědět, zdali a jak dalece jsme pokročili a kde se ve svém kulturním vývoji vlastně nacházíme. (Jak se ukáže, nemůžeme si příliš lichořit.)

Zásadně možno říci, že od pravěku po celý starověk a středověk lidé v nejširších vrstvách obyvatelstva (patrně s výjimkou vrstev nejvyšších) mají k narozenému dítěti asi takový postoj a přijímají je asi s takovou citovou investicí, jako přijímají dnes dítě sotva počaté. K zahubení dítěte narozeného se pak stavějí podobně, jako se staví dnešní společnost k umělému ukončení těhotenství. To, co v dnešní terminologii po pravdě označujeme za "vraždu" dítěte, to by patrně vystupovalo tehdy pod různými jemnějšími názvy.

Násilí vůči dítěti, včetně násilí krajního, tj. zahubení dítěte, můžeme pro přehlednost rozdělit do několika kategorií, které ovšem nemají vždy jasné časové určení, takže se různě překrývají a kombinují.

## Ohrožení rodičů a rodiny

Na první místo asi patří zahubení dítěte při ohrožení samotné existence rodičů, starších dětí či vůbec širšího rodinného společenství. Dítě se stává existenční přítěží v době hladu, nouze či jiného těžkého strádání. Do konfliktu se dostává instinktivní výbava člověka zaměřená k záchově rodu s instinktivní výbavou zaměřenou k záchově vlastního života - a pud po záchově vlastního života je silnější! A tak tedy podle přírodní zákonitosti platné od pravěku pro lidskou společnost (samozřejmě ne bez výjimky) má život dospělého přednost před životem dítěte a život dítěte staršího před životem mladšího. Starší dítě totiž s větší pravděpodobností samo přežije, a dosáhne-li již jednou určitého věku, je s ním méně práce a starostí, takže uvolňuje dospělé k shánění potravy a navíc třeba už i samo k obecnému blahu nějak přispěje. Narozené přespočetné dítě, někdy už i odrostlejší, je prostě odloženo, ponecháno bez pomoci, opuštěno na místě, odkud "jeho lidé" odcházejí, nebo i aktivně usmrceno.

To se děje přes to, že lidskému rodu je dáno do životního plánu, aby to byla především matka, kdo chrání své dítě, a aby to byl především otec, kdo chrání matku a dítě.

V přírodních podmínkách se děti rodily s odstupem přibližně 3 let, tj. v době, kdy starší dítě již dobře běhalo a bylo do značné míry soběstačné. V tvrdších podmínkách byl tento odstup 5 let, jak o tom svědčí ještě dnes např. praktiky Křováků v pouštích Jižní Afriky. Narození dítěte v nevhodném odstupu, popřípadě v době zvlášť velkého nedostatku a strádání, automaticky znamenalo zbavit se ho.

Z tohoto hlediska vždy byla ohrožena dvojčata, či aspoň jedno z nich. Praxe utrácení dvojčat byla patrně všeobecně rozšířena - její přetrvávání zachycují etnologové ve všech světadílech ještě v minulém století a v některých společenstvích dosud. Přijímání dvojčat jako zvláštního daru, milosti či božského požehnání a následkem toho zvláštní úcta prokazovaná jejich rodičům, to jsou zřejmě projevy už vyšší vyspělosti určité společnosti, jež je současně zajištěna i materiálně.

Že takovéto odkládání dětí z existenční bídy a nouze bylo běžné i v naší kulturní oblasti, o tom svědčí mezi jiným i ohlasy v pohádkách. Např. původní verze klasické pohádky O perníkové chaloupce zněla tak, že rodiče nemohli děti uživit, otec zavedl Mařenku a Jeníčka daleko do lesa, nechal je sbírat jahody a sám uvázal sekeru tak, aby ve větru narážela na strom a děti si myslely, že tatínek pracuje. Tak děti zabloudily a ztratily se. Že to pak dobře dopadlo a bylo po bídě, to už je povzbudivý pohádkový závěr. K této pohádce se váže moje osobní (ZM) bolestná vzpomínka ještě z předškolní doby. Objevil jsem totiž, že šlo o zradu a že se jí dopustili vlastní rodiče. - A dál už jsem se nad jakýmkoli vylepšeným zněním této pohádky nepříjemného pocitu nezbavil.

## Výběr pohlaví

Druhá kategorie nevídaných a zahubených dětí je blízká té předchozí - je však více "výběrová". Jestliže z nouze a existenčního ohrožení dospělých byly především utráceny děti právě narozené nebo děti nejmladší, možno v tom spatřovat univerzální přírodní mechanismus k regulaci populace. Jsou ale případy, kdy se tato regulace týká jen dětí jednoho pohlaví, tj. děvčátek.

Je mnoho dokladů o tom, že ve starověku, a to i ve společnostech vyspělých a ekonomicky zajištěných, se rodiny spíše zbavovaly novorozených holčiček než chlapečků. Na starých pohřebištích nacházejí archeologové nepoměrně méně koster děvčátek než chlapečků a méně dospělých koster ženských než mužských, ačkoliv při narození mají děvčátka co do počtu určitou mírnou převahu. L. DeMause (1994) shromáždil doklady, že poměr děvčat k chlapcům dosahujícím dospělosti byl v antice zhruba 100 : 400. Ve



středověku se tento rozdíl snížil na 100 : 140 a teprve v 17. století se v některých evropských krajích nachází vyrovnaný poměr pohlaví.

Existuje zápis z řeckého Milétu z doby 200 let př. Kr., že v 79 rodinách, které tam v jednom roce získaly občanství, bylo ze 146 dětí 118 synů a 28 dcer. Dva synové byli v řeckých rodinách pravidlem, tři občas, ale více než jedna dívka byla vzácností. I bohatí lidé se holčiček bez větších rozpaků zbavovali. Někteří spisovatelé té doby v tom vidí příčinu úbytku populace a zkázy řecké kultury. (Matějček, Langmeier, 1981, DeMause, 1994)

I když omezení počtu žen v populaci nutně vede k nižší porodnosti a je tedy rovněž účinným socioekonomickým nástrojem, nezdá se, že by to byl motiv jediný. Spolupůsobí tu patrně představa (zajisté nesprávná) o nadřazenosti mužského pohlaví v důsledku větší tělesné síly a výrazně aktivní role v aktu plození, asi i představa o rozhodujícím významu mužského "semene" v tomto aktu (viz tradice od dob Starého zákona skoro do současnosti). Ale spolupůsobí tu patrně i některé zcela praktické socioekonomické důvody.

V určité společnosti na určitém stupni vývoje (jako jsou právě malé a relativně bohaté antické městské státy) není zřejmě důležitý co největší počet jejích členů. Naopak, omezení tohoto počtu znamená větší jistotu, že se na všechny dostane více hmotných statků. Přitom však vysoce stoupá důležitost ochrany takového uzavřeného společenství. A k tomu je třeba většího počtu obránců, tj. mužů. Počítá se realisticky i s tím, že větší počet jich v bojích a válkách padne. A poněvadž - jak dnešní zkoumání v oblasti sociální psychologie přesvědčivě dokládá - je životní jistota jednou ze základních duševních potřeb lidského jedince i lidské společenské skupiny, jsou tu svým způsobem obětovány holčičky ve prospěch naplnění této potřeby.

Ještě o jednom způsobu jak se zbavovat přespočetných dětí se musíme zmínit. Byl praktikován od středověku až hluboko do novověku, a to tentokrát především ve vyšších společenských vrstvách. Bylo to svěření dítěte klášteru. Znamenalo zpravidla definitivní rozchod dítěte s domovem a tím osvobození tohoto domova od jeho výživy, současně však i hmotné zajištění dítěte a pro společnost omezení reprodukce. Postihovalo opět především dívky, neboť při větším počtu dcer ve šlechtické rodině jejich provdání, opatření věna atd. znamenalo příliš velkou ekonomickou zátěž.

## Pomsta

Nemohl jsem se dovědět, kolik hlav z toho rodu (Vršovci) bylo vydáno na smrt, protože nebyli zabiti ani jednoho dne ani na jednom místě. Neboť jedni byli vedeni na tržiště a jako hloupá hovada skoleni, jiní byli na hoře Petříně sťati, mnoho jich bylo povražděno v domech nebo na ulicích. Ale co mám říci o smrti synů Mutinových, jejichž smrt byla snad nad každou jinou smrt ukrutnější? Byli to hodní hošici, v tváři sliční, na pohled líbezní, jakých by ani bystrý umělec v bílé slonovině ani malíř na stěně nedovedl vypočítati. Neboť jsme je viděli, jak byli žalostivě vlečeni na tržiště, a slyšeli, jak častokrát volali: "Máti má, máti má!" až je oba krvavý kat, jako prasátka je drže v podpaží, podřezal nožem.

Kosmova kronika česká, k roku 1108

Třetí formou fyzické likvidace dětí, umožňovanou zvykovým právem a morálkou dřívějších dob, byla "pomsta nepříteli". Vybít mu děti, aby neměl potomstvo! Tím je odstraněn z tváře země a zničen jednou pro vždy.

Svědectví o takovémto počínání najdeme v nejrůznějších historických dokumentech, najdeme je ve Starém zákoně, v bájích a pověstech kdekterého národa, a ovšem i ve společenské praxi těch velkých či malých společenských skupin, jež propadly představě o své pravdě, své spravedlnosti a své nadřazenosti.

Dobytí města nezřídka končilo vybitím dětí, aby se snížila možnost příští pomsty, až by tyto děti jednou dorostly. Ohlasy této praxe můžeme vidět ve "vraždění nevíňátek v Betlémě" zobrazovaném tak často a realisticky malíři gotickými, renesančními i barokními. Dovíme se o tom u W. Shakespeara v Richardu III., který v Toweru dá zahubit nevinné děti svého protivníka. Dovíme se o tom v kronikách i ruských letopisech. Politické dějiny světa jsou toho plné.

Stačí např. otevřít naši Kosmovu kroniku psanou na začátku dvanáctého století a dočteme se, jak zlý Durynek přináší knížeti Neklanovi hlavu malého synka jeho luckého nepřítele Vratislava v blahé naději, že se mu dostane knížecí odměny za takovéto hmatatelné zajištění knížecího bezpečí. Dovíme se o tom, jak Slavníkovci, bratři sv. Vojtěcha, byli vyvražďeni i se vším potomstvem a jak stejný osud zanedlouho stihl Vršovce. A jistě není vyloučeno, že i tajemná vražda Václava III. v r. 1306 v Olomouci byla spáchána asi z pomsty, aby rod Přemyslovců vymřel a tedy "zahynul".

Pozoruhodné v této souvislosti je zjištění, které uvádí Ph. Ariès (1960) a které podporují i jiní kulturní antropologové, že během 11. a 12. století došlo v evropské kultuře k pozoruhodnému "přilivu emocijality" a že se to projevilo především v tom, jak se o dětech psalo (viz právě náš Kosmas) a jak se děti zobrazovaly (viz naše gotické madony). Uvádí se, že jde o vliv tzv. otonské renesance, jež se šířila z německého císařského dvora. Současně jde ovšem o dobu, kdy křesťanství v našich zemích nejen zapustilo kořeny, ale stalo se konečně rozhodujícím činitelem i v soukromém životě obyvatelstva. Tak si snad nejspíše můžeme vysvětlit, že o dětech Kosmas mluví s tak vřelým citovým zaujetím a o jejich vraždách - ať už jde o děti přátelské nebo nepřátelské - s lítostí, soucitem a s pohoršením.

Ještě jiný pohled na děti jako dědice a budoucnost rodiny, rodu či národa nám však nabízí Josefus Flavius ve své Válce židovské. Popisuje dobývání jednotlivých pevností a pak Jeruzaléma římským vojskem v sedmdesátých letech po Kr. a zřejmě věrohodně líčí drastické scény, kdy v situaci již beznadějně otcové rodin vyvádějí své děti na hradby a tam je sami usmrtí. Sami a z lásky učiní to, co by jinak učinil nepřítel z pomsty a nenávisti.

Nejsme však zajisté daleko od pravdy, když mentalitu nadřazenosti a současně strachu, pomsty a nenávisti spatřujeme v ideologických základech vyhlazovacích koncentračních táborů, plynových komor a jiných hrůz druhé světové války, jež postihly miliony dětí, stejně jako v stalinských čistkách, hladomoru na Ukrajině, sovětském Gulagu, deportacích Tatarů, Litevců a jiných národů na Sibiř aj. A vidíme ji ovšem i v tzv. etnických čistkách a jiných praktikách válek zcela současných.

## **Obětované děti**

Za čtvrté musíme vzít v úvahu ještě jiné pojetí dítěte, které nezřídka vedlo k jeho záhubě - totiž dítěte jako "oběti". Toto pojetí předpokládá ovšem už vyšší hodnotu lidského potomstva, které jakožto cenný předmět se obětuje rozhněvanému božstvu na usmíření, získání jeho přízně, získání jeho ochrany, podpory apod. Dětské oběti v tomto smyslu jsou rovněž doloženy z nejrůznějších kultur a z různých dob, takže možno soudit, že šlo o praktiku takřka univerzálně rozšířenou. Děti se obětovaly před započatím válečného tažení či před jiným závažným podnikem - anebo se jejich obětování božstvu přislíbilo, jestliže onen podnik dobře dopadne. Mohlo jít o podnik celospolečenského významu, tj. válku např., ale také o podnik

zcela soukromý (zpravidla otcův), rodinný, obchodní či jinak společensky důležitý. V Kartágu např. (DeMause, 1994) na jednom z velkých hřbitovů z let 400 až 200 př. Kr. bylo nalezeno 20 000 uren, jež většinou obsahovaly kosti novorozenců, ale někdy i starších dětí, jež byly takto obětovány podle slibu daného před jejich narozením.

M. Balabán (1995) soudí, že pozitivním "pramotivem" oběti v náboženských soustavách starověku i dob novějších je touha po společenství s Bohem. Náboženský člověk (citujeme M. Balabána, 1995) vždycky tušil, že zvířecí, rostlinná či jiná (mimolidská) oběť patrně nepostačuje. Od samých počátků propadali lidé magii a byli okouzleni automatismem jejího působení. Přišli na obskurní nápad trvale si božstvo zavázat, ba ještě více: své božstvo vlastnit. Zároveň byli permanentně jati pochybnostmi, zda božstvu v důsledku jeho usilovné činnosti neubývá sil. Už při zvířecích obětech se náboženskému kolektivu vnucovala odkudsi myšlenka, že se božstvu musí dodat (tj. pravidelně dodávat) krev. Krev - to byl ve starověkém náboženském pojetí sám život. Účinnou metodou, zdálo se těm starým, bylo nabídnout božstvu lidskou oběť... Tak u Aztéků dosahovalo množství krvavých obětí, při nichž byli obětováni muži, ženy i děti, takových rozměrů, jaké neměly obdobu u žádných jiných amerických Indiánů. Lidské oběti byly považovány za oběť nejvyšší, která může jako jediná odvrátit zánik světa.

Ohlasem toho je zřejmě známý příběh Abraháma, který má obětovat Izáka na důkaz nejvyšší poslušnosti a důvěry v Hospodina. Příznačné ovšem je, že Hospodin takovou oběť nepřijímá a tedy pohanský kult dětských obětí odmítá. Týž motiv najdeme však i v řeckých bájích, kde ve válce proti Tróji vojevůdce Agamemnon obětuje svou dceru Ifigenii, aby usmířil bohyni Artemis. Ta ovšem stejně tak oběť nepřijímá a na oltář klade laň místo dívky.

Jiné ohlasy dětských obětí najdeme opět v pohádkách. Zlý drak či jiný netvor, jakožto představitel zkázy, musí být krmen a tedy dostávat novou a novou krev a nové a nové životy. Jsou mu jako výkupné obětovány postupně všechny děti z města (případně všechny panny), až dojde na princeznu. Lidé, včetně krále, obětují to nejcennější, co mají, tj. děti, aby usmířili zlé božstvo. Marně ovšem. Příznačné přitom je, že pohádka zachycuje emocionální a morální stav společnosti, kdy matky, otce a dospělé vůbec ani nenapadá, že by se mohli sami obětovat za děti.

Kostřičky dětí se nacházejí v základech nejrůznějších staveb. Svou čistotou a nevinností mají zřejmě odpudit zlé mocnosti, které by mohly škodit obyvatelům onoho domu nebo účelu oné stavby.

V Bibli se dovídáme, že lidská oběť byla vložena do základů Jericha a že takto byl obětován Abíram, nejstarší syn Chiela Bételského, přičemž jeho nejmladší syn Sébub, stejně tak obětovaný, byl vložena do základů hlavní městské brány. (M. Balabán, 1995)

Teprve později, kdy původní krutá náboženská praxe poklesla v pověrečnou symboliku, byly děti nahrazeny ptáčky nebo jinými živými tvory zazdívanými do základů staveb. Ovšem kouzelné a rituální praktiky, v nichž se počítá s dětskou nevinností, pokračují vlastně dodnes.

## **Hanba a společenský odsudek**

Teprve na pátém místě můžeme uvést zahubení dítěte z hanby, studu a strachu před společenským zavržením. Takového činu se dopouští nejčastěji vlastní matka, zpravidla neprovdaná či nacházející se v jiné sociální tísní, a to brzy po porodu dítěte – zřídka jiná osoba a zřídka později.

Jde tu rovněž o společenský tlak, i když jiného druhu než v předchozích čtyřech případech. Zákony na ochranu dětí na počátku křesťanské éry a v raném středověku nebyly však diktovány ani tolik péčí o život dítěte samotného, jako péčí o duši dospělých matek a otců, kteří by se jinak vraždou dítěte dopustili hříchu. V kláštřích se zřizují útluky pro odložené děti (první v Cařihradě v r. 335, v Miláně je doložen první nalezištec v r. 787) a do vrat nebo zdí těchto útluků jsou zabudována tzv. torna, neboli otáčedla, kam rodiče

mohou odložit své dítě třeba tajně v noci a tak zachovat dítěti život a sobě naději na spásu. První zřídil papež Inocenc III. v Římě v r. 1198.

V Praze můžeme vidět zbytek "torna" zazděného do jedné stěny při vstupu do bývalého Kláštera Voršílek (dnes vchod do Klášterní vinárny) na Národní třídě vedle Národního divadla.

Tato praxe, ovšem již bez původního náboženského zdůvodnění, pak v podstatě trvá (ovšem již bez otáček) do začátku tohoto století. Její pokračování můžeme hledat v instituci "tajných oddělení" v porodnicích velkých měst nebo i venkovských měst, kam se uchylovaly k tajnému porodu ženy zvláště bohaté nebo zvláště vysoce postavené. ("Videňčata" se říkalo takovým dětem narozeným v brněnské porodnici a předávaným do adopce nebo do pěstounské péče.)

Po dlouhá staletí se však nic moc neměnilo na skutečnosti, že nemanželské těhotenství a narození nemanželského dítěte znamenalo v některých společnostech a v některých dobách takřka rozsudek smrti buď pro matku nebo pro dítě nebo pro oba dva.

V klasickém podání nám to připomíná např. osud Markétky v Goethově Faustu nebo u nás osud dítěte Její pastorkyně od Gabriely Preissové. Faktických příkladů z našich měst i venkova bylo ovšem bezpočet. Všechny realistické romány je zdaleka ani nestačily zachytit v jejich množství a rozmanitosti.

Přitom nutno konstatovat, že i když v tomto století došlo proti dobám dřívějším k dalekosáhlému pokroku, účinná prevence se dosud ještě nenašla. Stále jsou tu vraždy novorozenců! Problém, jak ostatně vyplývá z dalšího pojednání, zůstává nadále otevřený. Diskuse se např. vede o novém zavedení tzv. anonymních porodů, namísto dnešních jen "utajených". Ovšem účinnost takovýchto opatření je zatím neověřená a víceméně sporná.

## Znetvoření

Konečně na šestém místě se můžeme zmínit o společenských praktikách, zpravidla rituálních, jež sice nevedou přímo k smrti dítěte, ale které je přesto fyzicky poškozují. Jsou to nejrůznější tělesné mutilace, čili znetvoření. Týkají se často vnějšího genitálu, ale i obličje, rukou, nohou apod. Bývají součástí iniciačních obřadů, jimiž jsou mladiství (zpravidla mladíci, někdy však i dívky) uváděni do společnosti dospělých a bývají to praktiky velmi bolestivé. Mnohdy jde ovšem také o naplnění norem nebo ideálů krásy, platných v dané společnosti, např. deformace nohou u děvčátek kdysi v Číně, deformace krku dívek u některých afrických národů atd.

Do okruhu tohoto účelového tělesného poškozování dětí patří však i takové praktiky, o jakých píše např. Victor Hugo ve slavném románu "Chrám Matky Boží v Paříži", tj. deformování dětí svými rodiči-profesionálními žebráky tak, aby budily zájem a soucit potenciálních dárců.

Příznačným svědectvím o pozitivním společenském vývoji lidstva v posledních desetiletích je zajisté skutečnost, že prováděcí dokumenty k Úmluvě o právech dítěte se o takto poškozujících rituálních či jinak motivovaných zásazích do tělesné integrity dětí výslovně zmiňují a zakazují je.

## Posledních dva tisíce let

Přinášeli také k němu i nemluvnátka, aby se jich dotýkal. To viděvše učedníci, přimlouvali jim. Ale Ježíš svolav je, řekl: Nechte dítek, ať jdou ke mně, a nebraňte jim, nebo takovýcht' jest království Boží. Amen pravím vám: Kdož by koli nepřijal království Božího jako dítě, nevejdeť nikoli do něho.

Evangelium podle Lukáše 18, 15-17

V klasickém světě antiky bylo dítě bezprávným tvorem. Patria potestas ve starém Římě znamenala, že otec může s dítětem nakládat, jak se mu zlíbí - může je prodat i zabít. (Ostatně něco podobného napovídá i etymologie slovanského slova "otrok". Původně znamenalo dítě či osobu mladistvou, jež nemá právo promluvit - čili nemá právo žádné.)

Obrat v životě antické společnosti přišel až ve čtvrtém století po Kr., kdy římský zákon z r. 374 pokládá zabití dítěte za vraždu. S křesťanstvím, jež se stalo mezitím v Římě státním náboženstvím, vstoupilo i do právního kodexu pojetí dítěte jako samostatné lidské bytosti, s lidskou duší, na niž se pak vztahuje přikázání "nezabiješ!". (Příznačné zajisté je, že tato argumentace se objevuje znovu až teprve nyní skoro po dvou tisíci letech v diskusi o interrupci.) Svatí otcové se pak ve svých kázáních a spisech dovolávají pro dítě "milosrdenství", což byl ve starověkých kulturách, kromě Židovstva, pojem skoro neznámý. Kristovo přijetí "dítěte" dává dítěti v podstatě obdobný význam jako komukoli jinému z dospělých a staví je na jejich úroveň před Bohem. Tak bylo dětství přiznáno plně člověčenství! Zatím ovšem jen ideově.

Na tomto pozadí můžeme nyní aspoň stručně načrtnout proměny ve společenském postavení dítěte v evropské kultuře v posledních několika staletích. Počátky novověku ve vztahu k dítěti byly ve znamení dalšího vývoje v chápání zvláštností dítěte a jeho potřeb. Jestliže gotická Madona nesla ve své náruči ztrnulou zmenšeninu dospělého, Ježíše vládnoucího světu, nyní renesanční Marie má opravdové dítě, odpovídající i ve svých proporcích skutečnému novorozenci. Dítě je většinou radostné, těší se spolu se svou matkou z toho, že může žít, a jen my, kteří víme o jeho příštím úkolu, tušíme v něm Spasitele světa. Kulturní historikové, jako např. Philippe Ariès ve Francii (1960, 1969), ukazují, že od středověku až do šestnáctého století dítě trávilo několik prvních let v těsném kontaktu s matkou (nebo jinou ženou na jejím místě) a že jeho přežití bylo na tomto kontaktu vlastně závislé. Jakmile však přežilo do věku 6 - 7 let, stávalo se malým dospělým. Účastní se všeho společenského dění, pomáhá dospělým, pracuje s nimi. Rodina není pro ně dále místem citových vztahů a není ovšem ani místem nějakého soustavného vzdělávání.

Od šestnáctého století dochází postupně k proměně rodiny i pojetí dětství. Přibylo obyvatelstva, zlepšilo se jeho hmotné zajištění, rodiče mají více času zabývat se dětmi. S dětmi se více mazlí, hrají si s nimi, povídají jim pohádky, utěšují jejich bolesti. Vidí v dětech roztomile naivní bytosti. Současně s tím však vstupuje do obecného povědomí i představa, že dítě potřebuje také určitou disciplínu, morální zakotvení a určité vědomosti. Prostředkem k tomu se stává škola. Jan Amos Komenský v sedmnáctém století proklamuje požadavek výchovy pro všechny, chlapce i dívky, bohaté i chudé, a sám vytváří systém výchovy a vzdělávání od kolébky po univerzitu. Povinnou školní docházku mají u nás děti však od doby Marie Terezie v polovině 18. století.

Druhá polovina 18. století přinesla však celou řadu dalších pokrokových myšlenek ve prospěch dítěte a dětství. J. J. Rousseau a osvícenci nově formulovali postavení dítěte ve společnosti. Dítě je nadějí společnosti, a proto na jeho výchově i vzdělání mnoho záleží. Francouzský revoluční Konvent prohlašuje všechny opuštěné děti za "děti vlasti" a toto pojetí přebírá i Napoleonův Civilní zákoník z r. 1805. Nemanželských a odložených dětí bylo v té době ve Francii hrozivé množství, proto se z nařízení Napoleonova v každém departmentu (i v obsazených územích) zřizují dětské útulky vybavené již zmíněným tornem (otáčedlem) k anonymnímu odkládání dětí.

Devatenácté století znamená další příliv citovosti do rodinného života při současném důrazu na disciplínu dětí a autoritu otce (viz J. Langmeier, 1962). V Anglii a pak i jinde nastává tažení proti dětské práci, jež s nástupem industrializace a raného dravého kapitalismu nabyla nebývalých rozměrů - a budila ovšem současně i velké pohoršení v kruzích církevních i v citlivějších kruzích světských. Postupně jsou vydávány zákony (Childrend's Acts) zakazující práci dětí pod zemí, pak práci přesahující určité časové limity během dne a týdne, pak práci dětí do určitého věku, až konečně do konce století byla výdělečná práce dětí do 15 let zakázána vůbec. V Rakousku byla práce dětí ve věku do 14 let zakázána od r. 1855.

Od počátku našeho století dochází k oslabování důrazu na poslušnost, zdůrazňuje se "rozumnost" výchovy a vytváření správných návyků dítěte. Demokratizace rodiny pokračuje zvláště po druhé světové válce. Citovost se soustřeďuje dovnitř rodiny, která se stala mezitím malou (nukleární) společenskou jednotkou. To pak nachází výraz v proměnách společenských institucí, jež se stále ve větší míře a větší rozmanitosti zabývají rodinou a dítětem - od dobrovolných a laických organizací, jako byla např. "Komise péče o děti", dále "Ochrana matek a kojenců" a různé "Maticy" v první republice, přes síť sociálních služeb až po odbornou poradenskou službu psychologickou, psychiatrickou, sociálně pediatrickou aj., rozvíjenou v současné době. (Stejskal, 1968)

Dosavadním vrcholem celého vývoje v pojetí dětství a přístupu k němu je pravděpodobně již zmíněná Úmluva o právech dítěte, jež je současně i výzvou celosvětové společnosti k dalšímu domýšlení a zabezpečování potřeb nových lidských generací a jejich prosperity. Tento vývoj připravil konečně i půdu, z níž mohla vyrůst otázka ochrany dítěte před týráním, zneužíváním a zanedbáváním i otázka jak těmto neblahým společenským jevům předcházet - tedy otázka, které se budeme dále soustavněji věnovat.

Místo závěru této kapitoly můžeme použít citátu z jedné starší práce (Matějček, Langmeier, 1981): "Jestliže ve světle nových výzkumů dnes víme, že mateřské či rodičovské přijetí či odmítnutí dítěte je prakticky univerzálním a velmi významným činitelem v utváření lidského charakteru, nemůžeme historii dětství pominout. Nebylo zřejmě bez významu, jak lidé zacházeli se svými dětmi v určité dějinné epoše. Nebudeme přirozeně tvrdit, že všechno jednání lidí a že všechno dění v určitém dějinném období je vysvětlitelné z výchovných praktik či z citových jistot a strádání v časném dětství - ale patrně ani nechybíme, když tohoto činitele přičteme k těm ostatním, o nichž víme, že mají na dějinný vývoj vliv."

### 3 Postavení dítěte ve společnosti a jeho právní aspekty

Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, činí všechna potřebná zákonodárná, správní, sociální a výchovná opatření k ochraně dětí před jakýmkoli tělesným či duševním násilím, urážením nebo ponižováním, zanedbáváním nebo nedbalým zacházením, trýzněním nebo vykořisťováním, včetně sexuálního zneužívání během doby, kdy jsou v péči jednoho nebo obou rodičů, zákonných zástupců nebo jakýchkoliv jiných osob starajících se o dítě.

Článek 19. Úmluvy o právech dítěte. New York, 20. 11. 1989

Osmnácté století se svými demokratickými revolucemi, zvláště francouzskou, přináší pod vlivem J. J. Rousseaua, Pestalozziho a dalších velké poselství o dětech, jejich potřebách, o nešťastném dětství opuštěných, zapomenutých a mnoha válkami o rodiče připravených dětí. Stává se stále zřejmějším, že jejich utrpení nelze pominout a že je jim nutno pomoci. Proto osvícenci např. u rakouského dvora a někteří vladaři usilují o tvorbu různých soustav sociální a zdravotní péče (Peiper, 1966, Dunovský, 1975, Dunovský - Eggers, 1989).

Vedle válečného utrpení, bídy a zanedbanosti dětí se začínají projevovat také první důsledky rozvíjející se průmyslové revoluce, a to především opět u dětí. Největší hrozbou pro ně i celou společnost se stává dětská práce. Proti ní se však začíná soustřeďovat neobyčejně ostrý odpor, který se projevuje postupnými zákazy různých forem, míst i času námezdní dětské práce. Děje se tak díky jakési první interdisciplinární spolupráci angažovaných profesionálů hlavně ve Velké Británii. Končí vítězně zákazem dětské práce na konci století.

Kromě dosažení tohoto cíle přinesl soustředěný boj nejenom další poznání dětských potřeb, ale definoval současně tyto potřeby jako požadavky dítěte na alespoň přiměřený rozvoj jeho sil a schopností. Tyto potřeby a požadavky pak byly vyjádřeny jako práva dítěte. Současně bylo zdůrazněno, že zdraví a dobrý vývoj musí být každému dítěti zajištěny a náležitě naplněny.

Devatenácté století, kromě tohoto ohromného zvratu v sociálních a hlavně právních přístupech k dítěti, mu ovšem nepřineslo dosud všechna lidská a občanská práva, jak je vyhlásila nejpregnantněji francouzská revoluce. Ani snad nemohla, díky sociální, ekonomické, mravní a další situaci a podmínkám té doby.

Přinesla však základy celé řadě medicínských i jiných oborů a podmínky pro jejich ohromný rozvoj. Z nich nejvýznamnější byla pediatrie, hygiena a veřejné zdravotnictví na straně jedné a na straně druhé psychologie, pedagogika, právní vědy a jejich aplikace a další. Ty umožnily koncem století vytvořit nový vědní obor, pedologii, nauku o dítěti. Ta se stala základnou, východiskem i návodem pro tentokrát již plně vědecky fundované poznání dítěte a dětství ve všech jeho fázích, ve zdraví, nemoci i postižení a také ve všech hlavních aspektech. U nás tento přístup znamenal neobyčejně mnoho (Dunovský, 1995) a předurčil formování velmi moderní a efektivní péče o dítě od začátku tohoto století do jeho poloviny - a také úspěšně přežít minulých čtyřicet let a ještě nabídnout alespoň inspiraci pro její nyní očekávanou renesanci.

Celé toto století je vlastně stoletím boje o úplné uznání právní subjektivity dítěte a dosažení pro ně v podstatě všech práv, která vyplývají pro každou lidskou bytost ze Všeobecné deklarace lidských práv. V ní je zakotvena i povinnost zajistit aspoň uspokojivou péči o jeho zdraví, vzdělání a ochranu před všemi možnými druhy nebezpečí, hlavně však před týráním, zneužíváním, zanedbáváním, vykořisťováním apod.

Prvním mezinárodním dokumentem, týkajícím se právního postavení dítěte ve společnosti, včetně závazků zúčastněných států poskytnout dítěti potřebnou ochranu, byla tzv. Ženevská Deklarace práv dítěte, kterou přijala Společnost národů v roce 1924. Tato Deklarace uzavřela dlouhý vývoj poznávání dítěte a jeho potřeb. Postavila se proti diskriminaci dětí, jejich mnohdy těžkému osudu v nesčetných válkách, ale také ještě v přetrvávajícím kolonialismu, proti vykořisťování dětí a jejich otroctví. Současně poskytla

svými analýzami důležité informace o stavu a vývoji dětí ve světě. Ty se staly základnou pro zásadní změny v přístupech k dítěti, zvláště jakkoli trpícímu, jež se však v plné míře začaly až po druhé světové válce intenzivně prosazovat. Opíraly se též o ohromný rozvoj poznatků jednotlivých disciplín, zabývajících se dítětem. Z nich zvláště významné pokroky byly učiněny ve vývojové a sociální psychologii, pediatrii, zvláště sociálně orientované, a pak v sociálních vědách i v sociální práci. To ovšem téměř minulo země východního bloku, což bylo různými cestami a způsoby mnohde alespoň na poněkud přijatelné úrovni kompenzováno (např. naše úsilí o prosazení a rozvoj sociální pediatrie, Švejcár, 1968, Dunovský, 1979, 1989).

Všechno toto úsilí také vyvrcholilo v mimořádnou událost, když z pomocné organizace UNRRY, snažící se pomoci válkou poškozeným zemím, vznikla na začátku padesátých let polovládní organizace na půdě Organizace spojených národů – Dětský fond spojených národů - UNICEF. Ten převzal veškerou iniciativu v mezinárodní pomoci nejvíce ohroženým dětem.

V bezprostřední návaznosti na svou stále úspěšnější praxi ve světě dokázal formulovat a také ve Spojených národech prosadit novou mezinárodní právní normu týkající se dětí - Chartu práv dítěte. Její význam nespočíval jen v tom, že v době pro svět po druhé světové válce nejtěžší - rok 1959, kdy byla přijata - se s neobyčejnou naléhavostí ozývá nový hlas pro dítě, pro jeho ochranu a pro boj proti tomu nejhoršímu, čím je v krutém světě ohrožováno a poškozováno, ale i v tom, že se již začíná orientovat i na problém bezprostředního týrání a zneužívání dětí, který zvolna krystalizuje v závažný celospolečenský problém.

Charta práv dítěte z roku 1959 však měla pro některé východoevropské země, a nepochybně i pro nás, zcela specifický význam. Ovlivnila vedle snah dětských lékařů a psychologů tehdy připravovaný a v r. 1963 u nás přijatý zákon o rodině. Ten nejenom ve své preambuli zcela v protikladu k současné ideologii zdůraznil rozhodující význam rodiny pro výchovu a péči o dítě, ale upravil neobyčejně moderně některé zákonné normy týkající se vztahu rodičů a dětí a hlavně možnosti náhradní rodinné péče, především osvojení. Otevřel možnosti pro znovuzavedení pěstounské péče, jež byla u nás právě z oněch ideologických a politických důvodů v r. 1951 zrušena. (Na 6000 dětí tehdy ztratilo své pěstouny, viz Dunovský, 1971.)

Tak se na jeho základě podařilo osvojit postupně tisíce dětí, nejčastěji právě na podkladě ustanovení o tzv. "nezájmu rodičů o dítě" trvajícím nejdříve po dobu 2 let, později roku a nyní dokonce jen půl roku. Je třeba ovšem zdůraznit v souhlase s dnešními přístupy k rodině a obecné snaze maximálně ji šetřit, že toto opatření bylo také výsledkem černobílého nazírání nepříznivé situace rodiny - to jest zda ještě rodinu podporovat, či se již proti ní postavit a dítě dát do jiné rodiny. To je ostatně dodnes kardinální otázka nejenom teorie, ale hlavně praxe péče a ochrany dítěte.

Nový zákon o rodině však též umožnil znovu zavést pěstounskou péči do celého systému náhradní rodinné péče, ať již v individuální podobě (poprvé ji u nás uskutečnil Dunovský, 1966, a Mores, 1967) nebo v podobě skupinové, především v SOS dětských vesničkách (Dunovský, 1969). Posléze se stal také východiskem pro nový zákon o pěstounské péči, paradoxně vydaný v jednom z nejsložitějších období naší země - v roce 1973.

Z hlediska komplexní péče o dítě je třeba na tomto místě zmínit i založení Světové zdravotnické organizace a její vliv na naši medicínu, zvláště pro formování nejenom preventivní pediatrie, ale hlavně pediatrie sociální (Dunovský - Eggers, 1989). Právě ta se ujala celé řady velmi složitých problémů dětí ve zvláště obtížných situacích a v mnohém suplovala chybějící sociální péči a ochranu dítěte a jeho rodiny.

Situace dítěte ve světě i v jednotlivých zemích a často i těch nejrozvinutějších však zdaleka nebyla a není tak příznivá, jak by světovému rozvoji mělo odpovídat. Svědčí o tom především dnes již pravidelně vydávané zprávy UNICEF. Ten řadu let sleduje situaci a stav dětí ve světě, navrhuje a také provádí příslušná opatření či se na nich podílí. Tyto zprávy, opírající se o nejnovější poznatky teorie a praxe péče o dítě, včetně poznatků o týrání, zneužívání a zanedbávání dětí ve všech jeho formách a projevech, přispěly k požadavku polského výboru UNICEF znovu zhodnotit situaci dětí ve světě, rozsah, obsah a aktuálnost dětských práv a hlavně jejich plnění. Tak s předstihem mnoha let se začalo na tomto úkolu pracovat. Výsledkem tohoto úsilí bylo přijetí nové Úmluvy o právech dítěte opět Organizací spojených národů, a to v listopadu 1989.



Avšak na rozdíl od dřívějších mezinárodních dokumentů, jež měly poněkud deklarativní charakter, tentokrát OSN vypracovala k Úmluvě jakousi prováděcí směrnici, tj. Světovou deklaraci o přežití, ochraně a rozvoji dítěte. Byla přijata v září 1990 v New Yorku na Světovém summitu dítěte podpisy hlav mnoha států, které se jej zúčastnily, mezi nimi i prezident Havel.

Někdy se i v odborných kruzích chybuje, když se zaměňuje tato událost s přijetím Úmluvy o právech dítěte. Ta byla totiž následně ratifikována federálním parlamentem až v roce 1991 a po rozdělení republiky se stala součástí i našeho zákonodárství s nadřazenou účinností k ostatním zákonům (Sbírka zákonů č. 104/1991).

Podle Světové deklarace se každá k dohodě se připojivší země zavázala podávat pravidelné zprávy o situaci dětí a seznamovat mezinárodní společenství s plněním vypracovaných programů, zaměřených na dosažení a zajištění co nejlepšího prospěchu a zájmu dětí. I my jsme povinni takovéto aktivity vyvíjet, podávat o nich příslušné zprávy a koordinovat své úsilí s úsilím mezinárodním. Z těchto zpráv nejsou ani vyloučeny dobrovolné, tzv. nestátní organizace, které se zabývají některou z oblastí pomoci a podpory dětem. Ty mají, dosud na rozdíl od nás, ve světě veliký význam a společenskou prestiž.

Nelze na tomto místě podrobně probírat Úmluvu o právech dítěte. Chtěl bych se však ve stručnosti zmínit o jejích hlavních zásadách a významu, a to především ve vztahu k naší probírané problematice.

Preambule nové Úmluvy o právech dítěte zdůvodňuje její vydání potřebou zlepšovat životní podmínky dětí v každé zemi, zvláště v rozvojových, ochraňovat harmonický rozvoj dítěte a velkou pozornost při tom věnovat dětem ve výjimečně obtížných podmínkách. Odvolává se při tom na všechny dosud přijaté mezinárodní dokumenty, které se jakkoli dotýkají dítěte a péče o ně. Vychází při tom z předchozí Charty práv dítěte z r. 1959, kde je také zdůrazněno, že "dítě potřebuje pro svou tělesnou a duševní nezralost zvláštní záruky, péči a odpovídající právní ochranu před narozením a po něm".

Preambule při tom zdůrazňuje nezastupitelný význam rodiny jako přirozeného prostředí pro růst a blaho všech svých členů, zvláště dětí.

Vlastní pojetí a obsah Úmluvy však přináší zcela nové ideje a požadavky, k nimž směřovalo již dlouhé předchozí období a jež se teprve nyní mohly formulovat a být aspoň de lege přijaty.

Již v prvním článku se zcela nově definuje dítě. Považuje se za ně každá lidská bytost mladší osmnácti let. Znamená to, že se zřejmě záměrně dokument vyhýbá tolik diskutované otázce začátku života člověka, když před tím Charta práv dítěte jej definovala "narozením" dítěte. Současně vylučuje v dalším článku veškerou diskriminaci dítěte, ať již jakkoli motivovanou. Tím prohlašuje jednoznačně rovnost každého dítěte a každého člověka vůbec. Dítě je totiž již člověk v pravém slova smyslu. Dětství je sice první, ale samostatnou fází života člověka, modus lidství, které je otevřeno světu a jeho působení na ně. Tak je dítě díky své ohromné plasticitě při náležitě stimulaci schopno rozvíjet všechny své schopnosti a kapacity, a to nikoli jen ve zdraví.

Dítěti je nutno zajistit v každé situaci jeho nejlepší zájem a prospěch, ať již v prvé řadě v rodině nebo v rámci společnosti a jejích nejrůznějších orgánů. To má být také nejvyšší prioritou v přístupu k dítěti vůbec.

K těmto aktivitám, jež zabezpečují potřeby dítěte vyplývající z jeho nezralosti a závislosti na okolí, přistupují opatření přisuzující dítěti účast na všech lidských právech jako kterémukoli člověku. Zvlášť výrazné je při tom přiznání právní subjektivity dítěti, když v článku 12 je smluvním státům uloženo "zabezpečit dítěti, které je schopno formulovat své vlastní názory, právo svobodně tyto názory vyjádřit ve všech věcech, které se ho dotýkají...". Zde se otevřelo velmi široce a mnohdy velmi ostře vyhraněné diskusní pole o postavení dítěte ve společnosti, zvláště pak o vztahu k jeho rodičům, o jejich právech a povinnostech k dítěti a odpovědnosti za ně. A ovšem též naopak. Při tom je jednoznačně zdůrazněno právo rodičů na dítě a právo dítěte na oba rodiče.

I u nás je vedena často ostrá diskuse na toto téma, a to především v souvislosti s rozvodovými spory rodičů o dítě a v poslední době i s problémem zásahu do rodiny a vstupu do ní všude tam, kde je důvodné podezření, že se v lůně rodiny dítěti ubližuje a škodí. Spolu s tím se nepřímou otázkou otevřela i otázka preventivních návštěv pediatra a dětské sestry v rodině.

Relativně dobře vyřešila tuto otázku Velká Británie svým novým zákonem o dítěti z r. 1989 (Children's Act, 1989), kdy přistoupila k instituci zcela nezávislého zástupce dítěte či opatrovníka (guardian). Ten

odpovídá jen dítěti a svému svědomí, když je zastupuje ve všech sporných věcech ve vztahu k jeho nejbližším, rodičům především.

Všechny zásahy do výkonu práv a povinností rodičů a jejich odpovědnosti za dítě se však mohou uskutečnit jen podle zákonných norem, přijatých řádně do zákonodárství té které země. Tak např. u nás v této souvislosti zrušil Ústavní soud tzv. předběžné opatření o umístění dítěte v případě jeho ohrožení, vydávané příslušným Orgánem péče o rodinu a děti. Musí je nyní vydávat jen soud po řádném zdůvodnění.

Z obecného pohledu, byť vedeného spektrem syndromu CAN, je třeba ještě se zmínit o standardech závazných pro země, jež Úmluvu o právech dítěte přijaly. Jde především o povinnost vypracování patřičných a pokroku v péči o dítě odpovídajících projektů a opatření a jejich hodnocení na všech úrovních komplexní péče o dítě, jak již také bylo naznačeno. Tak se umožňuje zaznamenávání výsledků a tím i možnost jejich srovnávání. To je zvláště důležité proto, že ne všechny země věnují stejnou pozornost dítěti a jeho rodině, že ne vždy jejich hlavní prioritou je nejlepší zájem dítěte. Jestliže uvážíme, že přes všechny snahy o zajištění plné právní subjektivity dítěte a jeho práv na péči o zdraví, vzdělání, ochranu atd., schází a bude vždy scházet dítěti právo volit a účastnit se politického života, není právě uvedená nerovnost v zajišťování všech stanovených práv v jednotlivých zemích nepochopitelná. Dítě totiž nemá volební hlas a možnost ovlivňovat "velké věci". Představuje tedy mnohdy jen malý problém proti těm "ohromným", jež se musí řešit "nyní a zde" a ne někdy až v daleké budoucnosti, kdy dítě doroste. To je možná také jeden z důvodů, proč byl tento nový mezinárodní dokument o právech dítěte přijat.

## 4 Tělesné týrání dítěte aktivní povahy

Fyzické týrání je nejpodrobněji prozkoumaný a popsáný jev v rámci syndromu CAN. Z něho se také postupně vytvářely základní přístupy k jeho dílčímu i celkovému poznávání a řešení.

Tělesné týrání dětí a jejich zneužívání aktivní povahy zahrnuje všechny akty násilí (commission) na dítěti. Patří sem záměrné opomenutí v péči o dítě, které vyústí v jeho poranění nebo smrt.

Mezi děti tělesně týrané s následným poraněním se zařazují děti, u nichž vzniklo poranění v důsledku bití, popálení, opaření, trestání a také ovšem selhání ochrany dítěte před násilím.

Druhou podskupinou jsou pak tělesně týrané děti, jež nemají bezprostřední známky tělesného poranění, ale jsou zasaženy mnohým utrpením způsobeným dušením, otrávením či jiným obdobným násilím. Dále sem patří i děti, jež jsou záměrně vystavovány opakovaným lékařským vyšetřováním. A ovšem též velká oblast sexuálního zneužívání za užití násilí.

Těžiště tělesného týrání a zneužívání dětí možno především spatřovat v nezvládnuté, nadměrné agresi rodičů a ostatních osob. Přitom platí, že čím je dítě menší, tím je bezmocnější a méně schopné obrany. Svědčí o tom obecná zkušenost a též objektivně zjištěná převažující četnost tohoto násilí vůči dítěti v raném věku. Např. nejvíce je a to i u nás - zabijeno dětí do 1. roku života (Augustinová, Bouška, 1995). Znamená to tedy, že vědomé užití síly, ať už zkratkovitě nebo dlouhodobě, snaha "zničit" dítě vytváří pro ně krajně nepřirozenou situaci pro současnost i pro budoucnost. Je třeba v této souvislosti uvést závažnou psychiatrickou problematiku osobnosti rodiče nebo jiných osob, které v rámci své nemoci či vady dítě týrají a i zabíjejí, aniž by si to uvědomovali a byli osobně za takovéto činy odpovědní.

Za jedno z hlavních východisek násilného zacházení s dětmi možno pokládat tělesné trestání dětí. To velmi snadno přechází do týrání, přičemž hranice mezi trestem a týráním je téměř nezjistitelná, zvláště v transkulturním pohledu. (Dunovský, 1991)

Svědčí o tom mimo jiné i studie Vaničkové a spol. (1994), která uvádí, že z 886 dotazovaných 10 - 11letých dětí nikdy nebylo bito pouze 9,2 %, více než 2/3 dětí byly bity výjimečně, ale každé páté bylo bito relativně často (tj. v rozmezí maximálně jednou týdně a minimálně jednou za měsíc). Z palety tělesných trestů Vaničková vyjmenovává výprask, fackování, kopance a silné rány (až dítě ztratí rovnováhu). Překvapující přitom je, že takto častým tělesným trestem jsou "vychovány" i dívky. Rovněž výčet předmětů, jež jsou k bití používány, není nezajímavý (vařečka, vodítko na psa, bič, ramínko atd.). Stejně nezajímavý není údaj, že celá třetina dětí pokládá takovýto způsob trestu za spravedlivý. Autorka dále zjistila při dotazování učitelů, že ve 45 % dosud užívají tělesný trest, byť jde často jen o plácnutí rukou "po zadku".

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

Je často těžké rozhodnout, zda poranění vzniklo "nešťastnou náhodou" či nedostatečnou pozorností k dítěti a nedostatečnou péčí o ně. Bohužel se však stále dosud na tento původ úrazu dostatečně nemyslí - a to i na renomovaných pracovištích. Je téměř nemožné podle našich zkušeností, že by u velkých sestav např. dětí s frakturou lebky, s různou formou vnitřního krvácení, nejrůznějšími popáleninami apod. nebyl někdy skryt v jejich vzniku a mechanismu úmysl a záměr dítěti uškodit. Proto je nezbytnou povinností každého lékaře se nad každým poraněním zamyslet a vyšetřit (i za pomoci sociálních pracovníků, praktických dětských lékařů a dalších), jak skutečně k úrazu došlo a proč. Je např. neuvěřitelné, že i po několikerém vážném poranění téhož dítěte lékaři nemyslí na tuto možnost. A když je dítě na pitevním stole, jsou překvapeni.

Právním hlediskům násilí na dítěti je věnována samostatná kapitola JUDr. Z. Sováka.

## Tělesná poranění a postižení orgánu a funkcí

### 1. Zavřená poranění

Vyznačují se poškozením tkání a orgánů tupým násilím, zpravidla bez porušení kůže. Tato poranění vznikají účinkem náhlého a prudce působícího úderu nebo tlaku na tělo nebo nárazem těla na tupý předmět. Průběh, závažnost a následky se řídí stupněm působícího násilí a umístěním rány na těle.

#### Otřesy

Projevují se funkčními poruchami bez patologickoanatomického nálezu. Patří sem především otřes mozku a míchy.

#### Pohmoždění

Vyskytují se na kůži, kdy účinkem tupého násilí dochází k lehkému nitrokožnímu krvácení. Projevuje se tečkovitými, kruhovými nebo plošnými krevními výrony. Častěji dochází k zhmoždění podkožní tkáně, kdy následkem krevního výronu dochází k zabarvení kůže: lidově "modřina". Modřiny jsou přítomné u 90 % fyzicky týraných dětí. Jsou obtížněji zjištělné na tmavé kůži (např. u Romů) a procházejí přirozeným procesem změny barvy. Od 0 do 48 hodin je to otok a červená neb modrá barva, druhý až třetí den purpurová až žlutá, čtvrtý až sedmý den žlutá až hnědá, za více jak sedm dní hnědá, blednoucí (Wynne, Hobs, Hanks, 1994). Vyskytují se většinou na trupu, méně často na hýždích. Mohou mít charakteristický tvar - otisk ruky, párové modřiny od svírání, obtisk prstenu, rákosky, vařečky. Mnohočetné modřiny bývají buď stejné, nebo rozdílné barvy, stalo-li se zranění v různém časovém sledu. K dokumentaci povrchových poranění těla je nutné vedle přesného popisu pořizovat i fotodokumentaci.

Může dojít až k odtržení kůže, pohmoždění hlubších tkání a vnitřních orgánů.

*Šestnáctiměsíční holčička byla přijata na chirurgickém oddělení pro rozsáhlý fluktuující hematom a oboustranný brýlový hematom. Matka dítěte si ráno po probuzení údajně nevšimla ničeho zvláštního, snad dítě mělo mírný otok víček. Až za několik hodin zavolala lékařskou pohotovostní službu. Pro rozdíl mezi výrazným klinickým nálezem na hlavě a údaji matky (neudávala možnost úrazu, posléze se snažila o vysvětlení tím, že zranění bylo zaviněno dítětem, když se tlouklo hlavou do postýlky) bylo vysloveno podezření zavinění úrazu jinou osobou. Chirurgické oddělení a pracovnice Odboru péče o dítě se obrátily na Dětské krizové centrum se žádostí o pomoc při šetření tohoto případu. Z údajů o rodině jsme se dozvěděli, že matka pochází z rozvedeného manželství. Nedokončila učební obor. Otěhotněla v 17 letech. Každé ze svých tří dětí má s jiným partnerem, nyní žije s dalším přítelem. Sourozenci námi vyšetřované holčičky jsou 9 a 7letí chlapci. Dítě pochází ze 3. těhotenství, které probíhalo normálně, poporodní průběh byl bez komplikací. Děti i matka byly v našem centru vyšetřeny, několikrát jsme navštívili rodinu v bytě. Informovali jsme se u dětského lékaře, ve škole. U chlapců byla patrna velmi nízká stimulace, zanedbanost. Znamky poranění u nich nebyly patrné. Matka je jednoduchá, snaží se vzbudit lepší dojem, výpověď působí nevěrohodně. Při návštěvě v bytě jsme shledali značný nepořádek, zanedbanost, vzduch silně páchl kouřem. Nad dětskou postýlkou bylo rozbité okno. Skóre dle dotazníku funkčnosti rodiny nám ukázalo dysfunkční rodinu. Přesto jsme se po společné poradě dohodli dát matce šanci k nápravě. Příčinu úrazu holčičky si vysvětlujeme nepozorností, zanedbáním ze strany matky, ne záměrem. Po společné domluvě pracovníků našeho Dětského krizového centra a Odboru péče o děti a rodinu jsme doporučili, aby holčička začala navštěvovat celotýdenní jesle, jeden bratr celotýdenní školku a nejstarší sourozenec školní družinu. Matka přijala naše doporučení a slíbila, že si najde práci, aby zlepšila finanční situaci rodiny. To vše za intenzivního dohledu Odboru péče o děti a rodinu ve spolupráci s námi.*

**Závěr:** U nejmladší holčičky došlo k rozsáhlému poranění hlavy, které nebylo dostatečně vysvětleno. Bylo však prokázáno též zanedbávání dětí. Přesto se pracovníci Dětského krizového centra snažili zatím zabránit podání návrhu k soudu na ústavní výchovu, hlavně proto, že sledovali udržení sourozenecké skupiny pohromadě. A dohodli se s Odborem péče o děti a rodinu na podpoře a sledování rodiny.

Nikoliv vzácným poraněním kůže je vytrhávání vlasů, často v celých chomáčích. Zůstávají po něm lysiny, většinou okrouhlé, různě rozhozené ve kštici. Takový nález, pokud se nepřehlédne, bývá většinou považován za některou z forem alopecie.

Při zhmoždění od kousnutí je vhodný posudek zubního lékaře, eventuálně vyšetření slin a krve udávaného pachatele.

Dochází-li k časté tvorbě modřin a ke krvácení, je třeba v první řadě vyloučit krevní onemocnění. Anamnesticky je nutno vyloučit změny krvácivosti následkem užívání některých léků, např. salicylátů. Je nutno odlišit další příčiny vzniku: nehodu, ušpinění barvou, inkoustem, vrozenou "mongolskou" skvrnu (ta bývá častá u osob tmavé pleti), hemangiom.

### **Poranění svalů**

Může být úplné, neúplné trhliny, přerušení. V rámci první pomoci můžeme klidnit pevným obvazem.

Dále může dojít k poranění šlach, nervů, cév, kloubů.

### **Poranění kostí**

Zlomeniny podle způsobu vzniku dělíme na přímé a nepřímé, podle mechanismu vzniku na flekční, trakční, torzní, kompresivní a střelné. (Knobloch, 1965) Zlomenina může být úplná a neúplná. Mezi neúplné se řadí subperiostální zlomeniny u dětí. Zde je zlomena kost, ale okostice je zachována. Poškození může být jednotlivé, mnohočetné, čerstvé, ve stadiu hojení, v různých stádiích hojení. Zlomeniny jsou v dětském věku časté, ale některé úrazy u dětí mohou být neobvyklé. Zlomeniny žebor bývají u tupých úderů a kompresí. Podezření z týrání máme u mnohočetných poranění.

"**Chip zlomeniny**" - vyskytují se na konci dlouhých kostí. Vzniknou nadměrným tahem, škrubnutím, kroucením. Radioizotopové vyšetření kostí odhalí starší zlomeniny, subperiostální hematomy, což nám pomůže zjistit i poranění staršího data.

Podezřelé známky u zlomenin svědčící pro zranění způsobené týráním jsou např. spirální zlomenina pažní kosti, zlomenina stehenní kosti u dítěte pod 2 roky. Při úderu do oblasti pánve bývá na kyčelní kosti vidět periostální reakce. Vysoce signifikantní je zlomenina lopatky. U zlomeniny klíční kosti bývá podezřelá zlomenina zevní části.

V diferenciální diagnóze myslíme na nehodu, poranění při porodu, zvýšenou lomivost kostí, křivici, nedostatek mědi a jiná onemocnění kostí.

V rámci první pomoci znehybníme postiženou část dlahou.

Léčba všech akutních poranění probíhá na několika úrovních. V první řadě to je zajištění vitálních funkcí (životně důležitých) při závažných poraněních. Pacienta umístíme na lůžko. Je-li možné vyšetření a ošetření ambulantní, je to pro celkový stav dítěte vhodnější. Při komplexním přístupu je možno zajistit i podpůrnou psychoterapii dítěte i celé rodiny. Takovéto pomoci obětem syndromu CAN je schopno jen pracoviště s interdisciplinárním týmem pracovníků, kteří se zabývají touto problematikou.

Jedná-li se o násilí uvnitř rodiny, je nutné odstranit agresora. Pokud to není možné, je vhodným řešením, po odláčení akutního stavu, umístění dítěte v "neutrálním" prostředí, např. v dětské léčebně, azylovém domě na přechodnou dobu, a zajistit mu podporu.

### **Poranění hlavy**

Poranění hlavy je nejčastější příčinou smrti u týraných dětí a významnou příčinou chronických neurologických potíží. Z celkového počtu je asi 10 % spojeno s dlouhodobým bezvědomím a u 5 % poraněných dochází k nitrolebnímu krvácení. Při podezření je třeba provést pečlivé vyšetření, včetně očního pozadí a rtg lebky. Podezření na týrání musíme mít vždy, je-li dítě v bezvědomí a nevíme-li nic o vzniku poranění nebo nemáme-li patřičné vysvětlení vzniku úrazu. Při prvním ambulantním vyšetření nebo

příjmu dítěte do nemocnice je nutná pečlivá dokumentace případu (čas, okolnosti, popis) a při sebemenším podezření na zaviněný úraz je třeba zabezpečit sociální šetření v rodině i okolí.

*Pacient byl přijat do nemocnice ve věku 13 měsíců se známkami poškození CNS a byla nalezena zlomenina lebky. Rodiče byli podrobně dotazováni, úraz však neudávali. Po týdnu hospitalizace již nebyla nutná další léčba a dítě bylo propuštěno domů do péče matky. O několik hodin později však bylo vráceno zpět s hemiparézou (ochrnutím poloviny těla), poruchou vidění a novou zlomeninou lebky na druhé straně hlavy. Bylo zjištěno intrakraniální krvácení. Nebylo dáno žádné přijatelné vysvětlení úrazu, který se nutně musel stát během hodiny, kdy dítě bylo samo s matkou. Rodiče dítěte byli mladí, po necelých dvou letech soužití se rozvedli a znovu vzali. Oba přiznali, že dítě bylo "nechtěné", "přišlo příliš brzy po svatbě". V anamnestických údajích matka udávala, že v pubertě měla "nervové potíže". V časném těhotenství byla vyšetřena psychiatrem, který obtíže přičítal těhotenství. S blížícím se porodem začala být matka stále více depresivní, dostalo se jí psychiatrické pomoci a léčby. Znovu se obtíže u matky objevily po prvních narozeninách dítěte. Pociťovala nenávist ke svému dítěti, obviňovala je jako příčinu všech svých obtíží. Při následném neurologickém a psychologickém vyšetření matky byly zjištěny známky organického poškození mozku. Ukázalo se i postižení intelektových schopností, což bylo pravděpodobně příčinou chabé kontroly agresivních impulsů. Tato matka nebyla schopna péče o své dítě.*

"Shaken Infant Syndrom" - třesení - je klasický doklad extrémního násilí, které může způsobit smrt neb trvalé neurologické obtíže, od poruch učení až k závažným poruchám. U této diagnózy je zjevný rozpor v nález. Nalézáme intrakraniální krvácení, nitrooční hemoragie při chybění známek zevního poranění hlavy. Třesení, za užití extrémní síly, může způsobit nejen tato poranění, ale i léze na kostech. (Lungren, 1993)

Subdurální hematom (krvácení mezi tvrdou a měkkou plenu) se objevuje po tupých poraněních hlavy. Z příznaků se může vyskytnout zvracení, u kojenců náhlé zvětšení hlavy, jemnější neurologické příznaky. Mohou se však objevit i závažnější příznaky: zhoršené, dvojité vidění až slepota, hluchota, ochrnutí. Hrozí zde nebezpečí z útlaku mozkové tkáně. Výsledkem může být smrt.

Diferenciální diagnóza zahrnuje nehodu, spontánní intracerebrální krvácení, např. u arteriovenózních malformací, u aneurysmat, encefalitidy, meningitidy, toxický stav, metabolický rozvrat.

Důsledkem poranění hlavy bývá nejčastěji otřes mozku, který vznikne náhlým působením násilí na hlavu, projevuje se ztrátou vědomí od několika minut do několika hodin až dnů.

Při poranění hlavy s bezvědomím a malým krvácením do mozkové tkáně se objeví těžší průběh, trvalé poruchy. Označujeme to jako pohmoždění mozku. Při stlačení mozku krevním výronem ztrácí pacient vědomí až po nějaké době po úrazu a bezvědomí se prohlubuje.

Při první pomoci, je-li pacient v bezvědomí, zajistíme stabilizační polohu na boku, otevřená poranění kryjeme sterilním mulem, zajistíme šetrný převoz do nemocnice.

### **Poranění míchy**

Otřes míchy se projeví přechodným znečitlivěním všech částí těla ležících pod zraněním. Při pohmoždění míchy zůstanou ohraničené poruchy funkce. Stlačení míchy způsobí prohlubující se ochrnutí a necitlivost. Přerušení míchy má za následek trvalé ochrnutí částí těla ležících pod místem zranění.

V rámci první pomoci s pacientem zbytečně nehýbáme, vsuneme pevnou podložku, zajistíme nezbytné životní funkce, učiníme protišoková opatření.

### **Poranění nitrobřišních orgánů**

Může být otevřené nebo uzavřené. I tupým úderem může být způsobeno roztržení jater, sleziny, pankreasu, žaludku. Příležitostně může způsobit šok i smrt. Projevuje se jako náhlá příhoda břišní a diagnóza se často stanoví až během operace.

Je nebezpečí krvácení, vytékání obsahu trávicí trubice do břicha z trhlin v žaludku, ve střevě, což vede rychle k infekci a vzniku zánětu pobřišnice. Může dojít k vyhrěznutí střev. Tato zranění jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí u syndromu CAN.

Fyzikální vyšetření musí zahrnovat kromě pečlivého vyšetření břicha i vyšetření krve a moče. Při diferenciální diagnóze myslíme hlavně na nehodu a jediné podezřelé okolnosti zjištěné při anamnéze nebo přítomnost dalších poranění může být výstražnou známkou zavinění.

## 2. Otevřená poranění

Ranou rozumíme každé porušení kůže, sliznice nebo povrchu některého orgánu. Je vždy i zásahem do celého organismu. Při ztrátě krve se rozvíjí hypovolemický šok. Může jít o ztrátu krve následkem krvácení navenek, do tělních dutin nebo do tkání a orgánů, o ztrátu samotné plazmy u rozsáhlých povrchových popálenin, o ztrátu krve a vedle toho o únik plazmy cévní stěnou do těžce zhmožděných tkání, o únik plazmy a vedle toho krvácení navenek nebo do tkání, např. u těžkých popálenin, o ztrátu plazmy z oběhu a přesun vody z ostatních tkání organismu do trávicí trubice (při zvracení). Podle druhu ztráty pak mluvíme o hemoragickém šoku, popáleninovém, o kombinovaném a o dehydratačním šoku.

K příznakům šoku patří: zrychlený, malý pulz, nízká tlaková amplituda, arteriální hypotenze, psychická alterace. Postižený je někdy neklidný, vykonává neúčelné pohyby. Při jiném obraze je postižená osoba bledá, malátná až apatická, někdy zvrací. Zornice jsou rozšířené. Při těžkém vstupním šoku bývá kůže obličejové popelavá, celé tělo je pokryto studeným potem, dýchání je zrychlené a povrchní. U nejtěžších stupňů bývá tep nitkovitý, tlak krve neměřitelný, dochází k poruchám dýchání, mizí vědomí. U každého hypovolemického šoku je nutné sledovat krevní oběh, činnost ledvin, změny v krevním obraze. U hemoragického šoku je nezbytné dodat ztracenou krev a tekutinu. U popáleninového šoku dochází k velkému úniku plazmy, zahušťování krve, z čehož plynou časté změny v krevním obraze. Bývá narušena činnost CNS (centrální nervová soustava), může dojít k akutní nedostatečnosti nadledvin.

Z uvedeného vyplývá nutná prevence - nejde pouze o předcházení vzniku šoku, ale i zabránění jeho rozvinutí. Je nutné správné vedení první pomoci, zajištění volných dýchacích cest, umělé dýchání, nepřímá masáž srdce, správné polohování postižené osoby a při zevním krvácení stavění tlakovými obvazy. Při vědomí podáváme tekutiny. Tuto část je schopen zabezpečit každý laik, dále je nutné zajistit odbornou péči, neboť je nutné tlumit bolesti, umožnit inhalaci kyslíku, zavést infuzi plazmy, dalších roztoků s elektrolyty, kortikosteroidy a další nezbytnou léčbu dle specifických poruch.

Podle způsobu vzniku rozlišujeme tyto typy ran: nejlehčí je oděrka, kde jde jen o ztrátu pokožky, rána řezná (scissum), sečná, bodná, tržná, zhmožděná, rána kousnutím, střelná.

Podle vzhledu - rána čistá nebo znečištěná, infikovaná. Nejdůležitějšími projevy rány jsou: krvácení, ztráta tkání a bolesti. Krvácení může být vlasečnicové, žilné, tepenné. Při ztrátě tkání rána široce zeje, celé části tkání jsou vyrvány.

Ošetření ran dělíme na prozatímní a definitivní. Nejdůležitější složkou je zastavení krvácení. Především se snažíme vyloučit možnost druhotné infekce. Vlasečnicové krvácení ustává obvykle samo, není vhodné vyplachování a vysoušení krvácejících ran. U žilních krvácení přiložíme kus složeného sterilního mulu. K zastavení tepenných krvácení často vystačíme s tlakovým obvazem, při krvácení z velké tepny lze doporučit přímé stisknutí přírodní tepny prstem, někdy je nutné užít k zatažení končetiny např. gumové hadice aj. Tato opatření patří k rámci první pomoci. Další spadá do kompetence odborných zařízení, včetně ochranného opatření proti tetanu.

### Rány na hlavě

Bývají provázeny roztržitím lebečních kostí, i když zevní vzhled nevypadá závažně, vždy vyžadují revizi. Zanedbané ošetření může mít za následek např. poúrazovou epilepsii.

## Nitrooční krvácení

Přichází velmi často při jakémkoli úderu či pádu přímo na ocnici (úder pěstí do oka) nebo násilím na hlavu. Vzniká i perforací bulbu, kdy je oko nejvýznamněji ohroženo slepotou i nakonec ztrátou.

K bezpodmínečným zásadám dobrého lékaře proto patří: vyšetřit nebo dát řádně vyšetřit oko a zrak při každém násilí na ně či na hlavu vedené. Pozornosti by nikdy nemělo ujít krvácení do přední komory, kde ovšem může být patrna i případná luxace čočky.

V diferenciální diagnóze je opět nutno vyloučit úraz oka a hlavy či nějakou závažnější patologii lokální (nádor) či celkovou (některé ze závažných poruch krevních).

## Rány na hrudníku

Jsou v prvé řadě nebezpečné tím, že vniká vzduch do pohrudniční dutiny a vzniká pneumothorax. Musíme co nejdříve přiložit kompresní obvaz a neprodyšnou látku (gumu).

## Popáleniny

Vyskytují se též jako jedna z forem tělesného týrání. Obraz může být velmi různorodý, postiženy jsou děti od útlého věku. V materiálu Kliniky popálenin Fakultní nemocnice na Královských Vinohradech je množství smutných případů, málokdy je však prokázáno zavinění. Z tohoto materiálu uvádíme jeden případ.

*Jednalo se o tříletou dívku, kterou matka dovezla s vysvětlením, že si sama vylezla na plynová kamna a sedla si na ně. U dítěte byly patrné rozsáhlé popáleniny II. - III. stupně na hýždích, na stehnech, obličejí, četné oděrky, hematomy různého stáří, na měkkém patru byla zející trhlina, na dolních končetinách četné jizvy velikosti 0,5 - 3 cm (což matka vysvětlovala jako kousnutí vlčákem, který si s dítětem hraje). Dítě bylo hypotrofičké, ve 3,5 letech vážilo 11 kg. Z informací o předchozích hospitalizacích na jiném dětském oddělení bylo zjištěno, že dítě bylo již 2x vyšetřováno pro neprospívání z nedostatečného příjmu potravy, psychomotorickou retardací. S rodinou se nedařilo navázat spolupráci. Až po intervenci Odboru péče o děti a rodinu se dostavila matka a znovu potvrdila původní vysvětlení mechanismu úrazu. Žije prý s druhem, otec neplatí výživné. Bylo dohodnuto, že po propuštění z nemocnice bude dítě navštěvovat internátní školu, rodina bude pod intenzivním dohledem Odboru péče o děti a rodinu.*

**Závěr:** dítě bylo zanedbáváno, zřejmě i fyzicky týráno. Jelikož není v možnostech vysoce specializovaného pracoviště, jakým Kliniky popálenin bezesporu je, vykonávat podrobná sociální šetření, nevíme zatím, jaký je další osud dívky.

Kdy máme podezření na to, že zranění bylo úmyslné? Tzv. "zebra" příznak je signifikantní. Objevuje se, brání-li se dítě rukama. Do vařící vody bývají ponořeni kojenci, větší děti spíše polity horkou vodou. Při náhlém vhození do vařící vody bývá patrna linie ponoření a bývají popáleny hýždě a genitálie. (Jsou popsány i případy dětí upečených v troubě.) Popáleniny jsou často symetrické, některé typy popálenin mají podobu objektů, které byly použity: např. kontaktní gril, elektrická kamínka.

Typický tvar mají cigaretové popáleniny, na rozdíl od náhodných jsou zaviněné hluboké, s krátery. Můžeme vidět i popáleniny od provazu na zápěstích či kotnících, která vzniknou, je-li dítě uvázáno. Mezi tepelná poranění patří zranění třením, např. tehdy, je-li dítě vlečeno po koberci (hlavně na čele).

Pro umístění popálenin nejsou specifická místa, která by byla signifikantní pro týrání. Ale porovnáme-li procentuálně výskyt poranění při nehodě a při týrání, vidíme, že významné jsou ruce, hýždě, genitálie, chodidla. Popáleniny od jídla vzniknou, je-li násilím strkáno horké jídlo do úst, bývají popáleny rty a okolí úst. Při náhodném pozření horkého jídla bývá spálen spíše vnitřek úst.

Při diferenciální diagnóze musíme odlišit náhodné zranění, impetigo, kontaktní dermatitidu, ekzém, plenkový ekzém, celulitidu.



Popáleniny, zvláště většího rozsahu, vyvolávají mimo místních změn vždy celkovou reakci organismu. Závažnost je ovlivněna rozsahem popálené plochy, hloubkou popálení, stupněm celkové reakce, kde rozlišujeme období šoku, akutní toxemie, později chronické intoxikace nebo infekce. K stanovení rozsahu používáme pravidlo "devíti" (povrch hlavy a krku tvoří 9 %, přední plocha trupu 2x 9 %, zadní plocha trupu také 2x 9 %, jedna horní končetina 9 %, jedna dolní končetina 2x 9 % a okolí řitního otvoru s pohlavními orgány 1 %). Na procentech zasaženého povrchu těla závisí úmrtnost. Do 20 % úmrtnost nebývá, od 20 - 40 % dochází k vzestupu, nad 40 % je rychlý nárůst. Při zasažení 50 % umírá již více než polovina postižených, při 70 % povrchu těla 90 % pacientů.

První pomoc spočívá v krytí sterilními obvazy, u lehkých stupňů postižení lze použít studenou vodu. Dodáváme tekutiny. Další léčba je již nutná na specializovaných odděleních.

Z příznaků, které se vyskytují při akutních stavech, uvádíme ty nejčastější:

### **Bezvědomí**

Je to kvantitativní porucha vědomí z různých příčin, je důsledkem závažné poruchy mozkových funkcí. Patologické změny jsou závislé na vyvolávající příčině, např. přímé poškození mozkové tkáně může mít za následek uskřinutí, stlačení žil, vznik zánětlivého výpotku, mozkový edém, hypoxické poškození mozku. Orientační neurologické vyšetření je nezbytné k posouzení stavu nemocného. Hloubku bezvědomí lze hodnotit schematem podle Beneše, kdy hodnotíme reakci na bolestivý podnět, reakci na slovo atd. Obtížná komunikace je i u poruch vědomí. Současně s anamnézou hodnotíme i chování, neklid, zmatenost, úzkost. Je-li s pacientem možná komunikace, zjišťujeme, kde se obtíže projevují, kam bolest vyzařuje, jakého je typu (bodavá, křečovitá), je-li bolest stejná od počátku obtíží. Pokusíme se zjistit mechanismus poranění, má-li pacient jiné příznaky (nucení na zvracení, zvracení, průjem, dušnost), jiná onemocnění (diabetes, alergie), užívá-li léky. Ptáme se na potíže v rodině.

### **Bolesti břicha**

Z urgentních příznaků u týraných dětí jsou významné bolesti břicha. Rychlá a správná diagnóza umožní správně zvolit konzervativní nebo operativní cestu. Při anamnéze kromě výše uvedených příznaků zjišťujeme zástavu plynů, horečku, bolesti při močení, přítomnost krve v moči, výtok, krvácení z pohlavních orgánů. Bezprostřední ohrožení života přichází v úvahu zejména u trhlin nitrobršních orgánů.

### **Bolesti hlavy**

Bolesti hlavy traumatického původu mohou a nemusí být spojeny s krvácením.

### **Závrat'**

Může být provázena nucením na zvracení, zvracením. Bývá z mnoha různých příčin, jednou z ohrožujících je ložiskové postižení CNS poraněním.

Při akutním postižení CNS dochází kromě poruchy vědomí k poruchám dýchání a krevního oběhu. Tepová frekvence může být zvýšená u nitrolebního krvácení, snížena při edému mozku. Bývá změněná frekvence, hloubka a rytmus dechu, může dojít k apnoickým pauzám. Nepravidelné dýchání bývá u pacienta s poškozením míchy. Podle reakce na osvit vyšetříme reakci zornic. Pohyb bulbů bývá porušen, dochází ke stáčení, ke ztrátě paralelního postavení, k zapadání. Vyšetříme okulovestibulární reflex.

Vyšetřením svalového napětí zjišťujeme změnu (zvýšení, snížení).

K upřesnění diagnózy provádíme oftalmologické vyšetření, měření nitrolebního tlaku, lumbální punkci, kdy vyšetřujeme mozkomíšní mok, rtg lebky, scintigrafii, arteriografii, počítačovou tomografii, které umožní rychlou lokalizaci hematomu a možnost neurochirurgického zákroku.

### **Křečové stavy**

Při diagnostice u postižení CNS musíme kromě úrazu pomýšlet na epilepsii, infekci, febrilní křeče, nádor a lékové intoxikace.

### **3. Mnohočetná zranění**

Objevují se v rámci syndromu CAN všude tam, kde situace dítěte, nejčastěji v rodině, se postupně stává velmi nepříznivou, a kde již dítě delší dobu trpí především opakovanými útoky psychopata. Pokud je obětí agrese též matka, trvá objevení takového závažného ohrožení členů rodiny relativně velmi dlouho.

Tak vedle četných oděrek, pohmožděnin, nejrůznějších typů ran se zjišťují fraktury i vnitřní krvácení, a to vše nejrůznějšího data a původu, při celkovém stavu a těžkém psychickém a emocionálním zasažení dítěte.

Závažnost a naléhavost těchto stavů nečiní přílišné diagnostické potíže, řešení osudu dítěte však musí být zásadní a radikální, neboť prognóza v takových podmínkách je krajně nepříznivá.

Případ mnohočetných poranění v rámci CAN končící smrtí byl tento:

*Na chirurgické oddělení byl přijat jedenáctiměsíční kojeneček s hematomy kolem očnic, otisky prstů na obou tvářích, četnými škrábanci a hematomy různého stáří. Rodiče udávali, že dítě spadlo se schodů a bylo v bezvědomí. Při vyšetření bylo zjištěno krvácení do sklivce obou bulbů a prasklina lebeční kosti, bez neurologických příznaků. Bez dalšího šetření bylo dítě v krátké době propuštěno do domácího ošetření. Za tři týdny se vrací ve velmi zanedbaném stavu, v bezvědomí s četnými hematomy, další frakturou lebeční kosti, těžkým poraněním oka a spirálovou frakturou pažní kosti. Při chirurgické revizi byl zjištěn subdurální hematom se zhmožděním mozkové tkáně. Bezvědomí však neustupuje a přes intenzivní péči dítě umírá. Teprve následně byl případ hlášen policii, byla zjištěna těžká rodinná dysfunkce. Otec byl velmi agresivní psychopatická osobnost, který fyzicky týral svoji ženu a dvě děti. Byl obviněn a odsouzen pro způsobení těžké újmy na zdraví s následkem smrti a pro týrání svěřené osoby. Smrt tohoto dítěte bylo možno odvrátit, kdyby lékař při prvním pobytu v nemocnici zvážil závažnost situace a zajistil sociální šetření v rodině a okolí.*

Dosud uvedené formy lze označit jako aktivní fyzické zneužívání dětí, jež vyúsťuje ve formu zřetelného poranění. Bylo již uvedeno, že v této kategorii se setkáváme s další skupinou tělesně týraných dětí s průvodními znaky jiného utrpení, jako je dušení, trávení různými chemikáliemi, jedy a v neposlední řadě podáváním alkoholu a drog. To vše se zřetelným přechodem k psychickému a emocionálnímu zneužívání a týrání.

## Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy)

V souvislosti s rozvojem poznání syndromu CAN se ukázalo, že existují případy, kdy rodiče vedle úmyslných otrav různými léky si vymýšlejí u dětí nejrůznější příznaky a onemocnění, případně je "vyrábějí", tj. uměle připravují tak, aby dítě pro ně bylo vyšetřováno a také léčeno.

Tento nebezpečný "podvod" poprvé popsal u dvou dětí Meadow v roce 1977 jako Münchhausenův syndrom by proxy, tj. v zastoupení. Použil přitom Asherova označení z r. 1951, který jej pojmenoval po von Münchhausenovi, u nás známém baronu Prášilovi. Při něm si pacienti či quasi pacienti vymýšleli nejrůznější chorobné příznaky a nemoci či je zveličovali. V případě dětí byl termín doplněn slovem "v zastoupení" - myšleno zřejmě na rodiče, kteří zveličovali či předstírali potíže svých potomků. Zpočátku byl také nazýván jako Polleho syndrom.

U nás na tento syndrom upozornil poprvé Marten v r. 1985 svou soubornou prací o tomto syndromu spolu s problematikou záměrných otrav u dětí. Teprve v nejposlednější době se dostává i do širšího lékařského povědomí i literatury (Vondráček, Schneiberg, 1993).

Jones (1994) charakterizuje mechanismus Münchhausenova syndromu v zastoupení jako rodičovskou "fabrikaci" patologických příznaků, poškozování vzorků krve, moči a jiných materiálů k vyšetřování tak, aby vyzněly patologicky (nejčastěji příměsí krve do vyšetřované moči, porušení sterility odebíraných vzorků na mikrobiologické vyšetření apod.) i přímým poškozováním dítěte simulujícím to či ono onemocnění. Obecně se "jako průkaz" tohoto poškozování dětí užívá vzdálení rodiče z bezprostředního dosahu dítěte.

Přestože se u nás dosud pokládá tento syndrom za výjimečný, není tomu tak. Z dnes již relativně velkých sestav (např. Resenbergerová, 1987, 117 případů) je patrné, že Münchhausenův syndrom v zastoupení těžce postihuje děti a že až v jedné pětině končí smrtelně, nejčastěji zadušením. To je zvláště významné z hlediska diferenciální diagnózy syndromu náhlého úmrtí u kojenců.

Uvádíme případ znásilněné dívky spolu s intrakraniálním krvácením a chceme zmínit i možnost transgeneračního přechodu Münchhausenova syndromu z matky na dítě, který se později začal u dívky, alespoň v náznacích, rozvíjet.

*Do Dětského krizového centra přišla žádat o pomoc čtrnáctiletá dívka. Byla prý nucena skupinou Romů, které navštívila v jejich bytě, k prostituci na ulici. Poněvadž jejich očekávání nesplnila, byla prý zbita, posléze jedním Romem znásilněna. Stěžovala si na bolest hlavy, přičemž udávala, že byla nějakou dobu v bezvědomí. Při podrobném vyšetření na dětské chirurgii a dětské neurologii byly zjištěny četné pohmožděniny po celém trupu, ale také sebepoškozující jizvy na různých místech těla, z nichž některým dávala tajemný význam. Gynekologické vyšetření zjistilo čerstvou defloraci, s otokem velkých stydkých pysků. Ve výtěru zjištěny chlamydie a vibrióza. Dále bylo zjištěno subdurální krvácení. Objevily se křeče, bezvědomí, jimiž prý trpěla již v minulosti. Pro dětského neurologa bylo obtížné zaujmout stanovisko, zda jde o epilepsii primární, jež se nyní aktivovala, či sekundární jako následek intrakraniálního krvácení. Dívka pocházela z těžce dysfunkční rodiny, dva roky prakticky pro nejrůznější potíže nedocházela do školy, trpěla těžkou poruchou chování při nižší mentální úrovni. Byla už celkem dvacetkrát na nejrůznějších odděleních, mnohokrát ambulantně vyšetřena. Matka sama byla v invalidním důchodu pro chronický otok paže, který si sama způsobila zaškracením. Trvale udávala nejrůznější zdravotní obtíže. To odpovídalo samo o sobě Münchhausenovu syndromu u matky a v "zastoupení" u dívky. Nicméně zde šlo o pohlavní znásilnění, s pohlavní nákazou u dívky, způsobené cizí osobou, provázené těžkým ublížením na zdraví. Do budoucna je prognóza dívky nejasná. Je po celou dobu v naší péči, která samozřejmě navazuje na celou řadu lékařských disciplín a sociální péče. Problémem je zajistit další vzdělání děvčete, finanční situaci rodiny, socioterapii. Souběžně probíhá soudní řízení celého případu.*

Závažnost tohoto syndromu vyplývá i z dalšího případu.

*Se žádostí o pomoc při řešení složité rodinné situace dvou sourozenců, čtyřletého chlapce a osmileté dívky, se na Dětské krizové centrum obrátil příslušný Odbor péče o děti a rodinu. Bylo vysloveno podezření*

*na týrání obou dětí. Matka dětí podala před rokem žádost o rozvod a s dětmi se odstěhovala ke svému příteli, kde však nebyly podmínky pro zdravý a zdárný vývoj dětí. Otec žádal o svěřeni dětí do své péče a do rozhodnutí soudu mu byly svěřeny. Otec žije ve společné domácnosti s družkou, která má ve své péči dvě nezletilé děti. Družka otce si nepřála, aby děti navštěvovaly svoji matku, která měla mimo jiné problémy s alkoholem. Postupně se zjistily různé okolnosti, na které upozorňovalo zdravotnické zařízení - děti se jevíly jako zaostalé, měly nápadně vysokou nemocnost. V té době rovněž chlapec onemocněl silnou cukrovkou a družka, jelikož je údajně zdravotní sestra, mu píchala 3x denně inzulin. U dítěte se začaly objevovat kolapsové stavy a byl proto posléze opakovaně vyšetřován na dětské klinice. Onemocnění cukrovkou bylo vyloučeno, udávaná sdělení o stanovení diagnózy se nikde nepodařilo ověřit. Závěr byl: zdravé dítě. Na družku otce bylo podáno trestní oznámení pro zanedbávání péče a podezření na týrání. Obě děti byly umístěny do dětské léčebny a jsou zařazeny do programu náhradní rodinné péče, neboť ani jejich vlastní matka neskýtá záruku správné péče a výchovy.*

## Úloha pediatra

Úloha pediatra při hodnocení syndromu CAN spočívá v podrobné anamnéze, kdy je nutné zjistit rizikové faktory v rodině i u dítěte, v pečlivém fyzikálním vyšetření a detailním popisu nálezu. Lékařské vyšetření je součástí celkového hodnocení spolu se sociálním šetřením, eventuálně odborným nálezem psychiatra, neurologa, dětského gynekologa či jiných specialistů. Dojde-li k ohlášení případu, následuje též policejní šetření.

Dětský lékař musí volit při vyšetření zvláště citlivý přístup. Musí myslet na zvláštnosti dětského věku. Každá nemoc přináší změnu psychiky, zvláště jde-li o případy, kdy zranění je způsobeno jinou osobou. Zde hraje roli, umí-li dítě vůbec sdělit, že mu někdo ublížil, je-li si toho vědomo. Často je pro dítě velmi obtížné, zvláště při násilí v rodině, vyřešit otázku zda "udává" nebo oznamuje pachatele.

Jistá zranění mohou být nespecifická pro týrání a jejich interpretace je nesnadná. Lékař by měl zvolit vyšetřování v přátelském prostředí, zbytečně neopakovat bolestivá vyšetření, při pátrání po údajích se zbytečně znovu a znovu nevracet k líčení traumatizujících zážitků.

Zvláště pečlivé vedení dokumentace je zde nezbytné. Musí být podrobně popsány metody, které byly použity při vyšetření. Dítě zvážíme, změříme, zaznamenáme obvod hlavy a hrudníku. Výsledky porovnááme se standardními křivkami. Z toho zjistíme ihned nebo při opakovaném vyšetření opožďování ve vývoji aj. Porovnání podle růstových křivek např. u neprospívání ukáže pokles. Míry dítěte pod 3. centilem jsou varující. Všimáme si diskrepance mezi výškou a váhou, sledujeme též rodinné typy, tzn. výšku a hmotnost rodičů.

Zaznamenáváme objektivní nález dítěte a zvláště se soustředíme na nalezená poranění. Začínáme popisem stavu výživy, kostry, kůže, sliznic, chrupu, kvality vlasů, nehtů, celkové čistoty. Důležité je všimnout si chování dítěte v průběhu vyšetření, jeho sociálních dovedností, úrovně slovní zásoby. Některé dítě je odmítavé, jiné se hned chce mazlit, s každým navazuje kontakt, což bývá známkou deprivace. Všimáme si stavu ošacení (Warner, Hansen, 1994).

Zjistíme-li zevní poranění, následuje podrobný popis: místo, rozsah, pravděpodobné stáří.

Následuje podrobné interní vyšetření, kontrolujeme pulz, tlak krve, reakce zornic. Provádíme orientačně neurologické vyšetření. Je nutno pamatovat na možnost vnitřních poranění.

## Sexuální zneužívání z pohledu dětského lékaře

Všimáme si zranění, podrobně vyšetříme genitál a konečník postiženého dítěte, přičemž je také důležité vyšetření sourozenců a ostatních dětí, které byly v kontaktu s pachatelem. Při vyprávění rodičů je třeba sledovat, udávají-li náhlé změny v chování dítěte, bolesti břicha, časté bolesti v krku. Při podezření na sexuální styk necháváme vyšetřit děvčata na oddělení dětské gynekologie, případně je odesíláme na vyšetření na pohlavně přenosné choroby, na test na průkaz těhotenství. K soudnímu řízení je nutné vyšetření na přítomnost spermatu, slin nebo jiných tělních tekutin.

Při vyšetření genitálu podrobně popíšeme velké i malé stydké pysky, výtok, hymen (panenskou blánu), její dilataci (závisí na věku, technice vyšetřování), vchod do pochvy.

Vyšetřujeme-li anus (řitní otvor) a okolí, neprohlížíme déle než 30 sekund! Pak dochází ke spontánním stahům kruhovitěho svalu. Na kůži může být zarudnutí, pigmentace, otok, trhlínky, hematomy, venózní městnání - jako prstenec, vyšetření sfinkteru (svěrače) per rectum není nezbytné. Můžeme vidět zejíící anus, zevní sfinkter se kontrahuje každých 2 - 5 sekund (toto "škubání" bývá u manipulací s anem, např. opakované digitální dráždění). Normálně je anus při vyšetření uzavřen.

Vyšetření ústí uretry (močové trubice) může ukázat zarudnutí, otok, rozšíření, modřiny.

Ke komplexnímu vyšetření řadíme, kromě výše uvedeného odběru materiálu na zjištění přenosných chorob, též mikrobiální obraz poševní, kultivaci vyšetříme moč. Při krvácení musíme vyloučit předčasnou pubertu. V tom případě jsou nutné další laboratorní odběry. Musíme vyloučit zranění při nehodě, poškození při masturbaci.

### **Tělesné příznaky sexuálního zneužívání:**

- výtok, pohlavně přenosné choroby (gonorea, herpes, syphilis, trichomonas, chlamydie, bradavice na genitálu, AIDS)
- poranění nebo dráždění anální nebo genitální oblasti (otok, krvácení, rozšířené žíly, nesprávně nazývané hemoroidy, může být přítomen prolaps, výhřez, bolestivost, exkoriace, zvl. jsou-li nevysvětlitelné)
- bolestivost při močení, defekaci, zácpa, obtíže s vyprazdňováním, při chůzi
- u chlapců trhlínky na předkožce, bolestivost, zarudnutí
- obtíže při chůzi nebo sezení pro bolest v oblasti anální či genitální
- psychosomatické obtíže (bolesti žaludku, hlavy)
- krvácení, které by mohlo být považováno za časnou menstruaci, zvláště nejsou-li známky pubertálního vývoje

Zvláště praktický lékař pro děti a dorost si může všimnout příznaků a včas diagnostikovat zanedbávání péče. (Dubowitz, 1982, Griest, 1983)

## Zanedbávání péče

### Rozlišujeme dvě kategorie:

**a)** Těžké zanedbání např. výživy - ("failure to thrive") - nebo přítomnost dětí v takových situacích, kdy je ohroženo jejich zdraví či dokonce život.

**b)** Všeobecné zanedbání. Zanedbávání odpovídajícího jídla, ošacení, lékařské péče, izolace od okolního světa. Může být bez fyzikálního nálezu. Patří sem i nechávání malých dětí bez dozoru, netečnost k tomu, co dělají mimo školu (opomíjení nebezpečí nehod, poranění, kriminality - drogy, hrací stroje).

### Mezi ukazatele patří:

- dítě má nedostatek patřičné lékařské a stomatologické péče.
- dítě bývá unavené nebo ospalé.
- dítě je špinavé, má nedostatečnou osobní hygienu, oblečení neodpovídající počasí.
- dítě může být depresivní, uzavřené, apatické. Může vykazovat asociální, destruktivní chování, trpí poruchami řeči, jídla, má různé neurotické návyky (dítě si kouše nehty, vlasy, houpá se).
- nedostatečný dohled nad dítětem (opakované pády ze schodů, polykání škodlivých látek, dítě se musí starat o jiné dítě). Dítě je ponecháváno samo doma, v autě, na ulici.
- v domácnosti jsou zdravotně závadné podmínky (lidské, zvířecí výkaly, odpadky), nedostatečné vytápění, nebezpečí ohně, místo pro spaní je chladné, špinavé, nebo jinak neodpovídající.
- nutriční hodnota jídla je nedostatečná, eventuálně jídlo není vůbec připravováno, dětské večeře jsou chudé. Lednice zeje prázdnou.

Samozřejmě, že některé z těchto podmínek se mohou vyskytovat v každé domácnosti, ale přetrvávání a větší výskyt těchto faktorů je podstatný pro nějaký stupeň zanedbávání.

Pokud se toto neodkryje, mohou se i u duševně a fyzicky zdravého dítěte rozvíjet poruchy chování, školní problémy, opoždění ve vývoji.

## Pouřazové stresové obtíže

(PTSD - posttraumatic stress disorder podle Mezinárodní klasifikace nemocí)

Jde o soubor obtíží, které vznikají následně po prožitém traumatu, ať již fyzickém, sexuálním či psychickém. Tento syndrom je uveden mezi psychiatrickými diagnózami. Vznik těchto obtíží má vliv na chování dítěte, jeho školní přizpůsobivost, sociální chování, mezilidské vztahy i pro mezigenerační přenos násilí.

### Mezi kritéria této poruchy patří:

- stále se vracející sny o traumatu,
- halucinace, iluze, psychogenní amnezie,
- náhlá ztráta zájmu o cokoli,
- ztráta určitých dovedností,
- neschopnost cítit lásku,
- pesimistické vidění budoucnosti,
- příznaky, které se nevyskytovaly před úrazem,
- nadměrná ostražitost, nespavost, špatná koncentrace,
- zvýšená precitlivělost na nepatrné podněty (pocení, třes, palpitace, slzy). (Famularo, 1994)

V americké studii se popisuje 109 žen se svými dětmi, které zažily některý z typů zneužívání. Klienti byli vyšetřeni psychologem i psychiatrem, děti byly rozděleny do skupin, které měly či neměly pौरazové stresové obtíže. Lékař musel dotazy a vyšetřením vyloučit nehodu. Diagnóza může být:

- falešně negativní - (v případě, že zneužitě dítě nebylo identifikováno),
- falešně pozitivní - (lékař měl podezření na týrání, ale byla to nehoda),
- pozitivní pravda - (lékař potvrdí podezření na týrání),
- negativní pravda - (dítě zraněné při nehodě nebylo identifikováno jako týrané).

Jako případ sexuálního zneužívání s následným pौरazovým stresovým syndromem uvádíme:

*Na Dětské krizové centrum se obrátila matka tříletého chlapce. U dítěte se náhle objevily nápadné změny v chování, agresivita, úzkostnost, objevilo se pomočování, dumání palce, zamlklost. Jelikož byla řečová složka u chlapce dobře rozvinuta, sděloval matce i své zážitky. Po počátečním šoku, že vlastní otec sexuálně zneužívá jejího synka, matka se rozhodla bránit své dítě. Při vyšetření na našem pracovišti dítě potvrdilo již dříve matce svěžené události osahávání, libání přirození, anální styk. Při lékařském vyšetření jsme zjistily bolestivé trhlínky na konečniku, v okolí řitního otvoru zduřelé žíly. Na otce bylo podáno trestní oznámení, byl vzat do vazby. Vyšetřování se však protahuje, chlapec je znovu a znovu vyslýchán, prohlubují se jeho neurotické projevy. Zde je na místě výzva ke všem orgánům státní správy - myslet vždy v první řadě na zájem dítěte.*

Jelikož neexistuje definice na "jistou diagnózu" při příznacích tělesného a duševního poškození následkem týrání, je zapotřebí určitých zkušeností, znalostí, které se získávají v odborných školeních. Již na lékařských fakultách je nutná výuka zvláště v oblasti diferenciální diagnózy (rozlišení nehody od týrání). Praktický dětský lékař, který má vlastně největší možnost sledovat rizikové faktory a působit tak v oblasti prevence, by měl strávit alespoň 15 - 20 minut vyšetřením každého dítěte, při podezření na syndrom CAN samozřejmě více. Alespoň některé z výše uvedených příznaků by měl mít v paměti každý, zvláště ten, kdo přichází častěji do styku s dětmi. Jen tak bude možné zasahovat již preventivně.

Připomeneme-li si znovu základní příznaky tělesného týrání, víme na co se při objektivním vyšetření dítěte soustředit. V anamnéze se dovídáme o nepřiměřeném trestání, záměrném ubližování, ať již jednorázovém či opakovaném. Mechanismem může být bití rukou, vařečkou aj., pálení cigaretou, opaření, kousání, řezání, kroucení končetin, vytrhávání vlasů, kopání. Při zranění na obličeji a hlavě je nutné vyšetřit i ušní lalůčky, jelikož často bývá trhlínka za boltcem. Při vyšetření úst prohlédneme uzdičku u horního rtu, která bývá poraněna při násilném krmení. Strangulační rýha a modřiny na krku bývají často u případů sexuálního zneužití. Velmi často jsou poraněny při tělesném týrání i zadní části těla, od krku ke kolenům.

Při zjišťování anamnézy je třeba myslet na ukazatele, které jsou podezřelé – jako jsou zranění netypická pro věk, hlavně zlomeniny u kojenců, nevysvětlitelné zlomeniny, kdy bývá rozpor ve vysvětlování

mechanismu vzniku nebo rozsah poranění neodpovídá udávané příčině. Typická bývá časová prodleva, kdy rodič nebo pěstoun váhá s vyhledáním odborné péče.

Není-li zranění patrné na první pohled, je jednou z prvních známek týrání, kterého by si měl lékař, ale i kdokoliv jiný povšimnout, změna v chování dítěte. Dítě se může projevovat na jednu stranu pasivně, apaticky, je uzavřené a bojácné, na stranu druhou je agresivní, destruktivní, násilnické.

Často zaznamenáváme, že dítě i rodič se pokouší skrývat zranění. Dítě si obléká nadměrné vrstvy oblečení, zvláště to je nápadné v teplém počasí. Ve škole a na tělesné výchově bývají absence. Bojí se rodičů, bojí se chodit domů. Je bojácné, když jiné dítě křičí. Obává se tělesného kontaktu s dospělými. Je nadměrně ostražitě. Trpí "záchvaty bolesti hlavy, zvracení, křečí". U adolescentů je v popředí deprese, sebepoškozování, sebevražedné pokusy, poruchy spánku, jídla (Lungren, 1993).



## 5 Tělesné týrání pasivního charakteru

Myslí se tím nedostatečné uspokojení alespoň těch nejdůležitějších tělesných potřeb dětí, a to i v návaznosti na psychické a sociální potřeby. Jde o úmyslné, ale i neúmyslné nepečování při závažných psychických poruchách či značné nezralosti rodičů (dětí dětí). Dále jde o opomenutí (omission) v péči o dítě či nepochopení rodičovské role, ať již z důvodů 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 takového zacházení s dítětem patří jeho zpustnutí, v krajním případě až smrt.

V právní verzi podle zákona o rodině jde v podstatě o situace, kdy rodiče zneužívají svá práva a neplní povinnosti k dítěti, pro což mohou být ve svých právech omezeni a v případě hrubých či závažných poruch pak dokonce jich zbaveni.

### Porucha v prospívání dítěte neorganického původu

Tato porucha je známá v anglosaské literatuře jako "failure to thrive" a vyskytuje se převážně ve zchudlých a společensky málo přizpůsobivých rodinách. Společným rysem tohoto syndromu je nedostatečná výživa jak po stránce kvalitativní, tak i po stránce kvantitativní s výslednou těžkou dystrofií či atrofií. Ta se projevuje ve výrazné podvaze a v nejtěžších případech i v zástavě růstu. Kvalitativní stránku neprospívání možno hledat nejčastěji v různých hypovitaminózách. Z nich se nejčastěji vyskytuje nedostatek vitamínu D - v minulosti v nesmírných rozměrech a také se závažnými následky.

Ještě v roce 1956 jsem byl (JD) překvapen na jedné klinice v Polsku několika velkými sály vážně podživených dětí s těžkými deformacemi kostí dolních končetin po prodělané nebo právě probíhající rachitidě. Ostatně obrázky dětí prožívajících hladomor, válku, masovou emigraci apod. jsou toho dokladem i dnes. Nejotřesnějšími jsou však dosud obrázky dětí z koncentračních táborů.

Rovněž nedostatky vitamínu C a skupiny B často provázejí těžké karenční stavy. Ty jsou samozřejmě spojeny s celou řadou dalších fyzických změn a ovšem i psychických a sociálních (např. tělesné neprospívání sociálních sirotků, dětí ulice apod.).

Toho jsme si všimli u dětí přijímaných do SOS dětské vesničky (Dunovský, 1971) a zjistili jsme tehdy významnou podváhu a dokonce i nižší vzrůst vzhledem k věku (včetně hypochromní anémie a opožděného kostního zrání) se současným vyloučením organických příčin neprospívání. V Dětské vesničce pak nastala rychlá úprava všech těchto nepříznivých ukazatelů vývoje dětí v nové kvalitní rodině, včetně zlepšení původně velmi nízkého sociálního subjektivního statutu (Dunovský, 1978), a to zvláště v jeho složce sociální jistoty a adaptace.

To samo o sobě rovněž ukazuje na úzkou sepjatost tělesných, psychických i sociálních procesů jak v jejich nepříznivé poloze, tak v jejich úzdavě. Současně jsme se dostali ke dvěma významným diagnostickým podmínkám poruchy neprospívání v rámci syndromu CAN.

První je vyloučení příčiny, spočívající v některé somatické a výjimečně i psychické poruše. Somatických poruch dítěte vedoucích k neprospívání, poruše růstu a vývoje je celá řada. Jejich potvrzení či vyloučení vyžaduje často velmi náročné pediatrické vyšetření, jež se bez pobytu v nemocnici často nemůže

uskutečnit. To samo o sobě však dává též možnost pozorovat dítě a jeho chování bez závislosti na rodičích a tedy jejich případné nepříznivé účasti na vzniku a vývoji neprospívání.

Náležitá rodinná, osobní anamnéza je nezbytností, včetně komplexního sociálního šetření. V ní je třeba zjistit mimo jiné somatotyp rodičů, pokusit se definovat jejich genetickou výbavu. Dále je třeba se zaměřit na hodnocení jejich zájmu o dítě, způsob péče o ně i výživové a výchovné problematiky v rodině. Je třeba zjistit podrobné údaje o těhotenství matky, porodu a možných poškozeních dítěte při něm, údaje o celém dalším vývoji dítěte po narození, o jeho případných zvláštnostech, vrozených i získaných odchylkách a i o způsobech jejich zvládnání. Jde také o důležité údaje o vývoji váhy a výšky dítěte, jež by měly být zaneseny do růstových a váhových grafů, ať v záznamech lékaře nebo v dnes zavedených zdravotních průkazech. Zjištění funkčnosti rodiny by mělo být dnes již automatickou součástí celkového hodnocení vývoje dítěte.

Z vlastních organických poruch nutno připomenout především některé geneticky podmíněné vady (např. většina chromozomálních vad), hormonální poruchy (nedostatek růstového hormonu, hormonu štítné žlázy a dalších), metabolické (např. fenylketonurie, diabetes mellitus), poruchy vstřebávání a trávení (enzymopatie, chronické záněty střev, celiakie, cystická fibróza). Dále obstrukce i další poruchy zažívacího ústrojí. A vlastně celou řadu chronických onemocnění např. jaterních, ledvinových, plicních, CNS atd. Z psychických poruch je to již zmíněná mentální anorexie. Ta se však vyskytuje převážně u dívek v začátku puberty a má svou vlastní symptomatologii. Dále třeba zmínit odmítání potravy v rámci autismu či autistických rysů.

Návykové nechutenství tak časté v předškolním a časně školním věku vedou velmi vzácně k opravdové podvýživě. Tu však lze upravením životosprávy a správného přístupu dítěte i rodiny k jídlu rychle zvládnout.

Druhou základní diagnostickou podmínkou pro potvrzení neorganické příčiny poruchy prospívání, způsobené neposkytnutím dostatečné výživy, je rychlá či dostatečně patrná úprava výživových nedostatků. Problémem je ovšem náprava průvodních poškození jiných orgánů - např. ireparabilní změny na kostře po rachitidě, neobnovení růstu při již uzavřených růstových zánětech apod. Zvláště nepříznivá situace nastává u kombinace organicky podmíněného neprospívání s neorganickým, což nebývá tak vzácným jevem, uvědomíme-li si, že jakkoli postižené či vážněji nemocné děti jsou významně rizikové pro nedostatečnou péči a i týrání (Dunovský, 1995).

Ještě nepříznivější jsou kombinace nedostatků péče o dítě v oblasti fyzické s nedostatky psychickými a sociálními. Tam již bezprostřední důsledky takových spojení mohou neobyčejně těžce postihnout dítě či dokonce je zahubit.

*Profesor A. Mores se spolupracovníky v r. 1965 popsali případ dvou šestiletých chlapců, nalezených ve skrýši venkovského domu, kde rok a půl žili za velmi špatných podmínek s macechou a její dcerou. U dětí byla zjištěna těžká atrofie, floridní rachitida, další formy polyhypovitaminózy, mentální retardace na úrovni imbecility. Otec i macecha byli odsouzeni, děti zůstaly na klinice. Somatické nedostatky se relativně rychle upravovaly, avšak psychické i emoční zasažení bylo značné a ani terapie nepřinášela pozitivní výsledky. Dr. Koluchová svěřila děti do náhradní rodinné péče, aby tak zabránila možné sekundární viktimizaci v ústavu. Po celou dobu dětství i dospívání chlapců nenastaly žádné větší problémy, došlo naopak k uzdravení psychického postižení. Chlapci ukončili s úspěchem střední školu a později založili své vlastní rodiny. (Koluchová, 1972, 1988)*

Význam případu je mnohoznačný. Pro nás v popisované souvislosti ukazuje na možnost existence takového výjimečného případu fyzického týrání pasivního charakteru, a to opět v kombinaci s jinými formami ubližování. Současně ukazuje možnost úplného uzdravení, a to i v oblasti psychické a sociální. To ve světové literatuře způsobilo velkou pozornost, neboť vyvrátilo dosud tradovanou představu o ireparabilitě (nemožnosti nápravy) psychické deprivace v dětském věku. Případ sám je označován jako "dvojčata Koluchové". Obdobný, i když poněkud těžší případ jsme sledovali před řadou let.

*Matka čtyřměsíční holčičky se odstěhovala od svého muže a nepodávala o sobě žádné zprávy. Žila na vesnici, o dítě se nestarala. Ještě před příchodem do nového bydliště měla zájem o umístění holčičky do kojeneckého ústavu, žádost však byla odmítnuta. Na naléhání nového partnera, aby se dítěte zbavila, se o ně přestala starat (nekrmila je, neposkytovala mu základní hygienu atd.). Pak začala děvčátko bít, přivodila mu těžkou atrofii (3600 g v 7 měsících) s hlubokými vředy v kůži perigenitální krajiny, jizvy, čerstvé hematomy difuzně po trupu, trhala jí vlasy. Nakonec mu způsobila těžké subdurální krvácení se zhmožděním mozkové tkáně, na které dítě zemřelo. O cílené snaze zabít své dítě svědčily četné hemosiderinové jizvy v bílé a šedé hmotě mozkové, prokazující opakované údery do hlavy.*

Případ sám patří do kategorie fatálních syndromů CAN s neobyčejně rozmanitou symptomatologií. Svědčí také o přítomnosti mnoha rizik jak ze strany rodičů (afunkční rodina), ale i dítěte (nedonošené). Svědčí též o opakovaném selhání lékařské i sociální služby i sousedských vztahů (neupozornění na případ).

## **Nedostatek zdravotní péče**

Vědomé odmítání zdravotní péče, zvláště jedná-li se o péči léčebnou, je u nás vskutku spíše výjimkou. Méně vzácně se objevuje odírání preventivní péče, včetně očkování. Přitom je u nás, na rozdíl od řady západních zemí, jak preventivní péče, tak očkování povinné.

Nevědomé odmítání zdravotní péče, zvláště v kritických situacích, je záležitostí spíše nepochopení a neporozumění případné vážnosti stavu dítěte či ohrožení jeho života. Jiné situace přicházejí tam, kde rodiče či jiní vychovatelé způsobili dítěti nějakou újmu na zdraví, bojí se právních následků svého činu, a proto s ním k lékaři nejdu. Doufají ve spontánní uzdravení dítěte a tak mu vlastně odírají první pomoc, nejspíše sami schopni mu ji poskytnout. Sem musíme řadit i situace, kde rodiče nezabezpečují dítěti kvalitní hygienickou péči, dostatek ochrany, něhy a lásky, která je rozhodující zvláště v časném období po narození a na níž je existence dítěte i závislá. To svým způsobem vede k rozšíření vlastního pojetí syndromu CAN a vyjadřuje názor, že každé dítě, které není milováno, je týráno. Právě v nejtěžším věku života je odeprání lásky dítěti vždy těžkým prohřeškem proti jeho potřebám a znásilněním jeho práv.

## **Nedostatky ve vzdělání a výchově**

Jedním z významných práv dítěte je právo na vzdělání. Zdaleka není uspokojováno u všech dětí, zvláště pak v rozvojových zemích. Zde se vyskytuje negramotnost u velkého počtu dětí, hlavně děvčat, přičemž podíl negramotnosti je jednou z významných známek situace dětí v té které zemi či oblasti nebo etnické skupině. Avšak ani v rozvinutých zemích není vždy toto právo plně zajištěno. To je patrné především tam, kde mentální kapacity dítěte pro nedostatečnou stimulaci a učení nejsou zcela rozvinuty a vzdělanostní úroveň dítěte neodpovídá jeho možnostem. Nedostatky ve výchovné péči se pak projevují zanedbaností v jejím širším pojetí, o níž se pojednává v této knize jinde.

## **Nedostatek přístřeší, ošacení a ochrany**

Nezabezpečení domova, vhodných životních podmínek a nedostatečná pozornost k nepříznivým vlivům ohrožujícím zdraví a život dítěte patří k závažným jevům nejen minulosti, ale i současnosti.

Jde především o děti bez domova, které jej z nějakých objektivních důvodů ztratily: přírodní katastrofa, válka, emigrace, úmrtí atd., anebo z důvodů subjektivních: útěk, izolace a jiné.

Největší skupinu takto postižených dětí představují děti trpící bezprostředně chudobou svých rodičů, jejich nezaměstnaností, anebo jejich nedostatečnou péčí o "tělesné statky" dítěte, ať již z jakéhokoli důvodu.

Zde zanedbávání dítěte vystupuje jako závažný sociálně-ekonomický problém a také tak musí být řešeno, i když je velmi často spojeno s celou řadou dalších nepříznivých jevů.

## **Děti vykořisťované**

Je to především staronový problém dětské námezdní práce, jejíž zákaz do 16 let věku dítěte u nás již platí mnoho desetiletí. Zcela nově se však objevilo žebrání dětí, zvláště dětí přistěhovalců, uprchlíků, přecházejících naší zemí do západní Evropy.

V Dětském krizovém centru jsme opakovaně upozorňováni na žebrající děti ve středu Prahy, největší pozornost poutají matky s kojenci či dětmi předškolního věku (vše nasvědčuje tomu, že jsou jim podávány uklidňující drogy). Byli jsme přivoláni k matce žebrající s dítětem na Jungmannově náměstí. Matce nelze dítě odebrat - jediné tehdy, je-li bezprostředně ohrožen život a zdraví dítěte. Policie tudíž nemůže do takových případů zasahovat, neboť nemá zákonný podklad. Orgán péče o rodinu a děti je také bezmocný, pokud nenastane bezprostřední ohrožení života dítěte, které je možno konstatovat na základě vyšetření, jež provést je značně obtížné. Vykázat žebrající skupiny je nemožné, žebrota u nás není zakázána. Na matčino dovolení jsem dítě prohlédl (JD). Bylo poměrně chladno, dítě leželo v teple, zabalené v dekách na slavníku, žádné známky otravy nebyly patrné. Byla zjištěna plošná keloidní jizva na levé straně hrudníku po popálení, dítě bylo poměrně čisté.

Neshledali jsme tedy důvody k zásahu z hlediska sociálněpediatrického, ač šlo evidentně o vykořisťování dětí. Navštívili jsme cizineckou policii - všichni běženci i s dětmi mohou získat útočiště v uprchlickém táboře, o který však musí požádat a dobrovolně se do něj nastěhovat. Volí však raději cestu žebrání, odmítají většinou darované šatstvo či jídlo.

## 6 Psychické týrání

Zatímco sexuální zneužívání a fyzické týrání jsou pojmy, pod kterými si většinou dovedeme představit konkrétní události a činy, psychické či emocionální týrání jsou pojmy obecně značně nejasné a také se o nich ani zdaleka tak často nehovoří. Dokonce i specializovaná pracoviště zabývající se týranými dětmi jsou zaměřena především na fyzické a sexuální týrání a zneužívání. Můžeme si to vysvětlit tím, že tyto fenomény jsou lépe vymezené a následky takového jednání jsou na první pohled zřetelné a koneckonců i dobře dokazatelné při dalších jednáních. Navíc se dají i snadno objektivně doložit např. fotografiemi. Psychické týrání je zdokumentovatelné velice obtížně a i v našem soudnictví se s touto problematikou setkáváme jen velmi zřídka právě z těchto důvodů.

V odborné literatuře nalézáme spíše pojmy psychologické a emoční týrání. K. P. Od'Hagan se ve své práci zevrubně zabývá těmito pojmy a zdůrazňuje nutnost jejich odlišení. Konstatuje, že v jednotlivých zemích je vzrůstající tendence užívat tyto termíny jako synonyma - tak např. v Británii a Austrálii mají registraci emočního týrání, ale registr psychologického nebyl vůbec zaveden. Argumentem proti dvojímu odlišnému zaznamenávání případů je to, že tato označení jsou svým obsahem totožná, či že jedno vlastně zahrnuje druhé. V USA se termín psychologické či psychické týrání začal hojně užívat od r. 1983 po Mezinárodní konferenci o psychologickém týrání dětí a mladistvých. Termín všeobecně obsahuje i kategorii emočního týrání.

K. P. Od'Hagan jmenuje řadu autorů, kteří uvádějí důvody pro odlišení a samostatné vedení dvou kategorií. Především zdůrazňují, že psychické neznamená jen emocionální. Někteří mluví o přesných hranicích mezi emočním vývojem a duševním (tj. psychologickým) zdravím. Odborníci se však shodují v tom, že emoční týrání dětí vede k poškození psychického vývoje a ohrožuje osobnost v její identitě. Působí tak i na ostatní složky psychického vývoje - např. na rozvoj inteligence, pozornost, vnímání aj.

Domníváme se, že z čistě odborného psychologického hlediska odlišení emočního a psychického týrání je namístě. Termín psychické týrání v sobě zahrnuje kromě jiných komponent i složku týrání emocionálního. Zůstává však diskutabilní, zda je z hlediska užívání toto rozlišování praktické. V naší společnosti se vžilo povědomí o psychické deprivaci a o psychickém týrání jsou ochotni uvažovat jen někteří osvěcenější odborníci pracující s dětmi. Jemnější nuance, obáváme se, nejsme zatím obecně schopni dále diferencovat.

Navíc zůstává celá řada otázek, jak přesně odlišovat, případně sledovat nahromaděné, terminologicky rozdílné události? Existuje fyzické týrání bez souběžného týrání psychického? A kolik sexuálních zneužití nepostihne zároveň psychiku zneužitého? Snad jen ta, která jsou sice podle zákona zneužitím (pro nízký věk), ale která si "oběť" přála či k nim dala podnět.

Nejběžněji zvažovaný výskyt psychického týrání je u rozvádějících se rodičů či u rodičů, kteří se o dítě "přetahují", ať již po rozvodu, nebo i během soužití. O situaci dětí v průběhu rozvodových situací mluvíme podrobněji dále - avšak dětí, které jsou psychicky týrány především v rámci rodiny, je i mimo rozvádějící se mnoho.

*Pepa žil se svou sestrou a se svými rodiči v domku s babičkou a dědečkem - rodiči otce. Pepa byl první vnouče, a tak byl v této rodině nadšeně přivítán. Babička, která se po celý život zabývala pedagogickou činností a byla velmi úspěšnou ředitelkou mateřské školy, věděla vždy nejlépe, co chlapec - a později i jeho mladší sestřička - potřebuje, a tak horlivě radila matce, jak má vychovávat. Otec se stále častěji zabýval svými zájmy, a také postupně láskou největší - pivem. Děda, ten si zvykl přehlušovat požadavky své manželky aktivním muzicírováním a po pořízení syntetizátoru měl zajištěn svůj svět. Maminka dětí, v očích*

rodiny "pouhá inženýrka ekonomie", zpočátku celkem vděčně přijímala rady zkušené tchyně, ale postupně měla na výchovu i jiné názory. Babička však vždy dokázala, že matka pro klid v rodině ustoupila. Požadavky babičky na to, jak se co má dělat, jak se kdo má chovat, se postupně, pro naprostou nespokojenost dospělých mužských osob, koncentrovaly pouze na matku a děti. Babička se stala vládčyní a posléze i tyrankou těchto osob. Pepa byl velmi vnímavé dítě a napjatou atmosféru doma těžko snášel. Bylo mu velmi líto maminky, která se snažila různými způsoby situaci řešit, ale nebyla úspěšná, a tak začala být plačtivá i před dětmi a viditelně se trápila. Nejprve se snažil mamince pomoci v dohadování s babičkou, chodil ji utěšovat a dokonce ji začal ve svých 7 letech přesvědčovat, aby společně z tohoto domku se sestřičkou odešli. Na tento popud vyhledala matka odbornou pomoc. Situaci v rodině vystihl chlapec ve svém obrázku "Naše rodina" V tomto případě byl především emočně týrán chlapec - a to nejen babičkou, resp. maminkou, pro jejíž neštěstí se trápil, ale také tatínkem, tj. jeho nezájmem o matku i o potřeby dětí.

Psychické týrání obsahuje nejen složku aktivní, tj. že se nějaká činnost nepříznivá dítěti děje (např. nadávky, ponižování, zesměšňování, nedůvěra, opovrhování, hostilita), ale zahrnuje i to, že se neděje něco, co má správně být. Není dítě, které pocítuje nelásku, nezájem, nevšímavost či nedostatek péče těch, které má rádo, též psychicky týráno?

Někdy se zároveň s nedostatečnou péčí, nízkým zájmem o děti setkáváme s vysokými nároky rodičů na výkony, především ve školní oblasti. Poměrně nová je problematika dvoukariérových manželství, která se u nás nyní značně rozmohla především v podnikatelských rodinách. Tam, kde oba rodiče jsou plně vytíženi a zainteresováni ve svém oboru, kterému věnují téměř vždy podstatně více než zákonem uznanou pracovní dobu, nezbyvá na děti leckdy vůbec žádný čas kromě zajištění základních potřeb. Že by děti nějak strádaly malým zájmem rodičů dospělé většinou ani nenapadne. Přece to vše dělají "pro děti", aby se "měly dobře", aby jim mohli koupit všechny lákavé věci. Vše je tedy z pohledu rodičů v pořádku až do doby, kdy potomci začnou nosit ze školy horší známky, než si rodiče přejí. Pak obvykle nastupuje "tvrdší" režim - množí se zákazy chození ven, sledování televize, roste naopak frekvence příkazů "jdi se učit", "ven smíš, až se naučíš", "musíš si polepšit známky", případně následují i výprasky. Velmi často jsou nároky na školní úspěšnost (nebo na úspěšnost v činnosti, kterou rodiče uznávají jako vysoce hodnotnou - ať již v oblasti sportovní či umělecké) nepřiměřené schopnostem a možnostem dětí a rozvíjí se bludný kruh nepřiměřených nároků a trestů, ve kterých dítě nemůže obstát, ať se snaží sebevíc. Korunu všemu leckdy nasadí emoční vydírání - "s takovými známkami jsi nám jenom pro ostudu, stydíme se za tebe", "s takovými známkami (poznámkami) mne utrápíš".

Těžkým kalibrem je tlak na dítě - "jsi stejný jako tatínek" (v kontextu, že je neúspěšný nebo že se na nás vykašlal) nebo naopak "jsi nepořádná, levá po mamince" - a to zvláště tam, kde dítě má k tatínkovi či mamince dobrý vztah.

Výroky "jsi nevděčník, to mám za všechnu svoji péči, za svou lásku" nelze chápat jinak než jako tvrdé, nemilosrdné vydírání a týrání.

Zvláštní kapitolu pak tvoří týrání ve formě permanentního srovnávání se sourozencem, který je podle rodičů chytřejší, úspěšnější, pořádnější, zkrátka po všech stránkách dokonalejší, a tudíž hoden obdivu a lásky, na rozdíl od tohoto dítěte, které si zaslouží leda odmítání, když už nepomáhá "ani tvrdý režim".

Kumulaci výše uvedených projevů, které vzhledem k intenzitě a délce trvání byly psychickým týráním, zažívala ve své rodině Lenka. Oba rodiče úspěšně podnikají. Otec má autodílnu, matka prodejnu. Úspěch mezi nemalou konkurencí je podmíněn i tím, že oba se svému podnikání plně věnují, stráví v něm veškerý čas. Lenka má ještě mladší sestru, která začala navštěvovat první třídu, ve které se jí velmi líbí. Lenka je v páté třídě a vůbec se jí tam nelíbí. Má potíže skoro v každém předmětu, hlavně jí však nejde český jazyk. Protože však v předchozí malotřídě škole neměla nikdy větší problémy, nese současnou neúspěšnost velmi

*těžce. Rodiče se začali dohadovat, kdo se vlastně má dětem věnovat - nejen při přípravě do školy. Každý argumentoval svým podnikáním, které nelze omezit. Víceméně se však oba shodli v tom, že chyba bude v Lence - měla by se více snažit a všechno bude zase v pořádku. Předchozí léta jí to přece taky "šlo samo". A začaly výčitky, že se nechce "pořádně" učit. Následovaly zákazy televize, chození ven. A srovnávání s mladší Janičkou – ta přece ještě žádnou "ošklivou" známku nedonesla! A taky není tak plačtivá a umí se líp chovat a nermoutí rodiče! Lenka začala mít brzy i somatické obtíže - bolela ji často hlava (tatínek začal poukazovat na to, že je "chcípák po mamince"). Pediatr nenašel žádný fyziologický podklad obtíží, poslal však maminku s Lenkou k psychologovi. Během rodinné terapie, do které byla celá rodina zařazena, vyšla najevo nejen rivalita mezi sourozenci, ale také značná žárlivost mezi rodiči i na profesní úspěšnost. V této rodině se vlastně psychicky týrali i rodiče navzájem.*

Jaké jsou dopady psychického týrání? Samozřejmě záleží na intenzitě, délce trvání a také na jakém vývojovém stupni rozvoje osobnosti k tomuto jednání dochází.

Jsou děti, které reagují na psychické týrání stažením, stávají se ustrašenými, úzkostnými. Snadno se rozplácí. Jejich sebedůvěra, sebehodnocení jsou velmi nízké. Snadno se v nejrůznějších situacích již předem vzdávají. Obtížně dokáží nejen prosazovat, ale i vyjádřit svá přání, své požadavky, ale i názory.

Jiné děti naopak reagují spíše agresivně, razantně prosazují své. Leckdy jsou jejich projevy vlastně nápodobou chování dospělých v jejich blízkém okolí. Svým vystupováním provokují dospělé i vrstevníky.

Všem těmto dětem bývají společné problémy v jednání s lidmi, v mezilidských vztazích.

Také jsou u těchto dětí nápadně časté poruchy chování - lhaní, záškoláctví, útek z domova.

Velmi časté jsou i psychosomatické obtíže nejrůznějších projevů - bolesti hlavy a břicha, různé ekzémy, "nevysvětlitelné" zvýšené teploty atd.

Jaké jsou pak dopady z hlediska prognostického - pro další život psychicky týraných dětí? Jistě by stálo za to longitudinálně sledovat u nás děti, které se s tímto syndromem nějakým způsobem dostaly do péče odborníků. Mohli by objektivně posoudit důsledky, kterých se můžeme vzhledem k závažnosti tohoto nepříznivého zásahu do vývoje osobnosti dítěte obávat, a srovnat pak výsledky s jinými sledováními - např. dětí narozených z nechtěného těhotenství, dětí z alkoholických rodin. I v těchto výzkumech byly děti vystaveny negativním vlivům během vývoje.

Chtěli bychom ještě zdůraznit, že psychické týrání dětí není doménou pouze rodiny. S tímto jevem se, bohužel, setkáváme i v širším okolí dítěte - ve škole i mezi vrstevníky.

Psychické týrání neexistuje pouze směrem od dospělých na děti, také se vyskytuje týrání rodičů jejich dětmi - a to jak fyzické, tak i psychické. Zvláště s postupujícím věkem rodičů a dětí.

Osobnost těch, kteří týrají psychicky dítě se příliš neliší od osobností, které týrají fyzicky, ale porucha osobnosti obvykle není tak výrazná. Velký vliv má akutní i chronický stres, nevyspělost osobnosti a náročnost situací, které vedou k tomu, že dospělí či vrstevníci začnou psychicky týrat své okolí.

## Šikana

Jednou z forem syndromu CAN je i šikanování. Citujeme zde P. Říčana (1994), který se touto problematikou zabývá. "Šikanování" se obvykle definuje jako agrese, které se dopouští jedinec nebo skupina vůči jedinci nebo skupině víceméně bezbranným, ať už pro fyzickou nebo jinou slabost nebo nemožnost účinné obrany. Za charakteristické se považuje opakování agrese vůči téže oběti. Obtíže jsou s určením způsobu a míry agrese, jež rozhoduje o tom, zda lze určité jednání považovat za šikanování. Nejtypičtější je hrubé fyzické násilí nebo ponižující manipulace, jako např. obnažení oběti před skupinou. Oběť však může být také hrozbou násilí donucena sama k jednání, které ji ponižuje nebo jinak traumatizuje, např. požití výkaly nebo někoho zbit, poskytovat ponižující služby nebo vydat něco ze svého majetku. Kruté ovšem mohou být i nadávky a hrubý posměch. Nemusí být snadné určit hranici mezi takovýmto posměchem a běžným škádlením.

Celkově je v literatuře patrná tendence zahrnout pod pojmem šikanování co nejširší spektrum poškozujícího jednání. Skandinávský psycholog D. Olweus podle Říčana rozšířil po této stránce definici šikanování na velmi široce pojatou "negative action" (negativní akci). Do ní zahrnuje i postižení oběti tím, že není splněno její přání.

Z různých specifických druhů šikany se zde soustředíme na problém šikanování ve školách, zejména internátech.

K tomuto typu se vztahuje většina publikací, patrně proto, že je relativně nejlépe přístupný zkoumání a také nejrozšířenější. Šikanovat se začíná již v mateřské škole. Podobně jako jiné typy je třeba šikanování ve škole odlišit od jiných projevů agrese. V dětských skupinách se např. vyskytují vztahy s výraznou mocenskou asymetrií, kdy zejména chlapec nějakým způsobem slabý, je pod ochranou silného jedince, k němuž citově lne, od něhož si však zároveň nechává líbit různé ústrky a ponižování připomínající šikanování a jemuž slouží jako otrok i jako "dvorní šašek". Zvláštní kvalitu představuje i šikanování dívek ze strany chlapců, pokud zahrnuje prvky zájmu o druhé pohlaví."

Z dosavadních výzkumů šikanování na školách podle Říčana bylo zjištěno, že ze 150 000 norských školáků bylo 9 % žáků základní školy pravidelně obětí šikanování a 8 % se na něm podílelo aktivně. Procenta obětí klesala s věkem a chlapci byli jak oběťmi, tak také agresory častěji než dívky. Dívky byly také šikanovány častěji chlapci než dívkami.

Z individuální charakteristiky šikanujících vyplývá, že šikanující jedinci jsou často všeobecně agresivní k vrstevníkům, učitelům i rodičům a sourozencům. Bývají od raného dětství temperamentově impulzivní, dominantní, s malou schopností vcítění do druhého. Agresori mívají citově chladné rodiče, kteří jim tolerují agresivní chování.

*Ze zkušeností pracovníků Dětského krizového centra lze uvést případ chlapce, na něhož upozornila škola pro šikanu. Při celkovém vyšetření jsme zjistili celou řadu dalších poruch chování a hlavně nucení k homosexuální prostituci. Později se stal chlapec členem organizovaného gangu a byl vydírán staršími. (Požadovali 4 tisíce měsíčně, jinak byl zbit.)*

Tento příklad považují odborníci za jednu z forem šikany, kdy se z oběti stane útočník. Svou svízelnou situaci si dítě vyloží tak, že kdo nemučí, je mučen, a proto začne napadat slabší. Nenarazí-li na odpor, začne se domnívat, že na principu násilí funguje v životě všechno.

Jelikož neexistuje dosud celostátní sledování výskytu syndromu CAN, nelze stejně jako u ostatních forem CAN jednoznačně říci, zdali počet případů vzrůstá. Celkový dojem může být ovlivněn tím, že je veřejnost více seznámena s touto problematikou a že se o ní více mluví.

Vždy však šikanování potřebuje psychologickou analýzu.



## 7 Sexuálně zneužití dětí

### Vývoj pojmu

Objevit a prokázat sexuální zneužití bylo vždy nesnadné, neboť tento jev se vyskytoval ve všech dobách a kulturách, jen citlivost a vnímavost k němu kolísala. Velmi zjednodušeně můžeme o sexuálním zneužívání říci, že se při něm dospělý sexuálně uspokojuje dítětem nebo dítě zneužívá v oblasti prostituce a pornografie. Mlčenlivost dítěte si pak vynucuje psychickým vydíráním, vyhrožováním, různými odměnami či tresty. Dítě je tímto chováním dospělého natolik vyvedeno z míry, že přestože není zpravidla použita hrubá fyzická síla, dítě o svém utrpení mlčí, snad proto, že mnohdy reakce okolí jsou ještě horší než čin sám.

Sexuální zneužívání dětí obecně označované v anglosaské literatuře jako Child Sexual Abuse (CSA) zaznamenalo zajímavý vývoj v souvislosti s celým syndromem týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (CAN).

Zatímco v Americe a západní Evropě šel vývoj od 60. let od fyzického týrání přes duševní a citové týrání k sexuálnímu zneužívání a přes tyto formy ubližování dítěti se dostal k další velmi vážné kategorii, kterou je zanedbávání dítěte, u nás jsme se od zanedbávání a citové deprivace (práce Langmeiera, Matějčka, Kocha, Damborské a dalších) dostali k fyzickému týrání a sexuálnímu zneužívání dětí (Dunovský, 1993).

Olafson, Corwin a Summit (Olafson, 1993) popisují ve své práci velmi zajímavě složitý vývoj CSA. Ačkoliv se od 70. let vědělo o zhoubných následcích sexuálního zneužití dítěte na lidské chování, stále měly vliv studie z 50. let (Kinsey, 1953), kdy ženy vypovídaly o svém zneužití v dětství, strachu a vyděšenosti. Kinsey však odmítl tento strach jako neadekvátní. Jeho studie o mimomanželském a předmanželském sexu způsobily senzaci, zatímco údaje o CSA zůstaly stranou. Henderson (1975) uvádí studii z r. 1955, v níž odhaluje milion obětí incestu v anglicky mluvících zemích. Kinseyho tým znovu v té době zdůraznil, že sexuální aktivity mezi dospělými a nezralými živočichy jsou běžné a biologicky normální (Rush, 1980). Yates 1978 si povšiml výrazně erotického potenciálu u dětí a napsal, "nenásilný incest dcera-otec může vyprodukovat kompetentní a výrazně erotickou reakci u mladých žen. Dětství je tou nejlepší dobou pro učení".

Z posledního období je mnoho zpráv o CSA a jeho následcích ve formě posttraumatického šoku a disociativního chování, včetně znatelného zvýšení výskytu CSA (Sedlak, 1990). V 80. letech téměř 40 milionů dospělých v USA (Finkelhor, Hotaling, Lewis, Smith, 1990) a jedna ze tří žen v Kanadě ohlásily sexuální zneužití. Tyto výzkumy se pak staly podkladem mnohých prací pojednávajících o důsledcích okamžitých i dlouhodobých.

V roce 1985 byla v USA po jistém váhání zavedena psychosociální diagnostická kategorie na vrcholné Národní konferenci k diagnostice sexuálního zneužívání dětí svolané Corwinem a dalšími. Nakonec se tato diagnóza zavedla do Americké psychiatrické diagnostiky a statistického manuálu (1986). Uprostřed 80. let vzniklo 30 srovnávacích studií o psychických a fyzických korelátech CSA. Byly sem řazeny symptomy jako nízká sebeúcta, poruchy spánku, strach, deprese, delinkvence, sexuální dysfunkce a zneužívání jiných.

V Americe, v západní Evropě a i u nás vzrůstaly počty hlášených případů CSA v souvislosti s tím, jak odborníci chápali syndrom zneužitého dítěte, vymezení dětství, metody, kterými zjišťovali potřebné údaje, a také jak se rozšiřovala definice sexuálního zneužití dítěte (Pikington, 1995).

Zatím nejširší definicí je definice Rady Evropy z roku 1992 (Strasbourg, 1992), která považuje sexuální zneužití dítěte za nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoliv sexuální dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoliv, komu bylo dítě svěřeno do péče, anebo kýmkoliv, kdo se s dítětem dostal do nějakého styku. Takovou osobou může být rodič, příbuzný, přítel, odborný či dobrovolný pracovník či cizí osoba.

Sexuální zneužití se dělí na bezdotykové a dotykové. Bezdotykové zneužití zahrnuje setkání s exhibicionisty a účast na sexuálních aktivitách, kde nedochází k žádnému tělesnému kontaktu, např. vystavení dítěte pornografickým videozáznamům. Kontaktní zneužití je takové, kde dochází k pohlavnímu kontaktu, včetně laskání prsou a pohlavních orgánů dítěte, pohlavnímu styku, orálnímu či análnímu sexu.

## Syndrom přizpůsobení

Mnoho odborníků se nezabývalo pouze samotným aktem sexuálního zneužití, zajímalo se také, co se s dítětem stane, když své tajemství někomu svěří a případ se začne prošetřovat. Bylo až zarážející, jak mnohé děti, které uvedly, že byly sexuálně zneužity, svá tvrzení po čase odvolávaly.

C. R. Summit (1983) tento jev nazval syndromem dětského přizpůsobení pohlavnímu zneužití a upozornil na to, že děti se v případě odhalení CSA setkávají s druhotným zneužíváním a zraňováním (sekundární viktimizací). Konfrontace prožitku s realitou okolního světa vychází v neprospěch dítěte. Dítěti se nevěří, dospělí jsou proti němu, odmítají jeho tvrzení a dítě je tak zbaveno jakékoliv naděje na důvěryhodnost. Většina zneužívaných dětí začne být zneužívána před 8. rokem života. Je-li dospělý považován za důvěryhodného, nevěří se dítěti a dává se mu vina. V psychologii přežití oběti je stěžejním momentem přijetí budoucnosti. Dítě obtěžované otcem nebo jiným mužem v rodičovské roli a odmítnuté matkou je psychologicky osiřelé a bezbranné proti mnohočetným škodlivým následkům.

*Příkladem je případ 16leté dívky, kterou nevlastní otec tři roky sexuálně zneužíval. Dcera se hned v začátku obrátila o pomoc na matku a stěžovala si na otce. Matka dceři slíbila, že si s manželem promluví a že se postará, aby se to neopakovalo. Nestalo se tak, sexuální útoky pokračovaly a dokonce se stupňovaly. Dívka pochopila, že u matky nemá zastání, že matka jí nepomůže, a tak už ji znovu o pomoc nežádala. Až v době, kdy si dívka našla chlapce a svěřila se mu, našla v sobě sílu a případ ohlásila na policii a teprve pak se dostala k nám, do Dětského krizového centra. Zpočátku to v rodině vypadalo, že bude matka stát na straně dcery, když však otec byl dán do vazby, chování matky se prudce změnilo. Začala dceru obviňovat z ostudy, z rozpadu rodiny, vyslovila podezření, že kdo ví, jak to bylo, jestli si všechno nevymyslela nebo jestli to nebyla ona, kdo otce sváděl. K matce se přidali i příbuzní a nutili dívku k odvolání výpovědi. Na dívku udělali takový psychický nátlak, že hrozilo nebezpečí, že spáchá sebevraždu. Během psychoterapie se dívka opakovaně ptala, jestli za to, co se stalo, může ona, jestli je to skutečně její ostuda, tak jak jí řekla její matka, jestli nepůjde do vězení, když se nepodaří prokázat její svědectví apod. Když jsem se jí já ptala, jak by si představovala otcovo potrestání, odpověděla krátce: "Chci aby trpěl stejně dlouho, jako já, tři a půl roku..." Naopak matka, která se dítěte zastane a postaví se proti dalšímu zneužití, dodá dítěti sílu a sebevědomí k tomu, aby se vzchopilo, takže minimalizuje i jeho poškození. Většinou se tak děje bez profesionálního zákroku, který by zde byl na místě.*

Syndrom přizpůsobení pohlavnímu zneužívání zahrnuje 5 fází (Summit, 1983):

### **1. Utajování**

Žádné dítě není připraveno na možnost obtěžování, navíc je na obtěžujícím většinou závislé. Ten, kdo dítě obtěžuje, dítě psychicky "zpracovává": "*Jestli to někomu řekneš, nebudu tě mít rád, - zbiju tě, - zakážu ti, - zabiju tě.*", "*Toto je naše tajemství, nikdo by tomu nerozuměl.*". "*Neříkej to matce, jinak tě nebudu mít rád, - budu tě nenávidět, - bude nenávidět mě, - zabiju tě, - sebe, - pošle tě pryč, - pošle mě pryč, - rozbije to rodinu a všichni přijdete do sirotčince.*"

### **2. Bezmocnost**

Je třikrát větší pravděpodobnost, že dítě bude obtěžováno známým dospělým než cizím. Bezmocnost se zvětšuje svěřením do péče pachatele.

### **3. Svedení a přizpůsobení**

Sexuální zneužívání není pro dítě jednorázovou záležitostí. Jedinou jeho možností je přijmout tuto skutečnost a podřídit se jí. Vzniká konflikt, který dítě těžko zvládá. Důsledkem je adolescentní psychopatie, patologická závislost, sebetrestání, selektivní narušení reality, narušení osobnosti. Dítě, které se setkává s podrobující bezmocí, touží dosáhnout pocitu moci a kontroly. Zpracovává tuto bolestnou situaci tak, že samo sebe viní z vyprovokování této situace, a tím, že se snaží "být hodné", se snaží získat zpátky lásku a přijetí. "Špatné" musí být registrováno jako "dobré". Dochází k rozštěpení morálních hodnot. U mnoha obětí CSA se za fasádou vzteku, vyrovnávání s frustrací a předstírání pokusů o důvěru projevívá vzorec zneužívání vůči vlastním potomkům. Mužská sexuální oběť obrací častěji svůj vztek navenek do agresivního a antisociálního chování.

### **4. Opožděné, konfliktní a nespravedlivé odhalení**

Oběť si tajemství uchovává pro sebe a opožděně je ohlásí, což potom působí nevěrohodně. Muž je nevinen, dokud mu není prokázána vina, a dítě je v nezáviděníhodné situaci proti dospělému.

### **5. Odvolání výpovědi**

Vše, co dítě řekne o sexuálním zneužití, vezme pravděpodobně zpět. Z počátečního impulzivního vzteku zůstává ambivalence viny a mučivého závazku chránit rodinu. Má strach ze zavržení rodiči, z opožděných výsledků, z rozbití rodiny, následuje připuštění, že si historku vymyslelo, a to vše potvrzuje představu, že se čin nedá ověřit.

Dále Summit k syndromu přizpůsobení dodává, že pokud sexuální zneužití necháme bez zásahu, posilujeme jednak: a) další poškozování dítěte, b) lhostejnost a netečnost společnosti k rozsahu tohoto poškozování.

## Formy sexuálního zneužívání

Abychom přiblížili a co nejvíce ilustrovali široký a složitý jev sexuálního zneužívání, pokusíme se na příkladech z praxe Dětského krizového centra vysvětlit jednotlivé formy sexuálního zneužití.

*Příkladem bezdotykového sexuálního zneužívání by mohl být případ osmiletého chlapce, který vyrůstal, spolu se svou o 2 roky starší sestrou v afunkční rodině. Když hádky mezi manžely dosáhly takové intenzity, že matka děti odmítla spát ve společné ložnici, otec si vymínil, že sám v ložnici nebude a že s ním bude spát syn. Když se pak vracival pozdě v noci, matka s úžasem poslouchala, co otec svému synovi vyprávěl. Otec chlapci údajně velmi vulgárním způsobem líčil sexuální zážitky s cizími ženami a naivní dítě kladlo otci otázky, na které otec s chutí odpovídal. Tento bezesporu negativní vliv na chlapce skončil až v okamžiku odstěhování matky s dětmi ze společného bytu.*

Do kategorie bezdotykových forem CSA spadají i obscénní telefonické hovory, ale ty nemají, podle posledních studií, dlouhodobé traumatické efekty (Pikington, 1995).

### Exhibicionismus

Jedná se o bezkontaktní formu CSA, při níž dospělý ukazuje svoje genitálie okolí, často přednostně dítěti.

Většinou jde o cizí muže, kteří se objeví někde v parku a odhalují se před dětmi.

### Harassment

Rozporuplnou formou obtěžování je tzv. harassment, který je obecně vymezován jako znepokojování, zneklidňování. Dospělý zneklidňuje dítě například slovními výpady, poplácáváním po zadku, tisknutím k sobě apod. Veškeré toto chování dospělého má sexuální podtext, přestože dospělý tento motiv popírá.

### Obtěžování

Spadá do dotykové kategorie. Jedná se o sexuální útok, při kterém je dítě dospělým obtěžováno, líbáno, osaháváno na erotogenních zónách, jako jsou prsa, hýždě, genitálie. Je velmi často provázeno slovním obtěžováním (vulgárními slovy, grimasami, gesty apod.)

*Desetiletý chlapec jezdil spolu se svým o rok mladším bratrem na víkendové výpravy v rámci turistického oddílu. Vedoucí oddílu působil na rodiče chlapců seriózně a sympaticky a plně mu důvěřovali. Dokonce ho jednou nechali u nich doma přespat. Když pak všichni spali, vplížil se vedoucí do ložnice chlapců, tam je osahával a nabízel nejprve oddílové, pak svoje peníze za to, že mu budou po vůli. Oba chlapci postupně odmítli, ale rodičům nic o nočním obtěžování neřekli. Na výpravách pak vedoucí pravidelně obtěžoval nejen je, ale i jiné chlapce. Starší z bratrů se vedoucímu ubránil a víc než k obtěžování nedošlo, mladší chlapec byl nakonec vedoucím znásilněn.*

## **Sexuální útok**

Je to dotyková forma sexuálního kontaktu dospělého s dítětem, kdy se dospělý, za užití síly a často při obraně oběti, dotýká erotogenních zón dětského těla, mazlí se s ním a poškozují ho tím, že do něj vniká, např. prstem, jazykem nebo předměty. Nutí dítě k těmto nebo po dítěti žádá např. masturbaci penisu rukou. Může se pokusit o intrafemorální koitus (styk mezi stehna).

*Jedenáctiletá holčička odjela s kamarádem a jeho rodiči na chatu. Dospělí měli návštěvu a dobře se dlouho do noci bavili. Otec kamaráda odcházel děti během noci opakovaně zkontrolovat do chaty. Při té příležitosti dívku osahával a zajížděl jí prstem do pochvy. Po jeho odchodu dívka plakala. Ráno se snažila chovat přirozeně a jako by se nic nestalo. Jen přijela domů ke svým rodičům, všechno jim řekla.*

## **Znásilnění**

Jedná se o dotykovou formu sexuálního zneužívání a označuje vynucené vniknutí do vagíny, konečníku či úst dítěte penisem.

*Jednalo se o čtrnáctiletou dívku, mentálně retardovanou. Téměř rok ji v době nepřítomnosti rodičů navštěvoval přítel rodičů, který ji různým způsobem znásilňoval. Dával jí maličké dárky a vyhrožoval, že nesmí nikomu nic říct. Konec všemu nastal v okamžiku, kdy měla dívka strach, že je v jiném stavu. Svěřila se kamarádce a ta jí poradila, ať to řekne paní učitelce. Když jsem se oné dívky ptala, proč matce neřekla, že s ní dělá něco, co se jí nelíbí, odpověděla, že měla strach, že jí ublíží a "odtáhne" od mámy.*

## **Incest**

Obecně je definován jako kontaktní sexuální aktivita mezi dvěma osobami, jimž není zákonem dovoleno uzavřít sňatek. Jedná se o sexuální styk mezi:

### **1. dítětem a pokrevním rodičem**

*Rodina se čtyřmi dětmi. Děvčátka ve věku 9 a 7 let, chlapci 4 a 2 roky. Nezaměstnaný otec zůstával s dětmi doma a pobíral příspěvek v mateřství místo matky, která chodila do zaměstnání. Drobná, téměř dětská matka se sníženým intelektem byla živitelkou rodiny. Nejstarší dcera matce řekla, že jí otec osahával. Matka přes svůj snížený intelekt zareagovala správně a odvedla děvčátko a ostatní děti k lékařce. Lékařka zjistila, že otec o děti nedostatečně pečoval. Byly podvyživené a zavšivené. Bylo nutné je hospitalizovat v nemocnici, pak se dostaly na diagnostický pobyt do Dětského krizového centra. Tady jsme se teprve dověděli, k čemu mezi otcem a dcerou docházelo. Otec byl pravidelný pijan a po návratu z restaurace požadoval po manželce její "manželské" povinnosti. Matka dětí byla často unavená a tak se pozornost otce soustředila na nejstarší dceru. Zpočátku jí obtěžoval tím, že jí osahával, později holčičku zneužil tím, že se s ní pokusil o anální styk, a protože to nešlo, ejakuloval dítěti do pusy. Při následné analýze videozáznamu, který byl pořizován při výpovědi dívky, bylo zajímavé pozorovat mimiku dítěte, když v sekvenci hovoru líčila chuť spermatu v ústech. Byla to směsice odporu, strachu, ponížení a studu.*

### **2. dítětem a příbuzným, včetně nevlastního rodiče**

*Naše pracoviště vyhledala rozhořčená matka a vyslovila podezření, že její pětiletá dcera byla pravděpodobně sexuálně zneužita dědečkem. Holčička pak vyprávěla, že děda, když jí vyprávěl pohádky, svlékl jí kalhotky a posadil si jí obkročmo na klín, čelem k sobě. Míval vyndaný penis a chtěl "piňdoura a prcinu" dávat k sobě.*

### **3. mezi sourozenci**

*Rok byla desetiletá dívka zneužívána otcem. Chodil za ní do dětského pokoje, ve kterém spala spolu se svým o 2 roky starším bratrem, vždy, když matka měla noční službu. Dívka měla spoustu psychických problémů, byla značně obézní a trpěla úpornými bolestmi hlavy, takže chodila na pravidelné prohlídky na neurologii. Když došlo k prozrazení, odsouzení otce a rozvodu rodičů, zdálo se, že všechno bude v pořádku. Matka si našla nového přítele a právě ten přistihl sourozence při domluvě o sexuálním styku. Rozhovorem s oběma dětmi vyšlo najevo, že chlapcovo jednání motivovala zvědavost, co a jak to otec s dívkou dělal, a dívka sama požadovala na bratrovi pohlavní styk, protože chováním otce v ní byly předčasně probuzeny sexuální potřeby, které by za normálních okolností zůstaly v klidu.*

### **Pedofilní obtěžování**

Jedná se o kontaktní formu sexuálního obtěžování prepubertálního dítěte jakýmkoliv dospělým.

*Čtyřletá holčička na procházce se školkou byla sexuálně zneužita cizím mužem v altánku veřejného parku. Protože se jednalo o výjimečně komunikativní a dobře mluvící holčičku, brzy jsme věděli, co se stalo. Muž si před dítětem rozepnul kalhoty, masturboval a chtěl, aby mu holčička dráždila penis nejen rukou, ale i ústy. Přání cizího pána holčička splnila, ale odmítla mu dát "pusinku na čuránka" a vzepřela se, když ji lákal, aby s ním šla domů. Zde se musíme ptát, co dělaly paní učitelky, když nezaregistrovaly tuto epizodu, která mohla skončit tragicky, kdyby dítě skutečně s cizím mužem odešlo?*

### **Sexuální turistika, skupinové zneužívání**

Dětskou pornografii a prostituci bychom spíše očekávali v Thajsku, ale i u nás se tento jev pomalu rozšiřuje. Cizinci k nám přijíždějí již s cílem, že se zde sexuálně uspokojí dítětem. Vždy se jedná o formu kontaktní.

*Jeden z prvních případů v našem centru byl případ dvanáctiletého chlapce, který byl zneužíván k homosexuální prostituci cizinci na záchodcích plaveckého stadionu v Podolí. Jednalo se o skupinové zneužívání dětí, které byly nuceny za finanční úhradu k prostituci. Někdy děti zůstaly s cizinci celou noc a z těchto hrátek s dětmi byly natočeny pornografické filmy. Ptali jsme se, jak je možné, že rodiče 10 - 12letých dětí nevědí, kde jsou jejich děti v noci. Proč si nekontrolují, jestli skutečně spí u kamaráda? Jak je možné, že si rodiče nevšimnou, že mají drahé věci a větší částky peněz?*

### **Sexuální útok s následkem smrti**

Případů, kdy se jedná o sexuálního devianta a kdy dítěti ublíží tak, že je usmrtí, není mnoho, ale vždy to jsou tragické události.

*Případ desetiletého chlapce, který byl na ulici osloven neznámým mužem a na sladkosti vlákn do sklepa domu, tam byl surovým způsobem sexuálně zneužit a pak zavražděn, je toho důkazem. Pachatel byl chycen na jiném místě, kdy se snažil zneužít další malé dítě, ale naštěstí se mu to nepodařilo. Při výslechu na policii se prozradil, že byl původcem vraždy desetiletého chlapce. Rozhodnutím soudu byl odsouzen na dvacet let. Ale ani tento trest nevrátí rodině chlapce a jeho život.*

Pachatelé sexuálního zneužívání dětí jsou většinou muži. Je však třeba myslet i na případy, kdy dítě obtěžuje žena. Naše zkušenosti ukazují, že se jedná o lidi přímo z rodiny nebo o lidi, které dítě zná ze

svého okolí. Panuje všeobecná představa, že člověk, který tímto způsobem ubližuje dětem, je zvrhlík, na kterém je to na první pohled vidět. Opak je někdy pravdou. Jde většinou o nenápadné lidi s tzv. dobrým vztahem k dětem (mnozí také na svoji obranu říkají, že jezdili na tábory a vedli dětské oddíly). Pocházejí ze všech sociálních vrstev a mohou mít i vysokoškolské vzdělání.

Pro názornost zde uvádím statistiku Dětského krizového centra za rok 1994 a prvních dvou měsíců roku 1995, týkající se pachatelů sexuálního zneužívání dětí.

Pachatel	Počet případů	%
vlastní rodič	22	47,8
vlastní i nevlastní sourozenci	3	6,5
nevlastní rodič nebo druh	6	13,0
příbuzný	1	2,17
známý člověk	11	24,0
cizí osoba	3	6,5

**Tab. 2.** Pachatelé sexuálního zneužívání dětí

## Příčiny

Příčiny sexuálního zneužívání jsou různé, spouštěcí podněty rozmanité. Někdy to může být dlouhá sexuální abstinence v důsledku partnerských konfliktů, nemoci, častého pobývání mimo domov v nemocnici, lázních, služebních cestách, na nočních směnách apod. a neschopnosti nalézt si vhodný protějšek pro sexuální uspokojení. Jindy sexuální agresor vede tzv. normální sexuální život, ale cítí se nespokojen, touží po změně a dítě ho začne sexuálně přitahovat. Může to zkusit jednou a již nikdy své chování neopakuje, protože si uvědomí, že překračuje hranici. Jiný v tom najde zalíbení a nemůže přestat. Takové dítě je pak dospělým většinou psychicky zastrašováno, je mu zdůrazňována nutnost udržení společného tajemství a je neustále drženo v nejistotě, co by se strašného stalo, kdyby tuto dohodu nedodržel. Při prozrazení je pak velmi časté, že tyto důvody pachatel neudává - možná si je ani neuvědomuje - ale spíše tvrdí, že ho dítě provokovalo svým chováním, že si o sex vlastně řeklo samo.

Další z mnoha možných příčin, proč dospělý sexuálně zneužije dítě, jsou jeho sexuální deviace, čili sexuální úchytky, jejichž příčiny jsou v duševní oblasti. Mezi nejčastější sexuální deviace řadíme pedofilii homosexuální, heterosexuální nebo bisexuální, sadismus, masochismus, exhibicionismus, voyeurismus a transvestitismus (Fleischhauer - Hardt, 1990).

Psychopatie nebo vážnější psychické onemocnění dospělého může být dalším ohrožením pro dítě, které je sexuálně zneužíváno. O této problematice pojednává jedna z dalších kapitol.

## Jaké děti se stávají snadnějším cílem sexuálního zneužívání?

Sigmund Freud jako první na začátku našeho století pochopil, že psychologie a sexuologie spolu nerozlučně souvisejí a studoval psychologické aspekty vývoje lidské sexuality. Rozlišil v něm řadu stadií (orální, anální, genitální). Tvrdil, že motivace lidského chování je ve velké míře závislá na sexuálním pudu (libidu), že naše činy a jednání nejsou řízeny jen rozumem, ale z velké části jsou ovlivňovány nevědomím.

Jako první se také zabýval dětskou sexualitou a vyvrátil, do té doby vžitou představu, že dítě nemá žádné sexuální pocity. Podle Freuda však děti prožívaly sexualitu na jiné úrovni než dospělí.

Freud zastával teorii, že malý chlapec v době, kdy objeví na svém těle genitálie a začne si jimi působit příjemné pocity, začíná pociťovat i nevědomou touhu svěst svoji matku a odstranit otce. Tento jev nazval Oidipův komplex. Děvčátka zase nevědomě milují své otce. Tento komplex nazval Elektřin.

Pozoruje-li se chování malých a větších dětí, jistě neunikne, že napodobují někdy až koketní chování svých rodičů. Jsou krásné, milé, mazlivé, bez zábran touží po tělesné blízkosti. Berou své rodiče, ale i jiné známé lidi kolem krku, sedají si jim na klín, provokují a přitahují pozornost dospělého. Doma pak děti milují zvláště lechtání a hlazení. Běhání bez šatů či koupání s dospělým jim připadá jako samozřejmost. Rodič by měl umět dát svému dítěti najevo lásku a náklonnost a nic z těchto aktivit dítěte by v něm nemělo vzbuzovat sexuální pnutí. Pokud ano, měl by co nejdříve vyhledat pomoc odborníka, nejlépe psychiatra-sexuologa, který by měl pomoci nalézt přirozený vztah k nahotě a sexu.

Ohrožené jsou především děti, které nemají potřebné znalosti a informace o svém těle a o sexuálním chování obecně, nevědí nic o tom, jak by se měly chovat v případě sexuálního obtěžování či útoku.

Rizikové jsou děti psychicky deprivované, opomíjené a zanedbávané. Takové děti můžeme najít hlavně v dysfunkčních a afunkčních rodinách. Ale i děti z úplných rodin, zdánlivě funkčních, se mohou stát obětí sexuálního zneužití v případě, že rodiče na ně nemají čas, nevědí, s kým tráví svůj volný čas, a celkově je emoční klima v rodině velmi chladné a odtažené. Za těchto nepříznivých podmínek se děti snadněji naváží na dospělého z rodiny nebo mimo ni, který jim věnuje pozornost a čas.

Velmi ohroženou skupinou jsou děti mentálně retardované. Zde se pachatel spoléhá na to, že děti nebudou schopny poznat, co se s nimi dělo. A i kdyby to někomu řekly, nebude jejich svědectví přikládána patřičná vážnost, jako by tomu bylo v případech dětí s normální inteligencí.

V jistém nebezpečí jsou i děti, jejichž matka je delší dobu mimo domov: opakované hospitalizace v nemocnici, dlouhodobé lázeňské pobyty, pravidelné noční služby, časté několikadenní služební cesty apod.

Ohrožené mohou být i malé děti ponechané bez dozoru nebo děti svěřené na hlídání osobě, kterou neznáme. Takovou osobou může být např. pracovník letního či zimního tábora, pracovník hlídací služby apod.

Že musí být maminky velice opatrné a ostražitě na to, koho si pustí k dítěti, nám přiblíží případ tříletého chlapce. Jeho maminka požádala 18letého mladíka, kterého několikrát viděla u svého známého, aby jí asi na hodinu pohlídal syna. Když po této době přišla, našla byt vykradený, chlapce svlečeného a zneužitého. Na dotaz, co se stalo, dítě řeklo, že mu "strkal pind'oura do zadečku". Pachatele se podařilo velmi rychle zajistit. Při výslechu se přiznal, že zneužil další dítě, asi dvacetiměsíční, a dále vypověděl, že ho sexuálně přitahují nejen děti, ale i zvířata. Také se zmínil o tom, že má obavy, zda nemá AIDS. Jednalo se o chlapce vychovaného v různých ústavech, který si při opakovaných útěcích z těchto ústavů zajišťoval peníze na život homosexuální prostitucí.

Tady jsme narazili na další problém související se sexuálním zneužitím dítěte, tj. na sexuálně přenosné choroby. Vedle sexuálně přenosných chorob je největším nebezpečím pro dítě přenos HIV viru, a proto je



bezpodmínečně nutné, zejména u dětí, které byly zneužity cizím dospělým či prostituují, provést potřebné vyšetření.

V klientele dětí se syndromem CSA, které byly registrovány v Dětském krizovém centru, u tří dětí byly diagnostikovány sexuálně přenosné choroby, přenos viru HIV nebyl naštěstí prokázán u žádného dítěte.

Pro matky dětí by tato kapitola, týkající se sexuálního zneužívání dětí, měla sloužit jako informace a zároveň varování. Existuje široce rozšířený předpoklad, že z rodiny je to právě matka, která zná své dítě, ví, co její dítě potřebuje, a pozná, když není s jejím dítětem něco v pořádku. Úmyslně se zmiňujeme zvláště o matkách, protože většina pachatelů trestného činu pohlavního zneužití jsou muži.

Matky by tedy neměly své děti vystavovat zbytečnému riziku sexuálního zneužití tím, že je svěří komukoliv, ať už z rodiny či známých. Svě děti by neměly ponechávat bez dozoru venku a při své nepřítomnosti doma by si měly zajistit "bezpečné" hlídání, např. babičkou, se kterou je dítě rádo. Od malička by měla nejen matka, ale i otec odpovídat na otázky svých dětí týkající se sexuální oblasti. Rodiče by měli své dítě postupně seznámit se vším krásným, ale i ohrožujícím, co se této oblasti týká. Mezi základní pravidlo dalšího bezpečného vývoje dítěte patří vysvětlení malému dítěti, že jeho tělo patří jen jemu a že nikdo nemá právo na ně sahat.

## **Příznaky 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. Dítě přestává důvěřovat dospělým, může dojít k nápadným změnám v chování, ke zhoršení školních výsledků, problémy se mohou projevovat natolik, že oběť sexuálního útoku si může odraťovat pocity bezmoci tím, že osahává nebo sexuálně zneužívá druhé děti. Ze somatických stížností jsou to bolesti hlavy, břiška, enuréza, poruchy spánku, příjmu potravy a regresivní chování, např. cucání palce a spaní s hračkou u dětí, které už tuto vývojovou fázi překonaly. K nejnápadnějším příznakům patří nepřiměřené sexuální chování, sebepoškozující a sebevražedné jednání.

*"Líbilo se mi to, bylo to příjemné, říkal, že mi to ukáže, abych věděla, jak se to dělá, měla jsem takové elektrizování po celém těle..."* Takové a podobné výroky lze od dětí slyšet, a přesto je nelze odsuzovat. Musíme si uvědomit, že dráždění erotogenních zón je velice příjemné, vyvolává slastné pocity. Odhaduje se, že v předškolním věku onanuje již jedna pětina dětí a před pubertou masturbuje polovina chlapců a o něco méně dívek (Raboch in Fleischhauer - Hardt, 1990).

Dětský sexuální partner je vždy předčasně sexuálně stimulován, ale jeho reakce mohou být po čase stejné jako u dospělých. Pak se dokonce stává, že dítě samo vyhledává sexuální uspokojení u jiných dospělých, atakuje vrstevníky či v dospělosti bez zábran zneužívá děti.

Mezi dlouhodobé účinky sexuálního zneužití patří již k výše vyjmenovaným příznakům dissociativní porucha chování.

Je důležité si uvědomit, že mohou být zneužity děti v každém věku, nejvíce jsou však ohroženy děti do 8 let. Podle následující tabulky je zřejmé, že poměry chlapců a dívek kolísají, např. v roce 1993 3/4 dívek ku

1/4 chlapců, rok 1994 2/3 dívek ku 1/3 chlapců a konečně první půlrok roku 1995 zhruba 3/4 dívek a 1/4 chlapců.

Období	Chlapci	Dívky	Celkem
10 - 12/1992	1	1	2
1993	4	16	20
1994	9	30	39
1 - 6/1995	14	32	46

**Tab. 3.** Sexuální zneužití dětí ohlášené do Dětského krizového centra od 10/92 do 6/95

Následující tabulka nás informuje o věku dětí, jejichž případy byly do Dětského krizového centra hlášeny v roce 1994 a v prvních dvou měsících roku 1995.

Věk dětí	Počet chlapců	Počet dívek	Celkem
0 - 3 roky	0	0	0
4 - 6 let	2	7	9
7 - 10 let	1	7	8
11 - 15 let	6	20	26
16 a více	0	3	3
<b>Celkem</b>	9	37	46

**Tab. 4.** Věk sexuálně zneužitých dětí (případy ohlášené Dětskému krizovému centru za období 1994 - 2/1995)

Jak bylo výše uvedeno, nejvíce jsou ohroženy děti do 8 let, což neodpovídá přehledu hlášených případů do Dětského krizového centra za rok 1994. Je však nutné uvědomit si, že malé děti nevědí, jak by se mohly proti zneužití bránit, mnohdy ani netuší, že se s nimi děje něco špatného. Malé děti například neumějí zacházet s telefonem jako děti starší, které si v telefonním seznamu vyhledají v Praze Linku důvěry, Linku bezpečí či Růžovou linku, v Brně Modrou linku nebo přímo zatelefonují do Dětského krizového centra v Praze - Michli.

## Diagnostika sexuálně zneužitých dětí

Většina hlášených případů se do Dětského krizového centra dostává telefonicky "horkou" linkou. Práce zde nekončí telefonickou radou či jednorázovou krizovou intervencí, ale naším prvořadým úkolem je zajistit bezpečnost dítěte, aby se sexuální útok nemohl opakovat. Tato pomoc se však neobejde bez osobního kontaktu pracovníků Dětského krizového centra s dítětem, které bylo zneužito, a jeho rodinou. Každý odborník v interdisciplinárním týmu Dětského krizového centra má své nezastupitelné místo v postupné diagnostice a následné terapii.

Podrobná sociální anamnéza, objektivní pediatrický nález současného zdravotního stavu dítěte spolu s psychologickým vyšetřením zaměřeným na aktuální psychický stav dítěte, obsah výpovědi, osobnost dítěte a jeho intelekt spolu s gynekologickým vyšetřením, které zjišťuje rozsah poškození v oblasti genitálu a konečníku spolu s nezbytnými laboratorními vyšetřeními na sexuálně přenosné choroby, tvoří základ, ze kterého vycházíme při stanovení diagnózy a na jejímž základě volíme terapii dítěte a pomoc rodině, včetně dlouhodobé rodinné psychoterapie a socioterapie.

Psycholog má za úkol zjistit, co se vlastně dítěti stalo. Rozhovor s dítětem je zaznamenáván na videozáznam, který je později analyzován z hlediska obsahového i tzv. neverbálních projevů, kam řadíme chování, mimiku a gesta. Videozáznam mají možnost posoudit i další odborníci z týmu Dětského krizového centra, a tak se touto cestou snažíme o maximální objektivitu. Pro dítě má videozáznam přínos v tom, že je ušetřeno opakovaných výpovědí. Videozáznam je i jakousi kontrolou toho, zda dítěti nebyly kladeny sugestivní otázky nebo takové, kterým by dítě nerozumělo.

Mezi psychologické metody, které nám pomáhají "zmapovat" situaci sexuálního zneužití, patří mimo jiné metody demonstrace s anatomickými panenkami. Zvláště u malých dětí, které mají omezený slovník a nedokáží pojmenovat, co s nimi pachatel dělal, jsou anatomické panenky nezbytnou metodou. Někdy používáme anatomické panenky i u velkých dětí, abychom jim pomohli překonat stud a úzkost. Naše zkušenosti s kamerou i anatomickými panenkami nám ukázaly, že dětem natáčení nevádí a činnost s panenkami jim přináší uvolnění.

Používání anatomických panenek v diagnostice sexuálně zneužitých dětí má od začátku své příznivce i odpůrce. Byly prováděny studie (August, 1989), při kterých bylo prokázáno, že sexuálně zneužité děti ve hře s těmito anatomickými panenkami projevují více sexuálních rysů v chování, když jsou samy, a více zdrženlivosti, když jsou ve styku s dospělým. Anatomické panenky jsou, podle tohoto pramene, používány od roku 1977 v rámci rozhovorů se sexuálně zneužitými dětmi. Od roku 1985 americká legislativa uzákonila ve 14 státech USA použití videozáznamu na místo živé výpovědi dítěte před soudem. Kromě toho legislativa umožnila u speciálních dětských soudních jednání možnost důkazu prostřednictvím anatomické kresby a anatomických panenek. Pozitivní přínos anatomických panenek je spatřován v tom, že minimalizuje trauma sexuálně zneužitých dětí, usnadňuje komunikaci a jejich pomocí obchází poznávací, jazykové a emocionální limity dětí. Největší kritika anatomických panenek spočívá v tom, že jsou široce sugestivní sexuálně naivním dětem, což však není potvrzeno výzkumem, a proto je používání anatomických panenek velmi doporučováno (Everson, 1994).

Stejně uvolnění a "rozpovídání" jako u anatomických panenek pozorujeme u dítěte zvláště nad kresbou rodiny. Dovíme se mnohé o citovém a vztahovém klimatu rodiny, ukáže se nám, jak široce či úzce dítě chápe rodinu, a může nám podhalit některé konflikty v rodině. Zajímavé je, že sexuálně zneužité děti velmi často kreslí lidskou postavu nahou se sekundárními pohlavními znaky. Pokud u dítěte nepozorujeme v chování prvky sexuálního chování, neznamená to, že by dítě nebylo sexuálně zneužito. Postupujeme pomalu, pečlivě a nesugestivně a z malých kousků informací, které nám poskytují podezření na dětskou zkušenost, si sestavujeme celkový obraz o tom, co se skutečně událo (Lamb, 1994). Uchovaná

výpověď dítěte na videozáznamu může sloužit jako důkaz, pokud je nutné případ řešit v rovině trestněprávní. Pokud se rodiče, další osoby nebo nejčastěji Oddělení péče o dítě rozhodne podat trestní oznámení na původce pohlavního zneužití, pak se posuzuje, do jaké míry je výpověď dítěte věrohodná. Svoji roli hraje schopnost dítěte poskytnout přesné informace o pachateli, o způsobu sexuálního zneužití, o jeho trvání v čase a jeho četnosti.

## 8 Zanedbanost a zanedbávání

Článek 20, odst. 5.

Budeme pracovat k tomu, aby byla respektována rodina ve své starosti o děti, a budeme podporovat úsilí rodičů, ostatních pečovatelů a společenství ve výchově a v péči o děti od nejčasnějšího dětství až do věku mladistvého. Uznáváme také zvláštní potřeby dětí, které jsou odloučeny od svých rodičů.

Světová deklarace o přežití, ochraně a vývoji dětí. New York, 30. září 1990

### Zanedbanost a psychická deprivace

V knížce o psychické deprivaci (Langmeier, Matějček, 1963, 1968, 1974) se pokoušíme rozlišit deprivaci od zanedbanosti. Deprivaci definujeme jako výsledek životní situace, kdy dítěti nejsou uspokojovány jeho základní psychické potřeby v náležitě míře a po určitou, dosti dlouhou dobu. Uvést dítě do takovéto situace a udržovat je v ní znamená samozřejmě ohrožení jeho duševního zdraví a celého dalšího duševního vývoje.

Samotný termín "deprivace" se překládá jako "strádání" nedostatkem něčeho. Je to tedy ubližování dítěti, a to někdy vsutku kruté a tak závažné, že hraničí s vraždou. Z tohoto konstatování pak dále vyplývá, že psychické strádání dítěte nedostatkem určitých podnětů, podobně jako v případě fyzického týrání, může být různého stupně a závažnosti a že v jeho výsledku spolupůsobí celá řada dalších okolností.

Jak dále ukážeme, společenská závažnost jednotlivých forem a stupňů psychické deprivace není vždy přímo úměrná hloubce a závažnosti, v jaké postihují určitého jedince. Právě v posledních desetiletích zřejmě stoupá společenský význam lehčích forem psychické deprivace (označovaných jako "subdeprivace"). Ty nevedou sice k sociální invalidizaci postiženého jedince, ale představují zřejmě významnou složku v nynějším stoupajícím výskytu agresivity, šikanování a jiných forem náhradního uspokojování vyšších psychických potřeb, ve stoupajícím výskytu delinkvence, toxikomanie, poruch rodinného soužití aj.

Zanedbaností na rozdíl od deprivace se zpravidla míní následky nedostatku výchovy v prostředí socioekonomicky nízké úrovně. Zanedbané dítě vyrůstá obvykle v jednoduchém, primitivním prostředí, s nedostatečnou hygienou, bez vhodných vzorů vyspělého chování. Nechodí řádně do školy a nemá ve svém prostředí příležitost rozvinout svůj psychický potenciál. V takovéto zanedbanosti se pak hledal původ "mravní zpustlosti", vyššího výskytu kriminality apod. v nejnižších (z hlediska socioekonomického) vrstvách společnosti. Jak ovšem ukazuje dnešní bádání i společenská praxe, je situace nepoměrně složitější, neboť této klasické zanedbanosti v posledních desetiletích v celém civilizovaném světě podstatně ubylo. Zdrojem neblahých sociálních jevů se stává spíše prostředí ekonomicky zajištěné, ba blahobytné, hygienicky vzorné, poskytující dokonalou příležitost k rozvoji duševních schopností svým členům. V něm však dítě přesto strádá citově i neuspokojením potřeby identity a otevřené budoucnosti.

Klasicky pojímaná "zanedbanost" by tedy mohla představovat jenom jakýsi mírnější předstupeň psychické deprivace, nebo spíše jen jednu z cest, které k ní vedou.

"Zanedbávaným" dítětem se však v pojmu CAN a tedy v této naší knížce míní dítě, jež se ocitá v situaci, kdy je akutně a vážně ohroženo nedostatkem podnětů důležitých k svému zdravému fyzickému i psychickému rozvoji. Myslí se tu také na celé rozpětí nebezpečnosti takovýchto situací, od těch nejtěžších, které samy o sobě přímo ohrožují život dítěte, až po ty, které jsou relativně lehké a které teprve ve spojení s jinými činiteli dávají neblahý společenský výsledek.

Ponecháváme-li tedy v názvu a charakteristice syndromu CAN termín "zanedbávané" dítě a jestliže ho i dále užíváme, je to ústupek konvenci a mezinárodně zavedené terminologii (Child Neglect). Ve skutečnosti však pojem zanedbávaného dítěte splývá s pojmem dítěte deprivovaného, či lépe řečeno, vystaveného nebezpečí psychické deprivace, jestliže by jeho životní situace, v níž se ocitá, nebyla náležitě řešena.

V tomto smyslu pak ovšem o zanedbávání platí to, co jsme se pokusili vyjádřit již v knížce o deprivaci (Langmeier, Matějček, 1974). Že totiž v jakémkoliv posuzování a hodnocení těchto jevů nutně musíme brát v úvahu současný stav dané společnosti a její kulturní úroveň, tradici, zvyky, převládající systém hodnot atd. V různých kulturách se zajisté jednotlivé potřeby dítěte i jeho primárních vychovatelů jeví jako různě naléhavé. Také cíle výchovy jsou různé. V některých kulturách je vítáno, aby děti byly co nejvíce a nejdéle závislé na rodičích, v jiných naopak aby se co nejdříve osamostatnily. Zanedbanost či ohrožení zanedbáváním v konkrétním případě konkrétního dítěte možno tedy posuzovat jen s přihlédnutím k těmto širším společenským souvislostem. Pro nás to pak znamená, že se snažíme pojednávat o těchto jevech zde a teď, tj. v naší společnosti v současné době.

## **Krajní případy zanedbanosti**

Krajními případy sociální "zanedbanosti" jsou ty, kdy dítě je izolováno od lidské společnosti. Z literatury možno citovat klasické případy dětí, jež přežily v přírodě díky zvířatům, která se jich ujala (prototypem jsou indické děti *Amala a Kamala* - viz A. Gesell, 1940), nebo díky svým vlastním schopnostem (prototypem může být tzv. *Divoký hoch Aveyronský* - viz J. M. G. Itard, 1807). Častější jsou, bohužel, případy sociální izolace dítěte uvnitř lidské společnosti. Prototypem je tu *Kaspar Hauser*, po němž je i syndrom následků krajní sociální izolace pojmenován ("Kašpar-Hauser-dítě", syndrom "Kašpar Hauser" apod.) Jde o mladého muže, který se záhadně objevil v ulicích Norimberku v r. 1828, těžce chodil, znal jen své jméno a jinak nemluvil. Náprava jeho těžké "zanedbanosti" byla pozoruhodně úspěšná. Podle své pozdější výpovědi prožil celé dětství v temném sklepení, bez jakékoliv lidské společnosti. Za pět let po svém objevení byl nalezen mrtev. Jeho záhadná životní historie i záhadná smrt učinili z něho námět mnohých dohadů a románových zpracování (viz Langmeier, Matějček, 1974).

Případy tohoto druhu mají pro nás již praktický význam. Jednak v literatuře jich byla popsána celá řada, a to i v literatuře současné (např. dívka Genie v USA - viz S. Curtis, 1977), jednak jsme se mohli s nimi setkat ve výrazné podobě i u nás (např. dvojčata, která vstoupila do světové literatury jako "Koluchové dvojčata - Koluchova Twins" - viz J. Koluchová, 1972, 1988, nebo případ tří dětí z okolí Mělníka z r. 1971 - viz Langmeier, Matějček, 1974). Symptomatologie jejich postižení je vodítkem diagnostickým i v případech méně výrazných, s nimiž se v praxi mohou setkat dětská lékařka, sociální pracovníce, psychologové či jiní odborní pracovníci. Navíc, poměrně velmi úspěšný proces nápravy těchto případů, byl-li založen na porozumění mechanismům vzniku obtíží a veden odborně, může nám být velkým povzbuzením. Je významným svědectvím o účelnosti celého nápravného snažení.

## Zanedbávání dětí v rodině

Klasické deprivací studie se zabývaly především osudem dětí v ústavech a jiných zařízeních tzv. kolektivní výchovy. Jejich závěr vyzníval někdy v tom smyslu, že "lepší špatná rodina než nejlepší ústav". Brzy se však ukázalo, že deprivací situace se vyskytují i v jiných prostředích a z nich pak především v rodině (viz Langmeier, Matějček, 1963). Jsou totiž rodiny, kde podmínky pro vývoj dítěte se od podmínek ústavních mnoho neliší. Zkušenost dokonce dokládá, že některé rodiny z hlediska ohrožení dítěte jsou horší než špatné ústavy - přinejmenším v tom smyslu, že jen výjimečně může být dítě ohroženo na životě v dnešních kojeneckých zařízeních nebo dětských domovech, přičemž vysloveně (ba úmyslně) zaviněných úmrtí dětí v rodinách je u nás stále určitý nemalý počet. Jiná zkušenost říká, že některé děti vážně vývojově opožděné a psychicky poškozené z rodinného prostředí zřetelně "ozdraví" v prostředí dětského domova.

Je tedy na místě otázka, které jsou to podmínky, jež jednotlivě nebo v různých kombinacích přispívají k zanedbávání dítěte. Nedokážeme je samozřejmě vyjmenovat, ale můžeme se pokusit aspoň o jejich stručnou klasifikaci. K tomu nutno ještě připomenout, že v každém jednotlivém případě má ohrožení dítěte nebo už výsledná zanedbanost zcela individuální, osobitý ráz a že tomu musí být individuálně přizpůsobena i všechna další léčebná či pomocná opatření.

V zásadě možno činitele přispívající k zanedbávání dítěte v rodině rozdělit na vnější, vnitřní a ovšem nejrůznější kombinace těchto dvou.

K vnějším můžeme počítat jednak konstelaci, neboli složení rodiny, jednak její ekonomickou úroveň, kulturní úroveň a celkové postavení ve společnosti.

Je zřejmé, že větší ohrožení nedostatkem určitých důležitých vývojových podnětů vzniká tam, kde scházejí lidé, kteří mohou o dítě pečovat. Ztráta matky a osiřeni dítěte je tradičně pokládáno za zvláště tíživou situaci. Na matce totiž záviselo a dosud z velké míry závisí uspokojování většiny základních duševních potřeb dítěte v časném věku - od její ztráty se pak může odvíjet celá řada dalších nepříznivých okolností, jako třeba střídání různých osob v jeho blízkosti, umístění v ústavu, střídání prostředí apod.

Ukázalo se ovšem, že i nepřítomnost otce může být závažným deprivací činitelem. Týká se to mnohých dětí žijících se svými neprovdanými či z jiných důvodů osamělými matkami, jež zůstávají bez ochrany a bez pomoci. Řada studií také dokumentuje zvýšený výskyt asociálního chování, delinkvence a jiných odchylek v sociálním vývoji dětí vyrůstajících trvale bez otce. Přičítá se to především nedostatku autority v rodině a z toho plynoucí životní nejistotě dítěte, která je kompenzována příklonem k delinkventní "partě" nebo jinými formami asociálního chování.

Nutno ovšem připomenout, že výchova dítěte pouze jedním z rodičů sama o sobě rozhodně nemusí představovat zvýšené nebezpečí zanedbávání. Příklady toho jsou očividné. Stejně tak nutno ale mít na paměti, že uvedené nebezpečí se zvyšuje s každou další "přitěžující" okolností, jež tu spolupůsobí, a to zvláště jde-li o povahové zvláštnosti, duševní onemocnění, mentální retardaci či jiné podobné charakteristiky onoho jediného osamělého vychovatele.

Ztráta obou rodičů, jež tradičně byla pokládána za situaci nejvíce ohrožující, je v dnešní době paradoxně zpravidla méně nebezpečnou, neboť takovým dětem se v našich poměrech nejspíše dostává náhradní rodinné péče formou adopce či pěstounské péče. Je ovšem nepochybné, že takováto situace může být zdrojem jiných problémů v psychologickém vývoji dítěte než pouhého zanedbávání – to však již nespadá do tohoto našeho uvažování.

Druhým okruhem závažných vnějších okolností potenciálně ohrožujících dítě zanedbáváním je nízká socioekonomická úroveň rodiny. (Budiž řečeno, že se nezřídka spojuje právě s předchozím okruhem příčin, tj. se situací, kdy dítě vychovává jen jeden z rodičů.)

Ještě do poloviny tohoto století se to často týkalo rodin s velkým počtem dětí, kterým se následkem toho nemohlo dostat náležité péče. Navíc bývala situace těchto rodin komplikována hmotným nedostatkem, špatným bydlením, nedostatkem hygieny, nemocemi (typicky tuberkulózou) atd., přičemž bída hmotná se často spojovala s bídou mravní. I když s takovými rodinami se můžeme dosud setkat a v diagnostice CAN nesmíme tyto okolnosti spouštět se zřetele, přece jen co do výskytu přestaly být závažným společenským problémem. I v tradičních romských rodinách se nyní počet dětí postupně snižuje. Naopak, mnohé dnešní početné rodiny jsou vědomě a odpovědně plánované, emocionálně i ekonomicky zajištěné, takže nebezpečí zanedbávání tu prakticky nehrozí. (Viz u nás např. hnutí "Živá rodina".)

Nízká ekonomická a společenská úroveň rodin bývá však i dnes často kombinována s jinými nepříznivými a přitěžujícími okolnostmi, jako je alkoholismus, stále častěji i drogová závislost, promiskuitní sexuální vztahy, nestálost prostředí apod.

V tomto výčtu nesmíme však pominout ani případy zanedbávání dítěte z opačného konce socioekonomického spektra. Ty dnes paradoxně nabývají na závažnosti a patrně i na četnosti. Jde o rodiny společensky relativně vysoce postavené, v nichž vychovatelé dítěte mají náročná, exkluzivní zaměstnání, která je časově i psychicky vyčerpávají tak, že jejich zájem o dítě upadá. Smyslových a intelektových podnětů se tu dítěti dostává zpravidla dostatek, citově však může i vážně strádat a být tedy zanedbáváno.

Do této kategorie spadají i rodiny, jejichž jeden nebo více členů jsou pře-zaměstnaní, a to nejčastěji v důsledku své vlastní potřeby kompenzovat pracovní angažovaností neuspokojení v jiných oblastech svého života (tzv. workoholismus). Neproblematické rodinné vztahy a vynikající ekonomické zajištění takovýchto rodin může při povrchním zkoumání zastírat vlastní problematiku zanedbávaného dítěte, takže nebývá právě snadné diagnosticky se k ní dopracovat.

Počet takovýchto rodin může být v dnešní době rozhojněn o některé rodiny podnikatelů, kteří se zcela ponoří do dříve netušených a ovšem také nevyzkoušených oblastí pracovní a zájmové angažovanosti, jež se fakticky může rovnat nepřítomnosti dotyčného vychovatele v rodině a psychickému opuštění dítěte. Spolehlivějších výzkumných údajů, jež by mohly tento společenský jev dokumentovat, ovšem nemáme, takže jsme zdrženliví i v jeho kvantitativním hodnocení.

Mezi děti potenciálně ohrožené zanedbáváním (eventuálně jinou formou psychického strádání) z vnějších socioekonomických důvodů musíme konečně počítat i ty, které vyrůstají v rodinách utečenců, migrantů či jiných skupin osob žijících třeba dlouhodobě v nuzných podmínkách sběrných táborů. (U nás zatím na rozdíl od západních států přicházejí méně v úvahu rodiny hostujících pracovníků, čili gastarbeiterů.) Žijí zde vykořenění, bez vlastního kulturního zázemí, v životní nejistotě, s vědomím četných ztrát - takže děti přestávají být ve středu jejich zájmu, pokud se nestávají přímo přítěží. Ostatně nejen na hmotnou, ale i na psychosociální pomoc těmto rodinám a jejich dětem se dnes více než dříve zaměřuje také činnost UNICEF.

Přejdeme nyní k druhé kategorii podmínek potenciálně ohrožujících dítě zanedbáváním - tj. k podmínkám vnitřním. Myslí se jimi především psychika a celková osobnost primárních vychovatelů dítěte, či vůbec podmínky, jejichž nositeli jsou lidé dítěti nejbližší, označovaní dnes často novým psychologickým termínem "jeho lidé".

Těchto vnitřních podmínek zanedbávání je široká paleta a nejrůznějším způsobem se kombinují. V jejich výčtu zpravidla nechybí citová nezralost a povahová nevyspělost matky nebo otce nebo obou, závislá většinou (ne však vždy a nutně) na jejich mladistvém věku. (Typicky - když děti mají děti!) Takovým rodičům často chybí nejen vřelost ve vztahu k dítěti, ale i základní vědomosti o jeho výživě, hygieně, vývojových potřebách aj.



Dále nutno jmenovat rodiče trpící duševními nemocemi či poruchami, jež je více nebo méně vyřazují z výchovatecké funkce. Jde nejčastěji o onemocnění psychotického rázu nebo o anomální vývoj osobnosti (psychopatie), k nimž ovšem přistupuje alkoholismus a dnes stále častěji i závislost na drogách. (Je o tom v této knížce samostatná kapitola.)

Jinou kategorií osobností, jež nemohou dobře uspokojovat potřeby dítěte, jsou vychovatelé s hlubšími či lehčími formami mentální retardace, s vážnými smyslovými poruchami (z tohoto hlediska se např. hluchota jeví jako závažnější postižení než slepota), s invaliditou pohybovou apod.

Zanedbáváním z hlediska okolní většinové společnosti mohou být ohroženy také děti některých etnických skupin obyvatelstva, které si uprostřed oné většinové společnosti zachovávají svou osobitou kulturu. Týká se to však obvykle jen některých hygienických návyků a některých forem tzv. slušného společenského chování a nikoliv hlubších zásahů do vývoje osobnosti dítěte. Je třeba, aby zvláště pracovníci sociální služby v těchto případech dobře rozlišovali projevy kulturní osobitosti od skutečného ohrožení dítěte.

Konečně musíme k vnitřním podmínkám zanedbávání či deprivace přiřadit i "zvláštní" životní zásady, postoje a praktiky, které vyznačují některé náboženské sekty nebo jinak definované společenské skupiny (zpravidla malé a uzavřené), jež se výrazně odlišují od okolní většinové společnosti a žijí tedy v určité společenské izolaci. (Takovýchto skupin, zdá se, u nás v poslední době rovněž přibývá. Ne však u všech hrozí nebezpečí akutního zanedbávání dítěte.) Hlavním problémem v tomto případě bývá, že dítě už v předškolním věku je omezováno v účasti na životě přirozené dětské skupiny a nemůže si v pravý vývojový čas osvojit postoje a vlastnosti, které by mu byly k užítku později v zapojování do života oné okolní společnosti. Ocitá se tedy v nebezpečí pokračující sociální izolace.

Nejsou vzácností ovšem ani případy, kdy jednotlivá rodina či matka nebo otec osaměle vychovávající dítě v důsledku svých představ, postojů či zásad, ať už jakékoliv provenience, sami dítě od okolní společnosti izolují a vychovávají je způsobem (z hlediska okolní většinové společnosti) deprivujícím, ochuzujícím, zanedbávajícím.

Je zřejmé, že ve všech uvedených případech je terapie rodičů, sociální pomoc rodině a citlivý přístup k jejich osobní problematice první podmínkou úspěchu v naší snaze pomoci dítěti. V obou posledně jmenovaných případech jde pak o problematiku zpravidla ještě složitější a náročnější jak z hlediska diagnostického, tak i prognostického, takže požadavek mimořádně citlivého přístupu a postupu při zavádění pomocných opatření je tu zvláště naléhavý.

Uvedli jsme vpředu, že podmínky zanedbávání dítěte se mohou různým způsobem kombinovat. Je to ostatně spíše pravidlem než výjimkou. Ekonomická situace rodiny souvisí často s její konstelací a podmiňuje více nebo méně i její sociální zapojení nebo izolaci. Stejně tak je tomu s psychickými a tělesnými zvláštnostmi či obtížemi rodičů, kteří jsou v důsledku toho více nebo méně společensky izolováni, zpravidla i více nebo méně ekonomicky ohroženi a jejich rodina má větší nebo menší tendenci se rozpadat.

Toto konstatování jen znovu dokládá složitost celé problematiky, již se tu zabýváme, a jen dále zvyšuje požadavek individualizovaného přístupu a postupu v jejím řešení.

## 9 Zvláštní formy CAN

### Systémové týrání (druhotné zneužívání a ponižování)

V souhlase s definicemi syndromu CAN, jež jsou součástí připraveného materiálu Rady Evropy (1992), je tato forma týrání působena systémem, který byl založen pro pomoc a ochranu dětí a jejich rodin a kterému jsou vystaveny.

Jde v podstatě o to, že dítě je takovýmto systémem péče poškozováno, ač by mu měl být ku prospěchu. Zvlášť závažné jsou takové systémy, které řeší problém dítěte a jeho rodiny automatickým odebráním z rodiny, aniž by jí byla nejdříve poskytnuta potřebná podpora a pomoc. Dále sem patří nedostatečná péče o děti v problémových a dysfunkčních rodinách nebo špatná či nedostatečná péče v denních zařízeních, ve školách apod. Pro opuštěné nebo z rodiny odebrané děti je systémové zneužívání typické. Např. v náhradní péči ať již rodinné (pěstounská péče je v západních zemích zvláště kritizována, hlavně pro časté střídání dětí v ní - tam projdou děti také až deseti, dvaceti i více pěstounskými rodinami) anebo v dětských domovech klasického typu.

Ty jsou naší zvláštností, jež přes dlouhodobou, dnes již téměř třicetiletou, často velmi ostrou kritiku se ve svém základním pojetí v podstatě dosud nezměnily. Děti jimi stále putují, neuspokojeny ve svých potřebách, nenalezajíce nikoho "svého". Přitom zde získají mnohé, co je svádí ze správné cesty nejenom v zařízení samém, ale i v jeho nepříliš radostné budoucnosti.

Dále sem patří celá řada zbytečných, opakovaných, necitlivě prováděných, osobnost dítěte nešetřících a poškozujících vyšetření nejrůznějšími odborníky. Není přitom respektován přístup interdisciplinární, orientovaný především na zájem dítěte a také vhodně koordinovaný.

Systémové týrání či zneužívání se označuje také jako druhotné ubližování (sekundární viktimizace). Po prvním traumatu, poranění či poškození dítěte následuje toto druhotné týrání právě těmi, kteří by měli dítě chránit a po útoku či útocích na ně (anebo nedostatečné péči a zanedbávání) zamezit dalším škodám a prvotní odstranit.

*O své dvě děti požádala do péče matka, která se na základě amnestie vrátila po šesti letech z vězení, kde byla pro vraždu svého manžela, otce sedmnáctileté dcery a jedenáctiletého syna. Po celou dobu byly děti v péči babičky - matky zavražděného, která byla ostře proti amnestované. Po jejím propuštění vystupňovala též popouzení dětí proti ní. Dcera však zvládla toto dilema a odstěhovala se ke své vlastní matce. Ta měla svůj byt, kam si však brzy přivedla nového partnera. Chlapec reagoval odlišně. Na matku se již nepamatoval, protože babička neumožňovala společné návštěvy, zdůrazňujíc, že mu matka zabila tatínka. Chlapci se u babičky líbilo, ačkoliv ta již mnoho let žila s partnerem, který v minulosti přiznal otcovství k vnučce své nynější manželky, babičky chlapce a dcery propuštěné ženy z vězení. Péče o chlapce ze strany babičky však vykazovala řadu hygienických i výchovných nedostatků. Protože matka trvala na svém právu na dítě, bylo dohodnuto, že chlapec bude umístěn do neutrálního prostředí ozdravovny, kam by měly přístup obě strany. Souhlasil s tím, že se pak rozhodne, kam půjde. Po šestitýdenním pobytu v ozdravovně již nebylo možno jej tam ponechat (problém finančního zajištění). Chlapec však nebyl stále rozhodnut, kam půjde. Navštívil též domov své matky, kde se však sešel s novým partnerem a rozhodl se tam nezůstat. Chtěl spíše k babičce. Nicméně z obecných rozpaků byl umístěn na dětském psychiatrickém oddělení. Názor chlapce se však ani zde nezměnil a zainteresované orgány se na základě našeho doporučení konečně dohodly na ponechání dítěte i nadále v péči babičky. Samozřejmě s co možná největší možností se s matkou*

stýkat, ovšem na základě jeho rozhodnutí při trvalém dohledu OPD. Babička byla požádána, aby od popouzení proti matce upustila. Chlapec nakonec odešel ke své matce.

*Tento případ je však daleko komplikovanější, než jak jsme jej zde ve stručnosti mohli vylíčit. Představuje kromě neobyčejně složitých a až neuvěřitelně propojených vztahů mezi zúčastněnými i skutečnost, že svět dítěte je jiný, že jeho pohled na věci kolem něho, zvláště na ty nejbližší, je mnohdy zcela odlišný, než si myslíme nebo než jaký bychom si jej na místě dítěte přáli. Proto jako druhý závěr z této kazuistiky je respekt k názoru dítěte, k tomu, co si přeje a jak také vidí věci kolem sebe a chce si uspořádat své vztahy k okolí. A také nutnost chránit jeho právo!*

## **Organizované zneužívání dětí**

Této vskutku zvláštní formě zneužívání dětí se věnuje v praxi i teorii stále větší pozornost, hlavně od konce osmdesátých let.

Způsobilo to několik závažných skutečností, předně hlubší poznávání nejrůznějších forem sexuálního zneužívání. Z nich např. incest a prosté zneužití dítěte začaly ztrácet na své původní výraznosti a stále více začaly vystupovat do popředí rozsáhlejší a závažnější formy pohlavního zneužití s rostoucím důrazem na jeho organizovanost. Ta přesahovala daleko hranice města, země i kontinentu. Tak v organizovaných "sexuálních sítích" (Burgess, 1984 - podle Kelly a Scott, 1993) uvízla v mnoha velkých městech řada dětských obětí, především chlapců. Dívce se bezprostředně začala dotýkat dětská prostituce, když se sexuální zájem konzumentů dospělé prostituce vyčerpal a začal se soustřeďovat na dospívající dívky a děvčátka. Vedle dětské prostituce se rozvíjela zvláště či společně dětská pornografie (foto i video) a to vše v kontextu se sexuální turistikou či sexuálním "dopravním ruchem." Ta vedla a vede především z rozvojových zemí do rozvinutých. Ale i v nich samotných se uskutečňovala a uskutečňuje z vesnic do měst.

Pak je tu druhý moment rozvoje zneužívání dětí, který je ovšem také zcela novým jevem proti minulosti. Jestliže bylo dříve možno s úspěchem tvrdit, že při zjišťování syndromu CAN se odkrývají jen skutečnosti, které již existovaly a byly dosud nepoznané, zde se objevují zcela nově vzniklé, jak ve své kvalitě, tak i kvantitě. Na ně se soustředily již dříve vybudované syndikáty či různá společenství, většinou mafiánských typů, anebo se nové cíleně pro ně vytvořily. Tak vznikl nový obchod, v němž figurují děti jako zboží. A to nejenom pro sexuální účely, ale i z jiných důvodů, jako je ilegální mezinárodní osvojení, dětská práce, segregace, až po vraždy dětí ulice za účelem prodeje jejich orgánů, např. v Jižní Americe atd. Dětská námezdní práce až otroctví se stalo nejčastějším organizovaným zneužíváním dětí.

Tyto aktivity, spojené s již zavedenou či zavádějí se sítí národní i mezinárodní, lze pokládat za třetí moment pro vlastní vznik a vývoj organizovaného zneužívání dětí.

Za čtvrtou okolnost lze považovat stále častější zprávy z novin, literatury faktu, praxe a zkušenosti všech, kteří mají na starosti ochranu a péči o děti, o bizarních až neuvěřitelných případech týrání dětí rituálního charakteru. Ten se spojuje se zvláštní vírou, magií, satanismem apod., které mají svoji organizaci, strukturu a řád. Tato společenství vyžadují rituál a v něm mnohdy i oběti, ať fingované nebo skutečné (krev, sexuální manipulace, smrt). Tou se často stává dítě jako nejméně se bránící lidský tvor.

Za zcela volně přidruženou pátou okolnost při formování tohoto nového jevu je možno pokládat již zmíněné institucionální zneužívání dětí v ústavech, a to nejen jejich vlastním systémem a způsobem péče,

ale též daleko snadnějším vystavením sexuálnímu (ale i jinému) útoku nebo nedostatečné péči než kdekoli jinde.

V poslední době je to především anglická literatura, která se intenzivně po stránce teoretické tomuto jevu věnuje (L. Kellyová a S. Scottová, 1993, La Fontainová, 1993, 1994, Lynchová a Browne, 1993, Creightonová, 1993). Snaží se jej zobecnit a zaujímat k nim stanoviska. Za zmínku zde stojí též nejruznější křiklavé případy, jako v r. 1988 byl případ v Clevelandu ukazující na systémové zneužívání údajně sexuálně zasažených dětí nadbytečnými vyšetřeními a zvláště pak případy z Manchesteru, Rochdalu a pak z Oraneyi, kde šlo většinou o organizovaný či skupinový rodinný sex. V Manchesteru se jednalo o hlásání rituálního zneužívání profesionály a dokonce se pořádaly kurzy a studijní dny, kde bylo popisováno neexistující chování rituálně zneužitých dětí. V Rochdalu však byl zachycen skutečný případ dítěte s následky po shlédnutí videa s rituálními satanskými motivy (La Fontainová, 1993). Na Oraneyích šlo pak o 9 dětí s rituálním intrafamiliárním zneužitím (Black, 1993).

Je zajímavé, jak stále naléhavěji se rozpracovává celá tato problematika, rozlišujíc přitom definici od diagnózy a diagnózu od prokázání některé z forem či jejich zřetězení v syndromu CAN. Přitom definice (zde CAN) není totéž, co lékařská diagnóza, která zahrnuje různé symptomy v pojmenované nemoci. Dokonce i nespécifické známky mohou indikovat jedno z možných onemocnění (La Fontainová, 1993). Naproti tomu diagnostický proces v případě CAN trvá dlouho a skládá se z celé řady zjištění i poznatků, jež postupně potvrzuje, nebo nepotvrzuje, ale také nevyvrací, činic jev buď podezřelým či pravděpodobným, anebo jej zcela vylučuje. Tato poslední možnost je zvláště důležitá u tzv. falešných oznámení, kde je účelově jeden z rodičů, nejčastěji otec, označen při sporu o dítě druhou stranou, opět nejčastěji matkou či babičkou, za pachatele sexuálního zneužívání.

Nemajíce příliš mnoho zkušeností s tímto okruhem syndromu CAN (naštěstí či dosud?), jsme v této informaci odkázáni převážně na zahraniční literaturu. Nicméně již i v naší téměř tříleté praxi Dětského krizového centra jsme se s některými těmito jevy setkali či můžeme upozornit na některé z denního tisku.

Organizované zneužívání dětí lze charakterizovat velmi prostě spolu s La Fontainovou (1993) jako zneužití mnoha pachatelů, kteří se spojují za dosažení tohoto cíle. Jde tedy o situace, kdy je zde více zneuživatelů a kde je časový rozměr zneužívání dětí.

V rámci sexuální turistiky se v příslušných kruzích v řadě zemí západní Evropy roznesla informace o snadném a ochotném přijetí sexuálních aktivit mladých lidí u nás. Ty jsou navíc vzhledem k epidemiologické situaci České republiky bezpečné (AIDS, syfilis) a k jejím ekonomickým poměrům pro cizince laciné. Tak stačí přijet vlakem na Wilsonovo nádraží, které samo o sobě se již dávno stalo střediskem všeho možného, najít si zde nějakou ochotnou oběť nebo jen přijmout výhodnou nabídku, ubytovat se v soukromém penzionu, a to i bez ohlášení, užít si zde a po několika dnech se vrátit domů. A zde šířit dostupnost a lacinost "českého zboží".

Vyloučí-li se nitrorodinné zneužití (i když s tím nesouhlasí např. Kellyová a Scottová, 1993), lze pak charakterizovat organizované zneužívání jako aktivity mnoha pachatelů, z nichž někdo nebo všichni nepatří do rodiny oběti.

Vztah k ústavnímu zneužívání byl již zmíněn. Do zařízení takoví jedinci, kteří mají zájem zneužívat děti (pedofilové), cíleně nastupují. Přitom jsou často velmi aktivní a obětaví, ale vlastní zneužívání provádějí většinou sami, v soukromí. O tom svědčí znovu a znovu řada příkladů z kterékoli doby a odkudkoli.

*Velmi aktivní ředitel školy, manžel a otec dvou dětí, vyvíjel velmi úspěšně činnost v jednom sportovním oboru. Dosáhl s dětmi značných úspěchů doma i v zahraničí. Za nějaký čas se začaly objevovat různé pověsti a poznámky mezi děvčaty školy o preferenci té či oné u ředitele a také proč. Některé dívky zůstávaly dlouho po tréninku ve škole, v klubovně. Značný úspěch sportovní aktivity školy i na poli mezinárodním*

*zabraňoval příliš zkoumat pověsti, a to i ze strany rodičů, zvláště když šlo o tak "obětavého" učitele a trenéra. Až jednou se dvě dívky nepohodly a jedna z nich vyprávěla doma o rozsáhlé sexuální činnosti, někdy i skupinového typu tohoto sportovce se svými žáčkami. Věc se provalila, dostala se před soud s velkým ohlasem v bezprostředním okolí. Pro širokou veřejnost takové informace byly tehdy zakázány. Nicméně trestní následky pro zneuživatele následovaly. Kolik škody však způsobil postiženým dětem a jejich rodinám, to už nikdo nezjistí.*

Tím jsme se dostali ke spojení organizovaného zneužívání se zneužíváním sexuálním.

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

- a)** sítí či společenstvím zneuživatelů, kteří se kolektivně účastní na sexuálních aktivitách s dětmi.
- b)** sítí či společenstvím zneuživatelů, kteří získávají samostatně děti k sexuálnímu zneužívání, ale předávají si své oběti jeden druhému.
- c)** prostitutů dětí (nejčastěji dívek).
- d)** pornografickým kruhem dětí, nejčastěji chlapců, s kterým jsme se setkali již v našem centru a o němž referuje dr. Halfarová.
- e)** každým sexuálním zneužitím, které bylo způsobeno více než jednou osobou. Zde může přicházet v úvahu buď záměrný a připravovaný skupinový sex, anebo událost, kterou umožnila souhra náhod. I když nepřipravovaná, o to více však může být nebezpečná. V těchto organizovaných praktikách se však může objevovat i skupinový sex mladistvých či ještě právně neodpovědných.

*Do Dětského krizového centra byli o prázdninách přivezeni dva 12letí chlapci s tím, že spolu s dalším (hospitalizovaným v nemocnici pro rupturu konečnicku) po celou dobu pobytu na táboře společně souložili anorektálním způsobem, osahávali se a vzájemně mezi sebou masturbovali. Po prošetření celého případu bylo zjištěno, že oba chlapci pocházeli z velmi narušených rodin (z různých měst a vzájemně se dříve neznali), již měli sexuální zkušenosti, včetně sexuálního zneužívání v jednom případě starším bratrem, ve druhém strýcem. Oba byli navíc lehce mentálně retardovaní. Třetí chlapec byl později přijat k nám a podrobně vyšetřen. Pocházel z těžce dysfunkční rodiny, drobný, bázlivý - spíše oběť než iniciátor sexuálních aktivit. Po schůzce s Orgánem péče o rodinu a děti a rodiči byly děti předány do péče rodičů, byla doporučena sociální a psychoterapeutická pomoc, alespoň v místních pedagogicko-psychologických poradnách.*

Tento případ ukazuje na mnohotvarost organizovaného zneužití, na transgenerační a intergenerační přenos tohoto ubližování dítěti, a to i mezi dětmi samými. Ukazuje dále na nebezpečí zatažení takových praktik do dětských kolektivů a nutnost, aby vedoucí i na tuto problematiku mysleli, zvláště u rizikových dětí (všichni tři chlapci takovými dětmi ve vysoké míře byli).

## Rituální zneužívání

Tento typ zneužívání dětí lze označit za nejpodivuhodnější, projevující se často bizarními či alespoň pro dnešní dobu neuvěřitelnými příznaky a rysy. Mají někdy až fantastický nádech, který jejich věrohodnost, zvláště jsou-li popisovány pouze dětmi, velmi zlehčuje a někdy i vylučuje. Nicméně, jak již bylo opakovaně řečeno, i v takových případech je třeba brát dítě vážně a jeho tvrzení si přinejmenším ověřit. Tinkelborn (1988) podle La Fontainové (1993) podal jako první ucelenou definici rituálního zneužívání dětí. Považuje je za takové zacházení s dětmi, které se uskutečňuje v souvislosti s nějakými symboly, které mají náboženskou, magickou či nadpřirozenou charakteristiku a jsou součástí nějakého organizovaného společenství. Vyzývání těchto symbolů nebo provozování takových aktivit, většinou opakovaných, je užíváno též k nahnání strachu dětem. Většinou jde ovšem o podstatně závažnější skutečnosti.

Mc Fadyen a další (1993) však nesouhlasí s touto definicí. Jde především o to nepřipustit představu, že rituální zneužívání může být jen skupinový jev, opakovaný v čase a na týchž dětech. Dále nelze nikdy přesně odhadnout, jak bude zneuživatel zacházet s dítětem a jaké to na něm zanechá následky. Proto by měla být soustředěna veškerá pozornost na dítě a na následky těchto aktivit pro ně, nikoli na aktivity samé.

S tím lze jednoznačně souhlasit, neboť nelze nikdy skutečně odhadnout, jak moc rituálně podmíněná či motivovaná zneužívání dítě poškodí a kam vše vyústí. Vzpomeňme jen dřívější i nedávné hromadné vraždy a sebevraždy uvnitř sekt, na kterých byly účastny i děti, odmítání lékařské péče a hlavně odmítání transfuze krve, a to i ve stavech bezprostředně ohrožujících život (Svědci Jehovovi). Nedávno bylo u nás umučeno romské děvčátko, přičemž jakýsi cizí satanista dokázal jíst i výkaly, lidské maso a pokoušel se o další děti, ba i o dospělé. Zde nutno připomenout i náš případ, kdy matka vyháněla krutým, opakovaným bitím z dítěte d'ábla.

Lze souhlasit i s námitkou, že jen skupina dospělých v rituálním smyslu může zneužívat skupinu dětí. Tajemno, magika, nadpřirozenost přináší totiž tolik různorodých a mnohočetných projevů a reakcí, že všechny tyto procesy mohou probíhat pokaždé zcela odlišně - a my je musíme odhalit, porozumět jim a hlavně zjistit jejich všechny současné i budoucí důsledky pro stav a vývoj dítěte - a léčit je. V tomto smyslu se znovu zdůrazňuje, že rituální zneužití není nemoc, kterou lze klasickým způsobem diagnostikovat, ale že je to soubor jevů, jež lze všestranným poznáním "poskládat" do jednoho společného, byť specifického syndromu CAN. (Ostatně jako kteroukoli jinou formu či formy syndromu CAN)

Mc Fadyen dále zdůrazňuje nutnost chápat pojem rituální ve dvou rovinách: Jednak jako opakované aktivity, mající svůj zvláštní řád a význam. To jsou třeba také ty, které zdůrazňovala např. Damborská (1984) ve výchově a péči o nejmenší děti a zaujímající v jejich vývoji zvláštní postavení. Jednak jako funkční vyjádření oné zvláštní religiozity, v jejímž jménu a pro níž je dítě zneužíváno až ničeno.

Tak definuje tento autor v soulase s námi rituální zneužívání jako fyzické, psychické nebo sexuální ubližování dítěti spojené s opakovanými aktivitami ("rituálem"), jejichž účelem či smyslem je spojit toto zneužívání s náboženským, magickým nebo nadpřirozeným kontextem.

## **Sexuální turismus**

V praxi znamená, že cizinci přijíždějí do cizí země již se záměrem vyhledat dítě k tomu, aby se jím sexuálně uspokojili.

## **Münchhausenův syndrom by proxy (v zastoupení)**

Münchhausenův syndrom by proxy (by proxy - v zastoupení), který je sem možno též řadit, je zmíněn na str. 35 a 36.

## 10 Předcházet je lépe než léčit

Tato dávná medicínská pravda platí v případě CAN natolik, že nás přiměla opustit v této knížce běžné schéma lékařských monografií a zachovat se poněkud netradičně, tj. zařadit kapitolu o prevenci už na toto místo.

Dosavadní zkušenost se všemi formami CAN, ba i přehled světové literatury z poslední doby (Gaugh, 1994) celkem jednoznačně ukazují, že prevence se stává vedoucí ideou veškeré snahy o nápravu. Důraz na prevenci bude také prostupovat všechny další kapitoly této knížky. Máme totiž zato, že je lépe při popisu jednotlivých situací a při rozboru jednotlivých problémů vždy konkrétně připomenout, na co je třeba dávat pozor, čeho se vyvarovat a co dělat, aby k strádání dítěte pokud možno nedocházelo.

Aby se čtenář mohl v těchto odkazech a připomínkách lépe orientovat, předkládáme tu nejprve jakési schéma možných preventivních opatření na jednotlivých rovinách společenské praxe.

Nad zlato dražší klenot jest dítě, ale nad sklo křehčejší, rozraziti se neb naraziti snadně můž, a škoda odtud nenabytá (tj. nesmírná).

J. A. Komenský

### Primární prevence

Primární prevence podle definice Světové zdravotnické organizace znamená 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.

Pro takové společenské jevy, jakými jsou i týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte, se často užívá obrazu plovoucího ledovce. Lékaři, psychologové, sociální služba, krizová centra aj. zachycují jen to, co je nad povrchem, tj. to, co už je zjevné, co už se stalo. Je však zřejmé, že pod tímto zjevným vrcholem je daleko mohutnější vrstva patologie potenciální, tj. to, co je teprve připraveno stát se zjevným, budou-li podmínky příznivé. Tato patologie neexistuje zatím reálně - je teprve v možnosti, v jakémisi latentním stavu, v němž čeká na svou příležitost. Má zatím formu "rizika", jež v budoucnosti může, ale také nemusí být uskutečněno. Primární prevence pak znamená pokud možno zabránit, aby vůbec k onomu "riziku" docházelo.

Použijeme-li představy plovoucího ledovce, jímž je CAN, je třeba zvýšit teplotu ovzduší i vody v onom moři tak, aby prostě ledovce nevznikaly. Toto přirovnání nám současně naznačuje, před jakým úkolem dnešní naše (i světová) společnost stojí. Z tohoto hlediska je nesporně velkým preventivním činem celosvětového významu právě Úmluva o právech dítěte a Světová deklarace o přežití, ochraně a rozvoji dítěte.



V primární prevenci CAN - a ovšem i ve všech opatřeních, která v jejím rámci jsou podnikána či uplatňována - můžeme rozlišit zhruba tři vrstvy:

1. Zaměřené působení na širokou veřejnost.
2. Zaměřené působení na rodiče a vychovatele, jakož i na ty, kdo se na rodičovství nebo profesionální vychovatelství připravují.
3. Zaměřené působení na odborné pracovníky a tzv. veřejné činitele - hlavně lékaře, psychology, sociální pracovníky, právníky, soudce, politiky apod.

### **1. Zaměřené působení na širokou veřejnost**

Širokou veřejností tu myslíme společnost jako celek, zahrnující všechny vrstvy obyvatelstva definované věkově, ekonomicky, vzděláním, zaměstnáním či jakkoliv jinak. Je to tedy onen společenský rámec, v jehož hranicích probíhá život jednotlivců a malých společenských skupin, jakými jsou např. rodiny. Je to i společenské pozadí, na němž se jakékoliv "zvláštní" chování jednotlivců či malých společenských skupin teprve stává zjevným a nápadným.

Před námi pak stojí úkol působit na tuto společnost tak, aby byla citovější a citlivější, aby byla vnímavější vůči zájmům a potřebám dítěte, aby dítě v ní mělo tu hodnotu, kterou mu přisuzuje J. A. Komenský, tj. vyšší než hmotné statky a požitky. Aby se tu vytvořila společenská životní atmosféra, v níž by se nebezpečí jakéhokoliv násilí vůči dítěti snižovalo na minimum a na jejímž pozadí by každý uskutečněný akt násilí svým způsobem "křičel" a byl tedy nepřehlédnutelný.

Prostředkem k tomu je široce založená osvěta. Jejimi činiteli jsou všechny instituce se širokou celospolečenskou působností dotýkající se nějakým způsobem života dětí. (Sotva bychom je dokázali vyjmenovat - můžeme naznačit jen jejich okruhy či kategorie.) Jsou to především:

- všechny orgány státní legislativy a jimi vytvořené a pak uplatňované zákony, vyhlášky, směrnice, pokyny atd., jež se zabývají dítětem a rodinou,
- politické strany se svými programy,
- církve,
- školy a školství jako celek, zdravotnictví, kulturní instituce,
- sdělovací prostředky a v nich především televize (budiž řečeno, že právě v této instituci je u nás zatím poměrně málo pochopení pro výchovnou a vzdělávací funkci, kterou nepochybně má),
- nevládní organizace dětí a mládeže,
- organizace zabývající se rodinou,
- a mnoho dalších.

Jak jsme naznačili v úvodní kapitole o násilí vůči dětem, je možno počítat s určitým samovolným pohybem směrem k větší senzitivitě vůči dětem s pokračujícím kulturním vývojem společnosti. Jenomže tento pohyb je velice pomalý a vyznačuje se mnohými odbočkami a zvraty. Nezbyvá tedy než tomuto vývoji cílevědomě a energicky napomáhat!

## 2. Zaměřené působení na rodiče (a jiné vychovatele) nyní i budoucí

Primární prevence na této druhé rovině má již určitější objekt svého působení, určitější cíle i pracovní prostředky. Jde o dítě v jeho nejvlastnějším prostředí, tj. v rodině, a o jeho nejbližší vychovatele, jimiž jsou zpravidla rodiče nebo osoby ocitající se právně či psychologicky na jejich místě. Cílem je vybudovat v systému jejich hodnot, postojů, ale i názorů a vědomostí podmínky pro vnitřní, tj. psychické, "přijetí" dítěte. A to přijetí pokud možno bezvýhradné - přijetí dítěte takovým, jakým je.

Poněvadž je jasné, že takovéto působení na rodiče v době, kdy dítě už je na světě, má do značné míry omezenou naději na úspěch, je samozřejmé, že se osvětové úsilí musí zaměřit především na rodiče budoucí, tj. na dnešní děti - a to čím dříve a soustavněji, tím lépe.

Nejde však jenom o působení osvětové a výchovné. Prostředkem primární prevence na této úrovni jsou také všechna obecná opatření ve prospěch rodin s dětmi - podpora finanční, nabídky nejrůznějších služeb, nabídky rekreačních možností aj. Všechna taková opatření zvyšují totiž pocit bezpečí a jistoty jednotlivých členů rodiny i rodiny jako celku a přispívají tak svým dílem k onomu psychickému přijetí dítěte, jak jsme o něm mluvili. Budiž ovšem hned řečeno, že jakkoliv jsou příspěvkem významným, zřejmě nejsou tím prvotním a rozhodujícím. Tím je nepochybně bytostná touha dospělých lidí mít v dítěti pokračovatele svého vlastního života a dárce životních hodnot jinak nezískatelných.

Činiteli tohoto zaměřeného působení ve prospěch rodiny jsou samozřejmě všechny ty instituce, které jsme dříve vyjmenovali.

Rozhodující úloha v přípravě dětí na příští rodičovství samozřejmě připadá samotné rodině. Vývojová a sociální psychologie dětství dnes celkem spolehlivě dovede určit klíčová období, jimž je třeba věnovat zvláštní pozornost. Je to:

- odpovědné početí a dobře prožité těhotenství ženy, s emocionální účastí muže i širšího rodinného společenství,
- nové praktiky vedení porodu, s eventuální účastí otce při něm, pokoje matek s dětmi (rooming-in), časná pozitivní součinnost matky s dítětem, kojení, propagace účasti otců na výchově dítěte od samého počátku,
- podmínky pro vytváření "důvěry v lidi" na sklonku kojeneckého věku dítěte, "rodinné identity" ve věku batolecím, pro přijetí partnera ve hře, pro součinnost a základní formy přátelských vztahů s vrstevníky ve věku předškolním,
- výchova k odpovědnosti v důležité fázi vývoje rodičovských postojů vůči malému dítěti a identity rozlišené podle pohlaví, tj. mužské a ženské, v tzv. středním školním věku (zhruba od 8 do 12 či 13 let),
- puberta, s pohlavním a citovým dozráváním, kultivace citová,
- věk mladistvý a vedení k odpovědnosti ve vztazích erotických a sexuálních, praktiky antikoncepce, výběr životního partnera, plánované rodičovství...

Vidíme, že jde vlastně o určitý vývojový a výchovný cyklus od jednoho těhotenství ke druhému, přičemž každá z uvedených klíčových fází by měla být dobře využita a žádná promarněna. Naštěstí existuje dnes u nás již dost popularizující literatury pro rodiče. Ta ovšem jen málo zasahuje ty vrstvy obyvatelstva, jimž by byla nejspíše potřebná - a sdělovací prostředky s nejširším dosahem mají právě v této věci nepochybně největší manko. Je tedy zvlášť naléhavým požadavkem celospolečenského významu tento nedostatek vyrovnat a sdělovací prostředky do preventivní osvětové činnosti plně zapojit.

Významně přitom stoupá také úloha školy s jejím programem sexuální výchovy a výchovy dětí k rodičovství. Předpokládá to ovšem náležité vzdělání a přípravu učitelů, kteří jsou touto vzdělávací činností pověřeni. Navíc, jde-li vskutku o výchovu a ne jenom o předávání nějakého souboru poznatků, je třeba, aby v celém školském systému byla vytvářena a posilována atmosféra dítěti a rodině příznivá.

Stoupá však i úloha mladých lidí samotných, a to především ve spojitosti s prevencí nechtěného těhotenství, jež - jak zaměřené zkoumání ukazuje - je významnou okolností nepříznivě ovlivňující postoje rodičů k dítěti před narozením i po něm, a to někdy nadlouho nebo i natrvalo. Již v závěru naší první studie o následcích nechtěného těhotenství (Dytrych a kol., 1975) jsme to heslovitě vyjádřili tak, že "mladí lidé by měli do svého očekávání od života přijmout, započítat, zabudovat, že budou mít děti, které chtějí mít! - s tím, s kým je chtějí mít! - a v době, která je pro ně příhodná!" Předpokládá to ovšem u mladých lidí práci na sobě samých a posilování odpovědnosti k sobě i k druhým - tedy to, co se často míní pod pojmem "výchova (či sebevýchova) mravní".

V souvislosti s předcházením nechtěnému těhotenství vystupuje do popředí také propagace antikoncepce (s důrazem na antikoncepci mužskou) a plánování rodiny.

Rovněž celkové povznesení otcovské role v rodině, a to především otcovské odpovědnosti, je důležitým článkem preventivního osvětového a vzdělávacího úsilí.

Konečně nutno připomenout, že svou preventivní funkci na úrovni, kterou zde máme na mysli, měl i mezinárodní Rok rodiny 1994 vyhlášený OSN. V jeho rámci bylo uskutečněno mnoho výchovných a propagačních akcí a bylo zahájeno mnoho nových výzkumných a vzdělávacích projektů promítajících se do veřejného života i do státní legislativy. Jde nyní jen o to, aby iniciativa soustředěná do jednoho roku byla náležitě zužitkována v letech následujících.

Na závěr možno předchozí úvahy shrnout v tom smyslu, že primární prevencí na této úrovni, tj. cíleně zaměřenou na rodinu a nynější i budoucí vychovatele dětí, je všechno, co zabraňuje, aby nevzniklo to, čeho se týká sekundární prevence - tj. aby nevznikaly rizikové skupiny obyvatelstva a rizikové životní situace, jež jsou pak onou "úrodnou půdou" pro CAN.

### **3. Zaměřené působení na odborné pracovníky a veřejné činitele**

Na této rovině nejde již o základní informace a z nich odvozenou široce založenou osvětu, nýbrž o zprostředkování poznatků z výzkumů, odborných studií, průzkumů obyvatelstva. Cílovou skupinou potenciálních příjemců jsou lidé nejrůznějších vědních oborů a společenské praxe, kteří se zabývají otázkami CAN. Je to právě to, co je účelem této naší publikace.

## Sekundární prevence

Ve spojitosti s CAN se za sekundární prevenci pokládá:

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

## Rizikovní dospělí, rizikové děti, rizikové situace

Je zřejmé, že někteří lidé mají k aktům týrání dítěte blíže než jiní, že jedny děti se stávají častěji obětí týrání než druhé, že jsou životní situace, které spíše než jiné vyvolávají projevy násilí vůči dítěti, a že konečně mohou nastat různé kombinace všech těchto možností. Totéž ovšem platí o pohlavním zneužívání dítěte i o jeho těžkém zanedbávání.

Na úrovni rizik je také zřejmé, že jiné jsou zpravidla příčiny aktivního týrání dítěte, jiné zanedbávání dítěte a samozřejmě velmi jiné pohlavního zneužívání. Jiní lidé dítěti aktivně ubližují a jiní mu ubližují pasivně, tj. svým nezájmem, nevšímavostí či nedostatkem kontaktu. A opět jiní mají sklon uspokojovat své sexuální potřeby pomocí dítěte. K násilí vůči sobě provokuje dítě dráždivé, zlostné, křičící, neklidné. Naopak, riziku zanedbávání je vystaveno především dítě pasivní, nenápadné, "buchta". Nežádoucí sexuální chování dospělých mužů spíše provokují holčičky výrazně ženských tvarů, koketní, "svádivé". K týrání dítěte vede akutní nebo i chronický stres, k zanedbávání nadměrné zaujetí něčím mimo dítě (např. osamělá matka, která se znovu zamilovala a novým vztahem je naprosto zaujata, takže o dítě se nezajímá).

Prevence na této úrovni tedy znamená tato rizika odhalovat, objasňovat, poznávat - a mít je pod kontrolou! Případně aktivním působením je zmenšovat! Týrání dítěte, zneužívání či zanedbávání je zatím pouze potenciálně přítomno, je pouze "v možnosti", a to více nebo méně vzdálené, více nebo méně hroživé. Zatím ještě k žádnému ubližování dítěti (podle běžných kritérií) nedošlo. Jde tedy o to ochránit dítě i potenciální pachatele CAN, aby to, co bylo jen "v možnosti", se nestalo skutkem.

**Prvním krokem** k tomu zajisté je, že rizikovní lidé jsou si své rizikovosti vědomi.

Vedou k tomu v podstatě dvě cesty. Že se jim to připomíná, a to:

- jednak způsobem pozitivním, tj. dodáváním informací, poučováním, vzděláváním, nabídkou pomoci, příkladem uspokojivého řešení apod.,
- jednak způsobem negativním, tj. vlastně zastrašováním (zveřejňováním trestních či jiných postihů provinilců, příkladem neuspokojivých řešení apod.).

**Druhým krokem** pak je to, že tito rizikovní lidé převedou ono uvědomění ve skutek a jsou ochotni něco pro sebe udělat, na sobě pracovat, své rizikovosti se zbavit.

**Třetí krok** je větší společnosti, která jim v tom podá pomocnou ruku. Předpokládá to ovšem, že má co nabídnout!

Pokusme se nejprve aspoň velmi zhruba naznačit, o jaké okruhy rizika v našem případě jde.

### **Fyzické týrání dítěte**

**Rizikovní dospělí** (zpravidla primární vychovatelé dítěte) bývají:

- lidé s anomálním vývojem osobnosti (psychopatie), zvláště ti s agresivními povahovými rysy,
- někteří lidé psychicky nemocní (psychotici), někteří lidé s neurotickými obtížemi (chronická frustrace se mění v agresi),
- alkoholici, toxikomani,
- mladiství rodiče, povahově nezralí, nevypělí,
- lidé se zvláštním životním stylem, příslušníci některých společenských skupin s agresivním programem, stoupcí agresivních rituálů apod.
- lidé dlouhodobě ve stresové situaci, např. nezaměstnaní, lidé "uražení a poníženi".

**Rizikové děti** jsou nejspíše ty, kterým v důsledku jejich "zvláštností" není dobře rozumět. Není lehké se v nich vyznat a výchovně je usměrňovat. Jsou to i děti, které svým chováním své nejbližší vychovatele unavují, dráždí, "otravují", vyčerpávají.

**Typickými případy bývají:**

- děti s lehkými mozgovými dysfunkcemi, děti neklidné, nesoustředěné, impulzivní, "zbrklé", s nápadnými výkyvy nálad apod.,
- děti z jiných důvodů dráždivé a neklidné, zlostné (často v důsledku somatického onemocnění, ať již v akutním nebo chronickém stadiu), avšak také děti úzkostné, provokující svou "neodůvodněnou" ustrašeností,
- děti mentálně retardované, zvláště když jejich vývojové opoždění a jeho průvodní projevy vyvolávají zklamání rodičů, jejich trvalou frustraci a tím i jejich agresivní postoje vůči dítěti,
- děti s lehce sníženými intelektovými schopnostmi, ve škole neprospívající, dětitělesně neobratné, nešikovné, které toho mnoho rozbijí, pokazí, zničí, děti sociálně neobratné, svým chováním urážející, provokující, děti chovající se "nechutně".

**Rizikové situace.** Ne všechno riziko týrání dítěte možno odvodit z rysů osobnosti účastníků, tj. dospělých a dětí. Určitou roli hrají činitele situační. Prototypem je tu zkratkovitě jednání např. otce nebo matky v návalu žárlivé pomstychtivosti, když objevili "zradu" toho druhého a chtějí mu ublížit na tom nejcennějším, co má - tzv. Medein komplex.

### ***Jde zpravidla o:***

- milenecké a manželské konflikty v akutní fázi, rozvodové situace, porozvodové spory o děti,
- jakékoliv stresové situace,
- alkoholová, drogová, event. jiná intoxikace,
- hmotná bída, pokud je pro postižené stresovou situací, (Pozor, na hmotný nedostatek se mnohdy svádí to, co je spíše podmíněno patologickými povahovými rysy nebo "bídou mravní".)
- stres při prožitku vlastní viny (úzkost se mění v agresi a maličkost vyvolá nepřiměřenou reakci),
- stresové situace při somatickém onemocnění, při fyzické nebo psychické vyčerpanosti
- aj.

### **Pohlavní zneužívání dítěte**

Riziková dospělí. V tomto případě přicházejí v úvahu nejen nejbližší vychovatelé dítěte, ale i jiné osoby, které přicházejí do styku s dítětem v rodině nebo mimo ni. Jde o širší okruh příbuzných, rodinných přátel, známých, ale také učitelů, vedoucích různých kroužků a skupin apod. V naprosté většině případů jde o muže.

### ***Bývají to:***

- muži trpící sexuálními úchylkami (sexuální devianti),
- muži staršího věku, u nichž korová kontrola chování ochabuje, případy demence nebo jiných poruch či onemocnění omezují kontrolu pudového jednání,
- muži sexuálně hyperaktivní,
- alkoholici, toxikomani
- aj.

**Rizikové děti.** U nejmenších dětí pohlaví prakticky nerozhoduje. U dětí od předškolního věku výš přicházejí v úvahu takřka výlučně děvčátka, přičemž zvýšenému riziku jsou vystaveny:

- holčičky výrazně ženských tvarů, jemné, kypré,
- holčičky koketní, mazlivé, se "svádívě" ženským chováním.

### **Rizikové situace jsou především následující:**

- stísněný životní prostor rodiny (v dřívějších dobách např. časté spaní rodičů a dětí v jedné posteli,
- "příležitosti" - (např. dítě je nemocné, pečuje o ně otec nebo jiný muž v rodině, ošetřování vyžaduje intenzivní tělesný kontakt),
- "cizí" muži žijící v rodině, návštěvníci, přátelé apod., u nichž se nemohlo vytvořit sexuální tabu, jaké se zpravidla vytváří u vlastních rodičů a sourozenců dítěte - z tohoto hlediska jsou v náročné rizikové situaci i pěstouni, vychovatelé v dětských domovech a jiných dětských zařízeních, ošetřovatelé v nemocnicích, ozdravných apod.
- alkoholová, drogová intoxikace,
- celkově "uvolněná" sexualita v rodině (dříve to bývala poměrně častá situace v rodinách s nízkou socioekonomickou úrovní, v rodinách mentálně retardovaných rodičů, invalidních rodičů apod., dnes

nutno počítat i s rodinami žijícími na poměrně vysoké ekonomické úrovni, v komunitách s promiskuitními vztahy, bez zábran apod.).

### **Zanedbávání**

Rizikovní dospělí. Zpravidla nutno brát v úvahu ani ne tak jednotlivce jako celé prostředí, v němž dítě vyrůstá. Podrobně o něm mluvíme v kapitole o zanedbávání. Jsou to především primární vychovatelé dítěte:

- mentálně retardovaní, kteří na péči o dítě "nestačí" (zvláště zůstávají-li v péči o dítě bez pomoci),
- somaticky nemocní, smyslově či pohybově postižení, invalidní, psychicky nemocní (prototypem může být např. endogenní deprese matky),
- osaměle žijící osoby,
- alkoholici a toxikomani,
- mladí, nezralí, nevypěstlí rodiče, se zájmy dosud dětskými nebo mladistvými,
- lidé s životní historií deprivace nebo subdeprivace, kteří svým dětem opět vytvářejí deprivace životní prostředí,
- lidé v hmotné bídě, kteří jsou sotva schopni uhájit svou existenci, nezaměstnaní, bezdomovci, lidé žijící na okraji společnosti,
- lidé příliš zaujatí jinými zájmy, zálibami nebo i povinnostmi, pracovním přetížením (workoholismus).

**Rizikové děti.** Z hlediska zanedbávání jsou to nejspíše tyto:

- děti svým temperamentem neaktivní, pomalé, "málo živé", které samy zájem okolí neprovokují a nepřitahují,
- děti mentálně retardované, se smyslovými vadami, pohybovým omezením, "postižené", o než "rizikovní" dospělí snadno ztrácejí rodičovský zájem,
- děti somaticky nemocné, vyčerpané, apatické,
- děti podvyživené (bludný kruh podvyžívou snížené aktivity dítěte a sníženého přísunu potravy v důsledku této hypoaktivity)
- aj.

Nutno si přitom uvědomit, že zanedbávané dítě je v podstatně jiné situaci než dítě týrané nebo pohlavně zneužívané. V tomto případě není dítě obětí agrese nebo jiné aktivity dospělého, nýbrž jeho neaktivity. Proti aktivitě dospělého je možno se bránit, proti nezájmu však aktivní obrana není.

**Rizikové situace.** Nepřicházejí dobře v úvahu. Zanedbávání je děj dlouhodobý, takže se nanejvýš skládá z mnoha "příležitostí" nebo jiných časově omezených aktů.

Naproti tomu ovšem - stejně jako v případech týrání a pohlavního zneužívání dítěte - nutno počítat s nejrůznějšími kombinacemi rizikových činitelů vnějších i vnitřních, tj. v lidech i v prostředí.

## 11 Duševní poruchy dospělých a dítě

Není pochyb o tom, že nejrůznější psychické poruchy, psychická onemocnění a psychické anomálie, kterými trpí buď rodiče, nebo členové širší rodiny, ale také vychovatelé či jiné osoby, které přicházejí s dítětem často do styku, mohou mít nepříznivý vliv na vývoj jeho osobnosti a stát se potenciálním zdrojem týrání, zanedbávání nebo zneužívání dítěte.

Je obecně velmi obtížné stanovit, co je psychické zdraví a norma a co je již mimo normu. Jsou určité psychické stavy, které psychiatrii označují jako hraniční, tzn., že je nelze označit přímo jako duševní poruchu, ale občas se jako určitý náznak duševní poruchy projevují. Chování, které vybočuje z normy, je totiž mimo jiné určováno tzv. kulturními vlivy a normami, které jsou platné v určité dané společnosti.

Zdemoluje-li otec v záchvatu žárlivosti zařízení bytu v malém sicilském městě, nikdo se tomu příliš nediví a neoznačuje to jako nenormální chování. Kdyby se nějaký muž choval podobně např. ve Švédsku či jiné skandinávské zemi, asi by byla žádána psychiatrická pomoc a chování by bylo označeno jako anomální.

Je důležité připomenout, že počet duševních onemocnění je daleko vyšší, než se v laické veřejnosti předpokládá. Je to proto, že zvláště určití jedinci, kteří trpí tzv. poruchami osobnosti (dříve označovanými jako psychopatie), se dostávají k psychiatrovi většinou jen zřídka a podobně je tomu i s jinou velkou skupinou psychických poruch, kterou označujeme jako neuróza. Hovoříme proto o psychiatrické nemoci deklarované, tzn. takové, pro kterou nemocný vyhledá pomoc psychiatra a je pro svoje onemocnění evidován, a psychiatrické nemoci nedeklarované, tj. takové, která není nikde oficiálně zachycena. Její rozsah se pouze odhaduje na základě orientačních průzkumů obyvatelstva.

Míra a forma, kterou je dítě poškozováno duševně nemocnými dospělými, se pochopitelně liší podle věku dítěte, podle osoby, která je nositelem anomálního chování, podle celkové skladby rodiny a prostředí, ve kterém dítě žije. Negativní vlivy mohou být totiž poměrně dobře kompenzovány, ne-li eliminovány jinými členy rodiny či jinými osobami, na které je dítě citově vázáno.

V dalším se pokusíme o přehled nejčastějších psychických poruch, které se vyskytují u dospělých, a budeme hledat určité typické příznaky či prvky patologického chování a projevy, které mohou být pro dítě ohrožující ve smyslu CAN.

Podle jednoho prastarého, velmi povrchního schematu lze rozdělit psychické poruchy na psychózy, které představují nejvážnější duševní onemocnění, neurózy, které jsou až na určité výjimky onemocněním zásadně lehčím, avšak, bohužel, velmi často se vyskytujícím, a poruchy osobnosti (psychopatie), kde se nehovoří o duševní nemoci, ale o jakési trvalé povahové, osobnostní odchylce, která může být ve svých důsledcích pro okolí velmi nepříjemná a svízelná. Mimo tyto tři velké skupiny psychických poruch existuje ovšem ještě dlouhá řada jiných psychických poruch, např. způsobených organickým poškozením mozku, dále nejrůznější druhy duševního opoždění a v neposlední řadě všechny duševní poruchy a poruchy chování, které vznikají v důsledku požívání alkoholu a drog.



## Psychózy

Za jedno z nejvážnějších onemocnění z okruhu psychóz je právem považována schizofrenie. Jedinec trpící tímto onemocněním je jakoby odtržen od reality, vnímá ji zkresleně, žije často v podivném světě svých vlastních představ. Objevují se u něho příznaky zdravým lidem nepochopitelné, protože je sami nikdy nezažili. Jde například o bludy - to jsou určitá chorobná přesvědčení o existenci určitých věcí a vztahů, které ve skutečnosti neexistují, nebo halucinace - pacient vidí a vnímá něco, co se opět vymyká realitě. Současně bývá u nemocného výrazně postižena i oblast emocí. Pacienti projevují široké spektrum nejrůznějších citových stavů - od naprosté apatie, nezájmu o cokoli až po stavy silné vzrušenosti a přehnané neúčelné aktivity.

Jedním z nejčastějších druhů **schizofrenie** je tzv. schizofrenie paranoidní. Pacient má představu, že je neustále pronásledován, slyší podivné hlasy, které mu vyhrožují, dávají nejrůznější příkazy. Život v rodině s pacientem, který trpí touto poruchou, je velmi svízelný.

*Čtyřicetidvouletá žena v domácnosti, matka dvou dětí (11 a 6 let), trpěla pocity pronásledování. Bila často obě děti jen proto, že třeba nechaly pouze pootvěřené dveře nebo je důkladně nezamkly. Zakazovala jim pouštět si rádio, že by je mohl někdo přes rozhlasový přijímač poslouchat, co si v rodině povídají a zneužít to. Žádala je, aby vždy před použitím záchodu vlily do mísy vařící vodu, protože dole v odpadu prý často viděla něčí tvář, jak se někdo snaží dostat do jejich bytu. Její manžel, dělník v jedné pražské továrně, byl neustále podezírán, že někde tajně vydělává peníze, aby mohl svým spolupracovnícím kupovat spodní prádlo. Posílala proto obě děti, aby ho tajně sledovaly, co nosí v tašce, co nakupuje, s kým se stýká. Pokud jí nepodaly uspokojivé "hlášení", byly tvrdě fyzicky trestány, protože je podezírala z toho, že chtějí chránit otce. Manžel se jí bál natolik, že nikdy nepřivolal pomoc psychiatra. Nikomu o její nemoci neřekl a považoval její příznaky spíše za jakési podivinství než za duševní poruchu. Rodina žila izolovaně, s nikým se nestýkala. Pacientka prakticky nevycházela z bytu. Byla absolutně zaujata svými stavy, což vedlo k zanedbávání dětí, k jejich fyzickému týrání a k výrazné manipulaci s nimi. Musely plnit příkazy, které byly nesmyslné, ale neodvážily se postavit na odpor. Žily ve světě plném napětí a strachu, překroucených hodnot, nevytvořily si v důsledku nemoci matky citový vztah ani k ní ani k otci, naučily se lhát, aby vyhověly matce, naučily se vyhybat se různým situacím a povinnostem, nesblížily se se svými vrstevníky nejen proto, že jim to matka nedovolovala, ale také proto, že se styděly říci cokoli o tom, co se děje v jejich rodině. Celá situace vyšla najevo až po řadě let, kdy otec měl vážné srdeční potíže a byl poslán internistou za jedním z nás. Matku se po složitých situacích podařilo dostat do psychiatrického zařízení, kde se její stav částečně zlepšil, ale následky u dětí trvají i v jejich současné dospělosti.*

Je nutno podotknout, že různé formy schizofrenie postihují prakticky rovnou měrou mladé muže a ženy. Obecně se tvrdí, že první příznaky se objevují v období raného dospívání, kdy je mladý člověk vystaven náročným požadavkům života, požadavkům svého sociálního prostředí v dané etnické kultuře. Nicméně je pravda, že u žen se mohou prvky některých druhů tohoto vážného psychického onemocnění objevovat poněkud později než u mužů, třeba ve věku kolem 25 až 28 let. To je ovšem velmi důležité, protože do té doby může mít mladá žena, která je vybavena svou genetickou či psychosociální predispozicí ke vzniku onemocnění, dítě, aniž by ona či její okolí tušilo, že se u ní objeví vážná duševní choroba.

Z tohoto hlediska může být jak u mužů, tak u žen (dlužno říci, že jde především o ženy - budoucí matky, které mají daleko výraznější vliv na vývoj dítěte) velmi závažný a pro dítě vysoce ohrožující vznik tzv. schizofrenie simplexní. Její příznaky vypadají velmi prostě. Mladý muž či mladá žena postupně přestávají mít zájem o svůj budoucí život, jsou většinou svým okolím označováni jako nevyzpytatelní, vrtošiví, ale hlavně leniví. Postupně ztrácejí zájem o cokoli. Často opouštějí svůj domov, toulají se, je jim úplně jedno,

jakým způsobem žijí, protože jejich psychika jim dovoluje plánovat život pouze několik hodin dopředu. Chtějí ve svém citově chudobném světě prožít alespoň něco zajímavého (i když to neprožívají příliš intenzivně), což je především zájem druhého pohlaví a s tím související sexuální styky. Proto bez nějakého většího odporu souhlasí se sexuální promiskuitou a stávají se bezděčnými otci nebo matkami zcela neplánovaného a do jejich života nezapadajícího dítěte.

Problém spočívá v tom, že jejich sociálním okolím, tj. především rodiči, není chování vnímáno jako nemoc, ale spíše jako nápodoba chování různých skupin mládeže, ať už jsou označováni jako "hippies" nebo jsou považováni za příslušníky nejružnějších náboženských a ideových sekt. Rodiče či vychovatelé nechápou dostatečně, jaký osud se chystá dosud nenarozenému dítěti. Buď okamžitě, nebo někdy po delším časovém období se objevuje absolutní nezájem o dítě, nenávisť vůči němu. Objevuje se většinou období těžké deprese spojené s absolutním soustředěním na sebe sama, s nechutí pečovat a starat se o dítě. U mladých otců se objevuje poněkud jiná, nicméně v zásadě podobná varianta chování. Je charakterizována obrácením "do sebe", odmítáním pocitu odpovědnosti za otcovství, nezájmem o vývoj dítěte a o jeho matku.

Popsané příznaky a chování však nemusí být jenom důsledkem relativně vzácné simplexní schizofrenie, ale mohou plynout z daleko častějších poruch osobnosti, o kterých budeme hovořit dále.

*Třidvacetiletá středoškolačka, která svá studia nedokončila maturitou, se provdala za pětadvacetiletého absolventa Fakulty strojního inženýrství, se kterým měla krátkodobou známost. V době sňatku byla již v pátém měsíci těhotenství. Její manžel ji charakterizuje jako nevypočitatelnou, někdy velice příjemnou a veselou, jindy zahloubanou a depresivní. V době, kdy mu oznámila, že je patrně těhotná, se příliš o fakt těhotenství nezajímala. Mluvila o této životní události, jako kdyby se týkala někoho jiného. Považoval to za určitý typ emoční nezralosti, nikoli za psychické onemocnění. Svatba i pozdější narození dítěte proběhlo ze strany partnerky jakoby "za oponou", neprojevovala žádné emoční vzrušení, všechno jí bylo jedno, odmítala dělat si s manželem plány do dalšího života. Po narození dítěte se vyhýbala fyzickému kontaktu s dítětem, nechtěla se o ně starat, prohlašovala, že neví, či dítě vlastně je. Upadla do stavu apatie a těžké deprese, měla velmi intenzivní tendence sebeztrácky, tj. sebevraždy a zároveň zabití dítěte. V průběhu času žádal manžel o svěřeni dítěte do vlastní péče, požádal současně o rozvod, ale soud váhal na základě nejasných psychiatrických posudků, zda má zbavit matku jejích práv. Ačkoliv je v důsledku svého psychického onemocnění matka v podstatě jen částečně schopna, ale také ochotna starat se o své dnes tříleté dítě, protahují soudní spor neúměrně rozporné argumenty advokátů i psychiatrů. Celá situace je navíc ještě komplikována opakovanými výroky a svědectvími rodičů pacientky, kteří prohlašují, že o dítě je postaráno dobře a že výpovědi bývalého manžela jsou tendenční a že jejich dcera je obětí komplotu.*

Vážná psychická porucha, jakou je schizofrenie, má samozřejmě mnohočetné podoby, nejen ty, které jsme uvedli jako příklad. Ve vztahu k dětem lze obecně konstatovat:

Existuje určitá skupina mladých mužů a žen, kteří v důsledku již rozvíjející se choroby či choroby, jež se rozvinula po jejich sňatku a narození dítěte, mohou svým patologickým chováním zcela zásadně ovlivňovat, a to negativním směrem, další psychosociální vývoj dítěte narozeného do takovéto složité životní situace. Chtěli bychom upozornit, že rodiče pro své onemocnění často nejsou schopni rozpoznávat a pochopitelně ani ovládat své chování, nevědí, jak jejich způsobem uvažování, jejich postoji k životu dítěte trpí a je poškozováno.

Jiná, více frekventovaná psychická porucha, která se projevuje nikoli v adolescenci, ale v časném dospělém věku, je tzv. **maniodepresivita** (afektivní porucha).

Všichni ze svého běžného života známe, že zažíváme stavy radosti, povznesené nálady, tzv. euforie, to jest nálady, kdy se cítíme velice dobře, ale také stavy rozlady, mrzutosti, smutku a deprese. Tyto naše výkyvy nálady jsou buď přirozené, dané situacemi, které právě prožíváme, nebo jsou dány určitými biologickými rytmy, které jsou, pokud jde o extrémní polohy, dány patrně naší genetickou výbavou. Existují rodiny, ve kterých je sklon k depresi něčím téměř přirozeným, kde skepse a smutek převládá nad radostí ze života. Existuje teoretická otázka, zda jde o genetický přenos či o navyklou - naučenou - reakci na nepříznivé životní události.

V minulosti se mezi psychiatry rozlišovaly velmi přísně tzv. exogenní a endogenní deprese. Prvé z nich měly vztah k nějakému akutnímu životnímu zážitku, druhé vznikaly bez zjevné reakce na vnější podněty. Objevily se např. uprostřed fakticky (či zdánlivě) plného a šťastného života.

Jenže nejde jen o depresi. Tak zvané afektivní poruchy, tj. složité poruchy nálady, mají i svou především pro pacienty zdánlivě příjemnou stránku. Jsou to stavy nepřirozeného veselí, bezstarostnosti, pocitu schopnosti měnit svůj život, podnikat, mít radost ze všeho, co dělám. Takovéto stavy se označují ve své menší intenzitě jako hypomanie. Často však přecházejí až do stavu, který označujeme jako manii, kdy pacient, který takovým stavem trpí, je absolutně nekritický k tomu, co zamýšlí, co dělá a jak se chová.

Zásadní ovšem je, že uvedené dva zcela odlišné typy nálady se mohou velmi rychle střídát, takže pacient přechází z období radosti a veselí až do těžké deprese.

Toto psychické onemocnění považujeme z hlediska zacházení s dětmi za velmi závažné. Tak např. jedinec trpící poruchou nálady ve zvýšeném slova smyslu (hypomanie, manie) projevuje zvýšenou energii, nepotřebuje mnoho spánku, ztrácí sociální zábrany, má zvýšené sebevědomí a vyjadřuje velikášské a přehnaně optimistické myšlenky. Utrácí bez zábran často obtížně vydělané peníze a chová se tak, že jeho výdaje ohrožují ekonomický chod rodiny.

Nejhorší v tomto smyslu je, že požadavky na sebe sama, v důsledku zvýšené nálady a aktivity, přenášejí tyto nemocní i na ostatní členy rodiny, tj. i na děti. Vyžadují nepřiměřeně vynikající školní výkony, chtějí, aby se jejich děti zapojily do aktivit, které se jim zdají atraktivní (musí jezdit na koni, musí umět jezdit na horském kole, musí hrát na několik hudebních nástrojů, musí se učit několika jazykům aj.). Pokud děti nesplňují tyto nepřiměřené požadavky, jsou nepřiměřeně trestány a zavrhovány. Dítě se tak stává v podstatě obětí psychického týrání.

V těchto souvislostech nepřiměřeně zvýšená aktivita jednoho z rodičů či jiných členů rodiny bývá často vnímána lidmi mimo rodinu jako přiměřená a stejně přiměřené se zdají požadavky vůči dítěti. Jen málokdo rozpozná, že jde o počínající patologický proces, že jde o prvou fázi duševního onemocnění.

V takovéto situaci jsme opět na počátku všech úvah, co je vlastně norma. Lidé, kteří jsou ve stadiu, které jsme označili jako hypomanie, se většinou nedostávají do kontaktu s odborníky na duševní zdraví a pokračují ve svých nepřiměřených plánech týkajících se vlastní osoby, ale pochopitelně také dětí, bez dalších zábran.

V obdobích, kdy pacient trpí touto zvláštní poruchou emotivity, je nakloněn dělat četná emočně podložená, ale racionálně neuvážená životní rozhodnutí. Hlásí se do nejrůznějších kurzů, mění zaměstnání, ale především navrhuje rozvod s často bizarními návrhy na svěřením dětí do péče vlastní či partnerovy. Přitom všem je zachována určitá logická struktura. Takový pacient dovede dobře argumentovat, je velmi výřečný, přináší nové "pádne" argumenty a dovede působit na okolí, ale také často i na soudní orgány.

*Dvacetisedmiletá vysokoškolačka, matka šestiletého syna, žádá soud o zbavení otcovských práv manžela, se kterým se rozvádí. Jako argument uvádí, že manžel je laxní, netečný k psychickému rozvoji dítěte, že má na něj malé požadavky, kdežto ona chce zajistit maximální prosperitu dítěte, protože by z jejího hlediska malý zájem otce o výchovu dítěte mohl vést k tragickým následkům. Ty vidí v tom, že její syn, který začal*

*navštěvovat základní školu, by v důsledku chování otce zcela jistě nedosáhl vysokoškolského vzdělání. Má představu, že sama syna povede ke kariéře geniálního vědeckého pracovníka. Bohužel se i její rodina připojuje k jejím nereálným plánům, podporuje ji a obviňuje otce z přízemního realismu. Tím se celá situace dostává do polohy podivné až mystické futurologie, kterou soudní orgány mohou řešit jen obtížně.*

*Osmadvacetiletý středoškolák je čtyři roky ženat s o rok mladší partnerkou stejného vzdělání. Mají tříletou dceru. On pracuje v bance, je znám svým odpovědným způsobem života, je považován za puntičkáře. Během několika dnů se však jeho chování začíná dramaticky měnit. Vybere z vkladní knížky nastřádané úspory, odstěhuje se od rodiny a najme si apartmá v hotelu první třídy. Volá telefonem svým rodičům, že manželka a dítě jej drží "při zemi", že je určen pro vyšší cíle, že pronikl do tajů bankovníctví tak, že z něho bude ve velmi krátké době vysoce vážená osoba. Jediné, co mu stojí v cestě za úspěchem, je vazba na rodinu, a proto se hodlá rozvést. Nejvíce ho prý trápí, že rodina, včetně jeho i manželčiny rodičů, se neustále točí kolem jeho dcery, kterou proto začal nenávidět. Tvrdí, že ji nechce vidět, že se za ni stydí, protože ve svých třech letech ničím nevykíná, není nijak nápadná a prostě obecně neodpovídá jeho vysokým požadavkům. Tragické na celém případě je to, že jak manželka, tak členové rodiny brali z počátku jeho výroky vážně. Vznikly složité spory o to, zda má či nemá pravdu a teprve později, když si před hotelem sedl do vládního mercedesu a po krátké jízdě ho rozbil, byli nakloněni věřit, že jde o psychickou poruchu a souhlasili s psychiatrickou péčí.*

Daleko smutnější stránkou afektivních poruch je deprese.

Velký počet obyvatel trpí stavy deprese, které jsou velmi často doprovázeny pocitem úzkosti a beznaděje. Tyto stavy, ať už je označujeme jako vrozené, či získané, působí na chování dítěte. Dávají mu zvláštní pohled na život, učí je nepřímo i přímo způsobem, jak se potýkat s běžnými životními událostmi, které má člověk překonávat jinak než depresemi. Jestliže matka či otec v důsledku svých depresivních stavů neustále bědují nad těžkostmi života, jestliže často před dítětem hovoří, že by bylo lépe ze života odejít, učí nepřímo své dítě reagovat nepřiměřeně na budoucí zátěžové situace, které před ním při jeho dospívání a koneckonců i v dospělosti, budou stát. Snižují podstatně jeho toleranci vůči běžným zátěžovým situacím, které život denně přináší.

Čtenář by se mohl právem zeptat, zda je dítě chováním rodičů v takovýchto případech týráno, zanedbáváno či zneužíváno. Odpověď by zněla, že dítě je rodiči nevědomě poškozováno v tom smyslu, že není dobře připraveno pro život a že bude v důsledku chování svých rodičů trpět v budoucnosti - je tedy psychicky poškozováno.

Jiným nebezpečím v důsledku depresivních stavů jednoho či druhého rodiče (pochopitelně více matky) je možnost zanedbávání dítěte. Někdy jde o viditelné a výrazné zanedbávání nejen jemných a složitých psychických potřeb dítěte, ale často i o nebezpečné, nemoci či dokonce smrti hrožící zanedbávání fyzické péče. Matka může být natolik zaujata svým vlastním psychickým stavem, že ji téměř vůbec nezajímá nejen prosperita, ale dokonce ani vlastní existence dítěte.

I když frekvence takových stavů, které vedou k takto vážnému zanedbávání péče o dítě, není v populaci příliš častá, je potřeba, aby okolí bylo dostatečně seznámeno se zdravotním stavem matky a aby dítěti byla poskytnuta dostatečná ochrana pro období, kdy matka v důsledku své nemoci není schopna se o dítě starat.

*Na psychiatrické oddělení byla přijata šestnáctiletá dívka po těžkém sebevražedném pokusu. Na konci školního roku dostala v učňovské škole nedostatečnou ze šití. Neodvázila se jít domů a v parku se pořezala žiletkou tak nešťastně, že málem vykrvácela. Rozbor její situace ukázal, že žije od svých osmi let sama s matkou, která trpí těžkou depresí vzniklou po rozvodu s pacientčíným otcem. Matka se s rozchodem nikdy*

nevyrovnala, prakticky každý večer se znovu a znovu vracela k této, pro ni tak tragické události, nařikala nad svým osudem a plakala. Zdůrazňovala, že si nevzala život jenom proto, že má odpovědnost za svou dceru, ale ta že ji nikdy v životě nesmí zklamat. Dcera musela dělat vše, co si matka přála, i když s tím vnitřně nesouhlasila. Stále si opakovala, že musí dát matce trochu radosti ze života. Když dostala školní vysvědčení s nedostatečnou, představila si, jak hlubokou depresi to vyvolá u matky, kolik výčitek bude muset slyšet, a proto se rozhodla spáchat sebevraždu. V uvedeném případě nešlo pochopitelně o případ zanedbávání základních potřeb malého dítěte, ale o příklad těžké chronické deprese matky, která v důsledku svého onemocnění nebyla schopna chápat potřeby své dospívající dcery. Pro svůj, depresi zkreslený pohled na svět nebyla ani v nejmenším připravena řešit i nejběžnější problémy svého dítěte, zanedbávala jeho přirozené potřeby, byla znovu a znovu soustředěna pouze na sebe.

## Psychické poruchy spojené s porodem a šestinedělím

U řady žen se během porodu, těsně po něm či v následném období, tzv. šestinedělí, objevují zvláštní psychické poruchy.

Je nutné zdůraznit, že i u psychicky zdravé ženy je období po narození dítěte něčím z obecného zdravotního hlediska zvláštním, v určitém smyslu výjimečným. Jde o to, že žena prožila stresovou situaci spojenou s fyzickou bolestí, strachem před operativními zákroky, komplikacemi, které často navozuje zdravotnický personál, ale také spojenou s obavami, zda se narodí zdravé dítě.

Záhy po narození dítěte se objevuje tzv. "**poporodní blues**", tj. zvláštní stav uvolnění, spojený s překonáním četných problémů a překážek, ale doprovázený nezřídka pocitem vyčerpanosti a deprese. Jde o stav, kdy se zásadním způsobem mění hormonální hladina, aby žena byla připravena kojit své dítě. Dobře víme, že u žen jsou změny hormonální hladiny velmi často provázány i změnami psychickými. Je tomu tak zvláště při objevení první menstruace, u mnoha žen prakticky při každé menstruaci, při hormonálních změnách na začátku těhotenství, při porodu a začátku kojení a nakonec v období tzv. menopauzy - klimakteria. Jinými slovy - psychika ženy je snadno zranitelná v obdobích měnících se hormonálních stavů.

U některých žen je citlivost vůči uvedeným hormonálním změnám tak velká, že vede (nutno říci, že patrně v kombinaci s působením faktorů psychosociálních, např. vnitrorodinných vztahů) k vážnějším psychickým poruchám v období záhy po porodu a v šestinedělí.

Za jednu z nejvážnějších je považována tzv. **laktační psychóza**. Svým obrazem se často blíží obrazu těžkého psychotického onemocnění, např. schizofrenie nebo těžké endogenní deprese. Matka není za takového stavu schopna starat se o své dítě, nezáleží jí na jeho osudu, nemá o ně zájem a dítě se může dokonce stát předmětem jejích bludných představ. Nejsou vzácné případy, kdy matka v důsledku takového laktační psychózy chtěla dítě nějak poškodit či dokonce je zabít. Širší rodina, včetně partnera, jak ukazují četné kazuistiky, je nemocí matky zaskočena, neví si rady, a malé dítě se tak dostává na okraj pozornosti, takže jeho potřeby nejsou přiměřeně uspokojovány.

Vedle tzv. laktační psychózy existují i jiné formy psychických poruch méně dramaticky se odvíjející, nicméně z hlediska novorozeněte výrazně komplikující jeho přijetí matkou a tím i uspokojení jeho základních potřeb.

## Neurózy

Za jednu z velmi důležitých psychických poruch považujeme tzv. neurózy.

Podle některých výzkumů se předpokládá, že příznaky neurózy a neurotického chování trpí až čtvrtina obyvatel určité dané zeměpisné lokality, z nichž se do odborné péče dostává patrně pouze pět procent.

Aniž bychom zde chtěli uvádět nejrůznější názory na vznik těchto poruch, jejich průběh a léčení, považujeme za nutné dotknout se těch, které mají vztah k možnostem poškodit vývoj dítěte, tedy týrat je, zanedbávat je a zneužívat je.

Jako zdánlivě nejvšednější a nejobecnější jsou tzv. **úzkostné a fobické poruchy**.

**Úzkost** je jedna ze základních reakcí, ať už na fakticky hrozící, či pouze představované životní situace. Těch je pochopitelně celá řada a jsou součástí našeho denního života. Některé z nich se však svou intenzitou i kvalitou vymykají tomu, co průměrný občan - člověk - denně zvládá a na co přiměřeně reaguje.

Jsou lidé, jejichž úzkost je tak intenzivní, že se vyhýbají běžným denním situacím, prožívají je s pocitem hrůzy a snaží se jim často nějakým velmi komplikovaným způsobem vyhnout. Úzkost, kterou pacienti prožívají, se nezmenší, i když ostatní lidé v jejich okolí nepovažují danou situaci za nebezpečnou nebo hrozivou. Chorobná úzkost omezuje pak člověka v jeho rozhodování a chování, takže např. v diagnostické kategorii nazývané "agorafobie" je člověk vázán zdrcující úzkostí vyjít ven ze svého domova, chodit do obchodů, připojit se k davu, vstupovat na veřejná místa nebo cestovat sám v jakémkoliv dopravním prostředku. Tyto příznaky ho v podstatě invalidizují. Představme si, že pacient, ať už je to otec nebo matka nezletilého dítěte, trpí touto poruchou. Jak složité je potom vnímání světa dítětem, které žije v atmosféře takovéto rodiny. Znovu opakujeme, že dítě potřebuje vidět své rodiče jako velké vzory, kteří se dovedou rozhodovat, kteří se ničeho nebojí, vědí si se vším rady a radují se ze života.

Děti, které žijí v rodinách, kde někdo z rodičů je takto psychicky nemocen, jsou většinou přísně nabádány, aby o psychických potížích otce či matky s nikým nemluvily, aby to držely v sobě jako velké rodinné tajemství. Dostávají se tím do složitých problémů, když se jejich vrstevníci ptají, jaký je jejich otec nebo matka. Žijí v neustálém napětí, a aby se vyhnuly nepříjemným otázkám a debatám, často se od ostatních izolují.

*Čtrnáctiletý chlapec byl vyšetřován pro stavy deprese a plačtivosti a pro zhoršenou školní výkonnost. Ukázalo se, že jeho otec byl dán do invalidního důchodu ve svých čtyřiceti letech pro těžkou agorafobii. Syn vždy otce velice miloval a obdivoval, rád se s ním chlubil, protože jeho otec byl výborný hudebník a komponista. Měli vysoký životní standard, luxusní auto a hoch sám měl velké plány do budoucna. Chtěl jít na konzervatoř a tak následovat kariéru svého otce. Před dvěma lety se však začal otec rapidně měnit, přestal pracovat, stále mluvil o tom, že určitě prodělal infarkt a že se musí šetřit. Při kardiologickém vyšetření naneštěstí lékař použil obecně užívanou frázi: "Zatím to není nic strašného, ale jste ve věku, kdy muži dostávají infarkt, a měl byste dát na sebe pozor". Od té doby postupně přestal vycházet z domova, celé dny seděl mlčky v křesle, nepracoval. Každý večer vedl se synem debaty na téma, co se stane, když by zemřel. Jen velmi zřídka rodina otce donutila, aby vyšel z domu. Ten si vždy kladl podmínku, že s ním půjde syn a bude ho držet za ruku. Šlo o malou procházku, kdy v podstatě pouze obešli blok domů, kde bydleli. Jednou je viděla synova spolužačka, do které byl zamilován. Začal se za otce stydět a postupně ho začal i nenávidět. Neodvážil se to však nikomu říci, měl pocit, že se jeho svět podivně zhroutil a celé večery proplakal.*

**Fobie** - čili chorobné strachy - mají celou složitou paletu podob. Všichni známe alespoň trochu strach ze tmy, strach z výšky, strach z některých živočichů, např. hadů. Mnoho lidí má však strach z onemocnění (nozofobie), který může být konkretizován tak, že jde o strach z rakoviny, strach ze srdečního infarktu, mozkové mrtvice a v poslední době se objevuje velmi výrazný strach z onemocnění AIDS. Nebylo by na tom nic divného, kdyby přirozená obava nepřerůstala do rozměrů, které zcela ovládají život pacienta. Jde tedy o strach naprosto nepřiměřený co do intenzity. To, čeho se člověk bojí, se stává dominantou jeho myšlení a chování.

Problém je ovšem v tom, že dospělí lidé, kteří trpí takovými chorobnými strachy, se snaží manipulovat své okolí, aby se nejen oni sami, ale i jejich nejbližší nedostali do situací, které považují za nebezpečné a hroživé. Matka či otec, kteří trpí chorobnými strachy, nedovolí svým dětem vylézt na rozhlednu, skočit do vody, jít pozdě večer za tmy lesem. Neustále kontrolují, zda se neobjevily nějaké příznaky choroby, které se patologicky obávají. Dítě je ve své přirozené aktivitě omezováno, nesmí se zúčastnit určitých her se svými vrstevníky, je nuceno k izolaci a po čase se může stát, že přebírá patologicky pozměněné hodnoty rodičů, samo se začne bát a začne nepřiměřeně upravovat svůj život.

V psychiatrii se rozlišuje chorobný strach z nemoci, kdy se pacient obává, že by mohl určitou nemoc dostat, a snaží se před ní chránit, od přesvědčení, že už určitou nemoc má, že se musí nějak léčit, nemoci se zbavit (hypochondrie). Toto přesvědčení se může týkat nejen vlastní osoby, ale i nejbližšího okolí, především pak dětí.

*Jednačtyřicetiletá, dvakrát rozvedená úřednice žije se svými dvěma syny (14 a 6 let). Ve svém životě se naučila používat určité obranné mechanismy, a to tak, že kdykoli byla v pro ni neřešitelné citové a sociální situaci, hledala pomoc lékaře. Přehled jejích nemocí je téměř nekonečný, vždy byla přesvědčena, že určitou nemocí trpí a že lékaři její problémy zanedbávají. Velmi záhy po narození svých dětí zkoumala ráno jejich zdravotní stav, měla pocit, že mají zrychlený tep, že mají zvýšenou teplotu, že se jim špatně dýchá, prostě, že trpí nějakou chorobou, kterou nedovede přesně pojmenovat. Svě děti vodila pravidelně na zdravotní prohlídky, a pokud jí bylo řečeno, že jsou v normě, šla k jinému lékaři, který vyslechl její přesvědčivé argumenty a souhlasil s ní, že u dětí se patrně objevuje cosi patologického. U staršího syna, který je velmi dobrý sportovec a hoch plný energie, objevila těžkou poruchu páteře, pro kterou mu zakázala veškerý sport. U mladšího zjistila (za pomoci neodpovědných a povrchních výroků lékařů, kteří byli její známí), že jde o chronické problémy dýchacího ústrojí a že dítě potřebuje intenzivní péči. V důsledku toho přestala pracovat, žije na hranici nouze a bídy s odůvodněním, že chce zachránit zdraví dětí. Rozbor její situace ukázal, že nikdy neměla dostatek motivace pracovat, že vyhledávala jakoukoliv příležitost k tomu, aby mohla zůstat s dětmi buď sama v pracovní neschopnosti, nebo v neschopnosti pro ošetřování dítěte. Pokud se jí ráno nechtělo vstávat a jít do zaměstnání, otázala se některého z dětí, zda je nebolí hlava nebo břicho, či zda necítí, že mají teplotku. Pokud dostala jen trochu váhavou odpověď (jak by ne, starší syn se rád vyhnul školním povinnostem), šla za známou dětskou lékařkou a nechala si napsat potvrzení, že dítě je nemocné a že tudíž ona nemůže jít do práce. Hlavní problém takového chování spočívá v tom, že děti začaly přebírat tyto podivné obranné mechanismy matky, začaly je zneužívat a nakonec paradoxně došly k přesvědčení, že jsou opravdu nemocné, musí se šetřit a že matka je jediná, která jim rozumí.*

S výše popsanými příznaky chorobných strachů se pojí velice často tzv. nutkavé, obsedantní poruchy.

Každý zná situace, kdy se nám do vědomí, často proti naší vůli, vkrádá nějaký úryvek melodie, kterou si musíme znova a znova prozpěvovat. Když jdeme kolem řady budov, musíme počítat okna, nebo musíme před nějakým určitým rozhodnutím udělat nějaký důležitý rituál, např. třikrát si odplivnout (mimochodem všimněte si chování některých vrcholových sportovců, kteří před začátkem utkání nebo závodu konají velmi prapodivné rituály v domnění, že jim to pomůže k vítězství). To všechno lze pokládat za tzv. širší

normu, jenže u některých lidí přerůstají tzv. obsedantní myšlenky vědomí svého nositele, který je prostě nedovede zaplašit, nedovede se s nimi vypořádat, a aby získal určité uklidnění, musí navyklý rituál vykonat. Pokud tak neučiní, je naplněn ochromující úzkostí, neklidem a pocity, že jde o jeho psychický konec.

Teď si představte, že předmětem těchto rituálů mohou být také děti takto nemocných rodičů. Jde o naprosto nesnesitelnou atmosféru a psychické týrání, protože dítě nechápe, proč se má rituálu dospělé osoby podrobovat. Pokud svému rodiči nevyhoví, následuje většinou těžký fyzický i psychický trest a obviňování, že dítě přispělo ke špatnému zdravotnímu stavu rodiče.

*Čtyřicetiletá učitelka, vdaná, matka dvou dětí, přestala pracovat, protože nebyla schopna použít WC mimo svůj byt. Když se její děti vrátily ze školy, podrobila je křížovému výslechu, zda samy nebyly na školním nebo jiném WC. Pokud ano, upadla do stavu agrese, jindy začala plakat. Děti se musely v předstínané svléknout a byly podrobeny jakési "chemické očištění" a pak teprve mohly vstoupit do bytu. Podobné požadavky měla i na svého manžela, mimochodem vynikajícího pedagoga. Každý den ráno, když sama šla ve svém bytě na WC, nesměl nikdo z rodiny vstát z lůžka, chodit po bytě, nesměl pustit rádio nebo dělat v bytě nějaký jiný hluk. Její pobyt na WC se často nepřiměřeně protahoval, takže děti díky jejím příkazům vstávaly velmi pozdě a jen s obtížemi stíhaly odchod do školy. Díky jejímu onemocnění, za které ovšem subjektivně nemohla, které bylo výslednicí mnoha velmi složitých faktorů, které se vázaly k jejímu ranému dětství a mládí, vládla v rodině zcela neudržitelná atmosféra naplněná nejen utrpením jejím, ale také utrpením jejího manžela a v poslední řadě obou dětí.*

Jednoduše řečeno, ať jde o nepřiměřené strachy (fobie) nebo o nutkavé myšlenky či jednání (obsese), týkající se někoho, kdo ovlivňuje další vývoj dítěte, je atmosféra, ve které dítě vyrůstá, víc než komplikovaná. Fobické a obsedantní poruchy jsou většinou obtížně léčitelné, a pokud se je podaří odstranit, trvá doba léčení i několik let. Mezitím ovšem dítě, ať chce či nechce, přebírá postoje rodičů a jejich systémy hodnot. Někdy je tím, který trpí uvedenou psychickou poruchou, přímo napadáno, jindy jde pouze o celkový životní styl rodiny a dítě se stává jeho nedílnou součástí.

V psychiatrii dospělých se ne nadarmo věnuje tolik času analýze raného dětství a dospívání, protože právě tam lze nalézt světlo, kterým si můžeme posvítit na zdánlivě nerozluštitelné chování dospělého pacienta a dešifrovat jeho podivné iracionální chování.

V celé široké oblasti tzv. neuróz, vedle výše uvedených, dominuje jedna, která vypadá zvláště záhadně a v níž je často těžké, především pro laiky, se orientovat – je to tzv. **hysterie**. Protože tento termín byl a i v současnosti je užíván spíš jako hanlivé označení, navrhuje 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí název **dissociativní porucha**.

Ať užijeme názvu jednoho či druhého, stojíme před zvláštním světem psychických příznaků, které (dle staré tradice se objevují především u žen - hysteros = děloha, tj. jakési myšlení přes sexualitu, přes velmi silné emoce s ní spojené) nás překvapují svou neopakovatelnou bizarností.

Pro okruh laiků je nepochopitelné, že se někdo nemůže najednou hýbat, ztratil vládu nad svými končetinami, není schopen stát, přestane pojednou vidět, slyšet, čichat, není schopen si vzpomenout, co se dělo minulý den nebo dokonce celý minulý týden či měsíc. V okamžiku vrcholného vzrušení se objevuje tzv. hysterický záchvat, který je pro laika podobný záchvatu epileptickému. Pacient upadá na zem, zmítá se v křečích, má jen částečnou schopnost komunikovat s okolím. Celý výjev takového záchvatu je velmi dramatický a dovede sociální prostředí, ve kterém pacient žije, šokovat a poděsit. Pozor - nejde o žádné předstírání - pacient prožívá opravdu částečnou ztrátu kontroly nad sebou, která je důsledkem velmi složitých emočních stavů, jež se v něm odehrávají.



Protože nám jde o problematiku dětí, je nutno říci, že být účasten hysterickému záchvatu matky je událost šokující, která se vryje hluboko do vědomí dítěte. Tak zvaný hysterický záchvat je ovšem jenom jakýmsi vrcholem ledovce. Jedním ze základních rysů lidí, kteří mají hysterickou osobnost, je jednak zapominání minulých událostí, ale hlavně tzv. "bájnivé lhaní". Hysterici, díky svým silným emocím, prožívají svět dramaticky, chtějí být neustále středem pozornosti a přizpůsobují ve svých výrocích faktickou realitu svým emočním potřebám.

*Pacient, trpící uvedenou poruchou, jede např. ráno autobusem do zaměstnání, řidič musí přibrzdit, protože přechází přes cestu starší žena. Po návratu z práce je však tato banální situace líčena asi následujícím způsobem: "Představ si, že ten neschopný řidič mohl přejet starší ženu, vykřikl jsem pozor, odhodil jsem ho stranou a šlápl na brzdu a všichni v autobuse mi tleskali."*

Všichni hysterici jsou zvláštní "herci" života, ale naše otázka je, jak se v tomto nepřehledném emočním světě mohou orientovat děti.

Hysterický záchvat prožívají děti často jako šok a starost o přežití rodiče – většinou jde o matku. Hysterické (konverzní) poruchy hybnosti vnímají jako velmi složité onemocnění, které musí řešit odborní lékaři, ale těžko se orientují v tzv. "bájně lhavosti" (pseudologia phantastica), kde je těžké rozeznat, co je realita a co je výmysl rodičů. Protože jsou na rodiče vázány a chtějí jim věřit, přebírají jejich smyšlenky a jejich bájný svět a převádějí jej do své vlastní životní reality. To je ovšem pro jejich další vývoj, a to zvláště v období emočně velmi citlivém, jakým je období raného dospívání, velmi nebezpečné.

*Dvaadvacetiletá středoškolačka byla poslána na naše oddělení s tím, že působí rodičům extrémní potíže svými smyšlenkami. Měla vysokou inteligenci, byla mnohostranně nadaná, ale nebyla schopna využít tohoto nadání pro svůj život. Vymýšlela si neskutečné příhody, ve kterých vždy hrála roli někoho, koho je třeba litovat - roli mučednice. Sami jsme ji doporučili do jedné reklamní agentury, kde po krátkém čase přišla za ředitelem s otázkou, zda čte Večerní Prahu. Nutno podotknout, že to bylo ještě v období před listopadem 1989. Sdělila mu, že její rodiče opustili ilegálně republiku a že zůstala sama se svým bratrem, který je těžce nemocný, v jejich pražském bytě. Požádala ho, zda by mohla dostat tři dny dovolené a zda by jí půjčil nějaké peníze, aby mohla bratra odvézt k příbuzným na Moravu. Bylo jí s jistými rozpaky vyhověno. Onen šéf, který měl velmi široké sociální svědomí, vyprávěl o osudu své zaměstnankyně manželce a rozhodli se, že nemohou nechat dvě děti bez pomoci a dozoru. Vypravili se do jejich bytu se zásobou potravin a nějakými penězi navíc. Po zazvonění u dveří jim otevřela starší žena a když se ptali, kde je nemocný syn a opuštěná dcera, dozvěděli se, že jde o matku, která nejenže neemigrovala, ale která naopak radostně prohlašovala, že její dcera byla poslána svým šéfem na služební cestu na Moravu. To, co následovalo, bylo bohužel pro tu dobu příslowěčné, ale nebylo by to ani zvláštní pro současnost. Dostala okamžitou výpověď, na kterou reagovala tím, že se pokusila velmi naivním způsobem překročit státní hranice a bylo potřeba z naší strany dokazovat prokurátorovi, že jde o osobu, která trpí těžkou hysterickou poruchou. Její osud dále neznáme, nicméně představme si, v jakém světě by se asi ocitlo dítě, kdyby žilo s matkou tohoto typu psychického onemocnění.*

*Čtyřicetipětiletý muž, potřetí ženatý, otec čtrnáctiletého syna, byl přijat na oddělení pro depresivní stavy. Záhy se však ukázalo, že celý svůj život prožil "jako ve snu". Svým partnerkám, ale především svému pubertálnímu synovi vykládal, že je členem bohaté německé rodiny, která má sídlo v Berlíně a ke které se nechtěl v napjaté politické situaci šedesátých a sedmdesátých let hlásit. Syn byl velký fanda hi-fi techniky a požádal otce o dovoz špičkového zařízení. Otec bez váhání svolil a ukázal mu dopisy, které v němčině psal jakési své tetě v tehdejší západní Berlíně a ve kterých ji žádal o nákup a dovoz sady magnetofonů, zesilovačů a reproduktorů. Syn byl tímto činem otce nadšen. Po nějaké době mu otec oznámil, že zařízení je*

*již na celnici v Rozvadově, ale že nemá čas tam dojet. Po několika dnech mu řekl, že zařízení bylo odesláno zpět, protože odesilatelem byla jakási západoněmecká firma, nikoli konkrétní osoba a že tehdejší československé úřady takovou zásilku vracejí zpět. Za několik týdnů nato řekl synovi, že zemřel někdo z jejich rozvětvené rodiny, kdo žil na Moravě, a že strýček a teta přijedou svým mercedesem s tím, že naloží objednanou hi-fi techniku do auta a po proclení ji přivezou do Prahy. Po krátké době řekl synovi, že příbuzní nebyli vpuštěni na území ČSSR. Syn byl v důsledku všeho počínání svého otce zklamán, objevily se prvky nejen deprese, ale také agrese vůči otci. Nedovedl pochopit, proč si otec vymýšlel komplikované konstrukce. Stalo se totiž, že jeho známí měli možnost navštívit západní Berlín a adresa, kterou uváděl otec jako bydliště svých bohatých příbuzných, byla neplatná. Šlo tedy o typickou hysterickou konfabulaci, smyšlenku, pomocí které chtěl otec imponovat svému synovi v situaci, kdy se začal rozvádět s jeho matkou. Je nutné zdůraznit, že nešlo o vědomé lhaní nebo přímý podvod, ale o hysterické chování a hysterickou "bájnou lhavost". Její obětí se stalo citlivé pubertální dítě.*

Jeden z typů neuróz, který zvláště v minulosti byl diagnostikován velmi často, je tzv. **neurastenie**.

Profesor Vondráček dal tomuto onemocnění velmi příhodný název – dráždivá slabost. Pacient, který trpí tímto typem neurózy, je neustále unavený (hovoříme také o syndromu únavy), trpí bolestmi hlavy, ale především je neustále podrážděný. Vše ho vyrušuje. Nesnáší určité zvuky a hluk, nesnáší prudké světlo, citlivě a nepříjemně vnímá změny teploty, odmítá řešit běžné problémy s poukazem na to, že ho to vyčerpává.

Děti, které žijí v rodině s takovýmto nemocným, jsou neustále napomínány a fyzicky trestány za to, že dělají hluk, že se na něco ptají, prostě že "vyrušují". Je-li pacientem otec, odmítá si s nimi hrát, chodit na procházky, učit je nějaký sport. V rodině se většinou mluví šeptem, nesmí se pouštět rádio a televize, nesmí se hrát na hudební nástroje. Všichni chodí kolem nemocného jakoby po špičkách. Pokud dítě při své přirozené živosti upustí hračku, bouchne dveřmi či si dokonce začne pískat, je okamžitě fyzicky trestáno a je mu zdůrazňováno, že ničí zdraví svého otce, o kterém přece ví, že má "nemocné nervy". Celý rodinný život je těžce deformován, vše se točí kolem toho, aby otec nebyl vyrušován.

Někdy se stává, že pubertální dítě začne protestovat proti nesmyslným pravidlům, která vládou v rodině, a dělá pravý opak toho, co po něm rodiče chtějí. Zvláště s oblibou pouští nahlas hudbu, hlučně se směje, zve do bytu kamarády, kteří tam před tím, aby otce nerušili, nesměli. Dochází k ostrým konfliktům, dítě se začne domovu vyhýbat a začne své rodiče nenávidět. Některé z těchto dětí pak začnou projevovat sklony k asociálnímu chování.

## **Poruchy osobnosti - psychopatie**

Na rozdíl od výše uvedených psychických onemocnění, tj. psychóz a neuróz, jsou poruchy osobnosti charakterizovány nikoli jako nemoc, ale jako trvalá povahová odchylka. Některé osobnostní rysy jsou zesíleny, struktura osobnosti postrádá vyváženost a harmonii. Psychopaté jsou ve své převážné většině pro své okolí nepříjemní, těžce se s nimi vychází. Z toho plyne, že děti psychopatických rodičů většinu svého dětství trpí a jsou často obětí psychického i fyzického týrání, ale také zanedbávání.

Různé průzkumy se shodují v tom, že v obyvatelstvu je přibližně 15 % lidí, u kterých můžeme hovořit o poruše osobnosti.

**Paranoidní porucha** je charakterizována trvalou záští vůči většině lidí, podezřavostí a sklonem interpretovat neutrální či dokonce přátelské chování druhých jako chování nepřátelské, bojovným hájením

osobních práv, kverulantstvím, žárlivostí a neustálým podezíráním partnera či partnerky. Pro takové lidi neplatí žádné logické vysvětlování a přesvědčování, že to s nimi ostatní myslí dobře. Jsou přesvědčeni o své pravdě a každý, kdo se jim snaží jejich přesvědčení vyvrátit, se stává jejich nepřítelem. Jejich děti jsou velmi často podrobovány "křížovým výslechům", s kým se stýkají, kdo a jak hovořil o jejich rodině, dostávají příkazy nezdravit některé ze sousedů, protože prý jejich rodině ubližují. Rodinná atmosféra je neustále napjatá a dítě si musí dávat pozor na každé slovo. To vede k tomu, že občas zalže, ale rodič, který trpí touto poruchou osobnosti a který je stále nastražený, většinou odhalí, že jde o lež, a dítě je tvrdě trestáno.

**Schizoidní porucha** - v jejím popředí je emoční chlad, podstatně omezená schopnost vyjadřovat vřelé, něžné city, lhostejnost vůči druhým, samotářství, málomluvnost, zaměstnávání vlastními fantaziemi. Člověk, který trpí touto poruchou, nedovede ani pohladit, ani pochválit své dítě, odmítá se s ním bavit, odmítá si s ním hrát. Dítě je vysloveně zanedbáváno, a to často nejen psychicky, protože jinou charakteristikou schizoidní poruchy je minimální činnost, takže např. uvařit oběd nebo opravit dítěti oděv je téměř nesplnitelné.

**Dissociální porucha** patří mezi nejzávažnější a také ze společenského hlediska nejnebezpečnější. Projevuje se nelítostným nezájmem o city druhých, vysokou nezodpovědností, bezohledností vůči společenským normám, neschopností udržet trvalé vztahy. Lidé s touto poruchou projevují agresi a násilí jako reakci i na velmi slabé podněty. Jsou velmi vzrušiví, nemají strach před trestem, a pokud byli trestáni, nedovedou se z toho poučit. Do této diagnostické kategorie lze zahrnout např. osoby s opakovanými násilnými činy, pasáky, prostitutky, nájemné vrahy aj. V případech, kdy založí rodinu a mají děti, se vzhledem ke své nestálosti často rozvádějí a o děti se pak nestarají. Pokud žijí s rodinou, jsou děti často nesmyslně přísně fyzicky trestány - často aniž by cokoli provedly. Člověk trpící touto poruchou potřebuje vybit svou agresi a dítě je k tomu ten nejvhodnější objekt.

V mnohém velmi podobná dissociální poruše je tzv. emočně nestabilní osobnost. Je charakterizována výraznou tendencí jednat impulzivně, bez uvážení následků, bez schopností plánovat život dopředu. Bez nějakých zvláštních podnětů se objevují výbuchy silné zlosti, které vedou k fyzickému násilí. Prakticky chybí sebekontrola a ohled na druhé lidi. Vztahy k lidem jsou nestálé a plné hrozivých krizí.

Pokud se muž trpící touto poruchou ožení, je manželství charakterizováno stálými konflikty a hádkami, fyzickým násilím vůči partnerce a dětem, demolováním zařízení bytu. Když partnerka odmítá ve vztahu setrvat a chce se rozvést, stupňují se výbuchy zlosti do neudržitelné míry, ale často se také převracejí v autoagresi a sebevražedné pokusy. Zde by bylo dobré se zastavit a připomenout, že sebevražedný pokus otce nebo matky, ať je dán jakýmkoliv psychickým onemocněním či poruchou, je pro dítě vždy tragickým zážitkem. Takový zážitek se uchovává hluboko do dospělosti, ovlivňuje složitým způsobem citový život a chování a je psychickým traumatem, které přetrvává.

**Histriónská porucha** je pochopitelně svými projevy blízká hysterii, o které jsme se již dříve zmínili. Nejde však o nemoc, ale o určité zvýrazněné povahové rysy, které lze charakterizovat jako sebedramatizaci, teatralnost, mělké a labilní city, vyhledávání vzrušení, touhu být oceněn druhými, být středem pozornosti. Tito lidé jsou velmi egocentričtí, rádi manipulují ostatními, aby dosáhli svých cílů, chovají se často dětsky, infantilně, nepřiměřeně svému věku. Jsou nadměrně soustředěni na svou fyzickou přitažlivost, přehnaně nápadně se oblékají. Z těchto charakteristik plyne jeden závěr:

Většinou jde o ženy, které, když mají děti, vidí v nich rivaly a soupeře, protože nesnášejí, že se pozornost rodiny soustřeďuje na dítě. Pokud mají děti, které dobře fyzicky vypadají, rády je nápadně strojí a chlubí se s nimi, ale to jen pro to, aby samy byly opět středem pozornosti. Pokud nejsou děti hezké a fyzicky

přitažlivé, histriónská matka se za ně stydí, nechce je nikomu ukazovat, začne je nenávidět a nepřiměřeně je trestá.

*Třicetiletá, nápadně hezká žena, která je v domácnosti - její manžel je úspěšný podnikatel, má desetiletou dceru. V období, kdy bylo dítě malé, se mu věnovala s velkou nechtí, považovala to za obtěžování a oběť ze své strany. Běžné denní úkony spojené s péčí o dítě byly pro ni nudné, nezajímavé. Nerada chodila na procházky s kočárkem, protože měla představu, že tím ztrácí atraktivitu pro muže. Je ráda středem pozornosti, obléká se a chová se tak, jako kdyby jí bylo šestnáct či osmnáct let. Pokud bylo dítě malé, často ho svěřovala jiným osobám, které za peníze dítě hlídaly, a to třeba i po dobu několika týdnů. Jindy dítě dávala na dlouhou dobu ke svým rodičům. Když začalo dítě chodit do školy a dostalo první špatné známky, byla nepřiměřeně popuzena, tvrdě dítě trestala, vyhrožovala mu a často říkala: "Když jseš blbá ty, tak mně to nevadí, ale vadí mně, když ta učitelka si bude myslet, že jsem blbá i já. Musíš mít dobré známky proto, aby tvoje matka neměla ostudu, protože to bych nepřežila." Během života dítěte měla četné mimomanželské známosti a velmi často vůbec neřekla svým partnerům, že nějaké dítě má, protože by ji považovali za starou a méně atraktivní. Z dcery se pomalu stávala velmi půvabná dívka, kterou matka zahrnovala luxusním oblečením. Velmi ráda slyšela, když jí její mužští přátelé říkali: "Ty máš krásnou dceru, stejně krásnou, jako jsi ty!" Dcera se na svůj věk chová téměř jako dospělá, protože je k tomu vedena matkou. Napodobuje její koketní chování a sama začíná být také ráda středem pozornosti. Před nedávnem si matka posteskla: "Pane bože, co bude za čtyři roky. Všichni se budou točit kolem ní a já budu stará ženská, na kterou se nikdo ani nepodívá. Už teď, když si to představím, mám na ni vztek."*

**Anankastická porucha** je další z těch, kdy s člověkem, který touto poruchou trpí, je velmi obtížné vyjít a žít s ním. U této poruchy je její nositel naplněn stálými pochybami a neúměrnou opatrností, perfekcionismem, neustále se zabývá pořádkem, je nadměrně svědomitý, puntičkářský, nedůtklivý a tvrdohlavý. Takový člověk vyžaduje, aby se všichni podřizovali jeho způsobu práce a života. Pokud se odmítají podříditi, dochází k prudkým konfliktům. Dítě je ve své přirozené živosti a při sklonu nedělat si velké starosti s udržováním pořádku pro takového člověka téměř úhlavním nepřítelem. Protože má nad ním dospělý přirozenou nadvládu, snaží se dítě nejrůznějšími způsoby "zlomit" a nutí je, aby přešlo jeho návyky a jeho vidění světa. Dítě je nepřirozeně svázáno nekonečným systémem pravidel a požadavků a jak se postupně vyvíjí, je naplněno stálým strachem, že pravidla překročí a že bude následovat trest. Přitom je mu zdůrazňováno, že to, čemu je rodič učí, je to nejlepší a nejsprávnější.

**Anxiózní (vyhýbavá) porucha** je charakterizována stálými pocity napětí a obav, přesvědčením o vlastní sociální nešikovnosti, nechtí stýkat se s lidmi, nadměrným strachem z kritiky nebo odmítnutí. Postižený člověk se vyhýbá sociálním a pracovním činnostem, ve kterých hraje důležitou roli mezilidský styk. Pro dítě, které chce vidět své rodiče jako rozhodné, naplněné klidem a přirozeným sebevědomím, je bezradné chování rodiče, který touto poruchou trpí, stálým zdrojem nejistoty. S takovou osobou je jen velmi těžké se identifikovat a brát ji jako svůj vzor. Jak dítě roste, často se obrací role, takže nemocný otec nebo matka žádají paradoxně dítě o radu a ujištění, že jednají správně, o ujištění, že mají svou hodnotu, vyžadují, aby jim dítě opakovaně říkalo, jak hodně je má rádo. Chtějí, aby je dítě chválilo, aby jim stále vyjadřovalo svou vděčnost. Je pochopitelné, že toto obrácení rolí je pro sociální vývoj dítěte a pro jeho vlastní psychickou stabilitu velmi nepříznivé.

Mezi poruchy osobnosti jsou jako zvláštní svébytná kapitola řazeny tzv. **poruchy sexuální preference**.

Pro tento pouze přehledný výčet poruch osobnosti se zde soustředíme jen na dva problémy.

Jedním z častých problémů, se kterým se setkávají zvláště velkoměstské děti, je tzv. **exhibicionismus**. Jde o poruchu vyskytující se prakticky jen u mužů, a to ještě u mužů s převážně heterosexuální orientací. Tito muži vyhledávají s oblibou skrytá místa, jako jsou zákoutí parku, a čekají, až půjde kolem "oběť", aby

se před ní mohli obnažit. Exhibicionista vyhlédnutý objekt ani neoslovuje, ani se nesnaží s ním navázat kontakt. To snad jen v oblasti jeho fantazií, nikoliv však v realitě. Tvrdí se, že exhibicionisté provádějí tento podivný sexuální rituál nikoli neustále, ale v období zvýšeného emočního napětí nebo emočních krizí. Řada z nich žije v normálním manželství anebo má normální heterosexuální vztah.

Z našeho hlediska je důležité, že nejčastějším objektem, který vyhledávají, jsou nezletilé, většinou ještě prepubertální dívky. Pro dívku, která ještě neměla tuto zvláštní zkušenost, může setkání s exhibicionistou vyvolat mírný či větší psychický šok. Vyvolává u mladých dívek pocit odporu a hnusu, který se někdy může v postpubertálním období přenést i na normální mužské partnery.

Jinou výraznou sexuální poruchou je pedofilie. Jde o sexuální preferenci dětí před dospělými. Pedofilové projevují zájem nejčastěji o dívky školního věku. Někteří jsou však přitahováni i malými chlapci a konečně jiní se zajímají o obě pohlaví. Tato porucha se opět, téměř výhradně, vyskytuje u mužů. Dospělý muž se snaží vyhledat nějakou příležitost, jak by se mohl sblížit s malou dívkou či s chlapcem, předstírá zájem o ně, pochopitelně jiný než sexuální, dává jim nejrůznější drobné dárky. Pedofilové se bohužel objevují poměrně často jako praktikanti či vedoucí různých dětských táborů a zařízení. Některým jde pouze o dotýkání dítěte a hlazení, jiní se snaží dosáhnout vlastního sexuálního styku nebo nějaké jeho jiné nekoitální podoby.

*Před řadou let byl na žádost skupiny rodičů vyšetřován pětáctýřicetiletý svobodný muž, který se horlivě věnoval práci s pionýry. Byl velmi oblíben a intenzita jeho práce s dětmi a to, jak se jim věnoval, bylo okolím vysoce oceňováno. Dovedl si vymýšlet pro děti atraktivní hry, ale často se v těchto hrách objevovaly erotické, sexuální prvky. Děti se v rámci hry musely svlékat, zásadně se koupaly nahé. Každé dítě muselo projít opakovanou tzv. "lékařskou prohlídkou". Pionýrský vedoucí dítě sám svlékl a pečlivě "vyšetřoval" především genitální oblast a s odůvodněním, zda nemají nějakou poruchu, jim strkal prsty do konečníku. Měl velký cit pro to, kterému dítěti to způsobuje třeba i jen mírné vzrušení a s tím se potom viděl častěji a prováděl s ním nejrůznější sexuální praktiky. Byl zaměřen především na mladé chlapce, i když se nevyhýbal svlékání a hlazení dívek. Děti se těmto podivným lékařským prohlídkám smály, šeptaly si o nich a nakonec jedno děvče řeklo, co se dělo na táboře, rodičům. Ti navštívili jiné rodiče a výsledek byl, že vedoucí byl označen za pedofila s vyslovením zákazu práce s dětmi.*

*Dvaadvacetiletá dívka byla přijata na psychiatrické oddělení, protože měla těžkou fobii týkající se pavouků a much. Jakmile spatřila v místnosti pavučinu, objevil se záchvat paniky a pacientka okamžitě z místnosti utekla. Současně projevovala odpor vůči mužům, zvláště těm, kteří by o ni projevili erotický zájem. Rozbor tohoto případu byl velmi náročný a složitý a lze jej shrnout v následující závěr. Pacientka chodila jako malé dítě do mariánské družiny. Kněz, který družinu vedl, si ji oblíbil, a když ostatní děti odešly, vzal ji dolů do podzemní krypty, svlékl ji donaha a při tom onanoval. Pacientka nechápala, také vzhledem ke svému věku, co se to vlastně děje, nechápala, proč kněz je vzrušený. Ze své zkušenosti znala pouze takové emoční stavy, jako je radost nebo naopak vztek či smutná nálada, ale to, co viděla u něho, nebyla schopna někam zařadit. Jeho chování ji děsilo, ale jak se později přiznala, současně ji i něčím přitahovalo, připadala si něčím výjimečná, protože ostatní děti nic tak složitého a tajemného neprožívaly. Kněz jí stále opakoval, že řekne-li o jejích návštěvách krypty např. svým rodičům, že rodiče záhy zemřou. Vždy, když ležela na zvláštním katafalku, viděla nad sebou celou řadu pavučin a v nich chycené mouchy. Velmi intenzivní emoční atmosféra, kterou pacientka prožívala, byla korunována tím, že kněze po roce 1948 zatkl policie. Pacientčin otec nám sdělil, že to bylo pro pedofilii, že však tomu nevěří a že šlo určitě o politickou mstu. O tom, co se s pacientkou dělo, jsme otcí neřekli. Na základě složitých obranných mechanismů potlačila pacientka celou tuto hluboce emoční životní epizodu a v jejím vědomí zůstal pouze nepřiměřený strach z pavouků a much.*

Děti se mohou stát předmětem sexuálního zneužívání, dostanou-li se do styku s osobami trpícími mentální retardací.

Psychicky zaostalí lidé bývají emočně a sociálně nezralí. Nebývají schopni navazovat vztahy s druhým pohlavím, vytvořit si trvalý vztah a manželství. Pro některé z nich mohou být děti náhražkou, která slouží jejich sexuálním potřebám. Pokud se týká stupně jejich mentální retardace, bývají to většinou jedinci z pásma debility nebo imbecility.

Velmi rozsáhlou skupinu v klasifikaci duševních poruch tvoří tzv. **organické duševní poruchy**.

Jsou spojeny s určitými pochody často ne příliš známého původu, při kterých je postižena mozková tkáň. Vyskytují se v převážné míře u lidí staršího věku. Mají nejrůznější podobu a široké spektrum příznaků. Z našich hledisek jsou důležité proto, že v České republice jak díky tradicím, tak stále ještě, bohužel, přetrvávajícímu nedostatku bytů, žijí pospolu tři generace - prarodiče, rodiče a děti.

Toto soužití je, podle některých názorů, pro děti výhodné (Matějček), a to proto, že přináší dětem jiné podněty, než jim jsou schopni poskytovat rodiče. Dědeček a babička bývají většinou ve svém pátém a šestém decenniu života osoby vyzrálé s bohatými životními zkušenostmi. Mají často k dětem vřelejší a vyrovnanější citový vztah, než jejich rodiče, mají na ně více času, dovedou se jim více obětavě věnovat. Prarodiče bývají také významným kompenzačním faktorem v období, kdy rodiče dětí prožívají manželské konflikty a krize. Děti se k nim uchylují nezdědka jako do zvláštního citového "přístavu", nalézají u nich porozumění a klid.

Jenže každý líc má také svůj rub. Ne všichni prarodiče jsou tak vyrovnaní a klidní a mohou se ve svém chování lišit od ideálního obrazu, který ve své Babičce popsala Božena Němcová. I když byli dětmi ctěny a milovány, může se u prarodičů v důsledku postupujícího věku objevit některé organické onemocnění mozku (Alzheimerova choroba, Pickova choroba, Parkinsonova choroba aj.). Vedoucím příznakem takových chorob je syndrom, který označujeme jako demence. Vzniká jako následek onemocnění mozku a projevuje se výraznými poruchami paměti, intelektu, pozornosti a vědomí. Dochází i k poruchám vnímání (halucinacím, bludům), poruchám nálady a emocí (depresím, vzrušivosti, úzkosti). Starší člověk se začne postupně měnit - k úžasu svého okolí někdy velice rychle. Najednou se projevuje celková fyzická slabost, zpomalené myšlení, objevují se změny v řeči a ztrácí se logika. Pro nejbližší okolí je pak zvláště nápadná porucha v osobních aktivitách denního života, jako je mytí, oblékání, jídlo, osobní hygiena.

Děti na tyto změny, které zpozorují u svých prarodičů, nejprve reagují tak, že se jim smějí, že kolem toho, že si babička nepamatuje, vtipkují, ale vztahy bývají uchovány. Teprve, když porucha pokračuje a kontakt s nemocným se viditelně zhoršuje, objevují se vážnější problémy ve vztahu dětí k prarodičům. Děti nerozumějí jejich změněnému světu, nechápou, proč např. celé dny apaticky sedí a dívají se z okna, a často s odporem snášejí jejich nové návyky, např. že hltavě jedí, že zanedbávají osobní hygienu apod. U starších takto nemocných mužů se objevuje často nevhodné lascivní vtipkování s erotickým a sexuálním obsahem, ale dokonce i sexuální návrhy, které se týkají nejen lidí mimo rodinu, ale i vlastních vnuků a vnuček. Starší lidé se stávají výrazně podezíravými, mají představu, že jim jak děti, tak vnuci budou ubližovat, že jim kradou peníze, že jim nedají dost najíst, že se o ně málo starají. U některých starých lidí v pokročilém stadiu onemocnění můžeme vidět, že schovávají zbytky jídla do postele, pod polštář, aby nezemřeli hladem.

Soužití se starými rodiči, které postihlo organické poškození mozku, je pak pro celou rodinu velice zatěžující. Rodinná atmosféra je neklidná a napjatá, plná obav, co bude dále. Onemocněním prarodičů trpí

jejich vnuci a vnučky, především v těch případech, kdy byli před vznikem onemocnění prarodiče jejich výraznou oporou.

Je nutno konstatovat, že současně s prodlužujícím se lidským věkem, především u žen, přibývá také celkový počet psychických chorob, které se objevují ve stáří. V současné době je, bohužel, nedostatečný počet lůžek ve specializovaných zařízeních, kam by mohli být nemocní umístěni. Ale to je jen jedna část problému. Mnoho rodin totiž, ačkoli po řadu let často těžce snášejí psychickou poruchu prarodiče, odmítá umístit ho do psychiatrického zařízení. Většinou se argumentuje tím, že není možné se starým člověkem se takto rozloučit, že by to bylo kruté, že by to mohlo vést k jeho smrti apod. Jenže oběti tohoto rozhodnutí rodičů jsou opět děti. Stávají se často nárazníky a prostředníky mezi prarodiči a rodiči, je na ně nakládána neúměrná odpovědnost, musí řešit situace, na které vzhledem ke svému věku nestačí a které je neúměrně zatěžují.

## **Psychické poruchy spojené se zneužíváním alkoholu a jiných látek vzbuzujících závislost**

V našem výčtu různých psychických poruch, které se objevují u dospělých, jsme si nechali kapitulu týkající se alkoholu, event. drog na samý závěr. Abusus alkoholu má velice pestré projevy, pestrý obraz, od prosté nekomplikované intoxikace - opilosti, přes projevy návyku a dávání přednosti alkoholu před jinými životními hodnotami až po těžké psychotické poruchy a dokonce alkoholickou demenci. Ať je to jakákoliv změna chování a prakticky kterékoli projevy alkoholika v rodině, dotýkají se téměř vždy dítěte.

Vezměme například pouhou opilost. Opilý rodič se chová pojednou nepřiměřeně, je hluchý a veselý, podivně, pro dítě nesrozumitelně vtipkuje, mluví v narážkách, kterým dítě nerozumí. Dítě je často šokováno tím, že se otec potácí, že nad sebou ztrácí vládu, že zvrací a žádá pomoc a ohleduplnost od ostatních. To je ovšem téměř ideální obraz opilosti. Daleko horší pro dítě je, objeví-li se v průběhu alkoholové intoxikace zvýšená agresivita. Ta se může projevovat pouze rozladou a negováním všeho, přes nadávky, vulgárnost až po fyzické napadání členů rodiny, rozbíjení věcí a zařízení domácnosti. Děti přitom zažívají pocit děsu, strachu, obav z fyzického násilí. Z psychologického hlediska je ovšem, tak jak jsme to naznačili u ostatních psychických poruch, zcela zásadní to, že dítě vidí svého rodiče, otce či matku ve stavu, který je v naprostém rozporu s ideálními představami o tom, jakými by rodiče měli být.

V nespočetné řadě rodin je časté požívání alkoholu končící opilostí poměrně častým jevem. V těchto rodinách dochází ke konfliktům, hádkám a pro dítě vzniká neúnosná a málo snesitelná atmosféra. Velice často se stává, že matky si stěžují svým malým dětem na to, že otec je opilec, alkoholik, že dává přednost pivu a hospodě před rodinou, že utrácí peníze, které by rodina potřebovala. Matka hledá v dítěti spojence a zavaluje je tak problémy a do určité míry i odpovědnostmi, pro které není vzhledem ke svému věku připraveno. Téměř příslovečně bývá to, že matka dokonce pošle dítě, aby přivedlo opilého otce z restaurace. Jak těžko se z hlediska dítěte takový příkaz nebo prosba matky splňuje, je snadné si představit. Dítě musí přijít do společnosti opilých dospělých lidí, mezi nimiž je jeho otec. Stává se předmětem vtipkování, ironických poznámek vůči své matce, ale také se proti němu obrací agrese, a to především otcova.

Při tom všem jde ještě o tzv. širší normu označovanou jako pijáctví, nikoliv o chronický alkoholismus spojený s postupnou devastací rodiče, který pije. Dojde-li k tomuto stadiu v období, kdy je dítě ještě ve

škole nebo kdy dospívá, je pro ně silně traumatizující, když se musí denně stýkat s otcem, který byl dříve úspěšný, dobře pracoval, vydělával peníze a najednou je z něho soucit vzbuzující troska. Počáteční soucit se však rychle mění buď ve lhostejný vztah k otci, anebo ve vyslovenou nenávisť. Mnoho dětí se přiznává k tomu, že se za svého otce (či matku) stydí a že si ve svých fantaziích přejí, aby neexistoval, aby zmizel ze světa. S tím by zmizel i zdroj jejich utrpení.

Alkohol uvolňuje nejen agresi, a to zvláště u predisponovaných osob (viz poruchy osobnosti), ale vede u mnoha jedinců k projevům silné žárlivosti a podezíravosti vůči partnerovi. Dítě je opět "vtahováno do hry", jeden z rodičů je žádá, aby sledovalo chování toho druhého, aby poslouchalo telefonické hovory a přinášelo nějaké důkazy o domnělé či faktické nevěře. Dítě je nuceno do spojenectví, do kterého se mu většinou ani trochu nechce.

O alkoholících se říká, že žárli často proto, že v důsledku např. pití piva, klesá postupně jejich potence. Začnou tedy na svou partnerku žárlit, ale přitom nikoliv náhodou, mívají často sami četné přechodné známosti, které navazují bez uvážení v raných stadiích opilosti a ve kterých si chtějí dokázat, že jsou stále sexuálně přitažliví a potentní.

Protože alkohol u některých lidí velmi výrazně odstraňuje společenské zábrany, vede často k sexuálnímu násilí, a to i vůči dětem. Zvláště často se to děje v rodinách, ve kterých žije matka s dcerou z prvního manželství a nevlastní otec.

Při rozsáhlé analýze důvodů rozvodu v souboru dvou tisíc rozvádějících se pražských dvojic jsme zjistili, že ženy uváděly nadměrné pití svého manžela na jednom z předních míst jako důvod k rozvodu. Při rozhovoru s nimi se však ukázalo, že nešlo ani tak o nadměrné pití (většinou udávaly dvě piva denně), ale o to, že partner místo, aby byl doma s rodinou, vyhledává společnost svých přátel, se kterými tráví čas po práci. Slyšeli jsme výroky jako: "Já mu ty dvě nebo tři piva přeju, koupím mu je domů a doma ať si je klidně vypije, jen ať nesedí v hospodě." Nešlo tedy o alkoholismus v pravém slova smyslu, ale o určité sociální návyky, které pití alkoholu provázejí, ale které ve svých důsledcích pochopitelně poškozují rodinné soužití.

Zatímco v minulosti se problémy kolem alkoholu týkaly především mužů a na ně byla soustředěna hlavní pozornost, ukazuje se, že v posledním desetiletí neúměrně roste spotřeba alkoholu u žen. Jejich styl pití je jiný než u mužů. Daleko častěji než muži pijí totiž samy a potají. Dospějí-li do určitého vyššího stadia závislosti, jsou důsledky změněného matčina chování pro děti obzvlášť závažné.

*Třicetiletá vysokoškolačka, matka pětiletého syna, vdaná, si začala postupně zvykat na menší dávky alkoholu poránu. V té době nepracovala. Její manžel, vynikající hudebník, byl často pracovně mimo domov a teprve po delším čase byl překvapen postupnými, avšak výraznými změnami chování své partnerky. Ráno odmítala vstávat, dělat dítěti snídani, nestarala se o to, aby dítě bylo umyté, obtěžovalo ji dítě něco učit a hrát si s ním. Během dopoledne zašla do obchodu a koupila si jednu malou plochou láhev rumu. Odpoledne a večer obešla další obchody a udělala stejný nákup. Nestarala se o jídlo, o úklid jinak pěkného a luxusního bytu, který byl v důsledku jejího chování devastován. Manžel se za její chování styděl, nikomu o tom nechtěl říci, snažil se jí domluvit, ale marně. Teprve po velkém váhání oznámil vše příslušnému oddělení péče o děti s poukazem na to, že dítě je matkou neuvěřitelně zanedbáváno. Sociální pracovnice, která navštívila byt, se zhrozila. Ve všech skříních byly mezi šatstvem nastrkány malé láhve od rumu, bylo je možné nalézt i v jakési komoře, kde byla hora nevypraného špinavého prádla, ale nejkurióznější nález učinila, když mimoděk otevřela plynovou troubu, která byla těmito láhvami přímo nabita. Obvyklá hra žen s ukryváním lahví od alkoholu přestala v této situaci mít svůj smysl, a přesto pacientka měla pocit - ačkoliv láhve byly všude - že je musí ukryvat. To znamená, že se postupně vytrácela logika a že se objevily těžší poruchy osobnosti hraničící s psychózou.*



Otázka, jak je ohrožena prosperita a vývoj osobnosti dítěte v případech, že někdo z jeho rodičů je závislý na alkoholu, je natolik závažná, že byl na konci sedmdesátých let proveden poměrně rozsáhlý výzkum dětí z rodin alkoholiků (Matějček, Skála). Do velmi podrobného šetření bylo zařazeno 310 dětí, jejichž otec byl evidován pro alkoholismus. Tyto děti byly porovnávány se skupinou dětí kontrolních. Výzkum přinesl některá zajímavá fakta. Například děti z rodin alkoholiků mají obecně horší zdraví, jsou častěji vážně nemocné a jsou častěji hospitalizované. Dostávají se také velmi významně častěji než děti kontrolní do evidence dětské psychiatrické služby. Ukázalo se, že nejde jen o negativní působení otce, ale také matky - manželky alkoholika. Zdá se, jako by se matky o děti méně staraly, měly o ně menší zájem, neplnily dostatečně svou rodinnou a mateřskou roli. Vnitřní život rodiny je charakterizován napětím, konflikty, výchovnou nedůsledností a nejednotností. Matka se patrně stará více o své problémy, které jí z komplikovaného manželství vznikají, než aby měla dostatek pochopení a sil pro citlivé plnění potřeb dítěte. Jeden z možných výkladů je i ten, že řada žen si bere muže alkoholika a ví dobře o jeho návyku. Jsou to ženy často osobnostně nevyvážené, s povrchnějším pohledem na svět, které nepřikládají zpočátku pití svého partnera valný význam. Mezi nimi jsou ovšem také ženy "spasitelky", které chtějí partnera přivést na správnou cestu, ale po nějaké době jim začnou docházet síly. Není náhodou, že jak v uvedeném výzkumu - tak i obecně v naší společnosti - se mnoho rodin pro alkoholismus otce rozvádělo.

V nadpisu této podkapitoly se hovoří nejen o alkoholu, ale také o jiných látkách, které vzbuzují návyk. Myslí se tím různé typy drog, ale také některé psychoaktivní látky, ať už ordinované lékařem, nebo farmaka, ke kterým se určitá osoba dostala jinou cestou.

Zdá se podle všech dostupných klinických zkušeností, že počet případů, kdy dítě trpí tím, že rodiče užívají drogy, je patrně zatím nevýrazný. Drogy jsou totiž užívány nejčastěji (máme tím na mysli Českou republiku) u dospívajících nebo v období tzv. rané dospělosti. Jen málo z těch, kteří drogy berou, je vdaných a ženatých a jen málo z nich má dítě. Pokud se dítě narodí, objeví se často zlomová situace v tom smyslu, že rodiče od drog buď úplně upouštějí, nebo přecházejí na běžnější závislost, jako je např. alkohol. Pokud se tak nestane, či lépe řečeno, než se tak stane, přebírají péči o dítě většinou prarodiče. Je však nutné zdůraznit, že s rostoucím počtem případů mladých lidí, kteří jsou závislí na některé z drog, může v budoucnu také růst počet dětí, které se těmto jedincům narodí, a že ne ve všech případech se objeví pozitivní kompenzační mechanismy ochraňující dítě. Uvedenou oblast je potřeba v nejbližší budoucnosti zmapovat a zkoumat.

## 12 Děti v ohrožení

Pojmu "rizika" se v souvislosti s CAN užívá dnes poměrně velmi často. Myslí se tím potenciální nebezpečí ohrožující život, zdraví, normální tělesný či duševní vývoj dítěte - nebezpečí, jež je zatím ve stavu latence a jež tedy za určitých okolností může a za jiných okolností nemusí být uskutečněno. Zde se chceme soustavněji zamýšlet nad některými vybranými formami či typy rizika, jež mohou být jednak vodítkem k pochopení celého problému CAN, jednak i vodítkem ke konkrétním preventivním opatřením.

### Děti, které přitahují násilí

Děti s rizikem tohoto druhu můžeme rozdělit do několika skupin:

1. děti, které svými projevy aktivně své dospělé vychovatele zatěžují, dráždí, vyčerpávají, a to buď a) fyzicky, nebo b) psychicky, nebo c) v obou složkách.
2. děti, jejichž projevy jsou dospělým vychovatelům málo srozumitelné.
3. děti, které nesplňují očekávání svých vychovatelů.

Dále nutno počítat s nejrůznějšími kombinacemi těchto tří oblastí rizika, přičemž právě součinností jednotlivých rizikových činitelů se celkové potenciální nebezpečí zpravidla silně umocňuje.

Současně ovšem nesmíme spouštět se zřetele, že jakékoliv riziko na straně dítěte se uskutečňuje jen tehdy, existuje-li současně i "vstřícné" riziko na straně dospělého, případně navíc ještě i riziko situační. Problém rizikovosti dítěte spočívá v tom, že svým chováním "spouští" mechanismy, jež uvolňují rizikovost dospělých či rizikovost situace.

#### 1. Děti, které dospělého vyčerpávají

Prototypem dětí, které svým chováním nejbližší lidi ve svém okolí vskutku vyčerpávají a vyvolávají tak jejich obranné reakce (v daném případě ovšem zcela nepřiměřené, netlumené a nekontrolované), jsou malé děti, které celé noci nespí (ať již z jakéhokoliv důvodu), pláčí, křičí, vztekají se, nejsou k utišení.

Mechanismus násilí vůči dítěti v takovém případě je nejsnáze pochopitelný (samozřejmě ne omluvitelný): Chronicky neuspokojená potřeba spánku, jež je jednou ze základních vitálních fyziologických potřeb člověka, se promítá do psychické sféry jako stav frustrace. To je akutní tísnivý prožitek úzkosti, bezmoci a nedostatku, který mobilizuje ty síly a mechanismy v člověku, jež by ho této tísně měly zbavit. Agrese je bohužel právě jedním (ne však jediným) z takovýchto "pomocných" mechanismů. Je tedy svým způsobem "přirozená", i když v daném případě nemůže být ani účinná ani

osvobozující. (Je ve zpětném pohledu zpravidla také nahlížena jako zkratkovitě jednání, jímž sám agresor může být docela upřímně překvapen.) Její oběti se v našem případě stává dítě jako zřejmý "původce" všeho zla. Avšak co se jednou stalo, nelze již vzít zpět, byť toho agresor třeba dodatečně litoval.

V této spojitosti je nutno poukázat na pojem "frustrační tolerance", což je osobní, individuální odolnost (vzdornost, snášenlivost) vůči psychické zátěži vyvolané akutním neuspokojením některé důležité fyziologické nebo i psychické potřeby. Tato frustrační tolerance je v každé populaci rozložena podle Gaussovy křivky, takže máme osoby s velkou a osoby s velmi malou odolností vůči stresu. Přitom v běžném životě je zpravidla jen málo činitelů, které by frustrační toleranci zvyšovaly, avšak mnoho těch, které ji oslabují!

Obdobně "provokujícím" způsobem může působit na nejbližší vychovatele dítěte jakýkoliv jeho dlouhodobý pláč, zlostné projevy, nespokojenost či nevrlost při nejrůznějších akutně nebo chronicky probíhajících onemocněních, při alergiích, stavech provázených bolestmi, svěděním apod. Úloha dětského lékaře (a ovšem i dalšího zdravotnického personálu) je tedy nejen v tom, že pomáhá dítěti k lepšímu zdravotnímu stavu, ale že současně rodiče na "náročnost" onemocnění dítěte vůči jejich frustrační toleranci upozorňuje a tím už jejich toleranci posiluje.

Jsou ovšem i celá vývojová období, kdy jsou děti zvláště dráždivé, zlostné, nespokojené a "protivné", a to bez přímé závislosti na zdravotním stavu. Tak tomu je typicky v tzv. období vzdoru, jež zpravidla vrcholí ve třetím roce věku dítěte, a pak ovšem znovu v pubertě. Konflikty s okolím jsou četnější a intenzivnější než před tím a než potom - a nebezpečí nepřiměřených trestů a násilí vůči dítěti se zvyšuje.

Problémem naopak mohou být i děti samy o sobě neaktivní a neagresivní, avšak psychicky velice labilní, citlivé, úzkostně laděné, takže často pláče ("pláče a nemá proč!"), lekají se všeho možného, bojí se, vyžadují neustále ochranu a pomoc. Nejsou vzácností případy, kdy příliš úzkostné dítě "nepustí" matku ani na minutu ze svého dohledu. Svými nároky na její přítomnost ji zatěžuje, přetěžuje, až konečně i fyzicky vyčerpává. Omezuje její potřebu "svobody" a uvádí ji do stavu chronické frustrace, z níž pak v určité situaci snadno může vzniknout frustrace akutní, která vyústí v agresi vůči dítěti.

V problematice dětského šikanování, kdy více dětí soustavně a svým způsobem "programově" ubližuje jednomu dítěti, je zpravidla větším psychologickým problémem onen "obětní beránek" než sami agresori. Bývá to dítě ani ne tělesně slabé, ale bojácné, úzkostné, "bezbranné", které touto bezbranností provokuje potenciální útočníky. Proto v terapii málo pomáhá, chodí-li takové dítě na judo, na karate nebo učí-li je sami rodiče, "jak se má prát". Podstatně účinnější je, najdeme-li způsob, jak posílit jeho sebevědomí a sebejistotu.

Jiným typem dětí zvýšeně zatěžujících frustrační toleranci svého okolí jsou děti hyperaktivní, neklidné, impulzivní, s rozptýleným zájmem o všechno dění v okolí, avšak s malou schopností soustředěné a vytrvalé práce. Označení LMD (lehké mozkové dysfunkce) je jen shrnujícím termínem pro velmi variabilní soubor projevů, jejichž společným jmenovatelem je právě jejich nezvyklost, nápadnost a náročnost na odolnost nervového systému vychovatele. Vychovatel sám prožívá tento mimořádný a soustavný nápor podnětů ze strany dítěte navíc jako něco bezvýchodného a neměnného, z čeho není úlevy ani odpočinku. Cítí se vyčerpán. Zkratkovitý akt agrese vůči takovému dítěti je pak výsledkem chronického stresu z přetížení jedním druhem podnětů, a to silných a přitom vlastně "jednotvárných". (K agresi může pak snáze dojít nejen v domácím prostředí, ale v těchto případech častěji i ve škole ze strany učitele. Zřídka však ze strany druhých dětí.)

Je úkolem poradenského psychologa nebo speciálního pedagoga, aby v těchto případech nejen pomáhal chování dítěte upravovat na únosnou míru, ale aby současně upozorňoval rodiče a učitele na jeho "náročnost" vůči jejich frustrační toleranci a aby jejich psychickou odolnost pomáhal zvyšovat - obdobně

jako je to úkolem lékaře v případě somatického onemocnění dítěte. Děti s LMD představují už přechod mezi těmi, které nepřiměřeně "zatěžují" své vychovatele fyzicky a které psychicky.

Na straně převažujícího zatěžování psychického můžeme uvést především děti s vážnějšími (ale někdy i drobnými) poruchami chování. (Stranou zde ponecháváme vlastní původ a vývoj těchto poruch, který velmi často souvisí s citovou atmosférou v rodině a s výchovnými praktikami rodičů nebo jiných vychovatelů.) Děti v těchto případech připravují rodičům opakovaně stresové situace, jejichž podkladem je rozpor mezi jednáním dítěte (jeho postoji, smýšlením, zálibami apod.) a morálními zásadami společnosti.

Agresivní projevy vychovatelů klasicky a nejčastěji provokuje dětské lhaní, a to spíše ve své formě zapírání nebo svádění něčeho na někoho než ve formě vymyšlení různých nepravděpodobností. Na straně dítěte při zapírání jde zpravidla o obranu vlastního já - rodiči je to však vnímáno jako nezasloužená nedůvěra vůči nim, porušení rodinné solidarity, ponížení jejich rodičovské identity, urážka rodičovské autority a předzvěst mnohého zlého v budoucnosti. Zvláště tíživě rodiče nesou (a následkem toho větší sklon k agresivním projevům mají), když dítě zapírá, přestože mu slíbili, že nebude potrestáno - že zapírá do konce, dokud není úplně usvědčeno - nebo že zapírá, "i kdyby je měli zabít!". Dítě, které se zoufale brání ponížit svou vlastní identitu (a jako nevypělá osobnost nedovede míru únosnosti takové obrany odhadnout), ponížíje identitu rodičů (činí z nich rodiče neúspěšné) a vyvolává jejich agresi vůči sobě. Tresty ukládané dětem za lhaní a motivované "výchovně" bývají poměrně často zcela nepřiměřené provinění dítěte a psychologickému podkladu tohoto provinění.

Podobné mechanismy ve hře jsou v případech domácích krádeží dítěte, záškoláctví, toulání a útěků z domova. Trest přichází zčásti plánovitě ("aby si dal příště pozor!"), ve větší míře však spíše jeho úleva od vlastního stresu, který byl vyvolán ponížením naší rodičovské identity - při útěku dítěte z domova ještě navíc také úzkostí o jeho život a zdraví v době, kdy nebylo pod naší kontrolou.

Pomoc dítěti a rodičům je věcí poradenské služby psychologické a psychiatrické. Je příznačné, že rodiče se na ni obracejí častěji v případech podle svého mínění "vážnějších", kdy si s dítětem už nevědí rady a bez efektu vyzkoušeli všechny metody "po dobrém i po zlém". (V naprosté většině případů ono "po zlém" v rodičovské nápravné metodologii silně převládá.) Budiž řečeno ze zkušenosti, že v poradenské praxi jde však již o výběr uvážlivějších rodičů, takže s drastickými tresty se u nich příliš často nesetkáváme. Ty naopak se v daleko větší míře vyskytují tam, kde rodiče ani nenapadá, že by se mohli s někým poradit. Postihují pak ovšem děti za přestupky i relativně nezávažné, jejichž nápravu si domácí vychovatelé samozřejmě ponechávají zcela "ve svých rukou".

## **2. Děti s málo pochopitelným chováním**

Tuto kategorii dětí můžeme zhruba rozdělit do dvou částí. V první jsou ty, kterým vychovatelé nemohou dobře porozumět pro zvláštnost či výjimečnost jejich povahy, a v druhé ty, které se ocitají ve zvláštní či výjimečné sociální situaci, jež vychovatelům snahu o porozumění v různé míře ztěžuje.

Těžko je rozumět např. dětem autistickým, které se svým sociálním okolím buď nekomunikují vůbec, nebo komunikují zcela nezvyklým způsobem. Dnes, kdy se o těchto věcech přece jen více ví, nesetkáváme se tolik s tresty a metodami, jež by měly tyto děti donutit k "normálnímu" projevu - v minulosti však byly časté.

To platí v menší míře a s osobitými odchylkami o jiných poruchách komunikace - o dětech se selektivním mutismem, o dětech s vývojovou dysfázií, o dětech s kóktavostí, ale také o dětech silněji nedoslýchavých, které nemohou přijatelně reagovat na výzvy a pokyny dospělých.

Počítáme-li ke komunikačním problémům i specifické poruchy učení typu dyslexie, dysortografie, dysgrafie apod., vztahuje se i na ně zvýšená potřeba ochrany postižených dětí před nepochopením a nepřiměřenými tresty. Ty samozřejmě v těchto případech jsou zcela neúčinné a neúčinné, zatímco reedukační metody jsou u nás už dobře zavedené a jejich úspěšnost je vysoká. Pomáhá tu opět psychologická a speciálně pedagogická služba, které jsou dnes u nás již dobře dostupné.

Násilné přecvičování leváků, dříve tak časté a mnohdy drastické, dnes už prakticky vymizelo. Setkat se s ním můžeme snad jen výjimečně.

Častou obětí nepřiměřených nátlakových metod však dosud bývají děti trpící tiky, z nich pak nepochybně na prvním místě ty, jež jsou postiženy tikovou nemocí Gilles de la Tourette, projevující se nekontrolovaným vykřikováním urážlivých či obscénních slov nebo jen vydáváním zvláštních zvuků. V podobné rizikové situaci neporozumění jsou i děti trpící jakýmkoliv neurotickými obtížemi, a to zvláště jsou-li nutkavého rázu.

*Sám (ZM) jsem zažil, že matka v čekárně psychiatrické ambulance bila chlapce, který znenadání podivně vykřikl, stočil se na židli a chvíli zůstával bez hnutí. Stěžovala si, že "takhle to dělá pořád a nemůžeme to z něho vytlouct!". Šlo ovšem o epileptické záchvaty, které se pak léčbou podařilo dobře zvládnout.*

Děti s bizarními nápadnostmi v chování psychotického rázu dnes zřídka ujdou pozornosti vychovatelů a odborné psychiatrické péči. V počátečních stádiích ovšem i ony mohou být vnímány okolím jako "schválnosti", "zlomyslnosti" či provokace a podle toho trestány. Naštěstí jsou vzácné. Častěji se však setkáváme s atypickým či anomálním vývojem osobnosti (dříve označovaným jako "psychopatie"), ať již na podkladě genetickém, následkem poškození mozku či následkem psychické deprivace v časném dětství. Ani u těchto dětí - jimž zajisté není lehké porozumět - běžné použití trestů a jiných násilných prostředků nemá valné naděje na úspěch. Je jim třeba odborně vedené léčebné a výchovné péče.

Jiná příčina neporozumění dítěti, jak jsme dříve uvedli, tkívá nikoli v jeho zvláštní povaze, nýbrž v sociální situaci. Vychovatel má nesnadnou cestu k poznání jeho individuality. Dítě je mu více nebo méně cizí. Klasickým příkladem je adopce, kdy do společenství dvou manželů přichází dítě, které nemá geneticky podmíněné vlastnosti po žádném z nich, jehož dynamika vývoje je zcela osobitá, jehož inteligence a rozložení jednotlivých jejích složek je pro nové rodiče rovněž velkou neznámou, atd. Je tu tedy v zásadě větší nebezpečí, že určité projevy dítěte budou chápány spíše jako "nepatřičné sklony", jež je třeba potlačit nebo odstranit, že jeho nižší výkonnost ve škole je vnímána jako "lenost", kterou je třeba překonat, či "tvrdohlavost", kterou je nutno zlomit, atd. Příčina nezdaru některých adoptivních svazků vychází mnohdy z nevhodné (násilné, agresivní) reakce adoptivních rodičů vůči něčemu, co je dítěti vlastní a přirozené a co tedy nemohou dobře změnit.

Od tohoto klasického příkladu, jímž je osvojení, můžeme sestavit sestupnou škálu nebezpečí konfliktů z neporozumění asi takto:

- individuální pěstounská péče, která je volnějším svazkem než adopce a kde pěstouni zpravidla neuplatňují vůči dítěti své ambice v takové míře, jak to činí rodiče adoptivní,
- pěstounská péče v SOS dětských vesničkách a ve velkých pěstounských rodinách, kde nároky na dítě jsou ještě dále sníženy a tolerance vůči jeho osobitostem zvýšena,
- nevlastní otec nebo nevlastní matka, kteří získali dítě novým sňatkem a kteří k dítěti navazují citový vztah pomocí citového vztahu k svému partnerovi,
- výchova dítěte u prarodičů, kteří dobře znají aspoň jednoho z rodičů a jejichž genetický přínos se ve vývoji dítěte aspoň z části uplatňuje,

- výchova ve vlastní rodině, s oběma vlastními rodiči, avšak po dlouhodobém odloučení jednoho z nich, takže jedno nebo více vývojových období dítěte mezitím proběhlo a nyní se dítě a jeho rodič znovu seznamují a vzájemně "hledají".

Je zřejmé, že ve všech těchto situacích je zvýšené riziko neporozumění a nedorozumění. Jeho formy nelze ani vypočítat. Děti nevlastního otce v rodině často vysloveně provokují a "testují" jeho sympatie vůči sobě - vlastní rodič si vyhrazuje právo trestu ("své dítě si od nikoho mlátit nenechám!") - prarodiče nebo nový otec si dítě "kupují" nadměrnou shovívavostí a rozmazlenost dítěte chtějí pak radikálně napravit drastickými tresty atd. atd. Odkazujeme v těchto věcech na literaturu o náhradní rodinné péči a o nevlastním rodičovství (Matějček, Dytrych, 1992, Matějček, 1994). V konkrétních případech pomáhají jednak Střediska náhradní rodinné péče (pro oblasti dřívějších krajů) a Poradny pro manželství a rodinu (dřívější Předmanželské a manželské poradny).

### **3. Děti, které nespĺňují očekávání rodičů**

Je přirozené, že děti, které nespĺňují očekávání rodičů, ať již z jakéhokoliv důvodu, jsou ve větším nebezpečí, že budou méně milovány a více trestány než ty, které identitu svých rodičů povznášejí. Jsou také ve větším nebezpečí, že budou trestány nezaslouženě a příliš přísně, neboť do společensky přijímaného výchovného prostředku, jakým je trest, se tu spíše promítne osobní zklamání a ponížení vychovatele.

Prototypem takovýchto dětí jsou děti mentálně retardované, a to spíše s lehčími stupni retardace než se stupni těžšími. Pokud rodina sama dítě s těžkou mentální retardací vychovává, je si zpravidla dobře vědoma nároků a zátěží, které to přináší. Pokud nedošlo dosud k vyrovnanému přijetí takového dítěte a vlastního osudu s ním, zaměřují se obranné i agresivní mechanismy takové rodiny spíše navenek - tj. obviňování jsou spíše jednotliví dospělí lidé v přibuzenstvu a v okolí, lékaři, úřady, zdravotní a sociální systémy apod., nikoli však dítě samotné.

V případech postižení lehčích (debilita, slaboduchost, intelektový podprůměr) je však situace jiná. Nátlak na dítě a jeho výkonnost je nepoměrně vyšší, nepřiměřená snaha o nápravu přináší jen nová a nová zklamání, jež se jen dále promítají do negativního postoje k dítěti.

Děti s intelektovým vývojem v pásmu podprůměru (někdy i slabšího průměru), jež stačí na docházku do tzv. normální školy, avšak nikoliv na dobrý prospěch v ní, jsou dnes u nás patrně nejvíce zatíženou a nejvíce trestanou skupinou. Jejich zastoupení ve školní populaci možno realisticky odhadovat na 20 %, takže jde o širokou základnu možného fyzického i psychického ublížování dítěti a o vážný celospolečenský problém.

Charakteristickým znakem jejich školní práce není vyrovnaný podprůměr, nýbrž nevyrovnanost výkonnosti, s převahou neúspěšného zvládnání školních nároků. Tato okolnost je pro rodinné vychovatele zvláště nepochopitelná a tedy i zvláště rozčilující. Na rozdíl od dítěte těžce postiženého je toto dítě za své nedostatky činěno odpovědným! Následkem toho snáze než které jiné se stává obětí až příliš tvrdého nátlaku zklamaných rodičů.

Obdobně to platí o dětech s LMD a s jinými víceméně drobnými odchylkami v mentálním vývoji, jež jsou navenek nenápadné, nejsou spojeny se zjevnými tělesnými nebo smyslovými defekty, takže už svou povahou provokují v rodičích pocíty nejistoty a zklamání. Výsledkem pak může být neuvědomělá tendence rodičů "dítěti to dát pocítit", "vrátit mu to", "pomstít se" za trápení, které jim přináší.

V menší míře pak to platí o dětech s poruchami zjevnými, tj. se smyslovými vadami, s tělesnými defekty, s nápadnostmi ve vnějším tělesném zjevu a s jakýmkoliv jinými odchylkami od běžné normy. Srovnávání s druhými dětmi vyvolává u rodičů rozpaky, nejistotu a "odvetné" tendence. Mnohdy však jde o odchylky celkem mírné a nepodstatné, avšak ve vlastnostech, jimž rodiče přikládají zvláštní význam, ať již z rodové tradice, pro nesplnění vlastních ambicí, nebo v představě zvláště žádoucí kariéry pro dítě, či z jiných důvodů. Typickým příkladem bývají neobratné, nesportovní, "buchtovité" děti v rodině vrcholových sportovců, hudebně nenadané děti v rodině koncertních mistrů, dítě zaměřené k humanitním vědám v rodině tvrdých realistů nebo podnikatelů.

O dětech, které "přitahují" zanedbávání nebo sexuální zneužívání, mluvíme v jiných spojitostech na jiných místech.

## 13 Rizikové životní situace a psychické strádání dítěte

Článek 2. Děti světa jsou bez viny, jsou zranitelné a jsou závislé. Jsou ale také zvědavé, aktivní a plné naděje. Jejich čas by měl být časem radosti a pokoje, časem her, učení a růstu. Jejich budoucnost se má utvářet v harmonii a spolupráci. Jejich život má vyzávat ve shodě s tím, jak se rozšiřují jejich obzory a jak získávají nové zkušenosti.

Světová deklarace o přežití, ochraně a vývoji dětí. New York, 30. září 1990

Nemůžeme samozřejmě probírat všechny situace, které jsou potenciálním zdrojem ohrožení dítěte fyzickým týráním, sexuálním zneužíváním či zanedbáváním. Vybíráme z nich ty nejčastější, s nimiž se odborní pracovníci setkávají ve své práci a prakticky kdokoliv z nás ve své blízkosti nebo i ve svém vlastním životě. Charakteristickým znakem těchto situací je, že ohrožení, které dítěti přinášejí, nebývá omezeno jenom na jednu složku CAN (tedy buď jen na týrání, nebo jen sexuální zneužívání, nebo jen zanedbávání), ale že dochází k jejich nejružnějším kombinacím, s větším nebo menším důrazem na tu či onu. Podstatné ovšem je, že dítěti přinášejí prakticky vždy ohrožení strádáním psychickým, a to mnohdy daleko závažnějším, než je strádání fyzické. (Chceme na to upozornit ostatně už nadpisem této kapitoly.)

Dítě se narodí do určité rodiny a také do určité životní situace, kterou si samo nemohlo zvolit. Zvláště dítě malé nemůže nijak výrazně ovlivňovat psychopatologii svých rodičů, jejich podivné a traumatizující chování. Dítě je tedy jakousi "obětí" osudu, který byl pro ně přichystán. Rizikovou situací je pro ně tedy soužití s rodiči (event. jinými primárními vychovateli) postiženými duševní nemocí nebo jinou vážnější zdravotní poruchou. Problém není jenom v tom, že dítě je v důsledku změněné psychiky svých vychovatelů týráno, zanedbáváno nebo zneužíváno, ale také v tom, že přebírá od svých patologicky se chovajících rodičů, nesprávné životní hodnoty, postoje vůči sobě samému i vůči ostatním lidem, zkreslené pohledy na svět a takové vzorce chování, které je mohou připravit v dalším životě k vlastnímu selhávání v zátěžových životních situacích.

Jenže! Děti se nestávají v největším procentu případů pouhou obětí svých psychicky nemocných rodičů, ale jsou vystaveny celé dlouhé řadě životních situací, které ať chtějí nebo nechtějí, musí ve své závislosti na rodičích, členech širší rodiny či na jiných vychovatelích prožít.

V tomto případě dospělí kolem nich se chovají "normálně", nebývají předmětem psychiatrické péče a jejich chování se zdá druhým lidem rozumné a přiměřené. Dítě je zataženo do složité sítě vnitrorodinných vztahů a vzhledem ke své závislosti, často i bezmocnosti, se nutně stává aktérem hry, ve které většinou pouze prohrává. To vše se odráží v jeho psychice, v jeho negativním prožívání světa, v narušeném psychosociálním růstu jeho osobnosti.

Pokusme se nyní popsat některé z nejčastějších situací, které mohou dítě často dosti výrazně poškozovat.



## "Když děti mají děti"

Tento symbolický název se vžil v poslední době jako velmi výstižné označení situace, kdy velmi mladá dívka či dospívající muž - většinou pod hranicí zletilosti - čekají dítě. Takových případů bohužel není a hlavně v nedávné minulosti nebylo málo. Nezletilé gravidní dívky při zjištění těhotenství propadají většinou vnitřnímu chaosu, obávám, co bude dále, především však obávám, jak na fakt těhotenství budou reagovat rodiče. Některé z nich oznamují tuto skutečnost s rozpaky a s ostychem partnerovi, některé jsou vůči němu agresivní a vyčítají mu, že on zavinil tuto traumatizující situaci. Následuje často několikátýdenní období dohadů, co udělat v nejbližší budoucnosti. Tyto dohady se pochopitelně týkají možnosti nějakým způsobem, ať legální či (hlavně v minulosti) i nelegální cestou, těhotenství přerušit.

Výzkum nezletilých gravidních, prováděný jedním naším pracovištěm, ukázal, že proces rozhodování, zda pokračovat či nepokračovat v těhotenství, je velmi složitý a často dosti bolestný. U zkoumaného vzorku zhruba 200 gravidních nezletilých dívek se ukázalo, že přibližně 65 % z nich se rozhoduje pro pokračování těhotenství, zbytek volí interrupci. Výzkum dále ukázal, že naprostá většina těch dívek, které volily pokračování těhotenství ve svých 16 či 17 letech, si počínala velmi nezodpovědně a lehkomyšlně nejen v sexuálních stycích vůči partnerům, ale také při svém rozhodnutí, zda těhotenství má pokračovat. Jako nejčastější důvod pro pokračování těhotenství se neobjevovala hluboká láska k partnerovi, láska k nenarozenému dítěti, ale zcela jiné motivace. Takovými byly např. tendence ukázat rodičům svou dospělost a nezávislost, chuť změnit dosavadní subjektivně nudný a nezáživný život v něco nového, kde by dítě bylo mocným stimulem ke kýžené životní změně. Výpovědi některých z nich však doslova vyrážely dech: "Dítě chci proto, že mně zemřel pes a je mi teď smutno - s dítětem si teď budu moct alespoň povídat." "Ať má moje kamarádka vztek, že budu mít dítě dřív než ona." "Přemýšlela jsem, jak bych nejvíce potrestala otce a matku a teď se mi to konečně podařilo. Kdybyste viděl, jak jsou zoufalí a jak mě denně chodí prosit, abych své rozhodnutí změnila - ale já to neudělám."

Při otázkách o vztazích k partnerům sdělovaly některé dívky, že jim na těchto vztazích příliš nezáleží, že je pro ně podstatné pouze to, aby měly dítě. Některé z nich odmítaly určit biologického otce s poukazem na to, že by to stejně nepřijal a že by vznikly zbytečné konflikty. Jedním z nejčastějších důvodů pro rozhodnutí pokračovat v těhotenství a mít dítě byly postoje matek, ale také lékařů, kteří hrozili nezletilé gravidní dívce, že dojde-li k interrupci, nikdy už žádné děti mít nebude. Na to mladé dívky reagovaly pláčem a depresí, říkaly nám, že si dítě nepřejí, že považují svou graviditu za katastrofu, ale že je povinností ženy mít dítě a představit si život bez dítěte, je pro ně nemyslitelné. Proto musí brát v úvahu ono hrozivé varování rodičů a lékařů, že by už nikdy děti neměly.

Je nutné podotknout, že tato skupina dívek, které bylo možno podrobně vyšetřit, pocházela prakticky bez výjimky z rodin s nízkou kulturní a ekonomickou úrovní. Většina z nich neměla žádné další životní ambice, neměla dokončené vzdělání či přípravu k zaměstnání a zdálo se, že jak ony, tak i jejich rodiče se prostě poddávají osudu. Při analýze jejich rodinného zázemí se dále ukázalo, že více jak 70 % z nich prodělalo rozvod rodičů.

Celá námi vyšetřená skupina, která byla plně reprezentativní pro jeden pražský obvod, ukazovala nejen malé znalosti a malou orientaci v otázkách sexuality, ale především v otázkách výchovy dítěte, všeho toho, co dítě potřebuje, toho, jak se mají rodiče chovat. Některé neznalosti byly zarážející. Budoucí matky neměly představu např. o tom, kdy se dítě začne usmívat, kdy dělá první kroky, kdy začne mluvit, kdy se má učit zachovávat čistotu.

Zvýšené nebezpečí zanedbávání, event. psychické deprivace dítěte v jeho časných vývojových fázích je tedy nasnadě.

Dojde-li u nezletilé dívky ke sňatku, bývá těhotenství prakticky tím jediným motivačním faktorem pro jeho uzavření. Většina mladých mužů přijímá okolnost, že budou v brzké době otci, s hlubokými vnitřními rozpaky, které se snaží navenek krýt. V rámci konvenčních přístupů k otcovství se bojí přiznat sobě i druhým, jak hodně jim bude narozené dítě bránit v jejich plánech a záměrech, jak je bude omezovat, jak negativně ovlivní jejich život. Pro řadu z nich přestává být partnerka na konci těhotenství fyzicky přitažlivá, často vyhledávají jiné přechodné známosti, takže již v období před narozením dítěte se objevují četné manželské konflikty.

Hlavní problémy nastávají po narození dítěte. Opět v rámci společenských konvencí je událost oslavována, všichni jsou alespoň přechodně šťastni, ale po krátké době nastává u velké řady případů zásadní změna. Mladá matka nestíhá povinnosti spojené s péčí o dítě a ačkoliv se chtěla často osvobodit od své matky a ukázat jí svou nezávislost, je nucena ji žádat o pomoc a závislost buď na vlastní matce, nebo na tchyni se neúměrně zvyšuje. To je jedno z rozčarování, které taková extrémně mladá matka prožívá. Jiným rozčarováním je, že záhy poznává, že starosti spojené s dítětem převyšují radosti, které z dítěte má. Cítí se vyčerpaná, nemá dostatek trpělivosti, začíná být podrážděná a lituje se. To vše se přenáší na partnera, kterého často obviňuje z nezájmu o dítě, o ni a rodinu obecně.

Takové stesky mladých matek však mívají i reálný podklad v chování jejich manželů. Mladí otcové si rádi ponechávají své zájmy a koníčky, svou "partu", a protože domov je naplněn nepříjemnou atmosférou a povinnostmi, snaží se být co nejméně doma a hledají pro to různé přijatelné výklady: "Abychom se měli dobře, musím si hlídat svou kariéru; musím vydělávat peníze; nemohu opustit přátele, které budu potřebovat, kteří mě mají rádi; mám nárok na to odpočinout si aj."

Typické je, že mnoho mladých otců si stěžuje, že jsou nyní "na druhém místě", že se jejich manželka věnuje převážně dítěti. Na druhé straně od jejich manželek - mladých matek - slyšíme velmi často, že o ně muž ztratil zájem, že si vše představovaly jinak, že muž projevuje značné sobectví a egocentrismus, že mu dítě nic neříká, že se s ním nemazlí, že se na ně dostatečně netěší.

Zatímco mladý otec se cítí jakoby "odstrčen", mladá matka často velmi těžce nese, že lidé kolem ní, kteří jí předtím věnovali značnou pozornost, např. rodiče věnují nyní tuto pozornost dítěti. Protože je matka sama ještě emočně nedospělá a potřebuje značnou míru pozornosti a ochoty plnit její potřeby, stává se vlastně dítě pro ni soupeřem - rivalem - a matka na ně nejprve ve skrytu a později otevřeně začne žárlit. Malé dítě se postupně stává překážkou v uspokojování jejích jiných potřeb.

V matce roste agrese a dítě je buď zanedbáváno, anebo nepřiměřeně trestáno za své velmi přirozené chování, jakým je např. to, že vyžaduje pozornost, že pláče, když má hlad nebo když je nemocné, že se pomočuje atd. Matky obhajují své agresivní nakládání s dítětem a jeho bití tím, že často říkají: "Stále něco chce, pořád se mi tady plete, nedá mi chvíli klid, prostě zlobí." Pod termínem "zlobí" se schovává vše, co je v aktivitě dítěte matce nepříjemné, co ji ruší, ačkoliv z obecných hledisek se dítě chová zcela normálně. Matka není totiž připravena na svou mateřskou roli a odmítá vědomě či nevědomě ji plnit.

Negativní roli velmi často hrají matčini vrstevníci. Poznámky kamarádek o tom, jak krásný a zajímavý měly víkend, dovedou mladou a starostmi o malé dítě "zdeptanou" matku dovést k závěrům, že má zkažený život, že vše mohlo být jiné nebýt existence dítěte. V jejím chování vůči dítěti se pak nutně objevují rozporné (ambivalentní) pocity a postoje a vyústíjí nezdědkou k chaotickému, pro zevního pozorovatele nepochopitelnému chování. Matka současně dítě miluje, ale také je nemá ráda, dokonce je nenávidí a často i zavrhuje. (Neblahé důsledky fyzické a psychické naplňují pak nezřídka diagnózu CAN.)

Je však nutné si uvědomit, a to je jeden z poznatků nejzásadnějších, že matka v důsledku tzv. sociální konformity, tj. obecných kulturních tradic, většinou nehovoří s nikým o svých negativních vztazích vůči dítěti. Ona je pouze prožívá, negativně se vůči dítěti chová, ale před nejbližším okolím své negativní postoje vůči dítěti skrývá. Ale nejen to. V důsledku obecných tradic, že matka má milovat své dítě, není si

schopna připustit ani sama pro sebe, že dítě je pro ni překážkou, že je nemá ráda, že jí vadí, že by se ho nejraději zbavila.

Četné výzkumné studie týkající se chování nezletilých matek vůči jejich dětem ukazují, že nejsou schopny dítě záhy po jeho narození, tedy v jednom z nejranějších období formování osobnosti, dostatečně pozitivně stimulovat. Výzkumy ukázaly, že takové matky nejsou schopny k sobě dítě přivínout s dostatečnou láskou, nejsou schopny určitým způsobem se ho dotýkat, že se k němu chovají jako k hračce nebo loutce.

Jiné výzkumy ukázaly, že dítě potřebuje určitý druh vizuálních, sluchových a dotykových podnětů, které nejsou mladé matky schopny naplnit. Dítě např. instinktivně hledá oči matky jako zdroj poznávání a kontaktu se zevním světem - avšak neakceptující a nemilující matka odvrací své oči od dítěte. Ukázalo se, že centrální nervový systém dítěte je dokonce naladěný na určitou frekvenci matčina hlasu. Jiným tónem hlasu (jeho jinou frekvencí, která se dá změřit) hovoří milující matky vůči dítěti, jiným tónem hovoří např. s otcem dítěte nebo se svou tchyní. Všechny tyto jemné nuance, jako je dotýkání dítěte, pohled z očí do očí, tón hlasu, ale zvláště pak způsob kojení dítěte, rozhodují zásadně o jeho budoucích tzv. vzorcích chování.

Pokud jsme se zmínili o kojení dítěte, uvažují četní psychologové na základě řady výzkumů o tom, zda kojení, které je prováděno mechanicky, jako pouhý akt výživy, je vůbec a do jaké míry smysluplné. Na druhé straně může být kojení dítěte nejintimnějším a nejlepším naplňováním potřeb, které dítě má, to jest nejen potřeby jeho výživy, ale celé další řady potřeb psychických. Zvláštní intimita kojení, která je zachovávána v evropské a severoamerické kultuře, je úzce spojena s pohodou, láskou, dotýkáním dítěte, přivínutím dítěte k nahému tělu, čímž dochází k naplňování jeho základní psychické potřeby jistoty a bezpečí.

Souhrmně řečeno - velmi mladé matky a mladí otcové, kteří jsou na hranici nebo těsně za hranicí své zletilosti, nebývají schopni, nikoli ze zlé vůle, ale pro svou psychosociální nepřipravenost, plnit některé nejzákladnější rodičovské funkce. Nenaplnění těchto funkcí vede k vytváření široké škály postojů pro dítě nevýhodných a ohrožujících jeho budoucí vývoj. Tato škála obsahuje ve svých krajnostech nejen hrubé zanedbávání dítěte, ale i vysloveně agresivní, nepřátelské postoje vůči němu.

Nejlepším způsobem, jak se vyhnout takovému vědomému či daleko častěji nevědomému poškozování dítěte je tzv. odpovědné rodičovství. To zahrnuje mimo četné jiné aspekty například posunutí období pro mateřství a otcovství do takové životní situace, kdy oba partneři se nejen cítí, ale jsou fakticky emočně i sociálně dostatečně zralí a připraveni pro roli rodičů.

## **Narození poškozeného dítěte**

Obecně se dá předpokládat, že všechny manželské (ale pochopitelně velmi často i tzv. předmanželské) páry, které očekávají dítě, mají o něm své někdy velmi konkrétní představy. V řadě kultur rozhoduje, zda se narodí chlapec či děvče, pro jiné je důležitá barva očí či vlásků a pochopitelně celkové zdraví a fyzická a psychická kondice dítěte. Není dále pochyb o tom, že všichni chtějí pro své dítě to nejlepší. Většina mladých dvojic čekajících dítě si dovede dlouze povídat o tom, jaké asi bude, komu se bude podobat, jaký bude mít osud. Nejen rodiče, ale postupně i celá širší rodina, to jest především prarodiče nebo i jiní příbuzní, se měsíc po měsíci během gravidity budoucí matky připravují na "příchod" dítěte.

Takový příchod dítěte je často spojen s mnoha očekáváními a předsevzetími. V kulturách nejrůznějších národů a slavných rodů jsou četné tradice, které se prolínají i do literatury - např. bájí a pohádek o tom, zda se má narodit princ nebo princezna a jací že budou. Čím silnější jsou tyto tradice a předpojatosti vůči ještě nenarozenému dítěti, tím větší může být nejen zklamání rodičů, širší rodiny, ale třeba i celého kmene či národa, když se narodí dítě, které neodpovídá původním představám.

Řada výzkumů, které studují děti s tak zvanou vrozenou vývojovou vadou (VVV), bohužel, ukazuje, že v naší republice je procento dětí, které se s VVV narodily, poměrně vysoké. Některé průzkumy, které studovaly tento problém ve větších městských aglomeracích (Severočeský kraj, Praha aj.), ukazují, že např. v období od roku 1970 do roku 1980 vzrostl počet VVV z 9 % až na 15 %. Tyto údaje nejsou dostatečně spolehlivé proto, že vzpomenuté výzkumy braly v úvahu i téměř zanedbatelné vrozené vývojové vady, které z hlediska postojů rodičů vůči dítěti nemusí mnoho znamenat. Nicméně stále zde hrozí vysoké riziko toho, že rodiče, kteří zjistí, že jejich dítě má VVV, se budou k dítěti chovat odlišně, negativně, nepřívětivě.

Jde opravdu o velký problém, ve kterém dítě hraje svou nezaviněnou roli tím, že buď díky faktorům genetickým, ale i (jak se dnes soudí častěji) za spoluúčasti faktorů životního prostředí, přichází na svět jako "poškozené".

Nelze ovšem přehlédnout něco, co se jeví jako prakticky nejvýznamnější. Je to postoj matky k těhotenství a budoucímu mateřství. Zdá se až nepochopitelné, jaké velké riziko některé budoucí matky podstupují tím, že kouří, pijí alkohol, nadměrné množství kávy, užívají bez lékařského dohledu různá psychofarmaka a dokonce si "vylepšují" svůj život užíváním drog!

Výzkumné studie však odhalily další velmi významný faktor, vedoucí ve svých důsledcích k narození poškozeného dítěte. Tímto zásadním faktorem je stres.

Matky, které prožívaly své těhotenství tak, že je vlastně proplakaly, že byly v důsledku své psychosociální situace hluboce a opakovaně nešťastné, měly a nadále jistě mají vyšší pravděpodobnost, že se jim narodí nějak poškozené dítě. Vrozené vývojové vady mají nejen svou intenzitu a závažnost, která ohrožuje další perspektivu psychického a somatického vývoje dítěte, ale mají také svou zvláštní kvalitu, řekněme kvalitu psychologickou, v tom, zda jsou např. u nově narozeného dítěte zjevné či skryté.

Některé poměrně vážné, ale tzv. skryté vady (např. poruchy cévního oběhu aj.) jsou často pro rodiče přijatelnější než vady zjevné. Zjevné vady bývají i přes možnost jejich reparace pro rodiče těžce traumatizující a šokující.

V jedné z našich výzkumných studií prováděné v 80. letech na Klinice plastické chirurgie Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, kde byl v té době přednostou prof. M. Fára, byla šetřena skupina 109 dětí a jejich matek. U dětí byl po jejich narození diagnostikován rozštěp rtu a patra. Je potřeba si uvědomit, že z psychologického hlediska představuje obličej a zvláště u dítěte onen krásný a obdivovaný ústní otvor - pusinka - něco, co je hodno zvláštní pozornosti nejen rodičů, ale i všech ostatních. Je-li ústní otvor hrubě znetvořen vrozenou vývojovou vadou a musí-li matka vidět místo krásné pusinky dítěte zející krvavou ránu, jde o silný emoční šok, který přichází jako blesk z čistého nebe. Matka je zmatena faktem, jaké dítě se jí narodilo, prochází řadou stadií psychického traumatu od hluboké deprese, sebelítosti, sebeobviňování až po fázi obviňování druhých (např. lékařů, zdravotnického personálu aj.), ale hlavně i obviňování partnera a jeho rodu.

Výzkum ukázal, nejen že matky prožily po narození takto poškozeného dítěte šok a depresi, ale že se jejich utrpení zvyšovalo reakcemi okolí - ať již partnera či prarodičů.

Ukázalo se, že dítě, které je svým poškozením obličejově tzv. "nechlubitelné", tzn., že matka je s plnou radostí a potěšením nepředvádí nejen svým nejbližším příbuzným, ale i širšímu okruhu svých známých, vede svou existencí rodiče ke zvláštnímu způsobu chování, který je charakterizován především "stažením

se". Matky takových dětí nevycházejí s dítětem ven, straní se svého okolí, bojí se nejen urážlivých a ponižujících poznámek, ale patrně především povrchního a planého ujišťování, že vše bude dobré.

Rodina začíná žít anonymně, nechce o své "prohře" s nikým hovořit, znovu a znovu si připomíná svůj těžký osud. Jak je tomu i v jiných případech, dítě se stává předmětem nadměrné péče (kterou ovšem ze zdravotních důvodů vyžaduje), lítosti, ale také zdrojem frustrace ze zklamaných nadějí. Čím větší byly aspirace a představy o tom, co dítě má všechno splnit, tím pochopitelně je silnější i zklamání. Opět se zde objevuje onen velmi nebezpečný a nežádoucí ambivalentní vztah, který v sobě zahrnuje protipolné postoje, tj. lásku a nenávisť, s neblahými důsledky pro dítě, až po CAN v různé jeho formě a intenzitě.

Je třeba dodat, že výzkum matek, které zažily hluboké zklamání nad narozením svého postiženého dítěte, ukázal, že se ani po 15 letech nezbavily některých protikladných postojů a pocitů vůči němu. Ukázal, že matky dále trpí obavami nejen o další vývoj svého dítěte (ačkoli vada byla chirurgicky spravena), ale že se obávají možného genetického přenosu, že jim dítě dělá větší starost než matkám tzv. zdravých dětí atd.

Zjistilo se dále, že takto poškozené děti samy se v období svého raného dospívání stále cítí vyloučeny ze skupiny svých vrstevníků a že se - a to zvláště u děvčat - neztotožňují se svou dívčí a později ženskou rolí.

Jejich pocity a postoje a na to navazující postoje rodičů tvoří jakýsi bludný kruh, který připravuje poškozené dítě k dalším životním zklamáním a prohrám.

Děti, které se rodí s určitým defektem do rodin, které zvláště očekávaly od dítěte naplnění svých ambicí, mají ve většině případů (pozor - ne vždy!) nelehký život.

Jestliže jsme se v předchozí podkapitole dotkli problému velmi mladých rodičů a mechanismů, kterými poškozují své děti, platí to dvojnásobně v takových případech, kdy se těmto emočně nepřipraveným a sociálně nestabilizovaným rodičům narodí poškozené dítě. Zatímco např. stabilizovaná manželství o něco starších rodičů jsou zpravidla schopna překonat tento těžký životní úděl bez rozpadu rodiny, velmi mladá manželství se v jeho důsledku rozcházejí a tím podstatně více komplikují další vývoj a osud dítěte. Jeho ohrožení zanedbáváním, psychickým strádáním, ale i ústrky, fyzickými tresty, ba i systémovým týráním se tedy podstatně zvyšuje.

## **Nechtěné děti**

Tato otázka je středem pozornosti nejen vědeckých pracovníků, ale i široké veřejnosti po dlouhou řadu let. Co se asi děje, když matka z nejrůznějších důvodů nechce mít dítě a je k tomu nějakými okolnostmi na ní nezávislými přinucena. Jde o velice komplikovaný medicínský, etický, ideologický a také právní problém.

Česká republika (přesněji řečeno dřívější ČSSR) má v oblasti vědeckého výzkumu těchto otázek prakticky světový primát. Byla provedena téměř třicet let trvající studie, ve které byly exaktními metodami měřeny osudy dětí, které se narodily z prokázaně nechtěného těhotenství (matka v tehdejší době žádala během téhož těhotenství dvakrát o interrupci, ale ta jí nebyla ani obvodní, ani odvolací komisí povolena). Osudy a tzv. psychosociální vývoj těchto dětí narozených jako nechtěné, byly srovnávány se skupinou dětí, proti jejichž narození matka neprotestovala, nežádala o přerušení těhotenství, nedělala nic, aby se dítě nenarodilo, i když mnohdy nepochybně byla faktem těhotenství zaskočena.

Podrobné rozbory osudů obou srovnávaných skupin ukázaly zcela přesvědčivě, že tzv. nechtěné děti mají ve svém vývoji, a to až do dospělosti, určitý zásadní handicap, který se projevuje v jejich menší psychické a sociální prosperitě a v jejich méně spokojeném a šťastném prožívání života.

Oba zkoumané soubory byly sledovány v několika životních etapách, tj. ve věku 9, 16, 21 a na konec ve 30 letech, tzn. v plné dospělosti.

Nálezy u školních dětí ukázaly, že nechtěné děti byly častěji nemocné, měly podstatně horší školní výkon neodpovídající jejich intelektové úrovni, byly méně oblíbeny u rodičů, učitelů a svých vrstevníků. V rané dospělosti se nechtěné děti objevovaly významně častěji než děti kontrolní v evidenci protialkoholních a protidrogových poraden, ale také v celostátním rejstříku trestů. Měly častěji výrazný sklon vytvářet si společenské problémy, trpěly konflikty s nadřízenými, ale také se spolupracovníky, měly méně přátel, byly často zklamány v lásce a, obecně řečeno, byly méně spokojeny se svým životem a i se svým psychickým stavem. Část těchto nálezů se potvrdila i při sledování obou skupin ve věku kolem 30 let.

To tedy znamená: Ačkoliv uvedená studie ukázala, že tzv. biologický start do života (porodní váha, délka, porodní komplikace) byl u chtěných a nechtěných dětí stejný, okolnost, že matka dítě nechtěla a že se k němu pravděpodobně chovala zvláštním způsobem, který nezasvěcené okolí nezaznamenalo jako postoj vysloveně negativní, vedl ve svých konečných důsledcích ke zhoršené životní prosperitě dítěte.

Jde o velmi jemný psychologický problém, který je označován jako psychická subdeprivace.

Tento pojem znamená, že matka v důsledku přetrvávajícího negativního postoje vůči dítěti i po jeho narození není plně schopna vědomě či nevědomě naplňovat nejzákladnější psychické potřeby, které jsou důležité pro další psychosociální vývoj dítěte. Psychické strádání dítěte není sice masivní a navenek nápadné, leč promítá se nepříznivě do jeho společenských, erotických a sexuálních vztahů, ba nepochybně i do rodičovských postojů k vlastním dětem. Psychická subdeprivace, stejně jako klasická deprivace, má tendenci přenášet se z generace na generaci.

Pro předcházení těmto neblahým následkům možno odvodit několik doporučení, dnes ostatně přijatých v mezinárodním rozsahu:

1. Žena má mít právo sama a bez nátlaku se rozhodnout, zda ve svém životě chce mít dítě či nikoliv.

Život ukazuje, že ne každá žena je svou genetickou výbavou, svým psychologickým zaměřením a svou celkovou osobností připravena pro roli matky. Vyšetřování dlouhé řady žen ukázalo, že některé z nich mají velmi nepříjemné pocity, mají-li se dotknout malého dítěte, že si nedovedou představit, že by takové dítě měly a že by o ně měly pečovat. Vzbuzuje to v nich odpor, úděs a hluboký vnitřní neklid. Je nutné zdůraznit, že obecná, tradující se představa, že každá žena touží po dítěti, že je naplněna štěstím, když se jí dítě narodí, a že se v ní objeví tzv. mateřské a ochranné "instinkty", neodpovídá zcela pravdě. Z určitých hledisek lze zcela pominout, zda konkrétní žena odmítá mít dítě např. proto, aby naplnila svou profesionální kariéru, udržela si svůj zevní půvab a přitažlivost, či zda to dělá proto, že představa mateřství je pro ni z příčin, které ani nedovede příliš analyzovat, nepřijatelná.

2. Žena má mít právo, aby měla dítě s partnerem, který je pro ni dostatečnou zárukou nejen manželských, ale především dobrých otcovských postojů a udržení rodiny.

Podíváme-li se na současnost zcela realistickým pohledem, musíme konstatovat, že sexuální a erotická oblast není pro mladé lidi nějakým velkým tabu. Je přirozenou součástí života stejně tak, jako se stalo prakticky normou střídání sexuálních partnerů.

Při relativně volnějším erotickém a sexuálním životě mladých lidí, zvláště ve velkoměstských aglomeracích, kde jsou kryti specifickým druhem anonymity, si lze představit, že mladá dívka má sexuální styk, z něhož vzniklo těhotenství, s partnerem, který se najednou jeví jako naprosto nevhodný pro budoucí manželství a rodičovství. To se ovšem netýká pouze mladých, dalo by se říci naivních dívek. Některé studie ukázaly, že ve stejné situaci se ocitají např. dospělé rozvedené ženy, které hledají náhradní partnery. Sexuální styk a možné těhotenství předchází velice výrazně jejich rozhodnutí, zda by s partnerem chtěly spojit své další osudy.

3. Žena má mít právo určit si dobu svého těhotenství, kterou z hlediska svého, ale především z hlediska prosperity svého budoucího dítěte, považuje za nejvhodnější.

Tento problém tzv. časování těhotenství se v praxi bývalých interrupčních komisí objevoval jako nejčastější. Naprostá většina gravidních žen neodmítala mít dítě. Prohlašovaly, že dítě chtějí, že si bez něho nedovedou představit další život, jenomže nechtějí mít dítě právě teď, v tomto určitém období. Bylo to dáno okolnostmi ekonomickými, bytovými, okolnostmi svázanými s dokončením přípravy na profesionální kariéru aj. Prostě řečeno - ty ženy, kterým se v daném čase těhotenství nějak "nehodilo" a měly pro to své, z individuálního hlediska vzato, vážné důvody, se dostávaly do složitých problémů. Ty však bývalými zákony nebyly respektovány. Tak se mohlo stát, že matka, která by v jiném životním období uvítala s radostí narození dítěte, se proti těhotenství, ke kterému byla donucena, zatvrdila, a výsledkem bylo ono již mnohokrát zmíněné a pro vývoj dítěte přímo nebezpečné nepřijetí narozeného dítěte.

Jak jsme již výše uvedli, lze doufat, že počet vysloveně nechtěných dětí bude klesat s tím, jak bude stoupat odpovědnost rodičů za jejich narození.

## **Děti narozené mimo manželství**

Úvodem je nutno zdůraznit, že počet dětí narozených mimo manželství není malý a že se například od roku 1990 stále zvyšuje. Zatímco se v tomto roce narodilo 11 167 nemanželských dětí, pak v roce 1993 jich bylo již 15 323, což činilo 12,7 % ze všech živě narozených dětí (Pavlík, 1994).

Narození nemanželského dítěte je spojeno s řadou okolností, které mohou být v různé míře nepříznivé pro další vývoj dítěte. Schematicky lze rozlišovat tyto situace:

- a) Mladá dívka či žena má současně několik známostí, pěstuje "skupinový sex" a najednou zjistí, že je těhotná. Neví, kdo může být otcem dítěte, nikoho jako otce neoznačí.
- b) Při podobné situaci, kdy si není jista, kdo by mohl být otcem, vybere si toho partnera, který se jí zdá být pro roli manžela a otce ten nejvhodnější. Je však odmítnuta, partner otcovství popírá. Může jít i o náhodný sexuální styk nikoli s několika, ale pouze s jediným partnerem, jehož jméno však často ani nezná.
- c) Žena má vztah s jedním partnerem, o kterém je pevně přesvědčena, že je otcem dítěte, ale situace partnera je nějak společensky problematická. Jde například o ženatého muže, který připouští otcovství, ale odmítá se rozvést. Nezřídka se stává, že vznikne intimní vztah s cizincem, kdy

sňatek je nerealizovatelný proto, že muž nechce žít v této zemi a ona nechce žít v zemi jeho původu.

- d)** Oba partneři s těhotenstvím souhlasí, ale v období před uzavřením sňatku partner umírá, např. po autohavárii, nebo je uvězněn po spáchání trestného činu.
- e)** Otec budoucího dítěte je znám, žena by si ho docela ráda vzala, ale naráží na odpor a zákazy ze strany jedněch či druhých rodičů, jejichž vliv je tak silný, že žena spíše vyhoví jejich než svým a partnerovým požadavkům.
- f)** Žena se zamiluje do někoho ze svého okolí nebo do nějaké obecně známé či slavné osobnosti a s tímto člověkem chce mít dítě, aniž by si dělala (někdy těžko realizovatelné) nároky na manželství.
- g)** V posledních desetiletích se dosti často objevují případy žen, většinou vysokoškolaček, které chtějí mít dítě, ale nechtějí být vázány na jeho otce. Odmítají tedy sňatek i partnerský vztah.
- h)** Žena má svého stálého partnera, se kterým má dítě, ale oba dva z nejrůznějších důvodů, i když spolu žijí, neuzavírají sňatek. Dítě je tedy úředně označeno jako nemanželské. Přitom ale v realitě jde o úplnou rodinu.

Z tohoto výčtu (patrně neúplného) situací, do kterých se rodí nemanželské dítě, je zjevné, jaká úskalí a jaké problémy mohou být s jeho dalším vývojem spojeny.

Tam, kde došlo k narození nemanželského dítěte proti vůli matky a kde není přítomen otec, matka těžko snáší svou situaci. Je navíc traumatizována postojem své rodiny i nejbližšího okolí, protože být svobodnou matkou je stále ještě spojeno se společenským odsuzováním.

Dítě takové matky může být zanedbáváno fyzicky i psychicky, matka se s ním nechlubí, nemá radost z jeho existence, stává se pro ní výraznou překážkou v životě.

V důsledku toho může začít dítě nenávidět a nepřiměřeně fyzicky trestat. Často se stává, že v něm vidí všechny faktické či domyšlené negativní vlastnosti jeho biologického otce.

Pro dítě nepříznivé chování matky může trvat či dokonce se násobit poté, co matka uzavře sňatek s novým partnerem a má s ním dítě narozené v manželství. V beletrii jsou popsány tragické osudy dětí, které se narodily jako "hřích mládí" a které jsou po celý svůj život odstrkovány a ponižovány.

Poměrně často se stává, že pokud se matka provdala za jiného partnera v době, kdy bylo dítě zcela malé, tvrdí pak po dlouhou dobu jeho vývoje, že její partner je i otcem dítěte. Takové počínání může mít své vážné důsledky třeba v období puberty, kdy dítě zjistí pravdu, prodělává psychický šok, rebeluje a revoltuje.

Ve všech případech, kdy matka zůstává sama s dítětem bez otce, je jasné, že nemohou být vždy naplněny některé důležité potřeby dítěte, ať se matka snaží sebevíce. Chybí pocit úplné rodiny, dítě chápe, že se nějak liší od ostatních dětí, ptá se na důvody toho, proč nemají tatínka a zamotává svými otázkami matku do sítě lží. Pro svůj normální psychosociální vývoj dítě potřebuje otce jako mužský vzor, jako někoho, kdo je mu blízký a přitom se chová poněkud jinak, než se chová matka. Obě dvě role, role matky a otce, se v ideálním případě musí kloubit a propojovat.

V literatuře se uvádí, že dítě, kterému chybí otcovská postava spojovaná s mužskou autoritou, má ve svém pozdějším vývoji - to platí hlavně pro chlapce - sklon projevovat se neukázněně, asociálně, je agresivní vůči dospělým i dětem.

Není-li přítomen otec, nemůže se s ním dítě identifikovat, stává se outsiderem v dětském kolektivu, kde se děti snaží přetrumfnout jedno druhé tím, čím otec je silnější, schopnější a jak atraktivní má zaměstnání.



Nemůže napodobovat jeho dobré návyky a nemůže být otcem dovedeno k nějaké činnosti, např. k určitému druhu sportu, který je matce vzdálený.

Jiným vážným problémem je nadměrně ochranné chování matky, která se snaží dítěti "vše vynahradiť". Dítě je přehnaně chráněno i před banálními situacemi, jako jsou dětské konflikty, matka reaguje s nepřiměřenými obavami na běžná dětská onemocnění, která dítě nijak vážně neohrožují. Dítě je vychováno jako ve skleníku a často není připraveno ani pro život v běžné dětské skupině, natož pro život v dospělosti. Je proto zvýšeně zranitelné a jeho pouto k matce je svazující a vážně narušující přirozený rozvoj osobnosti.

Klinická praxe ukazuje, že řada matek, které se rozhodly mít dítě za svobodna a dále se neprovdát, vykazuje četné neurotické rysy a trpí určitými poruchami osobnosti. Jejich vztah ke světu je mnohdy podivně pokřivený a matka nutí dítě, aby přebíralo její životní hodnoty.

Matky, které se neprovdaly, mívají také velmi často tendenci vyčítat (přímo i nepřímo) dítěti, že se kvůli němu obětovaly, že kvůli němu zůstaly samy, že si zkazily život, a žádají potom v období, kdy dítě dospívá, aby jim vše vynahradiť, aby se o ně staralo, aby přebíralo větší část rodinných povinností. To platí zvláště, jde-li o dospívající chlapce, kteří jsou takovou matkou nuceni v podstatě hrát mužskou roli, která nebyla v rodině naplňována.

## **Dítě a rozvod rodičů**

Jestliže jsme se v některých minulých kapitolách snažili rozpoznat, zda je dítě chováním svých rodičů týráno, zneužíváno či zanedbáváno, a to fyzicky či psychicky, pak při rozpadu rodiny, který formálně končí rozvodem, lze nalézt všechny uvedené aspekty.

Již na samém počátku úvah o rozvodech a jejich vlivu na děti je potřeba naprosto kategoricky konstatovat, že dítě je poškozováno nejrůznějšími formami rozpadu rodiny, rozchodem rodičů, jejich rozvodem, a to bez ohledu na věk, ve kterém se nachází. Pokládáme za hrubou nepravdu, že jsou období ve vývoji dítěte, ve kterých nemá rozvod rodičů na dítě vliv.

Problém spočívá mimo jiné často i v tom, že rozvádějící se rodiče nejsou schopni dobře registrovat změněné chování dítěte. Mladé matky, které se rozváděly, nám opakovaně říkaly: "Vždyť moje tříleté dítě ještě neví, co to je rozvod, nechápe pojmy kolem takové složité věci, brzy na otce zapomene a vše bude v pořádku."

Ano, takové soudy jsou z určitého hlediska pochopitelné, nicméně nesprávné. Dítě opravdu nerozumí tomu, co je to rozvod, ale velice přesně a se zvláštní vnímavostí chápe více, než se rodiče domnívají - napjatou atmosféru v rodině, agresivitu a hostilitu rodičů vůči sobě navzájem, častý pláč matky nebo zlobu otce. Všechno toto chování rodičů ohrožuje totiž uspokojení jeho základní potřeby - potřeby bezpečí a jistoty.

Jinými slovy řečeno - v každém určitém vývojovém období reaguje dítě na rozvod rodičů jinak, a to takovými změnami chování, které jsou pro jeho další vývoj nepříznivé.

Představíme-li si, že se pro území České republiky počítá přibližně s třiceti tisíci rozvody ročně, znamená to, že se rozchází šedesát tisíc jedinců, kteří mají více jak čtyřicet tisíc dětí různé věkové kategorie. Jde tedy o velkou skupinu lidí, kteří jsou rozvodem každoročně poškozeni a ve svém počtu dosahují počtu obyvatel velkého okresního města.

Aby celá záležitost byla ještě o něco výraznější, je třeba dodat, že vedle rozpadu rodin, které se rozcházejí úředním soudním aktem, existuje statisticky často komplikovaně zjistitelný počet rodin, kde sice nedochází k rozvodu, ale kde rodina neplní své základní funkce.

V dlouhé řadě výzkumných studií, které prováděli někteří autoři této publikace, byly intenzivně hledány faktory a situace, které ohrožují zdravý psychosociální vývoj dítěte a které jsou spojeny s rozpadem rodiny. Můžeme je opět rozdělit do tří hlavních skupin, které sledujeme.

## **1. Zanedbávání**

Je velmi časté a má několik příčin. Při rozpadu rodiny a rozvodu jsou oba partneři zaujati svými prožitky subjektivního neštěstí, pocity, že je potřeba bojovat a dokázat svou pravdu, obavami z budoucí samoty a celkovým vnitřním neklidem a psychickou nestabilitou. Dítě se v řadě případů stává někým, kdo je v jejich utrpení, které prožívají, jenom ruší. Věnují mu proto minimum pozornosti, jsou málo vnímaví vůči jeho potřebám, jsou netrpěliví, netolerantní a nechápající. V případech, kde matka dítěte je zaskočena návrhem na rozvod, který nečekala, dostává se často do těžké reaktivní deprese. Starat se o dítě je pro ni těžké a obtěžující a v mnoha případech žádá své rodiče, aby se na nějakou dobu výchovy dítěte ujali, protože sama cítí, že nemůže dítěti nic dát.

Rozvádějící se otec zanedbává dítě velice často tak, že na ně zanevře, nechce o něm, o jeho potřebách slyšet, nechce se mu věnovat, protože v něm cítí spojení své partnerky.

Zanedbávání dítěte má pochopitelně různé formy vzhledem k věku dítěte. Jiná je situace, jde-li o kojence, jiná, jde-li o předškolní dítě, a jinou formu nacházíme například u dětí středního školního věku. Tam se může zanedbávání projevat například tak, že jeden, často ale oba rodiče, nejsou schopni díky emocím spojeným s rozpadem rodiny starat se o to, jak dítě prosperuje ve škole, pomáhat mu a učit se s ním. Prosperita dítěte se pro ně stává druhotnou věcí, a když se objeví známky neprosperity, např. při zhoršení školního prospěchu, začnou se rodiče vzájemně obviňovat, že je vinen jeden či druhý, ale dítěti stejně dále nepomáhají.

Ve všech věkových kategoriích známe i případy, že rodiče se dostatečně nestarají ani o výživu dítěte, o jeho čistotu, o úpravu jeho oblečení. Jsou tak zaujati sami sebou, že je jim jedno, že se dítě někde toulá, že chodí pozdě domů a že neplní své povinnosti.

U řady rodičů se dokonce projevují tendence (někdy i realizované) dítěte se nějak zbavit, nevidět je, nežít s ním, svěřit je například příbuzným do péče. Rodiče mohou začít dítě nenávidět a nespravedlivě je obviňují (opět vědomě a přímo nebo nevědomě a nepřímě), že vlastně rozpad rodiny vznikl kvůli němu. Je jasné, že to je ve většině těchto případů jenom mylná racionalizace, mylné zdůvodňování a ospravedlňování chyb, kterých se dopustili ve svém manželství oni sami.

## 2. Týrání

Velmi často je hlavním smyslem fyzického týrání a bití dítěte podvědomá (někdy i vědomá) touha psychicky zranit partnera, který je citově na dítěti závislý. Situace v rozpadajících se rodinách je však častěji taková, že dítě je psychicky týráno především nepříjemnou emoční atmosférou, která v rodině panuje. Dítě často pláče, cítí se bezradné a bezmocné, cítí se ohroženo tím, co je bohužel v rozvádějících se rodinách nejčastější, tj. používáním hrubých výrazů a nadávek, jak rodiči vůči sobě navzájem, tak i nadávek týkajících se prarodičů nebo jiných osob, které má dítě rádo. Kdyby dítě mělo ve svém slovníku některé výrazy, které nyní bez obalu používají rodiče, bylo by přísně trestáno. A tak stojí před zraňující otázkou, na kterou nemá odpověď: "Proč se rodiče tak hrozně změnili?"

## 3. Zneužívání - manipulování

Zde nemáme na mysli zneužívání sexuální, ale především zneužívání dítěte jako prostředku boje proti druhému partnerovi a manipulování s ním. Dítě je zneužíváno jedním či oběma rodiči pro jejich okamžitý či jednorázový prospěch, který nijak nesouvisí s dlouhodobým prospěchem dítěte. Na dítě je často vytvářen značný psychický nátlak. Je nuceno ke lhaní, k přetvařování, nuceno, aby opustilo lidi (např. prarodiče ze strany druhého partnera), které má rádo. Dítě je vedeno tak, aby se projevovalo určitým způsobem, který je využíván k vyřizování účtů mezi rodiči. Dítě je psychicky zneužíváno např. tím, že jeden z rodičů se mu neúměrně svěřuje, tlačí dítě do role zachránce rodiny či alespoň zachránce osudu jednoho z rodičů, dostává dítě do emočních situací, na které nestačí a psychicky je neunes.

V jiných případech je dítě zneužíváno a manipulováno tím, že jeden z rodičů (častěji otec) si začne dítě "kupovat", předstírá náhle velkou lásku a velký cit vůči němu, cit, který předtím nijak moc neprojevoval. Dítě je zmateno, protože nedovede dostatečně dešifrovat, zda jde o opravdovou lásku a zájem o ně, či zda je to jenom předstírání.

S tím vším úzce souvisí velice časté vzájemné osočování rodičů a tím jejich postupné znehodnocování sebe sama v očích dítěte. To je ovšem to, co si dítě nejméně přeje a pro svůj další psychický vývoj nejméně potřebuje. Klade si otázky, proč například tatínek, který byl vždy označován jako vzorný a milující otec, je najednou označován jako někdo, kdo o rodinu a dítě nestojí, kdo rodinu zklamal a kdo dává přednost všemu ostatnímu před matkou a dítětem. Taková nečekaná ztráta lásky ze strany jednoho z rodičů je pro dítě šokující. Nedovede si s ní poradit a nedovede se s ní vyrovnat. Často věří, že je to jenom nějaká zlá hra, která nakonec dobře dopadne.

Některé naše výzkumy (Dytrych et al., 1981) ukázaly, že v relativně krátké době po rozvodu, tj. v době několika měsíců, se přestává otec, který předtím projevoval značný zájem o své dítě, neustále o něm hovořit a k dítěti se choval vřele, stýkat s dítětem a s bývalou rodinou ve 40 % (!) případů a v 21 % se stýká s dítětem velmi nepravidelně.

V důsledku často dlouhého trvání rozpadu rodin s četnými, někdy překvapivými výkyvy pozitivním i negativním směrem se u řady dětí objevují neurotické reakce nebo nežádoucí změny chování. U chlapců i u děvčat se často zhoršuje školní výkonnost, která je pak rodinou, ale také i školou negativně komentována. Dítě je za zhoršení prospěchu trestáno a tyto tresty mění jeho postoj ke škole. Obává se dalších neúspěchů, ale ty se s velkou pravděpodobností dostaví, protože dítě v důsledku vnitřního emočního napětí nemůže být schopno podat plný výkon. Jde tedy o bludný kruh. Dítě nenalézá dostatek klidu a pozitivního přijetí ani v rodině ani ve škole.

Mezi neurotickými reakcemi děvčat a chlapců je rozdíl nejčastěji v tom, že děvčata jsou více stažena do sebe, jsou plačtivá a depresivní. Chlapci reagují rebelantským chováním, snahou přitahovat na sebe

pozornost, chovat se "silácky". U mladistvých pak může takové chování přerůst v chování asociální, spojené s členstvím v různých partách, užíváním drog a hraním hazardních her (gambling).

Vše, co bylo doposud řečeno, platí o stadiu předrozvodovém a stadiu, kdy probíhá vlastní rozvodové jednání.

Poněkud jiná situace nastává v období po rozvodu. Zde jsou dvě možné varianty. V první a pro dítě výhodnější dochází k určitému uklidnění, dítě se více připoutává k matce, které je v naprosté většině případů svěřeno do péče. Matka se mu více věnuje, je schopna naplňovat jeho potřeby. Proběhl-li rozvod po závěrečné rozumné dohodě rodičů a má-li otec k dítěti volný přístup, mohou všechny zmíněné typy chování rodičů, tj. zanedbávání, týrání a zneužívání dítěte, poměrně rychle vymizet, protože k takovému chování bývalí partneři už nemají motivaci. Dítě se postupně stabilizuje a je nutno konstatovat, jak ukázal výše zmíněný výzkum (Dytrych et al., 1981), že adaptace na změněnou situaci probíhá pozitivně a překvapivě rychle.

Ve druhé variantě je však situace zcela opačná a pro dítě vysoce nepříznivá. Rozvod, který měl ukončit trápení všech členů rodiny, je jenom jakýmsi dalším mezníkem, po kterém boj pokračuje jinými, často ještě rafinovanějšími a komplikovanějšími prostředky. Děti se stávají předmětem nekonečných sporů týkajících se úpravy styku s rozvedeným rodičem. Oba rodiče se často znovu a znovu obracejí na soud, žádají změnu styku s dítětem a dokonce jeden pro druhého zbavení rodičovských práv. Takové konflikty a spory se podle našich nálezů odehrávají až ve 20 % rozvedených manželství.

Děti jsou zaplétány do dramatických situací. Matky brání nejrůznějším způsobem styku dítěte s otcem, chtějí, aby dítě předstíralo nemoc nebo aby si po návratu od otce na nějakou nemoc stěžovalo. Poté argumentují tím, že když je dítě s otcem, je zanedbáváno, není o ně dost pečováno, že se vrací nemocné, nešťastné a zneurotizované. Tyto matky žádají o opakované vyšetření dítěte u pediatra, psychologa či pedopsychiatra, od kterého chtějí potvrzení, že styk dítěte s otcem má vážné zdravotní důsledky. Jde tedy o typické systémové ohrožení dítěte.

Někteří otcové reagují naopak tak, že se násilně domáhají styku s dítětem a dítě často i unášejí na neznámé místo. Při takových situacích je dítě tvrdě zpracováváno popouzeno vůči druhému rodiči. Je tedy vlastně, jak jsme již řekli, psychicky zneužíváno, týráno a manipulováno.

Obecně se ukazuje, že častějším předmětem rodičovských sporů o styk s dítětem jsou chlapci. Můžeme se domnívat, že otcové o ně mají větší zájem, protože v nich vidí pokračovatele rodu, jejich zájmy jsou jim bližší, jsou jim bližší i jejich event. perspektivy. Klinické i výzkumné zkušenosti ukazují, že chlapci jsou rozvodem celkově více zraňováni než děvčata.

Obecně lze uzavřít, že děti bývají rozvodem rodičů poškozeny dosti hluboce, že prožívají důsledky rozvodu nejprve jako akutní problém, dále jako problém, který se táhne řadu let, a dokonce jako problém, který může být trvalý. Některé z problémů týkajících se rozvodu rodičů přetrvávají do jejich dospělosti a ovlivňují výrazně jejich vztahy k budoucím partnerům a jejich budoucím dětem.

## Dítě a nevlastní rodič

Při již zmíněném vysokém procentu rozvádějících se dvojic se jeví jako zcela přirozené, že jak ženy, tak i muži hledají nové rodinné zázemí a zakládají novou rodinu.

V tomto ohledu jsou zajímavé některé statistické údaje. Před 15 či 20 lety byla tzv. "druhosňatečnost" v bývalé ČSSR velice vysoká. Nyní se zdá, že patrně vzhledem k měnícím se sociálním a ekonomickým podmínkám nastávají určité změny.

V roce 1992 se po rozvodu znovu vdávalo 68,6 % rozvedených (z toho 73,9 % mužů a 63,3 % žen). V roce 1993 to bylo již jen 56,8 % (z toho 59,8 % mužů a 53,7 % žen). V roce 1994 je to pak překvapivě pouze 54,4 % (z toho 57,4 % mužů a 51,3 % žen). Kdysi poměrně vysoký rozdíl mezi muži a ženami, kteří uzavřeli nový sňatek, se v minulých letech postupně zmenšuje.

V případech, kdy se v nové rodině objeví nový otec nebo nová matka, hovoříme o tzv. doplněné rodině.

K takovému doplnění rodiny však dochází v praxi po četných problémech a úskalích.

Vezměme jako příklad třicetiletou ženu, která má dítě v mladším školním věku. Záhy po rozvodu většinou prohlašuje, že je bývalým manželstvím natolik zklamána, že žádného nového partnera nechce a že bude žít s dítětem sama. Z důvodů emočních, sexuálních, ale také velmi často z důvodů ekonomických pak po všech těchto prohlášeních navazuje přechodné známosti a hledá nového partnera nejen pro sebe, ale také náhradního otce pro své dítě. To není jednoduché, poněvadž třicetiletá žena - na rozdíl od stejně starého muže - musí hledat partnera věkově jí přiměřeného, většinou staršího. V této věkové kategorii, tj. 30 - 35 let, se jen těžko nacházejí muži, kteří by byli svobodní. Je tedy nutno hledat partnera z okruhu ženatých nebo rozvedených. Ti mají většinou své vlastní děti. Rozvedení muži mají na rozdíl od žen tu zvláštní výhodu, že mohou hledat partnerku např. i z těch, které teprve nedávno dovršily zletilost.

Při hledání nových partnerů se tedy v rodině objevují tzv. "strýčkové". Ti se podle struktury osobnosti ženy, jejího temperamentu, sexuálních a ekonomických potřeb dosti často střídají. Napomáhá tomu i ta okolnost, že ženy, kterým je svěřeno dítě po rozvodu do výchovy, mají nárok na užívání bytu, ze kterého bývalý partner dříve či později odchází. Právo užívat byt se tak stává vědomě či nevědomě důležitým faktorem ve hře o získání nového partnera. Mnoho rozvedených mužů se rádo přistěhuje k nové partnerce, která má ovšem v bytě své dítě.

Je tedy třeba konstatovat, že v menším počtu případů rozvedená žena-matka se po určitém časovém období, trvajícím většinou dva až tři roky, vdává za nového partnera a rodina se tím doplňuje.

Střídání "strýčků" je pro děti situace málo pochopitelná a psychicky často neúnosná. Matka vyžaduje, aby jejího nového kamaráda dítě respektovalo, chválí jeho přednosti a často ho nekriticky pozitivně srovnává s otcem dítěte. Vidí ho, jednoduše řečeno, jinýma očima, než ho vidí dítě.

Trvá-li takový stav, spojený dokonce se společným bydlením, řadu měsíců (někdy třeba déle než rok), prodělává dítě náročný proces adaptace na nového člena rodiny. Tento proces je náhle přerušen tím, že matka dítěti sdělí, že strýček nebyl tak hodný, jak si myslela, a že se odstěhoval. Samozřejmě rozchod s takovouto přechodnou známostí je spojen s dosti ostrými konflikty, které se velmi podobají konfliktům, které dítě prodělalo při rozvodu svých biologických rodičů.

U dlouhé řady rozvedených žen se stane, že po čase se objeví "nový strýček". Tentokrát je to opravdu "ten nejlepší" a celý proces se opakuje. Z poradenské a klinické praxe známe nemalou řadu žen, které při hledání nového partnera a náhradního otce pro dítě, přivedly do svého domova několik "kandidátů" na budoucího manžela.

Dítě, které je vystaveno takovým situacím, je prakticky ve stavu neustálého stresu a napětí, přestává věřit v určité lidské hodnoty, poněvadž matčini "kamarádi" rychle projevují své slabosti a negativní stránky svých osobností. Dítě však přestává věřit i své matce, cítí se opuštěné, osamělé, vydané na pospas rozmarům dospělých.

Chová-li se matka tak, že si po rozvodu vytvoří dosti silný emoční vztah s jiným mužem, kterého postupně seznamuje se svým dítětem, mohou být problémy menší a méně dramatické. Nicméně příchod nového vychovatele do rodiny znamená vždy vážný zásah do rodinného systému. Tvoří se nové subsystémy, v nichž si nový příchozí hledá své místo. Často dochází k narušení či k definitivnímu zničení starých spojení, která byla pro dítě významná.

Budoucí nebo již faktický nevlastní otec žádá přerušeni styku např. s rodiči biologického otce či jinými příbuznými z jeho strany, na které bylo dítě citově upjaté.

U dítěte se objevuje tíživý a často neřešitelný problém - "vlastní nebo nevlastní otec". V případech, že biologický otec se během rozvodu ani po něm nechová k dítěti hostilně a kdy si dítě není vědomo, na základě jakých negativních vlastností otce k rozvodu došlo, cítí přirozené spojení a loajalitu vůči vlastnímu otci. Ta se mnohdy upevňuje tím, že otec je vzdálený, příležitosti ke styku s ním je málo, dítě si svého otce idealizuje, nebo někdy úplně vysnívá, a to zvláště v případech, kdy je konfrontováno v každodenním životě s chováním otce nevlastního (náročného, vyžadujícího kázeň a pořádek, trestajícího).

V této souvislosti není zanedbatelná otázka příjmení. Jiné příjmení má nevlastní rodič, jiné dítě. Tento rozdíl je dítěti neustálou připomínkou, že není vlastní, a tedy i překážkou v jeho identifikaci s touto novou "osobou" v rodině. Matka změní jméno provdáním, takže často jen dítě se jmenuje postaru po otci. To je pro okolí velice zajímavá okolnost, která sotva ujde pozornosti dětí už v mateřské škole, natož pak ve škole základní. Děti se často v takové situaci stydí, závidí druhým jejich "normálnost", naléhají na změnu jména nebo naopak přiosťují konflikty a provokují.

Řada problémů, které musí dítě podstoupit a kterými musí projít, se zdá být téměř nekonečná.

Často se stává, že náhradní otec, především v nejranějším období manželství, se snaží dítěti vyjít ve všem vstříc, podbízet se mu, ukázat se v nejlepší světle, hrát roli někoho jiného, než je jeho vlastní přirozená role. Dělá to nikoli z lásky k dítěti, ale především proto, aby vyhověl přáním a potřebám své partnerky. Ta velmi často pečlivě sleduje, jak se její nový partner chová nejen k ní, ale především k dítěti. Sleduje, jaký vztah k jejímu dítěti má, jak se k němu chová, jak se spolu sžili. Tohle všechno ovšem nový manžel a nevlastní otec rychle vycítí, a pokud mu na partnerce záleží, hraje roli ideálního otce. Jako si zvykáme brzy na vše příjemné, zvykne si pochopitelně dítě rychle i na dobrosrdečné, kamarádké a všemožné potřeby naplňující chování nevlastního otce. Tento proces je podporován významně tím, když dítě vidí, že matka je šťastná a spokojená.

Jak silné však přichází zklamání, když se tento "ideální" otec začne po určitém čase měnit, poněvadž nepotřebuje dále získávat přízeň své partnerky, cítí se ve vztahu dostatečně jistý a dominantní. Pojednou začne kritizovat dítě za všechno možné, co mu i v minulosti vadilo, ale co se před svou partnerkou bál dát najevo. Vidí náhle dítě jako méně fyzicky přitažlivé, méně chytré, nemotorné. Dítě se pro něj stává přítěží a překážkou. Proto také často nevlastní otec naléhá na svou partnerku, aby měli svoje vlastní dítě.

Zde je nutno poznamenat, že naléhání na narození nového společného dítěte se objevuje častěji ze strany partnerky. Ta totiž vychází z představ, že narozením společného dítěte se manželství upevní a že se tím zabrání dalšímu rozpadu rodiny, kterého se velmi obává.

Je třeba si uvědomit, že vytvoření doplněné rodiny bývá spojeno s jakousi zvláštní psychologickou "křečí", tj. nerealistickými požadavky a představami, jak by toto manželství mělo vypadat a probíhat. Oba partneři, nebo alespoň jeden z nich, mají za sebou negativní prožitek spojený s rozpadem prvního

manželství. Do nového vztahu vcházejí s představami, že tentokrát to musí být to pravé, že se vyhnou všem chybám, kterých se v minulém manželství dopustili, ale hlavně, že výběr partnera je tentokrát ten nejsprávnější a nejuváženější.

Při dlouhodobém sledování rozvedených dvojic, které provedl náš tým v sedmdesátých letech, říkaly často rozvedené ženy až překvapivě otevřeně, že po nějaké době v druhém manželství objevily na svém partnerovi podobné chyby, jako měl jejich první partner. Říkaly, že kdyby měly v minulosti, kdy se poprvé rozváděly, ten rozum a ty zkušenosti, které mají nyní, že by prvému manželovi leccos odpustily a že vlastně, ze současného hlediska posuzováno, nemuselo k rozvodu vůbec dojít. Docházely k závěru, že zatímco prvé manželství vznikalo spontánně, naplněno četnými emocemi a hlubokým zamilováním, druhé manželství je spojeno především s racionálními úvahami, které se týkají udržení základních funkcí rodiny.

Dalším z řady problémů, které musí dítě podstoupit při příchodu nového člena rodiny, je zvláštní emoční a především však i erotická atmosféra, která v takové rodině vzniká.

Dítě je šokováno dvojím způsobem. Pozornost matky se náhle přesouvá z něho na někoho cizího, ke kterému se chová mile a vřele, kterému věnuje velikou pozornost. Dítě vidí v novém členu rodiny - náhradním otci - nebezpečného rivala, žárlí na něho a protestuje různými typy obranných mechanismů, z nichž nejčastější je např. "útěk do nemoci". Dítě vyžaduje pozornost dospělých a především matky tím, že si stěžuje na nejrůznější bolesti, že přestává jíst, že se u něho objevují různé dosud pro ně netypické a pozornost přitahující návyky a pochopitelně také dětské neurotické příznaky.

Druhý způsob šoku má vztah k okolnosti, že matka a její partner se před dítětem často ne jako rodiče, ale jako milenci objímají, líbají, hladí se. Většinou nedávají příliš pozor na to, aby dítě nebylo svědkem jejich přímých sexuálních aktivit. Především v časně fázi novomanželského soužití v doplněné rodině není takové chování žádnou vzácností. Partneři jsou zaujati sami sebou, svými erotickými a sexuálními potřebami a dítě se pro ně stává překážkou. Je mu přikazováno, aby šlo hodně brzy spát, aby odešlo za sousedy či příbuznými, aby si šlo hrát s dětmi, a to jen proto, že se rodiče dítěte chtějí zbavit, aby mohli realizovat sexuální styk. Dítě je velmi vnímavé vůči takovým situacím a vycítí, že např. pokyn rodičů, aby si šlo hrát s jinými dětmi a vrátilo se až za hodinu, má nějaké podivné a záhadné pozadí, a proto často, zdánlivě paradoxně, proti takovým přáním rodičů, které by za jiné situace uvítalo, protestuje. Za tento protest je trestáno, což ještě zesiluje záhadnost počínání matky a nevlastního otce.

Velmi zvláštní situace vzniká a zdá se, že je to situace velmi častá, když náhradní otec přijde do rodiny, kde je matka s prepubertální či pubertální dcerou. Americké statistiky ukazují, že pohlavní zneužívání nedospělých dívek se děje často právě v takových rodinách. Nevlastní otec necítí vůči nevlastní dceři žádné sexuální tabu, a pokud je cítí, je to dáno pouze ohledem na partnerku, nikoli ohledem na dceru.

V jedné z minulých kapitol byla zmínka o chování prepubertálních dívek, které bývá často velmi svádivé. Ačkoliv jsou ještě dětmi, napodobují chování dospělých žen a mají pro velkou řadu mužů velice zvláštní a neopakovatelný půvab. Přímou geniálně vyjádřil způsoby chování takových dívek americký spisovatel V. Nabokov ve svém románě "Lolita".

Nevlastní otec je tak vystaven četným erotickým podnětům a pokušením, kterým velmi často podlehne. Jde o nejrůznější typy jeho sexuálního chování od prostého hlazení, vyhledávání příležitostí, kdy se dcera převléká, dotýkání prsou či genitálu až po vlastní sexuální styk. Před tím vším ovšem předchází fáze, kdy otec ubezpečuje nevlastní dceru, že jsou nejlepší kamarádi, že jedině oni dva si nejlépe rozumějí, že oni mají svá drobná a zajímavá tajemství. Všechno to je sblížuje natolik, že pak nevlastní otec může postupně přejít v sexuální ofenzivu, která je často dcerou přijímána.

Jiná situace ovšem nastane, když nevlastní otec obtěžuje dceru se zvýšenou mírou agresivity a hostility bez předchozí důvěrné vazby s ní. To se stává nejčastěji pod vlivem alkoholu nebo v obdobích delší nepřítomnosti matky a nucené sexuální abstinence otce.

Z psychologického hlediska je pak zajímavé chování matky, která tuší, či dokonce zjistí, že mezi jejím partnerem a její dcerou jsou nějaké erotické vztahy. Reakce matky lze velmi schematicky rozdělit do tří kategorií:

**a)** Matka vidí, že její partner je dcerou sexuálně přitahován, převádí však jejich vztahy do žertovných poloh a nepřikládá partnerovu chování žádný velký význam. Matka často nechce ani vidět, ani si přiznat, že by šlo o vážnější sexuální projevy. Snaží se vše přehlížet a reálnou situaci nevidět.

**b)** Matka zjistí, že mezi partnerem a dcerou došlo k určitým sexuálním aktivitám, chrání partnera a velmi agresivně obviňuje dceru, že ona vše zavinila a přísně ji nejrůznějším způsobem psychicky i fyzicky trestá. Často slyšíme výroky jako: *"Už dlouho pozoruji, jak ho provokuješ, chodíš před ním málo oblečená nebo dokonce nahá, vyhledáváš příležitost, abyste byli sami, chceš, aby si vedle tebe lehl a hladil tě, když jsi nemocná. Všechno jsi prostě zavinila ty, a bude-li to jen trochu možné, budeš muset odejít z domova. Mně více záleží na něm než na tobě."*

**c)** Matka se doví, že došlo k sexuálním aktivitám či k sexuálnímu styku mezi partnerem a nevlastní dcerou a nesmlouvavě se s partnerem chce rozejít či rozchází. Neobviňuje dceru, pouze partnera. Takové matky často říkají: *"Je to ještě nevinné dítě, které on zneužil, stále si ji snažil koupit, nějak se jí více přiblížit a teď vidím, že to mělo jediný smysl. Chtěl ji jenom ošahávat a dokonce se s ní vyspat. Zneužil její naivitu a také toho, že ho začala mít ráda, protože se k ní choval pro své konečné záměry lépe, než se k ní choval její vlastní otec. Je to úchylný člověk, kterého je potřeba se zbavit, jeho chování je neodpuštělné."*

Jen určitá a dosud ne plně prozkoumaná část intimních situací mezi nevlastním otcem a dcerou je řešena buď v užší, nebo širší rodině a daleko menší část vede k trestnímu oznámení a soudnímu projednávání.

Je důležité vědět, že i v případech, kde nevyjde nic najevo a nezletilá nevlastní dcera svým způsobem více či méně souhlasí se sexuálním vztahem k nevlastnímu otci, je tím pro svůj budoucí emoční život výrazně poznamenávána. Tento vztah je vždy spojen s nutností vše utajovat, je spojen s hrozbou, že pokud by se o tom někdo dověděl, nastanou nepříjemnosti, ne-li katastrofa. To vše vyvíjí zcela nepřiměřený tlak na dospívající dítě. Sexuální vztah vůči nevlastnímu otci brání často velmi výrazně v navazování přirozených raných pubertálních emočních vztahů k druhému pohlaví, brání přirozenému vývoji mileneckých a později i manželských vztahů.

Jiným problémem doplněných rodin je ono téměř anekdotické soužití dětí, které si přivedli oba dva partneři, s dětmi, které se narodily v tomto manželství. Zdá se, že počet takových rodin není příliš velký, nicméně jsou některé z dětí vystaveny za této situace tzv. "odstrkování", to znamená v podstatě zanedbávání, jsou nespravedlivě trestány a nezřídka osočovány, že provedly něco, co provedli jejich nevlastní sourozenci. Klinické zkušenosti i některé výzkumy ukazují, že mezi nevlastními sourozenci nedochází, pokud jsou již ve stadiu dospívání, příliš často k sexuálnímu sblížení a že sourozenecké sexuální tabu se vytváří poměrně rychle.

V úvahách o doplněné rodině jsme se zatím zabývali především rolí nevlastního otce a komplikacemi s touto rolí spojenými. Co když je ale rodina doplněna nevlastní matkou. Takový případ je v současných podmínkách v ČR relativně méně častý. Podle statistik jde asi o půl procenta všech rodin. Chmurné představy, tak často uváděné v beletrii o chování zlé macechy, jsou tedy spíše výjimkou než pravidlem. Nevlastní matka se dostává k dětem partnera dvojitým způsobem. Zaprvé tím, že otec dítěte či dětí ovdověl,



zadruhé tím, že otci bylo soudem svěřeno dítě do péče. Případů, kdy se otci svěřují děti do péče, jsou podle současné soudní praxe necelá tři procenta. Jde o případy, kdy matka odmítá dále se o dítě či děti starat a opouští je, častěji však o případy, kdy matka není schopna plnit, např. pro svou těžkou duševní nemoc nebo asociální chování, své mateřské povinnosti.

K doplnění všech nástrah, které mohou dítě v doplněné rodině očekávat, patří samozřejmě i chování prarodičů ze strany nevlastního otce i matky. I když nevlastní otec dítě přijímá dobře a chová se k němu tak, že to je v jeho prospěch, mohou dítě nepřijmout jeho rodiče, kteří často byli proti tomu, aby si jejich syn vzal rozvedenou ženu s dětmi. Jejich agrese se pak obrací především právě proti jejich nevlastním vnukům a vnučkám. Tato zkušenost je pro dítě silně traumatizující a naprosto ji nelze podceňovat.

Protože doplnění rodiny přináší téměř vždy nějaké problémy spojené se vztahem k nevlastním a vlastním dětem, je dobré zavčas, například ještě před uzavřením manželství, radit se s odborníky z rodinných poraden.

## **Rodina v mimořádných situacích**

Dítě se může narodit do rodiny, která od samého počátku trpí určitou výraznou sociální nepohodou nebo která může být zasažena nějakými událostmi, přicházejícími z vnějšího světa jednorázově a náhle.

Četné mezinárodní studie poukazují, jak ničivý vliv na vývoj dítěte má například chudoba, nezaměstnanost jednoho či obou rodičů, bydlení v periferních koloniích, v naprosto nevyhovujících prostorových a hygienických podmínkách.

Je nutné říci, že i když rodina žije ve velmi skromných ekonomických podmínkách, mohou být vnitrorodinné vztahy pevné a pro dítě nijak problematické. Na druhé straně se však ukazuje, že zvláště velká ekonomická nouze je zpravidla doprovázena prožitky vysoké životní nespokojenosti, která vyúsťuje v agresivitu s denními konflikty. Dítě nejen že žije v napětí, ale je zatahováno do rodinných hádek, je stavěno před otázky, které neumí, ani nemůže řešit. Uvádí se, že v ekonomicky neprosperujících rodinách nejčastěji nalzáme lidi s nižším vzděláním, nižším intelektem, s malými ambicemi, s omezenými zájmy. Matky a otcové z těchto rodin mívají pocity méněcennosti, které jsou doprovázeny závistí a také nenávisť vůči těm, kteří jsou úspěšnější.

Nezaměstnanost a chudoba zatěžují život rodiny, činí jej neradostným, naplněným obavami z budoucnosti. Celá rodinná atmosféra ovlivňuje vývoj dítěte, takže psychicky strádá.

Rodiče jsou tak zaujati svými starostmi, že nejsou schopni starat se o uspokojení psychických potřeb dítěte. V mezních případech může být dítě i nedostatečně a špatně vyživováno, nedostatečně oblékáno a dokonce i nuceno, aby svou vlastní (většinou nelegální) výdělečnou činností přispívalo ke zlepšení, či dokonce vyřešení ekonomické situace rodičů.

Poněkud jiné nároky na psychiku dítěte klade taková situace, kdy rodina prosperovala, měla vysoký životní standard, dítě mělo vše, co potřebovalo a pojednou v důsledku náhlé ztráty spojené třeba se živelní pohromou, bankrotem v podnikání apod. se situace rodiny rapidně mění. Rodina žije pod těžkým stresem, před kterým není chráněno ani dítě, a jak je tomu v řadě dříve vzpomenutých případů, jsou před dítě stavěny problémy, otázky a úkoly, které jsou nad jeho síly a které jsou pro ně neřešitelné.

V současné době jsme svědky - naštěstí ne přímo v naší zemi - tragických a nešťastných osudů dětí, které až do určité chvíle prožívaly život v klidné a harmonické rodině. Pojednou se objevila lokální válka, revoluce, boj mezi mocenskými skupinami, teroristické útoky či jiná "společenská katastrofa". Děti umírají příbuzní, strádá fyzicky i psychicky. Pod tlakem zevních událostí musí rodiny měnit prostředí, na které byly po léta zvyklé, ztrácejí důležité kontakty s širší rodinou, ale také se známými, mizejí všechny tradice, které je doposud doprovázely a o které se opíraly. Strach o život, který prožívají dospělí, se přenáší velmi silně i na děti. Jestliže dítě vidí kolem sebe jenom utrpení, nemůže se smát a radovat, není schopné si hrát, stahuje se do sebe a projevuje známky deprese. Jeho přirozený vývoj je samozřejmě těžce narušen.

To do jisté míry platí také o situacích po velkých živelných katastrofách.

Na tyto případy zvlášť pamatuje Světová deklarace o přežití, ochraně a vývoji dětí, která v paragrafu 4 praví: "Každodenně nespočetné množství dětí na celém světě je vystaveno nebezpečím, která omezují jejich růst a vývoj. Trpí nesmírně jako oběti války a násilí; jako oběti rasové diskriminace, apartheidu, agrese, cizí okupace a anexe; jako uprchlíci a přestěhovalci, nuceny opustit své domovy a tradice; jako postižené nebo jako oběti zanedbávání, krutosti a vykořisťování."

Právě na pomoc dětem ohroženým v takovémto velkém rozsahu vytvořily Spojené národy své instituce, z nichž na prvním místě sluší jmenovat UNICEF.

## 14 Výskyt syndromu CAN

### Výskyt syndromu CAN

Výskyt lze charakterizovat jako počet nových případů (zde syndromu CAN nebo některé jeho formy) vyskytujících se v daném čase a v daném společenství. Např. v jednom měsíci, jednom roku u skupiny různě definované (země, město, nějaké etnikum, věkově či pohlavím vymezené kohorty apod.). Tak např. výskyt CAN v USA v r. 1993 byl udáván počtem 2 200 000 hlášených případů z celkového počtu všech dětí do 18 let, tj. 3,14 %. Potvrzeno však bylo něco kolem 1 milionu; tj. skutečný, ověřený výskyt CAN v USA činil za uvedený rok 1,42 % (Baltimore, 1993). Přitom z jiného zdroje se udává (Lamb et al., 1994), že v r. 1992 je hlášeno v téže zemi téměř půl milionu dětí (do 18 let) sexuálně zneužitých (dále CSA), tj. 0,7 %. Z celkového počtu dětí bylo ověřeno jen asi 40 % ohlášených případů CSA, takže výskyt skutečného CSA byl v r. 1992 v USA 0,46 %.

Naproti tomu ve Spojeném království bylo v r. 1992 potvrzeno 4200 nových případů sexuálního zneužití (CSA), tj. 0,034 %. V Izraeli však v témže roce bylo ohlášeno 1438 případů sexuálního zneužití dětí, tj. 1,44 %. (Lamb et al., 1994) Již z uvedených rozdílných čísel je patrné, jak obtížné je v současnosti dosáhnout aspoň shodných nebo aspoň poněkud relevantních údajů, a to nikoli jen mezi jednotlivými zeměmi, byť kulturně a hospodářsky i sociálně si velmi blízkými, ale i v jedné zemi samé. A ovšem také, kolik faktorů objektivní i subjektivní povahy zde hraje svou roli.

Prevalence zkoumaného jevu je určení jeho četnosti ve zkoumané populaci nebo aspoň v její některé části. Jinými slovy, v našem případě jde o to zjistit, kolik osoba ovšem též chlapců a děvčat, a také v kterém věku, bylo zasaženo CAN ve svém dětství.

Podle Úmluvy o právech dítěte se dítětem rozumí každá lidská bytost mladší 18 let. V mnoha zemích se však určuje horní hranice věku dítěte 14., 15., 16. rokem, někde dokonce 12 lety. Např. v Indii pro dívky de facto i de lege a pro naše mnohé Romy dosud i de facto.

Pilkingtonová a Kremer v r. 1995 ukázali na analýze sexuálního zneužití na značné rozdíly ve výskytu tohoto jevu v populaci. A to též co do časového rozměru, i co do místa. Šetření mnoha autorů bylo prováděno v podstatě retrospektivními (anamnestickými) metodami - od telefonického rozhovoru až po strukturovaný osobní rozhovor. Hamilton např. uvádí 20% podíl tohoto jevu u dospělých žen a 22% u dospělých mužů v celkové populaci USA. V dalším období se pak tato relace zvyšuje asi na jednu třetinu. Wyattová v r. 1985 zjistila zatím nejvyšší relaci u dospělých žen - 62 %. Vztáhla-li však zjištěné případy jen na kontaktní formu sexuálního zneužití, pak došla k 45 % postižených žen. Naproti tomu v téže době Bumann zjistil v Los Angeles jen 6% podíl CSA u žen a 3% u mužů.

Přehlednější obraz o výskytu CSA v nejrůznějších zemích podle jeho podílu v populaci udává Finkelhor, známý odborník pro tuto formu CAN, ve své práci z r. 1994.

Jen relativně málo forem CAN (především ty nejtěžší se zjevnými projevy) lze jednoznačně a rychle diagnostikovat, tedy i potvrdit a označit je jako jisté. Daleko častěji potřebujeme pro stanovení diagnózy i její potvrzení podstatně více času, znalostí a schopností a také účasti více odborníků. Relativně často však k jednoznačné diagnóze nedospějeme ani po delším čase. Takové případy se označují jako pravděpodobné. S dětmi a jejich rodinami, které jsou takovými případy postiženy, se však pracuje, je-li to potřeba, jako by k zasažení syndromem CAN došlo.

Diagnóza však může být potvrzena až po letech, kdy již závažné okolnosti a podmínky pominuly a zůstávají jen zvládnuté anebo také nezvládnuté důsledky kdysi neobjasněného či nesprávně vyloučeného postižení dítěte. Svědčí o tom ostatně ony zmíněné studie o postižení syndromem CAN v dětství dotazovaných dospělých lidí a o jeho překvapivě vysokém výskytu.

Sem je možno zařadit i případy, jež jsou jasné de facto, čili ve skutečnosti, nikoli však de iure, podle zákona. S takovými situacemi se setkáváme před soudem, který zjevného pachatele musí osvobodit pro nedostatek důkazů (v pochybnostech se rozhoduje ve prospěch souzeného). Z hlediska teoretického jde o to, zda neodsouzení znamená i nepotvrzení, z hlediska praktického pak o to, jak řešit osudy takto dotčených dětí i dalších příslušníků rodiny, zvláště jde-li o události, jež se staly v rodině.

*Čtrnáctiletá dívka se na nás obrátila o pomoc s tím, že ji její nevlastní otec již 3 roky pohlavně zneužívá a v poslední době i krutě tělesně trestá. Pozvali jsme ji na vyšetření do Krizového centra, kde jsme zjistili četné podlitiny po těle, včetně velkého subkutánního hematomu na levé skrání. Po chirurgickém vyšetření a léčbě, včetně neurologického zásahu (udávaná komoce), jsme po komplexním vyšetření dospěli k závěru, že klinický nálezn (včetně gynekologického) i všechna další naše zjištění potvrzují dlouhodobé sexuální zneužívání vaginálního typu, včetně tělesného týrání (samozřejmě s účastí týrání psychického i emocionálního). Po ohlášení případu policii a zahájení vyšetřování byla dívka, jak ostatně je obvyklé, vystavena těžkému nátlaku ze strany své rodiny, hlavně matky, aby odvolala svou výpověď. Byla matkou činěna odpovědnou za jednání otčíma vůči ní a hlavně za rozpad rodiny, ostudu, uvěznění otčíma atd. Po delším, pro dívku neobyčejně těžkém rozhodování (byť v neutrálním prostředí, kam jsme ji pro kritickou dobu umístili) se rozhodla svou výpověď odvolat. Vyšetřovatel však nevzal toto v potaz a ve stíhání zneuživatelé, a to i v další vazbě, pokračoval. Otčím však nakonec byl odsouzen jen za nesporné kruté zacházení a týrání nevlastní dcery. K ní jsme však dále přistupovali jako ke kterékoli prokazatelně zneužitě dívce.*

Vedle těchto případů se vyskytují též takové, kde jsou při setkání s problematickým dítětem nějaké známky svědčící pro syndrom CAN či některé rizikové faktory, které více nebo méně na některou z jeho forem ukazují. Tyto případy se obvyčejně označují jako suspektní. Těmi jsou ostatně také všechny, které jsou ohlašovány, aniž by měly nesporné diagnostické znaky svědčící pro syndrom CAN. Avšak i ty potřebují být náležitým vyšetřením potvrzeny. A to nikoli jen pro posouzení případné účasti orgánů činných v trestním řízení, jak tomu ostatně bylo právě v uvedeném případě, ale hlavně pro stanovení komplexně pojaté terapie, případně rehabilitace.

V souvislosti s tím je třeba se zde zmínit o problematice falešně pozitivních a falešně negativních případů CAN. V prvním případě jde především o závažné a též eticky nepřijatelné, hlavně však forenzně nebezpečné případy CAN, kterými chce nereseriózní ohlašovatel dosáhnout pro sebe nějaké výhody nebo někomu ublížit. Nejčastěji se setkáváme v naší klientele s nesprávným či vymyšleným osočením otce dítěte z jeho sexuálního zneužívání. Činí tak zpravidla matka, nebo často i babička. Důvodem tu bývá snaha docílit zákazu styku otce s dětmi či dítětem, a to i za cenu jeho těžkého osočení a následného pokoření z opakovaného a různorodého vyšetřování, trestního řízení, s možností i odsouzení. Vždy to znamená velké utrpení pro všechny zúčastněné, především opět pro děti samé.

Babička ze strany matky nás telefonicky z jednoho menšího města žádá o pomoc pro svou dceru a sedmiletou vnučku. Dcera se rozvedla, dítě jí z rozhodnutí soudu bylo svěřeno do výchovy a péče, otcí stanovena vyživovací povinnost a možnost pravidelných návštěv dvakrát do měsíce a o prázdninách a svátcích. Matka žila ve společné domácnosti se svými rodiči. Otec náležitě plnil svou vyživovací povinnost a vyžadoval určený styk se svým dítětem. Babička s matkou však začaly dítě silně popouzet proti otci, neumožňovaly mu styk s ním, vymýšlejíce si nejrůznější důvody, nejčastěji nemoc (Münchhausenův

syndrom by proxy?). Otec se tvrdě bránil, dcera k této situaci zaujala ambivalentní postoj. Avšak, jak se nátlak obou žen stupňoval proti otci, dcera se stále více přikláníla na stranu matky a otce začala cíleně odmítat. Postupnou, důmyslnou manipulací s dívkou a vhodně volenými otázkami i z oblasti sexuální nastolily obě ženy možnost obvinít otce ze sexuálního zneužívání dcery při jejich návštěvách u něho.

Komplexně jsme na svém pracovišti vyšetřili všechny zúčastněné, včetně otce, který s námi vstřícně spolupracoval. Provedli jsme i podrobné šetření v "terénu", u dětského lékaře, ve škole dítěte, u Orgánu péče o rodinu a dítě, u sousedů v bydlišti matky i v bydlišti otce, prostudovali jsme podrobně celou dosavadní dokumentaci související s rozvodem.

Po zhodnocení všech svých nálezů a ve spolupráci s Odborem péče o děti a rodinu jsme oznámené pohlavní zneužívání děvčátka otcem vyloučili a označili je za neopodstatněné. Pro nás to ovšem neznamenalo ukončení práce. Dítě dále sledujeme, spolu s Odborem péče o děti a rodinu kontrolujeme styk dítěte s otcem a vedeme matku k tomu, aby nebrala dítěti otce, který se dále velmi vzorně o ně stará, přinejmenším v soudem určeném rozsahu. Významným pomocníkem v našem úsilí se ukázal dědeček, otec matky, který se po našich intervencích náhle ujal iniciativy a významně začal podporovat normální vztahy v této přinejmenším poněkud nenormální situaci. Přesvědčili jsme otce, aby upustil od zamýšlené žaloby pro urážku na cti a situaci dále nekomplikoval, i když chápeme jeho pocity.

Za falešně pozitivní případy CAN lze označit také Münchhausenův syndrom a Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy), i když právě jeho druhý typ vlastně jako celek nutno řadit k vážným formám CAN s možností až fatálního průběhu.

Falešně negativní případy CAN jsou vlastně všechny, u nichž byla naším šetřením diagnóza nesprávně či neopodstatněně vyloučena, ačkoliv ve skutečnosti k postižení dítěte skutečně došlo.

Spolu s Pingtonovou a Kremerem (1995) je zde možno uvést nejpodstatnější příčiny potíží, nejasností a rozporů ve výskytu syndromu CAN ve statistických přehledech. Tak zcela jiné údaje budou ze skupin zastupujících celou populaci a zcela jiné budou ty, jež jsou tvořeny třeba soubory rizikových skupin dětí, např. u dětí z dětských domovů (jež ostatně jsou velmi často chápány, aspoň ve své klasické podobě, jako místo systémového týrání dětí) anebo u pacientů z nemocnic. Tak Berger-Sallawitz v roce 1995 uvádí výskyt CAN v několika německých dětských klinikách kolem 2,5 %, zatímco údaje z celé SNR jsou podstatně nižší.

Významnou roli při hodnocení výskytu CAN hrálo již tolikrát opakované nedostatečné poznání, co tento syndrom je, co jej tvoří, jaký je jeho rozsah a obsah (Dunovský, 1991 a 1993), např. problém týrání v rámci tělesného trestu, obscénní telefonáty v rámci sexuálního zneužívání, rituálně podmíněná traumata dětí v různé fázi jejich vývoje atd. Proto při každém takovémto snažení je třeba sjednotit pojmy a vymezit postupy.

Nepřesné časové vymezení dětství, na něž jsme již v této kapitole narazili, se netýká jenom jeho horní hranice, ale též jeho dolní hranice. Zatímco Charta práv dítěte z r. 1959 ji definovala narozením (a tak je tomu i v našem dosavadním zákonodárství), Úmluva o právech dítěte z r. 1989 ji vůbec neurčuje. Umožňuje tak otevřít celou problematiku CAN až do období prenatálního, a budeme-li zvláště nároční, až do období prekoncepčního. Domyšleno do konce to svým způsobem odpovídá i současnému poznání o člověku a jeho vývoji, a to jak v normě, tak i patologii (např. prenatální pediatrie, prenatální psychologie apod.). Proč tedy také nemluvit o prenatálním CAN, když pro to máme již dostatek argumentů, jako třeba všechny typy prenatálního poškozování plodu (alkohol, drogy) anebo nedostatečná péče o dosud nenarozené dítě?

Valná většina případů CAN se uskutečňuje v rodině, která pro svou intimitu velmi obtížně dovoluje proniknout do svého nitra. Mnohdy není zcela jasné, kam až rodiče a i sourozenci ve vzájemných vztazích

mohou jít, zvláště jedná-li se o dysfunkční až afunkční rodinu, např. týrání dítěte při tělesném trestu, anebo ještě výrazněji při sexuálních aktivitách sourozenců, a to i koitálního typu. Jde tu o sexuální hry, napodobování či zvědavost, anebo již o sexuální zneužití, incest či znásilnění, a to i tehdy, jedná-li se o děti mladší patnácti let?

Vzhledem k tomu, že jde někdy i o rozsáhlá epidemiologická šetření, nabízí se, jak již bylo v této kapitole zmíněno, celá řada metod. Ty se ve svém pojetí, provádění a interpretaci velmi často různí, stejně tak i ve svých výsledcích. Proto je třeba vždy při jakémkoli šetření s touto okolností počítat. Při interpretaci výsledků a při jejich sdělování je proto vždy nutno užítou metodiku popsat.

Konečně zjišťované rozdíly ve výskytu syndromu CAN mohou být v plné shodě se skutečností a podávat pravdivý obraz o sledovaných skutečnostech. To je ovšem ideální situace, která bude asi stěží v zde probírané oblasti plně dosažena.

První údaje o výskytu CAN uvádějí relativně velmi nízké hodnoty, které jsou především zaznamenávány u tělesného týrání dětí, a to ještě navíc z nemocniční klientely či policejních registrů, tedy z velmi rizikových míst, kde se takto zasažené děti obvykle soustřeďují.

Tak např. Kempe, který se spolupracovníky jako první popsal a definoval syndrom bitého dítěte v r. 1962 (Kempe et al., 1962), se opřel při této historické akci o analýzu 302 dětí, přijatých během jednoho roku do 71 amerických nemocnic a o 447 dětí, jejichž případy tělesného násilí, spáchaného na nich rovněž během jednoho roku, byly projednávány na 77 okresních prokuraturách. Ostatně obdobně tomu tak bylo u nás, kdy Ringel v r. 1970 popsal tento syndrom na základě rozboru 13 dětí přijatých během 3 roků na všechna dětská oddělení Východočeského kraje. Podobně tomu bylo v Polsku, kde syndrom CAN byl popsán poprvé v roce 1968 (Mossakowska, 1995).

Obdobná situace byla například i v západním Německu, kdy z policejních statistik v r. 1971 bylo zjištěno celkem 1682 případů zneužitých dětí, z toho 1082 hochů, v r. 1973 pak již 2115 případů a z toho 1317 hochů (Wolf, 1977). Podobně tomu tak bylo v celé řadě dalších zemí. A to tak dalece, že by se dala z toho vysledovat jistá zákonitost. Zvlášť výraznou se pak stala tato okolnost v souvislosti s poznáváním sexuálního zneužívání dětí. Jeho ohromný vzestup od let sedmdesátých se někdy označuje dokonce jako raketový. Od té doby také začíná stále fundovanější registrace tohoto jevu v USA - ta stále více pak ovlivňuje jiné země a jejich systémy zaměřené na diagnostiku, terapii a též prevenci syndromu CAN.

## Šetření u nás

Přestože se naše pediatrie, a to i ve velmi obtížném období, věnovala problému týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte (Ringel, 1971, Ringel, 1981, Dunovský - Stolínová, 1979, Dunovský - Eggers, 1989), teprve po roce 1989 se na něj mohla cíleněji soustředit.

V této souvislosti jsme se též pokusili o vytvoření vlastního způsobu registrace syndromu CAN.

V roce 1990 jsme v rámci pediatrické dispenzární péče požádali obvodní dětské lékaře, aby oznámili ve svých výkazech i počet dětí týraných a zneužívaných. Získali jsme tehdy údaj o 248 dětech, aniž by byla nějak blíže specifikovaná forma špatného zacházení a jeho závažnost. Nicméně jsme, i když metodicky velmi nedokonale, získali naši první hodnotu ročního výskytu syndromu CAN pro děti do 15 let. Činila

0,01 %. Tento údaj ve vztahu k jiným zemím, především k USA, nepředstavuje ani onu tak často citovanou špičku ledovce (Dunovský, 1991).

## Registrace CAN policií

Neměli jsme však k dispozici žádné jiné údaje, neboť Orgány péče o rodinu a děti nevedly zvláštní evidenci tohoto jevu a údaje policie byly tehdy ještě nedostupné (Dunovský, 1995). Teprve v r. 1993 se nám podařilo získat údaje za roky 1988 až 1992 o policií vyšetřovaných, nikoli však obviněných trestných činech na dětech do patnácti let. Tento registr však představuje zcela jiný pohled na CAN, než který my zastáváme. Avšak ani obsahově nenaplnil všechny skutky, které jsou uvedeny jak v trestním zákoně (např. zpustnutí, neplnění alimentární povinnosti), tak v zákoně o rodině (např. zbavení či omezení rodičovských práv).

Nicméně jsme za tuto možnost neobyčejně vděční, poněvadž po prvé jsme získali fundovaná čísla o výskytu těch nejzávažnějších trestných činů spáchaných na dětech. Bohužel se opět stala utajovanými, takže je nemůžeme dále pro veřejnost sledovat. Zde však aspoň z těch dosud získaných podáme stručný přehled.

Tak bylo např. v r. 1992 registrováno celkem 1214 případů. To představuje již poněkud vyšší hodnotu výskytu CAN u nás než při našem prvním šetření, a to i při všech omezeních této policejní statistiky. Znamená to roční výskyt tohoto jevu v 0,048 % v celé dětské populaci.

Statistika dále sledovala počty dětí, u nichž bylo šetřeno ublížení na zdraví, znásilnění, pohlavní zneužívání v závislosti na pachateli, ostatní pohlavní zneužívání a konečně týrání svěřené osoby.

Současně je z hlediska reprezentativnosti těchto údajů třeba uvést, že ve sledovaném údobí, ač se v něm událo mnoho závažných společenských změn, se zjištěné údaje ani jejich vztahy mnoho neměnily. To samo o sobě potvrzuje určitou validitu těchto dat, která vypovídají o pojetí CAN z hlediska jeho policejního řešení.

Hlavní dominantou celého policejního registru kriminality na dětech v České republice, z něhož jsme vybrali rok 1992, je sexuální zneužití, a to ve více než dvou třetinách všech případů, s neobyčejnou převahou děvčat v prepubertálním a pubertálním věku. Přitom z uváděných tří typů sexuálního zneužití jednoznačně převažuje jeho mimorodinná forma (v 51,73 % z celkového počtu všech případů). Naproti tomu velmi pravděpodobných vnitrorodinných případů je registrováno jen 11,7 %. To jednoznačně potvrzuje neobyčejně silnou a také stále velmi obtížně proniknutelnou intimitu rodiny.

Tu pokládám (JD) ostatně za jeden z nejtěžších problémů v této oblasti - a v péči společnosti o dítě vůbec. Má totiž nejenom velmi složitý podklad právní, ale i své praktické důsledky v aktivitách společnosti ve vztahu k rodině při zastupování zájmů dítěte. Tak je tomu již třeba při preventivních prohlídkách, jejichž součástí je též návštěva rodiny a hodnocení její péče o dítě. Daleko složitějším se pak tento problém stává při ohrožení nebo již poškození dítěte, a to nikoli jen ve vztahu k Orgánům péče o rodinu a děti či ke zdravotnickým pracovníkům, ale hlavně ve vztahu k orgánům činným v trestním řízení.

Druhým závažným výstupem z uvedené statistiky se nám jeví velmi nízký výskyt trestného činu označovaného jako týrání svěřené osoby. Ukazuje jednak na to, že tělesný útok proti dítěti se stále nazírá

starým pojetím - "škoda každé rány, která padne vedle" - a že se, snad až na nejmenší děti, nehodnotí příliš závažně a také se tedy příliš nehlásí či neprojednává na příslušných místech. Poněkud jiná situace nastává tam, kde dojde k zranění. Zde následky plynoucí z vysoké úrazovosti mnohonásobně převyšují zmíněné ublížení dítěti na zdraví. Mezi úrazy je zajisté skryto mnoho případů tělesného násilí. Ty se buď umně zamlčí, anebo neúmyslně (ale i úmyslně) ujdou pozornosti ošetřujícího lékaře. Anebo se k němu vůbec nedostanou.

Třetím momentem, který stojí v této statistice za povšimnutí, je již zmíněná významná převaha šetřených starších dětí, především po desátém roce. To je v zásadním rozporu s literaturou, zahraničními a do jisté míry i našimi zkušenostmi. Znovu se tu potvrzuje velmi oslabená pozice nejmenšího dítěte, které potřebuje zvláštní ochranu, ocitne-li se ve zvlášť nepříznivých podmínkách a rodiče nejsou s to nebo nechtějí je zvládnout (anebo je dokonce sami vytvářejí).

## Orientační studie

V našem Dětském krizovém centru jsme si spolu s Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR dali za úkol pokusit se vytvořit systém sledování CAN v celé naší republice. Vypracovali jsme potřebný dotazník a v osmi okresech, vybraných ministerstvem, jsme získali údaje o výskytu i charakteristice syndromu CAN za rok 1994.

Zjistili jsme 118 případů CAN. To při počtu asi 250 000 dětí do 18 let v těchto okresech znamená 0,047 % ročního výskytu CAN. Poněvadž tyto okresy do jisté míry reprezentují obyvatelstvo celé republiky, lze považovat získané údaje aspoň za dobrou orientaci o situaci v ČR.

Zjištěný výskyt je velmi blízký co do číselné hodnoty nálezu z policejní statistiky. Ve skutečnosti se však zjištěné případy věcně jistě v mnohém míjejí a jen málo se kryjí. To je důsledkem dosud zcela živelného, často jen na osobní angažovanosti závislého hlášení syndromu CAN (anebo také nehlášení).

Tato orientační studie nám poskytla i velmi potřebný obraz o celkovém profilu, charakteristice i mnoha specifických rysech syndromu CAN, jak jsou zachycovány ve vybraných okresech Orgány péče o rodinu a děti.

K podrobné analýze údajů jsme však mohli použít pouze 107 dobře vyplněných dotazníků.

Z **tabulky 5** vyplývá, že více než polovinu představuje tělesné týrání, více jak třetinu sexuální zneužívání a psychickým týráním bylo postiženo téměř 10 %. Zatímco u sexuálního týrání výrazně dominují dívky, u psychického týrání převažují chlapci a tělesným týráním jsou rovnoměrně postižena obě pohlaví.

Z rozboru tělesného týrání vyplývá, že převažuje týrání s následným poraněním (nejčastěji hematomy a jiné následky bití - ze 47 případů 41). Tělesné útrapy byly zaznamenány u 8 dětí (v jednom případě dušení). Pachateli byli převážně rodiče.

V oblasti sexuálního zneužívání s kontaktem jsme zjistili 29 dětí, z nichž 28 bylo dívek.



Druh týrání	Pohlaví		Celkem
	mužské	ženské	
tělesné týrání	30 50 %	30 50 %	60 56,1 %
sexuální týrání	2 5,4 %	35 94,6 %	37 34,6 %
psychické týrání	6 60 %	4 40 %	10 9,3 %
<b>Celkem</b>	38 35,5 %	69 64,5 %	107 100 %

**Tab. 5.** Oznámené případy CAN podle základních forem a pohlaví

Formy sexuálního zneužívání s kontaktem	Pohlaví		Celkem
	mužské	ženské	
laskání prsou a genitálií	1 8,3 %	11 91,7 %	12 41,3 %
pohlavní styk	0 0 %	15 100 %	15 51,7 %
orální styk	0 0 %	1 100 %	1 3,5 %
anální styk	0 0 %	1 100 %	1 3,5 %
<b>Celkem</b>	1 3,5 %	28 96,5 %	29 100 %

**Tab. 6.** Formy sexuálního zneužívání s kontaktem

**Tabulka 6** ukazuje, že nejvýrazněji je zastoupen pohlavní styk vaginálního typu (51,7 %), následován osaháváním či olizováním erotogenních oblastí. Pachatelé jsou nejčastěji muži v nepřibuzenském vztahu k oběti (75,9 %), v 7 případech otec. Jen jedenkrát byla jako zneuživatel zjištěna cizí žena.

Obětmi sexuálního zneužívání bez tělesného kontaktu, jichž bylo celkem 8, jsou opět převážně dívky (viz **tab. 7**).

Formy sexuálního zneužívání bez tělesného kontaktu	Pohlaví		Celkem
	mužské	ženské	
exhibicionismus	0 0 %	2 100 %	2 25 %
pornografie - fotografie	0 0 %	2 100 %	2 25 %
pornografie – video, film	1 100 %	0 0 %	1 12,5 %
pornografie - četba	0 0 %	3 100 %	3 37,5 %
<b>Celkem</b>	1 12,5 %	7 87,5 %	8 100 %

**Tab. 7.** Formy sexuálního zneužití bez tělesného kontaktu

Psychické týrání bylo registrováno ve 37 případech. Samostatně se vyskytovalo u 10 dětí, přidruzeno k jiným formám týrání bylo udáváno ve 27 případech. Jako oběti převažovali poněkud chlapci.

Je obecně známo, že psychické týrání se často vyskytuje v souvislosti s rozvodovými a zvláště porozvodovými spory rodičů o dítě. Tuto okolnost jsme však zachytili jen u 24,3 %, což je v rozporu se zkušenostmi s naší klientelou v Dětském krizovém centru.

Zanedbávání dětí jsme sledovali jen v souvislosti s jinými formami zneužívání dětí.

Se zanedbáváním tělesných potřeb dětí jsme se setkali ve třetině všech případů, překvapivě nejčastěji v oblasti nedostatečné výživy. Ve více než třetině pak byly zanedbávány citové potřeby dítěte, hlavně nedostatkem lásky a porozumění. V 17 % jsme zjistili značnou absenci ve škole a nadměrnou tělesnou práci doma.

**Tabulka 8** podává obraz o věkovém rozložení dětí, zasažených CAN. Je zajímavé, že v převážné míře jsou to školní děti a adolescenti (82,2 %), což je opět v rozporu s našimi zkušenostmi i údaji z literatury.

Údaje o typu rodin, z nichž děti pocházely, ukazují jednoznačně na převahu rodin ve své struktuře nějak narušených (viz **tab. 9**). Jen necelá třetina dětí postižených CAN pochází z úplné rodiny.

Tuto závažnou okolnost dále doplňují údaje o funkčnosti rodiny (viz **tab. 10**).

Věk	Chlapci	Dívky	Celkem
0 - 1 rok	0 0 %	0 0 %	0 0 %
1 – 3 roky	0 0 %	6 100 %	6 5,6 %
3 – 6 let	7 53,8 %	6 46,2 %	13 12,2 %
6 – 11 let	16 48,5 %	17 51,5 %	33 30,8 %
11 -15 let	10 38,5 %	16 61,5 %	26 24,3 %
15 – 18 let	5 17,2 %	24 82,8 %	29 27,1 %
<b>Celkem</b>	38 35,5 %	69 64,5 %	107 100 %

**Tab. 8.** Věk dětí s CAN a jejich pohlaví

Typ rodiny	Počet
úplná	34 31,7 %
neúplná (bez otce)	19 17,8 %
neúplná (bez matky)	5 4,7 %
doplněná o otce	19 17,8 %
doplněná o matku	5 4,7 %
družská	22 20,6 %
náhradní	4 3,7 %
<b>Celkem</b>	107 100 %

**Tab. 9.** Typ rodin dětí s CAN

Funkčnost rodiny	Počet
funkční	18 16,8 %
problémová	47 43,9 %
dysfunkční	21 19,6 %
afunkční	16 15 %
neuvedeno	5 4,7 %
<b>Celkem</b>	107 100 %

**Tab. 10.** Funkčnost rodin dětí s CAN

Z tabulky 10 vyplývá, že téměř polovina dětí je z problémové rodiny a třetina z dysfunkční a afunkční rodiny.

Vztah pachatele k dítěti	Pohlaví		Celkem
	mužské	ženské	
rodič	22 46,8 %	25 53,2 %	47 43,9 %
partner rodiče	31 96,9 %	1 3,1 %	32 29,9 %
jiný příbuzný	0 0 %	1 100 %	1 0,9 %
jiná osoba	3 13 %	20 87 %	23 21,5 %
neuvedeno	- -	- -	4 3,7 %
<b>Celkem</b>	56	47	107 100 %

**Tab. 11.** Pachatelé týrání a zneužívání

Jak je zřejmé, jsou pachateli nejčastěji vlastní rodiče nebo jejich partneři (43,9 % a 29,9 %) - spolu s jinými příbuznými to představuje 74,7 %. Podle pohlaví jen mírně převažují muži. Podle věku jsou pachateli nejčastěji osoby starší třiceti let.

Iniciátor ohlášení	Pohlaví		Celkem
	mužské	ženské	
matka	10	0	10 9,4 %
otec	0	2	2 1,9 %
dítě samo	7	2	9 8,4 %
sourozenec	1	0	1 0,9 %
jiný příbuzný	4	2	6 5,6 %
cizí osoba	10	7	17 15,9 %
anonym	1	2	3 2,8 %
policie	0	14	14 13,1 %
zdravotnické zařízení	16	8	24 22,4 %
školské zařízení	7	7	14 13,1 %
jiná instituce	0	3	3 2,8 %
neuvedeno	-	-	4 3,7 %
<b>Celkem</b>	56	47	107 100 %

**Tab. 12.** Iniciátoři ohlášení týrání a zneužívání

Když jsme analyzovali, kdo ohlásil týrání a zneužívání, zjistili jsme, že nejčastěji Orgánu péče o rodinu a děti hlásí CAN zdravotnická zařízení, následována školami a policií. To odpovídá v podstatě našim poznatkům i poznatkům ostatních, i když v absolutních počtech je udávaný výskyt stále velmi nízký.

Při celkovém hodnocení následků CAN jsme zjistili, že v 65 případech se projevilo nějaké závažnější a trvalejší poškození dítěte. Z nich pak v 60 % bylo poškození psychického rázu.

Při rozboru provedených opatření v rodině se ukázalo, že u 81 dětí, tj. v 85,2 %, se poskytuje podpora i pomoc v rámci rodiny. V 55 případech byla provedena opatření mimo rodinu, v převážné míře umístění dítěte do jiného prostředí. To kontrastuje se současným celkovým přístupem k terapii dětí s CAN - co nejméně je umísťovat mimo rodinu a vyhnout se tak dnes již zastaralému řešení CAN.

Potvrzení či vyloučení syndromu CAN jsme se v naší sondě rovněž věnovali. Zjistili jsme, že u 85 případů (tj. v 88,8 %) byla oprávněnost ohlášení případů potvrzena, nejčastěji lékařem a pak policií (společně v 61,7 %). Nejméně často pak soudem (v 2,8 %) a OPD (v 5,6 %). Je třeba si uvědomit, že toto

potvrzení však přichází podstatně později a mnohdy překračuje časové možnosti naší studie, omezené na 1 rok.

Ze všeho toho, co bylo dosud zde uvedeno o výskytu syndromu CAN a jeho evidenci, vyplývá, že naše dosavadní zjištění o výskytu CAN jsou jednak velmi nesourodá, neúplná a zvláště zcela nesystematicky získávána. Výskyt syndromu CAN vykazuje u nás 20x až 40x nižší hodnoty než ve většině s námi srovnatelných zemí.

Zdaleka nejde o to, abychom dosáhli vyrovnání s rozvinutými zeměmi i v této tak nepříznivé oblasti. Neměli bychom však připustit, aby byl i jedno dítě nějakým závažným způsobem trpělo, aniž by příslušné instituce, orgány a odpovědní či odpovědnost dobrovolně přijímající lidé o takovéto situaci věděli a mohli účinně pomoci.

## 15 Zjišťování (detekce) syndromu CAN a jeho registrace

Detekce, odhalení nebo zjišťování syndromu CAN se děje hlášením nebo cíleným vyhledáváním jednotlivých případů na úrovni odborných služeb státních, komunálních nebo charitativních (Orgány péče o rodinu a děti, policie, krizová centra, poradny, zdravotnická či školská zařízení, dětské diagnostické nebo jiné domovy, linky bezpečí apod.). Děje se tak dále při běžné činnosti pracovníků toho kterého oboru zabývajícího se dítětem (lékaři, pedagogové, činovníci různých dětských organizací), kteří zvýšenou pozorností k tomuto problému jej objevují, nebo aspoň pojmou podezření a podle potřeby a situace zasahují. To znamená takový stav nebo děj ohlásit Orgánu péče o rodinu a děti, policii, anebo se v rámci své kompetence a možností podrobněji případem zabývat.

Oznámení mají učinit ti, kdo se stali svědky špatného zacházení s dětmi anebo se o něm nějakým způsobem dověděli. Je sice zákonem uloženo každému občanu učinit příslušné oznámení o takovýchto případech, ale ne každý si chce "pálit prsty" a splnit tuto svou povinnost.

Vážným problémem je tu ovšem již dříve zmíněné falešné hlášení, kterým si oznamovatel chce např. vyřídit s někým své účty. Proto je třeba vždy náležitě vše prověřit a vyšetřit. Přitom je však nezbytné postupovat způsobem co nejšetnějším.

Zvláštním druhem oznámení jsou anonymní hlášení, kde opatrnost vzhledem k hlášené skutečnosti musí být dvojnásobná, hlavně když jde o případ zvlášť závažný a takový, který se dotýká více lidí. I to je důvod, proč takové šetření musí být prováděno vždy velmi diskrétně a musí se - aspoň z počátku - opírat o všechny nepřímé metody sociální práce. Nikdy však je neodkládáme do koše, kam ostatně každý jiný anonym patří. Je však třeba uvést, že v poslední době v práci našeho centra se sice stále setkáváme s tímto způsobem odhalování CAN, ale také stále častěji se nám dostává nabídky, že když bude třeba svědectví oznamovatele, vystoupí z anonymity. Patří však k základním principům této práce maximálně šetřit i onu anonymitu každého, s nímž se na tomto úseku spolupracuje. Tím lze získat na důvěryhodnosti, která je ostatně jednou ze základních podmínek úspěšné činnosti v této sféře.

K plnému výčtu základních forem, možností či míst detekce CAN patří i různé linky důvěry a bezpečí, různé horké linky apod. Jimi se telefonem či dopisy a mnohdy také anonymně obracují oznamovatelé. Oznamují jim nejrůznější informace, okolnosti a situace ohrožení či poškození dětí, žádají o radu a pomoc v jednotlivých případech, anebo se chtějí jen podělit o své problémy. Nejpodstatnější přínos těchto komunikačních spojení však spočívá v tom, že jsou určeny především pro děti, pro jejich starosti a strasti a ovšem též pro oznámení jejich zneužívání a zanedbávání. Záleží pak jen na tom, jak příslušní pracovníci se dítěte a jeho trápení ujmou, zda je potvrdí a na základě toho zjednájí či zprostředkují nápravu.

Vlastní zjišťování syndromu CAN má několik fází.

## Ohlášení

Především je to vlastní ohlášení. Závisí na osobě, která se s daným jevem setká, je schopna jej posoudit a také ochotna (i když povinná) jej ohlásit. Proces rozhodování zdali ohlásit nebo zahájit šetření dané skutečnosti přitom závisí na mnoha činitelích.

Mauningová a Cheers ve své práci z r. 1995 je nazývají inhibitory a facilitátory, tedy faktory, které ohlašovací aktivity utlumují či jim zabraňují, a pak ty, které je usnadňují. Při tom je rozlišují na profesionální a neprofesionální.

Mezi profesionální inhibitory (zabraňující činitele) lze zařadit především nedostatek důvěry v orgány sociální péče i v orgány činné v trestním řízení. Dále zklamání z výsledků předchozích oznámení, nadměrné respektování intimity rodiny v případech CAN (tj. posvátnost a nedotknutelnost rodiny, jež se i u nás v nadměrné míře začíná objevovat), strach z dalšího poškozování podezřelé rodiny, strach z odplaty útočnicka proti ohlašovateli, proti oběti i proti dalším pracovníkům podílejícím se na řešení případu, mnohdy i snaha "nepřidělovat si další práci" nebo "nedělat si mrzutosti". Zde také, byť u každého na jiné rovině, hraje svou roli nedostatek znalostí a zkušeností s poznáváním tohoto nepříznivého jevu. Tak se lékaři v takových situacích stávají nejistými ve své diagnóze, anebo je odrazuje riziko být zataženi do jednání Orgánů činných v trestním řízení. Svůj podíl na nechuti lékaře hlásit případy CAN může mít i skutečnost nedostatečného finančního ohodnocení těchto aktivit. Seznam bodového hodnocení výkonů lékařů totiž s nimi téměř nepočítá.

To byl ostatně jeden z hlavních důvodů samostatného zákona proti týrání dítěte, jenž byl postupně přijímán ve všech státech USA a pak v řadě dalších zemí. V Holandsku a Belgii byl proto také rozvinut systém tzv. důvěrných (confidential) lékařů, jejichž pracovní náplní je problematika CAN.

Z profesionálních facilitátorů, "umožňovatelů", musíme na prvním místě uvést osobní angažovanost a zaujetí každého pracovníka, který se rozhodl věnovat se tomuto poslání, spolu s jeho náležitou odbornou přípravou a soustavným vzděláváním během výkonu povolání. V této souvislosti je třeba zdůraznit, že vždy platí oba tyto principy, a to i v charitativních či náboženských organizacích, kde zaujetí a angažovanost se automaticky předpokládá, ale odbornost mnohdy podceňuje. Dále sem patří dostatek pochopení pro dítě a porozumění jeho potřebám a tím i jeho právům. Z nich na prvním místě musí být vždy prosazování zájmu a prospěchu dítěte.

V této souvislosti je třeba zdůraznit spolupráci s dalšími zařízeními a odpovědnými institucemi. To by mělo spočívat v tom, že každý přijme za své, že ohlášení případu je nezbytné a že je také smysluplné.

Mauningová a Cheers (1955) požadují od odborníků, aby prosazovali ve veřejnosti nejenom dostatečnou znalost této problematiky a způsobů, jak jí náležitě čelit, ale také výchovu k oznamování syndromu CAN či jen podezření na něj.

To se třeba podařilo ve Švédsku, kde např. tělesný trest dítěti na veřejnosti nikdy neprojde trestajícimu bez upozornění přítomných, někdy však i s důsledkem úředního projednání takovéto záležitosti. Není to výsledkem jen prostého zákazu tělesných trestů zákonem, ale přijetím této zásady v široké veřejnosti, a to díky účinné snaze odborných pracovníků, kteří tuto změnu v přístupu k takovému způsobu trestu prosadili.

Znamená to tedy, aby se i v naší veřejnosti obdobně pracovalo - což je ostatně věcí primární i sekundární prevence. V našem případě pak to musí vést profesionální pracovníky k tomu, aby veřejnost byla mimo jiné také seznamována s výsledky takovéto angažovanosti ve prospěch trpícího dítěte. Současně je třeba dodržovat zásadu, aby každý jednotlivý oznamovatel, ať již přichází odkudkoli, byl seznámen osobně s výsledky řešení případu, na němž se podílel svým oznámením, a také, aby v případě jeho správného



počinání, mu bylo za to vhodnou formou poděkováno (např. že třeba zachránil dítě či odvrátil od něho další utrpení).

Inhibitory laického oznamování syndromu CAN spočívají především v neznalosti dané problematiky v nejširší veřejnosti a v neochotě se jí jakkoli zabývat, a také ve lhostejnosti mnohých lidí k osudu trpícího dítěte. Dále v nechuti nějak se vměšovat do problémů, které otvírají nepříjemné možnosti komunikace s policií, se zákonem apod., což pramení již z letité nedůvěry k těmto institucím. Patří sem i pocit udavačství, jestliže by se něco mělo oznámit úřadům, a to zvláště něco tak nepříznivého, jako je násilí v rodině či incest, sexuální zneužití anebo kterákoli jiná forma nežádoucího jednání s dětmi.

Ochrana dítěte v případech dysfunkce či afunkce rodiny musí být náležitě zajištěna. A je to stát, který tento úkol, pokud jej nezajišťuje sám, musí aspoň podporovat, koordinovat a v konečné fázi garantovat. To platí zvláště tam, kde je tato péče v mnohém svěřena nestátním organizacím a zařízením či kde se jí samy ujaly. Přitom každý zásah do rodinných vztahů je zásadně umožněn jen rozhodnutím soudu, jak ostatně též požaduje Úmluva o právech dítěte, podle níž se připravuje naše nová úprava rodinného práva.

Mezi laiky samozřejmě často panuje značná nejistota, zda to, co zjišťují v jednání s dítětem, je skutečně projev jeho týrání a zneužívání. A pak také skutečně nevědí, kam a na koho se mají obrátit a jak si počínat, pokud dojdou k přesvědčení, že se skutečně činí dítěti bezpráví.

Panuje tu totiž stále častá představa, že dítě si vymýšlí, že není důvěryhodné, že to či ono není možné apod. Tuto nedůvěru odstranit vyžaduje soustavnou, cílenou osvětu mezi dospělými, stejně jako mezi dětmi samými.

Z laických facilitátorů hlášení CAN možno za všechny uvést pozitivní vztah dospělých k dětem, zájem celé společnosti o dítě a o jeho prospěch a blaho, dále porozumění jeho vývoji a potřebám a respektování jeho práv. A pak osobní odvaha, statečnost a dobrá vůle pomoci všude tam, kde je toho zapotřebí. Ale i zde je nutno znovu připomenout, že i takoví lidé musí být o smyslu svého počinání přesvědčováni.

## **Diagnostika**

Druhá fáze odhalování syndromu týraného a zneužívaného dítěte je jeho diagnostika. Tou lze zde rozumět komplexní činnost interdisciplinárního týmu, zjišťujícího a posuzujícího všechny okolnosti ohlášeného nebo jinak odhaleného případu špatného zacházení s dítětem či jeho následků. Modelem pro tuto činnost je klasický diagnostický postup v lékařství, rozšířený o integrální spolupráci se všemi dalšími angažovanými obory.

Proto je tak důležitá komplexní sociální anamnéza rodinná i osobní. V ní jakousi uvádějící a snad také rozhodující roli hraje anamnéza medicínská spolu se zjištěním současného stavu dítěte. To znamená snažit se také objevit, popsat a zhodnotit ty známky, které byly nebo mohly být dítěti způsobeny týráním, zneužíváním či zanedbáváním. Ty však musí být zasazeny do celkového zhodnocení zdravotního stavu a vývoje dítěte. Zvlášť závažným problémem se tu jeví rozlišení mezi poraněním způsobeným náhodou, úrazem, nedbalostí, anebo úmyslným útokem proti dítěti (např. neorganická porucha prospívání proti poruše organické či syndrom náhlého úmrtí proti udušení kojence).

Na lékařské vyšetření navazuje, či podle možností jde společně s ním, pokud mu již nepředcházelo, vyšetření dětským psychologem, a to i vyšetření dospělého nebo dospělých označených za původce zneužívání či zanedbávání dítěte. Integrální součástí tohoto vyšetření je i šetření sociální pracovnice ze zařízení, kde dítě je. Ve vážných případech se již v této fázi může účastnit i policie, která by měla být vždy přizvána, hrozí-li z trestního hlediska nebezpečí z prodlení.

Tento diagnostický postup však nemusí přinést napoprvé žádné závažné zjištění. Proto v důvodných případech je vhodné dítě přijmout k diagnostickému pobytu. Při něm je umožněno komplexní vyšetření dítěte lékařem, dalšími odborníky, především psychology a sociálními pracovníky. Je tu možno pozorovat a hodnotit chování dítěte a zajistit dítěti neutrální prostředí, je-li to nutné. To vše může překonat nedostatky či chyby jednorázového šetření a vnést do celého případu daleko lepší přehled.

Zatím se v takových situacích většinou dítě umísťuje v nemocnici (pokud tam již není přijato přímo z důvodů urgentnosti a závažnosti svého postižení), anebo v diagnostických dětských domovech. Předpokládá to ovšem dostatečnou znalost, připravenost a interdisciplinárnost takového pracoviště, aby mohlo takové případy opravdu fundovaně řešit.

Proto je žádoucí budovat zvláštní místa pro takovýto úkol, jako jsme např. dosáhli při našem Dětském krizovém centru. Stalo se tak díky pochopení Dětského centra Diakonie pro děti s kombinovanými postiženími, kde máme vyčleněno 5 míst pro tyto účely. Do budoucna s takovýmto lůžkovým zařízením počítáme v rámci každého dětského krizového centra, a to nejenom pro diagnostický pobyt, ale i pobyt terapeutický, azylový, po případě i pro matky takových dětí.

## **Potvrzení nebo vyloučení diagnózy**

Třetí fázi zjišťování syndromu CAN představuje potvrzení, nebo vyloučení diagnózy šetřeného případu, pokud to již v této fázi je možné. Není-li, pak případ nutno považovat za pravděpodobný ve smyslu již uvedené definice. Nicméně nutno zde postupovat stejně, jako kdyby šlo o ověřenou diagnózu, tj. hlásíme případ Orgánu péče o rodinu a děti, který pak záležitost přebírá přímo do své kompetence a rozhoduje dále podle dané situace.

Významnou roli v takovýchto případech mohou sehrát např. i různá dětská centra, pedagogicko-psychologické poradny či poradny rodinné pomoci a podpory apod.

Ostatní oznámené případy CAN, i když po provedeném šetření vyloučené, podle našich i zahraničních zkušeností nutno často dále pokládat za suspektní a podle potřeby, situace a možností se k nim vracet.

## Vyhledávání

Dosud zde popsané formy zjišťování syndromu CAN vycházely z jeho ohlášení či jiného způsobu zjištění, závislého na aktivitě druhých nebo oběti samotné. Avšak neobyčejně významnou roli hraje rovněž aktivní vyhledávání ohrožených nebo již postižených dětí.

Patří k přednostem našeho dětského lékařství (Dunovský, 1990, Janda, 1995), že i ve složitých podmínkách minulé doby uměla koncipovat a vytvořit komplexní pediatrickou péči, v níž byla silně rozvíjena preventivní péče, a to i ve vztahu k rodině a jejím případným poruchám (Dunovský, 1987). Současně se však uměla soustředit na děti ohrožené, chronicky nemocné a postižené v rámci své dispenzární péče, do níž byly také zařazeny děti týrané, zneužívané a zanedbávané. Jim pak věnovali dětské lékaři zvýšenou pozornost. Tento princip (Dunovský, 1990) přešel i do nových podmínek poskytování pediatrické péče, jež si své komplexní pojetí snaží udržet, i když se to dosud nedaří v žádoucí míře, jak bylo také již zmíněno.

Aktivní vyhledávání znamená vědět kde a jak hledat. Z toho, co bylo dosud uvedeno, vyplývá, že existuje mnoho rizik, která jsou příčinně, sousledně i následně spojena s tímto syndromem. Patří k fundovanosti každého zúčastněného pracovníka tato nebezpečí znát.

Na několika místech této knihy se poukazuje na rizika jak u dětí, tak u rodičů i celých skupin obyvatelstva.

Řada autorů, Kempem počínaje, se snažila logickým způsobem spojit či propojit různá tato rizika a nebezpečí v konstrukci určitých diagnostických (nebo i prognostických) nástrojů, kterými se může s větší nebo menší spolehlivostí vyjádřit míra a závažnost celkového rizika ve vztahu k pravděpodobnému nebo již skutečnému zasažení dítěte CAN. Tyto nástroje se nazývají skriningové metody, stručně skrining. Používají se jak v široké terénní praxi, tak u vybraných skupin, kde nebezpečí CAN je známo. Od skriningu se také někdy - a to ne vždy správně - očekává odhalení potenciálního nebo již existujícího postižení dítěte syndromem CAN. Je třeba však vědět, že skrining je jen pomocná metoda, která pomáhá v orientaci a podpoře stanovení diagnózy, nikoli jejího jednoznačného potvrzení.

V poslední době se užívá v zahraničí řada těchto "osvětlovacích" metod, které jsou však většinou použitelné jen v daném společenském prostředí. Autor této statě (JD) již před léty vypracoval takovouto skriningovou metodu hodnotící funkčnost rodiny vyšetřovaného dítěte. Nazval ji Dotazníkem funkčnosti rodiny (Dunovský, 1987). Pro svou jednoduchost i validitu se stala součástí již zmíněných preventivních prohlídek v pediatrii a ovšem i jednou z vyšetřovacích metod všude tam, kde se dítě může ocitnout (nebo se již ocitlo) v nepříznivé situaci. Patří i k vyšetřovacím metodám Dětského krizového centra, a to jak v každodenní praxi, tak i ve výzkumu.

Podstatně přesnější a i náročnější jsou závěry z výzkumu Bergnera a dalších ze státu Illinois, zaměřeného na zhodnocení 8 nejvíce předpovídajících činitelů z Finkelhorova dotazníku, vytvořeného v roce 1979 a užívaného jako skriningu sexuálního zneužití dítěte v rodině (**tab. 13**).

Rizikový faktor	% zneužitých	Chí – kvadrát (+)
měl nevlastního otce	27,5	
neměl nevlastního otce	23,9	0,14
odloučen od matky	42,9	
nebyl odloučen od matky	23,3	3,13
není citově vázán na matku	25,0	
je citově vázán na matku	24,8	0
matka neukončila střední školu	41,7	
matka ukončila střední školu	23,3	3,22
příjem rodiny je nižší než 10 000 dolarů	66,7	
příjem rodiny je vyšší než 10 000 dolarů	21,1	4,67 (++)
nedostatek fyzické přichylnosti otce	25,6	
dostatek fyzické přichylnosti otce	22,5	0,22
matka sexuálně trestající	36,8	
matka sexuálně netrestá	22,8	2,96
měl dva nebo méně dobrých přátel	14,0	
měl více než dva dobré přátele	26,0	3,19 (+)

df = 1; (++) p 0,05

**Tab. 13.** Procenta zneužitých jedinců za přítomnosti, resp. nepřítomnosti rizikových faktorů (Bergner et al., 1994)

Z tabulky vyplývá, že nejvýznamnější riziko pro vznik sexuálního zneužití dětí je nízký příjem, chudoba. To je v určitém rozporu s našimi studiemi, kde ze sociálně ekonomických faktorů v řadě nepříznivých situací má rozhodující úlohu úroveň vzdělání. Nicméně ve Finkelhornových nálezech je nízké vzdělání uváděno na druhém místě.

## Registrace syndromu CAN

Registrací (monitoringem) syndromu CAN rozumíme systém zaznamenávání tohoto jevu v populaci. Umožňuje jeho kvantitativní, ale i kvalitativní analýzu v čase a prostoru.

Předně je třeba registrovat všechny případy, které byly ohlášeny či zjištěny. Tento první registr se musí soustředit na jednom místě, jímž by měly být Orgány péče o rodinu a děti v jednotlivých okresech. Tam by měl být také první registr - oznámených případů CAN. Zde by měl být veden i druhý registr - potvrzených nebo pravděpodobných, popřípadě i podezřelých případů. Ten by měl být výsledkem diagnostické činnosti příslušných pracovníků v rámci okresu či regionu a měl by vypovídat do určité míry i o kvalitě práce institucí i odborníků. Relaci 40 - 50 % potvrzených případů CAN lze v podstatě pokládat za odpovídající.

V druhé fázi by se měly evidovat případy, kterými se zabývá policie. A to opět ve dvou částech: jednak by tu měla být vedena evidence případů, u nichž začalo a probíhá policejní šetření, jednak případů, u nichž šetření skončilo, a to buď odložením, anebo obviněním pachatele. Tak by měla registrovat syndrom CAN policie a státní zástupce.

Na tuto druhou fázi by měla navazovat třetí, zachycující počty případů, jež byly u soudu projednávány, a v návaznosti na ně pak evidovat počty případů, kde pachatel byl odsouzen, či osvobozen.

Zdá se to velmi složité, nicméně každá etapa má poněkud jiný charakter a také cíl. Vzájemné propojení těchto registrů však musí být zachováno, i když pochopitelně počty v každé fázi i jejich vstupních i výstupních částech se budou neustále zmenšovat. Nás, kteří se zabýváme především klinickou praxí v péči o děti ohrožené a zasažené CAN, však především zajímá fáze první, registrující všechny kdekoli a jakkoli zjištěné případy CAN jako její vstupní část a všechny potvrzené nebo pravděpodobné případy jako její výstupní část.

V ostatních fázích mohou příslušné orgány registrovat případy po svém způsobu, ale vždy v porovnání k fázi první.

Tento návrh vyžaduje samozřejmě další diskusi, pilotážní studie i výměnu zkušeností mezi jednotlivými odborníky i obory interdisciplinární péče o dítě vůbec, s využitím zahraničních zkušeností.

## 16 Právní zajištění dítěte s CAN

Článek 19.

My sami přijímáme tímto slavnostní závazek stavět na výrazně přední místa práva dětí, jejich život, jejich ochranu a jejich vývoj. Ta také zajistí prospěch všem společnostem světa.

Světová deklarace o přežití, ochraně a vývoji dětí. New York, 30. září 1990

Ochrana rodiny a mládeže je v první řadě zakotvena v základních mezinárodních dokumentech a úmluvách: v článku 16 Všeobecné deklarace lidských práv, v článku 23 Mezinárodního paktu o občanských a politických právech (vyhláška č. 220/1976 Sb.) a v článku 12 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a svobod (vyhláška č. 109/1992 Sb.).

V našem právním řádu zakotvuje ochranu rodiny Listina základních práv a svobod, která je podle článku 3 Ústavy součástí ústavního pořádku České republiky. Podle článku 32 odst. 1 této Listiny jsou rodičovství a rodina pod ochranou zákona, přičemž zvláštní ochrana dětí a mladistvých je zaručena.

V této souvislosti možno připomenout, že důležitou mezinárodní smlouvou, která se dotýká rodiny a mládeže, je rovněž Mezinárodní úmluva o odstranění všech forem diskriminace žen (vyhláška č. 62/1987 Sb.).

Základní postuláty a zásady obsažené v mezinárodních dokumentech a úmluvách a v Listině základních práv a svobod jsou blíže rozvedeny především v zákoně č. 94/1963 Sb., o rodině, jehož úplné znění bylo vyhlášeno pod č. 66/1983 Sb., ve znění zákona č. 234/1992 Sb. Konkrétní ochranu dětí a mládeže před vážnými negativními vlivy a zásahy, včetně právního zajištění dítěte s CAN ovšem poskytuje trestní zákon.

Třeba předeslat, že dne 20. listopadu 1989 byla v New Yorku přijata Úmluva o právech dítěte, která na základě článku 49 odst. 1 vstoupila v platnost dne 2. září 1990. Pro bývalou ČSFR vstoupila Úmluva o právech dítěte v platnost dnem 6. února 1991 a Českou republikou byla převzata, takže jsme touto Úmluvou vázáni. Český překlad Úmluvy byl publikován ve Sbírce zákonů pod č. 104/1991 Sb.

Povinnosti zakotvené v článku 35 Úmluvy spočívají v tom, že státy, které jsou smluvní stranou Úmluvy o právech dítěte, přijímají všechna nezbytná vnitrostátní, dvoustranná a mnohostranná opatření k zabránění únosů dětí, prodávání dětí a obchodování s nimi za jakýmkoli účelem a v jakékoli podobě.

V souladu s tím byla také v českém trestním zákoně, jehož plné znění bylo naposledy uveřejněno pod č. 65/1994 Sbírky zákonů, nově zakotvena skutková podstata trestného činu obchodování s dětmi podle § 216a trestního zákona (dále: tr. zák.).

Uvedeného deliktu se dopustí ten, kdo za odměnu svěří dítě do moci jiného za účelem adopce, využívání dětské práce nebo pro jiný účel, a hrozí mu trest odnětí svobody až na tři roky nebo peněžitý trest ve výměře od 2 000,- Kč do 5 000 000,- Kč (§ 53 odst. 1 tr. zák.). Odnětím svobody na dva roky až osm let bude pachatel potrestán, spáchal-li shora popsany čin jako člen tzv. organizované skupiny, nebo získal-li takovým činem značný prospěch.

Od 1. ledna 1994, kdy nabyla účinnosti jedna z novel trestního zákona, provedená zákonem č. 290/1993 Sb., je ve smyslu ustanovení § 89 odst. 14 tr. zák. pachatelem dosažen značný prospěch, získal-li trestnou činností částku nejméně 200 000,- Kč.

Konečně trestem odnětí svobody na tři roky až deset let bude pachatel potrestán, způsobí-li popisovaným činem oběti těžkou újmu na zdraví nebo z nedbalosti zaviní dokonce její smrt (při úmyslném zavinění by se jednalo o vraždu), anebo způsobí-li takto jiný, tzv. zvlášť závažný následek.

Pachatelem trestného činu obchodování s dětmi podle § 216a tr. zák. může být prakticky kdokoliv, zejména ovšem rodiče dítěte a jiné osoby, které jsou povinny o dítě pečovat nebo je mají jinou zákonnou formou fakticky ve své moci, například pracovníci kojeneckých ústavů, dětských domovů apod.

Do trestního zákona byla také nově převzata z článku I Úmluvy o právech dítěte definice pojmu "dítě".

Podle § 216b tr. zák. se tudíž nadále dítětem ve smyslu § 216 tr. zák., o trestném činu únosu, a § 216a tr. zák., o trestném činu obchodování s dětmi, rozumí osoba mladší než osmnáct let, pokud nedosáhla zletilosti již dříve.

V tomto ohledu vlastně trestní zákon odkazuje na občanský zákoník, podle kterého lze právně nabýt zletilosti před dovršením osmnáctého roku věku, ovšem až po dosažení věku šestnácti let, jedině platným uzavřením sňatku.

Konkrétní trestněprávní ochranu nezletilých dětí, respektive především nezletilých dětí před týráním zajišťuje v našem trestním právu ustanovení § 215 tr. zák., o trestném činu týrání svěřené osoby. Tohoto deliktu se podle zákonné dikce dopustí trestně odpovědný pachatel, který týrá osobu svěřenou jeho péči nebo výchově. Provinilci hrozí trest odnětí svobody ve výměře od šesti měsíců do tří let, trestem odnětí svobody na dva roky až na osm let může být však potrestán, spáchá-li podobný čin zvlášť surovým způsobem nebo na více osobách, nebo pokračuje-li v páchání takového činu po delší dobu.

Již ze samotného znění zákona je patrné, že ochrana tímto ustanovením platného trestního zákona se poskytuje nejen nezletilým dětem, ale i osobám zletilým, které jsou z jakéhokoliv důvodu odkázány na péči jiných osob. Tímto důvodem může být jejich nemoc, stáří, invalidita, mentální retardace apod. Není přitom rozhodné, na jakém právním základě - zákonná úprava, soudní rozhodnutí, smlouva atd. - se péče nebo výchova poskytuje.

Pachateli uvedeného deliktu tedy mohou být nejen rodiče, resp. jeden z nich, ale i učitelé, vychovatelé, sportovní trenéři, ošetřovatelé nebo přátelé či známí rodičů týrané osoby, ale i jiné osoby, jejichž vztah k týranému je zcela nahodilý.

Týráním ve shora uvedeném smyslu se rozumí nejen působení fyzických útrap, ale i týráním v oblasti psychické. A tím jsme vlastně narazili na jeden ze závažných problémů, kterým je vymezení samotného pojmu "týráním", a to nejen pro účely trestního práva.

Soudní praxe již delší dobu vychází ze stanoviska, mimo jiné publikovaného pod č. 11/1984 Sbírky rozhodnutí trestních, podle něhož je "týráním" zlé nakládání se svěřenou osobou, vyznačující se vyšším stupněm hrubosti a bezcitnosti a určitou trvalostí, které poškozená osoba pociťuje jako těžké příkoří. Trvalost pachatelova jednání je přitom nutno posuzovat v závislosti na intenzitě zlého nakládání; nevyžaduje se, aby šlo o jednání soustavné.

Soudy kromě toho, jistě správně, ve své rozhodovací činnosti dovozují, že týráním svěřené osoby ve smyslu zákonem vyžadovaných znaků stejnojmenného trestného činu podle § 215 tr. zák. se může stát nejen aktivním protiprávním konáním, ale i opominutím povinné péče, k níž byl pachatel povinen, jestliže například jemu svěřená osoba nebyla vzhledem ke svému věku schopna starat se o sebe sama. Takový

delikt by mohl být viníkem spáchán zanedbáním osobní hygieny dítěte, neposkytováním přiměřené stravy apod.

Tato praxe odpovídá obsahu ustanovení § 89 odst. 2 tr. zák., podle kterého se jednáním v trestněprávním slova smyslu rozumí i opomenutí takového konání, k němuž byl pachatel podle okolností a svých poměrů povinen.

Podobné stanovisko bylo vyjádřeno i v jiném soudním rozhodnutí, publikovaném pod č. 20/1984 Sbírkou rozhodnutí trestních, podle kterého se týráním svěřené osoby podle § 215 tr. zák. rozumí takové zlé nakládání se svěřenou osobou, které se vyznačuje hrubším stupněm necitelnosti a bezohlednosti a určitým trváním, přičemž se nevyžaduje, aby u svěřené osoby skutečně vznikly konkrétní následky na zdraví. Musí ovšem jít o jednání, které týraná osoba pro jeho krutost, bezohlednost nebo bolestivost pocítuje jako těžké příkoří.

Starší judikatura uvádí pod č. 18/1963 Sb. rozh. trest. případ, kdy pachatel trestného činu týrání svěřené osoby podle § 215 tr. zák. nechával dítě svěřené jeho péči často a po dlouhou dobu klečat i s předpaženými rukama, surově je bil a nedával mu řádně najíst. Současná praxe zná bohužel i případy ještě daleko drastičtější. "Trestání" malého děvčátka posazováním na rozpálenou plotnu v rámci "výchovy" k hygienickým návykům bylo jedním z nich. Tragickým výsledkem podobné trestné činnosti nezřídka bývá smrt poškozené osoby.

To byl také jeden z hlavních impulzů ke zpřísnění trestního postihu pachatelů tohoto krajně společensky nebezpečného typu delinkvence, byť samotný trestní postih, resp. klasická trestní represe pochopitelně zmíněný problém nedokáže plně uspokojivě vyřešit. A navíc je nutno počítat s dosti vysokou latentní neboli tzv. skrytou kriminalitou, která zůstává neodhalena.

Za nepochybný krok, směřující ke snaze potlačovat tuto trestnou činnost, je ovšem třeba hodnotit také skutečnost, že shora již citovanou novelou trestního zákona, s účinností od 1. ledna 1994 realizovanou zákonem č. 290/1993, byl právě trestný čin týrání svěřené osoby podle § 215 tr. zák. nově zařazen do taxativních výčtů trestných činů, uvedených jak v ustanovení § 167 odst. 1 tr. zák., tak v ustanovení § 168 odst. 1 tr. zák.

V praxi to znamená, že kdo se nadále hodnověrným způsobem doví, že jiný připravuje nebo páchá trestný čin týrání svěřené osoby podle § 215 tr. zák., a spáchání nebo dokončení takového trestného činu nepřekazí, může být potrestán trestem odnětí svobody až na tři roky za trestný čin nepřekážení trestného činu podle § 167 odst. 1 tr. zák.

Trestně postižitelný by dotýčný nebyl jedině za předpokladu, nemohl-li trestný čin týrání svěřené osoby podle § 215 tr. zák. překazit bez značných nesnází nebo aniž by sebe nebo osobu blízkou uvedl v nebezpečí smrti, ublížení na zdraví, jiné závažné újmy nebo trestního stíhání (§ 167 odst. 2 tr. zák.).

Tzv. osobou blízkou se podle § 89 odst. 8 tr. zák. rozumí příbuzný v pokolení přímém, osvojitel, osvojenec, sourozenec a manžel. Jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se z pohledu trestního zákona pokládají za osoby sobě navzájem blízké jen tehdy, kdyby újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá právem pocítovala jako újmu vlastní.

Překazit trestný čin lze ve smyslu § 167 odst. 3 tr. zák. i jeho včasným oznámením státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu. Voják může místo toho učinit oznámení veliteli nebo náčelníkovi.

Trestný čin týrání svěřené osoby podle § 215 tr. zák. se takto v taxativním výčtu, uvedeném v ustanovení § 167 odst. 1 tr. zák., zařadil mezi trestné činy, podléhající právnímu režimu případné trestněprávní sankce, stanovené za jejich neopodstatněné nepřekážení.



Současně byl trestný čin týrání svěřené osoby podle § 215 tr. zák. zmiňovanou novelou trestního zákona nově zařazen do rovněž taxativního výčtu trestných činů, vypočtených v ustanovení § 168 odst. 1 tr. zák., o trestném činu neoznámění trestného činu.

Ve vztahu k trestnému činu týrání svěřené osoby se deliktu podle § 168 odst. 1 tr. zák. dopustí ten, kdo se hodnověrným způsobem doví, že jiný spáchal trestný čin týrání svěřené osoby podle § 215 tr. zák., a takový trestný čin neoznámí bez odkladu státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu nebo místo toho, jde-li o vojáka, velitele nebo náčelníku.

Dotyčnému opět hrozí uložení trestu odnětí svobody až na tři roky, není ovšem podle § 268 odst. 2 tr. zák. trestný, nemohl-li zmíněné oznámení učinit, aniž by sebe nebo osobu blízkou uvedl v nebezpečí smrti, ublížení na zdraví, jiné závažné újmy nebo trestního stíhání.

V tomto paragrafu výslovně uložená obecná oznamovací povinnost se přitom vztahuje výhradně na již spáchané trestné činy, v ustanovení § 168 odst. 1 tr. zák. uvedené. K naplnění zákonných znaků citovaného deliktu ovšem není zapotřebí, aby oznamovatel sám z hlediska právní kvalifikace přesně věděl, o jaký trestný čin, který má povinnost oznámit, jde. Podle rozhodovací praxe postačí, když zná skutkové okolnosti, které zakládají znaky některého z trestných činů zde vyjmenovaných.

Podle judikatury, publikované ve Sbírce rozhodnutí trestních, přitom povinnost oznámit trestný čin, uvedený v ustanovení § 168 odst. 1 tr. zák., nastupuje nejen tehdy, když se oznamovatel doví o trestném činu a zná jeho pachatele, nýbrž i za situace, kdy oznamovatel se doví o spáchaném trestném činu, ale jeho konkrétního pachatele nezná. (Srovnej č. 28/1978 Sb. rozh. trest.)

Zařazení trestného činu týrání svěřené osoby podle § 215 tr. zák. mezi trestné činy podléhající oznamovací povinnosti znamená, že nesplnění této povinnosti tím, kdo se hodnověrným způsobem doví, že jiný spáchal tento delikt, zakládá možnost jeho trestního postihu za trestný čin neoznámění trestného činu podle § 168 odst. 1 tr. zák. Pokud by ovšem jeho trestnost nebyla ve smyslu § 168 odst. 2 tr. zák. vyloučena.

Formálně vzato by tudíž přicházel, resp. naprosto reálně přichází v úvahu trestní postih za tento trestný čin například všech pracovníků ve školství, zdravotnictví, v oblasti sociální péče apod., kteří by získali reálnou informaci o tom, že dochází či došlo k psychickému nebo fyzickému týrání dítěte svěřeného jejich péči anebo jimi vyšetřovaného.

Již z toho důvodu také nebyla v uvedených sférách zmíněná novelizace trestního zákona přijata jednoznačně kladně a s jednomyslným souhlasem. Dosti často bývá totiž uplatňována námitka, že zahájení trestního stíhání viníka s jeho případným následným odsouzením (nebo i bez tohoto odsouzení), jde-li třeba o jednoho z rodičů postiženého dítěte, může mít ve svých důsledcích pro další život nezletilce daleko tíživější dopad než ponechání závadového jednání bez trestního postihu pachatele.

Odpůrci tohoto názoru ovšem naproti tomu argumentují případy, kdy intenzita týrání bezbranného dítěte útlého věku, dosti často druhem nebo novým manželem jeho matky, postupně narůstala až ke značně drastickým, nezřídka fatálním koncům. Sám ze svého působení v odvolacím senátu Vrchního soudu v Praze bohužel nejeden takový případ znám. Nutno však připustit, že váhu mají argumenty obou stran.

Při současné právní úpravě proto osobně vidím určité východisko především v pečlivém zvažování toho, nakolik je údaj o potenciálním spáchání nebo páchání trestného činu týrání svěřené osoby podle § 215 tr. zák. skutečně hodnověrný. V řadě případů bude asi naprosto nezbytné brát údaje především samotných poškozených nezletilců s určitou rezervou a hodnotit je mimořádně obezřetně, popřípadě je podle možnosti doplnit dalšími objektivizujícími údaji.

V jiných případech poskytuje řešení samotná koncepce základů trestní odpovědnosti podle našeho stávajícího trestního práva. Podle § 3 odst. 1 tr. zák. je totiž za trestný čin považován čin nebezpečný pro

společnost, jehož znaky jsou uvedeny v trestním zákoně, přičemž ovšem současně podle § 3 odst. 2 tr. zák. platí, že čin, jehož stupeň nebezpečnosti pro společnost je nepatrný, trestným činem není, i když jinak jeho znaky vykazuje.

K trestnosti činu je přitom třeba úmyslného zavinění pachatele, nestanoví-li trestní zákon výslovně, že postačí i zavinění z nedbalosti. Stupeň nebezpečnosti činu je určován zejména významem chráněného zájmu, který byl činem dotčen, způsobem provedení činu a jeho následky, okolnostmi, za kterých byl čin spáchán, osobou pachatele, mírou jeho zavinění a jeho pohnutkou.

Sluší se ovšem pro úplnost podotknout, že výjimku ze shora uvedeného pojetí trestnosti činu představuje trestní postih tzv. mladistvých pachatelů, tedy osob, které v době spáchání trestného činu dovršily patnáctého roku svého věku, nepřekročily však rok osmnáctý. Čin, jehož formální znaky jsou uvedeny v trestním zákoně, totiž není ve smyslu § 75 tr. zák. trestným činem, jestliže je spáchán mladistvým a stupeň jeho nebezpečnosti pro společnost malý.

Lze tudíž předpokládat, že v některých případech by mohly být naplněny formální zákonné podmínky pro trestní postih za trestný čin neoznámení trestného činu podle § 168 odst. 1 tr. zák. v důsledku nesplnění oznamovací povinnosti ve vztahu k trestnému činu týráni svěřené osoby podle § 215 tr. zák., k tomuto postihu však nedojde pro nenaplnění materiálního předpokladu v podobě větší než nepatrné nebezpečnosti tohoto jednání, resp. opomenutí pro společnost.

Každý podobný případ ovšem bude nutno velice bedlivě a uvážlivě hodnotit ze všech relevantních zákonných zřetelů, což bude především povinností orgánů činných v trestním řízení, tedy soudů, státních zástupců, vyšetřovatelů policie a policejních orgánů. České trestní řízení navíc nadále vychází z tzv. zásady legality, takže státní zástupce je podle § 2 odst. 3 trestního řádu (dále: tr. ř.) ze zákona povinen trestně stíhat všechny trestné činy, o nichž se dozvěděl, pokud výjimku nepřipouští platná zákonná úprava nebo vyhlášená mezinárodní smlouva, kterou je Česká republika vázána.

Ochrana rodiny a mládeže před trestnou činností, včetně právní ochrany dítěte před CAN, prostředky platného českého trestního práva však není zabezpečena jen těmi ustanoveními, kterými jsme se nyní zabývali, nýbrž je jí věnována celá šestá hlava zvláštní části trestního zákona. Některá vzdáleněji související ustanovení pro úplnost pouze velmi stručně připomeneme.

Například ustanovení § 210 tr. zák., o trestném činu dvojího manželství, tak postihuje trestem odnětí svobody až na dva roky toho, kdo za trvání svého manželství uzavře manželství jiné, a stejnou sankcí hrozí i tomu, kdo uzavře manželství s osobou, která již je v manželství jiném. K otázkám vzniku a zániku manželství srov. Zejména zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění novel.

Ustanovení § 212 tr. zák., o trestném činu opuštění dítěte, postihuje podle § 212 odst. 1 tr. zák. trestem odnětí svobody na šest měsíců až na tři roky toho, kdo opustí dítě, o které má povinnost pečovat a které si samo nemůže opatřit pomoc, a vystaví je tím navíc nebezpečí smrti nebo nebezpečí ublížení na zdraví. Pokud takto pachatel z nedbalosti zaviní těžkou újmu na zdraví nebo smrt dítěte, hrozí mu trest odnětí svobody od jednoho roku do šesti let (§ 212 odst. 2 tr. zák.).

Pachatelem uvedeného trestného činu může být samozřejmě jedině osoba, které náleží povinnost o dítě pečovat. Takovou osobou mohou být rodiče (srov. § 30 až 50 zákona o rodině), opatrovník dítěte, ustanovený soudním rozhodnutím (§ 78 až § 84), osoba, které bylo dítě soudním rozhodnutím svěřeno do výchovy (§ 45 odst. 1), pracovník ústavu, ve kterém se vykonává ústavní výchova (§ 45 odst. 3), pracovník ústavu, ve kterém se vykonává ochranná výchova (§ 85 tr. zák.), pěstoun (viz zákon č. 50/1973 Sb., o pěstounské péči), osoba, která převzala péči o dítě na základě dohody uzavřené s tím, komu jinak náleží povinnost o dítě pečovat, osoba, která bez předchozí úmluvy fakticky převzala péči o dítě a takovou péči po určitou dobu vykonává apod.

Ustanovení § 213 tr. zák., o trestném činu zanedbání povinné výživy, hrozí podle § 213 odst. 1 tr. zák. trestem odnětí svobody až na jeden rok tomu, kdo neplní, byť i z nedbalosti, svou zákonnou povinnost vyživovat nebo zaopatřovat jiného. Pokud by se této povinnosti pachatel dokonce úmyslně vyhýbal, hrozí mu podle § 213 odst. 2 tr. zák. trest odnětí svobody až na dvě léta. A pokud by takto navíc vydal oprávněnou osobu nebezpečí nouze, může být podle § 213 odst. 3 tr. zák. potrestán trestem odnětí svobody od šesti měsíců do tří let.

Objektem trestného činu zanedbání povinné výživy podle § 213 tr. zák. je tudíž nárok na výživu, pokud ovšem vyplývá z již citovaného zákona o rodině. Tento zákon uvádí hned několik druhů vyživovacích vztahů, konkrétně vzájemnou vyživovací povinnost rodičů a dětí, vyživovací povinnost mezi osobami příbuznými, vyživovací povinnost mezi manžely, nárok rozvedeného manžela na výživu a nárok neprovdané matky na příspěvek na výživu a na úhradu některých nákladů spojených s těhotenstvím a slehnutím.

Ustanovení § 216 tr. zák., o trestném činu únosu, postihuje trestem odnětí svobody až na tři roky nebo peněžitým trestem (od 2 000,- Kč do 5 000 000,- Kč) podle § 216 odst. 1 tr. zák. toho, kdo dítě nebo osobu stíženou duševní poruchou nebo duševně nedostatečně vyvinutou odejme z opatrování toho, kdo má podle zákona nebo podle úředního rozhodnutí povinnost o ně pečovat. Trestem odnětí svobody na dva roky až na osm let bude pachatel podle § 216 odst. 2 tr. zák. potrestán buď tehdy, spáchá-li takový čin v úmyslu opatřit sobě nebo jinému majetkový prospěch, anebo tehdy, ohrozí-li takovým činem mravní vývoj unesené osoby. Trest odnětí svobody od tří do deseti let mu potom podle § 216 odst. 3 tr. zák. hrozí, způsobí-li takovým činem těžkou újmu na zdraví, smrt nebo jiný, zvláště závažný následek.

Ustanovení § 217 tr. zák., o trestném činu ohrožování mravní výchovy mládeže, hrozí trestem odnětí svobody až na dva roky tomu, kdo vydá, byť i z nedbalosti, osobu mladší než osmnáct let nebezpečí zpustnutí tím, že jí buď umožní vést zahálčivý nebo nemravný život, nebo ji k takovému životu svádí.

Ustanovení § 218 tr. zák., o trestném činu podávání alkoholických nápojů mládeži, postihuje trestem odnětí svobody až na jeden rok toho, kdo soustavně nebo ve větší míře podává osobám mladším než osmnáct let alkoholické nápoje. U tohoto trestného činu se přiklonila soudní praxe k takovému výkladu znaku "soustavnosti", že jde o podávání alkoholických nápojů osobám mladším než osmnáct let v průběhu delšího časového období, byť i v menších dávkách, takže u těchto osob vzniká nebezpečí návyku na alkohol. Podávání alkoholických nápojů "ve větší míře" pak bývá spatřováno v případech, kdy šlo o požití těchto nápojů v takovém množství, že mělo zpravidla určité nepříznivé účinky, např. ztrátu rovnováhy, zvracení apod., nebo kdy alkoholické nápoje byly podány většímu počtu osob mladších než osmnáct let během krátkého časového období (např. na taneční zábavě).

Novelou trestního zákona, účinnou od roku 1994, byla navíc šestá hlava zvláštní části trestního zákona doplněna o ustanovení § 218a tr. zák., o trestném činu podávání anabolických látek mládeži. Toto ustanovení hrozí trestem odnětí svobody až na jeden rok tomu, kdo opakovaně nebo ve větší míře podává osobě mladší než osmnáct let anabolika nebo jiné prostředky s anabolickým účinkem k jinému než léčebnému účelu.

Podle § 218b tr. zák. přitom platí, že vláda stanoví svým nařízením, co se považuje za anabolika a jiné prostředky s anabolickým účinkem ve smyslu § 218a tr. zák.

Trestní zákon samozřejmě obsahuje v jiných hlavách své zvláštní části celou řadu dalších paragrafů, které chrání život, zdraví, osobní svobodu, domovní svobodu, svobodu rozhodování v sexuální sféře a další Ústavou chráněné zájmy dospělých i dětí a mládeže bez rozdílu. U některých konkrétních ustanovení kromě toho škodlivý zásah do zájmů nezletilého zákonodárce postihuje přísnější trestní sankcí v rámci tzv. kvalifikované skutkové podstaty.

To se týká například trestného činu nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů, kde je podle § 187 odst. 2 písm. c) tr. zák. a podle § 188 odst. 3 tr. zák. přísněji postižen pachatel, který spáchá takový čin vůči osobě mladší než osmnáct let. Stejně je tomu ve smyslu § 188a odst. 2 tr. zák. u trestného činu šíření toxikomanie, a ve smyslu § 204 odst. 3 písm. c) tr. zák. u trestného činu kuplířství, kde navíc hrozí podle § 204 odst. 4 tr. zák. ještě přísnější sankce tomu, kdo za použití násilí, pohrůžky násilí nebo pohrůžky jiné vážné újmy anebo zneužívaje tísně nebo závislosti jiného zjedná, přiměje nebo svede k provozování prostituce osobu mladší než patnáct let, nebo kořistí z prostituce touto osobou provozované.

Také u trestného činu ohrožování mravnosti podle § 205 tr. zák. je v rámci druhého odstavce trestně postižitelný ten, kdo pornografická díla písemná, nosiče zvuku nebo obrazu nebo zobrazení buď nabízí, přenechává nebo zpřístupňuje osobě mladší osmnácti let, nebo je na místě, které je takovým osobám přístupné, vystavuje nebo jinak zpřístupňuje.

Zpřísnění trestního postihu, hrozícího pachateli, je samozřejmě ještě markantnější např. u trestného činu vraždy podle § 219 tr. zák., kde okolnost, že pachatel úmyslně usmrtil osobu mladší než patnáct let, opodstatňuje podle § 219 odst. 2 písm. e) tr. zák. i uložení výjimečného trestu, včetně maximálního trestu odnětí svobody na doživotí (§ 29 odst. 1, odst. 3 tr. zák.).

U trestného činu účasti na sebevraždě hrozí pachateli podle § 230 odst. 2 tr. zák. přísnější sankce, pohne-li k sebevraždě osobu mladší než osmnáct let nebo takové sobě k sebevraždě pomáhá, u trestného činu zavlečení do ciziny hrozí podle § 233 odst. 2 písm. b) tr. zák. přísnější trest tomu, kdo zavleče do ciziny osobu mladší než patnáct let, u trestného činu braní rukojmí bude přísněji postižen podle § 234a odst. 2 písm. b) tr. zák. pachatel tehdy, je-li při takovém činu rukojmím osoba mladší než osmnáct let.

Také u trestného činu znásilnění se promítá do přísnější sankce podle § 241 odst. 2 písm. b) tr. zák. - a u trestného činu obchodování se ženami podle § 246 odst. 2 písm. b) tr. zák. - skutečnost, že čin byl spáchán na ženě mladší než patnáct let.

A u jiného trestného činu, směřujícího proti lidské důstojnosti, trestného činu pohlavního zneužívání podle § 242 tr. zák., patří tato okolnost dokonce mezi základní předpoklady uvedeného právního posouzení.

Trestní zákon současně platný v České republice totiž chrání osoby mladší než patnáct let před škodlivými zásahy do jejich pohlavní sféry především ustanovením § 242, o trestném činu pohlavního zneužívání, a proto by bylo na místě se u tohoto deliktu pozastavit.

V rámci tzv. základní skutkové podstaty podle § 242 odst. 1 tr. zák. se tohoto trestného činu dopustí trestně odpovědný pachatel, který vykoná soulož s osobou mladší než patnáct let nebo který takové osoby jiným způsobem pohlavně zneužije. Takovému delinkventovi hrozí podle stávající právní úpravy uložení trestu odnětí svobody od jednoho roku do osmi let; trest převyšující stanovenou výměrou dva roky nelze přitom s ohledem na ustanovení § 58 odst. 1 tr. zák. podmíněně odložit.

Hovoříme-li o trestně odpovědném pachateli, máme především na mysli osobu, která v době spáchání činu již dovršila patnáctý rok svého věku, protože ten, kdo spáchal jakýkoliv delikt v době, kdy tohoto věku ještě nedosáhl, není ve smyslu § 11 tr. zák. trestně odpovědný. Podle okolností by mohlo přicházet podle § 86 tr. zák. uložení ochranné výchovy takovému provinilci, byť nikoliv v trestním, nýbrž v občanskoprávním neboli civilním řízení.

Současně musí být u pachatele splněna další zákonná podmínka jeho trestní odpovědnosti, a to alespoň částečná přičetnost, protože podle § 12 tr. zák. ten, kdo pro duševní poruchu v době spáchání činu vůbec nemohl rozpoznat jeho nebezpečnost pro společnost nebo vůbec nemohl ovládat své jednání (popřípadě obojí), není za tento čin trestně odpovědný.

Z hlediska pohlaví může být pachatelem trestného činu pohlavního zneužívání muž i žena, v případě spáchání tohoto deliktu formou soulože je ovšem podle stávající trestněprávní úpravy pachatelem vždy osoba opačného pohlaví než pohlavně zneužitá osoba mladší patnácti let. Pohlavního zneužívání, realizovaného jiným způsobem než souloží se ovšem může dopustit i osoba stejného pohlaví.

Pohlaví zneužitých osob není z pohledu trestního zákona rozhodující, protože ustanovením § 242 tr. zák. jsou chráněni chlapci i děvčata. A chráněni jsou i bez ohledu na úroveň své fyzické vyspělosti a na stupeň svého pohlavního dospívání, i bez ohledu na to, zda jsou dosud pohlavně nedotčeni nebo zda již měli v minulosti pohlavní styky či jiné sexuální zkušenosti.

Z hlediska věku pachatele i oběti je osobou mladší než patnáct let taková osoba jen do dne předcházejícího jejím patnáctým narozeninám. V den svých narozenin již taková osoba do této kategorie nespadá, protože podle § 89 odst. 18 tr. zák. platí, že tam, kde trestní zákon spojuje s uplynutím určité doby nějaký účinek, nezapočítává se do ní den, kdy nastala událost určující její začátek.

Objektem trestného činu pohlavního zneužívání, tedy zákonným celospolečenským zájmem a vztahem, který je tímto ustanovením zvláštní části trestního zákona chráněn, je mravní a tělesný vývoj dětí. V širších souvislostech je takto chráněna lidská důstojnost a z tohoto důvodu je také uvedený delikt v platném trestním zákoně systematicky zařazen do druhého oddílu osmé hlavy zvláštní části, konkrétně mezi trestné činy právě proti lidské důstojnosti.

Ustanovení § 242 tr. zák. by mělo zabezpečit co nejdůslednější ochranu všech osob mladších patnácti let před jakýmkoliv útoky do jejich pohlavní sféry a na jejich pohlavní nedotknutelnost. V tomto ohledu zákonodárce sankcionuje tyto útoky bez ohledu na to, zda došlo k mravnímu či jinému narušení osob, které byly pohlavně zneužity, a zákon dovoluje podle okolností postihovat i jednání, které k pohlavnímu zneužití osoby mladší než patnáct let pouze směřovalo.

Z pohledu naplnění tzv. formálních znaků trestného činu není dokonce rozhodné ani to, zda iniciativa k sexuálnímu kontaktům a k pohlavnímu zneužívání vyšla od pachatele nebo od poškozené osoby mladší patnácti let, a z kvalifikačního hlediska není významné ani to, kdo byl v průběhu celého jednání aktivnější.

Trestnímu postihu nemůže sama o sobě zabránit skutečnost, že k pohlavnímu zneužití došlo na základě citového vztahu či dokonce vzájemné citové náklonnosti, případně ta okolnost, že zneužitá osoba s pohlavním stykem souhlasila. Všechny shora uvedené okolnosti je ovšem nezbytné hodnotit při posuzování stupně tzv. nebezpečnosti činu pro společnost, která je vyjádřením materiální podmínky, jež musí být splněna, aby vůbec šlo o trestný čin. O otázce materiálních předpokladů trestnosti pachateli jsme již ostatně hovořili.

Pokud jde o shora již naznačené formy spáchání uvedeného trestného činu pohlavního zneužívání, zákonná dikce, jak patrně, rozlišuje pohlavní zneužití formou soulože a pohlavní zneužití realizované jiným způsobem. Za soulož je považováno spojení pohlavních orgánů muže i ženy, byť došlo i jen k částečnému zasunutí pohlavního údu muže do pochvy ženy, a bez ohledu na to, zda došlo k pohlavnímu ukojení pachatele (pachatelky) či nikoliv. Stačí, jedná-li pachatel v pohlavním vzrušení ve snaze své vzrušení jakýmkoliv způsobem uspokojit, aniž by bylo podstatné, zda vůbec, popřípadě do jaké míry takového uspokojení dosáhne. To ostatně platí i při pohlavním zneužití jiným způsobem než souloží.

Možno dodat, že při souložích, uskutečněných pachatelem na pohlavně dosud nedotčené dívce mladší patnácti let, nemusí zejména při větší elasticitě panenské blány dojít ani k jejímu porušení; přesto je i v takových případech čin z hlediska tzv. objektivní stránky skutkové podstaty trestného činu považován za dokonaný trestný čin pohlavního zneužívání, spáchaný formou soulože.

Při pouhém dotyku pohlavních orgánů by se podle okolností mohlo jednat jen o pokus trestného činu pohlavního zneužívání podle § 8 odst. 1, § 242 tr. zák., spíše však, zejména při dotecích opakovaných, event. ani nesměřujících přímo k pohlavnímu spojení, o již zmíněný jiný způsob pohlavního zneužití.

Za tento jiný způsob pohlavního zneužití jsou v trestněprávní praxi považovány výhradně intenzivnější zásahy do pohlavní sféry poškozených osob mladších patnácti let, konkrétně například osahávání prsů nebo pohlavních orgánů, a další aktivity směřující k sexuálnímu vzrušení pachatele. Uvedený kvalifikační znak může být ovšem naplněn nejen aktivním jednáním pachatele, ale také aktivním počínáním poškozené osoby, popřípadě i zcela dobrovolným či dokonce iniciovaným. Jako trestný čin pohlavního zneužívání však zpravidla naopak nebývají posuzovány například pouze jednorázové, letmé dotyky přes oděv, byť se tendence k podobné právní kvalifikaci v praxi orgánů činných v trestním řízení vyskytují.

Ostatně i v případech, kdy jednání pachatele formálně uvedený kvalifikační znak "jiným způsobem pohlavně zneužije" již naplňuje, jde však o počínání sice nevhodné, ale evidentně méně intenzivní, musí orgány činné v trestním řízení velice pečlivě zkoumat, zda toto jednání splňuje též materiální předpoklad trestnosti. To platí zejména u pachatele a poškozené osoby věkově si blízkých, mezi kterými existuje vzájemný citový vztah, a obezřetně je nutno postupovat obzvláště u již zmiňovaných mladistvých pachatelů.

Obecně lze ze zákonné konstrukce, kdy trestní zákon při stanovení trestní sazby, která pachateli trestného činu pohlavního zneužívání hrozí, nerozlišuje mezi pohlavním zneužitím formou soulože a pohlavním zneužitím jiným způsobem, usuzovat, že zákonodárce zjevně považoval oba uvedené způsoby za stejně škodlivé zásahy do vývoje poškozených osob mladších patnácti let. Podle skutkových okolností je ovšem pochopitelně nutné věnovat konkrétním okolnostem jednotlivých případů bedlivou pozornost, protože se mohou významně lišit například z pohledu intenzity působení pachatele na poškozenou osobu, závažností škodlivého dopadu na její mravní vývoj apod.

Z hlediska úmyslu pachatele třeba připomenout, že jde o dolosní neboli úmyslný trestný čin. Trestný čin je podle § 4 tr. zák. spáchán úmyslně, jestliže pachatel buď chtěl způsobem uvedeným v trestním zákoně porušit nebo ohrozit zájem tímto zákonem chráněný (tzv. úmysl přímý, dolus directus), anebo věděl, že svým jednáním může takové porušení nebo ohrožení způsobit, a pro případ, že je způsobí, s tím byl srozuměn (tzv. úmysl nepřímý, eventuální neboli dolus indirectus, resp. eventualis). U trestného činu pohlavního zneužívání v rámci základní skutkové podstaty podle § 242 odst. 1 tr. zák., o které stále ještě hovoříme, se pachatelův úmysl, byť i nepřímý, musí vztahovat i k tomu, že útok je veden vůči osobě mladší patnácti let.

Trestný čin pohlavního zneužívání, obsažený v našem trestním zákoně, však kromě základní obsahuje též tzv. kvalifikované skutkové podstaty, vyznačující se tím, že trestná činnost pachatele je spojena s některými dalšími kvalifikačními okolnostmi. Ty zvětšují stupeň nebezpečnosti jeho činu, v daném případě trestného činu pohlavního zneužívání, pro společnost, a to se promítá i v přísnějším trestním postihu pachatele.

K okolnosti, která podmiňuje použití vyšší trestní sazby, se přitom při posuzování viny pachatele přihlídnou v souladu s ustanovením § 88 tr. zák. jen tehdy, jestliže pro svou závažnost podstatně zvyšuje stupeň nebezpečnosti trestného činu pro společnost.

Z pohledu naší problematiky to znamená, že odnětím svobody na dva roky až na deset let bude podle § 242 odst. 2 tr. zák. potrestán pachatel trestného činu pohlavního zneužívání, který buď vykoná soulož s osobou mladší než patnáct let nebo který takovou osobu jiným způsobem pohlavně zneužije, a to tehdy, spáchá-li takový čin na osobě svěřené jeho doзору, zneužívaje její závislosti.

K přísnějšímu trestnímu postihu podle citovaného ustanovení § 242 odst. 2 tr. zák. tedy trestní zákon ve srovnání se základní skutkovou podstatou trestného činu pohlavního zneužívání podle § 242 odst. 1 tr. zák. požaduje současné splnění dvou podmínek: pachatel se dopustí pohlavního zneužití vůči osobě svěřené jeho dozoru, zneužívaje navíc závislosti této osoby na něm.

Za osobu svěřenou dozoru pachatele považuje trestněprávní praxe takový stav, kdy pachatel má vůči takové osobě právo, ale zároveň i povinnost na ni dohlížet a bdít nad ní. Může se jednat o vztah mezi rodiči a dětmi, mezi učitelem a žáky, mezi vychovatelem a chovanci, mezi opatrovníkem a jemu právně svěřené osobě zbavené svéprávnosti, ale také mezi druhem či manželem matky dítěte vůči tomuto dítěti, kterého není pokrevním otcem, žije s ním však ve společné domácnosti. V konkrétním případě byl tento vztah dovozen i mezi učitelkami základní školy, členkami mládežnického oddílu a vedoucím tohoto oddílu, kterému byly žáčky jejich rodiči svěřeny do opatrování po dobu výletu.

Závislost v naznačeném slova smyslu je podle trestněprávní praxe stav, v němž se poškozená osoba nemůže svobodně rozhodovat vzhledem k tomu, že je v konkrétním směru na pachatele odkázána. Nejčastěji bývá uváděn právě vztah mezi učitelem a žákem, či faktický poměr závislosti vyvolaný například tím, že pachatel poškozenou osobu vychovává, také však vztah mezi věřitelem a dlužníkem. K vytvoření podobného stavu závislosti však podle soudní rozhodovací praxe například nestačí, pokud by dívka mladší patnácti let po náhodném seznámení s pachatelem s ním šla sama pozdě večer nebo v noci lesem.

U trestného činu pohlavního zneužívání zneužití závislosti osoby svěřené dozoru pachatele představuje situace, kdy osoba mladší patnácti let poskytne pachateli souhlas se souloží nebo s jiným pohlavním zneužitím v důsledku určitého psychického nátlaku, vyvolaného například pachatelovým příslibem nějaké výhody nebo naopak pohrůzkou jejího odepření. Nesmí se však jednat o vynucení soulože u dívky mladší patnácti let přímým násilím nebo pohrůzkou jeho bezprostředního použití a ani za tím účelem nesmí být zneužito její bezbrannosti, protože pak by se již nejednalo o trestný čin pohlavního zneužívání, ale o přísněji postižitelný trestný čin znásilnění podle § 241 odst. 1, odst. 2 písm. b) tr. zák.

Zákonný znak, spočívající ve zneužití závislosti, spočívá tudíž, jak již bylo naznačeno, v tom, že poškozená osoba je v určitém směru na pachatele odkázána, tím je více či méně omezena svoboda jejího rozhodování a pachatel tohoto nedostatku úplné volnosti v rozhodování využije či využívá k realizaci svých sexuálně motivovaných záměrů. Judikatura uvádí případ, kdy zmíněný kvalifikační znak byl naplněn v trestní věci pachatele, kterému bylo dítě útlého věku jeho rodiči opakovaně, byť vždy na kratší dobu, svěřováno k dozoru, zvyklo si takto na něho jako na přítele své matky a pachatel této postupně vzniklé závislosti dítěte zneužil.

Odnětím svobody na pět až na dvanáct let bude pachatel podle § 242 odst. 3 tr. zák. potrestán, vykoná-li soulož s osobou mladší než patnáct let nebo takovou osobu jiným způsobem pohlavně zneužije a způsobí-li tímto činem poškozené osobě těžkou újmu na zdraví.

Jako příklad možno uvést, že zmíněný zákonný znak je naplněn například způsobením tzv. mučivých útrap poškozené osobě. Za mučivé útrapy je podle rozhodovací praxe třeba považovat mimořádné, vystupňované nebo prodlužované bolesti tělesné nebo duševní, které jsou na hranici snesitelnosti, byť i jen kratší dobu trvající, nebo sice bolesti snesitelné, ale déletrvající, které velmi citelně zasahují celou osobnost postiženého.

Za těžkou újmu na zdraví ve smyslu ustanovení § 89 odst. 7 písm. ch) tr. zák. soudy považují vážnou poruchu zdraví nebo vážné onemocnění, které omezovaly způsob života poškozeného nejméně po dobu šesti týdnů, a v každém případě znamenaly velmi citelnou újmu v obvyklém způsobu života poškozeného. Za těžkou újmu na zdraví v uvedeném slova smyslu je přitom třeba považovat nejen delší dobu trvající

vážnou poruchu zdraví fyzického, ale i duševního, popřípadě delší dobu trvající vážné duševní onemocnění.

Konečně odnětím svobody na deset až patnáct let bude podle § 242 odst. 4 tr. zák. pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v § 242 odst. 1 tr. zák. dokonce smrt poškozené osoby.

Pojem smrti je v našem trestním právu vykládán na základě poznatků lékařské vědy jako biologická smrt mozku neboli cerebrální smrt, tj. takový stav organismu, u kterého je obnovení všech životních funkcí již vyloučeno. Prostředky trestního práva je přitom chráněn pouze živý člověk, za kterého je považováno dítě, které již není lidským plodem, a poté dospělý člověk až do okamžiku smrti v uvedeném biologickém smyslu. Plod přechází podle této koncepce v živého člověka okamžikem začátku porodu. Podle platné české trestněprávní úpravy je vymezení okamžiku smrti a metoda jeho zjištění výlučně věcí lékařské vědy. Kategorie tzv. klinické smrti, která je pouhým faktem zástavy vitálních funkcí, jejichž obnova je případně možná, byla nahrazena kategorií biologické smrti mozku, jíž se rozumí smrtelný stav, ze kterého je návrat zpět do života vyloučen.

Způsobení smrti pachatelem jako následku trestného činu pohlavního zneužívání lze podle ustanovení § 242 odst. 4 tr. zák. přičítat jen tehdy, byla-li smrt způsobena z nedbalosti. V případě úmyslného způsobení smrti osobě mladší než patnáct let by se jednalo o souběh trestného činu pohlavního zneužívání s trestným činem vraždy podle § 219 odst. 1, odst. 2 písm. e) tr. zák.

Pro úplnost třeba doplnit, že jednání charakteru pohlavního zneužívání dětí může být postiženo i v rámci některých dalších skutkových podstat trestných činů, zejména již zmíněného trestného činu ohrožování mravní výchovy mládeže podle § 217 tr. zák. a trestného činu vydírání podle § 235 tr. zák. Jestliže pachatel spáchá trestný čin pohlavního zneužívání podle § 242 tr. zák. formou soulože s příbuzným v pokolení přímém nebo se sourozencem, dopouští se tohoto trestného činu v jednočinném souběhu s trestným činem soulože mezi příbuznými podle § 245 tr. zák., ohroženým trestem odnětí svobody až na dva roky.

V širším slova smyslu se mezi závažnou trestnou činností, spočívající v pohlavním zneužívání nezletilců, pochopitelně řadí i trestný čin znásilnění podle § 241 tr. zák., jehož objektem je právo ženy na naprosto svobodné rozhodování o svém pohlavním životě.

Trestného činu znásilnění se podle § 241 odst. 1 tr. zák. dopustí ten, kdo násilím nebo pohrůzkou bezprostředního násilí donutí ženu k souloži, nebo kdo k takovému činu zneužije její bezbrannosti, a hrozí mu trest odnětí svobody na dva roky až osm let. Odnětí svobody na pět až dvanáct let bude pachatel podle § 241 odst. 2 tr. zák. potrestán, způsobí-li takovým činem těžkou újmu na zdraví nebo spáchá-li takový čin na ženě mladší než patnáct let. Konečně odnětím svobody na deset až patnáct let bude pachatel potrestán, pokud uvedeným činem způsobil z nedbalosti smrt poškozené osoby.

A zmínka byla i o trestném činu vydírání. Toho se podle § 235 odst. 1 tr. zák. dopustí ten, kdo jiného násilím, pohrůzkou násilí nebo pohrůzkou jiné těžké újmy nutí, aby něco konal, opomenul nebo trpěl, a hrozí mu trest odnětí svobody až na tři roky, a zde je souběh s trestným činem pohlavního zneužívání dosti častý. Odnětím svobody na dva roky až osm let podle § 235 odst. 2 tr. zák. hrozí trestní zákon pachateli, který čin spáchá jako člen organizované skupiny, nebo nejméně se dvěma osobami, nebo se zbraní, nebo jím způsobí těžkou újmu na zdraví nebo značnou škodu, anebo spáchá-li takový čin na svědkovi, znalci nebo tlumočnickovi v souvislosti s výkonem jejich povinností. A odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel podle § 235 odst. 3 tr. zák. potrestán, způsobí-li činem smrt nebo škodu velkého rozsahu.

Zájemcům o podrobnější informace z oblasti této právní problematiky lze doporučit zejména Komentář k trestnímu zákonu autorů Pavla Šámala a Stanislava Rizmana, Praha, C. H. Beck, 1994, či publikaci autorů Jiřího Jelínka a Zdeňka Sováka: Trestní zákon a trestní řád. Praha, Linde, Hořínková, Tuláček 1995,



obsahující kromě poznámek a judikatury též zákonný text Zákona o Policii, Zákona o výkonu vazby a Zákona o výkonu trestu odnětí svobody.

Z pohledu připravovaných právních úprav, včetně chystané komplexní rekonstrukce trestních kodexů, je nutné vycházet z toho, že právě u shora zmíněných deliktů, z hlediska budoucího zdravého vývoje mladé a nejmladší generace krajně nebezpečných a škodlivých, by bylo krajně naivní věřit v samospasitelnost trestní represe. Celý problém je samozřejmě podstatně hlubší a komplikovanější a cesty k jeho řešení je třeba hledat především mimo trestněprávní oblast, například v co možná nejširší prevenci a součinnosti všech zainteresovaných subjektů. Byť jedním z postupných cílů je i snaha zákonodárce o zpřesnění všech skutkových podstat těchto deliktů, které ohrožují zdravý fyzický i psychický vývoj dětí a mládeže v zájmu zvýšení účinnosti postihu pachatelů a ochrany postižených.

## 17 Problematika soudně-znaleckého posuzování týraného dítěte

Týrání či zanedbávání v péči o dítě může dosáhnout takového stupně, že jednání je pak kvalifikováno jako trestný čin.

Týká se nejen trestných činů proti životu a zdraví obecně, jako je ublížení na zdraví, těžká újma na zdraví, vražda, ale trestní zákon též uvádí ustanovení týkající se převážně nebo přímo dětského věku.

Důležitým předpokladem při dokazování této trestné činnosti je dokumentace nálezu na postiženém dítěti a jeho následně kvalifikované zhodnocení. Týká se nejen změn úrazových, ale také chorobných. Znalec jako odborný poradce soudu takovým zhodnocením vypracovává znalecký posudek. Tato expertiza pomáhá objasnit z medicínského hlediska otázky, které slouží jako podklad pro rozhodování soudu. Při vypracování znaleckého posudku se musí dodržovat přísná pravidla odbornosti a znalec musí své závěry také zdůvodnit. Znalci nepřisluší řešení právních otázek, jako je charakter zavinění, případně určení jeho míry a rovněž nehodnotí důkazy. Pro takové závěry soudu ale dává znalec vyčerpávajícím a srozumitelným způsobem podklady.

Podmínkou objektivního a pokud možno přesného objasnění je především co nejpodrobnější popis nálezu. Hlavním cílem soudně lékařské expertizy je pak vyhodnotit zjištěné nálezy z hlediska vyšetřených okolností, zejména výpovědí.

Řešení případů násilného jednání na dítěti je problematikou zvláště složitou. Údaje rodičů (opatrovníků) jsou přizpůsobovány nálezům, a nejsou tudíž mnohdy směřodonné. Úkolem znalce, někdy velmi komplikovaným, je takové údaje podrobit analýze a tyto případně vyloučit, nebo určit míru pravděpodobnosti, s jakou mohl takový nálezn vzniknout. V případě jednorázových úrazových mechanismů, které při závažných formách týrání jsou poměrně časté, je situace zvláště složitá. Údaje o tom, že se dítě poranilo samo tím, že narazilo hlavou o nábytek, udeřilo se při záchvatu vzteku, vlezlo pod nábytek a při vyprošťování se zranilo, padlo ze schodů, z nábytku, jsou údaje stereotypní a vyloučení či připuštění udávaného mechanismu vyžaduje pečlivý rozbor výsledků i objektivně zjištěných nálezů. Při týrání v izolovaném prostředí bytu takové jednání uniká pozornosti, oběti samy nedokáží vyjádřit slovně vznik poranění nejčastěji pro nízký věk nebo proto, že se jedná o jedince psychicky postižené. Je nutné při opakovaných výpovědích hledat rozpory, případně odlišnosti ve výpovědích více osob.

Ze zkušenosti vyplývá, že zatímco při náhodném úrazu je snaha okamžitě vyhledat lékařské ošetření, při úmyslném je téměř pravidlem, že je zde jistá časová prodleva, než se dítě dostane na lékařskou pohotovostní službu či do nemocnice. K opožděnému jednání vede i předpoklad, že se stav spontánně upraví. To lze pozorovat i u vážných, fatálních případů, kdy je zcela evidentní potřeba včasné léčby, anebo dokonce nutnost zajištění první pomoci.

Kromě časového faktoru je nutné analyzovat i mechanismy vzniku úrazu. Při mnohočetných poraněních lze vysvětlit třeba jen některé úrazové děje, pokud se jedná o různě stará poranění, je nutná velmi podrobná analýza a zjištění nesouladu mezi objektivním nálezem a údaji opatrovníků.

Snaha skrýt opakované násilné jednání je zřejmá i z toho, že lékařská péče je vyhledávána v různých zdravotnických zařízeních, a protože dítě není většinou amo schopno reprodukovat události, jsou rodiče jediným zdrojem anamnestických údajů. Z opakovaných zkušeností vyplývá, že objektivně zjištěný nálezn úrazových změn na těle - kůži, podkoží, kostech, má sám o sobě podstatně větší vypovídací hodnotu než údaje získané anamnézou.

Rodiče všech sociálních skupin mohou své dítě týrat, přesto v případech zanedbávání převažují rodiny s nízkým, jen základním vzděláním. Násilí se nevyhýbá ani rodinám středoškolsky či vysokoškolsky erudovaným, kde se jedná převážně o "výchovné" postupy.

Neprospívání dítěte jako součást zanedbávání je neméně důležitou skutečností a vyloučení či potvrzení chorobných změn je nutnou součástí znaleckého posudku. Hypotrofie dítěte může vzniknout nejen jako důsledek patologických stavů, včetně vrozených poruch trávení a vstřebávání, ale také nedostatkem výživy. Zánětlivé kožní změny mohou být důsledkem špatné péče a tvorba krevních výronů do podkoží či do sliznic je jen vzácně důsledkem poruch srážlivosti krve, jako koagulopatie či trombopatie. Zvýšená lomivost kostí je rovněž výjimečným stavem a je doprovázena dalšími klinickými příznaky. Relativně častější postižení kostí křivicí vede sice k deformitám kostí, ale pro mechanismus vzniku zlomeniny jsou tu podmínky přibližně obdobné.

## **Problematika letálních případů týraného dítěte**

Týrání, zanedbávání či sexuální zneužívání končící smrtí dítěte představuje sice jen určitou část problematiky, ale nelze ji oddělovat od ostatních, méně závažných forem násilného jednání. Přesto je ale nutné o některých aspektech referovat samostatně, je i další postup přesně vymezen příslušnými zákony. Závažnost a rozsah postižení mohou být při smrtelném průběhu různé a nikdy nelze jednoznačně vyloučit, že by některé násilné jednání, i nevelkého rozsahu, nemohlo vést ke smrti, a to např. ne pro svou vlastní povahu, ale rozvojem přidruživších se komplikací. Na to je nutné myslet zejména v útlém dětském věku při posuzování různých forem týrání a zanedbávání dítěte.

Prohlídka zemřelého dítěte příslušným lékařem se řídí přesně stanoveným způsobem, a jedná-li se byt' o pouhé podezření, že smrt nastala trestným činem, je nezbytné neprodleně hlásit toto úmrtí policii. Ze zkušenosti však vyplývá, že mnohdy ani pečlivě provedená prohlídka zemřelého dítěte nemusí odhalit takové jednání, potom je to až pitva, která může tyto skutečnosti objasnit. Současná právní úprava stanoví povinnost provádět pitvu všech zemřelých dětí do 15 let bez rozdílu okolností úmrtí a tato skutečnost se významnou měrou podílí na stanovení příčiny smrti, ale též na určení míry zavinění u násilného jednání na dítěti. Z hlediska právní kvalifikace zahrnuje smrtelný průběh skutkovou podstatu řady trestných činů - ublížení na zdraví, těžká újma na zdraví, vražda, vražda novorozence dítěte matkou, týrání svěřené osoby, pohlavní zneužívání, znásilnění.

Prohlídka a pitva zemřelého dítěte v případě podezření z týrání, zanedbávání či pohlavního zneužívání dítěte vyžaduje velmi pečlivé posouzení nálezu, je nezbytná podrobná dokumentace úrazových či chorobných změn a provedení dalších doprovodných laboratorních vyšetření, zejména drobnohledného histologického a histochemického vyšetření postižených tkání. To umožňuje podrobněji určit rozsah a charakter zjištěných změn a také se vyjádřit ke stáří poranění. Objektivní zjištění této skutečnosti je významným důkazním prostředkem, zejména při násilí opakovaném, a týká se především traumatických změn v tkáních, doprovázených krevními výrony v orgánech či krevními podlitinami v podkoží a oděrkami v kůži. Změny v podlitině jsou dynamický jev, když i u téhož jedince mohou dvě stejně staré krevní podlitiny prodělávat odlišný barevný vývoj a kdy některé barevné odstíny mohou v hematomu chybět. Přesné určení stáří hematomu z jeho barvy je proto obtížné. Hodnocení je proto nejlépe provádět za denního světla a je nesporné, že přítomnost žluté barvy v podlitině vylučuje, že by se jednalo o hematom

čerstvý. Při histologickém vyšetření úrazových změn je situace o to snazší, že poranění je doprovázeno poškozením tkání a krevní výron prodělává určitý vývoj při rozpadu červených krvinek a jejich krevního barviva - hemoglobinu. To umožňuje tyto změny zjistit a objektivně určit stáří tohoto poranění, i když je ještě řada otázek, které čekají na řešení. Rozsah vyšetření je ale při pitvě širší, provádí se též vyšetření toxikologické, ke zjištění přítomnosti jedů, bakteriologické nebo virologické při nálezu zánětlivých změn, případně rtg vyšetření jako významný diagnostický znak na kostech, totiž hojení zlomenin zejména dlouhých kostí. Jedním z typických projevů syndromu týraného dítěte, uváděným v písemnictví a potvrzeným i z vlastního materiálu, je právě syndrom zahrnující přítomnost hojících se zlomenin různého stáří v kombinaci s krvácením do prostoru pod tvrdou plenu mozkovou - tzv. subdurální krevní výron.

Kvalifikovaně provedená pitva takto postiženého dítěte má proto význam nejen při objasnění příčiny smrti, zjišťuje další chorobné nebo úrazové změny, u mechanických poranění též přibližnou intenzitu a směr násilí. Důležité je také určení charakteru nástroje, který poranění způsobil. Vyšetřené okolnosti úmrtí, zejména časové a i z oblasti mechaniky vzniku úrazu, porovnány se zjištěnými morfologickými změnami na zemřelém dítěti, dovolují obecnější závěry při aplikaci u dalších postižených. Přitom nelze pominout ani preventivní význam pitvy, jejíž výsledek může zabránit poškození dalšího dítěte v téže rodině.

Násilné jednání na dítěti s následným letálním průběhem má řadu forem a lze je rozdělit do určitých skupin, přičemž má své specifické projevy a vlastnosti. Jestliže v následujícím pomineme poškozování plodu před porodem jako součásti aktivit při nedovoleném (kriminálním) potratu a sebepoškozování, pak rozdělení podle věku, motivace jednání a způsobu poškození dítěte je takové:

## **1. Usmrcení novorozence matkou - neonaticidium**

Je problematikou sui generis již tím, že takové jednání je samostatně definováno i v trestním zákonu. Ten charakterizuje takové jednání ženy-rodičky jako úmyslné usmrcení novorozeného dítěte ve stavu rozrušení, vyvolaném porodem. Protože se nejedná o nikterak vzácný jev i v naší populaci, je nutné pojednat v obecnější rovině o některých charakteristických skutečnostech s tím souvisejících. Pachatelky jsou převážně mladé dívky, které své těhotenství tají, o včasné ukončení těhotenství nepožadují v řádném termínu, vlastní porod probíhá rovněž skrytě, nejčastěji na záchodě, v koupelně či umývárně. Novorozené dítě je posléze touto ženou usmrceno a následně odloženo, nebo ihned po porodu se tato matka dítěte zbavuje, aniž by s ním jakkoli manipulovala či je ošetřovala. Dítě je tedy usmrceno aktivním násilným jednáním ženy (aktivní vražda novorozence), anebo matka dítě odkládá, aniž by je předtím ošetřila, a to zmírá neošetřeno pasivním přístupem, např. podchlazením, dušením (pasivní vražda novorozence). Nejčastěji je takto usmrcené dítě nalezeno v kontejneru, na skládce, ve vodě apod. Prioritou je jeho identifikace. Dále je třeba určit, zda se dítě narodilo vůbec živé, délku jeho života, zda bylo po porodu ošetřeno a také jaká byla příčina smrti. Zkušenosti ukazují, že v převážné většině se jedná o děti, které se narodily živé, a pokud by byly včas ošetřeny, mohly by dále úspěšně prospívat. Toto je důležité z hlediska prevence u těch žen, kdy nežádoucí těhotenství nebylo včas ukončeno interrupcí.

## **2. Infanticidium**

Násilné jednání na dítěti ze strany matky v novorozeneckém období má kromě toho také blízký vztah k nástupu laktace. Porodem může být vyprovokována závažná duševní porucha - laktační psychóza, která se manifestuje stavy nepřičetnosti a při tom může dojít k projevům extrémní agresivity i vůči vlastnímu dítěti.

To může být i usmrceno, často např. vyhozením z okna. Protože se tato duševní choroba projevuje několik dní po porodu, může dojít k takovému jednání ještě v průběhu hospitalizace na porodnickém oddělení.

### 3. Syndrom týraného dítěte

Je nejčastější forma, která postihuje dítě v rodině v kojeneckém a batolecím věku a smrtelný je pouze zakončením takového jednání. Převažuje použití mechanického násilí, i když se mohou vyskytovat i jiné formy poškozování. Typické je násilí bez použití nástroje, tj. rukou, pěstí ruky či hranou dlaně, ale též kopnutím.

Jak bylo již uvedeno, nemusí být při zevní prohlídce dítěte patrný žádné úrazové změny a dítě bývá i dobře živené. Teprve při pitvě se zjistí závažné úrazové změny. Cenným diagnostickým kriteriem je nález krevních podlitin a oděrků. Udává se, že v 80 % případů mechanického týrání dítěte jsou přítomny na těle modřiny nebo oděrky. Neexistuje místo, kde by se tyto úrazové změny nemohly vyskytovat, na obličejí a ve spojivkách jsou dobře patrné a naopak ve vlasaté části hlavy unikají pozornosti. Zvláštní pozornost si vyžaduje prohlídka ústní dutiny - sliznice rtů, dásní, jazyka a také hltanu, kde mohou být přítomna i poranění způsobená ostrým nástrojem, např. nehtem. Nález symetrických podlitin na tvářích, krku či hrudníku je typický pro uchopení rukou či rukama a přítomnost podlitin na břicho je doprovázena poraněním břišních orgánů. To nemusí být pravidlem a i při rozsáhlém postižení břišních orgánů může být zevní nález minimální, zvláště bylo-li dítě při úrazu oblečeno. Krevní podlitiny vznikají úderem nebo tlakem předmětu, působícího většinou kolmo na povrch těla. Velikost podlitiny závisí na charakteru předmětu, tlak prstů vyvolává menší okrouhlé hematomy, údery pěstí nebo kopnutí oválné větší podlitiny. Nástroj zanechává vzhled podle svého tvaru, např. hůl dvojitou pruhovitou podlitinu. Podkožní krevní výrony vznikají u dětí poměrně snadno, a jsou-li přítomné v řídkém pojivu těsně pod kůží, objevují se záhy po úrazu, a naopak hlouběji umístěné se manifestují až po uplynutí několika hodin. Na rozdíl od krevních podlitin oděrky vznikají tangenciálním násilím nějakého tupého předmětu se sedřením povrchových vrstev pokožky. Mohou to být nehty při rdoušení na krku, kdy oděrky mají typický poloměsíčitý tvar, anebo škrtdlo, kdy vzniká na krku strangulační rýha při škrcení. Oděrky mohou být přítomny též na genitálu dívek (na labiích, perineu, vagině), ale také na preputiu u chlapců, které je nutné prohlédnout. Na těle lze pozorovat i poranění vzniklá kousnutím, zde je nutno zjišťovat charakter rány, identifikovat kousnutí dospělou osobou a odlišit od poranění způsobeného zvířetem. Otevřená poranění jsou u týraných dětí vzácná.

Letální průběh u týraného dítěte je nejčastěji vyvolán poraněním hlavy. Tato kranio cerebrální poranění jsou způsobována tupým násilím na hlavu a mají svá specifika v dětském věku. Akutní subdurální hematom - krvácení pod tvrdou plenu mozkovou je nejčastější a vzniká tím, že při aktivním či pasivním násilím na hlavu dochází k setrvačnému pohybu mozku v lební dutině a k přetrhání žilních spojek mezi měkkými plenami mozku a šípovým splavem, probíhajícím klenbou lebeční v předozadním směru. Právě u dětí v kojeneckém věku jsou pro vznik takového krvácení optimální podmínky. Lební švy nejsou srostlé, a lebka je tudíž volná a v ní v mozkomíšním moku je volně pohyblivý plovoucí mozek. Toto krvácení vzniká nejenom násilím směřujícím na hlavu, ale nelze pominout možnost vzniku takového krvácení i prudkým zatřesením tělem dítěte. Relativně těžká hlava dítěte na poměrně slabém krku může způsobit opakovanými pohyby hlavy obdobné krvácení (mechanismus úrazu připomíná práskání bičem) a je doprovázena krevními výronky do sítnice. Při tomto poranění je typická absence krevních podlitin v podkoží hlavy. Rozvoj klinických příznaků u subdurálního krevního výronu záleží na rozsahu postižení přemostujících žil a interval latence, tj. bezpříznakového období, může být hodiny, desítky hodin, ale i více dní. Pokud při tomto poranění dojde i k postižení mozku, může to být mozková kontuze (pohmoždění mozku), potom je výsledný klinický obraz ovlivněn těmito změnami.

Na hrudníku lze pozorovat zlomeniny žeber, ta jsou většinou zlomena v jedné linii, a to v místě největšího ohnutí - to je na zevní straně nebo těsně u páteře. Zlomeniny vznikají silným zmáčknutím hrudníku nebo nárazem na tvrdou podložku. Poranění hrudních orgánů - plic, srdce - jsou poměrně vzácná.

Poranění břišních orgánů vznikají tupým násilím na břicho a nejčastěji jsou postižena játra a slezina. Poranění se také může projevit až po určité době krvácením z prasklého pouzdra těchto orgánů, což vede k zakrvácení břišní dutiny. Poranění dalších dutých orgánů v břiše - žaludku, střev a močového měchýře - se projevuje jejich roztržením, které vzniká při úderu do břicha, jsou-li tyto orgány naplněny. Poranění konečníku vzniká také zavedením cizího předmětu do konečníku (např. teploměru). Úrazy ledvin lze nejčastěji pozorovat po úderu do bederní krajiny, přičemž následně dochází k jejich dekapsulaci, tj. vytržení ledviny z pouzdra.

Výše uvedené úrazové změny vznikají sice jako následek jednorázového agresivního jednání, ale v řadě případů se daří pitvou prokázat další změny, svědčící pro předchozí opakované násilí. Zatímco v měkkých tkáních se pro týrání typické úrazové změny, tj. krevní podlitiny a oděrky, během 2 - 3 týdnů zhojí, je možné i po delší době nalézt na kostech hojící se zlomeniny v podobě svalků jako důsledky staršího násilí. Ty jsou přítomné na dlouhých kostech končetin, na žebrech nebo na klíčku. Výskyt krevních podlitin na těle, stejně jako přítomnost čerstvých nebo starších zlomenin je často "vysvětlována" jako následek poruchy srážlivosti krve v případě krvácení do tkání a zvýšenou lomivostí kostí u zlomenin. Oba výše uvedené stavy nejen, že mají zcela odlišný původ, ale takové nálezy lze příslušnými vyšetřeními vyloučit.

#### **4. Zanedbávání péče o dítě**

Se smrtelným průběhem představuje sice nevelkou, avšak ne nevýznamnou skupinu úmrtí. Obecně lze sice nedostatečnou péči pozorovat často, ale prokázat příčinnou souvislost takového jednání se smrtí je mnohdy obtížné. Je všeobecně známo, jak může být dítě ohroženo nejen nedostatečnou výživou, nedostatkem potravin a tekutin, zanedbáváním obecných pravidel v ošetřování dítěte, ale také celkovým podchlazením či naopak přehřátím. Vlastní příčinou smrti nejsou obvykle tyto stavy, ale vzniklé chorobné komplikace. Jedná se o celkové infekce (sepsy), záněty dýchacího ústrojí, metabolický rozvrat s rozvojem acidózy, šok při dehydrataci, hypertermii, postižení endokrinního systému (nadledvin, štítné žlázy), poruchy hemokoagulace. Patologických změn může ale být více a morfologické nálezy jsou velmi pestré. Závažnost problému spočívá v tom, že je nutné určit, zda tyto smrtící komplikace nastaly právě v souvislosti s nedostatečnou péčí o dítě v rodině. Je proto nezbytné při úmrtí, kdy je takovéto podezření na nedostatky v ošetřování dítěte, provést velmi podrobnou pitvu s detailním histologickým, případně histochemickým nálezem doplněným bakteriologickým, virologickým, případně toxikologickým vyšetřením. Současně je nutné se zmínit o tom, že vlivy nedostatečné péče je nutné sledovat i v případech týrání.

Pak se jedná o kombinované formy. Při pitvě lze dokumentovat stránky déletrvajícího zanedbávání, např. ve formě karence vitaminů. Poměrně často se to týká rachitických změn na kostech. Důležité je sledovat i chybění jiných podstatných součástí výživy, nebo naopak podávání škodlivých toxických látek v potravě, přítomnost dusitanů či dusičnanů ve vodě.

## **5. Euthanazie**

Představuje výjimečnou formu násilného jednání v rodině. Důvodem takového postupu je existence závažného onemocnění u dítěte různého stáří. Významné vrozené či získané postižení tělesných, zejména motorických, anebo duševních funkcí motivuje k takovému výlučnému postupu, obvykle různými formami dušení. V našich podmínkách a z našich zkušeností lze potvrdit zcela minimální výskyt takového jevu.

## **6. Vražda (dítěte) - sebevražda (rodiče)**

Není řídkým jevem, důvody usmrcení dítěte v kombinaci se sebevraždou rodiče jsou rozmanité. Může se jednat o akutní psychotický stav deprese, stejně jako obdobná, ale exogenně vyvolaná situace. Smrtelná zranění bývají způsobena střelnou zbraní, jedem, strangulací apod.

## **7. Vražda**

Vražda dítěte či dospívající osoby v souvislosti se sexuálními aktivitami je jedním z nejvážnějších trestných činů. Netýká se pouze dívek, stejně i chlapci mohou být oběťmi takového útoku. Agresivní jednání může být součástí patologického sexuálního chování - sadismu, ale usmrcení oběti může být vedeno snahou zabránit prozrazení pachatele pohlavního zneužívání. Prevence a odhalení pedofilních aktivit patří mezi prioritní úkoly pracovníků zdravotnictví, školství a sociálních věcí.

## 18 Dítě jako svědek

Dítě, které se stalo obětí násilí (ať již ve formě týrání či zneužívání), o kterém se okolí dovědělo, se dostává do další pozice - stává se svědkem. Tato role však často přináší dítěti nelehké, ba i stresující situace.

Svědectví dítěte nahlížíme tedy v několika rovinách. Jednou z nich je posuzování výpovědi dítěte z pozice pravdivosti. Obvykle odborník (pedopsycholog či pedopsychiatr) hodnotí výpovědi dítěte o zjišťovaných událostech v kontextu celkového vyšetření dítěte - to znamená, s ohledem na jeho mentální úroveň a na strukturu jeho osobnosti.

Vždy je velmi důležité získat podrobnou rodinnou anamnézu a zjistit, kdo a jak se o dítě staral, kdo se podílel na výchově, zda dítě chodilo mimo rodinu (jesle, školka), jak se v takovém prostředí adaptovalo, zda mělo a má kamarády, s kým z rodiny nejlépe a nejhůře vychází, jaké jsou vztahy mezi jednotlivými členy rodiny aj. Také jaké výchovné metody jsou v jeho rodině obvykle užívány - zda převažují pochvaly a ocenění, či zda je tu více trestů, vyhrožování, zastrašování. Nemusí se jednat jen o tresty fyzické, často jsou děti trestány více než fyzicky různými zákazy, "zarachy", nadávkami, zesměšňováním ("dám tě do děcáku"; "jsi blbec, hajzl...", "jsi nemehlo"). Důležité je zjištění, zda má dítě vůbec někoho, komu se může svěřit se svými těžkostmi, starostmi a trápením. Zda má pocit, že někomu v rodině na něm záleží. Ke komu má vztah nejužší (to neznamená jenom pozitivní!), koho ve svém prostředí vnímá nejméně a jaké vztahy pociťuje od ostatních směrem k sobě. Zda jsou tyto vztahy dostatečně rozvinuté - to znamená, zda obsahují jak kladné, tak záporné složky a v jaké síle (jistě je rozdíl mezi tím, že "táta mne pořád bije" a "táta mi někdy vyhubuje" či "táta si se mnou nechce hrát, když já bych chtěl").

Je důležité zjistit, zda-li snad nemá dítě na dospělého takový vztek, že se mu chce třeba pomstít nebo ho vystrnadit z rodiny.

*Jedenáctiletý Petr žil se svým starším bratrem ve velmi neuspořádaném manželství svých rodičů s četnými scénami, včetně rvaček dospělých. Na děti vlastně žádný z rodičů neměl čas a ani zájem - žili zcela zahlceni svými problémy a chlapci se naučili především to, že pokud něco od rodičů (a dospělých vůbec) chtějí, je potřeba být hodně výrazný, aby si jich někdo všiml. Po neméně bouřlivém rozvodu si manželé chlapce rozdělili a Petr zůstal s matkou. Ta navázala nový vztah s mužem, který měl na výchovu dětí daleko vyšší nároky než matka, která byla i značně nedůsledná a navíc jí vlastně dramatické prostředí vyhovovalo. Zanedlouho bylo "italské" ovzduší i v nové rodině. Otčím však trval na požadavcích směrem k Petrovi (příprava do školy, včasné návraty domů). Petrovi se nároky otčíma velmi nelíbily (navíc, pokud byl třeba na služební cestě, matka po Petrovi opět nic nechtěla). Začal matku vydírat, ať od otčíma odejdou, ale protože matka nesouhlasila, sdělil jí i otčímovi, že ho tedy dostane pryč jinak. O tělesa ústředního topení si "vyrobil" modřiny a šel otčíma udat, že ho fyzicky týrá.*

S takovým účelovým jednáním, kdy dítě pro sebe díky svému tvrzení získává nějakou výhodu, se však setkáváme spíše u dětí starších. Výhodou může být pro dítě i to, že se stává zajímavým pro své okolí. Pocity důležitosti mohou být pro ně velmi příjemné.

U mladších je vždy potřeba na základě vyšetření posoudit, zda se nejedná o situaci, kdy dítě události, o kterých vypovídá, nezveličuje, nebo příběh nerozvíjí tak, že nyní i samo věří, že chování jednotlivých účastníků bylo skutečně takové, jak popisuje.



Poměrně často se setkáváme s tím, že dítě je zmanipulováno dospělými osobami tak, že jeho výpovědi jsou značně zkreslené. Od menších dětí tak slýcháváme kategorická hodnocení "nemožného" chování dospělých, leckdy hodnotí i výrazy, kterým nerozumí. U starších nebývají projevy tak nápadné, ale zato vyplývají občas na povrch léta nevhodných výchovných postojů, kdy se v rodině navzájem, či vzácněji jednostranně, dospělí před dětmi "shazovali".

Se situací, že je dítě zmanipulováno dospělými, se nejčastěji setkáváme tam, kde jsou v rámci rodiny dlouhodobě neuspořádané vztahy mezi jednotlivými členy – tedy u rozvodových řízení, resp. u soudních jednání o svěření dítěte do výchovy. Nejsou to však zdaleka jen tato řízení. Šetření na základě trestního oznámení o zneužívání dítěte, kdy například babička ohlásí zneužití vnoučete svým zetěm, se kterým má konflikty, není nijak vzácné.

Posuzování věrohodnosti výpovědi dítěte je tedy záležitostí nelehkou a také značně pracnou.

Co však znamená role svědka pro dítě samotné? Již jsme se zmínili o jednom kladu, který může tato role dítěti přinést. Je to pocit důležitosti. Dítě je jako svědek důležité a tím i pro okolí zajímavé. Je na ně upoutána pozornost, která mu může být příjemná.

Také pocit úlevy, že se dítě někomu svěřilo, že je mu nasloucháno, přináší pozitivní pocity. S pocitem úlevy souvisí i očekávání, že po svěření přestane docházet k dalšímu týráni či zneužívání, že tedy toto vše skončí.

Občas svědectví přináší i pozitivní pocit zadostiučinění.

Záporů je ovšem mnohem víc.

Především obvykle nezůstane u jediné výpovědi a dítě je nuceno opakovaně vyprávět o prožitých událostech, což je samo o sobě nepříjemné. Výpověď o traumatických zážitcích může být zpočátku úlevná, ale při několikerém opakování spíše vyvolává stále znovu nepříjemné prožitky, které jsou spojené s úzkostí a pro dítě traumatizující. Tato sekundární viktimizace však nebývá způsobena jen nevhodným a nešetrným - tedy vlastně neodborným - vyšetřováním, ale často je dítě vystaveno velkým tlakům svého okolí, především v rámci rodiny. Nežádá se setkáváme s nátlakem rodiny na dítě, aby změnilo svou výpověď. Tento nátlak bývá velmi tvrdý a taková rodina dítě těžce vydírá, aby vyhovělo a vypovídalo jinak, nebo odmítalo vypovídat vůbec, či aby rovnou prohlásilo, že si celou událost, tak jak se o ní svěřilo původně, vlastně vymyslelo. Nejčastěji je tento tlak u případů sexuálního zneužívání v rámci rodiny.

*Martina se ve svých 15 letech svěřila kamarádce, že ji nevlastní otec již 3 roky sexuálně zneužívá. Nejprve ji "jenom" osahával a hladil po celém těle, pak vyžadoval, aby mu ona hladila přirození a nyní vyžaduje soulož. Navíc nevlastní otec i matka dívku často značně fyzicky trestají i za drobné prohřešky. Martina na nátlak své kamarádky a její matky, která se od dcery o celé situaci též dověděla, přišla do krizového centra. Byla z dlouhodobě traumatizující situace těžce neurotická, plačtivá, s řadou úzkostí, nejistá v mezilidských vztazích. Při kontaktu s matkou jsme vyslechli řadu stížností na Martinu, jak je nemožná, neposlušná, od mala problematická, žárlivá na matku, na sourozence (o které se musela starat), neúspěšná, neschopná i ve škole... Na dotaz, které dobré vlastnosti Martina má, nedokázala matka odpovědět ani jediným pozitivem. Celou situaci s nevlastním otcem si podle matky Martina vymyslela - jednak aby se "udělala zajímavou", jednak proto, že žárlí na matku a chce jí partnera (nevlastního otce) odvést. Matka Martinu v této situaci rozhodně nechce domů a nejráději by jí dala do nějakého ústavu. Když se s Martinou uviděla, razantně jí toto vše sdělila a dodala, že domů by ji vzala jedině za podmínky, že celou výpověď odvolá. Jak se ukázalo, matka o celé situaci mezi nevlastním otcem a Martinou již dávno věděla. Sama posléze v jednom z rozhovorů uvedla, že ji na nevhodné sexuální chování otce k Martině upozornila babička, která je zahlédla, ale nechtěla situaci řešit, aby nepřišla o partnera. Pokud byl někdo za zneužívání odpovědný, pak to byla podle ní dcera, která jí partnera svedla. S takovým postojem matek se*

*nesetkáváme zřídka - a nátlak na dítě, aby změnilo svou výpověď, je někdy značně tvrdý. Není to jen vyhrožování, že dítě půjde mimo rodinu, do ústavu (do "děcáku", či ještě tvrději do "pastáku"), ale i emoční vydírání typu - "kvůli tobě s námi tatínek nebude, odejde od nás" - nebo - "kvůli tobě bude chudák tatínek ve vězení, všichni se nám budou posmívat, budou si na nás ukazovat, na tebe taky..." "Když s námi tatínek nebude, budeme mít málo peněz" - je také častý argument, i když bývá spíše argumentem matky pro to, aby nemusela od partnera odejít.*

Tlak na dítě, aby výpověď změnilo či odvolalo a "nedělalo ostudu", bývá veden nejen ze strany rodičů, ale i prarodičů a leckdy i zmanipulovaných sourozenců. Dítě se tak ocitá v sociální izolaci a emočním stresu, které nelze dlouho snášet. A tak se stává, že chabý zisk z toho, že se dítě svěřilo, je zcela přehlušen negativními dopady - a dítě je dotlačeno k tomu, že popře pravdivou výpověď. Dopady na osobnost, na sebevědomí i na utváření mezilidských vztahů jsou pak značně problematické.

Ještě horší situace nastává, když dítě řeší svou bezvýhodnou situaci - kdy rodina na ně tlačí, aby svou výpověď změnilo, takže je vlastně svými nejbližšími více či méně odvrženo a přitom nechce dále snášet fyzické týrání či sexuální zneužívání - rozhodnutím "se vším skoncovat" a pomýšlí na sebevražedný pokus nebo jej skutečně provede.

Podstatně méně často se setkáváme s tím, že je dítě po výpovědi o sexuálním zneužívání či o fyzickém týrání některými členy rodiny opečováváno nebo nějak zvýhodňováno. Až přílišná péče o "chudáka dítě", "abychom mu to vynahradili" je přinejmenším pro ně problematická a bývá spíše náplastí na rodičovské či prarodičovské výčitky svědomí, že nedokázali situaci pro dítě traumatizující zabránit, či že ji vlastně tolerovali.

## 19 Úloha sociálního pracovníka při řešení syndromu CAN

Fyzické, psychické a sexuální týrání přirozeně stojí v popředí činnosti sociálního pracovníka zabývajícího se sociální problematikou v dětské populaci. Jeho zájem se nedotýká pouze dětí, ale obrací se také na jejich rodiče, celou rodinu, ba i jiná společenství (škola, družina apod.). Sociální pracovník však nemůže vstoupit do problému izolovaně. Kladného výsledku při odstraňování příčin ohrožení či poškozování dítěte může totiž docílit pouze ve spolupráci s dalšími odbornými pracovníky jak ze sféry zdravotnictví, tak ze sféry školství, spravedlnosti a dalších oborů.

K orientaci v celé šíři problematiky musí vycházet z velmi důkladné komplexní anamnézy, objektivně ověřené, a z posouzení dosavadního vývoje a chování dítěte, jakož i jeho rodičů. Anamnéza vypracovaná sociálním pracovníkem je vlastním vstupem do obsáhlého šetření a slouží jako základní materiál i pro další pracovníky. Její sestavení vyžaduje kvalifikovanost, zkušenost a jistou obratnost v jednání s lidmi. Musí být obsažná a musí postihnout jak zdravotní, tak sociální údaje, včetně prenatalních a perinatálních, a popsat dítě jak ve zdraví, tak v nemoci.

Anamnéza je podkladem pro sociální diagnózu, již rozumíme zhodnocení současné situace dítěte na všech třech úrovních, které charakterizují pojem zdraví - tělesné, duševní, společenské.

Sociální diagnóza zaznamenává veškeré odchylky ve všech rovinách a hodnotí sociální situaci dítěte i jeho vztahy k okolí. Hodnotí prostředí, v němž dítě žije, hlavně pak jeho vliv na vývoj dítěte a na vznik poruch. Součástí sociální diagnózy je i posouzení schopnosti dítěte zapojit se do společenského života. Sociální diagnóza se stává podkladem pro sociální terapii, již rozumíme soubor zásahů a opatření medicínských, psychologických, pedagogických, sociálních, právních, ekonomických a dalších, směřujících ve prospěch dítěte.

Sociální diagnóza je základem dalšího postupu v řešení případu. Na rozdíl od lékařství, které se v odhalování a řešení poruch zdraví opírá především o přírodní zákony, sociální péče se opírá především o zákonitosti společenské. Sociální diagnóza hodnotí strukturu rodiny, její stabilitu, osobnosti rodičů i dalších členů rodiny. Důležitou roli má posouzení zájmu rodičů o dítě i péče o ně.

Nezbytným úkonem sociálního pracovníka je práce v terénu, která, ač bývá velmi opomíjena, je základem správné orientace jak při počátečním vyšetřování, kdy objektivizace udávaných údajů při snímání anamnézy může posunout problém rodiny do úplně jiné polohy, tak při následné terapii, kdy sociální pracovník může svým vstupem ovlivnit způsob života rodiny a jejich jednotlivých členů. Po nabídnuté pomoci spíše získává důvěru, takže jeho rada bývá daleko lépe přijímaná než v pracovně mimo rodinu.

Další činnost sociálního pracovníka spočívá v koordinaci, a to jak v práci na anamnéze, tak v diagnostice, tak i v terapii, a ovšem i v prevenci.

Koordinace je důležitá hlavně pro fungování týmové spolupráce všech pracovníků profesně zaměřených na rodinu. Snahou je rodinu podporovat, posilovat kladné vlivy v ní působící a odstranit či zmírnit jevy negativní, které bohužel v moderní společnosti působí i časté její selhávání a rozpad. Děti se tak často ocitají přímo ve středu rodinných konfliktů a mnohdy jsou přitom využívány k prosazování protikladných zájmů svých rodičů. Po zániku původní rodiny rozvodem prožívají děti opakovaně různé tíživé životní situace, násobené ještě většinou ne dobře probíhajícími styky s rodičem, kterého opustily, když byly po rozvodu svěřeny rodiči druhému.

Jelikož převaha problematiky je sociální, odpovídá tomu také počet a kvalifikovanost sociálních pracovníků. Jejich činnost se odvíjí od metodiky sociální práce u nás rozpracované na podkladě světové literatury, převážně anglosaské. Uvádím tradiční rozdělení metod sociální práce.

**Sociální práce:** případová – case work  
se skupinou – group work  
v obci – community work

**Rozdělení metod:** forma individuální  
forma kolektivní

### **Případová práce**

Podstata: navázání kontaktu - pracovník versus klient  
zjišťování obtíží - pomoc při jejich řešení

Postup: určení psychosociální diagnózy  
psychosociální prognózy  
psychosociální terapie a její provádění

### **Práce se skupinou**

Pomoc zaměřená na skupinu osob se společným znakem s cílem navázání vzájemných kontaktů za účelem získání nových názorů a navození změny sociálních postojů.

**Skupina neformální** - již existující

**Skupina formální** - dodatečně vzniklá, účelově a záměrně sestavená

Předpoklad: společný program členů skupiny

Průběh skupinové terapie je řízen plánem a má 2 části: 1. část – diagnostická a 2. část - terapeutická  
Snaha terapeuta vést členy skupiny k tomu, aby každý uvedl svůj problém tak, aby s dalšími členy našel řešení.

### **Práce v obci**

Soubor činností a sociálních opatření v určité oblasti s cílem kladného ovlivnění sociálního prostředí člověka. Odborně řízená a aktivně podporovaná účastí obyvatel.

Zahrnuje činnosti: koncepční,  
investiční (nové sociální objekty),  
výchovnou práci mezi obyvatelstvem (výchova k rodičovství, předmanželská výchova,  
boj proti alkoholu, drogám, lince důvěry apod.)

Těžištěm činnosti sociálního pracovníka v Dětském krizovém centru je hlavně individuální metoda sociální práce, také nazývaná případovou (case work). Skupinová metoda (group work) se užívá při práci v dětských skupinách. Konečně třetí metodou je práce v obci, čili "regionální" (community work).

Sociální pracovníci musí být připraveni poskytnout klientům, a to jak dětem, tak jejich rodičům či dalším dospělým, pomoc v rámci jednorázové intervence a třeba i telefonicky. Sociální pracovnice zprostředkuje první kontakt s klientem a podle povahy dotazu jej zodpoví, případně klienta pozve na své pracoviště nebo doporučí na jiné odborné pracoviště, pokud je to indikováno. V případě ohlášení syndromu CAN začne se spolupracovníky šetření v terénu s cílem dítěti pomoci, případně vyloučit ohlášené podezření. Její další snahou je přimět klienty k návštěvě odborného pracoviště, nejlépe Dětského krizového centra, aby mohla být stanovena co nejpřesnější sociální diagnóza a v případě potřeby zahájena terapie. Zde jde hlavně o socioterapii prováděnou přímo v rodině dítěte, a to za spolupráce dalších orgánů zúčastněných v péči o dítě, tj. sociálních pracovníků Oddělení péče o rodinu a děti příslušných okresních či městských úřadů, dětských sester a dětských lékařů příslušných oddělení i pracovníků předškolních a školních zařízení. Spolupráce s terénem je nesmírně důležitá a je na ní vlastně založena činnost Dětského krizového centra.

Jednou z forem terapie rozumíme sanaci rodiny, což jest výchovné působení v rodině na její členy jednotlivě a na rodinné společenství jako celek, s pokusem o její zachování či obnovení. To ovšem předpokládá vymýtit nepříznivé vlivy, které působí na rodinu nebo v rodině samé, a posilovat jevy kladné. Základem je tu hodnocení vztahů v rodině i objektivizace získaných pozorování.

Syndrom CAN je samozřejmě úzce spjat s fungováním rodinného systému. Čím hůře fungující rodina, tím je vyšší možnost týrání dítěte nebo jeho zanedbávání. Funkčnost rodiny se váže hlavně na osobnost rodičů a jejich vzájemné vztahy.

Velkým pomocníkem je v tomto případě Dotazník funkčnosti rodiny (Dunovský, 1987), pomocí něhož je možno rozdělit funkčnost rodiny do 4 skupin, kterými jsou rodina funkční, problémová, dysfunkční a afunkční. Pro jeho vyplnění a určení skupiny funkčnosti je nutná znalost všech dostupných údajů o rodině, takže dotazník stanoví stupeň postižení rodiny, což má velký význam pro prognózu, která dále určí vhodnost terapie.

Pokud diagnóza a podle ní stanovená prognóza ukáže na nemožnost nápravy, je nutno odebrat dítě z rodiny a umístit je v optimálních podmínkách, tzn. v jiném prostředí, které se rodině co nejvíce podobá (umístění v širší rodině, osvojení dítěte, pěstounská péče at' individuální či skupinová, eventuálně pokud nelze jinak, umístit je ve vhodném dětském zařízení po důkladném zvážení jeho typu).

Sociální pracovnice Dětského krizového centra se stává rovnocenným partnerem dalším odborným spolupracovníkům, kterými jsou jak psychologové, tak lékaři, právníci a do budoucna plánovaní speciální pedagogové. Její mínění i závěry jsou obsaženy v konečných diagnózách i doporučeních, na kterých se aktivně podílí. Její nezastupitelnost je však v koordinaci jednotlivých činností a v aktivním působení na klienta.

## 20 Léčba dětí postižených syndromem CAN

Strategie intervence má svůj ekologický rámec, v němž se na CAN pohlíží jako na výsledek komplexní interakce mezi charakteristikami rodičů (např. osobnostní rysy, rodičovské dovednosti a vědomosti), charakteristikami dítěte (např. tělesný vývoj, temperament) a situačními činiteli.

D. A. Wolfe, 1993

Léčba dětí, které byly postiženy některými formami syndromu CAN, je vyústěním veškerého předchozího snažení o odhalení, poznání či diagnózu CAN. Zahrnuje aktivity všech zúčastněných oborů. Má odstranit či na nejmenší míru omezit důsledky špatného zacházení s dítětem. Má obnovit nebo vytvořit žádoucí tělesnou, psychickou i sociální pohodu dítěte. Má zajistit v nejvyšší míře jeho zájem a prospěch.

Léčba syndromu CAN se výrazně liší od prosté léčebné péče medicínské. Musí být komplexní a interdisciplinární, aby ovlivnila příznivě všechny dotčené složky života dítěte - dítěte jako jedince i jako součásti svého prostředí, rodiny především.

Musí být koordinována, musí mít (nejlépe na poradách pracovníků pověřeného týmu) vytčeny blízké i vzdálenější cíle a určeny způsoby a postupy, jak jich dosáhnout. Léčebný proces pak musí být soustavně sledován a podle potřeb, vyplývajících z hodnocení jeho dílčích výsledků, upravován či měněn.

Např. po úspěšném skončení urgentní léčby se objeví nové závažnější okolnosti týrání nebo další známky poškození dítěte, takže se musí léčebný postup měnit. Zvláště závažné jsou situace, kde tyto nutné změny překračují hranice jednoho oboru. To platí pro trestněprávní odpovědnost v řešení celého problému anebo o psychických a citových důsledcích pro život dítěte, když byly vyřešeny problémy tělesného či sexuálního postižení atd.

Konečným cílem léčby či intervence by pak měla být úplná úzdrava, byť by představovala pro závažnost situace mnohdy jen kýžený ideál.

Léčba dětí se syndromem CAN musí být nejenom symptomatická, tj. zaměřená na příznaky ubližování dítěti, ale i - a to hlavně - příčinná neboli kauzální. Ta vede pak zpětně k prevenci, neboli předcházení.

V léčbě tělesných poranění a poruch se nesetkáváme s příliš závažnými problémy, není-li dítě vážně postiženo či ohroženo na životě. Např. zastavení krvácení, náprava zlomeniny, ošetření zhmožděnin a ran nepřináší pro svou jednoznačnost a urgentnost žádné pochyby, stejně tak jako dlouhodobá rehabilitace ochrnutí po nitrolebečním krvácení. Naproti tomu v oblasti psychických a sociálních škod a nepříznivých vlivů ze zevního prostředí (z rodiny především) se setkáváme s řadou problémů a otázek. Zde se totiž pro jistotu jejich neurčitost, nezřetelnost i diagnostickou obtížnost nabízí podstatně více terapeutických postupů a způsobů řešení. Rozhodnout mezi nimi a zvolit to pravé řešení není zdaleka jednoduché. Často jsme odkázáni spíše na schopnost náležitě pozorování (a naslouchání!), zkušenost a někdy jen na pokus a omyl. Přitom se v terapeutickém úsilí setkáváme s mnoha dalšími otázkami, zvláště když se výrazně začínají uplatňovat aspekty trestně právní (nutná kriminalizace problému) anebo civilně právní (odebrání dítěte z rodiny, zbavení jednoho z rodičů nebo obou rodičovských práv, rozhodování, komu z rodičů svěřit dítě do péče při jejich nekonečném sporu o ně atd.).

Přitom zásadně platí, že léčba se nemůže nikdy zužovat jenom na trest za zločin.

Právě zmíněná skutečnost ukládá při léčbě syndromu CAN také mimořádnou povinnost ošetřujícímu personálu poskytnout dítěti nejenom co nejvyšší profesionalitu, ale i co největší citovou pomoc a podporu. To znamená umět se vcítit do jeho osudu, zajistit mu i v těch nejsložitějších podmínkách aspoň jistou míru jistoty a bezpečí, umět stát při něm a obhajovat jeho skutečný prospěch a zájem, i když jiní zúčastnění jej chápou a prosazují jinak a jinde. To ovšem klade neobyčejné nároky na osobní kvality angažovaných odborníků a na jejich schopnost překonávat nejrůznější druhy stresu a ohrožení. Za zvlášť závažné nutno pokládat ohrožení asociálními až antisociálními klienty, s nimiž musí jednat a často i všestranně bránit a ochraňovat jejich dítě, a to i proti nim samým. To se promítá do časnějšího vyčerpání těchto pracovníků, někdy i do jisté ztráty původní hierarchie jejich hodnot. Jde o tzv. syndrom "vyhoření" (burn-out), jemuž je nutno věnovat mimořádnou pozornost, především vytvořením soustavy speciálních ochranných psychoterapeutických projektů a jejich aplikací (např. Balintovské skupiny), anebo prostě vysazením vyčerpaného pracovníka na delší či kratší čas z pracovního nasazení.

Léčba týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí musí být orientována nejenom na oběť násilí či zanedbávání, ale i na všechny zúčastněné, a to i na zneuživatele samého, zvláště jedná-li se o člena rodiny. Je-li však nutné řešit situaci tím, že by mělo být dítě z ní vzato, pak by se tak mělo dít až po dobré úvaze, zda by jako první z rodiny neměl jít zneuživatel a ne dítě.

Vážným nebezpečím může být vznik a trvání již zmíněného druhotného zneužívání dítěte (sekundární viktimizace). To závažným způsobem komplikuje průběh léčby a znehodnocuje její výsledky. A ovšem též zpochybňuje práci i osobnost odborníka nebo celého interdisciplinárního týmu. Nejdůležitější ovšem je, že ubližuje dále dítěti samému. Proto také nezbytnou součástí léčby a ostatně všeho řešení syndromu CAN je vnitřní i vnější hodnocení či jakási kontrola, přesněji tzv. supervize této léčby. Sem patří také již zmíněné semináře pracovníků, kteří společně posuzují průběh léčby i celého případu za přímé odpovědnosti koordinátora či vedoucího pracovníka. Ten ostatně také odpovídá před zákonem za všechny postupy, doporučení a rozhodnutí.

Bylo již naznačeno, že do terapie syndromu CAN patří i jisté direktivní až represivní postupy. Proto se někdy místo pojmu terapie používá též výrazu intervence. Vztahuje se spíše k působnosti v oblasti psychické a sociální. Intervence vyjadřuje také více jednostrannost působení na klienta či klienty než tolik žádoucí interakci s nimi. Léčba týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí se uskutečňuje v podstatě na třech základních rovinách, které však nejsou od sebe nějak ostře ohraničeny (Dunovský, 1995).

V první rovině jde o léčbu akutních stavů či přímou intervenci řešící urgentní situace, často ohrožující zdraví či život oběti. Jejím hlavním smyslem je, po prvním zjištění rozsahu a závažnosti postižení i jeho příčin, co nejdříve zabránit dalšímu útoku nebo přerušit proces násilí a ubližování dítěti. Spolu s tím je nutno náležitě ošetřit všechny škody a poruchy v rámci široce pojaté první pomoci. Tak je třeba se soustředit především na ty, jež potřebují okamžitou či rychlou pomoc, aby nedošlo k nejhoršímu (zástava krvácení, ošetření rány, popálenin, napravení zlomeniny apod). V případě potřeby je nutno dopravit postiženého na příslušné pracoviště, které oběti poskytne další odbornou pomoc.

Jde též o zvládnutí akutních karenčních stavů, vysvobození z izolace, zabezpečení všech (nebo aspoň v této etapě základních) potřeb, které dítěti zneuživatel odepřel.

V případech duševního nebo citového násilí je třeba dítě v této úvodní fázi léčby ochránit od dalšího pokračování této nepřízně a pokusit se nastolit stav optimálně možné duševní a sociální pohody.

Daleko nejobtížnější je pomoc a léčba sexuálně zneužitého či znásilněného dítěte. Zde nejde jen o lékařský zákrok, ale hlavně o duševní podporu a pomoc, tj. být s dítětem, zvláště když se dostane do

úplného osamocení, opuštěno všemi nejbližšími. Této problematice je věnována pozornost v příslušné kapitole, zde jen chceme znovu zdůraznit nutnost komplexního přístupu i maximálního ohledu k duševnímu a citovému traumatu dítěte, jež je vždy se sexuálním zneužitím spojeno. Třeba však brát v úvahu i možnou pohlavní infekci, která léčbu značně komplikuje.

V této fázi léčby je třeba často umístit dítě mimo rodinu, nejčastěji k příbuzným, které dítě zná a důvěřuje jim a kteří jsou schopni se o dítě náležitě postarat a se zúčastněnými odborníky spolupracovat, anebo umístit dítě ve vybrané ozdravovně nebo léčebně, připravené zvládat tuto složitou situaci. Dosud totiž u nás nejsou vhodná diagnostická a terapeutická zařízení pro matku a dítě, stejně jako dosud nejsou k dispozici terapeutická pěstounská místa. (Ta jsme opakovaně navrhovali a dosud marně se je snažíme vytvořit.)

V našem Dětském krizovém centru při úzké spolupráci s týdenním stacionářem Diakonie pro děti s kombinovanými postiženími přijímáme děti ke krátkodobým diagnostickým a léčebným pobytům. Zde máme také soustředěny všechny potřebné odborníky i dokumentační prostředky (video, foto, fonu), které umožňují zachytit rozhodující údaje. V případě potřeby je můžeme poskytnout i policii nebo soudu. Tím lze také zamezit sekundární viktimizaci dítěte, je-li způsobené násilí pojata jako trestný čin. Pobyt zde umožňuje nejenom pozorování dětí, ale i první psychologickou intervenci z naší strany i ze strany pracovníků stacionáře Diakonie. Překvapením pro nás bylo, jak dobře působilo na naše děti společenství s postiženými dětmi. Výtečně se o ně staraly a zapojovaly se i do práce na oddělení, zvyšující si sebevědomí tolik poničené právě prožitou újmou. Jsou-li v rodině další sourozenci a je-li to nutné, umísťují se zásadně společně.

Vedle všech těchto terapeutických aktivit probíhá dále prohloubený diagnostický proces. Současně se také podává příslušné hlášení o týrání či zneužívání dítěte, nebylo-li podáno dříve.

Po této časné fázi léčby nastupuje druhá rovina pomoci dítěti.

Je to fáze dalšího rozsáhlého šetření všech okolností souvisejících s násilím na dítěti či nedostatečnou péčí o ně, šetření v rodině, v terénu - u dětského lékaře, ve škole, na Orgánu péče o rodinu a děti, všude tam, kde lze získat jakékoli seriózní informace. Stanoví se definitivní diagnóza a potvrzuje se oprávněnost hlášení (Dunovský, 1995). Určuje se plán komplexní terapie, nejčastěji ve spolupráci s právě zmíněným Orgánem péče o rodinu a děti a začíná se v plném rozsahu plnit. Rovněž se tu začínají řešit otázky civilně právní, jestliže se ukázala taková potřeba při stanovení léčebného či intervenčního plánu, samozřejmě již za účasti Orgánu péče o rodinu a děti a soudu.

Nejvýznamnější terapeutickou aktivitou se tu stává psychoterapie a socioterapie, zaměřená na hlavní problémy dítěte i jeho rodiny.

Trvání této fáze je různě dlouhé, v závažnějších případech vždy nejméně několikaměsíční. O jejím ukončení rozhoduje úspěch základních opatření, intervencí. Mnohdy však léčba v této fázi přesahuje daleko do třetí etapy pomoci dětem s CAN.

Tato třetí etapa pomoci obětem CAN je etapou dlouhodobého sledování dítěte a jeho rodiny a komplexní podpory, pomoci a snahy definitivně vyřešit aspoň základní vztahy mezi zúčastněnými, s maximálním ohledem na prospěch a zájem dítěte a jeho plné uzdravy.

Je to rovina léčby, v níž rozhodující roli hraje především specializovaný lékař: neurolog, psychiatr, rehabilitační lékař, gynekolog a jiní, dále psycholog, jak pro děti tak dospělé, léčící hlavně pomocí psychoterapie a rodinné terapie. A samozřejmě sociální pracovník, poskytující či zajišťující potřebná sociální, sociálně-právní a dávková opatření, jež pomáhají řešit situaci dítěte a jeho většinou těžce narušené rodiny. Mnohdy je tu nutná i účast školy, např. její změna, přeřazení do zvláštní školy, zapojení výchovného poradce, třídního učitele apod.



V této fázi se mnohdy násilí a špatné zacházení s dítětem opakuje, někdy dokonce i se stoupající závažností. Dojde k tomu hlavně tam, kde komplexní léčba neuspěla nebo kde se původní nepříznivá situace obnovila. Je to např. návrat zneužívatele z výkonu trestu do téže rodinné sestavy, kde mezitím nedošlo k žádné úpravě. Někdy pachatel své "napravení" věrohodně předstírá a někdy odborní pracovníci nedocení jeho trvalé osobnostní odchylky.

Třetí rovina v podstatě nekončí nikdy. Proto je třeba i v případě kladného výsledku léčby, alespoň čas od času se k takovému dítěti či dospívajícímu a jeho rodině vracet a zjišťovat možné riziko opakování nepříznivé situace či nezhojení všech následků násilí. Je přitom však třeba postupovat s krajní opatností a šetrností, abychom nepoškodili dítě znovuvyvoláním všeho, čím trpělo a co už může být mimo ně. Na druhé straně musíme ovšem být připraveni zasáhnout znovu ve prospěch dítěte, ukázalo-li by se toho zapotřebí.

Konkrétní obsah, způsoby a postupy léčby syndromu CAN jsou probírány v jednotlivých kapitolách, popisujících hlavní formy tohoto nepříznivého jevu. Jsou vlastní každému odbornému pracovníku podle jeho kvalifikace.

## 21 Psychoterapeutická intervence

### Psychoterapie zaměřená na dítě postižené CAN

Jestliže dojde k surovému fyzickému týrání nebo sexuálnímu zneužívání dítěte, jedná se o velmi otřesný čin, který vždy souvisí se sociální nebo osobnostní patologií. Přesně definovaná a zcela speciální psychoterapie takto postiženého dítěte, zejména dítěte sexuálně zneužívaného, neexistuje, stejně jako neexistuje určitá psychoterapeutická škola zabývající se právě tímto problémem. Rozsah a potřeba psychoterapie v těchto případech jsou závislé na mnoha proměnných, jako je věk a pohlaví dítěte, způsob a doba zneužívání, zda jde o zneužívání dítěte cizím člověkem nebo někým, koho zná, někým z jeho rodiny, dále velikost místa bydliště, složení rodiny atd.

Za nejvhodnější se považují techniky nedirektivního přístupu. U dospělých, kteří byli v dětství zneužíváni, jsou dobré výsledky u hlubinně orientovaných technik psychoterapie.

Psychoterapeutická léčba u dítěte sexuálně zneužívaného se od ostatních případů psychoterapeutické léčby v něčem liší, v něčem je shodná. Liší se zejména vysokým stupněm náročnosti, jaký tato práce klade na osobnost psychoterapeuta.

První a základní pravidlo je, že při každém terapeutickém zákroku si musíme být jisti, že situace týraného nebo zneužívaného dítěte nebude v souvislosti s touto naší intervencí ještě horší, než byla před ní. I v případě sexuálního zneužití, kdy k němu většinou dochází bez vynaložení přímého fyzického násilí, je vždy dítě pod silným psychickým tlakem. V podstatě je to paradoxně vždy tak, že dítě jako oběť nese největší zátěž tohoto traumatu, a to jak před jeho odhalením, tak i po jeho odhalení. Již období zneužívání a týrání bylo pro dítě trýznivou situací a odhalení tento tlak ještě stupňuje a vytváří situaci pro dítě ještě méně srozumitelnou.

Krizová terapeutická intervence u sexuálně zneužívaného dítěte, kdy je pachatelem člen rodiny, začíná tím, že:

1. musí být zajištěna bezpečnost dítěte, tj. aby se násilnosti nebo sexuální zneužívání nemohlo opakovat.
2. musí být učiněno maximální opatření proti narušení rodinného systému.
3. v případě, že se jedná o pachatele mimo rodinný systém, zahajuje se terapeutická intervence dosažením toho, aby byly přerušeny možné kontakty mezi dítětem a pachatelem (např. když se nejedná o přepadení, ale pachatelem je např. učitel, vychovatel apod.)

## **Interdisciplinární spolupráce**

Trvalým a zatím dosti často podceňovaným předpokladem pro úspěšnou krizovou terapeutickou intervenci je společný kontakt, nejlépe vyjádřený společným sezením, s pracovníky různých profesí, kteří se na případu podílejí a s nimiž se bude terapeut a dítě v průběhu terapeutického procesu setkávat nebo s nimiž bude spolupracovat. Těmito profesemi rozumíme především sociální pracovníci, učitele, právníka (v ideálním případě soudce), pediatra a dětského nebo dorostového psychiatra.

Za nejdůležitější považujeme společný pracovní kontakt zejména po odhalení sexuálního zneužívání nebo týrání dítěte, protože z hlediska trestně právního jde v první řadě o to, že jednání pachatele musí být potrestáno. Terapeutická opatření jsou proto prováděna až ve druhé řadě a někdy také (ke škodě dítěte) vůbec ne.

Společně vedené konzultace s těmito pracovníky jsou velmi důležité. Dlouhodobé zkušenosti naše i zahraniční ukazují, že v případě nedostatečné vzájemné komunikace může docházet k velkým nedorozuměním mezi účastníky. To může vést i k tomu, že jednotlivé profese nebo instituce proti sobě spíše bojují, než aby v zájmu dítěte spolupracovaly. Tento stav neporozumění působí z hlediska dlouhodobé péče o postižené dítě katastrofálně a vzhledem k porušené orientaci dítěte ve světě dospělých může vést k tomu, že tato narušená orientace se může stát trvalou osobnostní poruchou.

Pro sexuálně zneužívané dítě je nutné, aby už při zahajovacím diagnostickém procesu a při stanovení cílů byla přítomná sociální pracovnice. Její účast pomáhá terapeutovi vyloučit nerealizovatelné a stanovit dosažitelné cíle při práci s klienty z rozvrácených rodin, ve špatné socioekonomické situaci apod.

Úvaha o určení cílů a postupu psychoterapie a o tom, kdo ji bude provádět, se musí vést i se zřetelem k tomu, zda terapeutem bude muž nebo žena. Dívky dávají přednost ženám. Chlapci ve věku mezi 12 až 14 lety obecně reagují lépe na muže, zatímco mnoho malých chlapců ve věku 6 let a méně je schopno navázat zpravidla lepší vztah k ženě.

## **Formy terapeutických intervencí**

Formy terapeutických zákroků mohou být různé, ale při zahájení intervence (bez ohledu na její formu) platí, že právní, podpůrné a terapeutické aspekty u týraných nebo sexuálně zneužívaných dětí a mladistvých musí do sebe organicky zapadat a že nesmí postupovat nezávisle na sobě či dokonce proti sobě.

Modelově můžeme hovořit o třech typech terapeutické intervence:

1. Trestně-právní forma intervence, která svým průběhem naznačuje, že pachatel prostě porušil právní normu, takže rozhodně má být potrestán. To ale vede k tomu, že pachatel, je-li členem rodiny, je v rodině a jejím okolí často pokládán za jediného viníka všeho a primární příčiny, jako třeba sexuální a partnerské neshody mezi manžely, nejsou vůbec řešeny. To je zajisté chybné, zejména jsou-li v rodině další děti, protože rodinný systém není uzdraven a je tu nebezpečí dalších problémů.

2. Primární ochrana dítěte. Tento přístup neznamená nic více a nic méně než to, že dítě je odejmuto ze své rodiny a že cizí instituce dostane za úkol plnit vůči němu náhradní rodičovskou roli. Nevhodné však na tomto přístupu je zejména to, že jestliže odejmeme dítě z rodiny, následuje přidělení viny oběma rodičům a nikoliv jen samotnému pachateli. Z hlediska dítěte se jedná o jeho dodatečné potrestání, protože je odejmuto z rodiny a ze svého obvyklého sociálního okolí.
3. Primární terapeutická intervence. Všechny důsledky násilného sexuálního činu lze u dětí obtížně podchytit, neboť existují jen malé možnosti kompenzace. Uvolnění a zvládnutí problému však můžeme často docílit právě pomocí vstupního psychoterapeutického rozhovoru. Diagnóza a léčba dítěte, které bylo sexuálně zneužito, se může stát komplikovanou. Je známo, že některé děti jsou ochotny vycházet vstříc při svádění dospělými. Avšak to neodstraňuje šok způsobený uplatněním sexuality většího a mnohem vyspělejšího jedince vůči menšímu, méně vyvinutému dítěti.

Vždy je lepší pečovat, ať už medicínsky nebo psychoterapeuticky, o dítě, které zůstane v domácím prostředí. Když se úzkost rodičů zmírní, stávají se pak významnými spojenci při pomoci svému dítěti a v jeho ochraně. Rodinná terapie je velmi vhodná při tomto typu krize, umožňuje tak podělit se o zážitky, v kombinaci s důkazy pochopení, podpory a přijetí dítěte ze strany rodičů. Terapeutova aktivita se stává stabilizujícím centrem pro komplikované intenzivní konfliktní emoce, které jsou vyvolány kombinovanými charakteristikami sexu a znásilnění.

*Karel byl v páté třídě, když se do Dětského centra dostavila jeho matka. Před tím navštívila několik jiných pracovišť, zdravotních a sociálních. Všude jí poradili pouze, co by měla dělat, a tím považovali věc za vyřízenou. Když se obrátila na nás, byla už velmi zoufalá a hlavně nejistá ve svém původním odhodlání celou věc nějak řešit. Přišla s podezřením, že to, co se děje mezi jejím manželem a synem, je něco nepěkného, něco, co není v pořádku. Případu se ujal tým složený z pediatra, sociální pracovnice a terapeuta. Po provedení vstupních vyšetření, když se podařilo získat důvěru chlapce, bylo prokázáno, že mezi otcem a synem došlo opakovaně k situaci, kterou lze nazvat jako homosexuální, pedofilní a incestní. S matkou i s Karlem byl podrobně probrán další možný postup, aby se mohli sami rozhodnout jak dál. Matka byla nejistá v tom, jak pokračovat. Její rodiče ji sice přesvědčovali, aby celý případ oznámila na policii, ale ona sama váhala. Bála se, co bude následovat. Byla jí nabídnuta pomoc a emoční a sociálně právní podpora v dalším postupu. Karel byl ujištěn, že nebude muset o svých zážitcích mluvit někde jinde, což se nám v případě policie podařilo. Byl umístěn v neutrálním prostředí dětské ozdravovny, aby nebyl přítomen v rodině, až se otec doví o odhalení. Po oznámení na policii byl otec vzat do vazby. Bylo však rozhodnuto, že další vyšetření provede soudní znalec. Odevzdali jsme mu všechna svá vyšetření, ale znalec přesto trval na tom, že musí zajet do ozdravovny a provést tam nové vyšetření. Karel s ním ale odmítl hovořit. Pro "nevěrohodnost výpovědi" dítěte byl otec propuštěn z vazby a vrátil se zpět do společného bytu. V té době se u chlapce objevily vážné psychosomatické obtíže, vnitřní neklid a tenze. Dalo se tomu rozumět jako projevům protrahovaného posttraumatického šoku, souvisejícího také s následným, nikoliv šetrným vyšetřováním celého případu.*

*V této situaci zbývalo pouze terapeutické řešení, na které přistoupil chlapec i oba rodiče. Terapie probíhala po dvou liniích - jednak individuální sezení s Karlem, jednak rodinná terapie s oběma rodiči a chlapcem. Otec souhlasil s tím, že hlavní odpovědnost za dítě, jeho výchovu a trávení volného času bude mít matka a že on, otec, bez jejího vědomí nebo souhlasu nebude mít s chlapcem žádný kontakt. Byla přesně určena pravidla společného soužití v bytě a vymezena teritoria jednotlivých členů rodiny. Po době asi šesti měsíců začal Karel vnímat otce příznivěji. Zpočátku se v projekční kresbě projevovala jeho tenze a vzájemně se vylučující pocity vůči rodičům. Nakreslil se, jak stojí jakoby v pekle mezi dvěma ohni. S možným přijetím otce jako spolupracujícího člena rodinné koalice jeho napětí vymizelo, psychosomatické obtíže ustoupily. Přetrvávaly obtíže ve škole, s učením i chováním. Podařilo se dovést rodiče k rozvodu bez*

*výraznějších konfliktů a sporů. Oba přistoupili na námi navrhouvanou terapeutickou dohodu, která vymezovala jejich další vztahové oblasti, a to zejména vůči dítěti.*

## **Psychoterapeutický postup**

Jedním ze základních úkolů terapeuta - stejně jako by tomu mělo být i u ostatních dospělých v okolí dítěte - je pomoci dítěti. Terapeuta tedy musí zajímat nejen, co sexuální trauma znamená pro dítě a jeho rodinný systém nyní, nýbrž i jak tato událost postihne vývoj osobnosti dítěte. Klíčem ke splnění tohoto úkolu je pomoci dítěti traumatický zážitek otevřít, vytěsnit ho, zbavit se ho. To musí být definováno jako něco špatného, co bylo dítěti uděláno, něco, za co ono nemohlo, a nedopustit, aby to dítě mohlo internalizovat třeba jako pocit "patřím mezi ty lidi, co se jim takové věci stávají."

Terapeut by konečně měl usnadnit dítěti, aby mohlo projevit přiměřeně své pocity úzkosti, strachu a vzteku týkající se prožité události.

Sexuální zneužití dítěte nejen stimuluje intenzivní konfliktové reakce u dětí, ale také u jejich rodičů. Proto je tedy nutné zabývat se reakcemi rodičů, protože jinak by mohly komplikovat a zdržovat zotavení dítěte.

V některých případech se rodiče sami stávají samotným nebo hlavním ohniskem terapie - je třeba léčit je víc než dítě. Takovýto postup se doporučuje tam, kde je jasné, že postoje rodičů zasáhly dítě a vyvolaly nebo zintenzivnily jeho krizi. Také soustředění rodičů, kteří mají podobné problémy s dětmi v krizi, do jedné terapeutické skupiny je velmi dobrým příspěvkem k individuální terapii.

## **Vstupní rozhovor**

Za důležitou podmínku celého dalšího průběhu terapie se považuje průběh vstupního rozhovoru s dítětem, protože při něm se rozhoduje o tom, zda se podaří navázat terapeutický vztah mezi dítětem a terapeutem. Může se také stát, že jestliže se dítě zklame v této situaci, již nikdy nebo jen velmi těžko se podaří, aby o svém traumatu s někým hovořilo.

První rozhovor s dítětem, u kterého se jedná o podezření na sexuální zneužívání nebo nadměrné fyzické týrání, má mnoho funkcí.

V první řadě musíme jeho pomocí získat informace o míře zneužití a o míře stresu, kterému jsou dítě a jeho rodina vystaveny.

Terapeutická funkce tohoto prvního rozhovoru je podstatná pro to, jak dítě trauma zneužití zpracuje. V situaci po zveřejnění svého zneužívání dítě zvýšeně vnímá reakci svého okolí, a proto je pro ně důležitá

atmosféra, ve které rozhovor probíhá. Stísněné a rozpačité pohledy osob okolo něho nevytvářejí příznivé předpoklady pro terapeutickou alianci. Dítě má totiž zvýšenou vnímavost vůči výhradám dospělých a, je-li si jich vědomo, mlčí tak dlouho, jak je to možné, aby tak své pocity před dospělými chránilo.

### **Důvody, proč dítě nechce sdělit své tajemství, mohou být zhruba dvojího druhu:**

- a) když je příliš postrašeno hrozbami pachatele,
- b) v případě incestu, kdy věří, že odhalením "tajemství" by rodinu zruinovalo.

Když ale přemluvíme toto dítě, aby přes svou neblahou zkušenost začalo mluvit zcela otevřeně, pak musí vnímat, že je chápáno zcela vážně, že se mu věří, že jsme na jeho straně. K tomu je nutná otevřenost a upřímnost při vedení rozhovoru. Do problému vcházíme nepřímou, pouze pomáháme dítěti vyjádřit pocity. Vyhýbáme se vzbudit pocit, že téma, o kterém hovoříme, se nedá vyslovit - pak se mohou pocity studu a viny u dítěte ještě posílit.

O tom, zdá máme vést rozhovor sami nebo s někým pro dítě důvěryhodným společně, musíme rozhodnout v každém jednotlivém případě individuálně. Obecně se považuje za nejpříhodnější být s dítětem o samotě. Často může třetí osoba být na překážku tomu, aby dítě mohlo volně hovořit, nežádka je může i nepříznivě ovlivňovat. Na otázku, kde o tom hovořit, se nejčastěji doporučuje neutrální místo, nikoliv domov dítěte.

Terapie dítěte se musí dít vždy za účasti rodiny. Při počátečním rozhovoru je ale lépe vyloučit dítě ze schůzky, kde jsou rodiče informováni o tom, že bylo zneužíváno. Emoční konfrontace či scény vzteku mohou být pro dítě stejně matoucí či dokonce traumatické jako útok sám. Je třeba se jim vyhnout všude tam, kde je to možné. V případě sexuálního zneužívání členem rodiny je nutné ochránit dítě, aby bylo nuceno oponovat verzi tohoto člena rodiny. Za takového tlaku významného dospělého by mohlo dítě zůstat zticha nebo měnit svá sdělení.

Nicméně, pokud dítě trvá na přítomnosti rodiče (rodičů), doporučujeme zvážit, zda jeho přání respektovat, ale opakujeme, pouze v případě, není-li silné podezření, že dítě zneužíval jeden z rodičů.

Většina dětí nachází značnou úlevu, jsou-li schopny říci dospělému, co se jim přihodilo a dospělý reaguje přiměřeně. To jim totiž ukazuje, že jsou přijímány a že neudělaly nic špatného. Lze přitom také vyvrátit některé výroky pachatele, jež mají za cíl zastrašit nebo svést dítě.

Během prvního rozhovoru musíme dítěti sdělit jasnou a vhodnou formou, že ono samo neudělalo nic špatného a že všechna odpovědnost za to, co se přihodilo, padá na dospělého, který je obtěžoval.

Nejprve musíme vytvořit uvolněnou atmosféru, ve které se dítě cítí být přijímáno, teprve pak je ochotno o svém traumatickém zážitku mluvit. Znovu opakujeme, předpokladem je ale připravenost dospělých dítěti věřit. A především musíme respektovat pocity dítěte, což je důležité třeba v případě, že dítě dá najevo své pozitivní pocity vůči pachateli.

Teprve když získáme důvěru dítěte, můžeme začít při prvním rozhovoru s diagnostikou. V této souvislosti je nutno upozornit, že musíme dbát, aby se tento rozhovor nezvrhl v pouhý výslech, kde máme na zřeteli pouze diagnostickou stránku věci. Vstupem do terapeutického kontaktu přebíráme větší díl odpovědnosti, než je při běžné terapeutické koalici. V případě zneužívaného dítěte je nutné, abychom převzali odpovědnost nejen za průběh terapie, ale i za bezpečí dítěte z hlediska dalšího možného ohrožení ze strany pachatele.

Vytvoření pozitivního vztahu mezi terapeutem a dítětem by mělo primárně sledovat třeba i více setkání. Jednou z hlavních chyb, kterých se lze dopustit, je dovolit své vlastní úzkosti nebo diagnostickému či znaleckému zájmu, aby vedly k tlaku na již úzkostné či poděšené dítě. Pokud je třeba dalších informací, lze je zpravidla získat jinak než rozhovorem. Užitečnými prostředky mohou být projektivní testy (kresba, ROR, CAT nebo TAT).

Dětská oběť se nemusí cítit dobře s dospělým v těsném prostoru. Koná-li se první setkání v pracovně terapeuta, lze dítě požádat, aby si vybralo, zda mají dveře zůstat zavřené nebo otevřené.

Může se stát, že dítě začne hovořit o svém traumatu třeba až po dvou nebo čtyřech sezeních, nebo i později. Během této doby může dítě terapeuta samo testovat nebo pozorovat, aby poznalo, že jde o bezpečného a hlavně o důvěryhodného člověka.

*Šárka byla ve svém předškolním věku sexuálně zneužívána svým otcem. Ten, jak se později ukázalo, sexuálně zneužíval i její starší sestru. Po jeho odhalení se matka dítěte za podpory své matky snažila dosáhnout právní cestou potrestání pachatele, ale to se z procesních důvodů podařilo jen částečně. K psychologovi se dítě dostalo jen pro potřebu vypracování znaleckého posudku. Trvalo šest let, než se dostalo k terapeutovi. Šárka byla zpočátku velmi obezřetná, nedůvěřivá zejména vůči mužům, protože žila jen s matkou a babičkou. Hned zpočátku jsme si domluvili jasná pravidla, která stanovila, že pouze ona bude určovat, kdy a jak daleko vstoupíme do její minulosti. U prvních šesti sezení byla přítomná matka, protože Šárka byla velmi nejistá a opatrná. Vynikala tím, že chodila vždy velmi pečlivě oblečená, v oblečení převládala bílá barva. Úzkostně dbala na čistotu a hygienu. Silně odmítala relaxační techniky, občas přistoupila na kresbu, velmi se jí líbila práce s modelínou a s hrnčířskou hlinou. Vzájemné poznávání trvalo dlouho, asi deset sezení. Po tuto dobu dívka jako by občas s terapeutem koketovala, dávala přednost povídání, velmi se zajímala o osobnost terapeuta, kam chodil do školy, jaké má záliby apod. Po uplynutí jednoho roku nelze hovořit ještě o skončení terapie. Šárka je ale mnohem přirozenější a uvolněnější ve svých vnějších projevech. Její styl oblékání je "normální", bílá barva vymizela. Dokáže hovořit o svých vztazích ve třídě i o svých vztazích s chlapci. Zvýšilo se její sebevědomí a začíná se pomalu obnovovat důvěra v svět dospělých.*

Everstine (1991) uvádí **některé projevy takového "zkoušení" terapeuta ze strany dítěte:**

1. Plochá, silně kontrolovaná či bez zájmu prováděná hra.
2. Agresivní chování vůči terapeutovi nebo k hračkám v terapeutické místnosti.
3. Dítě může nabídnout (vědomě či nevědomě) terapeutovi narážky na to, co se stalo, a pak vyčkávat a přitom sledovat terapeutovy reakce. Cílem je zjistit, zda je pro ně bezpečné pokračovat v dalším odhalování. Terapeut by si měl být vědom, že i když jsou narážky dítěte nevědomé, dítě je nicméně citlivé na jeho reakci.
4. Může se vyskytnout sexuální chování vůči terapeutovi nebo vůči hračce. Chová-li se dítě sexuálně agresivně, nepokouší se obvykle terapeuta zatáhnout do skutečné sexuální aktivity, ale spíše ho testuje, zda je "bezpečnou" osobou. Terapeut se musí mít na pozoru, aby neudělal nic, co by dítě mohlo chybně interpretovat jako odsuzující nebo trestající projev. Bez ohledu na míru zvláštnosti v chování dítěte, by měl terapeut zaujímat klidný, neutrální postoj.

Nesmíme také zapomenout objasnit dítěti důvod, proč s ním hovoříme. Obvykle postačí odkaz na běžné problémy, které nastávají u dítěte, tj. zhoršení jeho školního prospěchu, problémy s chováním apod. Zmíníme se o tom, že rodiče nebo vychovatelé se domnívají, že by za tím mohlo být něco jiného, třeba nějaké tajemství, které dítě nechce říci. Není většinou vhodné přímo označovat hlavní důvod setkání, tj. podezření na zneužívání nebo týrání - na to je dost času později.

## **Znalost rodinné anamnézy**

Dítě, které je obětí pokračujícího psychického a sexuálního zneužívání, pochází obvykle z méně podporujícího, rozvráceného nebo patologického rodinného systému.

Vzhledem k rodině dítěte, ať už se jedná o zneužívání v rodině nebo mimo ni, je nutné pro dobrý průběh terapie navázat dobrý kontakt s matkou dítěte. Do terapeutického plánu musíme pojmout také sourozence dítěte, a to z mnoha důvodů. Jednak proto, že mohli být svědky zneužívání nebo potenciálními dalšími oběťmi, a jednak proto, že je také nutné pomoci rodičům připravit pro tyto sourozence, vzhledem k věku, přiměřené vysvětlení o tom, co se jejich sestře nebo bratrovi přihodilo.

Terapie dítěte jako oběti, kde pachatel mu je neznámý, je obvykle méně obtížná než v případě, kdy pachatelem je někdo z rodiny nebo příbuzenstva.

## **Plán krizové intervence**

Předcházející text podal přehled některých základních předpokladů a forem krizové terapeutické intervence pro dítě ve velmi kritické životní situaci. Následuje zaměřená snaha poskytnout postiženému dítěti patřičnou péči a pomoc, a to takovou, jaká je dnes v naší sociální, právní a zejména psychologické praxi dostupná.

I když je fyzické týrání dítěte nebo jeho sexuální zneužívání tragickou událostí, musí být jeho interpretace a tím i terapeutická krizová intervence velmi pečlivě plánována. Nesmí být, i když v dobré vůli, vedena chaoticky a bezhlavě. Naše i zahraniční zkušenosti potvrzují, že každý krok terapeutického zákroku musí být kriticky zvážen a jeho příprava i přirozená úprava během provádění musí být výsledkem týmové spolupráce. V opačném případě je psychická situace postiženého dítěte, které je centrem a jediným smyslem této intervence, v rámci jeho rodiny zpravidla ještě horší.

V případě právního řešení se pak může stát, že dobrý advokát na straně pachatele může využít neprofesionálně vedenou terapeutickou intervenci k tomu, aby znemožnil výpověď dítěte a tím získal pro pachatele třeba i beztrestnost.



Gödtel (1994) v této souvislosti uvádí, že také experti, kteří se často musí zabývat posuzováním dětských obětí, se často dostávají do obrovských emocionálních obtíží. Přirozený soucit nás totiž vede k tomu, že si dítě idealizujeme a spíše proklínáme dospělé. V žádném případě neplatí, že by psychoanalýza rodiče jen omlouvala a dítě jen obviňovala pro jeho vlastní pudovost. Výzkumy však právem varují před zjednodušováním a šablonovitým řešením problému.

## 22 Péče o dítě postižené syndromem CAN

"Inovace ve výchově dětí (myslí se především na výchovu citovou) předchází inovacím v politice a obchodě. Proto v psychogenetickém modelu historických změn nehrají ženy a děti roli pouhých pasivních pěšců v mužské šachové hře dějin, jak se tvrdí v jiných historických teoriích. Ženy a děti naopak představují východisko pro historické změny, neboť v jejich vzájemném vztahu dochází ke všem těm významným psychologickým novinkám, které se pak převádějí do nových sociálních a ekonomických systémů."

L. DeMause (1994)

Konfrontace našich a hlavně zahraničních poznatků a zkušeností se současným stavem a kvalitou péče o děti týrané, zneužívané a zanedbávané u nás ukazuje na její nepříliš dobrou úroveň. Je to způsobeno mnoha faktory, z nichž většina je v této knize na různých místech již zmíněna nebo naznačena. Za nejpodstatnější nutno pokládat nedostatečné chápání existence syndromu CAN v dětské populaci a jeho mimořádného postavení v péči o dítě vůbec. S tím souvisí i nedostatečné pochopení a přijetí nutnosti jeho vskutku interdisciplinárního řešení.

Tím je ostatně poznamenán celý náš systém péče o dítě, který je rozdělen mnoha bariérami, a to nikoli jen byrokratickými, jež se projevují spíše ve větším rozšiřování mezer mezi jednotlivými disciplínami a resorty. Překvapující je, že současná doba se nevrací k celistvému pojetí péče o dítě a jeho ochrany, jak byla orientována naše předválečná péče o dítě, opírající se o pedologii, tj. komplexní nauku o dítěti (Stejskal, 1969, Dunovský, 1995). Nepříznivě se jeví i skutečnost, že se dosud u nás do určité míry přehlíží i současné systémy péče o rodinu a děti v jiných demokratických státech. Také stále přežívá parciální chápání sociální problematiky dítěte a přetrvává její nejednotnost, živelnost a jistá diskoordinace. A navíc; i v dosud vydaných a hlavně připravovaných zákonných normách se konzervuje pojetí sociálního problému jako problému spíše ekonomického než obecně lidského. Tak jej také pojímala minulá doba a důsledně uplatňovala.

Je to patrné i z nejasností ve vlastní terminologii řešení sociální problematiky:

sociální péče, pomoc, ochrana, sociální práce atd. To samo o sobě ukazuje na závažné teoretické neujasnění této celospolečenské oblasti, což má důsledky pro vlastní obsah a rozsah praktické činnosti. Ostatně i vlastní označení nejvýznamnějšího, příslušného resortu, tj. ministerstva práce a sociálních věcí, je spíše utilitární (práce na prvním místě), historické (sociální péče se vyvíjela od pomoci chudým, nezaměstnaným apod.) a přinejmenším rozpačité (z hlediska péče o dítě). Umožňuje totiž velmi volný výklad "sociální věci" (Šmýd, 1966), a to jak substantiva, tak zvláště adjektiva. Přitom je třeba vzít v úvahu, že v rozvinutém světě je tato péče společností, včetně péče o rodinu, spojována spíše s resortem zdravotnictví, školství apod. než s prací a její problematikou. To samo o sobě totiž vede k prioritnímu zdůraznění sociálních problémů a interdisciplinárního, komplexního přístupu k nim. Naproti tomu spojení problematiky sociální s problematikou pracovní zdůrazňuje vždy spíše složku pracovní, která se obyčejně nepokládá za tak důležitou jako ta sociální. S jistou mírou nadsázky je možno vyjádřit tuto situaci tak, že "velcí lidé - velké problémy, malí lidé - malé problémy".

Není však účelem této stati podrobněji se zabývat uvedenými otázkami. Považovali jsme však za důležité zmínit se zde aspoň o těch nejzávažnějších, neboť bezprostředně souvisejí s péčí o děti ohrožené a postižené syndromem CAN a odpovědi na ně mohou lépe ozřejmit naše záměry, které jsme si v tomto směru vytkli, i to, co jsme v jejich rámci už vykonali.

3. Evropská konference o prevenci CAN, kterou jsme spolu s Mezinárodní organizací pro prevenci CAN, ISPCAN (International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect), uspořádali v r. 1991 v Praze, ukázala naše desetileté i větší opoždění v této sféře proti úrovni péče ve většině rozvinutých zemí. Tato skutečnost se stala pro nás také výzvou soustředit se na problematiku cíleně a na moderních principech. Byli jsme si současně vědomi, že podaří-li se nám správně formulovat a vyřešit některý z rozhodujících problémů v této sféře, můžeme přispět k vytvoření uceleného systému péče a podpory dětí s CAN (a obecně všech dětí "ve zvlášť obtížných situacích") i u nás.

Rozhodujícím těžištěm dalšího úsilí se pro nás stalo Dětské krizové centrum, které jsme v r. 1992 založili na základě předem vypracované koncepce (Dunovský, 1992). O jeho téměř tříletých zkušenostech a konkrétních výsledcích práce, podáváme zprávy jinde (Dunovský, Karabelová, 1993, Halfarová, 1993, Dunovský, 1995, Halfarová, 1995, Procházková, 1995, Spilková, 1995, Mašát, 1995).

Zde lze však uvést, že všechna tato zjištění nás již dnes mohou opravňovat k jistým závěrům a zobecněním pro péči a pomoc při řešení celého problému syndromu CAN. Současně se však otevřela řada nových problémů a vyvstaly nové otázky. Na ně se snažíme odpovědět formulováním dalších perspektiv činnosti Dětského krizového centra (Dunovský, 1994, Dunovský, 1994).

Teoretická východiska, podle nichž jsme postupovali při budování tohoto centra, jsou shodná s principy a zásadami, na nichž by měl být postupně budován celý systém péče o děti se syndromem CAN. Souhlasí také plně s Doporučením Zdravotního výboru Rady Evropy z r. 1993, které je v českém překladu uveřejněno v Bulletinu Dětského krizového centra v Praze č. 1 z r. 1995.

#### Jde v podstatě o:

**1. Komplexnost péče o děti,** jež se opírá o jednotu péče o děti zdravé, nemocné, postižené a ohrožené, a to jak v oblasti tělesné, tak duševní a společenské. Respektuje všechny potřeby a požadavky dětí, včetně jejich práv v každém vývojovém období a ve vývoji jako celku. Děje se tak v nejužší spolupráci s rodinou dítěte. Ta spolu s ním se stává subjektem této péče, nikoli pouhým objektem. Takto pojatá péče o dítě je zaměřena na jedince, dětskou skupinu i celou dětskou populaci (Dunovský, 1982, Dunovský, 1990).

**2. Interdisciplinárnost péče o děti.** Ta představuje společnou činnost zúčastněných odborníků různých oborů a pracovního zaměření. Jsou si rovni a každý podle potřeby vstupuje do řešení případu svým podílem, opíraje se o cíle, metody a postupy vlastního oboru. Současně však přijímá obdobnou účast jiných pracovníků. Společně pak hledají celkové řešení případu ve všech jeho fázích a na všech úrovních a ze všech aspektů. Jejich práce musí být koordinována, nejčastěji nejzkušenějším či za dítě nejvíce odpovědným pracovníkem, anebo přímo vedoucím odborného pracoviště. Ten také bezprostředně odpovídá za výsledky jednání tohoto pracovního týmu, jeho doporučení či rozhodnutí.

Rozvíjet tento princip práce při řešení syndromu CAN v současné době se ukazuje jako snad nejdůležitější požadavek pro teorii i praxi. Je totiž nejméně rozvinutý a zúčastněnými pracovníky dosud velmi málo pěstovaný. Interdisciplinární pracovní tým pro řešení syndromu týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí tvoří sociální pracovníci, pediatři, psychologové, sociologové, speciální pedagogové, popř. dětské psychiatry, dále právníci a podle potřeby další. Při své činnosti respektují zásadu "hic et nunc" (zde a nyní) - a v optimální podobě pak práci "pod jednou střešou".

Pokud nelze ustavit takovýto tým, pak musí být zajištěna těm, kteří se případem zabývají, účast takovýchto odborníků, a to vždy při dostatečně kvalitní a rozsáhlé konziliární i terapeutické pomoci medicínské (např. dětský gynekolog, neurolog) i nemedicínské (např. psychoterapeut, logoped). Ze středu takovéhoho pracovního týmu, jehož základem pro řešení syndromu CAN musí být vždy lékař, psycholog a sociální pracovník, se pak navazuje spolupráce s příslušnými orgány "vnějšími", např. sociální péče, školy, policie, soudy, ale též samosprávné orgány a v nejširší poloze pak celá veřejnost.

Důležitou složkou interdisciplinárního pojetí práce jsou společné semináře či konference. Na nich se daná problematika konkrétně řeší a společně se hledají cesty a způsoby dalšího postupu. Přitom se koordinuje práce uvnitř společenství odborníků a její výsledky se konfrontují s nálezy a výsledky vyšetření přicházejícími zvenčí. Takto získané závěry jsou pak východiskem pro další řešení celého případu, buď v rámci odborného pracoviště nebo - což pro interdisciplinaritu práce je zvláště významné - pro společný postup a rozhodování s pracovníky péče o rodinu a děti, popřípadě orgánů činných v trestním řízení. V podstatě by dnes již neměl rozhodovat Orgán péče o rodinu a děti ve složitých případech sám, nýbrž by měl maximálně využívat možnosti posudků a doporučení takovýchto odborných zařízení, a to jak v diagnostice, tak zvláště v terapii. Znamená to ovšem také taková zařízení, ať již kýmkoli zřizovaná, budovat a provozovat. Vždy aspoň jedno v každém větším regionu.

Maximální důraz je vždy třeba klást na co nejužší návaznost na rodinu dítěte a ovšem i na děti samé. Od nich, jejich potřeb a požadavků se totiž celá interdisciplinární péče odvíjí, formuluje a provádí a k nim se opět vrací.

**3. Kvalifikovanost péče** se jeví jako stále významnější složka celé práce, jak se také ze všech zahraničních a již také našich zkušeností ukazuje. Kvalifikovanost péče by se měla také projevit v chápání tohoto syndromu jako závažného selhání bezprostředního prostředí dítěte, jeho rodiny na prvním místě. Toto pojetí syndromu CAN by se mělo promítnout hlavně do řešení samotného případu, kdy jako hlavní princip by nás, byť to může znít poněkud paradoxně, měla spojuvat snaha zachovat dítěti jeho rodinu, pokud je to vůbec možné.

**4. Organizační formy** a způsoby řešení syndromu CAN se opírají o komplexně pojatou případovou a skupinovou sociální práci, odpovídající též požadavkům psychoterapie a socioterapie urgentní, krátkodobé i dlouhodobé povahy.

Těžiště této práce spočívá v ambulantní praxi, propojené jednak směrem "z terénu", a to pomocí telefonní "horké" linky, dopisy, návštěvami pracoviště, přímými žádostmi rozhodujících orgánů a institucí, jednak druhým směrem "do terénu", tj. návštěvami a šetřením v rodinách, či poskytováním některé z forem terapie přímo v nich. Za rodinami se může v různém složení vyjíždět nebo docházet. Obdobně se v případech potřeby postupuje v kontaktu se školou, kam dítě dochází, a hlavně pak s dětským lékařem a dětskou sestrou. Ti většinou o dítěti a jeho rodině vědí nejvíce, a to i z hlediska sociálního. Tak se spojuje práce v ordinaci s prací terénní.

Současně se však dále ukazuje, jak je nezbytné i zde propojení ambulantní péče s péčí ústavní. Té však již zdaleka nevyhovuje umístění dítěte na běžné dětské oddělení nebo do dětského domova. Proto je třeba budovat speciální zařízení, uspokojující také speciální potřeby dítěte, popřípadě jeho rodiny. Vhodným takovým pracovištěm se ukazuje již zmíněný domov pro matku a dítě, který by měl zajišťovat tolik potřebné diagnostické pobyty, krátkodobé i dlouhodobé terapeutické či azylové pobyty (Dunovský, 1995).

Takováto odborná, interdisciplinární pracoviště, jako je naše Dětské krizové centrum, z něhož získáváme tyto poznatky a zobecnění, by se měla stát svým personálním vybavením odborným zázemím celého

systemu péče o děti ve zvlášť obtížných životních situacích a navazovat svou práci na další zařízení a pracoviště příslušných oborů. Přitom zatím zůstává otevřena potřebná koordinace těchto činností v rámci racionální představy o funkční síti státních, samosprávných a dobrovolných zařízení, která bohužel dosud neexistuje.

### **5. Přípravenost, pohotovost, rychlost a pružnost poskytovat náležitou pomoc potřebným dětem.**

V tomto směru se opíráme o zkušenosti ze zdravotnictví, kde tyto principy jsou dobře vypracovány. Je ovšem nutné je náležitě aplikovat na potřeby komplexní péče o děti trpící tímto tak mnohotvarým nepříznivým společenským jevem. Tento úkol pomáhají plnit nejrůznější důvěrné telefonní linky, jež jsou schopny vyslechnout dítě, poradit mu či radu a pomoc zprostředkovat, a to především v kritických situacích. To znamená jejich nepřetržitou službu, 24 hodin denně a 7 dní v týdnu.

Právě v tomto směru naše země není bez zkušeností, např. z třiceti let trvání Linky důvěry v Praze, a to i s určením pro děti a mládež. V poslední době však v naší zemi, a to opět hlavně v Praze, vznikla řada takovýchto linek, jako Linka bezpečí Nadace Naše dítě, Růžová linka Společnosti pro ochranu dětí, vedle již tři roky trvající Horké linky Dětského krizového centra, jež je nyní zařízením Sdružení proti násilí na dětech. Zvlášť Linka bezpečí, budovaná podle anglické Child Line, dosáhla právě v naslouchání dětem očitějším se v nějaké strážní velkého rozsahu a odezvy ve veřejnosti (Drtilová, 1995). Rovněž v jiných městech se takové možnosti pro děti stále více objevují. Např. Modrá linka funguje v Brně, byla nově zřízena v Plzni a v dalších místech se připravuje. Nejde přitom jen o to umět naslouchat dětem a mluvit s nimi, ale též posoudit věrohodnost a závažnost sdělovaných informací a hlavně umět a mít možnost poskytnout nejenom urgentní pomoc, ale také komplexní, ucelenou pomoc a podporu v potřebných časových dimenzích.

To opět znamená mít v bezprostřední návaznosti na tento informační zdroj fundované odborné pracoviště, schopné všechny formy pomoci poskytnout. Není-li k dispozici, nutno zajistit nezbytnou pomoc jiných pracovišť, včetně tolik potřebné koordinace všech těchto aktivit.

Jedním ze základních předpokladů úspěchu je ovšem to, aby co nejširší veřejnost, a hlavně dětská, o těchto možnostech věděla (a znala také příslušná telefonní čísla) a náležitě jich využívala.

**6. Většina odborných pracovišť**, často v ne zcela stejné podobě a funkčnosti jako Dětské krizové centrum, vznikají nebo již vznikly a pracují, jsou zařízeními dobrovolných nebo církevních, tedy nestátních, avšak státem dotovaných organizací. To má své velké výhody a ovšem i nevýhody především z hlediska provozního. Má to ovšem neobyčejný význam občanský a etický. Učí demokracii a solidaritě s potřebnými (zde dětmi). A hlavně učí, že dávat znamená brát.

Současně představuje v plném rozsahu moderní model spojené péče poskytované státními a nestátními organizacemi, a to hlavně na úseku sociálním. Taková péče na jedné straně má větší volnost, hlavně v hledání nových přístupů, forem a způsobů práce a jejich zavádění do široké praxe. Na druhé straně poskytuje lidské a zde i odborné zázemí státním či samosprávným orgánům, přičemž současně ony samy získávají ve státu i samosprávě garanta své činnosti.

Tento princip propojenosti státních a nestátních organizací by měl být proto posilován a podporován, zvlášť v souvislosti se současnou neblahou praxí pouze ročně poskytovaných státních dotací s další nejistotou a škodami na plynulosti i kvalitě práce celého zařízení. To ostatně také mnoho dobrovolných organizací nyní prožívá a mnoho sil jejich pracovníků je spotřebováno opatřováním peněz, namísto rozvíjení poskytovaných služeb a získávání tolik potřebné zpětné vazby o tom, co a jak se vykonalo a jak a kdy optimálně postupovat dále.

**7. Celkové pojetí práce** těchto odborných útvarů pro týrané, zneužívané a zanedbávané děti se opírá v první řadě o dobrovolnost, se kterou se klienti na ně obracejí. Proto se tato pracoviště vyhýbají jakékoli represí či mocenským prostředkům. Ostatně jim také ani nepřísluší. Velmi nerady jdou také cestou "kriminalizace" daného problému. Ten by měl být vždy hlavně chápán, jak již bylo opakovaně uvedeno, jako problém sociální a nikoli jen jako zločin, jenž vyžaduje potrestání.

Samozřejmě je zde i aspekt trestní, který třeba dle daného práva respektovat. Nejvýrazněji se to projevuje při rozhodování "hlásit či nehlásit" případ týrání, zneužití a zanedbání dítěte, a to hlavně při nejistotě, zda se skutečně stalo to, co má být ohlášeno. Pak se tu jeví také již vícekrát uvedený problém sekundární viktimizace při opakovaném nebo neodborném vyšetřování dětí.

Řešení syndromu CAN je dále založeno na naprosté důvěryhodnosti a diskrétnosti, a to jak k postiženým dětem a jejich rodinám, tak hlavně k těm, kteří případ ohlásili a nechtějí být v této souvislosti uvedeni. Avšak tam, kde ohrožení a postižení dítěte je závažné a jinak nepřekonatelné, je povinnost hlášení a spolupráce s orgány činnými v trestním řízení nezbytná. Spolupráce s Orgány péče o rodinu a děti je však vždy *conditio sine qua non*.

**8.** Při všem uvažování, počínání a hlavně řešení případů týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte je nutno vycházet ze základního východiska daného ostatně i Úmluvou o právech dítěte: nejlepší zájem a prospěch dítěte především!

Jde především o to, aby byla vybrána z mnoha možností ta pravá, která zájem dítěte nejlépe ochrání, a aby byla prosazena.

**9.** A konečně vedoucím principem veškeré péče o děti postižené syndromem CAN je **prevence**, čili účinné předcházení tomuto jevu. Věnovali jsme jí pozornost v mnoha předchozích kapitolách.

## **Systemové uspořádání a zajištění péče o děti se syndromem CAN**

Je třeba uvést ještě naši představu o systémovém uspořádání péče o týrané, zneužívané a zanedbávané děti a zajištění této péče v rámci celkové ochrany dítěte.

Postupujeme při tom od obecného k zvláštnímu, respektující mnohooborovost tohoto jevu jak z hlediska teoretického, tak praktického.

**1.** První a nejdůležitější rovinou vskutku účinného řešení syndromu CAN by mělo být prosazení všech principů primární a sekundární prevence. Je nutné seznámit nejširší veřejnost, a to i dětskou, alespoň s nejdůležitějšími formami CAN i s tím, jak je poznat, jak se před nimi bránit či jak se jim vyhnout. Podmínkou k tomu je vzít na vědomí, že tento jev není tak vzácný a že patří v současné době k činitelům nejvíce ohrožujícím zdraví a dobrý vývoj dítěte.

Je třeba, aby na této co nejšířěji pojímané osvětě se podílely všechny složky ovlivňující veřejné mínění - rodiči, mateřskou školou, základní školou a zdravotníky počínaje a sdělovacími prostředky konče. Neměly by přitom vyvolávat nadměrný strach, ale střízlivou opatrnost ke všemu, co může přinést takovéto nebezpečí.

Důležitým úkolem je pak vést děti ocitající se v nějakém riziku, aby samy uměly poznávat a odhalovat taková nebezpečí a také jim čelit. Spolu s tím by měly znát, kde se jim dostane potřebné pomoci, zvláště když rodiče v tomto smyslu selhávají nebo dokonce sami nebezpečí představují. V oblasti pohlavního zneužívání náležitá, dobře pojatá a prováděná sexuální výchova, i když se u nás stále zpochybňuje, je nezbytná. Samozřejmě první a rozhodující roli v této oblasti musí sehrát rodiče. Ale i škola, zájmové organizace dětí a mládeže nemohou stát stranou, zvláště když víme, že tato sféra zůstává stále v rodině povětšinou tabu a děti jsou dosud převážně odkázány na ústní podání kamarádů, přátel, a to někdy velmi pochybného charakteru.

Na štěstí se tohoto úkolu ujímá stále více jedinců, organizací a institucí, včetně sdělovacích prostředků (i když zde často velmi rozporně), a snaží se jej řešit. Rovněž příslušné resorty, byť ještě s jistou váhavostí, přistupují k této otázce stále vstřícněji.

Při osvětovém úsilí zaměřeném na informování co nejširší veřejnosti musí být věnována též zvláštní pozornost informování odborné veřejnosti, ať již v kterékoli profesionální oblasti péče o dítěte, a to jak na úrovni pregraduální, tak postgraduální. Zde totiž úroveň znalostí je pohříchu většinou velmi nízká nebo téměř žádná. To je také ostatně jeden z hlavních důvodů, proč zjišťujeme tak nízký výskyt tohoto jevu u nás. Tato forma prevence tedy v podstatě splývá se vzděláváním a přípravou odborných pracovníků v této oblasti.

**2.** Druhou rovinu systémového řešení syndromu CAN je vlastní klinická práce, byť prováděna či zajišťována zdaleka nikoli jen zdravotnickými pracovníky. (V sociální péči je nazývána též sociální prací, u orgánů činných v trestním řízení jsou její určité složky označovány jako vyšetřování, dokazování, souzení a trestání apod.). Ve všech však platí stejná zásada: široce pojatá anamnestická, diagnostická i terapeutická a rehabilitační činnost.

Těžištěm veškeré této činnosti podle současného našeho uspořádání péče o dítě ve zvlášť obtížných situacích by měly být Orgány péče o rodinu a děti. Ty by však měly být připraveny a vybaveny podstatně lépe než dosud. Hlavně by však měla být vypracována a přijata jejich nová koncepce, odpovídající novým pohledům a směrům v péči o dítě v rozvinutém světě, nehledě již na to, že bychom při tom měli navázat na neobyčejně kvalitní péči o dítě před druhou světovou válkou (Červinková - Riegrová, 1894, Stejskal, 1969, Dunovský, 1995). Bohužel, tento požadavek na své řešení stále teprve čeká.

Tento střední článek řízení péče o děti se syndromem CAN se přitom ukazuje jako nejdůležitější. Proto by měl být také co nejlépe odborně, obsahově i organizačně zajistěn. Dětská krizová centra v našem širokém pojetí a vzájemném propojení uvnitř i navenek by mohla významně pomoci k prosazení tohoto nového přístupu k péči o děti s CAN a ve svých důsledcích k péči o děti ve zvlášť obtížných situacích celkově.

**3.** Třetí rovina zahrnuje rozhodující a do jisté míry i řídicí, legislativní, kontrolní a také "garanční" sféru péče o děti, samozřejmě při plné autonomii dobrovolných organizací a nadací, jež však musí zachovávat nejenom náležité odborné postupy při své činnosti, ale též zákonné normy a ustanovení. Potřebují také většinou státní podporu vedle pomoci sponzorů i příspěvků od svých členů a příznivců.

Zde se také uskutečňuje nebo má uskutečňovat koordinační činnost všech angažovaných subjektů. U řady závažných celospolečenských problémů takováto koordinační činnost, přesahující působnost jednotlivých resortů, orgánů a organizací státní i nestátní povahy již existuje na úrovni vládních výborů (např. Vládní výbor pro zdravotně postižené, Vládní výbor pro národnostní otázky apod.). Pro problematiku týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte existuje sice při ministerstvu zdravotnictví meziresortní pracovní komise, která vykonala za dobu svého asi tříletého trvání mnoho pozitivního (Košuličová, 1993), bohužel, bez dostatečných pravomocí a často i bez dostatečného respektu.

To je v rozporu se situací v řadě rozvinutých zemí, kde takovéto výbory jsou ustaveny na nejvyšší úrovni. V nich jsou zastoupeni všichni zainteresovaní pracovníci teorie a praxe, státních, samosprávných i charitativních institucí. Tento orgán stanoví základní směry postupu v řešení celé problematiky v zemi a také jejich realizaci zpětně hodnotí.

Jsem (JD) přesvědčen o tom, že pro další pokrok v této oblasti se neobejdeme ani u nás bez takovéhoho orgánu, a to nikoli jen pro zde probíranou problematiku, ale i pro pojetí a přípravu nového zákona o péči a ochraně dítěte, který stále ještě není v dohledu.

Na této rovině se také uskutečňuje i žádoucí výzkum nebo se aspoň odtud koordinuje (a také většinou finančně zajišťuje). Jeho výsledky pak by měly být využívány pro stanovování další strategie v péči o tyto děti a též pro vzdělávání odborníků v této oblasti. Rovněž se zde shromažďují (nebo by se měly shromažďovat) tolik potřebné statistické údaje a provádí se jejich rozbor a vyhodnocení.

**4.** Byla již opakovaně zmíněna činnost dobrovolných a charitativních organizací v péči o děti se syndromem CAN i jejich nezastupitelný význam. Tak je tomu i u nás, kde po listopadu 1989 vzniklo velké množství občanských sdružení, církevních organizací, nadací a různých společenství, jež se začaly věnovat tomu kterému problému, jenž pokládaly za důležitý. Postupně vznikaly dobrovolné organizace, které se přímo nebo nepřímo věnují otázkám CAN, a to buď celostátně, nebo v některém regionu či velkém městě.

Někdy tyto organizace se ve svém úsilí a pracovní sféře překrývají, mnohdy je veřejnost nedostatečně rozlišuje (což není bez významu pro jejich finanční a jinou podporu). Rozhodně by se tyto snahy neměly jakkoli omezovat, pokud ovšem jimi netrpí sám jejich uživatel, v tomto případě postižené dítě a jeho rodina (např. opakovaná vyšetření, nedostatek kvalifikace, sekundární viktimizace, překračování pravomocí apod.). Je třeba, aby dále svou činnost rozvíjely a svými výsledky prokazovaly svou oprávněnost a životaschopnost.

Vzorem nám tu může být více než stoletá zkušenost Velké Británie, která dosáhla značné dokonalosti v práci dobrovolných, nevládních organizací, v jejich vzájemné spolupráci a v koordinaci jejich vztahu ke státní správě nebo samosprávě. Dokladem toho je velmi podrobně zpracovaný návod takovéto spolupráce (Working together, 1993).

V poslední době se na tomto úseku začínají rozvíjet i jiné formy vzájemné pomoci. Z nich zvláštní pozornost se věnuje pomoci sousedů, sousedské spolupráci a vzájemné solidaritě. Zvláště ve velkých městech (ale i v menších) při stále se zvyšující anonymitě se toto úsilí stává důležitým, a to nejenom pro pomoc samu, ale také pro duchovní oživení a zlepšení tzv. kvality života. Nikoli nevýznamné je i pěstování svépomoci buď individuální (učit se odolnosti a schopnosti každého člověka bránit se nepřízni a umět ji překonávat), anebo svépomoci skupinové, např. vzájemné pomoci stejně postižených dětí, rodičů, rodin.

To vše jsou nové, velmi závažné formy péče o děti se syndromem CAN na základě dobrovolnosti a vědomí, že každý by měl především umět "řídít svůj člun", anebo se o to aspoň pokoušet. Je to také naplnění požadavku, že žádný jedinec nebo společenství by nemělo být jen objektem péče, ale také jejím subjektem.





## **Místo závěru**

Sua fata habent libelli, knihy mají své osudy, zní staré přísloví. Přeji bychom si, aby i tato kniha měla svůj osud. Aby přinesla poučení těm, kteří se rozhodli dát trochu štěstí a pohody dítěti v jeho neradostném dětství, ať už mu je připravil kdokoli. Aby povzbudila jejich odvahu pomáhat trpícím dětem a hledat další cesty, jak bojovat proti bezpráví na dětech.

Přijmi, milý čtenáři, tuto knihu tak, jak byla psána: s chladnou hlavou, otevřeným srdcem a touhou po spravedlnosti i pro ty nejmenší.



## Literatura

Adasek, P.: Osobní sdělení. Praha, 1995.

Albee, G. W., Gordon, S., Leitenberg, M. (red.): Promoting sexual responsibility and preventing sexual problems. Hanover, London, University Press of New England 1983.

Ariès, P.: L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime. Plon, Paris, 1960.

Ariès, P.: Le rôle nouveau de la mère et de l'enfant dans la famille moderne. Les Carnets de l'Enfance, 10, 1969, 36-46.

Asher, R.: Münchhausen's Syndrome. Lancet, 1951, s. 339-341.

August, L. R., Forman, D. B.: A Comparison of Sexually Abused and Nonsexually Abused Children's Behavioral Responses to Anatomically Corrected Dolls. Child Psychiatry and Human Development, 20, 1989, 39-47.

Augustinová, A.: Násilná úmrtí dětí v Praze v letech 1974-1992. Sborník z I. národní konference k problematice týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Praha, MPSV ČR 1994, s. 54-58.

Bagley, Ch., Thomlison, R.: Child Sexual Abuse. Critical Perspectives on Prevention, Intervention and Treatment. Toronto, Middletown, Wall and Emerson, Inc. 1991.

Balabán, M.: O smysl lidské oběti. Křesťanská revue, 62, 1995, 4-9.

Balcar, K.: Křížovatky psychoterapeutického vztahu. Kabinet psychoterapie PK, Psychoterapeutické sešity č. 24, Praha 1988.

Bečka, K.: Dítě. Praha, Avicenum 1991.

Berger, J., Sallaurt, F. et al.: Child Abuse and Neglect: One Most Frequent Diagnose Within German Children's Hospitals. 5. Europe Conference on CAN. Oslo, Norsko, květen 1995.

Bergner, L., Delgado, L., Greybill, D.: Finkelhor's Risk Factor Checklist: A Cross-validation Study. CAN, 18, 1994, 331-340.

Biskup, P.: Spoluúčast obce v péči o rodinu a dítě. Sborník z 1. národní konference k problematice týraní, zneužívání a zanedbávání dítěte. Praha, MPSV ČR 1994.

Black, A.: The Orkney Inquiry: A Summary of Some Key Comments and Recommendations. Child Abuse Review, 2, 1993, 47-50.

Bodláková, I.: Koncepce a program prevence kriminality. Sborník z I. národní konference k problematice týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Praha, MPSV ČR 1994.

Bouška, I.: Příčiny smrti letálních případů týraného dítěte z let 1964-1988. ČLČ, 11, 1995, 344-346.

Browne, K. D., Lynch, M. A.: Paediatric Intervention in Child Protection. Medical Assessment, Treatment and Follow up of Sexually Abused Children. *Child Abuse Review*, 1, 1992, 157-169.

Browne, K. D., Lynch, M. A.: Prevention: Actions Speak Louder than Words. *Child Abuse Review*, 3, 1994, 241-244.

Břicháček, J.: Osobní sdělení. 1993.

Břicháček, V.: Sexuální zneužití v dětství podle výpovědi mladých mužů a žen. Neuveřejněná studie. Praha, Dětské krizové centrum 1994.

Caffey, J.: Multiple Fractures in Long Bones of Infants Suffering from Chronic Subdural Hematoma. *Amer. J. Roentgenol*, 56, 1946, 163-173.

Council of Europe, European Health Committee: Select Committee of Experts on the Medico Social Aspects of Child Abuse. Strasbourg, 1992.

Council of Europe, Committee of Ministers: Recommendation No. R/93/2 on Medico-Social Aspects of Child Abuse. Strasbourg, 1993.

Creighton, J. S.: Organized Abuse: NSPCC Experience. *Child Abuse Review*, 2, 1993, 234-242.

Curtis, S.: Genie. A Psycholinguistic Study of a Modern-day "Wild child". New York, Academic Press 1977.

Čeplová, V.: Potřeby legislativních změn z pohledu pracovníků Dětského domova od 0 do 3 let. Sborník I. národní konference k problematice týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Praha, MPSV ČR 1994.

Červinková-Riegrová, M.: Ochrana chudé a opuštěné mládeže. Praha, Bursík a Kohout 1874.

Damborská, M.: Péče o děti v kojeneckém věku. Praha, Avicenum 1973.

Damborská, M., Štěpánová, P.: Pokus o realizaci mateřského přístupu ke kojenci v kolektivu formou "rituálu". *Čs. pediat.*, 39, 1984, 107-111.

David, H. P., Dytrych, Z., Matějček, Z., Schüller, V.: Born Unwanted. New York, Springer, Praha, Avicenum 1988.

Definice CAN. Strasbourg, Zdravotní komise Rady Evropy 1992.

DeMause, L. (Ed.): The History of Childhood. New York, Psychohistory Press 1974, London, Souvenir Press 1976.

DeMause, L. (Ed.): The New Psychohistory. New York, Psychohistory Press 1975.

DeMause, L.: Die Geschichte der Kindheit ist ein Alptraum, aus dem wir gerade erst erwachen. In: Hassing, H., Janus, L. (red.): Ungewollte Kinder. Reinbeck bei Hamburg, Rowohlt 1994, s. 236-250.

Dore, M. M., Doris, J., Wright, P.: Identifying Substance Abuse: A Child Welfare Challenge. *Child Abuse and Neglect*, 19, 1995, 5, s. 531-547.

- Drtilová, J.: Linka bezpečí. Amireport, 2, 1995.
- Dubowitz, H.: Child Abuse Programs and Pediatric Residency Training. Pediatrics, 1982, 477-480.
- Dunovský, J.: Postavení dítěte ve společnosti se zřetelem k sociálnímu osiření. MPSV ČSR, Praha 1970.
- Dunovský, J.: Proč a pro koho SOS dětské vesničky v Československu. Praha, Sdružení SOS dětských vesniček 1970.
- Dunovský, J.: Celospolečenská péče o děti a dětské lékařství. ČLČ, 2, 1971, 148-161.
- Dunovský, J.: Sociální vývoj dítěte a jeho problémy v pediatrii. In: Kolektiv autorů: Pediatrie. Učebnice pro lékařské fakulty. Praha, Avicenum 1986, s. 56-59.
- Dunovský, J.: Dítě a poruchy rodiny. Praha, Avicenum 1987.
- Dunovský, J. a kol.: Jednotné preventivní prohlídky v dětském věku. Praha, Avicenum 1989.
- Dunovský, J.: Přístupy a pojetí syndromu zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Čs. pediat., 47, 1992, 65-68.
- Dunovský, J.: Koncepce Dětského krizového centra. Nepublikovaný autorův materiál. Praha 1992.
- Dunovský, J.: Zneužívané a zanedbávané dítě. Výzkum, jeho praktické uplatnění a prevence. Přednáška na 4. Evropské konferenci k problematice CAN. Padova, Itálie, březen 1993.
- Dunovský, J.: Preventivní péče o děti v Československu. Přednáška v Atlantě. Pediatr. Grenzgeb., 1994, s. 213-227.
- Dunovský, J.: Politika dětského věku Rady Evropy pro příští léta a my. Čs. pediatrie, 48, 1993, 5, s. 288-292.
- Dunovský, J.: Současný stav problematiky týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte u nás a ve světě. Sborník I. národní konference k problematice týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Praha, MPSV ČR 1994, s. 13-20.
- Dunovský, J.: Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě a Dětské krizové centrum. ČLČ, 11, 1995, 332-335.
- Dunovský, J.: Pomoc obětem násilí v rodině, zejména dětem. Seminář Policejní akademie. Praha, březen 1995.
- Dunovský, J.: Ochrana a péče o mládež před druhou světovou válkou a současnost. Diskusní příspěvek na semináři Sociálně právní ochrana dítěte. Český parlament, Praha, květen 1995.
- Dunovský, J.: Péče o dítě z hlediska dlouhodobého výzkumu dětí sensomotoricky postižených. 5. Evropská konference CAN. Oslo, Norsko, květen 1995.
- Dunovský, J.: Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte v pilotážní studii pro monitoring CAN v České republice. Nezveřejněná studie. Praha, 1995.
- Dunovský, J., Eggers, H.: Sociální pediatrie. Praha, Avicenum 1981.

- Dunovský, J., Karabelová, H.: Analýza činnosti Dětského krizového centra pro týrané, zneužívané, zanedbávané a ohrožené děti. Sborník z I. národní konference k problematice týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Praha, MPSV ČR 1994, s. 97-101.
- Dunovský, J., Stolínová, J.: Sociální a právní problematika v dětském lékařství. Praha, Avicenum 1979.
- Dytrych, Z., Matějček, Z., Schüller, V.: Nechtěné děti. Zprávy č. 34. Praha, VÚPs 1975.
- Dytrych, Z., Schüller, V., Prokopec, J., Matějček, Z.: Problémové rodiny. Zprávy č. 50. Praha, VÚPs 1981.
- Dytrych, Z. a kol.: Mladé rizikové rodiny. Praha, VÚPs 1987.
- Elliotová, M.: Jak ochránit své dítě. Praha, Portál 1995, 173 s.
- Everstine, D. S., Everstine, L.: Sexuální trauma u dětí a adolescentů. Psychoterapeutické sešity, 44. Praha, Kabinet psychoterapie PK 1991.
- Everson, D. M., Boat, W. B.: Putting the Anatomical Doll Controversy. CAN, 18, 1994, 113-129.
- Famularo, R.: Maternal and Child Posttraumatic Stress Disorder in Cases of Child Maltreatment. Child Abuse and Neglect, 18, 1994, 27-36.
- Finkelhor, D.: International Epidemiology of Child Sexual Abuse. CAN, 18, 1994, 409-417.
- Fleischhauer-Hardt, H.: Ukaž mi to. Praha, Kredit 1990.
- Frankl, Viktor, E.: Lékařská péče o duši. Brno, Cesta 1995.
- Gaugh, D.: The literature on prevention. Child Abuse Review, 3, 1994, 317-322.
- Gesell, A.: Wolf Children and Human Child. New York-London, Harper and Brothers 1940.
- Gill, D. G.: Child Abuse and Violence. New York, AMS Press 1979.
- Gilligan, P.: The Preventive Role of Children's Telephone Helpline. 5. Evropská konference CAN. Oslo, Norsko, květen 1995.
- Gödtel, R.: Sexualita a násilí. Praha, Český spisovatel 1994.
- Griest, K.: Child Abuse by Drawing. Pediatrics, 71, 1983, 41-46.
- Hagan, K. P.: Emotional and Psychological Abuse: Problems of Definition. CAN, 19, 1995, 449-461.
- Halfarová, H.: Naše zkušenosti s případy sexuálně zneužitých dětí. Sborník z I. národní konference k problematice týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Praha, MPSV ČR 1994, s. 74-78.
- Halfarová, H.: Diagnostika a terapie sexuálně zneužitých dětí. ČLČ, 11, 1995, 342-343.
- Hartl, P.: Psychologický slovník. Praha, Budka 1993.
- Hassing, H., Janus., L. (red.): Ungewollte Kinder. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt 1994.

- Hobbs, J. Ch., Hanks, I. G. H., Wynne, M. J.: Child Abuse and Neglect. London, Churchill Livingstone 1993, 325 s.
- Chyská, A.: Syndrom týraného dítěte - léčba. Sborník z I. národní konference k problematice týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Praha, MPSV ČR 1994, s. 91-93.
- Igodt, P., Adriaensens, P., Vanmarcke, D., Eggermont, E.: Emergency care in child abuse and neglect. Journal Européen des Urgences, 3, 1990, s. 174-182.
- Itard, J. M. G.: Rapport fait à son excellence le ministre de l'intérieur sur les nouveaux développements et l'état actuel du sauvage de l'Aveyron. Paris, L'imprimerie imperiale 1807.
- Janda, J.: Paediatric Care of Czech Republic. Archives of Diseases in Childhood, 72, 1995, 271-273.
- Janus, L.: Von Gottern, Eltern und Kindern. In: Hassing, H., Janus, L. (red.): Ungewolte Kinder. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt 1994, s. 232-235.
- Janus, M. D., Archambault, R. X., Brown Scott, W., Welsh, C. A.: "Physical Abuse in Canadian Runaway Adolescent". CAN, 19, 1995, 433-447.
- Jelínek, J., Sovák, Z.: Trestní zákon a trestní řád. Praha, Hořínková, Tuláček, 1995.
- Jones, D.: The Syndrom of Münchhausen by Proxy. CAN, 18, 1994, 769-771.
- Jung, C. G.: Duše moderního člověka. Brno, Atlantis 1994.
- Kelly, L., Scott, S.: The Current Literature About Organized Abuse of Children. CAN, 2, 1993 281-287.
- Kempe, C. H.: The Battered Child Syndrome. JAMA, 181, 1962, 17-24.
- Kempe, C. H. et al.: The Battered Child Syndrome. In: Cook, J., Bowles, R.: Child Abuse: Commission and Omission. Toronto, Butterworths, s. 49-61.
- Kohák, E.: Člověk, dobro a zlo. Praha, Ježek 1993.
- Koller, K.: Neglect Child. Master's lecture. 5. Evropská konference CAN. Oslo, Norsko, květen 1995.
- Koluchová, J.: Severe deprivation in twins. J. Child Psychol. Psychiat., 13, 1972, s. 107.
- Koluchová, J.: Diagnostika a rehabilita psychické deprivace. Olomouc, Pedagogická fakulta UP 1988.
- Kosmova kronika česká. Praha, Melantrich 1947.
- Košuličová, M.: Zpráva o činnosti mezirezortní skupiny. Sborník z I. národní konference k problematice týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Praha, MPSV ČR 1994.
- Kratochvíl, J.: Ochrana ohrožených dětí. Sborník z I. národní konference k problematice týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Praha, MPSV ČR 1994.
- Kratochvíl, S.: Psychoterapie. Praha, Avicenum 1987.



- La Fontaine, J. S.: Defining Organized Sexual Abuse. *Child Abuse Review*, 2, 1993, 223-231.
- La Fontaine, J. S.: The Current Literature About Organized Abuse of Children. *Child Abuse Review*, 3, 1994, 4-5.
- Lamb, M. E.: The Investigation of Child Sexual Abuse: An Interdisciplinary Consensus Statement. *Child Abuse and Neglect*, 18, 1994, 1021-1028.
- Lamb, M. E., Sternberg, K. J., Esplin, W. P.: Factors Influencing the Reliability and Validity of Statement Made by Young Victims of Sexual Maltreatment. *Journal of Applied Developmental Psychology*.  
Nepublikovaný text, přeloženo v DKC 1994.
- Langmeier, J.: Otázka psychické deprivace a vývoj výchovných názorů u nás. *Čs. Pediat.*, 17, 1962, 646-652.
- Langmeier, J., Matějček, Z.: Psychická deprivace v dětství. Praha, SZN 1963, 1968. 3. vyd. Praha, Avicenum 1974.
- Langmeier, J., Balcar, K., Spitz, J.: Dětská psychoterapie. Praha, Avicenum 1989.
- Lungren, D.: Child Abuse Prevention Handbook. California, Attorney General's Office 1993.
- Lynch, M.: Child Abuse Before Kempe: An Historical Literature Review. *Child Abuse and Neglect*, 9, 1985, 7-15.
- Lynch, M. A., Browne, K. D.: Pandora's Box: Open with Care. *Child Abuse Review*, 2, 1993, 219-222.
- Lynch, M.: Physical Abuse. Master's Lecture. 5th European Conference of CAN. Oslo, Norsko, květen 1995.
- Marneffe, C.: Family Intervention or Intrusion: What Happened to the Therapeutic View. 3rd European Conference. Praha, 1991.
- Marten, J.: Záměrné otravy u dětí a Münchhausenův syndrom v zastoupení jako projevy syndromu týraného dítěte. *Prakt. lékař*, 65, 1985, 524 - 527.
- Matějček, Z.: Dítě a rodina v psychologickém poradenství. Praha, SPN 1992.
- Matějček, Z.: Základy prevence týrání, zanedbávání a pohlavního zneužívání dítěte. Sborník z I. národní konference k problematice týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte. Praha, MPSV ČR 1994, s. 121-126.
- Matějček, Z.: Ublížování dítěti - psychologie prevence. *Čs. pediat.*, 49, Suppl. 1, 1994, 461-467.
- Matějček, Z., Dytrych, Z.: Děti rodina a stres. Praha, Galén 1994.
- Matějček, Z., Langmeier, J.: Výpravy za člověkem. Praha, Odeon 1981.
- Matějček, Z., Langmeier, J.: Počátky našeho duševního života. Praha, Panorama 1986.
- Matějček, Z., Pokorná, M.: Radosti a strasti. Kojenci a batolata. Jinočany, H+H 1995.

- McFadyen, A., Hanks, H., James, C.: Ritual Abuse: A Definition. *Child Abuse Review*, 2, 1993, 35-41.
- McGuire, T. L., Feldman, K. W.: Psychological Morbidity of Children Subjected to Münchausen Syn by Proxy. *Pediatrics*, 83, 1989, 289-292.
- McLaughlin, M. M.: Survivors and Surrogates: Children and Parents from the Ninth to the Thirteenth Centuries. In: DeMause, L. (red.): *The history of childhood*. London, Souvenir Press 1976. s. 75-100.
- Meadow, R.: Münchausen Syndrome by Proxy. *The Hinterland of Child Abuse*. *Lancet*, 2, 1977, 343-345.
- Marning, C., Cheers, B.: "Child Abuse Notification in a Country Town." *CAN*, 19, 1995, 387-397.
- Mašát, V.: Některé otázky genealogie násilí na dětech. *ČLČ*, 11, 1995, 336-338.
- Mossakowska, B.: Medical Observations on Child Abuse. 5. Europe Conference on CAN. Oslo, Norsko, květen 1995.
- Ney, P. G. et al: "The Worst Combinations of Child Abuse And Neglect." *CAN*, 18, 1994, 705-714.
- Olafson, E., Corvin, D. L., Summit, R. C.: Modern History of Child Abuse Awareness: Cycles of Discovery and Suppression. *Child Abuse and Neglect*, 17, 1993, 7-24.
- Osobní sdělení: Úřad péče o mládež. Baltimore, Illinois, 1993.
- OSN: Úmluva o právech dítěte. Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí. Sbirka zákonů č. 104. Praha, 1991.
- Pavlík, Z.: Populační vývoj České republiky. Katedra demografie a geodemografie. Praha, Přírodovědecká fakulta UK 1995.
- Peiper, A.: *Chronik der Kinderheilkunde*. Leipzig, Georg Thieme 1955.
- Peiper, A.: Kaspar-Hauser Kinder, verwildete Kinder (Wolfskinder). *Medizinische*, 36, 1958, 1411-1416.
- Pilkington, B., Kremer, J.: A Review of Epidemiological Research on CSA: Community and College Student Samples. *Abuse Review*, 4, 1995, 84-98.
- Pracujeme společně - pokyny pro spolupráci v oblasti ochrany dětí (Working together). Praha, Nadace Naše dítě 1995.
- Průša, L.: K aktuálním otázkám sociálně právní ochrany dětí. Sborník z I. národní konference k problematice týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte. Praha, MPSV ČR 1994.
- Pšenička, O.: *Sexuální výchova v rodině*. Pardubice, Hnutí Rodina 1994.
- Raboch, J., Košuličová, M.: Child Sexual Abuse in the Czech Republic. European Conference on CAN. Oslo, Norsko, květen 1995.
- Raboch, J.: Anamnestické studie o sexuálním zneužití u nás. Předneseno v Oslu 1995.
- Ringel, J.: Týrání dítěte v rodině. *Čs. pediat.*, 26, 1971, 243-246.

- Ringel, J.: K současné problematice týraného dítěte. Čs. pediat., 36, 1981, 595-596.
- Rubin Williams, G. J.: Responsible Sexuality and Primary Prevention of Child Abuse. In: Albee, G. W., Gordon, S., Leitenberg, M. (red.): Promoting Sexual Responsibility and Preventing Sexual Problems. Hanover, London, University Press of New England 1983, 251-272.
- Růžička, J. (red.): Psychoterapie. Praha, Triton 1992.
- Rycroft, Ch.: Kritický slovník psychoanalýzy. Praha, J. Kocourek 1993.
- Rychtaříková, J.: Sňatečnost svobodných v České republice dříve a dnes. Demografie, 1995.
- Říčan, P.: Rodina - kolébka agrese. Kontext, X, č. 4. 1994, s. 12-14.
- Říčan, P.: Šikánování jako psychologický problém. Čs. psychologie 37, 1994, s. 1.
- Říčan, P.: Cesty životem. Praha, Panorama 1990.
- Říčan, P.: Agresivita a šikana mezi dětmi. Praha, Portál 1995.
- Sandelin, G.: BRIS - Barnems Hjalptelefon. 5. Evropská konference CAN. Oslo, Norsko, květen 1995.
- Sborník I. nár. konference k problematice týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Praha, MPSV ČR 1994, 179 s.
- Sheridan, M. J., Mond, R.: A Proposal Intergenerational of Substance Abuse, Family Functioning and Abuse/Neglect. CAN, 19, 1995, 519-530.
- Silvermann, F.: Roentgen Manifestations of Unrecognized Skeletal Trauma in Infants. Amer. J. Roentgenol., 69, 1953, 413-426.
- Skála, J.: Psychoterapie v medicínské praxi. Praha, Avicenum 1989.
- Spilková, J., Dunovský, J., Karabelová, H.: Prevention of Child Abuse and Neglect in Childrens Crisis Central in Prague. 5. Evropská konference CAN. Oslo, Norsko, květen 1995.
- Stejskal, C.: Rozvoj péče o mládež v Čechách do okupace. Plzeň, Krajský pedagogický ústav 1969, s. 96.
- Summit, C. R.: Syndrom dětského přizpůsobení pohlavnímu zneužití. In: Zneužití dětí. Sborník Pedagogickopsychologické poradny hl. m. Prahy, 1992, s. 52-66.
- Šámal, P., Rizman, S., Beck, C. H.: Komentář k trestnímu zákonu. Praha, Hořínková, Tuláček 1994.
- Šmýd, B.: Sociální služby. Sborník prací č. 20. Praha, VUSZ 1966.
- Švejcar, J.: Ideový vývoj sociální pediatrie za 50 let samostatnosti československého státu. Čs. pediat., 23, 1968, 929-935.
- Švejcar, J.: Péče o dítě. Praha, Agem 1994.

- Turnen, M. M.: Working Together - A Model for Integrated Services for Children in High Risk Families. 5. Evropská konference CAN. Oslo, Norsko, květen 1995.
- U.S. Department of Health and Human Services: Neighbours Helping Neighbours (A New National Strategy for the Protection of Children). Fourth Report, September 1993.
- Vágnerová, M.: Variabilita a patologie psychického vývoje. Praha, Universita Karlova 1993.
- Vaníčková, E., Hadg-Mousová, Z., Provazníková, H.: Násilí v rodině - syndrom CAN. Praha, Universita Karlova 1994.
- Vaníčková, E., Provazník, K., Provazníková, H.: Sexual Abuse - Retrospective Testimony of Adult Women. 5. Evropská konference CAN. Oslo, Norsko, 1995.
- Vitínová, D. (red.): Zneužití dětí (sborník). Praha, Pedagogicko psychologická poradna hl. m. Prahy 1993.
- Vojtík, V., Machová, J., Břicháček, V.: Poruchy vývoje dětí a mladistvých a jejich projevy v rodině a ve škole. Praha, SPN 1990.
- Vymětal, J.: Úvod do psychoterapie. Praha, J. Kocourek 1992.
- Wagner, J. E., Hansen, D. J.: The Identification and Reporting of Physical Abuse by Physicians: A Review and Implications for Research. CAN, 18, 1994, 11-25.
- Wild, N. J.: Prevalence of Child Sex Rings, Pediatrics, 83, 1989.
- Willi, J.: Párová terapie. Hradec Králové, Konfrontace 1933.
- Wissaw, L. S., Roter, D.: Toward Effective Discussion of Discipline and Corporal Punishment during Primary Care Visits. Pediatrics, 94, 1994, 587-593.
- Weir, K., Wheatcroft, M. S.: Allegation of Children's Involvement in Ritual Sexual Abuse: Clinical Experience of 20 Cases. CAN, 19, 1995, 491-505.
- Wolf, R.: Kindersmishandlung und Ihre Ursachen. In: Gewalt gegen Kinder. Berlin, Rowolt 1977, s. 13-45.
- Wolfe, D. A.: Child Abuse Prevention: Blending Research and Practice. Child Abuse Review, 2, 1993, 153-165.
- Zákon o policii č. 283/91 Sb.
- Zákon o výkonu vazby č. 293/93 Sb.
- Zákon o výkonu trestu odnětí svobody č. 59/65 Sb.