

# Náhradní rodinná péče v porovnání s ústavní péčí u dítěte s anamnézou syndromu CAN

Bc. Petra Nováková

---

Diplomová práce  
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Petra NOVÁKOVÁ**  
Osobní číslo: **H10681**  
Studijní program: **N 7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Náhradní rodinná péče v porovnání s ústavní péčí  
u dítěte s anamnézou syndromu CAN**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti náhradní výchovy dětí se zaměřením  
na děti se syndromem CAN.**

**Příprava metodiky výzkumné části.**

**Realizace kvalitativního výzkumu na základě analýzy dokumentů formou kasuistik.**

**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**

**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z.** Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha : Grada Publishing, s.r.o, 1995. ISBN 80-7169-192-5.

**HORT, V., HRDLIČKA, J., KOCOURKOVÁ, E.** Dětská a adolescentní psychiatrie. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-1.

**MATĚJČEK, Z., KOLUCHOVÁ, J., BUBLEOVÁ, V.** Osvojení a pěstounská péče. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7187-637.3.

**ŠKOVIERA, A.** Dilemata náhradní výchovy. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-318-5.

**VÁGNEROVÁ, M.** Psychopatologie pro pomáhající profese. 4. vyd. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-414-4.

Vedoucí diplomové práce:

**doc. PhDr. Lenka Haburajová Ilavská, Ph.D.**  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

**30. listopadu 2011**

Termín odevzdání diplomové práce:

**27. dubna 2012**

Ve Zlíně dne 17. ledna 2012



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
*děkanka*



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
*ředitel ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 17. 1. 2012 .....

..... Petr Norková .....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá problematikou náhradní výchovy u dětí se syndromem CAN. Teoretická část je zpracována v pěti kapitolách. První kapitola se zaměřuje na syndrom CAN a je členěna do podkapitol, které se věnují jednotlivým kategoriím syndromu CAN. Druhá část popisuje specifika dětí se syndromem CAN, jež vznikají následkem poruchy vztahové vazby mezi matkou a dítětem a projevují se narušeným prožíváním a odlišnými projevy v chování dítěte. Následující kapitola popisuje proces začínající detekcí syndromu CAN, pokračující sociální práci s rodinou a končící odebráním dítěte z původního prostředí. Náhradní výchovu dítěte se syndromem CAN rozebírá čtvrtá kapitola práce, popisuje jednotlivé formy náhradní výchovy a především poukazuje na jejich pozitiva a negativa. Dilema rodina versus instituce řeší pátá kapitola postavená na souhrnu předností a nedostatků jednotlivých forem náhradní výchovy a podložená výroky několika autorů zabývajících se danou problematikou.

Praktická část se prostřednictvím kvalitativního výzkumu, metodou případových studií zabývá hledáním výběrových kritérií, podle nichž bychom mohli usuzovat, která z variant náhradní výchovy je pro dítě se syndromem CAN vhodnější.

Klíčová slova: syndrom CAN, týrání, zanedbávání, zneužívání, porucha vztahové vazby, náhradní výchova, náhradní rodinná péče, ústavní péče.

## **ABSTRACT**

This thesis deals with the problems of care for children with CAN syndrome. The theoretical part is divided into five chapters. The first chapter focuses on the CAN syndrome and is separated into subsections dedicated to each individual category of the CAN syndrome. The second chapter describes the specifics of children with the CAN syndrome, which is a failure of relationship ties between mother and child, and manifests itself by disrupted feelings and different behaviour in the child. The following chapter deals with the whole process, starting with the detection of the CAN syndrome, the social work with the family and finally the removal of the child from the original environment. The fourth chapter addresses the care of the child with the CAN syndrome by a foster family. It describes various forms of foster care and in particular points out the positives and the negatives. The dilemma of family versus institutional care is dealt with in the fifth chapter. It is based on a summary of the strengths and the weaknesses of various forms of foster care and is supported by statements made by various authors dealing with the issue.

The practical part, completed by undertaking quality research of case studies, deals with the selection criteria by which we could conclude, which of the variants of foster care for a child with the CAN syndrome is the most appropriate.

**Keywords:** CAN syndrome, mistreatment, neglect, abuse, failure of relationship ties, foster care, additional family care, institutional care.

Děkuji vedoucí mé práce, paní doc. PhDr. Lence Haburajové, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce, za její podnětné rady a připomínky.

*„Říkáte, že otec má být neústupný, hrozíte dětem tvrdými tresty. Myslíte vážně, že si dobro vynutíte železnou rukou? Myslíte-li si to, můžete je rovnou strčit do vězení nebo nebudou-li chtít poslechnout, nechat je za trest smažit v pekle.“*

Viktor Hugo

in: Ruth Dirx, Die Wiederentdeckung der Grosseltern

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.



## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>13</b>
<b>1 SYNDROM CAN</b> .....	<b>14</b>
1.1 TÝRÁNÍ DÍTĚTE.....	16
1.1.1 Tělesné týrání dítěte .....	16
1.1.2 Psychické týrání.....	17
1.2 ZANEDBÁVÁNÍ DÍTĚTE.....	18
1.3 SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ.....	19
1.4 DALŠÍ FORMY POŠKOZOVÁNÍ DÍTĚTE .....	21
<b>2 SPECIFIKA DĚTÍ SE SYNDROMEM CAN</b> .....	<b>24</b>
2.1 PORUCHA VZTAHOVÉ VAZBY JAKO NÁSLEDEK SYNDROMU CAN .....	24
2.2 NARUŠENÉ PROŽÍVÁNÍ DĚTÍ SE SYNDROMEM CAN.....	25
2.3 PROJEVY DĚTÍ SE SYNDROMEM CAN.....	27
<b>3 PROCES OD DETEKCE SYNDROMU CAN AŽ PO ODEBRÁNÍ DÍTĚ SE SYNDROMEM CAN</b> .....	<b>30</b>
3.1 DETEKCE SYNDROMU CAN.....	30
3.2 PRÁCE S RODINOU DÍTĚTE S POTVRZENÝM SYNDROMEM CAN .....	31
3.2.1 Práce s rodinou při odebrání dítěte do některé z forem náhradní výchovy .....	33
3.2.2 Práce s rodinou s cílem návratu dítěte do původní rodiny .....	33
3.3 ODNĚTÍ DÍTĚTE SE SYNDROMEM CAN Z PŮVODNÍ RODINY .....	34
<b>4 NÁHRADNÍ VÝCHOVA DÍTĚTE SE SYNDROMEM CAN</b> .....	<b>36</b>
4.1 NÁHRADNÍ RODINNÁ PÉČE.....	36
4.1.1 Svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče.....	37
4.1.2 Pěstounská péče.....	37
4.1.3 Osvojení .....	42
4.1.4 Poručenská péče .....	43
4.2 NEGATIVA A POZITIVA NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE PRO DÍTĚ SE SYNDROMEM CAN .....	44
4.3 ÚSTAVNÍ PÉČE .....	48
4.3.1 Dětský domov .....	49
4.3.2 Dětský domov se školou .....	50
4.3.3 Dětský diagnostický ústav .....	50
4.3.4 Výchovný ústav .....	51
4.4 NEGATIVA A POZITIVA ÚSTAVNÍ PÉČE PRO DÍTĚ SE SYNDROMEM CAN.....	52
<b>5 DILEMA PROSTŘEDÍ: RODINA VERSUS INSTITUCE</b> .....	<b>56</b>
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>60</b>

<b>6</b>	<b>METODOLOGIE.....</b>	<b>61</b>
6.1	VÝZKUMNÁ METODA.....	62
6.1.1	Analýza dokumentů.....	62
6.2	VÝZKUMNÝ PROBLÉM, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A CÍL VÝZKUMU .....	62
6.3	CÍLOVÁ SKUPINA VÝZKUMU .....	64
6.4	PŘÍPADOVÉ STUDIE.....	64
<b>7</b>	<b>ANALÝZA VÝSLEDKŮ PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ A JEJICH VYHODNOCENÍ .....</b>	<b>66</b>
7.1	ANALÝZA JEDNOTLIVÝCH PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ .....	66
	Případová studie č. 1 – Jiří .....	66
	Případová studie č. 2 – Marie, Beáta, Kateřina .....	67
	Případová studie č. 3 – Jana .....	68
	Případová studie č. 4 – Petr .....	68
	Případová studie č. 5 – Ota, Vít, Pavla.....	69
	Případová studie č. 6 – Roman .....	70
	Případová studie č. 7 – Iveta.....	72
	Případová studie č. 8 – Tadeáš .....	72
	Případová studie č. 9 – Zita, Tibor .....	73
	Případová studie č. 10 – Aleš .....	74
	Případová studie č. 11 – Pavlína .....	75
7.2	VYHODNOCENÍ JEDNOTLIVÝCH PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ .....	76
7.3	SOUHRNNÁ ANALÝZA A VYHODNOCENÍ PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ .....	77
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>84</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>86</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>91</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>92</b>
	<b>PŘÍLOHA P I: PŘÍPADOVÉ STUDIE .....</b>	<b>93</b>
	Případová studie č. 1 – Jiří (narozen roku 2005).....	93
	Případová studie č. 2 – Marie (narozena roku 1998).....	96
	Případová studie č. 3 – Jana (narozena roku 2003) .....	101
	Případová studie č. 4 – Petr (narozen roku 2002) .....	105
	Případová studie č. 5 – Ota (narozen roku 1998) .....	108
	Případová studie č. 6 – Roman (narozen roku 2002) .....	113
	Případová studie č. 7 – Iveta (narozena roku 1996) .....	117
	Případová studie č. 8 – Tadeáš (narozen roku 1999).....	120
	Případová studie č. 9 – Zita (narozena roku 1999).....	124
	Případová studie č. 10 – Aleš (narozen roku 1998).....	128
	Případová studie č. 11 – Pavlína (narozena roku 2010) .....	134
	<b>PŘÍLOHA P II: TABULKY: SHRNU TÍ PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ .....</b>	<b>137</b>

## ÚVOD

Rodina neustále prochází mnoha proměnami, avšak trvale zůstává pro dítě důležitým zdrojem bezpečí a jistoty. Rodina představuje místo, kde se přirozeným způsobem a účelně uspokojují základní fyziologické a psychické potřeby dítěte. Zdravě fungující rodina má pro psychický i tělesný vývoj dítěte podstatný význam. Při negativním působení způsobeným narušeným rodičovstvím se ale rodina stává pro dítě zdrojem zátěže a příčinou vzniku psychických problémů a následně sociálně patologického chování.

Z různých ekonomicko-sociálně-psychologických příčin přibývá dysfunkčních rodin, a tedy i dětí, které jsou porušením vlastní rodiny poznamenány např. syndromem CAN. Často takové děti uváznou (a nezřídka i své dětství ukončí) v ústavní péči či v náhradní rodinné péči. Otázkou zůstává, která z variant je pro konkrétního jedince vhodnější. Při prvním zamyšlení se problém zdá být vyřešen, vždyť neodmyslitelným pozitivem náhradní rodinné péče je možnost citového zakotvení dítěte ve zdravém a fungujícím prostředí. Nabízí se nám tedy otázka, zda vůbec a v jakých případech dát přednost péči ústavní. Nepochybnou výhodou ústavní péče je profesionální přístup vychovatelů, jehož prostřednictvím lze předcházet projevům poruch chování či zmírňovat jejich dopad na děti trpící syndromem CAN.

Za zmínku též stojí možnost poskytnout zneužívanému dítěti ochranu před manipulujícím, týrajícím rodičem prostřednictvím zákazu návštěv. Řada laiků i odborníků odmítá ústavní péči právě z důvodu neposkytnutí citové základny pro dítě. Můžeme se však domnívat, že např. pro dítě školního věku, zejména staršího školního věku, není již tak důležité, a mnohdy ani reálné, citové zakotvení v náhradní rodinné péči, pokud ji neposkytují příbuzné osoby dítěte.

Diplomová práce bude zaměřena na problematiku dítěte s anamnézou syndromu CAN a na jednotlivé formy náhradní výchovy, jejichž prostřednictvím je dítěti odebranému z původní rodiny zajišťována efektivní pomoc. Smyslem diplomové práce je poukázat na přednosti a nedostatky jednotlivých forem náhradní výchovy vázané na specifickou skupinu dětí s anamnézou syndromu CAN.

Cílem diplomové práce bylo porovnání vhodnosti náhradní rodinné péče s ústavní péčí pro dítě se syndromem CAN, a to prostřednictvím nalezených a zkoumaných kritérií, která usnadní správný výběr odpovídající formy náhradní výchovy pro konkrétní dítě vzhledem

k jeho osobnostním a rodinným specifikům.

Součástí diplomové práce je kvalitativní výzkum. Cílem výzkumu bude porovnání vhodnosti náhradní rodinné péče a ústavní péče u dítěte se syndromem CAN. Výzkumného cíle bylo dosaženo prostřednictvím vyhledání výběrových kritérií pro rozhodování o umístění dítěte do jednotlivých institutů náhradní výchovy.

Téma jsem si vybrala z důvodu osobního zájmu o oblast náhradní výchovy, zejména o institut ústavní péče. Daný problém řešený v diplomové práci mne zaujal již při psaní bakalářské práce, jež byla zaměřena na problematiku deprivantů umístěných ve výchovném ústavu. V průběhu odborné stáže ve výchovném ústavu jsem měla možnost seznámit se s případy dětí se syndromem CAN (hrubě zanedbaných ve výchově a tvrdě nepřiměřeně trestaných), u nichž se v průběhu dospívání začaly projevovat vážné poruchy chování, pro něž zde byly umístěny. Domnívám se, že se jedná o velmi závažnou, problematickou a často diskutovanou oblast.

Diplomová práce využívá též novelizace zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, zejména změn týkajících se deinstitucionalizace péče pro děti do tří let věku a s tím související úprava pěstounské péče na přechodnou dobu.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 SYNDROM CAN

Syndrom CAN (Child Abuse and Neglect), nebo-li syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte je „soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje dítěte a jeho postavení ve společnosti, zvláště v rodině. Soubor těchto nepříznivých příznaků je výsledkem převážně úmyslného ubližování dítěti, k němuž nejčastěji dochází ze strany primárních vychovatelů.“ (Špeciánová, 2003, s. 26)

Syndrom CAN je podmiňován některými rizikovými situacemi, které mohou u rizikových dospělých osob vyvolat projevy násilí na rizikových dětech. Ony rizikové aspekty vedoucí k rozvoji syndromu CAN zde však nebudeme rozebírat. Můžeme ale poznamenat, že nebezpečnost rizikových situací vedoucích k týrání i sexuálnímu zneužívání může být jednak na straně rodičů, pěstounů, ale i vychovatelů v dětských zařízeních.

Syndrom CAN zahrnuje jednak aktivní ubližování (poškození násilím, včetně nepřiměřeného fyzického trestání), jednak pasivní formu týrání, jež se projevuje nedostatečnou péčí o dítě. Původci ohrožení či narušení vývoje dítěte se stávají většinou rodiče, kteří nejsou schopni či ochotni uspokojovat základní potřeby dítěte a nezajišťují jeho řádný vývoj, anebo blízcí lidé s trvalým přístupem k dítěti. Dítě je v rodině zanedbáváno, týráno či sexuálně zneužíváno.

Rozložení jednotlivých forem syndromu CAN je tvořeno 30% fyzicky týraných dětí, 12% sexuálně zneužívaných, 5% psychicky týraných a 53% dětí zanedbávaných (Konvičková, Bechyňová, 2011).

Syndrom CAN souvisí s fungováním rodinného systému. Ten zásadně ovlivňují osobnosti rodičů i jejich vzájemné vztahy s dětmi.

Sobotková (2007) hodnotí funkčnost rodiny na základě rodinných interakcí. Přičemž nezáleží ani tak na množství a závažnosti problémů jako na reakci rodiny na tyto problémy, ale také na rozsahu, v jakém tato reakce (kvalita interakcí v rodině) poškozuje či nemožňuje fungování rodiny.

Pravděpodobnost týrání či zanedbávání dítěte roste s horšícím se fungováním rodiny (z rodiny funkční, problémové k rodině dysfunkční až afunkční). V případě afunkční rodiny se již nepředpokládá možnost nápravy, dítě je rodičům odebráno a umístěno v jiném, náhradním prostředí. Děje se tak v případě, kdy je výchova dítěte vážně ohrožena nebo

značně narušena. Zmíněné řešení by však mělo být vždy využíváno jako konečné, předcházet by mu měla pomoc celé rodině, a to formou poradenství (rodinné terapie, psychologické poradenství) či ambulantní péče (středisko výchovné péče).

Využití některého z institutů náhradní výchovy přináší dítěti se syndromem CAN zcela jistě velmi frustrující zážitek. Je proto důležité, aby rozhodnutí o odnětí dítěte z rodiny a jeho následném umístění v některém z institutů náhradní výchovy bylo korektní a mělo – vyjma přednostního návratu do rodinného prostředí – dlouhodobý charakter.

Závažnost celé situace vyplývá především v samotné podstatě týrání, jež je způsobované záměrně dospělou osobou - rodičem vlastního dítěti, a to v rámci silného citového svazku. Dítě zde vystupuje v roli velmi zranitelného tvora, přičemž zranitelnost vyplývá z jeho naprosté závislosti na rodiči, z bezmocnosti a posléze i ze snahy přizpůsobit se dané nepříznivé situaci. Syndrom CAN platí za protiprávní přestupek, ale jedná se i o přečin proti morálním normám.

Náchylnost rodiny k násilí vychází z určitých faktorů, např. z nadměrného trávení společného času způsobeného např. nezaměstnaností; z nepřiměřeně negativního a nenávislného chování mezi členy rodiny; z projevů antagonismu, vysokého stupně kritičnosti, vyhrožování, častého křiku; z nedostatečné dovednosti vyhýbat se střetovým situacím anebo vzniklé konflikty efektivně řešit; ze silně autoritativního či silně liberálního výchovného přístupu, z názorů ovlivněných dětstvím jednoho nebo obou rodičů, kdy ženy a děti jsou považovány za vhodné oběti násilí a zneužívání, atd. (Bentovim, 1998).

Přestože syndrom CAN zahrnuje týrání, zanedbávání a zneužívání, dochází v naprosté většině případů k odnětí dítěte z rodiny z důvodu zanedbávání, nikoli týrání či zneužívání. Kvůli zanedbání je však dítě z rodiny odebráno pouze v případě, je-li významně ohroženo na zdraví či přirozeném vývoji nebo pokud mezi rodiči a potomkem neexistuje silná citová vazba. Jestliže ve vztahu rodič – dítě funguje silná citová vazba a nedochází k patologickému chování rodičů, je zanedbanost v určitém ohledu pojmána vzhledem ke zdravému vývoji dítěte jako druhotná záležitost. Potomek je rodičům ponechán a nad rodinou se stanoví dohled.

Posuzování špatného zacházení s dítětem je velmi obtížným procesem, na němž se podílí mnoho faktorů, a proto nelze jednoznačně vymezit, které zacházení s dítětem je špatné a které ještě není (Matoušek, et al., 2005).

## 1.1 Týrání dítěte

Týrání dělíme na týrání tělesné a týrání psychické. Nejčastěji se oba typy týrání vyskytují společně.

### 1.1.1 Tělesné týrání dítěte

U tělesného týrání rozlišujeme týrání aktivní povahy, jež zahrnuje veškeré projevy násilí vůči dítěti. Příkladem takového chování je bití, kopání, pálení, opaření, aj. Fyzické tresty zanechávají viditelné známky na těle dítěte a vyústí v poranění či dokonce smrt oběti. Tělesně týrané děti nemusí vykazovat známky tělesného poranění, a to v případech, kdy je násilí způsobeno dušením či trávením.

Velmi diskutovaným tématem vztahujícím se k problematice týrání je nepřiměřené trestání dítěte rodičem. To je, i přes silící kritiku, v současnosti často užívaným výchovným prostředkem. Hranici mezi trestem a týráním lze jen obtížně definovat. Můžeme však předpokládat, že časté tělesné trestání představuje významný rizikový faktor pro vznik tělesného týrání, a tělesný trest tak může velmi snadno do týrání přejít. Pravděpodobnost vzniku tělesného týrání se zvyšuje, je-li fyzický trest ventilem psychického napětí rodiče. Příčinu tělesného týrání pak můžeme přičíst nezvládnuté a nadměrné agresi rodičů (či vychovatelů). V některých případech bývá projevem napětí vyplývající z problémů, které rodina není schopna vyřešit, jindy se tak děje u psychicky nevyrovnaných, neurotických jedinců.

Jak uvádí Vaníčková (2004), tělesný trest má krátkodobý efekt, stává se zvykem a je třeba jej užívat častěji a ve vyšší intenzitě.

Z toho můžeme vyvodit, že aby byl trest účinný, musí jej rodič užívat stále ve větší míře. A zde vzniká otázka, kdy se jedná o trest a kdy již o týrání?

Nejpočetnější utýranou skupinu dětí, a to i v České republice, tvoří kojenci do jednoho roku života (Augustinová In Dunovský, 1995).

Dále uvádí Dunovský (1995), že týrání aktivní povahy končí až v jedné pětině smrtelně, a to nejčastěji zadušením.

Domníváme se, že odhad Dunovského ve spojení s tvrzením Augustinové, tedy že nejčastěji jsou utýrány děti do jednoho roku života, a to zadušením, je ve svém důsledku



velmi těžko prokazatelný a přivádí nás k myšlence, zda takto usmrčených dětí nemůže být ve skutečnosti daleko více. Důvodem pro naši kritiku je identický způsob úmrtí jako při syndromu náhlého úmrtí kojence, tedy zadušením a bez zjištěné příčiny. Domníváme se, že je velmi obtížné, a přesto podstatné, určit diferenciální diagnózu, tedy rozlišit nehodu (čili reálný syndrom náhlého úmrtí kojence) od záměrného týrání dítěte.

Druhou skupinou tělesného týrání je trýznění pasivního charakteru, jež souvisí s nedostatečným úmyslným nebo i neúmyslným uspokojováním nejdůležitějších potřeb dítěte. Typickými příklady pasivního tělesného týrání jsou nedostatečná výživa, zanedbaná zdravotní péče, strádání ve vzdělání a výchově, nuzné přístřeší, ošacení a minimální ochrana. Následkem takového chování je celkové neprospívání dítěte, zanedbanost a v konečné fázi může dojít i ke smrti dítěte. Týrání pasivního charakteru bývá často způsobeno nezralostí mladých rodičů, jejich psychickými poruchami či nepochopením rodičovské role.

### 1.1.2 Psychické týrání

Tělesné týrání se často vyskytuje současně s psychickým týráním, jež má nepříznivý vliv na citový vývoj a chování dítěte. Psychické týrání se projevuje v aktivní podobě (spočívající nadávání, ponižování, v časté a nadměrná kritice, v permanentním srovnávání se sourozencem, ale i formou nepřiměřených psychických trestů, v kladení nerealistických nároků na dítě, v nucené izolaci, či v nahánění strachu až panické hrůzy), pasivní podoba psychického týrání se může projevovat nedostatečnou stimulací, zanedbáváním základních duševních potřeb dítěte a potřeb citových. Následkem psychického týrání bude jedinec pravděpodobně trpět trvalými pocity méněcennosti, nedostatkem sebedůvěry či stavy úzkosti, konečným výsledkem může být psychická deprivace. Ponižované a nadměrně kritizované dítě se nenaučí vážit si samo sebe, mít se rádo. Svou nejistotu pak zkouší kompenzovat agresivním chováním, např. šikanou. Anebo se naopak uzavře do sebe a přestane s okolím komunikovat. Psychické týrání může zapříčinit těžkou duševní újmu, způsobit změny v psychice dítěte (depresivní či úzkostné poruchy) či dovést jedince až k sebevraždě.

Ve srovnání s tělesným týráním a navzdory uvedeným dlouhodobým následkům je psychické týrání hůře identifikovatelné a jeho následky mohou být pro další vývoj nepříznivější. Psychické týrání se obtížně prokazuje, jelikož nezanechává na dítěti

rozpoznatelné stopy. Běžně se psychického týrání dopouštějí rozvádějící se rodiči, když se přetahují o potomka.

## 1.2 Zanedbávání dítěte

Zanedbanost je výsledkem nedostačující péče a výchovy způsobující závažné ohrožení dítěte. K zanedbávání dochází především v socioekonomicky slabém prostředí. Zde dítě vyrůstá v primitivní atmosféře, s nedostatečnou hygienou, bez vyhovující stravy a většinou i bez žádoucích vzorů chování dospělých osob. Zanedbanost je v socioekonomicky nejnižších vrstvách společnosti označována jako příčina vyššího výskytu kriminality. Připusťme ale, že existují také rodiny socioekonomicky zajištěné, v nichž dítě strádá emocionálně. Tyto případy nabývají v posledních letech na intenzitě a závažnosti.

S tím souhlasí i Matoušek, Kroftová (2003), kteří uvádějí, že nejpříznivější živnou půdou kriminálního chování mládeže jsou rodiny z nejnižších vrstev společnosti, rodiče bez kvalifikace anebo s nejnižší kvalifikací.

Zanedbání péče rozdělujeme do dvou kategorií, prvním je těžké zanedbání, např. výživy, zdravotní péče či psychického vývoje, kdy zanedbanost vzniká důsledkem přítomnosti dětí v situacích ohrožení zdraví nebo života. Druhou kategorií tvoří všeobecné zanedbání, týkající se přiměřenosti stravy, ošacení, lékařské péče, aj. Řadíme sem také ponechání malých dětí bez dozoru dospělé osoby, ale i ochranu před sociálně patologickými jevy (kriminalitou, zneužíváním návykových látek, aj.) (Špeciánová, 2003).

Zmíněné typy zanedbávání korelují s nízkým socioekonomickým statusem rodiny, a proto je velmi obtížné rozlišit zanedbávání od nedostatečné péče jakožto důsledku špatné sociální situace. Předpokládáme ale, že toto lze rozlišit zjištěním, zda je přítomno i zanedbávání citové. V případě, že zanedbání péče o dítě závažného charakteru koliduje se zanedbáním citovým, je práce s rodinou intenzivní a dlouhodobá, často následuje odnětí dítěte z rodiny.

Příčiny zanedbávání dítěte můžeme rozdělit na vnitřní (souvisejí s osobnostními charakteristikami rodičů) a vnější (odrážejí se od struktury rodiny a od její nízké socioekonomické úrovně). Ohrožení zanedbáním dítěte tak můžeme předpokládat v rodinách, v nichž scházejí někteří její členové. V rodině je nenahraditelnou postavou

matka, zejména v časném věku dítěte, kdy uspokojuje většinu jeho základních duševních potřeb. Nepřítomnost otce souvisí s nedostatkem autority v rodině a vede ke zvýšenému výskytu asociálního chování, zejména u chlapců. Nejčastěji se vyskytuje souběh obou faktorů, jež se vzájemně kombinují, a nežádka se v zanedbávající rodině vyskytuje i patologické chování (alkoholismus, narkomanie, promiskuita, aj.).

### 1.3 Sexuální zneužívání

Sexuálním zneužíváním je míněno nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoliv formy chování se sexuálním podtextem kýmkoliv, komu bylo dítě svěřeno do péče, anebo kdo se s dítětem dostal do nějakého styku (rodič, příbuzný, přítel, odborný či dobrovolný pracovník či cizí osoba) (Fischer, 2009).

Jedná se tedy o sexuální uspokojování dospělé osoby prostřednictvím dítěte. Sexuální zneužití se dělí na bezdotykové, při nichž nedochází k žádnému tělesnému kontaktu (exhibicionismus, účast na sexuálních aktivitách) a dotykové, nebo-li kontaktní (obtěžování, sexuální útok, znásilnění, incest, pedofilní obtěžování, sexuální turistika, skupinové zneužívání), při nichž dochází k pohlavnímu kontaktu.

Můžeme předpokládat, že nejrizikovější okruh tvoří především děti psychicky deprivované a zanedbávané, z dysfunkčních a afunkčních rodin. V současné době však narůstá počet případů z funkčních rodin. Příčinu můžeme spatřovat v přezaměstnanosti rodičů, kteří nevěnují potomkovi dostatek času a nezajímají se o způsob trávení jeho volného času. Takové citově vyhladovělé dítě dychtící po komunikaci, porozumění a blízkosti jiné dospělé osoby pak velmi snadno naváže vztah, byť z cizí osobou, která dítěti věnuje dostatek pozornosti i času.

Jak uvádí Čírtková (2007), sexuální zneužívání dětí není vázáno na určitou sociální vrstvu, a děje se zpravidla bez ohledu na materiální zázemí či vzdělanost oběti či pachatele.

Pachateli se nejčastěji stávají nenápadní muži s dobrým vztahem k dětem, a to obvykle přímo z rodiny oběti anebo z jejího blízkého okolí. Extrafamiliární sexuální násilí je obvykle jednorázové a tudíž můžeme říci, že z hlediska následků není tak závažné jako intrafamiliární. Je-li aktérem rodinný příslušník (nejčastěji otec, nevlastní otec, strýc, prarodič), zneužívání bývá opakované a dlouhodobé. Dochází k němu v rodinách, kde se střetává více rizikových faktorů, jako například: nevlastní otec, dospívající dcera a častá

nepřítomnost matky. Při sexuálním intrafamiálním zneužívání přichází dítě o pocit jistoty a bezpečí v rodině. Sexuální násilí zásadním způsobem mění rodinné role a vede ke vztahovým konfliktům. Průběh a řešení dané situace, ale i vliv na hloubku a trvalost následků zcela zásadně ovlivňuje chování matky.

Dítě, obtěžované otcem nebo jiným mužem v rodičovské roli, které je v důsledku tohoto chování odmítnuto matkou, se stává psychologicky osiřelým a bezbranným proti mnohočetným škodlivým následkům. Matka, která se však postaví za dítě a zabrání dalšímu zneužívání, dodá dítěti sílu a sebevědomí a minimalizuje tak jeho poškození (Dunovský, 1995).

Vzhledem k zainteresovanosti diplomové práce se budeme zabývat především případy, v nichž je situace shodná s první výše zmíněnou, při níž dítě čelí nastalé situaci samo, bez pomoci matky či jiné blízké osoby. V takovém případě žena selhává ve své mateřské roli. Nejen že není schopna tento problém jakkoli řešit, ale za viníka nastalé situace označí dítě a těmito okolnostem přizpůsobí i své chování vůči němu. Sexuální násilí v takovýchto případech většinou nadále pokračuje. Vysvobozením pro dítě je až jeho odejmutí z rodiny.

V případě, že matka na zjištění sexuálního násilí zareaguje vůči dítěti ochranným chováním, je terapeutická pomoc zaměřena na práci s celou rodinou (pachatel je obvykle trestně stíhán a není již v rodině přítomen) a dítě zůstává ve svém domácím prostředí. Odejmutí z rodiny v takovém případě není nutné, naopak dítěti může způsobit další stresové zatížení.

Jak uvádí Vágnerová (2008), děti sexuální zneužívané si přejí zůstat doma, jelikož jsou na svou rodinu citově velmi silně vázány. Dítě ztratilo důvěru k lidem, neznámých lidí se bojí a vzhledem ke svým negativním zkušenostem v sociálních vztazích neví, co od nich může čekat.

Podstatu zneužívání, dle Pótheho (1999), si dítě uvědomí mezi osmým až desátým rokem věku, společně s chápáním lidské sexuality. Dítě nabývá pocit vlastního znehodnocení a prožívá pocit zklamání z toho, komu zcela věřil. Pokusy o zastavení zneužívání jsou potlačeny psychickým i fyzickým násilím spojeným s citovou manipulací.

Dle Čírtkové (2007) není oznamování sexuálního zneužití automatické při jeho odhalení, ale jen každý šestý až desátý případ je předán Policii České republiky.

Domníváme se, že v tomto věku, vlivem uvědomění si závažnosti chování zneuživatelé,

může docházet k zviditelnění příznaků zneužívání. Typickými příznaky jsou zejména strach, úzkost, pocit viny, deprese a nízká sebeúcta, zhoršení školního prospěchu, ale také nepřiměřené sexuální chování, sebepoškozující a sebevražedné chování. Dále se takové dítě trápí častými bolestmi hlavy, břicha, poruchami spánku, příjmu potravy a regresivním chováním. V dospělosti může mít zneužívaný jedinec tendence řešit problémy násilím. Je proto velmi důležité, aby ti, kdož pravidelně přicházejí do kontaktu s dětmi, byli vnímaví vůči sebemenším, nepatrným nuancím v chování dítěte a při podezření na zneužívání neprodleně vyhledali odbornou pomoc.

#### 1.4 Další formy poškozování dítěte

Organizované zneužívání dětí je zneužití dítěte mnoha pachateli.

Dle Dunovského (1995) se jedná se o jakýsi obchod, v němž děti vystupují jako zboží. Nejčastějším organizovaným zneužíváním jsou dětská námezdní práce, obchod s dětmi za účelem sexu či mezinárodního osvojení, ale též vraždy dětí se záměrem prodeje jejich orgánů. Mezi organizované zneužívání dětí vztahující se k problematice týkající se naší práce můžeme zahrnout institucionální zneužívání dětí v ústavech, a to jednak nedostatečnou péčí anebo vystavením sexuálního útoku.

Formou zneužívání je i záměrné vystavování opakovaným lékařským vyšetřením, tzv. Munchhausenův syndrom by proxy (v zastoupení). Jedná se o poměrně vzácnou poruchu, při níž rodiče, nejčastěji matka, předstírají či uměle vytvářejí různé symptomy a onemocnění u dítěte či mu záměrně ubližují. Cílem takového jednání jsou časté prohlídky a léčení dítěte a zdůraznění osoby matky, jakožto pečovatelky.

Za krátkou zmínku týkající se poškozování dítěte stojí okolnosti rozpadu rodiny. Dítě bez ohledu na svůj věk negativně vnímá napjatou atmosférou v rodině, agresivitu či vzájemnou hostilitu rodičů. Problém rozvodových (a porozvodových) stavů spočívá zejména ve skutečnosti, že rodiče jsou v tomto období zaujati především sami sebou. Dítě je tak rodiči nevědomě zanedbáváno a i jinak poškozováno hned několika způsoby. Mnohdy je dítě fyzicky týráno, a to rodičem vedeným touhou psychicky zranit druhého partnera citově závislého na dítěti. V jiných případech se potomek stává objektem manipulací rozvádějících se rodičů, při nichž bývá psychicky zneužíván např. je-li stavěn do role zachránce rodiny. Není neobvyklým případem ani matkou koordinované záměrně falešné

obvinění otce ze sexuálního zneužívání dcery se snahou docílit zákazu styku otce s dítětem. Nastalá situace nepřináší velké utrpení otci, ale zejména dítěti.

Děti jsou týrány rodiči všech socioekonomických skupin, přesto můžeme říci, že zanedbávání dítěte se častěji děje rodiči s nízkým, či jen základním vzděláním. Středoškolsky či vysokoškolsky vzdělaní rodiče trýzní své potomky převážně v důsledku snahy o „výchovný“ postup (Dunovský, 1995).

Musíme zde zmínit také problematiku systémového týrání dítěte. Jedná se o nepatřičné zásahy orgánů, institucí i jednotlivých odborníků v rámci řešení syndromu CAN. Tato forma týrání, označovaná též jako druhotné ubližování či-li sekundární viktimizace, je dítěti působena systémem, jež mu má poskytovat pomoc a ochranu. Děti jsou systémově zneužívány odborníky, kteří po prožitém traumatu vystavují jedince zbytečným, opakovaným a necitlivě prováděným vyšetřením.

Sekundární viktimizace je označení pro zraňování a vystavování dítěte nadměrné zátěži v průběhu vyšetřování pro syndrom CAN. Dítě, jakožto oběť trestného činu, se opětovně, nyní však po dohledem odborníků, stává obětí vyšetřování (při opakování či nevěrohodnosti výpovědi, případné obviňování dítěte či jeho odebrání z rodiny) ([http://www.dkc.cz/syndrom\\_can.php](http://www.dkc.cz/syndrom_can.php)).

Dle Horta (2000) dochází k sekundární viktimizaci nejen v případech nadbytečného vyšetřování daného případu, ale i např. při vytržení dítěte z původní rodiny a jeho následném umístění do dětského domova.

Přepokládáme však, že autor svým výrokiem nemíní ony situace, v nichž, jak poznamenává Matějček (1994), se jedná o osvobození dítěte z takové rodiny a často znamená záchranu dalšího zdravého psychického vývoje a v některých případech i záchranu fyzickou.

Jak jsme již poznamenali, tato diplomová práce je zaměřena právě na situace, v nichž je dítě v rodině ohroženo nejen ve zdravém vývoji, ale především na zdraví a životě. V případech zvláště krutého zacházení rodiče s dítětem existuje obvykle jediná možnost na jeho záchranu, - tou je jeho odnětí rodičům, a to bez ohledu na náročnost dané situace pro dítě.

Ve většině případů platí mnoho faktorů, které předcházejí záměrnému ubližování dítěti či jej provázejí. K těmto činitelům patří nevytvoření jisté vazby mezi mateřskou osobou a dítětem a citová deprivace dítěte. Všechny tyto a jiné faktory vytvářejí určitý soubor

problémů, jež jsou specifické pro děti se syndromem CAN.

## 2 SPECIFIKA DĚTÍ SE SYNDROMEM CAN

Dítě se syndromem CAN získaným v primární rodině je touto zkušeností celoživotně poznamenané. Týrajícím či zanedbávajícím jedincem je nejčastěji rodič, tedy ten, kdož by dítě měl chránit a poskytovat mu bezpečné zázemí. Traumata způsobená syndromem CAN tak mohou dítěti narušit pocit bezpečí a důvěru k ostatním lidem či ovlivnit jeho schopnost regulovat své emoce.

Dítě se syndromem CAN se obvykle odlišuje již v kvalitě vytvořené vazby vůči mateřské osobě, která ovlivňuje psychický vývoj osobnosti. Častým důsledkem nevhodného zacházení rodiči s dítětem jsou poruchy chování v průběhu dospívání, závislost na drogách, agresivita, atd.

Poškození tohoto typu vyvolává postupné změny, jež v různém rozsahu mění mozek, prožívání i chování (Koukolík, 2001).

### 2.1 Porucha vztahové vazby jako následek syndromu CAN

Malé dítě vyhledává bezpečí a ochranu u mateřské osoby a domáhá se jí prostřednictvím signalizačního chování (pláč, žvatlání, určitá gesta). Na základě sociálních interakcí mezi matkou a dítětem se v průběhu prvních dvanácti měsíců vytváří tzv. citová vazba. V kvalitě emocionální vazby se odráží vzájemný vztah mezi matkou a dítětem charakterizovaný vyhledáváním blízkosti matky.

Nedostane-li se dítěti příležitost tento vztah navázat (z důvodu separace od mateřské osoby), či vytvoří-li se nejistá, dezorganizovaná vazba (z důvodu rodičovského selhávání či patologického chování rodiče), může tato zkušenost vést k mnoha psychologickým i behaviorálním potížím. Problém vyvolává vnitřní konflikt dítěte, jenž vzniká v důsledku potřeby ochrany a bezpečí od mateřské osoby a současného utrpení, které mu toto vyhledání „bezpečí“ u mateřské osoby způsobuje.

Právě pro týrané či zanedbávané dítě je vytvoření nejisté, dezorganizované vazby typické, uvádí Brisch (2011). Dezorganizovanou vztahovou vazbu autor spojuje s poruchou pozornosti a aktivity. Jak autor dále uvádí, přetrvávají-li patologické situace a interakce mezi rodiči a dítětem (týrání či zanedbávání), jež vyústily v poruchu vztahové vazby více let, mohou potíže vzniklé v důsledku poruchy vztahové vazby přetrvávat i po změně prostředí i v případě lepších emocionálních rodinných podmínek.



Vzhledem k výše uvedenému je riziko přetrvávajících problémů spojených s poruchou vazebného chování i po odnětí dítěte z patologického rodinného prostředí a jeho umístění do adoptivní rodiny vysoké. Předpokládáme, že tak mohou znamenat velkou zátěž pro nový vztah mezi adoptivními rodiči a dítětem.

Jak uvádí Bowlby (2010), následky raných prožitků dítěte, jež mají významný vliv na utváření citové vazby a tím ovlivňují i vývoj osobnosti, se nejvíce projevují v silně narušeném sociálním chování dětí. Autor dále čerpá z poznatků Georgeové a Mainové (1979) z pozorování týraných dětí ve věku mezi jedním a třemi lety, u nichž se objevovaly útoky na vrstevníky, vydírání pečovatelů a vyhrožování. Tyto děti měly tendence izolovat se od dospělých, kteří by jim mohli pomoci.

Dezorganizovaná vazba je rizikem vývoje psychopatologických změn u dítěte, předpokládá vyšší pravděpodobnost problematických vztahů rodič - dítě, horší vztahy s vrstevníky v dětství, agresivitu i úzkost (Koukolík, 2008).

Na základě zkušeností získaných v rámci prvotní vazby k mateřské osobě, dítě vnímá a posuzuje všechny další vztahy obdobným způsobem. Je to dáno tím, že mateřská osoba formuje svým vztahem k dítěti podobu jeho dalších vztahů, a to tak že vytváří očekávání, která potomka orientují k dalším osobám. To tedy znamená, že dítě bude nevědomky očekávat další citové odmítnutí ze strany vychovatele a bude k němu tudíž přistupovat s nedůvěrou a bez projevů jakýchkoli citů. Pokračování ve vytváření nezdravých vazeb může způsobit neschopnost v jakémkoli dalším vztahu dosáhnout blízkosti a důvěry.

Předpokládáme, že vytvoření nejisté vazby může signalizovat pozdější nedostatečné uspokojování psychických potřeb dítěte matkou, jež vede k psychické deprivaci dítěte.

## **2.2 Narušené prožívání dětí se syndromem CAN**

Jak bylo uvedeno výše, rodič není pro dítě se syndromem CAN zdrojem jistoty a bezpečí, jež potřebuje a vyhledává, a navíc je zdrojem bolesti, kterou dítěti způsobuje. Dítě se ocitá v situaci, které nerozumí a vysvětluje si ji vlastními chybami a cítí podíl viny na týrání. K tomu dochází zvláště v případech, kdy druhý (přímo netýrající) rodič učí dítě vyhýbat se situacím, při nichž by mohl týrajícího rodiče rozzlobit. Aby dítě dokázalo předvídat ohrožující situace a mít tak situace „pod kontrolou“, identifikuje se s týrajícím rodičem a učí se dívat na situaci jeho očima. Týrání pak zneužívaný chápe jako oprávněný důsledek

svého chování, ne jako špatnost rodiče. I přes fakt, že si postupem času začíná realitu týrání uvědomovat a odpoutává se ze závislosti na rodičích, ze strachu ze ztráty rodiny ji ale chrání či dokonce obhajuje. Dítě, se kterým bylo v rodině opakovaně nevhodně zacházeno, se naučí zpracovávat neutrální, ale i přátelské sociální informace odlišně a považuje je za nepřátelské.

Navíc, jak uvádí Bentovim (1998), v dítěti může vzniknout přesvědčení, že hrubé a nepřátelské chování je běžným jevem ve všech rodinách. Přátelské chování pak vnímá jako sexuální výzvu anebo útok.

Domníváme se, že narušené prožívání se v největší míře projevuje u dítěte, jež bylo týráno od raného věku. Dítě pak situaci týrání, zneužívání či zanedbávání vnímá jako zcela normální součást života (Pöthe, 1999).

Narušenost prožívání dítěte se syndromem CAN je vyvolaná vysokou mírou stresu z opakující se traumatické situace. Dítě tak trpí intenzivně pocity bezmoci provázenými silnou duševní bolestí při vybavování si traumatu. Reakce dítěte jsou často přehnané i na naprosto neškodné podněty. Jedinec se obtížně soustředí a většinou trpí poruchami spánku (špatně usíná, často se budí). Toto trauma může vyústit v posttraumatický stav, při němž je traumatizující událost v mysli dítěte opakovaně spontánně přehrávána. Do vědomí dítěte mohou během dne i v průběhu spánku vstupovat flashbaky (záblesky vzpomínek) nebo noční děsy. Jinou formou zpracování traumatizující situace je disociace, která tyto zážitky vymaže z paměti. Dítě se se svými vnitřními pocity a napětím vypořádává přepnutím (denní snění) či vypnutím (ocitá se duchem jinde).

Zrádnost posttraumatické stresové poruchy spočívá v tom, že se její příznaky mohou objevit až po delším časovém období od prožitého traumatu. Diagnostikovaná je v případě, že se její příznaky projeví do šesti měsíců (Čírtková, 2009).

Častou reakcí na trauma je disociativní chování, vyskytuje se zvláště tehdy, pokud k traumatu došlo v raném věku dítěte. Jestliže se traumata vyskytují opakovaně či dlouhodobě, vedou k vyhýbání se užším kontaktům s lidmi a přátelství a tím i k umrtvování citů, což zvyšuje pravděpodobnost vnímání světa jako nebezpečného a nepřátelského a deformuje jejich vzorce chování (Archerová, 2001).

Syndrom CAN má značný vliv na dětskou psychiku. Malé dítě prožívá traumatické situace v rodinném prostředí jako „normální“ součást života. Jestliže dítě násilí a agresivitu pojímá

jako běžnou, můžeme předpokládat, že obdobným způsobem se bude jedinec chovat ke svým vrstevníkům (např. ve škole formou šikany) anebo ke svým vlastním dětem na základě transgeneračního přenosu. Domníváme se, že z toho důvodu je zásadní umožnit jedinci poznat jiné rodinné prostředí, bez patologických interakcí vůči dítěti. Jedině prostřednictvím pozitivních zkušeností získaných v rodině si může dítě uvědomit, že interpersonální vztahy je možné zakládat na pocitu bezpečí, důvěry, jistoty a přátelskosti.

### 2.3 Projevy dětí se syndromem CAN

Patologické chování rodiče vůči dítěti může závažným způsobem ovlivnit psychický i somatický vývoj týraného dítěte a projevovat se specifickým způsobem. Projevy týraného, zanedbávaného anebo zneužívaného dítěte jsou odrazem důsledků syndromu CAN.

Můžeme říci, že důsledky syndromu CAN jsou mnohé. Významnou roli hraje intenzita a délka trvání týrání, vývojový stupeň osobnosti dítěte v době týrání, ale i adaptační a obranné mechanismy. Riziko poškození vývoje je tím vyšší, čím je dítě mladší. U menších dětí dochází často k regresivnímu chování, ale též přejídání (které může přetrvávat i do období adolescence).

Jak jsme již uvedli, bezprostředním následkem těžkého traumatu, který vede k pocitům hrůzy, strachu o život a pocitu bezmoci, je posttraumatická stresová porucha. Její příznaky se mohou objevit po týdnech či měsících od traumatu, přičemž intenzita poruchy je ovlivněna závažností traumatu (Hort, et al., 2000).

Některé děti reagují stažením, jsou ustrašené a úzkostné, depresivní a neurotické. Jejich sebedůvěra a sebehodnocení jsou velmi nízké. V jiných případech mají děti tendence projevovat se násilně a agresivně, čímž nejspíš napodobují chování blízkých dospělých (Vágnerová, 2008).

Sklon reagovat agresivně může ale přetrvávat až do dospělosti a projevovat se v partnerské i rodičovské roli. Typickým problémem týraných dětí jsou potíže v mezilidských vztazích, v jednání s druhými lidmi. Do dospělosti a mnohdy celoživotně je provázejí narušené a neobnovené vztahy se členy původní rodiny.

Významným projevem dítěte se syndromem CAN je nepravděpodobnost přímého sdělení týkající se týrání, zanedbávání či sexuálního zneužívání jinému člověku. Důvodem je

strach z trestu, kterým se dítěti vyhrožuje, ale také obava ze ztráty rodiče. V rodiči totiž, i přes hrubé a nepřiměřené zacházení, dítě vidí jediný známý zdroj bezpečí a prostředek k uspokojení potřeb. Hloubku problému syndromu CAN si jedinec uvědomuje až s postupujícím věkem anebo v případě, že je ubližováno také jeho mladšímu sourozenci. Tento vnitřní konflikt plynoucí z obav ze ztráty rodičů a současně z potřeby ochrany mladšího sourozence se projevuje nejčastěji psychosomaticky (noční můry, nechutenství, poruchy příjmu potravy, nespavost, aj.), výrazně se mohou též projevit ve změnách v chování (výrazné zhoršení školního prospěchu, na které navazuje záškoláctví, neodůvodněné vícevrstvé oblékání, agresivní napadání a šikana spolužáků, opakované útoky z domova, pokusy o sebevraždu, aj.).

Na problematiku adolescentů se syndromem CAN se zaměřil Lungren (In Dunovský, 1995), který uvádí, že u těchto jedinců převažuje deprese, sebepoškození, poruchy jídla, spánku a sebevražedné pokusy.

Problémy s chováním se začínají rozvíjet v období dospívání a mohou být spouštěčem kriminálního chování. O poruchách chování se většinou hovoří až ve středním školním věku, ale v případě nepříznivých okolností se nežádoucí chování může objevit i dříve, což může signalizovat vážnější poruchu. Četnost poruch chování s věkem stoupá, k jejich největšímu nárůstu dochází mezi 9. a 13. rokem (Vágnerová, 2008).

Velmi závažným problémem se jeví četnost dětí se syndromem CAN, které trpí poruchou chování. A to především v souladu s tvrzením Crittendenové (In Brisch, 2011), která uvádí, že s rostoucím věkem se psychopatologické způsoby chování spíše upevňují.

Poruchy chování představují zvláště závažné téma, a to vzhledem k okolnostem odnětí takového dítěte z rodiny. Vystává zde otázka, zda a které poruchy chování jsou následkem syndromu CAN a které mohou být způsobeny či zhoršeny vlivem odejmutí dítěte z rodiny a jeho umístěním do náhradní výchovy.

Původ poruch chování může být i na straně pěstounské rodiny. Jednou z hlavních příčin závažných poruch chování dětí v pěstounské péči jsou přílišné ochranné postoje vůči dítěti, nedůslednost a utajování důležitých informací týkající se chování dítěte, zvláště před těmi, kteří by uměli pomoci (Matějček et al., 2002).

Z výše uvedeného nám vyplývá, že děti se syndromem CAN jsou vážně ohroženy poruchami chování, které se mohou objevit i v mladším školním věku a nadále

progredovat. Z tohoto hlediska se nabízí otázka po hledání příčin, jež souvisejí s odchýlným nástupem rozvoje poruch chování u dětí se syndromem CAN. Zda je příčinou nízká odolnost dítěte spojená se zvláště krutým zacházením ze strany rodiče či může být způsoben nevhodně zvoleným řešením syndromu CAN ze strany institucí. Nejpravděpodobnější variantou se zdá být kumulace faktorů. Důvodem k tomuto zamyšlení nás vede snaha po odkrytí podmínek, za jakých se v konkrétním jedinci porucha chování vyvine v nižším věku a postupně se zhoršuje, a v případech, kdy tyto podmínky u jedince nastaly (či předpokládáme, že nastanou) zohlednit toto ve výběru vhodného institutu náhradní výchovy.

Na základě informací uvedených v této kapitole si můžeme představit, jak těžký úkol stojí před vychovateli, kteří za původní rodinu přeberou úlohu výchovy a péče o dítě stížené syndromem CAN. Tyto děti prožily traumata, která poznamenávají nejen jejich vztahy s rodiči, ale mají vliv i jejich způsoby uvažování a chování.

Riziko nežádoucího chování u dítěte se syndromem CAN vyplývá i z nápodoby závislostního a nežádoucího chování. Rodič, který se chová delikventně, nadměrně pije, užívá drogy a je často nezaměstnaný, zvyšuje pravděpodobnost, že se dítě bude během dospívání chovat obdobně a přestupovat meze zákona (Matoušek, Kroftová, 2003).

### 3 PROCES OD DETEKCE SYNDROMU CAN AŽ PO ODEBRÁNÍ DÍTĚ SE SYNDROMEM CAN

Detekce syndromu CAN je důležitou součástí celého procesu, jenž obvykle končí odebráním dítěte z rodiny. Význam této detekce spočívá v tom, že s její pomocí odhalíme syndrom CAN, aniž bychom museli spoléhat na (fakticky nereálnou) situaci ohlášení nevhodného chování rodiče samotným dítětem.

Odnětí dítěte z rodiny znamená nejzávažnější zásah do rodinného života. Měla by mu proto předcházet kvalitní a intenzivní sociální práce zaměřená na podporu zachování rodiny, která, je-li to možné, směřuje k odvrácení odnětí dítěte z rodiny, a napomáhá k jeho navrácení zpět rodičům. Předpokladem sociální práce je kvalifikovaný sociální pracovník odboru sociálně-právní ochrany dětí (dále též „OSPOD“)

#### 3.1 Detekce syndromu CAN

Detekování syndromu CAN probíhá především na základě hlášení anebo cíleného vyhledávání především prostřednictvím orgánu sociálně-právní ochrany. Vyhledávání by však mělo být záležitostí i dalších institucí, byť jim tuto povinnost zákon výslovně neukládá, např. zdravotnických a školských zařízení, aj. Hlásit podezření na týrání, zneužívání či zanedbávání by měli také jednotlivci (např. sousedé), jakožto svědci špatného zacházení s dítětem.

V praxi jsou pracovníci OSPOD nejčastěji kontaktováni školskými zařízeními. Na syndrom CAN ve školním prostředí poukazují nejen viditelné známky špatného zacházení s dítětem či neupravený vzhled, ale i nespecifické známky chování, jako např. úzkostnost, snížené sebehodnocení, zhoršený školní prospěch, nedostatečná připravenost na školní vyučování, zvýšený počet zameškaných hodin (omluvených rodiči) či nedostatečné projevy zájmu ze strany rodičů o školní prospěch dítěte, aj. Druhým častým oznamovatelem podezření na nevhodné chování vůči dítěti jsou zdravotnická zařízení. Lékař při prohlídce dítěte zaznamenává do dokumentace viditelné známky týrání (které nemohou rodiče logicky vysvětlit jako způsobené úrazem) a opatřuje fotodokumentací. Tento záznam je lékař povinen předat Policii České republiky (dále též „policii“) anebo OSPOD.

Na oznámení navazuje diagnostika, zjišťování a posuzování všech okolností dotyčného

případu špatného zacházení s dítětem. Zjišťování okolností případu probíhá zejména v rodině, u pediatra a ve škole. Zpracovává se komplexní sociální, rodinná i osobní anamnéza, včetně zjištění současného stavu s cílem zhodnotit míru ohrožení dítěte. Důležitou roli hraje medicínská anamnéza, neboť je nezbytné zjistit, zda k úrazu dítěte došlo vlivem nedbalosti rodiče či záměrně. V této fázi je nezbytná spolupráce s orgány činnými v trestním řízení.

Jak uvádí Dunovský (1995), rozpoznávacím indikátorem způsobu vzniku úrazu může být včasnost rodičů ve vyhledání lékařské pomoci. Při úmyslném ublížení rodiče často očekávají spontánní upravení zdravotního stavu dítěte, a odkládají proto vyhledání lékařské pomoci. Dalším faktorem poukazujícím na úmyslné ublížení je opakované střídání zdravotnických zařízení, neboť tímto rodiče znemožní dohledání navazujících lékařských úkonů u dítěte.

Poslední fází je vyloučení či potvrzení této diagnózy. Je-li syndrom CAN potvrzen, zahájí se intenzivní odborná péče s rodinou a dítětem. Je-li špatné zacházení prokázáno, následuje, v případě akutního problému dítěte, krizová intervence, která se zaměřuje na stabilizaci jeho zdravotního stavu po tělesné i psychické stránce. Pokračující psychoterapie orientována na dítě (i v průběhu dočasného odnětí z rodiny) i na rodinu dítěte, a zaměřuje se na rozvoj nových sociálních vzorců chování u dítěte i u rodičů, jež umožní změnu jejich vzájemného vztahu. Účelem práce je zamezení působení negativního vlivu na dítě a obnovení narušených funkcí rodiny.

Je-li syndrom CAN u dítěte vyloučen, jsou veškeré získané informace uschovány pro ponechání možnosti pozdějšího vrácení se k případu.

### **3.2 Práce s rodinou dítěte s potvrzeným syndromem CAN**

V případě potvrzení týrání či zneužívání se zjišťuje, zda je možné v rámci rodiny docílit ochrany dítěte, a to u rodiče, který se špatného zacházení s potomkem nedopouštěl. Cíl tohoto kroku spočívá v možnosti dítěte zůstat v přirozeném prostředí. Jiné řešení představuje opuštění domácnosti (např. nevhodné pro pobyt dítěte) a umístění matky s dítětem do zařízení pro matky s dětmi. U tohoto zařízení však přetrvává problém - ubytování si matka musí uhradit a navíc je chápáno jako krátkodobé, překlenovací řešení. Domníváme se, že by zařízení pro matky s dětmi mělo plnit funkci dlouhodobou, při níž by

matce a dítěti, jež se ocitli v životní nouzi, byla poskytnuta komplexní sociální i výchovná pomoc.

Důležitou složkou práce s dítětem a rodinou je psychoterapie, která může významnou měrou snížit riziko výskytu tzv. cykličnosti násilí (Špeciánová, 2003).

Navazuje pedopsychiatrické vyšetření dítěte a psychologické vyšetření dospělé osoby (označené jako týrající). Ve zvlášť závažných případech nebo při podezření na zneužívání, zanedbávání či týrání bez prokazatelného důkazu, je jedinec přijat do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc anebo do diagnostického ústavu, kde je komplexně vyšetřen lékařem a dalšími odborníky (psychology, sociálními pracovníky).

Nejdůležitější otázka, kterou je třeba si pokládat u každého dítěte zvlášť, zní - dokdy je účelné rodinu podporovat (aby nedošlo k nereálnému přecenění možností sociální terapie), a kdy je vhodné či nutné postavit se proti ní a hájit zájmy dítěte jeho přemístěním do náhradní výchovy. Tento krok související s odnětím dítěte z rodiny je v rukou sociálního pracovníka, musí být podložen hlubokou znalostí každého jednotlivého případu, který tak rozhoduje vzhledem k rodinné anamnéze, zhodnocení situací dítěte i na pokladě reálné prognózy vývoje situace v rodině (Janský, 2004).

Jakmile je dítě do rodiny vráceno, odešel-li pachatel z domova anebo v případě úspěšné sociální práce a psychoterapie, jejímž následkem nebylo třeba dítě rodině odebrat, je nad jejími členy vykonáván dohled se záměrem zamezit opětovnému selhání rodiny. Následuje sledování dítěte a jeho rodiny. Tato fáze by měla mít vždy dlouhodobý charakter pro občasné zjišťování, (např. prostřednictvím šetření v domácnosti, dotazování se školských zařízení, aj.) zda nedochází k opakovanému násilí vůči dítěti. Rodině by měla být poskytována komplexní podpora a pomoc ze strany sociálních pracovníků, psychologa pro děti i dospělé členy rodiny i lékařů (neurologa, psychiatra, gynekologa, aj.), za účelem definitivní úpravy vztahů mezi členy rodinného systému.

Celý proces odnětí dítěte z rodiny je mnoha lidmi kritizován. Média předkládají mnoho případů, v nichž laxní přístup učitelů, lékařů i sociálních pracovníků nevedl k řešení nepříznivé situace dítěte v rodině. Domníváme se, že v mnoha případech je pro vrácení jedince do původního prostředí vyvíjena malá snaha a špatná původní rodina je nahrazována novou dobrou rodinou.

Obdobně situaci hodnotí i veřejný ochránce práv Motejl (2007), který kritizuje jednak



včasné nepodchycení situace v problematických rodinách v raném stádiu i časté podávání návrhu na odnětí dítěte z rodiny bez předchozí sociální práce s rodinou, ale též absenci následné sociální práce.

### **3.2.1 Práce s rodinou při odebrání dítěte do některé z forem náhradní výchovy**

Je-li v rodině míra narušení funkcí vysoká, ohrožuje zdravý vývoj dítěte, a vyžaduje proto okamžitou změnu výchovného prostředí. Dítě je pak z původní rodiny odebráno, a to buď se souhlasem rodičů, nebo na základě rozhodnutí soudu a umístěno do některé z forem náhradní výchovy. Cílem odebrání dítěte z rodiny je znemožnit jeho dalšímu ubližování. Svěření potomka do náhradní výchovy by mělo být provázeno soustavnou prací s rodinou s cílem odstranit příčiny, pro které nemůže být dítě vychováváno ve svém přirozeném prostředí. Náhradní výchova by tedy měla mít funkci subsidiární, tedy podpůrnou.

Na riziko, jež souvisí s odejmutím dítěte z rodiny po potvrzení syndromu CAN, upozornil Dunovský (1995): tímto aktem je nepřímo přidělena vina oběma rodičům a nikoliv jen samotnému pachateli. Dítě situaci odtržení z rodiny a ze svého sociálního okolí vnímá jako dodatečné potrestání.

Významné je v průběhu období odnětí dítěte z rodiny zachování kontaktů jedince s rodinou.

Toho lze však dosáhnout pouze v případech, na které upozorňuje i Matoušek (1999), kdy je ústavní péče poskytována co nejbližší bydlišti příbuzných osob, s nimiž může dítě kontakty udržovat.

U dětí, s nimiž však rodiče hrubě zacházeli, je zachování kontaktů otázkou posouzení míry narušení vztahu mezi rodičem a dítětem. Zkoumá se také, zda zranění bylo rodičem způsobeno záměrně či nikoli.

### **3.2.2 Práce s rodinou s cílem návratu dítěte do původní rodiny**

Rodin, jejichž schopnost poskytnout dítěti řádnou výchovu a péči, se v průběhu odnětí zlepšší, a jimž je dítě navraceno, je velmi malé množství (Koluchová In Dvořák, Radanová, 2008).

Je otázka, zda vůbec dítě se syndromem CAN vracet do jeho původního prostředí. Domníváme se, že vždy záleží na konkrétní situaci a na posouzení mnoha kritérií. Zcela

jistě by se na tomto důležitém rozhodování mělo podílet samo dítě, pokud je to vzhledem k jeho věku možné. Mimo vyjádřených přání a postojů dítěte, jež má k zainteresovaným osobám, by dle našeho mínění, měly být zohledněny též názory a postoje náhradních vychovatelů i biologických rodičů.

Při posuzování, zda dítě vrátit do původní rodiny, by měl být důraz kladen také na hodnocení změn vzniklých u dítěte po jeho umístění do náhradní výchovy. V situaci zvláště hrubého zacházení s dítětem a jestliže je agresor, i přes trestní stíhání, s rodinou v úzkém kontaktu, je nebezpečí opakovaného týrání vysoké. Jsme přesvědčeni, že jestliže existuje reálné, byť sebemenší riziko v pokračování ubližování, nemělo by být dítě původní rodině navráceno.

Každé kruté zacházení rodiče s dítětem zanechává velmi škodlivé následky pro jeho psychický vývoj. Ještě zhoubnější je však, dle názoru Koluchová (In Dvořák, Radanová, 2008), navrácení dítěte do takové rodiny, a to i přes fakt, že tato rodina byla sanována, jelikož mechanismy vztahů rodiče vůči dítěti stále přetrvávají.

Neschvalujeme zbytečné odebírání dítěte z rodiny, opodstatněné pouze sociálními důvody (nevhodné bydlení). Ale v případě, že jedinec je v této rodině opakovaně vystavován traumatizujícím zkušenostem, je jeho odnětí určitým vysvobozením.

### **3.3 Odnětí dítěte se syndromem CAN z původní rodiny**

Jak již bylo řečeno, v praxi předchází odebrání dítěte z rodiny sociální práce s rodinou, obvykle spojená s výchovnými opatřeními (napomenutí dítěte a jeho rodiče, stanovení dohledu nad dítětem anebo uložení omezení některých závadových aktivit dítěte). Jestliže tato opatření nevedou k nápravě situace v rodině a u dítěte, rozhodne soud na základě doporučení OSPOD o odnětí z rodiny. Uvedený postup je aplikován v situaci zanedbávání dítěte. Jestliže se jedná o případ týrání či zneužívání, je takové dítě odebráno z rodiny neprodleně a dočasně umístěno v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, kde obvykle zůstává do doby, než soud rozhodne o předběžném opatření. V jiném případě je dítě na základě rozhodnutí soudu o uložení ústavní výchovy odesláno do dětského diagnostického ústavu. V obou zařízeních se jedinec podrobí komplexnímu vyšetření. Ve vztahu k dalšímu umístění dítěte jsou provedena pedopsychiatrické a psychologické vyšetření.

Výsledkem pedopsychiatrického vyšetření, které se vyžaduje před umístěním dítěte do dětského domova, do osvojení či do pěstounské péče, je zjištění a vyloučení poruch (Hort et al., 2000).

Na základě výsledků provedených vyšetření, rozhodne soud o umístění v některé z forem náhradní výchovy. Nejčastěji směřuje jedinec k příbuzným či osobám dítěti blízkým.

## 4 NÁHRADNÍ VÝCHOVA DÍTĚTE SE SYNDROMEM CAN

Přáním a potřebou každého dítěte je vyrůstat ve vlastní rodině. Rodina bezesporu tvoří nenahraditelné prostředí pro všestranně zdravý vývoj dítěte. Existují však situace, v nichž je potomek vážně ohrožen ve vývoji. Prostředí rodiny pak není možné považovat za harmonické a pro zdravý vývoj dítěte vhodné a je nutné péči a výchovu o takové dítě zabezpečit některou z forem náhradní výchovy.

Svěření do náhradní výchovy (dále též „NV“) má několik důvodů, tím primárním je nepochybně ochrana dítěte. Další důvod spočívá v poskytnutí času na urovnání podmínek v rodině a odstranění příčin, jež vedly k odnětí dítěte. Tato doba je využita také pro léčbu syndromu CAN u dítěte s cílem odstranit či omezit důsledky špatného zacházení.

Dítě se syndromem CAN je opakovaně poznamenáno traumatickými zkušenostmi, jednak získanými v průběhu života v rodinném prostředí, a poté zážitky spojené s jeho odnětím z rodiny a umístěním do neznámého prostředí.

Jak uvádí Špeciánová (2003), dítě může své umístění mimo rodinu vnímat dokonce jako potrestání za podání oznámení a též jako přisouzení viny oběma rodičům (nejen týrajícímu rodiči).

Vzhledem k uvedenému jsme přesvědčeni, že dojde-li k rozhodnutí týkající se dlouhodobého umístění dítěte se syndromem CAN do některé z forem náhradní výchovy, mělo by mít stálý a neměnný charakter, neboť střídání jednotlivých forem náhradní výchovy (rodinné či ústavní) má na psychiku dětí značně nepříznivý vliv.

O formě NV rozhoduje vždy soud, a to na návrh orgánu sociálně-právní ochrany dětí.

### 4.1 Náhradní rodinná péče

Náhradní rodinná péče (dále též „NRP“) je institutem náhradní výchovy a je daná zákonem č. 94/1963 Sb., o rodině, v platném znění (dále jen „zákon o rodině“). Uskutečňuje se v režimech svěřením dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče, pěstounské péče (skupinová, individuální, pěstounská péče na přechodnou dobu), osvojení a poručenství.

Vzhledem k zaměření práce se nejvíce budeme věnovat problematice pěstounské péči (klasické) a pěstounské péči na přechodnou dobu.

Náhradní rodinná péče je nepostradatelným institutem náhradní výchovy, která poskytuje

péči dětem v prostředí rodinného charakteru. Její základní poslání spočívá ve snaze co nejvíce napodobit – nahradit péči ve funkční rodině.

Profesionalita pracovníků ústavní péče je vyvážena službami různých organizací (Středisko náhradní rodinné péče, Sdružení pěstounských rodin, aj.), jejichž základními úkoly jsou poradenská činnost s cílem přispívat k utváření dobrých vztahů v rodině, účinně podporovat rodinu v zátěžových situacích, atd. (Matějček, et al., 2002).

Prostřednictvím zmíněných organizací může náhradní rodina předcházet a účinně řešit nastalé potíže vyplývající z traumatických zkušeností dítěte se syndromem CAN.

#### **4.1.1 Svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče**

Institut svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče (dále též „SFO“) je obdobného charakteru jako pěstounská péče. Významným rozdílem mezi pěstounskou péčí a svěřením dítěte do péče jiné fyzické osoby je především skutečnost, že do pěstounské péče je dítě svěřováno v případech, v nichž se předpokládá, že výchova v jeho původní rodině nebude z dlouhodobých příčin zabezpečena. Tzn., že tato forma náhradní rodinné péče je využívána k řešení krátkodobého umístění dítěte, a to nejčastěji do péče příbuzné osoby či osoby blízké. Další odlišností od pěstounské péče je skutečnost, že vyživovací povinnost vůči dítěti zůstává i nadále rodičům, kteří výživné platí pečující osobě.

Tento institut je v praxi využíván v případech, kdy vyvstává reálné podezření na zneužívání systému pěstounské péče. V současnosti opakovaně nastává situace, kdy se pěstounskou péčí, při níž je dítě svěřeno nejčastěji prarodiči, řeší špatná rodinná finanční situace. Nejenže institut SFO neumožňuje pečující osobě čerpat dávky pěstounské péče, ale navíc biologický rodič dítěte musí pečující osobě platit na dítě částky výživného. Tato skutečnost podvodné osoby od zneužití systému pěstounské péče odradí.

#### **4.1.2 Pěstounská péče**

Pěstounská péče (dále též „PP“) je nenahraditelná forma náhradní výchovy. Pěstounem může být pouze osoba zařazená do evidence osob vhodných k výkonu pěstounské péče (na základě rozhodnutí soudu a na doporučení obecního úřadu s rozšířenou působností, poskytuje-li současně záruku řádné výchovy dítěte). Pěstoun je povinen o dítě osobně pečovat, nemá vůči němu vyživovací povinnost. Zastupovat a spravovat záležitosti dítěte

může pěstoun jen v běžných záležitostech.

Do pěstounské péče se svěřují děti rodičů, kteří z různých důvodů jejich řádnou výchovu nezajišťují, tedy kdy rodiče o děti řádně nepečují a v případech, pokud nejsou splněny podmínky pro osvojení (také pokud osvojení není vhodné vzhledem k věku dítěte či s ohledem na citovou vazbu mezi dítětem a rodiči). Pěstounská péče končí zletilostí jedince či z důležitých důvodů z rozhodnutí soudu či požádá-li o to pěstoun.

Dítěti v pěstounské péči náleží příspěvek na úhradu potřeb a pěstounovi přísluší za výkon pěstounské péče za svěřené dítě odměna. Dále zákon pěstounům poskytuje jednorázovou finanční podporu při převzetí dítěte a příspěvek na zakoupení motorového vozidla (nárok má pouze pěstoun, jež má v pěstounské péči nejméně čtyři děti).

V praxi jsou děti přednostně umisťovány do pěstounské péče příbuzných osob či osob jim blízkých. Jedná se o vhodný krok, neboť se tím způsobem předchází či alespoň neprohlubuje citové odcizení dítěte. Můžeme taktéž předpokládat, že příbuzní dítěte nebudou bránit styku mezi rodiči a dítětem, ale spíše podporovat jejich vzájemné vztahy častými kontakty.

Jelikož se jedná o péči chápanou jako náhradní a dočasné řešení nepříznivé situace uvnitř rodiny dítěte, měl by být dítěti a jeho rodiči zajištěn kontakt (Matějček, 1999).

Ale jak již bylo uvedeno výše, předpokladem pro doporučení udržování kontaktu mezi rodiči a dítětem je skutečnost, že styk s rodiči bude pro dítě přínosem, nikoli traumatem. Tento typ pěstounské péče je a bude pojímán spíše jako dlouhodobé řešení pro děti, které nejsou tzv. právně volné (nelze je dát k osvojení). Domníváme se, že u dítěte se syndromem CAN je otázka, zda kontakt s rodičem skutečně podporovat, sporná. Je účelné a vhodné podporovat kontakt s psychopatickými či agresivními rodiči? Předpokládáme, že dítě může být těmito „povinnými“ vzájemnými kontakty značně traumatizováno, neboť mu znemožňují odpoutat se od nepříjemných zážitků z minulosti.

#### ▪ Pěstounská péče skupinová

Jedná se o osvědčenou formu pěstounské péče, jež probíhá v zařízeních pro výkon pěstounské péče. Specifickou formou pěstounské péče skupinové jsou SOS dětské vesničky.

Vhodnost této alternativy pro děti se syndromem CAN (především nízkého věku) je

problematická, zvláště předpokládá-li se dlouhodobější pobyt. Zásadní rozdíl mezi pěstounskou péčí individuální a skupinovou spočívá především v pečující osobě. V pěstounské péči individuální, zmíněné výše, funguje pečující osoba jako stálý náhradní rodič. V pěstounské péči skupinové se však střídají osoby na základě pracovní doby. Na druhou stranu je jistě vhodným zařízením pro sourozenecké skupiny, pro děti postižené tělesně či duševně. Z toho důvodu se nadále tímto typem náhradní výchovy nebudeme podrobněji zabírat.

#### ▪ Pěstounská péče na přechodnou dobu

Pěstounská péče na přechodnou dobu se umožňuje pouze osobám zařazeným do evidence osob vhodných k výkonu pěstounské péče na přechodnou dobu. Pěstouni na přechodnou dobu jsou pečlivě vybraní a speciálně vyškoleni.

Smyslem této formy náhradní výchovy je zajištění rodinného prostředí v náhradní rodině po dobu, po kterou o něj rodiče nemohou pečovat (např. v průběhu hospitalizace rodiče). Jedná se tedy o případy dětí z funkčních rodin, které se však ocitly momentálně v krizi. Cílem je umožnit dítěti v co nejkratší době co nejsnazší návrat do péče rodičů (těm se tímto způsobem poskytuje čas na úpravu poměrů). Odpadnou-li důvody k pěstounské péči na přechodnou dobu a není-li návrat do původní rodiny z nějakého důvodu možný, pěstounská péče na přechodnou dobu poskytuje čas nalézt pro dítě jinou vhodnější formou náhradní rodinné péče, o které rozhoduje soud.

Jelikož se jedná o v praxi nově zavedený institut, rádi bychom se tomuto tématu věnovali poněkud podrobněji. Důvodem je také skutečnost, že by tato forma náhradní výchovy mohla být pro určitý okruh dětí se syndromem CAN ideální volbou.

I přesto, že v systému náhradní rodinné péče funguje tento institut od roku 2006 - taktéž v zákoně č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, v platném znění (dále jen „zákon o sociálně právní ochraně dětí“), nebyl dosud v praxi téměř vůbec využíván. Tomu odpovídá i skutečnost, že v současné době působí např. ve Zlíně a okolí pouze jedna osoba vykonávající pěstounskou péči na přechodnou dobu.

Dle důvodové zprávy týkající se potřebnosti změn institutu pěstounské péče danou zákonem o sociálně právní ochraně dětí, bylo v roce 2008 z celkového počtu 5 727 v klasické pěstounské péči pouze 26 dětí v pěstounské péči na přechodnou dobu a v roce 2009 z celkového počtu 6 723 pouze 34 v pěstounské péči na přechodnou dobu

([http://www.anrcr.cz/sites/default/files/Duvodova\\_zprava.pdf](http://www.anrcr.cz/sites/default/files/Duvodova_zprava.pdf)).

Hlavním důvodem novelizování zmíněného zákona je profesionalizace pěstounské péče a související úprava hmotného zabezpečení.

Domníváme se, že vzhledem k nařízení rušení všech kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let, se bude zvyšovat společenský význam pěstounské péče na přechodnou dobu. Důvodem k tomuto kroku je zabránit umístování dětí do tří let v ústavech.

Úprava hmotného zabezpečení daná zmíněným zákonem se soustředí na navýšení odměny pěstouna. Nově budou tyto dávky vypláceny i v období, v němž pěstoun nebude mít v péči žádné dítě. Důvodem je zajistit pěstounovi příjem tak, aby nebyl nucen hledat si zaměstnání, ale naopak aby byl v kterýkoli moment připraven přijmout dítě do své péče.

Navýšení odměny však může mít vliv také na rozšiřující se počet žadatelů o zařazení do evidence osob vhodných k výkonu pěstounské péče na přechodnou dobu. Může tak docházet k zneužívání systému, neboť zajištění měsíčních odměn pěstouna se bude některým lidem jevit jako snadné a dostupné. Zvláště z tohoto důvodu je třeba posílit zjišťování vnitřní motivace pěstouna k výkonu pěstounství na přechodnou dobu. Nepochybujeme, že tento systém bude zabezpečen proti zneužívání přísnými selektivními kritérii pro výběr vhodných adeptů (psychologické testy a pohovory). Domníváme se ale, že jakmile dojde k situaci, že počet pěstounů bude nižší, než se předpokládalo a než je potřeba, může docházet k povolování dnes pevně nastavených mantinelů. Možná by bylo vhodné vzít si ponaučení ze slovenského modelu, který profesionální pěstouny „udělal“ ze zaměstnanců kojeneckých ústavů.

Dalším rozporným bodem tohoto institutu je jeho časové omezení poskytované péče, jež se stanovilo na dobu maximálně tří let. V případě, že se rodinné poměry nezlepší, bude dítě předáno do jiné formy náhradní výchovy. Při navázání citového vztahu mezi pěstounem a dítětem tak bude tato vazba přerušena (opakovaně v případě, že si citovou vazbu vytvořil již k biologickým rodičům, kterým byl odebrán). Domníváme se, že není možné zabránit vytvoření vřelého citového vztahu mezi dítětem a pěstounem. Zvláště proto, že péče na přechodnou dobu je určena převážně pro děti od narození do tří let. Vystává nám proto otázka, jak citově vyhladovělé dítě (např. psychicky deprivované), které si po dobu péče vytvořilo k pěstounovi citové pouto, bude prožívat opětovné odnětí od pečující osoby,



případně od celé rodiny. Jsme přesvědčeni, že pravděpodobnost vytvoření citové vazby je problematickou oblastí tohoto institutu, jelikož se jeví vzhledem k přechodnosti řešení jako nežádoucí.

Gabriel a Novák (2002, s. 60) uvádí názory psychologů, jež se zaměřují na náhradní rodinnou péči *„adepti na přechodné pěstounství musí být schopni vnitřně, ale stejně tak i směrem k přechodně umístěnému dítěti zvládnout určitou rozštěpenost, ambivalenci ve vytváření vzájemné citové vazby. Dítěti takový pěstoun musí umět dávat najevo svou citovou náklonnost. Zároveň ji však musí poskytovat velice obezřetně, s určitým odstupem a dávkovat ji tak, aby se vzájemná vazba nebezpečně neprohlubovala.“*

Domníváme se, že takové pojetí vztahu nebude pro pěstouna vůbec jednoduché. Můžeme také předpokládat, že toto dvousměrné chování bude pro dítě nečitelné a zmatečné a nejsme si jisti, zda nebude mít negativní dopad na psychiku dítěte.

Dle Vrtbovské je citové připoutání, byť krátkodobé, pro vývoj dítěte lepší, než žádné (<http://www.lidovky.cz/odpovedi.asp?T=NATAMA&strana=1>).

Vyvstává nám proto otázka, jestli je pro psychický vývoj dítěte přijatelnější poznat rodinné prostředí, byť na omezenou dobu maximálně tří let, anebo jej nepoznat vůbec. Zda je tedy pro psychický vývoj dítěte vhodnější akceptovatelná změna prostředí, která po pěstounské péči na přechodnou dobu nastane, nebo být od počátku umístěno v jiné formě náhradní výchovy.

Důležitým aspektem pěstounské péče na přechodnou dobu je povinnost soudu každé tři měsíce přezkoumávat, zda i nadále trvají důvody pro pobyt dítěte v pěstounské péči na přechodnou dobu (Krausová, Novotná, 2006).

Posuzovat vhodnost a účelnost vzhledem k aktuálním možnostem rodiny dítěte opakovaně a v krátkých intervalech je, dle našeho mínění, velmi zdařilý postup. Obdobným způsobem se problematika dětí z narušených rodin řeší ve Francii, kde o záležitostech výchovných a preventivních opatření rozhoduje dětský soudce. Předpokládáme, že v situaci přehlacených soudů v České republice nebude této oblasti věnováno potřebné množství času. Můžeme se proto domnívat, že postupy „přezkoumávání“ situace v rodině časem upadnou do formálnosti a budou jen ztěží plnit účel, pro něž byly zformovány.

Vzhledem k rušení všech dětských ústavů do 3 let věku dítěte spatřujeme nelehkou úlohu zprostředkovatelů pěstounské péče na přechodnou dobu v „nuceném“ umístění dětí,

zejména z romského etnika, ale též zdravotně postižených dětí, pro které se již v dnešní době velmi obtížně hledá vhodný pěstoun. Pěstouni si děti záměrně vybírají, zejména podle příslušnosti k majoritě, podle věku a dalších kritérií.

Dle Opravila (2011) není pěstounská péče na přechodnou dobu vždy vhodným řešením. Pokládá si otázku, zda není tento institut experimentováním s dětskou duší. Významné negativum autor spatřuje v následcích střídání pěstounských rodin zejména pro sebevědomí dítěte, které příznačně nazývá baťůžkářem. Dle autora, při selhání náhradní výchovy dítě hledá vinu v sobě a domnívá se, že důvodem k opětovnému stěhování jsou jeho osobní nedostatky a chyby.

V současné době funkce zmiňovaného institutu zcela plní zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Přes všechna negativa, která jsme zde uvedli, se domníváme, že pěstounská péče na přechodnou dobu je vhodným řešením pro dítě, které aktuálně potřebuje nahradit rodinné zázemí. Zvláště pak pro děti traumatizované, jež potřebují profesionální pomoc, kterou tato pěstounská péče na přechodnou dobu nabízí. Otázka citových vazeb mezi pěstounem a dítětem je velmi problematická, ale předpokládáme, že v situaci vážného ohrožení zdraví či zdárného vývoje dítěte, je tato varianta umístění, zvláště dětí do 3 let věku, vhodnější než ústavní péče. Domníváme se také, že by měla být pěstounovi umožněna, vzhledem k potenciálnímu vytvoření oboustranné silné citové vazby, změna formy pěstounské péče na dlouhodobou – klasickou pěstounskou péči. Tímto způsobem by se předcházelo zpřetrhání vytvořených silných citových vazeb mezi oběma (či více) aktéry pěstounské péče na přechodnou dobu

### 4.1.3 Osvojení

Osvojení (dále též „OSV“) je optimální formou náhradní výchovy, jelikož dítěti poskytuje stálou a harmonickou rodinnou výchovu. Mezi osvojiteli a dítětem vzniká stejný právní vztah jako mezi biologickými rodiči a jejich dítětem včetně rodičovské zodpovědnosti a společného příjmení.

K OSV je třeba souhlasu zákonného zástupce dítěte, zpravidla biologického rodiče, a to nejdříve šest týdnů po narození dítěte. Souhlasu není třeba, jestliže o dítě v průběhu šesti měsíců rodiče neprojeví skutečný zájem (pravidelné návštěvy, plnění vyživovací povinnosti, snaha upravit si rodinné a sociální poměry tak, aby se mohli osobně ujmout péče o dítě) anebo pokud po dobu dvou měsíců od narození neprojevili o něj zájem. Před

osvojením musí být dítě nejméně po dobu tří měsíců v péči budoucího osvojitele, což neplatí u pěstouna, poručníka či jiné fyzické osoby v případě, že dítě je již v péči této osoby minimálně po dobu tří měsíců (zákon o rodině).

Osvojení může být z důležitých důvodů zrušeno na návrh dítěte či osvojitele, a to pouze rozhodnutím soudu. Zrušením opětovně vznikají veškerá práva vůči původním rodičům, zaniklé osvojením, včetně rodičovské zodpovědnosti i příjmení dítěte. OSV nezrušitelné lze provést pouze u jedince staršího jednoho roku.

Ačkoli se jedná o velmi vhodný nástroj k řešení situace dítěte, nebudeme se tímto tématem dále podrobněji zabývat. Předpokládáme totiž, že jeho využití u dětí se syndromem CAN v praxi je velmi ojedinělé. Rodiče takového dítěte téměř vždy manipulativně projevují o dítě zájem a k adopci nechtějí dát souhlas.

#### 4.1.4 Poručenská péče

Poručenství (dále též „POR“) je dítěti soudem ustanoveno v případě, že rodiče dítěte zemřeli, byli zbaveni rodičovské zodpovědnosti či jim byla pozastavena, anebo nemají-li způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu (zákon o rodině).

O omezení či zbavení rodičovské zodpovědnosti rozhoduje soud, a to v případech, kdy rodič vůči dítěti nevykonává řádně své povinnosti a ohrožuje tím jeho řádnou výchovu.

Zbavení rodičovské zodpovědnosti je možné za podmínky, že rodič svou rodičovskou zodpovědnost zneužívá a jedná vysloveně proti zájmům dítěte. Zvláště pak v případech, kdy se rodič dopustí úmyslného trestného činu proti svému dítěti (Motejl, 2008).

Poručník je pověřen výchovou nezletilého dítěte, jeho zastupováním a péčí o jeho majetek. Poručníka buď doporučí rodiče dítěte anebo se jím stane orgán sociálně-právní ochrany dětí. V případě, že poručník o dítě osobně pečuje, náleží mu dávky státní sociální podpory (stejně jako u pěstouna). Poručník je povinen pravidelně podávat soudu zprávy ohledně dítěte a předkládat účty ze správy jeho jmění. Rozhodnutí týkající se podstatných záležitostí dítěte musí schválit soud (nikoli původní rodina dítě jako je tomu u pěstounství).

Dalším institutem poskytujícím dětem péči rodinného charakteru je **zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc**.

Zařízení poskytuje ochranu a pomoc dítěti, jehož život nebo příznivý vývoj je ohrožen (např. týraným či zneužívaným, dětem bez jakékoliv péče, aj.). Zařízení se odlišuje od ostatních institutů náhradní výchovy především tím, že nespadá pod žádný resort a ani se na něj nevztahuje zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů (dále jen „zákon o výkonu ústavní výchovy“). Zařízení je zřizováno na základě zákona o sociálně právní ochraně dětí a je financováno ze systému dávek státní sociální podpory.

Příkladem zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc je Klokánek. O děti pečuje buď manželský pár či pouze žena. V jedné „náhradní rodině“ žije maximálně šest dětí. Do Klokánku jsou děti přijímány bez ohledu na věk (od narození), což je výhodné zejména při obsazování sourozeneckých skupin. Zařízení je schopno přijmout jedince kdykoli, čehož se využívá při odebrání dítěte z rodiny na základě předběžného opatření. Péče o umístění dítěte je poskytována po nezbytně dlouhou dobu, než je situace vyřešena buď návratem do původní rodiny či přemístěním do jiné formy náhradní výchovy.

Můžeme říci, že se jedná o rodinnou alternativu ústavní péče. Jeho velká přednost spočívá v přijímání dětí bez ohledu na věk a tedy bez potřeby separovat sourozence. Domníváme se ale, že formou poskytované péče je možné toto zařízení přirovnat k institucionální péči v dětském domově.

## **4.2 Negativa a pozitiva náhradní rodinné péče pro dítě se syndromem CAN**

Rodina je nejuniverzálnějším výchovným prostředím a socializačním činitelem, je modelem mezilidských vztahů, jež si dítě ponese dál do života a jímž bude poměřovat všechny další vztahy. Od toho se odvíjí také základní přednost náhradní rodinné péče – kdy se dítě stane součástí náhradního rodinného soužití s možností sledovat interakce mezi dospělými lidmi a případně i mezi dětmi. V této kapitole se budeme zabývat přednostmi a nedostatky náhradní rodinné péče s ohledem na specifika dítěte se syndromem CAN.

Náhradní rodinnou péči upřednostňuje před ústavní výchovou zákon o rodině. *„Před nařízením ústavní výchovy je soud povinen zkoumat, zda výchovu dítěte nelze zajistit náhradní rodinnou péčí nebo rodinnou péčí v zařízení pro děti vyžadující okamžitou*

*pomoc, které mají přednost před výchovou ústavní.*“ (zákon o rodině § 63 odst.2).

Nenahraditelnou předností náhradní rodinné péče - pomineme-li vlastní fungující a zdravé rodinné prostředí - je příležitost k uspokojení základních psychických potřeb, zejména citové nasycení dítěte.

Ovšem vytvoření další citové vazby k cizímu člověku se stává obtížnější v období konce prvního roku a později. Jakmile se dítě silně citově připoutá ke konkrétní mateřské postavě, dává jí přednost před ostatními a tato citová vazba přetrvává i přes vzájemné odloučení (Bowlby, 2010).

Role náhradních rodičů je velmi obtížná a závisí na mnoha aspektech, zda ji náhradní rodiče vzhledem ke konkrétnímu dítěti zvládnou. Abychom mohli považovat náhradní rodinnou výchovu za pozitivní pro dítě, musí splňovat mnoho kritérií, vždy s ohledem na konkrétní dítě. Prioritní pro všechny děti je vytvoření prostředí skutečného domova, v němž budou naplňovány jejich psychické potřeby. Náhradní rodinné prostředí by mělo být stále a stabilní, přesto však jsou i tyto rodiny ohroženy různorodými problémy.

Individuální náhradní rodinná péče je ohrožena nepřijetím dítěte rodinou či jejími jednotlivými členy či vznikem hlubokých krizí v rámci vztahu rodiče – vlastní děti – přijaté děti (Škoviera, 2007).

Problémy specifické pro individuální formy NRP, mohou být identické s problémy každé rodiny. V některých případech náhradní rodina nedostatečně naplňuje psychické potřeby dítěte a to tak necítí plně přijato. Zvláště je taková rodina ohrožena vlastním rozpadem či nezvládnutím nároků spojených s výchovou a péčí o dítě se syndromem CAN. Jak jsme již výše uvedli, tyto děti mají v důsledku těžkých traumat potíže s ukotvením ve vztazích, různé jiné těžkosti behaviorálního a psychosociálního charakteru. Následkem těchto potíží jsou tyto jedinci výchovně velmi nároční.

Pro náhradní matku je výchovná situace obtížnější, než pro matku biologickou. Nevýhoda pramení z neexistence stejné hladiny hormonů, které je biologická matka vystavena v průběhu těhotenství, porodu a v období kojení. Další handicap náhradní matky spočívá v absenci brzkého vzájemného kontaktu, jelikož se k ní dítě dostává až po týdnech (nejdříve v šestém týdnu po narození) či dokonce po měsících od příchodu na svět. V důsledku těchto nepříznivých okolností mohou být reakce náhradní matky slabší a méně konsistentní než u matky biologické (Bowlby, 2010).

Potíže náhradní rodinné péče plynou také ze skutečnosti, že pro některé děti je komplikované a někdy i nemožné najít vhodnou pěstounskou rodinu, problém se týká zejména dětí romského etnika a postižených dětí.

Pěstouni si děti vybírají podle různých kritérií, nejčastěji dle intelektu, příslušnosti k majoritě, věku či pohlaví. Často je pak *„vracejí zpět do ústavní péče, a to natolik poznamenané, že musí být umístěny ve výchovném ústavu. Není výjimkou ani týráni svěřeného dítěte.“* (Kohoutová In Dvořák, Radanová, 2008, s. 59).

Předčasné ukončení pěstounské či osvojitelské péče na žádost pěstouna či osvojitele, kdy se dítě vrací do ústavní péče je dalším, velmi závažným a stále častěji se opakujícím jevem. Tento trend avšak trvale zůstává se projevuje zejména krátce po převzetí dítěte do péče anebo v období puberty, kdy jsou nejčastěji uváděným důvodem pěstounů výchovné problémy dítěte.

Dle Bořové (2008) mají tyto výchovné potíže dětí počátek právě v nesprávně zvoleném náhradním rodinném prostředí.

Je důležité, jak tvrdí Matějček (2002), aby vhodné dítě přišlo do vhodné rodiny. V opačném případě se dítě z nevydařeného pěstounství navrací do ústavní výchovy či pokračuje střídáním náhradních rodin, což má nepříznivý vliv na zdravý vývoj jeho osobnosti.

Jak uvádějí Marhounová, Stýblová (1984), až v 24% se jedná o nevydařené pěstounství, tedy o situace, kdy děti byly z náhradní rodinné výchovy poslány do ústavní výchovy.

Dítě je v důsledku střídání pobytů v různých krátkodobých pěstounstvích vystavováno opakovanému a zásadnímu zklamání. Navázané vztahy jsou opakovaně zpřetrhány, což může vést k pocitům vlastního selhání, které pak v dalším životě mohou představovat nenapravitelné škody.

Změna prostředí může u dítěte vyvolat mnoho potíží a poruch, od neurotických projevů přes depresivní nálady, různé závady v chování až po apatickou otupělost (Koluchová, 1992).

V západních zemích je pro časté střídání dětí v pěstounské péči tato zvláště silně kritizována. Děti tam projdou až deseti, dvaceti i více pěstounskými rodinami (Dunovský, 1995).

Taktéž Škoviera (2007) tvrdí, že podíl dětí přicházejících k diagnostickému pobytu z pěstounských či adoptivních rodin stále stoupá.

Za negativum můžeme též považovat skutečnost, že náhradní rodinná péče je před ústavní péčí upřednostňována z přesvědčení, že pro dítě představuje vždy lepší řešení náhradní rodina než ústav. A ne příliš často se hovoří o rizicích spojených s náhradní rodinnou péčí.

Náhradní rodinná péče je před péčí ústavní preferována také z důvodu přesvědčení, jak uvádí Bořová (2008, s. 16), že „*i ne zcela dobrá rodina je lepší než ústav*“.

Problematickou oblastí NRP, od níž se poskytovaná péče odráží, jsou osobnostní kvality jednotlivých pěstounů. Při výběru vhodných osob pro výkon náhradní rodinné péče je důležité posuzovat také jejich motivaci k této činnosti. Motivace by měla být identifikovatelná a realistická, bez vazby na nějaký osobní nezdár (neschopnost mít vlastní dítě, nezaměstnanost) či osobní prospěch (získání finančního příspěvku či levné pracovní síly, získání objektu pro své pedofilní sklony). Náhradní rodičovství se často stává únikem před nezaměstnáním, tedy jakýmsi východiskem z nouze. Stává se též řešením vlastní bezdětnosti, což přináší mnohá rizika. Zásadním nedostatkem bezdětných pěstounů je jejich nezkušenost s výchovou dítěte, jež je mnohdy provázená nerealistickými očekáváními. U těchto rodičů můžeme očekávat zaměňování pěstounské péče za osvojitelskou, provázené nedostatečnou podporou dítěte v udržování kontaktů s původní rodinou a v posilování jejich vzájemných vztahů. Taktéž můžeme předpokládat, že návrat dítěte zpět do původní rodiny bude velmi komplikovaný a obtížný.

Cílem pěstounské péče (zejména pěstounské péče na přechodnou dobu) je zabezpečení náhradního rodinného prostředí a péče po nezbytně dlouhou dobu, nejedná se o zajištění náhradního rodiče.

Ovšem jak uvádí Škoviera (2007), u některých pěstounů (zejména bezdětných) se v průběhu výchovy stává prvořadým a manipulativní cílem převzetí dítěte do osvojení. Veškeré kroky pěstounů pak směřují k jeho osvojení bez ohledu na původní rodinu dítěte.

Eliminovat veškerá rizika související s náhradní rodinnou péčí by měla odborná příprava pěstounů. Přesto však musíme počítat s možným individuálním selháním osob majících dítě ve své péči. Součástí systému náhradní rodinné péče by proto měl být nejen vhodný výběr a příprava osob pro výkon NRP, ale i trvalé vzdělávání a především supervize. Všechny tyto kroky by měly minimalizovat selhání náhradní rodinné péče a včas detekovat

pochybení jednotlivých osob.

Náhradní rodinná péče vykazuje řadu výhod i nevýhod. Je vždy třeba uvažovat a rozhodovat u každého konkrétního dítěte zvláště, jaká forma náhradní výchovy je pro něj nejen přijatelná, ale především vhodná.

### 4.3 Ústavní péče

Do ústavní péče (dále též „ÚP“) je dítě svěřováno rodičem anebo v případě, že je dítěti soudem nařízena ústavní výchova. Tato péče je vykonávána v zařízeních ústavní a ochranné výchovy (diagnostický ústav, dětský domov, dětský domov se školou, výchovný ústav), kam jsou umisťováni jedinci s nařízenou ústavní nebo ochrannou výchovou nebo soudem nařízeným předběžným opatřením.

Jak již bylo výše řečeno, od 1. 1. 2014 by měly svou činnost ukončit kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let věku. Deinstitutionalizace je prosazovaná vzhledem k vysokému počtu dětí toho věku umístěných v institucionální péči.

V roce 2010 prošlo kojeneckými ústavami a dětskými domovy pro děti do 3 let 2 077 dětí. Ve 45 % byly příčinou k umístění sociální důvody. Věková hranice 3 let bude v roce 2016 zvýšena na 6 let (<http://www.mpsv.cz/files/clanky/11310/ruseniustavu.pdf>).

Ústavní výchova je dle zákona o rodině nařízena v případě, že výchova dítěte je vážně ohrožena nebo narušena a jestliže jiná výchovná opatření nevedla k nápravě nebo jestliže rodiče dále nemohou či nechtějí ze závažných důvodů zabezpečit řádnou výchovu dítěte.

K nařízení ústavní výchovy dle Motejla (2007) dochází z důvodu dlouhodobě existujícího ohrožení dítěte nejzávažnější intenzity (např. při surovém zacházení s dítětem, při pohlavním zneužívání a v jiných případech vážnějšího ohrožení tělesného nebo duševního vývoje dítěte) a za podmínky, že jiná výchovná opatření nevedla k nápravě a dítě nelze umístit do péče jiného rodinného příslušníka nebo osoby blízké.

Ústavní péče je kritizována pro své rozdělení mezi sektory zdravotnictví, školství, mládeže a tělovýchovy, práce a sociálních věcí. Kritika je zaměřena především na nejednotnost a metodickou nekoordinovanost spolupráce odborníků jednotlivých resortů, pro které chybí sjednocující orgán, jež by nesl za systém a jeho organizaci odpovědnost.

Taktéž Sezemský (In Bořová, 2008) kritizuje roztržitost agendy péče o ohrožené děti, od



níž se odvíjí neexistence sjednocujícího metodického materiálu závazného pro všechny pracovníky podílející se na péči o ohrožené dítě a jeho rodinu, či vlastní legislativní normy. Kriticky hodnotí i odlišné stanovení požadavků na vzdělání pracovníků jednotlivých resortů, i rozdílné finanční zajištění aktivit (nejnákladnější je financování ústavní péče, přičemž náhradní rodinná péče je téměř podhodnocena).

Alarmujícím, často kritizovaným nedostatkem ÚP, je separace sourozenců v ústavní péči s ohledem na jejich věk, zdravotní stav či výchovné problémy prostřednictvím umístování do různých zařízení. Pod Ministerstvo zdravotnictví ČR spadají kojenecké ústavy (postupně přeměňované na dětská centra), dětské domovy (a jesle). Zařízení jsou určena pro děti do tří let věku, pečují o všestranný rozvoj dětí a poskytují jim komplexní péči. Kojenecké ústavy (dětská centra) jsou určeny pro děti do jednoho roku věku, jejichž vývoj nebo zdravotní stav je ohrožen nevhodným domácím prostředím, zanedbáním či vystavením jiným extrémním podmínkám. Dětské domovy poskytují ústavní a výchovnou péči dětem ve věku od jednoho do tří let, kterým nelze zabezpečit péči z různých důvodů ve vlastní či v náhradní rodině. Do kompetence Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy spadají školská zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy (viz. následující podkapitoly). Ministerstvo práce a sociálních věcí zabezpečuje ústavy sociální péče pro výkon ústavní a ochranné výchovy dětí tělesně a mentálně postižených.

Ústavní výchova je upravena především zákonem o výkonu ústavní výchovy. Jak uvádí tento zákon, účelem ústavní výchovy je náhradní výchovná péče v zájmu zdravého vývoje, řádné výchovy a vzdělávání dítěte.

Organizační jednotkou zmíněných zařízení je výchovná skupina (v diagnostickém ústavu tvořená 4 – 6 dětmi a ve výchovném ústavu tvořená 5 – 8 dětmi) nebo rodinná skupina (v dětském domově tvořená 6 – 8 dětmi a v dětském domově se školou tvořená 5 – 8 dětmi).

Zařízeními ústavní výchovy jsou dle výše uvedeného zákona dětský domov, dětský domov se školou, dětský diagnostický ústav a výchovný ústav.

### **4.3.1 Dětský domov**

Dětský domov (dále též „DD“) zajišťuje péči o děti ve věku 3 – 18 let, duševně a tělesně zdravé, bez závažných poruch chování, které nemohou být vychovávány ve vlastní rodině

ani v žádné z forem náhradní rodinné péče.

Základní organizační jednotkou DD je rodinná skupina tvořená 6 – 8 dětmi, přičemž sourozenci jsou přednostně umisťováni do společné skupiny. Každá rodinná skupina má vlastní prostory, odpovídající bytové jednotce, čímž se ústavní péče snaží navodit přirozené prostředí domova. Vychovatelé v rodinné skupině jsou ideálně složeni z ženy a muže, kteří tak prezentují manželský pár. Většinu osazenstva dětského domova tvoří děti romské národnosti.

#### **4.3.2 Dětský domov se školou**

Dětský domov se školou (dále též „DDŠ“) je zařízení určené pro děti se závažnými poruchami chování, pro výkon ústavní anebo ochranné výchovy. Jsou zde umisťovány také děti s duševními poruchami, jež vyžadují specifickou výchovně léčebnou péči. Tyto děti nemohou povinnou školní docházku plnit v jiné škole, než ve škole zřízené v areálu tohoto dětského domova.

#### **4.3.3 Dětský diagnostický ústav**

Dětský diagnostický ústav (dále též „DDÚ“) je zařízením, které přijímá děti k pobytu zpravidla na dobu osmi týdnů. V rámci výchovně-terapeutického pobytu zpracovává u každého dítěte komplexní diagnostiku, definuje individuální výchovné a vzdělávací priority s doporučením vhodných metod a přístupů – sestavuje tzv. specifický program rozvoje osobnosti.

Na základě výsledků komplexního vyšetření umisťuje děti do DD, DDŠ nebo výchovných ústavů. V naprosté většině případů jsou svěřenci diagnostickým ústavem umístěni ve výchovném ústavu. Při umisťování se dbá, aby ústavní péče byla zajištěna v okolí bydliště blízkých osob dítěte odpovědných za jeho výchovu. Zmíněným zařízením dětský diagnostický ústav poskytuje potřebnou odbornou a metodickou pomoc.

Pobyt v diagnostickém ústavu je buď nařízený soudem anebo dobrovolný (souhlasit musí vedoucí ústavu, rodiče dítěte a samotné dítě). Dobrovolných pobytů je v praxi využíváno velmi málo. Většina přicházejících dětí je romského původu. Vzdělání těchto dětí se pohybuje na úrovni nedokončené základní školy.

Častou kritikou diagnostických ústavů je neexistence vnitřní diferenciací ústavu. Setkávají

se zde děti s různými potížemi; někteří zde jsou umístěni z příčin sociální nedostatečnosti rodiny, jiní z důvodu trestné činnosti, agresivního či závislostního chování. V praxi je však využíváno určitého kompromisu, při němž děti bez výrazné patologie v chování procházejí DDÚ pouze administrativně. Tzn., že pobyt se reálně neuskuteční a dítě je umístěno v jiném, diagnostickým ústavem doporučeném, zařízení.

#### 4.3.4 Výchovní ústav

Výchovní ústav je určen pro děti starší patnácti let se závažnými poruchami chování, a to na základě rozhodnutí soudu o uložení ústavní anebo ochranné výchovy, na základě rozhodnutí soudu o předběžném opatření anebo po dohodě s rodiči dítěte. Může zde být umístěno i dítě starší dvanácti let s uloženou ochrannou výchovou, jestliže jeho závažné poruchy chování nedovolují jeho umístění v dětském domově se školou. Děti s uloženou ústavní výchovou a ochrannou výchovou jsou umístěny v oddělených výchovných skupinách.

Jak bylo výše uvedeno, do dětských domovů se školou a výchovných ústavů jsou umisťovány děti se závažnými poruchami chování, které mnohdy naplňují skutkovou podstatu trestného činu. Důvodem k nařízení ústavní nebo ochranné výchovy anebo předběžného opatření soudu jsou téměř vždy poruchy chování dětí.

Jestliže není návrat do původní rodiny dítěte možný, je z dlouhodobého hlediska nepříznivé setrvání v ústavní péči. V případě mladšího dítěte je proto vhodné směřovat do náhradní rodinné péče. Problém ovšem nastává u dětí staršího školního věku, neboť tyto do náhradní rodinné péče obvykle už nechtějí. Takoví jedinci jsou často plni úzkosti a nejistoty, nezpracovali minulost a neuvažují o budoucnosti. Nejbližší dospělí lidé je zklamali, mnohdy – v případě opakující se náhradní rodinné péče – opakovaně. Tyto děti jsou již navyklé na ústavní péči a navazování kontaktů s pěstouny se jim zdá, z důvodu její dočasnosti (do osmnácti let) zbytečný. Domníváme se proto, že je důležité ústavní péči chápat jako krátkodobé řešení či jako východisko pro děti v náhradní rodinné výchově neumístitelné (starší děti, romské a postižené děti).

Ústavní péče je vnímána veskrze negativně. Riziko prostředí, jež má za následek psychickou deprivaci zůstává základním obrazem ústavní péče. Domníváme se, že prostředí (rodinné či ústavní) má na psychickou deprivaci vliv především v prvních letech života dítěte. Dítě, které se do ústavní péče dostane v pozdějším věku, psychickou

(a většinou sociální a kognitivní) deprivací již trpí, ta je ale způsobena nevhodným chováním rodičů, nikoli následkem ústavní péče.

Náhradní rodinná péče je při volbě náhradní výchovy preferovaná, což je dle našeho názoru správně. Nelze ale zapomínat na skutečnost, že existuje skupina dětí, pro které je ústavní péče i přes veškerá opatření jediným řešením, i když ne vždy zcela optimálním.

#### **4.4 Negativa a pozitiva ústavní péče pro dítě se syndromem CAN**

Problematika ústavní péče je v posledních letech často medializována. Ústavní péči vyobrazují novináři jako institut, jež natrvalo a nenávratně poškozuje všechny děti, které jím prošly. Nejsme zastánci ústavní péče, v níž jsou děti ohroženy psychickou deprivací či jinými následky ústavní péče (týká se především dětí do šesti let věku). Předpokládáme však, že podoba ústavní péče, zejména pak dětských domovů, se významně liší od doby, kdy v nich byly prováděny výzkumy týkající se psychické deprivace. Současné dětské domovy mají charakter rodinného typu, v nichž každá rodinná skupina má své stálé vychovatele a své vlastní prostory, kde se učí běžným domácím povinnostem. Zastáváme názor, že ústavní péče se nikdy nemůže rovnat péči ve funkční rodině. Avšak je třeba si připustit, že i ústavní péče má svá pozitiva, která mohou být pro konkrétní dítě v určité situaci dominujícím prvkem.

Zásadním pozitivem ústavní péče je ochrana dítěte od rozvráceného rodinného systému, od patologicky se projevujících rodičů. Kontaktů mezi dítětem a původními rodiči se velmi špatně zamezuje u náhradní rodinné péče a snadněji koriguje u péče ústavní. Nejedná se ale jen o nástroj ochrany srovnatelný s náhradní rodinnou péčí spjatý pouze s odejmutím dítěte z původní rodiny. Ochrana dítěte se vztahuje i na období výkonu ústavní péče. Zamezení nekontrolovatelnému přístupu pachatele k oběti je významné zvláště v případech těžkého zanedbání, zneužívání či týrání dítěte, kdy hrozí vysoké riziko ovlivňování či zastrasování dítěte rodiči při vyšetřování daného případu.

Za velkou výhodou ústavní péče se považuje profesionální výchovné vedení dětí.

Profesionální ústavní péče má schopnost účinně eliminovat vnější patologické vlivy kolem dítěte, včetně negativního vlivu rodiny (naučit děti komunikovat s problémovými rodiči, posílit se jejich nezávislost a odolnost) (Jansky, 2004).

S dlouholetými pracovníky ústavní péče je spojeno riziko vyhoření profesionálové

schopnosti empatie. A jak dále Matoušek (1999) uvádí, účinnou prevencí proti syndromu vyhoření je kvalitní supervize a postgraduální vzdělávání.

Pozitivum profesionálního přístupu vychovatele vůči dítěti souvisí i s možností rozpoznání a předcházení projevům poruch chování dítěte. K tomu přispívá i skutečnost, že ústav vytyčuje normy chování, stanovuje pevný režim a vyžaduje jeho dodržování. Zvláště u dětí vychovávaných v silně liberálním prostředí, bez pevných hranic v původní rodině může být ústavní péče v tomto ohledu přínosem.

Náš názor podpořilo vyjádření Škoviery (2007), který tvrdí, že časově limitovaný pobyt v zařízení s pevným režimem může být pro dítě ve starším školním věku užitečné.

K našemu názoru se přiklání Kopačová (In Vaníčková, 2003), že do ústavu se z pěstounských rodin vracejí obtížně vychovatelní jedinci. Důvodem je zpravidla neschopnost náhradních rodičů zajistit výchovu, kterou sami nezvládají a neví si s ní rady.

Na stranu druhou, vážným negativem ústavní péče je skutečnost, že není vždy založena pouze na profesionálním a odborném přístupu. Mnoho vychovatelů v ústavní péči má nedostatečné vzdělání (mnohdy pouze středoškolské), přestože minimální vysokoškolské vzdělání u vychovatelů stanovuje § 16 zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících, v platném znění. Problém se ale týká i některých nepedagogických pracovníků, např. sociálních pracovníků, jejichž minimální vzdělání zmíněný zákon nijak neupravuje. Domníváme se proto, že je zvláště důležité zajistit a zákonem vymezit pro pracovníky ústavní péče minimální konstantní vzdělávání a také supervizi.

Závažným, již zmíněným nedostatkem ústavní péče, je nerespektování zachování sourozeneckých vazeb. Děti jsou do jednotlivých forem výchovné péče umisťovány na základě určitých kritérií (věk, zdravotní stav, aj.), spadající pod různé resorty. Tím tyto děti mnohdy přicházejí o jedinou pozitivní citovou vazbu.

S tím je spojené další negativum ústavní péče, kterou je nemožnost zajistit stálost osob vychovatelů, s níž je následně spojená ztráta možnosti dítěte (především mladšího věku) k někomu citově přilnout a může způsobovat citové strádání dítěte.

Nedostatky ústavní péče vyjmenovává i Fischer (2009), dle něj je v ústavní péči dítě svěřeno více vychovatelům, kteří mají jen částečnou či nejasně vnímanou zodpovědnost za vývoj a výchovu dítěte. Dalším problémem je relativní chudost podnětů ve srovnání s běžnou rodinou, tedy neexistence pocitu kontinuity životního běhu, trvalosti

mezilidských vztahů, pevné osobní identity.

Problém týkající se vychovatelů, jež se však může projevit i v pěstounské péči skupinové, představuje skutečnost, že jedinci se zájmem zneužívat děti (pedofilové) cíleně nastupují jako zaměstnanci ústavní péče. Jsou velmi často aktivní a obětaví (Dunovský, 1995).

Ústavní péče je vhodná pro děti, o něž není v náhradní rodinné péči zájem. Jsou jimi např. děťští pachatelé závažné trestné činnosti, postižení s těžkými psychiatrickými diagnózami, děti starší 12 let. Škoviera (2007) poukazuje i na další skupinu dětí, pro něž je ústavní péče vhodná, a to jsou jedinci, kteří v rodině (i opakovaně prostřednictvím náhradní rodinné výchovy) zažily negativní zkušenost, a cítí se tak bezpečněji v emocionálně povrchnějším a formálnějším prostředí instituce.

Z toho můžeme vyvodit, že existuje poměrně velká skupina dětí, pro které je ústavní forma péče optimální. Jak jsme již uvedli, starší jedinci obvykle nemají zájem o náhradní rodinnou péči. Zvláště pak ty děti, které ve své původní rodině žily z důvodu zanedbávání tzv. na vlastní pěst. Náhradní rodinná péče pak může pro takové dítě znamenat další životní trauma vyplývající z emocionálních a sociálních nároků, které by pro takové dítě nová rodina znamenala.

Ústavní péči u dětí se syndromem CAN upřednostňuje Curtis (1990), který uvádí, že umístění dítěte v prostředí, jehož účelem je simulovat rodinu, nemusí být pro dítě se syndromem CAN vhodné. Z důvodu posttraumatické poruchy, která je častým důsledkem syndromu CAN, může osoba pěstouna dítěti připomínat týrajícího rodiče. Profesionální přístup může být, dle autora, vhodnějším nástrojem k dosažení optimální úrovně narušeného vývoje osobnosti.

Totožný názor na danou problematiku má Kopačová (In Vaničková, 2003), která konkrétně u dětí se syndromem CAN doporučuje poskytnutí dočasné přednosti ústavní výchově před náhradní rodinnou péčí. Důvodem je jednak ochrana dítěte před rodiči a také vysoké riziko závažných poruch chování. *„Čím později je u nich zahájena ústavní výchova v profesionálním zařízení, tím více hrozí nebezpečí, že dospějí v antisociální osobnosti.“* (Kopačová In Vaničková, 2003, s. 63).

Domníváme se, že udělení provizorní přednosti ústavní péči před náhradní rodinnou péčí je u dítěte se syndromem CAN vhodná, neboť neutrální prostředí ústavu umožní dítěti vyrovnat se s minulými událostmi a v případě nutnosti naplní účel ochrany dítěte před

týrajícím rodičem. Toto ale platí pouze v určitých případech, záleží na mnoha okolnostech (např. věku dítěte, funkčnosti rodiny, aj.).

Problematika ústavní péče pro dítě se syndromem CAN je obousměrná, má svá pozitiva i negativa. Největším pozitivem je možnost ochrany dítěte před rodičem, a to i v průběhu výkonu ústavní péče. Vhodná se jeví i profesionální péče vychovatelů, kteří jsou schopni zachytit drobné odchylky v chování dítěte a zaměřit se na rozpoznání poruch chování a s pomocí ostatních odborníků v rámci daného ústavu, minimalizovat riziko jejich vývoje. Důležitost tohoto faktoru ústavní péče je prokazována zejména častým ukončováním náhradní rodinné výchovy z důvodu nezvladatelnosti výchovy, jež způsobují poruchy chování dítěte.

Výrazným negativem ústavní péče pro dítě se syndromem CAN je možnost citového strádání (zvláště pak u dětí mladšího věku), k němuž dochází z důvodu fluktuace vychovatelů a jejich neidentifikovatelné odpovědnosti za vývoj a výchovu konkrétního dítěte. Zde zcela jistě platí úměra – čím mladší dítě v ústavní péči, tím větší rizika z ní plynoucí. Proto se domníváme, že ústavní péče by měla být vždy časově limitována a tuto hranici by měla překročit jen z vážných důvodů (především výchovných).

Přesto však předpokládáme, že ústavní péče má své neodmyslitelné místo v soustavě náhradní péče o děti.

## 5 DILEMA PROSTŘEDÍ: RODINA VERSUS INSTITUCE

Volbu řešení náhradní výchovy ovlivňuje řada činitelů. Dle našeho názoru by měla být založena především na zhodnocení funkčnosti původní rodiny odebraného dítěte. Je-li reálná šance, že rodina bude schopna své poměry napravit tak, aby byla schopna a ochotna dítě přijmout zpět a řádně o něj pečovat, je vhodné dočasně využít institutu pěstounské péče na přechodnou dobu. Jedná-li se však o rodinu afunkční, v níž je funkčnost špatná až nulová, můžeme se domnívat, že perspektiva úspěšné sanace takové rodiny je mizivá. Např. jedná-li se o rodinu, jíž byly v minulosti z vážných důvodů odebrány děti, které se do rodiny z přetrvávajících nedostatků v rodině nevrátily, netřeba si tuto rodinu idealizovat a očekávat, že u dalšího odebraného dítěte se bude situace v rodině vyvíjet odlišně od předchozího stavu.. Domníváme se, že v tom případě by mělo být využito některého z institutů náhradní výchovy, jenž poskytuje záruku dlouhodobosti, např. klasické pěstounské péče případně ústavní péče.

Jako nejvhodnější se osvědčuje umístění dítěte u osob příbuzných či blízkých. Výhoda této varianty spočívá v tom, že dítě tyto osoby i prostředí zná, má s nimi dobré vztahy a důvěřuje jim. Směrodatná je však také schopnost těchto osob se o dítě postarat a jejich ochota spolupracovat s odborníky.

Pro řešení vstávajícího dilematu rodina versus instituce bychom mohli využít názor Archerové (2001, s. 44), která uvádí, že v „*nejranějším období je největší riziko pro narušení tvorby citových vazeb a vývoje, ale také největší potenciál pro pozitivní změnu*“.

Z toho vyplývá, že za předpokladu vzniku traumatizující situace u dítěte v raném věku je žádoucí umístit dítě v co nejkratším čase do náhradního prostředí, aby k pozitivní změně mohlo dojít. Přednostně by tedy měla být volena ta forma náhradní výchovy, jež nejlépe zajistí možnost vytvořit v rámci nového vztahu silnou, jistou vazbu k mateřské osobě.

Další vodítko k rozluštění vhodnosti té které formy náhradní výchovy nám poskytuje názor Dunovského (1995, s. 216), podle něhož je nutné poskytnout takovému dítěti „*nejenom co nejvyšší profesionalitu, ale i co největší citovou pomoc a podporu*“. Tento úkol klade neobyčejné nároky na osobní kvality všech angažovaných osob.

Výše uvedený názor Dunovského nás opět přivádí k myšlence zabývat se při výběru náhradní výchovy aktuálními potřebami dítěte, kterými jsou jednak profesionalita a citová podpora a pomoc. Profesionalitu můžeme očekávat u pěstounů v rámci pěstounské péče



na přechodnou dobu. Existenci profesionální péče však předpokládáme také v ústavní péči. Citovou pomoc a podporu nejspíše splní pěstounská péče klasická. Nesporným ideálem je propojení rodiče láskyplně přijímajícího a současně vychovatele a profesionála v jedné osobě. Předpokládáme, že toto propojení je zvláště důležité u těžce traumatizovaných dětí, u nichž je zvýšená pravděpodobnost rozvoje poruch chování. Domníváme se, že i přes profesionalitu pěstounů je čeká velmi nelehká práce ztížená poruchami vazebného chování a poruchami chování.

Vhodnost některé z forem náhradní péče sledoval Matějček (1999, s. 81), jenž hlavním kritériem při umístění dítěte označil jeho věk „*za kterým můžeme jen zřídka očekávat, že se dítě úplně spontánně přizpůsobí vnitřní citové atmosféře rodiny a jejímu řádu.*“

Škoviera (2007) uvádí, že Matějčkem byla sestavena pětibodová škála, jejímž prostřednictvím hodnotí vhodnost jednotlivých forem náhradní výchovy. Institucionální řešení se jeví jako nejvhodnější, zatímco pěstounství a osvojení pro děti ve starším školním věku chápe jen jako přijatelné řešení (ve středu škály).

Výsledky výzkumného sledování stočlenné skupiny dětí žijících v pěstounských rodinách potvrdily vytvoření hlubokých a trvalých rodičovských vztahů vůči přijatému dítěti, a to i u dětí předškolního a mladšího školního věku (Koluchová In Dvořák, Radanová, 2008).

Při rozhodování o volbě některého z institutů náhradní výchovy musíme brát v úvahu také možné důsledky syndromu CAN (kapitola 2.3 Projevy dítěte se syndromem CAN). K řešení této situace musíme přistupovat adekvátním způsobem. Jestliže je tedy vysoký předpoklad rozvoje poruch chování, měla by tomu být uzpůsobena následná péče dítěte. Nechceme dítě stigmatizovat či jej předem odsoudit k nějaké diagnóze. Naším cílem je prostřednictvím vhodného výběru některé z forem náhradní výchovy zabránit rozvoji poruch chování či alespoň minimalizovat jejich projevy a především eliminovat riziko vzniku situací, kdy by některý z institutů náhradní výchovy pověřený výchovou a péčí o toto dítě tuto péči nezvládal a následně ji ukončil.

V náhradní ústavní i rodinné péči je nedostatkem (vyjma institutu osvojení) ukončení jeho trvání ve věku 18 let dítěte, v době velkých rizik pro možné sociálně patologické chování dětí. S tím souvisí i velmi závažný nedostatek návazných institucí pro děti vycházející z náhradní či ústavní péče v závislosti na dosažení věku dospělosti.

Pro případy umístění dítěte mimo rodinu je třeba volit tu variantu, která v co největší míře

naplní aktuální potřeby dítěte. Přičemž stávající alternativy mimorodinné péče o ohrožené děti jsou nedostatečné a systém zařízení péče o děti je nepružný a neprůchodný (Sezemský In Bořová, 2008).

Při rozhodování mezi formami náhradní výchovy by mělo být směrodatné, která z variant náhradní výchovy má větší předpoklady naplnit dítěti potřeby bezpečí, jistoty, stability, emocionální podpory a čitelnosti životního prostředí (Škoviera, 2007).

Jak bylo v této kapitole uvedeno, existuje mnoho činitelů, kteří přímo ovlivňují volbu náhradní výchovy. Nejdůležitějším se jeví věk dítěte s ohledem na nutnost zajištění důležitých aspektů náhradní výchovy (profesionalita, citová pomoc a podpora). Z předchozích tvrzení nám vyplývá, že jedná-li se o dítě v mladšího školního věku a mladší, je nejvhodnější jeho umístění v náhradní rodinné péči. Pro děti staršího školního roku a starší je příhodnějším institutem ústavní péče.

V této kapitole neustále hovoříme o různorodých faktorech významných v procesu rozhodování o umístění dítěte do náhradní výchovy. Nepochybně prioritní záležitostí je zvolení takové formy náhradní výchovy, kterou nebude nutné v závislosti na různých okolnostech pozměňovat.

Na závažnost rozhodování o formě náhradní výchovy nás upozorňuje i Matějček (2011, s. 353), který uvádí: „*Nebyla dosud nalezena kritéria, podle kterých by se dalo usuzovat, které dítě bude dobře snášet určitý typ ústavní výchovy (či výchovy mimo rodinu vůbec) a které nikoliv.*“

Při úvaze o odnětí dítěte z rodiny je nutno přihlížet k následujícím činitelům (Matějček, 2011):

- Věk dítěte.
- Tělesný a duševní stav dítěte – ústavní péči vyžadují některé nemoci či tělesné defekty a psychické poruchy (neurotické obtíže a poruchy chování).
- Rodinná situace – výběr souvisí s možností umístit všechny sourozence bez rozdílu věku (u rodiny s krajně nepříznivým vlivem na děti je třeba odebrat všechny děti).
- Předpokládané trvání ústavního pobytu – je nutné co nejdříve stanovit, zda se bude jednat o krátkodobé či dlouhodobé, případně trvalé odnětí dítěte z rodiny. Dítě, které se brzy vrátí do své rodiny, by nemělo navázat jiný těsný citový vztah.

Při dlouhodobém či trvalém odnětí doporučuje Matějček adopci či jinou formu náhradní rodinné péče.

Na výše uvedené činitele, které by měly mít prvořadý vliv na rozhodování o umístění dítě navážeme v praktické části práce. Zkoumat jednotlivá kritéria však budeme ve vztahu ke všem formám náhradní výchovy.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 6 METODOLOGIE

Záměrem praktické části diplomové práce je navázat na teoretickou část a prostřednictvím případových studií přiblížit problematiku dětí se syndromem CAN v náhradní výchově.

V praktické části diplomové práce bylo využito kvalitativního výzkumu, a to z důvodu snahy o důkladné proniknutí do problematiky.

Kvalitativní výzkum je „proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“ (Hendl, 2005, s. 50).

Výzkum je zaměřen na skupinu jedinců, kteří byli z důvodu syndromu CAN odebráni z původní rodiny a umístěni v některé z forem náhradní výchovy. Cílem výzkumu je nalezení výběrových kritérií, podle nichž bychom mohli usuzovat, která z variant náhradní výchovy – náhradní rodinné péče či ústavní péče – je pro dítě vzhledem k určitým atributům vhodnější. Významem provedeného výzkumu je tedy snaha o vyplnění chybějících měřítek pro rozhodování o volbě náhradní výchovy, na které upozornil Matějček (kapitola 5 – Dilema prostředí: rodina versus instituce).

Náhradní výchova je zkoumána nikoli z pohledu jednotlivých institutů, nýbrž především z hlediska ústavní péče a náhradní rodinné péče. Jednotlivé kroky výzkumu jsou realizovány za zmíněné formy náhradní výchovy zvlášť, tzn. že případové studie i jejich následné analýzy jsou rozděleny na dva segmenty dle typu náhradní výchovy. V závěru práce budou výsledky obou institutů náhradní výchovy vzájemně porovnávány. Předpokládaným výsledkem výzkumné práce bude konfrontace výsledků provedených analýz, která nám usnadní zodpovědět otázku, na základě kterých kritérií lze usuzovat na vhodnost umístění dítěte se syndromem CAN do uvedených variant náhradní.

Výzkum byl realizován v časovém intervalu od listopadu 2011 do března 2012. Výzkumník v rámci výzkumu navštívil Dětský diagnostický ústav, Dětský domov se školou a Orgány sociálně-právní ochrany dětí. Cílem těchto návštěv bylo shromáždit co největší množství informací vztahující se k problematice této práce. Získané informace posloužily jako podklad pro vypracování případových studií.

## 6.1 Výzkumná metoda

Při výzkumu jsme použili kvalitativní metodu analýzy dokumentů, jež nám umožní získat o jedincích detailní informace podstatné pro naplnění cílů této práce.

### 6.1.1 Analýza dokumentů

Při získávání informací pro zpracování případových studií jsme se řídili doporučením od Hendla (2005), který uvádí, že za dokumenty, které můžeme využít v kvalitativním výzkumu, jsou ty, jež vznikly v minulosti a byly opatřeny jinou osobou než výzkumníkem a pro jiný účel, než je provedení výzkumu.

Pro zpracování případových studií bylo využito veškerých listin, jež byly obsaženy v osobních složkách jednotlivých respondentů. Tyto složky byly uloženy v zařízeních, které výzkumník pro tento účel navštívil. Dokumenty obsahovaly informace o osobní a rodinné anamnéze, údaje z psychologických či psychiatrických vyšetření, hodnocení zkoumaných jedinců jejich učiteli, vychovateli, atd. Tyto listiny využité pro zpracování případových studií můžeme považovat za důvěryhodný zdroj pro čerpání informací o jednotlivých osobách, neboť byly zpracovávány odbornými a kvalifikovanými pracovníky.

## 6.2 Výzkumný problém, výzkumné otázky a cíl výzkumu

Výzkumným problémem je porovnání náhradní rodinné péče s ústavní péčí u dítěte se syndromem CAN.

Výzkumné otázky, které byly za před zahájením výzkumu formulovány, jsou:

1. Která výběrová kritéria umožní správný výběr odpovídající formy náhradní výchovy pro konkrétní dítě vzhledem k jeho osobnostním a rodinným specifikům?
2. Pro dítě se syndromem CAN je vhodnější formou náhradní rodinná péče anebo ústavní péče?

Pod pojmem „správný výběr“ výzkumník zamýšlí stav, kdy je dítě svěřené v některé z forem náhradní výchovy (dále jen „NV“) adaptované, spokojené, v níž mu nehrozí nebezpečí nevhodného zacházení ze strany pečující osoby, kde mu je pečující osoba/instituce schopna a ochotna zabezpečit péči a pomoc prostřednictvím odborných pracovníků/institucí a v níž mu nehrozí za žádných okolností přemístění do jiné formy

náhradní výchovy (vyjma závažných poruch chování, pro něž je nutný specializovaný výchovný přístup zabezpečený DDS). Jednotlivé zmíněné atributy zajišťující správný výběr náhradní výchovy byly převzaty z teoretických východisek (kapitola 5 – Dilema prostředí: rodina versus instituce).

K zodpovězení výzkumné otázky je zpracováno jedenáct případových studií dětí týraných, zanedbávaných či zneužívaných, které byly v důsledku syndromu CAN odebrány z jejich původní rodiny.

Výzkum tak částečně navazuje na tvrzení Matějčka (2011, s. 353), který upozorňuje na skutečnost, že *„nebyla dosud nalezena kritéria, podle kterých by se dalo usuzovat, které dítě bude dobře snášet určitý typ ústavní výchovy (či výchovy mimo rodinu vůbec) a které nikoliv.“*

Výzkum se však nezaobírá pouze aspektem vhodného výběru náhradní výchovy tak, aby bylo dítětem dobře snášeno, nýbrž zkoumá celistvou otázkou vhodnosti některé z forem náhradní výchovy pro dítě se syndromem CAN. Důvodem je nedostatečné množství získaných informací vztahující se k osobnosti dítěte (především psychologický profil). Dalším důvodem je skutečnost, že aby mohl být takový výzkum věnující se otázce hledání kritérií dobré snášenlivosti dítěte jakéhokoli typu náhradní výchovy proveden, musí být pro všechny děti v rámci takového výzkumu identická výchozí kritéria náhradní rodinné i ústavní péče (prostředí, osobnostní charakteristiky vychovatelů, přístup rodičů, pěstounů, poručníků ke spolupráci, aj.).

Cílem kvalitativního výzkumu provedeného prostřednictvím metody případových studií je nalezení kritérií, která usnadní správný výběr odpovídající formy náhradní výchovy pro konkrétní dítě vzhledem k jeho osobnostním a rodinným specifikům. Jedná se tedy o taková kritéria, na jejichž základě bychom mohli usuzovat, která z variant náhradní výchovy je pro dítě se syndromem CAN vhodnější.

Výzkumným cílem tohoto zkoumání je porovnání vhodnosti náhradní rodinné péče s ústavní péčí u dítěte se syndromem CAN. Výzkumného cíle bude dosaženo prostřednictvím nalezených kritérií, jež umožní náhled na vhodnost zmíněných alternativ náhradní výchovy pro dítě.

Případové studie jsou rozděleny dle alternativy náhradní výchovy – na skupinu dětí umístěných v ústavní péči a skupinu dětí umístěných v náhradní rodinné péči.

Případové studie jsou v každé skupině zvláště podrobeny hledání výrazně stejných (v případě správné, vhodné volby náhradní výchovy) či výrazně odlišných znaků (v případě nevhodně zvolené náhradní výchovy) především v oblastech: věk dítěte, tělesný a duševní stav dítěte, rodinná situace a předpokládané trvání umístění mimo rodinu. Zmíněné znaky byly čerpány od Matějčka (kapitola 5 – Dilema prostředí: rodina versus instituce). Tyto činitele budou porovnávány v rámci dané skupiny, a to v návaznosti na úspěšnost volby dané alternativy náhradní výchovy. Obě výchozí skupiny tvořené dětmi umístěnými v ústavní péči a dětmi umístěnými v náhradní rodinné péči byly následně vzájemně porovnávány.

### 6.3 Cílová skupina výzkumu

Výzkumný soubor je již pro povahu zvoleného výzkumu prostřednictvím případových studií nenáhodný. Výzkumný soubor byl vybírán cíleně, s ohledem na výzkumný záměr, a je vytvořen dětmi, které byly z původní rodiny odebrány z důvodu zanedbávání, týrání či zneužívání.

Cílová skupina byla vybrána především na doporučení odborných pracovníků zařízení, které výzkumník navštívil. Výběr byl však velmi omezený. Dle získaných informací je skutečně prokázaných případů týrání a zneužívání velmi malé množství. Z toho důvodu se většina níže uvedených případových studií zaměřuje na problematiku zanedbávání.

### 6.4 Případové studie

Výzkumná metoda případových studií byla v této práci aplikována pro bližší obeznámení s životními zkušenostmi jednotlivých zkoumaných jedinců, s jejich anamnézami, minulým a současným stavem.

Případovou studii můžeme definovat jako „*úsilí o porozumění určitému sociálnímu objektu v jeho jedinečnosti a komplexitě.*“ (Hendl, 2005, s. 105).

Případovou studii jsme v této práci použili z důvodu snahy po co nejhlubším porozumění tématu náhradní výchovy u dětí se syndromem CAN. Cílem je rozpoznání výběrových kritérií, na jejichž základě je možno účinně rozhodnout o volbě formy náhradní výchovy, jež bude pro dítě vhodná.

Jelikož toto téma nebylo tímto způsobem dosud zpracováno, využili jsme mnohonásobnou



případovou studii.

Jak uvádí Švaříček, Šed'ová (2007), mnohonásobné případové studie jsou využívány v šetřeních, jejichž záměrem je návrh určité teorie.

Snaha výzkumníka byla, aby případové studie obsahovaly různé formy syndromu CAN a odlišné způsoby řešení prostřednictvím různých forem náhradní výchovy. Jak bylo již řečeno výše, nejčastěji vyskytující se formou syndromu CAN je zanedbávání. Z toho důvodu byla většina případových studií orientována na tuto problematiku. Na případy týrání, přesněji řečeno potvrzeného týrání svěřené osoby, výzkumník při svém bádání mnohokrát nenarazil. Stejná situace byla u zneužívání. Přestože výzkumník navštívil několik potencionálních zdrojů, nepodařilo se nalézt takový, který by odpovídal požadovaným aspektům. Tedy případ, v němž by dítě bylo následkem zneužití z rodiny odebráno a tato situace by byla podrobně zpracovaná a stala by se obsahem dokumentace některé z výzkumníkem navštívených institucí. Případová studie č. 4 – Petr, zabývající se zneužíváním, je součástí případových studií i přesto, že k odnětí dítěte z rodiny nedošlo. Cílem tohoto jednání výzkumníka byla deskripce zneužívání dítěte rodičem alespoň v uvedené podobě. Tato studie nebude součástí provedené analýzy a vyhodnocení.

Výzkumník se již při zpracování případových studií snažil získat co nejvíce informací o sourozencích, kteří byli taktéž z rodiny z důvodu syndromu CAN odňaty. Důvodem je zahrnutí těchto dětí do výzkumného šetření.

Jména jednotlivých osob v případových studiích byla změněna, čímž jsou dodržena pravidla anonymity.

Z důvodu rozsáhlosti případových studií jsou obsahem přílohy (P I: Případové studie).

## 7 ANALÝZA VÝSLEDKŮ PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ A JEJICH VYHODNOCENÍ

Případové studie nám umožnily prozkoumat prostřednictvím vybraných jevů osobnostní a rodinná specifika a proces náhradní výchovy, do níž bylo dítě umístěno. Pro snadnější zprostředkování získaných informací vyplývajících z případových studií jsme tyto údaje sestavili do tabulek, které jsou vzhledem k rozsáhlosti obsahem přílohy (P II: Tabulky: Shrnutí případových studií). Na základě zobrazených informací jsme provedli analýzu jednotlivých případových studií.

Jednotlivé případy jsou očíslovány stejným způsobem jako v příloze (P I: Případové studie). Jestliže součástí jedné případové studie byla sourozenecká skupina více dětí umístěných v náhradní výchově, je těmto dětem přiděleno stejné (pořadové) číslo případové studie.

### 7.1 Analýza jednotlivých případových studií

Analýza případových studií je provedena stručným shrnutím jednotlivých případů, v jejichž závěru je uvedení jednotlivých kritérií pro volbu konkrétní formy náhradní výchovy vycházející z informací v případových studiích. Součástí je i polemika výzkumníka nad výběrem a subjektivní zhodnocení správnosti volby NV na základě náhledu na situaci konkrétního jednotlivce. Kritéria jsou pro přehlednost znázorněna kurzívou a tučným písmem. Hodnocení správnosti dané formy NV je zobrazeno tučným písmem.

#### Případová studie č. 1 – Jiří

Jedná se o neposlušné dítě poměrně mladých rodičů, kteří nesdílí společnou domácnost. Otec je závislý na drogách a matka ve zvýšené míře požívá alkohol. Dítě je matkou často svěřováno jiným osobám. Jiří nemá sourozence a mezi ním a rodiči se nevyvinula bezpečná citová vazba. Po 5 letech sociální práce s rodinou se snahou o nápravu poměrů, při níž matka vyvíjela částečnou snahu o spolupráci, je pětiletý Jiří svěřen do pěstounské péče prarodičů.

V tomto případě jednoznačně o formě náhradní rodinné péče rozhodl *zájem prarodičů schopných a ochotných o Jiřího pečovat* a poskytnout mu zázemí, bezpečí a stálou pečující osobu. Můžeme říci, že tato forma NV je pro Jiřího **správnou volbou**, jelikož dítě

je zde spokojené, adaptované a nejsou známy žádné výrazné negativní změny v chování Jiřího. Chlapec je však hodnocen jako obtížně vychovatelný, což může do budoucna zapříčinit nárůst jeho výchovných problémů.

Kritéria pro správnou volbu: citová vazba mezi dítětem a prarodiči, zájem prarodiče schopného a ochotného poskytnout či zajistit dítěti péči a pomoc, věk dítěte 5 let, adaptace a spokojenost dítěte, absence výrazných změn v chování dítěte v průběhu trvání NRP, předpoklad dlouhodobého trvání náhradní výchovy dítěte vzhledem k malé ochotě o úpravu poměrů v rodině.

### **Případová studie č. 2 – Marie, Beáta, Kateřina**

Jedná se o sourozeneckou skupinu tří sester, bydlící společně s rodiči v nevyhovujících bytových podmínkách, kde otec fyzicky napadá matku a nejstarší dceru Marii. Sestry jsou v rodině zanedbávány a Marie je též otcem fyzicky týrána (nebylo otci prokázáno). Mezi sestrami vzájemně i mezi matkou, babičkou a dětmi trvá citová vazba. Po 4 letech sociální práce s rodinou, při níž rodiče zpočátku nespolupracovali s odbornými pracovníky, byly sestry z rodiny odňaty a umístěny společně v ústavním zařízení. Poté byly svěřeny do předpěstounské péče prarodičům. Matka se snaží uspořádat si podmínky tak, aby jí děti mohly být zpět svěřeny do péče.

Marie byla ve svých 13 letech svěřena do předpěstounské péče (dále též „PPP“), se kterou ale nesouhlasí (chce do péče otce). Vzhledem k rizikovému chování (agresivita, krádeže, lži, vzpurné chování) je její výchova obtížná, je v péči psychiatra. Beáta byla svěřena do PPP ve svých 10 letech. Má poruchy učení a její chování obsahuje neurotické znaky. Kateřina byla do PPP svěřena ve svých 6 letech.

O formě NRP opět rozhodl ***zájem prarodičů ochotných a schopných*** pečovat o děti. Vzhledem k jejich spokojenosti, adaptaci a velmi silném vztahu dětí vůči prarodičům můžeme konstatovat, že tato **forma NV byla pro děti správná**. Zůstává ale otázkou, zda je tato forma vhodná i pro Marii, kterou prarodiče hodnotí za obtížně vychovatelnou. V začínajícím období dospívání Marie můžeme navíc očekávat stupňování výchovných problémů. Sama ***Marie se svěřením do této formy nesouhlasí*** a přeje si být svěřena do péče otce, a to i přesto, že se k ní choval nevhodně. Otec i matka – každý zvlášť – usilují o upravení poměrů, aby jim mohly být dcery vráceny do péče. Pokud bychom mohli usuzovat, v péči matky bude Marie nejspíše dál bojkotovat nového matčina přítele, v péči

otce zas není vyloučené pokračování nevhodného zacházení či nezvládnutí výchovy.

Kritéria pro správnou volbu: citová vazba mezi dítětem a prarodiči, zájem prarodiče schopného a ochotného poskytnout či zajistit dítěti péči a pomoc, věk Marie 13 let, Beáta 10 let a Kateřina 6 let, adaptace a spokojenost dětí, absence výrazných negativních změn v chování dítěte v průběhu trvání NRP, předpoklad krátkodobého trvání náhradní výchovy, matka vyvíjí snahu o úpravu poměrů a podmínek ke společnému bydlení.

### **Případová studie č. 3 – Jana**

Jana žije v domě s rodiči a s babičkou. Jana má sníženou rozumovou úroveň, je emočně labilní a vůči vrstevníkům zaujímá obranný agresivní postoj. Kvůli problémovému chování je v péči psychologa. Dospělí členové rodiny požívají ve zvýšené míře alkohol a vykazují vůči sobě navzájem agresivní chování. Po smrti bratra a otce Jany problémy s alkoholem v rodině progredovaly. Matka odmítá svou alkoholovou závislost léčit, dceru zanedbává. Dům je neudržovaný a nevyhovující pro výchovu a péči o dítě. Sedmiletá Jana je po 3 letech sociální práce z rodiny odebrána a svěřena do péče prarodičům.

Případ Jany byl rozhodnut na základě projeveného *zájmu prarodičů (z otcovy strany) schopných a ochotných* o Janu pečovat, a to i přes skutečnost, že se Jana se svými prarodiči od smrti otce nevidala. Přesto je pravděpodobné, že tento **výběr NV byl správný**. Nebyly zaznamenány žádné výrazné negativní změny v chování dítěte, Jana se zde dobře adaptovala a cítí se zde spokojeně. U Jany však hrozí, že v budoucnu bude inklinovat k alkoholu po vzoru matky a matčiny babičky.

Kritéria pro správnou volbu: citová vazba mezi dítětem a prarodiči, zájem prarodiče schopného a ochotného poskytnout či zajistit dítěti péči a pomoc, adaptace a spokojenost dítěte, věk 7 let, absence výrazných negativních změn v chování dítěte v průběhu trvání NRP, předpoklad dlouhodobého trvání náhradní výchovy, matka nevyvíjí snahu o úpravu poměrů a podmínek v rodině.

### **Případová studie č. 4 – Petr**

Studie není z důvodu absence odnětí dítěte z rodiny analyzována.

### Případová studie č. 5 – Ota, Vít, Pavla

Sourozenecká skupina dvou chlapců a jedné dívky žijících společně s rodiči v nevyhovujících bytových podmínkách. (Další dva sourozenci – z prvního matčina manželství jsou v péči otce.) Oba rodiče požívají v nadměrném množství alkohol. Otec fyzicky napadá matku, která je stížená anxiózní a závislou poruchou osobnosti. Děti jsou rodiči zanedbávány. Mezi dětmi navzájem i mezi matkou a dětmi je citová vazba. Pavla byla po narození umístěna v KÚ, po půl roce byla rodičům vrácena. Po 7 letech sociální práce s rodinou, při níž matka s odbornými pracovníky spolupracovala, ale nedokázala se pro její alkoholovou závislost o děti řádně pečovat, byly děti z rodiny odebrány a umístěny v DD.

Ota má neurotické znaky v chování. Do DD byl umístěn ve svých 7 letech. Zde bylo výrazně zhoršeno jeho impulzivní a agresivní chování a zhoršen školní prospěch. Ota si na pobyt v DD nezvykl. Vít je lehce ovlivnitelný, infantilní chlapec, který nedokáže odhadnout rizika svého chování. Vít byl do DD umístěn ve svých 5 letech, v průběhu pobytu došlo ke změně chování, je impulzivní a agresivní. Zhoršil si školní prospěch. Pavla je lehce mentálně retardovaná s neurotickými příznaky. Do DD byla umístěna prvně ve svých 6 měsících (na dobu 6 měsíců) a poté ve třech letech. V průběhu DD došlo ke zlepšení samostatnosti i sebeobsluhy. Hodnocena zde byla jako emočně labilní, se zhoršenou adaptabilitou a nízkou tolerancí ke stresu. Pavla si přála zůstat i nadále v DD.

Matka byla tímto krokem motivována k úpravě poměrů, opakovaně se léčila ze závislosti na alkoholu, získala zaměstnání, rozešla se s otcem dětí a změnila a upravila byt. Matce byly děti svěřeny na zkušební dobu tři měsíců (od února 2012: Ota 14 let, Vít 12 let a Pavla 10 let).

Tento případ byl řešen umístěním dětí do ústavního zařízení. Kritériem byla skutečnost, že **prarodiče o děti nejevily zájem**. U Oty i Víta se v průběhu ústavní péče prohloubilo problémové chování a postupem času i zhoršení školní ho prospěchu. Můžeme se domnívat, že vzrůstající potíže s chováním i se školními výsledky mohly být způsobeny také neustálým konfrontováním dětí s realitou v rodině. Matka s otcem udržovala, i přes jeho agresivitu a alkoholismus, vztah a opakovaně nedodržela abstinenci. Tyto okolnosti pro děti znamenaly vždy odsun jejich návratu domů na neurčito. Neustálé napětí, těšení se a zklamání měly jistě významný vliv na jejich psychiku. Předpokládáme, že právě toto

způsobilo, že nejmladší z dětí si přeje zůstat i nadále v DD a nechce zpět do péče matky. Kritériem volby pro ústavní péči byla jednak *fungující spolupráce s matkou* dětí a tedy i *prvotní potřeba krátkodobého řešení* prostřednictvím náhradní výchovy. Matka však byla schopna si své *podmínky pro návrat dětí upravit* až po 7 letech, kdy jí děti byly v únoru tohoto roku svěřeny na zkušební dobu 3 měsíců. V případě, že matka neuspěje ve svém výchovném přístupu s již tak obtížně vychovatelnými syny, můžeme předpokládat, že jejich problémové chování bude nadále progredovat a Ota s Vítem budou přemístěni do výchovného ústavu.

Myslíme si, že **volba NV nebyla správná**. U obou chlapců bylo v průběhu pobytu v ústavním zařízení patrné výrazné zhoršení chování i školního prospěchu. Umístěním v ÚP trpěl zvláště Ota, který si zde nezvykl a zcela se upnul k představě návratu k matce. Domníváme se, že forma náhradní výchovy mohla být, již pro nízký věk nejmladší Pavly, volena spíše v oblasti náhradní rodinné výchovy. Jelikož se zpočátku předpokládalo, že forma NV bude mít krátkodobý charakter, mohla mít by v těchto případech prostor pěstounská péče na přechodnou dobu. Problém ale spatřujeme v situaci, kdy se předpokládaná krátkodobá péče změnila na déletrvající, jako tomu bylo v tomto případě. Pak by zřejmě děti musely být přemístěny v ústavním zařízení. Negativní vliv přemísťování mezi formami NV, jež může na psychiku dětí mít, byl zmíněn již v teoretické části práce.

Po sedmi letech umístění v ÚP však není jisté, zda návrat do péče matky bude pro děti přínosný. Nejmladší dítě chce i nadále zůstat v ústavním zařízení. Oba chlapci mají závažné poruchy v chování a návrat k matce pro ně bude znamenat patrně polevení ve výchovném režimu, který byl v ÚP.

Kritéria pro nesprávnou volbu ústavní péče: citová vazba mezi dítětem a rodiči, věk Ota 7 let, Vít 5 let a Pavla 3 roky, zaznamenány výrazné negativní změny v chování Oty a Víta v průběhu trvání ÚP, Ota se zde nezadaptoval, nebyl zde spokojený, Vít s Pavlou se na novou situaci adaptovali a byli zde spokojeni, předpoklad krátkodobého trvání náhradní výchovy, snaha rodiče o úpravu poměrů a podmínek v rodině.

### **Případová studie č. 6 – Roman**

Roman bydlí společně s rodiči v nevyhovujících bytových podmínkách, rodiče s odbornými pracovníky nespolupracují, nemají o syna a jeho výchovu zájem. Dalších 5 dětí bylo rodičům odebráno, 1 je v NRP, 4 v ÚP. Roman nenavázal citový vztah k žádnému z rodičů.

Po půl roce trvající sociální práci byl Roman rodině odebrán a umístěn v KÚ a ve 3 letech přemístěn v DD. Zde hodnocen jako lehce mentálně retardovaný. Ve svých 5 letech byl svěřen do PP. Ačkoli rodiče s NRP souhlasili, domáhali se svých práv na kontakt se synem. Pěstouni zažádali o ukončení PP z důvodu obtížné vychovatelnosti Romana. Kontakt Romana s rodiči pokračoval i v DD. Pro agresivní chování rodičů vůči pracovníkům DD bylo soudem rozhodnuto o omezení styku rodičů s Romanem. Následující narůst výchovných problémů (neposlušnost, vulgárnost, vzteklost, nesoustředěnost, agresivita), ADHD a disharmonický vývoj je v péči psychiatra, byl řešen opakovaným pobytem v psychiatrické léčebně. Ve svých 8 letech byl přemístěn do DDÚ a poté, vzhledem k nutnému specializovanému výchovnému přístupu, do DDŠ.

Případ Romana byl rozhodnut na základě trvalého *nezájmu rodičů i prarodičů*, což bylo kritériem volby ústavní péče. Proto byl umístěn v KÚ a později v DD a pro trvající skutečný *nezájem ze strany rodiny* byl navržen mezi děti vhodné do náhradní rodinné péče. Pro jeho romskou národnost se však vhodný pěstoun našel až v 5 letech Romana. Kvůli *výchovným problémům* byla pěstounská péče na žádost pěstounů ukončena a chlapec byl navrácen do DD. Vzhledem k *narůstajícím problémům v chování* byl přes DDÚ přemístěn do DDŠ.

V kauze Romana se jeví jako podstatný nezájem blízkých osob již od jeho narození. Další přitěžující okolností představovala jeho romská národnost, kvůli níž byl dlouhých pět let umístěn v ústavní péči bez možnosti svěřením do NRP. Domníváme se, že **volba NV** ani v tomto případě **nebyla správná**. Po zkušenostech získaných ve vlastní rodině byl umístěn v ÚP, kde setrval dlouhých 5 let a kde opět nemohl naplnit svou potřebu navázání citové vazby ke stálé pečující osobě. Mohli bychom říci, že i u Romana by se v jeho útlém věku uplatnila pěstounská péče na přechodnou dobu. Avšak opět narážíme na její časovou ohraničenost tří let, po níž by bylo nutno změnit formu náhradní výchovy pro Romana. Domníváme se, že jeho setrvávání v ústavních zařízeních a časté stěhování v rámci NV mělo za následek rozvoj závažných poruch v chování. Předpokládáme proto, že pěstounská péče na přechodnou dobu by byla vhodnou formou, ale pouze pokud by její trvání nebylo tak úzce časově ohraničeno.

Kritéria pro nesprávnou prvotní volbu ústavní péče: nízký věk dítěte 10 měsíců, nemožnost navázat citový vztah ke stálé pečující osobě, zaznamenané výrazné změny v chování v průběhu trvání ÚP, předpoklad dlouhodobého trvání náhradní výchovy, absence snahy

rodiče o úpravu poměrů a podmínek v rodině.

### **Případová studie č. 7 – Iveta**

Iveta bydlí společně s matkou (otec je nezvěstný) stíženou psychózou se schizofrenními rysy. Matka Ivetu izoluje od kamarádů, nedovoluje jí chodit na doučování, vyhazuje jí věci osobní potřeby, stejně jako nábytek z bytu, fyzicky ji napadá. V důsledku těchto okolností je Iveta v péči psychologa. Šestnáctiletá dívka je po 7 letech sociální práce na vlastní žádost umístěna v DD, kde je spokojená.

V případě Ivety byla rozhodovacím kritériem *vlastní žádost Ivety* o umístění do DD, jelikož *prarodiče* o Ivetu *nejevili zájem* ani s ní neudržovali styky.

Tato **forma NV byla správná**. Sociální práce s rodinou začala v době, když Ivetě bylo 9 let a kdy se matčino chování začalo zhoršovat. Těžko odhadovat, jak by se situace vyvíjela, pokud by v té době byla Iveta předána do pěstounské péče na přechodnou dobu či krátkodobě umístěna do ústavního zařízení. Matka by byla více motivovaná k léčbě své psychiatrické nemoci a je možné, že by Iveta nemusela být nadále umístěna v ÚP. Avšak jak případová studie ukazuje, Iveta je se svou situací v DD spokojená.

Kritéria pro správnou volbu: volba založená na vlastní žádosti dítěte o umístění do ústavní péče, věk dítěte 16 let, adaptace a spokojenost dítěte, absence výrazných změn v chování dítěte v průběhu trvání ÚP, předpoklad dlouhodobého trvání náhradní výchovy, matka prozatím nevyvíjí snahu o úpravu poměrů a podmínek v rodině.

### **Případová studie č. 8 – Tadeáš**

Tadeáš vyrůstal s psychiatricky nemocnou matkou (se schizoafektivní poruchou s manickým syndromem) a s otčímem, který jej fyzicky týral, což mu však nebylo neprokázáno. Tadeáš byl matkou i otčímem, a po smrti otčíma, i druhem matky zanedbáván. Otčím i matčin druh požívali ve zvýšené míře alkohol. Mezi Tadeášem a rodiči se nerozvinula citová vazba. Tadeáš je mentálně retardovaný, s projevy ADHD, s destruktivním chováním a instabilitou. Tadeáš je v péči psychiatra. Dvanáctiletý chlapec byl po 12 letech sociální práce s rodinou, na žádost matky pro nezvládnání výchovy, umístěn v DD. Vzhledem k výchovnému režimu v DD nastalo zklidnění negativních projevů v chování.



V roce 2002, v době, kdy byly Tadeášovi 3 roky, o pěstounskou péči projevil **zájem jeho prarodič**, který však tento návrh (z důvodů v případové studii neuvedených) poté vzal zpět. Při hledání vhodné varianty NV v roce 2011 však tato forma nebyla pro závažné výchovné problémy Tadeáše již možná. Proto byl umístěn do ústavní péče, kde je mu poskytován výchovný režim. Přestože v současné době je **volba NV správná**, domníváme se, že k nepříznivé situaci Tadeáše měla být řešena dříve, a to svěřením do péče prarodiče.

Sociální práce s rodinou trvala celých 12 let. Je otázka, zda by se v případě jeho svěřením do péče prarodiče již v tuto dobu, nemohlo výchovným problémům předejít.

Kritéria pro správnou volbu ústavní péče: závažné poruchy v chování dítěte vyžadující výchovný režim, adaptace a spokojenost dítěte, věk 12 let, zklidnění negativních projevů v chování dítěte v průběhu trvání ÚP, předpoklad dlouhodobého trvání náhradní výchovy, matka nevyvíjí snahu o úpravu poměrů a podmínek v rodině.

### **Případová studie č. 9 – Zita, Tibor**

Sourozenci vyrůstají v nevyhovujících bytových podmínkách, bez otce. Matka je mentálně retardovaná. Jejich sestra byla hned po narození na žádost matky umístěna v KÚ a ponechána zde k osvojení. Mezi sourozenci navzájem i mezi matkou a sourozenci je silná citová vazba. Matka však péči o děti zanedbává.

Zita je středně těžce mentálně retardovaná, trpí Rettovým syndromem. Pro svou agresivitu je v péči psychiatra. Jelikož Zita vyžadovala intenzivní péči, kterou matka nezvládala, zažádala matka po 10 letech sociální práce s rodinou o svěřením své jedenáctileté dcery do péče DD. Zde došlo ke zlepšení rozumových i sociálních dovedností. Zita však úzkostně prožívala odloučení od matky.

Tibor je lehce mentálně retardován. Pro výchovné problémy spojené s agresivitou je v péči psychologa. Matka péči o něj nezvládala a v jeho 7 letech zažádala o umístění v DD. Zde mu byl zajištěn potřebný výchovný režim.

V případě sourozenců Zity a Tibora bylo kritériem výběru potřebná **specializovaná péče** o středně těžce mentálně retardovanou dceru a **zajištění výchovného režimu** pro Tibora.

V případě Zity byla volba jednoznačně daná potřebnou péčí, jež dcera vyžadovala, a proto můžeme říci, že u **Zity byla volba NV správná**. U Tibora byla situace odlišná. Jeho lehkou mentální zaostalost nejspíše způsobil nedostatek podnětů v rodinném prostředí.

Příčinou rozvoje problémového chování Tibora byla pravděpodobně absence vhodného výchovného přístupu matky (stanovené hranice, důslednost, aj.). Vzhledem k tomu, že Tiborovi bylo při jeho umístění do DD pouhých 7 let, jako vhodnější alternativum se jeví pěstounská péče. Jelikož jsou vztahy mezi sourozenci a matkou navzájem dobré, pěstouni by museli akceptovat jejich vzájemné kontakty. Přesto se domníváme, že vzhledem k problémovému chování byla i u **Tibora forma NV volena správně**.

Kritériem pro správnou volbu ústavní péče pro Zitu: zajištění potřebné intenzivní péče dítěti, adaptace a spokojenost dítěte, věk 11 let, zklidnění agresivních projevů v chování v průběhu trvání ÚP, předpoklad dlouhodobého trvání náhradní výchovy, matka není schopna dítěti potřebnou péči zajistit.

Kritériem pro správnou volbu ústavní péče pro Tibora: narůstající výchovné problémy dítěte vyžadující výchovný režim, adaptace a spokojenost dítěte, věk při umístění 7 let, absence výrazných změn v chování dítěte v průběhu trvání ÚP, předpoklad dlouhodobého trvání náhradní výchovy, matka není schopna zajistit dítěti potřebnou výchovnou péči.

### **Případová studie č. 10 – Aleš**

Matka o Aleše neprojevovala zájem a řádně o něj nepečovala. Aleš byl proto v 6 měsících svěřen do péče prarodičů, zde však o něj nebylo také pečováno, byl zanedbáván a družkou dědy fyzicky týrán (nebylo prokázáno). Na žádost dědečka byl Aleš ve svých 4 letech umístěn v DD. Alešovo chování obsahovalo prvky ADHD. V 7 letech byl umístěn do PP, později POR, kde byl poručnicí týrán, proto byl opět umístěn v DD. Zde hodnocen jako vzdorovitý, negativistický, emocionálně labilní. Pro zvyšující se impulzivitu a agresivitu, nerespektování autorit byl v péči psychiatra a ve svých 12 letech byl umístěn v DDÚ. Později opět navrácen do DD. Zde projevila zájem o styk se svou biologickou matkou, která jej opakovaně zvala na návštěvy a zažádala o jeho přemístění blíže k jejímu bydlišti. Při rozhodování o umístění byl Aleš pro závažné, stupňující se výchovné problémy, umístěn v DDŠ. Zde je Alešovi poskytován specializovaný výchovný přístup. Matka se Alešovi doposud neozvala.

Aleš byl svěřen do SFO na základě *zájmu prarodičů ochotných a schopných pečovat* o vnuka. Pro *nevhodné zacházení* s Alešem a na *žádost prarodiče* byl umístěn v DD. Kvůli *trvajícimu nezájmu rodičů, prarodičů či osob blízkých* byl zařazen do seznamu dětí vhodných k NRP. Po třech letech čekání byl sedmiletý Aleš svěřen do PP. Avšak i zde se

Aleš stal obětí *špatného zacházení* a byl umístěn zpět do DD. Pro *narůstající problémy v chování* byl umístěn v DDÚ a poté v DDŠ.

Alešova kauza je ovlivněna nezájmem a selháním všech jeho blízkých osob. Můžeme říci, že **svěření Aleše do péče prarodičů bylo nesprávným řešením**. Vzhledem k zjištěné situaci v poměrech prarodičů, jim dítě mělo být v raném věku odebráno. Dítěti v tak nízkém věku je snadnější nalézt vhodnou pěstounskou či osvojitelskou rodinu, než ve věku 4 let, jak tomu bylo u Aleše. V tomto období již přijal z péče prarodičů nevhodné a nežádoucí vzorce chování. Přestože vybraní pěstouni Aleše měli v péči již několik dětí, výchovu o něj nezvládli a chlapce opakovaně za jeho nevhodné chování vystavovali nepřiměřenému trestání. Návrat do DD byl pro něj vysvobozením. Přestože pěstounská péče nebyla úspěšná, **svěření dítěte do pěstounské péče považujeme za správnou volbu**. Domníváme se však, že k ní mělo dojít mnohem dříve. Narůstající problémy v chování Aleše přesunuly přes DDÚ až do DDŠ. Ačkoli o pár let později o něj jeho biologická matka projevila zájem, přivodila mu pro následný nezájem jen další zklamání. Z tohoto případu je patrné, že i když je výběr formy náhradní výchovy adekvátní situaci dítěte (pěstounská péče), záleží vždy i na osobách, jež ji vykonávají. Individuální element selhání v Alešově případě sehrál mimořádnou velkou roli.

Kritériem pro nesprávnou prvotní volbu svěření do péče prarodiče: patologické prostředí s nezájmem a neplněním řádné péče o dítě, nemožnost navázat citový vztah ke stálé pečující osobě.

Kritériem pro správnou volbu svěření do pěstounské péče: potřeba navázat citový vztah ke stálé pečující osobě, předpoklad dlouhodobého trvání náhradní výchovy.

### **Případová studie č. 11 – Pavlína**

Pavlína se narodila matce v pokročilém věku, jejíž osobnost je psychiatricky hodnocena jako simplexní, disociální a emočně nestabilní, se schizoafektivní poruchou osobnosti. Rodiče jsou závislí na alkoholu, otec matku fyzicky napadá. Pavlína má pět sourozenců, z toho jeden je v SFO u prarodičů, druhý je v PP, další v OSV a 2 v péči bývalého manžela Pavlíniny matky. Z těchto důvodů byla dcera rodičům odebrána již po 1. měsíci sociální práce. Pavlína byla v KÚ hodnocena jako zvýšeně dráždivá a neklidná. Dítě bylo zařazeno mezi děti vhodné pro NRP, avšak matka s tímto krokem nesouhlasí.

Případ Pavlíny byl rozhodnut na základě *absence zájmu ze strany prarodičů či osob blízkých ochotných a schopných* o ni pečovat. Pavlína byla vzhledem k neměnným poměrům rodičů navržena jako dítě vhodné ke svěřeni do NRP. Souhlas rodiče nedali.

Sociální práce s rodinou trvala v tomto případě velmi krátkou dobu, jelikož dítě bylo ohroženo nejen ve vývoji, ale - jak se z případové studie jeví - i na životě. Pavlína je ponechána v ústavním zařízení i přes to, že předpoklad návratu do rodiny je minimální. Zdá se, že situace Pavlíny je bezvýchodná a vyřešit ji může zřejmě jen nezájem rodiče, který snad po čase nastane a dítě tak bude moci být (buď se souhlasem rodiče nebo vyslovením nezájmu ze strany rodičů soudem) umístěno v NRP. Otázka je, zda-li již nebude pro dítě pozdě vzhledem k jeho věku či pro objevující se problémy v chování. Domníváme se, že protože je pro dítě nevhodné zůstat v ústavní péči, byla **volba formy NV nesprávná**, avšak jiná možnost není vzhledem k okolnostem možná.

Kritériem pro nesprávnou volbu ústavní péče: nízký věk dítěte 1 měsíc, potřeba navázat citový vztah ke stále pečující osobě, předpoklad dlouhodobého řešení vzhledem k neschopnosti rodičů upravit si poměry v rodině.

## 7.2 Vyhodnocení jednotlivých případových studií

Ze zmíněných hodnocení jednotlivých studií vyplývá, že náhradní rodinná péče uskutečňovaná v rámci příbuzenských vztahů byla správnou formou výběru náhradní výchovy pro dítě se syndromem CAN.

Nesprávnou volbou byly hodnoceny případy umístění dětí v ústavní péči, během níž u dětí došlo k výraznému zhoršení problémů v chování (případová studie č. 5 – Ota, Vít) a dále z důvodu nízkého věku dítěte při umístění (případová studie č. 5 – Pavla a Vít, č. 6 – Roman, č. 9 – Tibor, č. 10 - Aleš a č. 11 – Pavlína), kdy by vhodnější formou pro dítě bylo umístění v některé z forem NRP. V případové studii č. 8 - Tadeáš byla volba ústavní péče sice hodnocena, vzhledem k současným závažným poruchám v chování dítěte, jako správná, přesto z případové studie vyplynulo, že dítě mohlo být umístěno již před 9 lety v péči prarodičů, kteří o jeho péči projevíli vážný zájem.

Na základě analýzy jednotlivých studií můžeme zodpovědět výzkumnou otázku č. 1: Která výběrová kritéria umožní správný výběr odpovídající formy náhradní výchovy pro konkrétní dítě vzhledem k jeho osobnostním a rodinným specifikům?

- Kritérii pro správnou volbu bylo v případě NRP: citový vztah mezi prarodiči a dítětem, zájem prarodiče schopného a ochotného poskytnout či zajistit dítěti péči a pomoc, potřeba navázat citový vztah ke stálé pečující osobě, adaptace a spokojenost dítěte, především nízký věk umístovaného dítěte, absence výrazných negativních změn v chování dítěte v průběhu trvání NRP a předpoklad dlouhodobého trvání náhradní výchovy vzhledem k neochotě či neschopnosti rodičů upravit poměry (související nejčastěji s nevyhovujícími bytovými podmínkami, alkoholismus rodičů, fyzické napadání matky otcem, aj.) v rodině.
- Kritérii pro nesprávnou volbu bylo v případě NRP: patologické prostředí s nezájmem a neplněním řádné péče o dítě, nepřiměřené trestání dítěte, nemožnost uspokojit potřebu dítěte (vzhledem k nízkému věku) navázat citový vztah ke stálé pečující osobě.
- Kritérii pro správnou (či z důvodu neexistence vhodné NRP akceptovatelnou) volbu ústavní péče: závažné poruchy v chování (výchovné problémy) dítěte vyžadující výchovný režim, volba založená na vlastní žádosti dítěte o umístění do ústavní péče, zajištění potřebné intenzivní péče dítěte, kterou není rodič schopen zajistit, adaptace a spokojenost dítěte, vyšší věk dítěte, zklidnění negativních projevů v chování dítěte či absence výrazných negativních změn v chování dítěte v průběhu trvání ÚP, rodiče nejsou z různých důvodů (nejčastěji z důvodu nezájmu a neplnění řádné výchovy, psychiatrického onemocnění matky, nezvládnutí výchovy, aj.) schopni zajistit dítěti potřebnou (výchovnou) péči.
- Kritérii pro nesprávnou volbu ústavní péče: nízký věk dítěte, nemožnost uspokojit potřebu dítěte (vzhledem k nízkému věku) navázat citový vztah ke stálé pečující osobě, nepřizpůsobení dítěte nové situaci, zaznamenané výrazné negativní změny v chování v průběhu trvání ÚP, předpoklad dlouhodobého trvání náhradní výchovy, absence snahy rodiče o úpravu poměrů a podmínek v rodině.

### 7.3 Souhrnná analýza a vyhodnocení případových studií

V přecházející kapitole jsme vyjmenovali kritéria pro správnou a nesprávnou volbu NRP a ÚP pro dítě se syndromem CAN. Následující text se dále bude zabírat těmito kritérii a na jejich základě porovnávat vhodnost NRP či ÚP pro dítě se syndromem CAN.

Z tabulky (Tab. 1) vyplývá, že nejvýznamnějším kritériem pro volbu jakéhokoli typu náhradní výchovy je (ne)zájem prarodičů (či osob blízkých). Tito prarodiče však musí být skutečně ochotní a schopní poskytnout či zajistit dítěti potřebnou péči (ne jako tomu bylo v případové studii č. 10 - Aleš). Správnost rozhodnutí o volbě NRP podporuje *existující citová vazba* mezi dítětem a prarodičem. Z tabulky je patrné, že u dětí umístěných v některé z forem NRP, jsou citové vazby mezi prarodiči a dítětem potvrzeny, vyjma dvou, u nichž toto nebylo možno určit z důvodu absence této informace ve studiích. Existenci vazby však můžeme předpokládat vzhledem k častému pobývání těchto dětí v péči prarodičů v obdobích před odnětím dítěte z původní rodiny. Naopak u dětí umístěných v ÚP byla existence vazby dítěte k prarodiči v pěti případech vyloučena a ve dvou případech ji nebylo možno na základě studií prokázat. Zájem prarodiče schopného a ochotného pečovat o dítě byl u dětí umístěných v ÚP v šesti případech vyloučen a v jednom případě neprokázán. U vazeb dítěte k rodičům a k sourozencům mezi dětmi v NRP a v ÚP není výzkumný rozdíl v takové míře, abychom prostřednictvím analýzy dospěli k významnému výsledku. Z uvedených poznatků můžeme vyvodit, že existence osoby prarodiče (či osoby blízké) je při rozhodování o umístění do NV podstatná - a pro správnost výběru formy NV přínosná - za předpokladu, že tato osoba je schopná a ochotná o dítě pečovat a spolupracovat s odbornými pracovníky. Zvláště pak, je-li mezi dítětem a prarodičem silná citová vazba.

Můžeme tedy konstatovat, že prarodič ochotný a schopný poskytnout dítěti péči (vzhledem ke svým bytovým podmínkám, případnému zaměstnání, či jiným okolnostem) je nejdůležitějším kritériem při rozhodování o formě náhradní výchovy dítěte. Svěření do péče prarodiče je pro dítě citově angažované na prarodiči zcela jistě nejvhodnější volbou a může za jistých podmínek zajistit správný výběr náhradní výchovy pro dítě se syndromem CAN. Primární podmínkou je zamezit možnosti špatného zacházení s dítětem, jež v rámci transgeneračního přenosu můžeme u prarodičů očekávat. Zvláště, jedná-li se o skrytou formu syndromu CAN - psychické týrání.

Můžeme říci, že přestože je NRP vykonávaná prarodiči mnohými lidmi pojmána jako samozřejmá či dokonce povinná, může být v některých případech tato role velmi složitá a vyčerpávající. Zvláště pak jedná-li se o dítě, které bylo v původní rodině zneužíváno, týráno či zanedbáváno. Prarodič vystupuje mezi vnukem a svým vlastním dítětem – rodičem vnuka jako prostředník (zprostředkovává kontakty mezi dítětem a jeho rodičem,

podává zprávy o dítěti, jeho rodiči a jejich vzájemných kontaktech odborným pracovníkům OSPOD, aj.), z čehož může pro prarodiče plynout střet zájmů. Je důležité předcházet různým krizovým situacím, jež mohou v rámci nové vytvořeného vztahu vznikat. Proto by osoba prarodiče vykonávající NRP neměla být, dle našeho názoru, pojmána z odlišného hlediska, než je tomu u osoby mimo okruh příbuzných či osoby blízké. Domníváme se, že prarodiče-pěstouni by měli být součástí vzdělávacího okruhu osob určených pro péstouny a navíc by jim měla být, z výše zmíněných důvodů, poskytována zvláštní odborná poradenská péče.

Další významný jev hovořící o správnosti výběru NRP, jenž vzešel z případových studií, se týká porovnání NRP uskutečněné v rámci příbuzenských vztahů oproti NRP vykonané osobou mimo okruh příbuzných či osob blízkých. Jak z tabulky (Tab. 3) vyplývá, v případě, kdy je dítě svěřeno do NRP v rámci své biologické rodiny, odpadá riziko pozdějšího přemístění dítěte do ústavní péče (příp. studie č. 1 – Jiří, č. 2 – Marie, Beáta, Kateřina a č. 3 – Jana). Je-li PP poskytována osobami nepříbuzenského charakteru, může nastat situace, kdy péstouni dítě výchovně nezvládají, je pro ně výchovně náročné a pro péstouny je pak „zbytečné“ vyvíjet úsilí k nápravě problému (případová studie č. 6 – Roman a č. 10 – Aleš). Kdežto u rodinných příslušníků existuje již v prvopočátku NRP citová vazba, která obvykle prarodiči nedovolí se dítěte vzdát a zažádat o jeho umístění v ÚP.

V tabulce (Tab. 1) se, jak výzkumník nepředpokládal, neprojevil výrazný rozdíl ve věku dětí svěřených do NRP či do ÚP. Avšak významná diference se ukázala v pohlaví mezi dětmi umístěnými v NRP a v ÚP. Mezi dětmi, jež byly umístěny v náhradní rodinné péči jsou čtyři děti ženského pohlaví a pouze jedno dítě pohlaví mužského. Mezi dětmi umístěnými v ústavní péči je sedm dětí mužského pohlaví a čtyři děti ženského pohlaví (mezi nimi je zahrnuto i dítě ženského pohlaví, určené do náhradní rodinné péče, s níž ale matka nedala souhlas).

Dalším poznatkem vyplývajícím z tabulky (Tab. 1) je, že poruchami chování závažnějšího charakteru trpí ve větší míře zkoumaní chlapci, a to v obou formách náhradní výchovy. Tomu odpovídá i výsledek výzkumu prováděnému v rámci diplomové práce, která byla prováděna u vzorku 15 dětských domovů smíšeného pohlaví. Zkoumané děti z DD s poruchami chování zde byly rozděleny dle pohlaví na dívky, jež tvořily 42 % a chlapce, jež tvořili 58 % (Opravilová, 2008).

Vysvětlení podávají autoři Matějček, Langmeier (1986) a tvrdí, že chlapci jsou prokazatelně citlivější v nejčasnějších vývojových fázích vůči biologickým škodlivinám i v pozdějším věku vůči nepříznivým citovým a sociálním vlivům.

Domníváme se proto, že k ohrožení a narušení osobnosti chlapců může docházet i vlivem nevhodného zacházení rodiči. Je tedy třeba věnovat více péče zaměřené na prevenci vývoje poruch chování, například prostřednictvím odborné péče psychologa či etopeda. V případě, že je dítě se syndromem CAN (nejen mužského pohlaví) umístěno v NRP, mělo by automaticky být v péči odborného pracoviště.

V důsledku těchto tvrzení můžeme vyvodit, že pro dospívající chlapce, v jejichž chování se objevují závažné poruchy, je vhodnější formou náhradní výchovy ústavní péče. Správnost výběru je daná především profesionalitou pracovníků ÚP, jež zabezpečí výchovný režim.

V dalším sledovaném jevu *poruchy chování a učení*, jež byly u dětí zaznamenány v období předcházejícímu odnětí z rodiny, je mezi dětmi v NRP a dětmi v ÚP patrný rozdíl. Ve skupině dětí umístěných v ÚP jsou ve větším množství zaznamenány děti s výchovnými problémy těžšího charakteru, než u dětí v NRP. Což potvrzuje předcházející tvrzení, že ústavní péče je pro děti s poruchami chování pravděpodobně vhodnější volbou náhradní výchovy.

Z rodinných faktorů (Tab. 2) vyplývá rozdíl *patologického chování či psychiatrického onemocnění rodičů* (pěstounů, poručníků) v NRP a ÚP. U dětí, umístěných v náhradní rodinné péči, je patologické chování rodiče provázeno nevyhovujícími bytovými podmínkami, ovlivněno nadužíváním alkoholu či závislostí na drogách a projevuje se fyzickým napadáním matky otcem. U dětí umístěných v ústavní péči je nejčastějším jevem psychiatrické onemocnění matky a mentální retardace matky, dále nezáměr a neplnění řádné péče o dítě a nezvládnutí výchovy dítěte (předurčuje dítě do péče profesionálních vychovatelů). Pouze v poslední uvedené studii je patologické chování rodiče ovlivněno nadužíváním alkoholu. Toto dítě však je „drženo“ v ústavní péči rodiči, kteří odmítají dát souhlas ke svěření dítěte do náhradní rodinné výchovy.

Dle tabulky (Tab. 3) se prokázalo, že *věk dítěte* při jeho umístění do náhradní výchovy není významným ukazatelem pro její volbu. Do pěstounské (či předpěstounské) péče se dítě dostalo v 5, 6, 8, 10 a 13 letech. Do ústavní péče v 1, 6 a 10 měsících, dále v 5, 4, 7, 11, 12 a 16 letech. Přesto ale i zde jsme našli určitou shodu.



Děti mladšího školního věku a starší byly do ústavní péče umístěny ve dvou případech pro nezvládnání výchovy (případová studie č. 8 – Tadeáš a č. 9 – Tibor) a v jednom pro nezvládnání péče o dítě (případová studie č. 9 – Zita). Umístění u obou dětí do ústavního zařízení hodnotíme jako vhodné. U dětí ve věku kojeneckém bylo důvodem umístění v ústavní péči nezáměr či neplnění řádné péče o dítě (případová studie č. 5 – Pavla, č. 6 – Roman, č. 10 – Aleš a č. 11 – Pavlína). I přesto, že v pozdějším věku byly tyto děti (vyjma případové studie č. 5 – Pavla a č. 11 – Pavlína) svěřeny do NRP, konstatujeme, že pobyt dětí nízkého věku v ústavním zařízení nebyl správný. Po ústavní péči u dvou ze tří dětí následovala některá z forem náhradní rodinné péče, která však byla ukončena pro nezvládnutí výchovy a pro nepřiměřené trestání (případová studie č. 6 – Roman a č. 10 – Aleš).

Jak vyplývá z tabulky (Tab. 1), poruchy chování jsou častou součástí života dětí se syndromem CAN. Tabulka (Tab. 3) však poukazuje taktéž na *změny v chování zaznamenané v průběhu umístění v náhradní výchově*. Z tabulky (Tab. 3) jednoznačně vyplývá, že u dětí umístěných v některé z forem NRP k negativním změnám v chování nedochází, zatímco u dětí umístěných v ÚP je zaznamenáno množství negativních změn v chování. Téměř se zdá, že prostředí ústavního zařízení zapříčiňuje nežádoucí chování umístěných dětí. Vede nás to k přesvědčení, že NRP byla u zkoumaných dětí správnou volbou. Přestože plně souhlasíme s tímto tvrzením, výzkumník se setkal s problémem většiny rodin vykonávajících NRP, jež tkví v nekomunikaci a nesdílnosti negativních zážitků či zkušeností týkající se dítěte v jejich péči. Tato skutečnost může být příčinou absence zaznamenaných nežádoucích změn v chování dětí v průběhu NRP. Druhým důvodem je i fakt, že v ústavním zařízení je dítě pod neustálým dohledem odborných pracovníků, kteří rizikové chování dokáží identifikovat a dále s ním pracovat. Odpadá zde pocit osobního selhání ze strany pracovníků, kteří nemají důvod zamlčovat tyto údaje.

Jak tabulka (Tab. 3) ukazuje, pouze v jednom ze zkoumaných případů se jednalo o pozitivní změnu v chování zaznamenanou v průběhu ústavní péče (případová studie č. 5 – Pavla). Jelikož však bylo toto dítě v ústavní péči umístěno v raném věku a předpokládáme, že pobyt v ústavní péči bude mít vliv na emoční deprivaci dítěte, můžeme očekávat eskalaci problémového chování v průběhu dospívání. V dalších dvou případech došlo v průběhu ÚP ke zklidnění negativního chování (případová studie č. 8 – Tadeáš a č. 9 – Zita).

Do NRP směřují v rámci PP zajištěné osobami mimo okruh rodiny především děti nízkého věku (případové studie č. 6 - Roman a č. 10 – Aleš). Jak ale ze studií vyplývá, tato forma se jeví jako méně vhodná u dětí, s nimiž bylo špatně zacházeno v původní (či předchozí) rodině. Naopak u dětí, které byly svěřeny do PP v rámci vlastní rodiny, byla tato forma shledána jako správná, nevyžadující další změnu prostředí (případová studie č. 1 – Jiří, případová studie č. 2 – Marie, Beáta, Kateřina, případová studie č. 3 – Jana). Přemístování dítěte z jedné formy péče do druhé zvyšuje pravděpodobnost vzniku a rozvoje poruch v chování (případová studie č. 6 – Roman a č. 10 – Aleš).

Ke svěřeni dítěte do ústavní péče nejčastěji směřují jeho výchovné problémy, které rodiče (či jiná osoba mající dítě v péči) nezvládají (případová studie č. 6 – Roman, č. 8 – Tadeáš a č. 9 – Tibor a č. 10 – Aleš), anebo potřebná specializovaná péče, kterou dítě vyžaduje vzhledem ke svému tělesnému či mentálnímu handicapu (případová studie č. 9 – Zita). Dalším kritériem je žádost rodiče či dítěte o umístění v ústavním zařízení (případová studie č. 6 – Roman, případová studie č. 7 – Iveta, č. 8 – Tadeáš a č. 9 – Tibor a č. 10 – Aleš).

Z uvedených studií můžeme konstatovat, že při zvlášť špatném zacházení, jež dítě traumatizuje, je vhodnější variantou náhradní výchovy krátkodobé umístění v ústavním zařízení, jež nabízí neutrální a bezpečné prostředí (případová studie č. 2 – Marie, Beáta, Kateřina a č. 10 - Aleš) a poskytuje ochranu před patologickým rodinným prostředím. Můžeme se domnívat, že rodiče jsou k úpravě vlastních poměrů více motivováni je-li dítě krátkodobě svěřeno do ústavního zařízení, než do péče prarodičů (případová studie č. 2 – Marie, Beáta, Kateřina a č. 5 – Ota, Vít, Pavla). Naopak dlouhodobá péče v ústavním zařízení, zvlášť pro děti nízkého věku, zapříčiňuje vznik a rozvoj poruch chování (případová studie č. 5 – Ota, Vít, případová studie č. 6 – Roman, případová studie č. 10 – Aleš).

Postrádáme zde studii pojednávající o situaci dítěte s výchovnými problémy, o něž prarodiče ochotní a schopní o dítě pečovat projevují zájem. Dle našeho mínění by rozhodování o prioritě výběrového kritéria připadlo na zájem prarodiče a dítě by bylo svěřeno do NRP. Částečně toto splňuje případová studie č. 2 – konkrétně Marie, jejíž péči však prarodiče nezvládají a je otázka, zda bude Marie svěřena dle jejího přání do péče otce, anebo do péče matky, kde se však dá očekávat kumulace problémů a vyhocení vzájemných vztahů.

Na základě provedené souhrnné analýzy a vyhodnocení případových studií můžeme zodpovědět výzkumnou otázku č. 2: Pro dítě se syndromem CAN je vhodnější formou náhradní rodinná péče anebo ústavní péče?

V návaznosti na předchozí závěry z případových studií můžeme konstatovat, že nejvhodnější formou náhradní výchovy pro dítě se syndromem CAN je NRP vykonávána prarodiči dítěte, ochotnými a schopnými dítěti poskytnout či zabezpečit péči a pomoc, mezi nimiž existuje citová vazba.

Jestliže NRP v rámci příbuzenstva není možná, je pro dítě se syndromem CAN vhodné krátkodobé umístění v neutrálním a bezpečném prostředí ústavního zařízení. Tvrzení odpovídá teoretickým východiskům této práce (kapitola 4.4 Negativa a pozitiva ústavní péče pro děti se syndromem CAN). Autorka Kopačová (In Vaníčková, 2003) zde konkrétně u dětí se syndromem CAN doporučuje poskytnutí dočasné přednosti ústavní výchově před náhradní rodinnou péčí. Důvodem je jednak ochrana dítěte před rodiči a také vysoké riziko závažných poruch chování.

NRP zajištěná osobami mimo okruh příbuzenských osob se jeví pro děti se syndromem CAN méně vhodnou. Přesto se domníváme, na základě dalších závěrů práce, že z dlouhodobého hlediska je pro dítě (zejména mladšího školního věku a mladší) vhodnější formou NRP zajištěná nepříbuzenskými osobami, než pobyt dítěte v ústavním zařízení. Je však nutná spolupráce s odbornými pracovníky, zvláště jedná-li se o chlapce.

Dlouhodobá ústavní péče je vhodným řešením pro dítě staršího školního věku (nad 11 let), které nemá možnost být svěřeno do péče prarodiče ochotného a schopného dítěti poskytnout či zabezpečit péči a pomoc, a v jehož chování se objevují závažné poruchy, které vyžadují odbornou výchovnou péči.

Přestože z teoretické části diplomové práce vyplynulo, že rozhodujícím činitelem při rozhodování o formě náhradní výchovy je věk dítěte, z případových studií je zřejmé, že v praxi při umístění dítěte do NRP k věku dítěte přihlíženo nebylo. Domníváme se, že z toho důvodu je účelné oživení staronového institutu náhradní rodinné výchovy, a to pěstounské péče na přechodnou dobu. Časově limitovaný pobyt dítěte v rámci dané formy NV je však nepromyšlený, neboť tato maximálně tříletá doba se jeví jako poměrně krátká k vyřešení tíživé situace dítěte.

## ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala problematikou dítěte s anamnézou syndromu CAN a jeho umístěním do některé z forem náhradní výchovy. Smyslem teoretické části diplomové práce bylo poukázat na přednosti a nedostatky jednotlivých forem náhradní výchovy vázané na specifickou skupinu dětí s anamnézou syndromu CAN, podložené názory různých autorů zabývajících se danou problematikou.

Cílem diplomové práce bylo porovnání vhodnosti náhradní rodinné péče s ústavní péčí pro dítě s anamnézou syndromu CAN, a to prostřednictvím nalezených a zkoumaných kritérií, která usnadní správný výběr odpovídající formy náhradní výchovy pro konkrétní dítě vzhledem k jeho osobnostním a rodinným specifickým.

Na základě teoretických východisek jsme dospěli k závěru, že nejdůležitějším kritériem pro správnou volbu náhradní výchovy se jeví věk dítěte; jedná-li se o dítě mladšího školního věku a mladší, je vhodnější náhradní rodinná péče, v případě staršího dítěte je pak vhodnou formou náhradní výchovy ústavní péče (přičemž nebyla definována doba umístění). Nejvhodnější formou náhradní rodinné péče byla v teoretické části práce shledána péče prarodičů a osob dítěti blízkých.

Cílem kvalitativního výzkumu provedeného prostřednictvím metody případových studií, bylo nalezení výběrových kritérií, která usnadní správný výběr odpovídající formy náhradní výchovy pro konkrétní dítě vzhledem k jeho osobnostním a rodinným specifickým. Jednalo se nám o taková kritéria, na jejichž základě bychom mohli usuzovat, která z variant náhradní výchovy je pro dítě se syndromem CAN vhodnější. Výzkumným cílem tohoto zkoumání bylo porovnání vhodnosti náhradní rodinné péče s ústavní péčí u dítěte se syndromem CAN. Výzkumného cíle bylo dosaženo prostřednictvím nalezených kritérií, jež umožnila zhodnocení vhodnosti zmíněných alternativ náhradní výchovy pro dítě.

Na základě případových studií jsme došli k jednoznačnému závěru, a to že náhradní rodinná péče je za určitých podmínek pro děti se syndromem CAN vhodnější formou než ústavní péče. Pěstounská péče či svěřeni do péče jiné fyzické osoby než rodiče je vhodná zejména v případě, je-li poskytována příbuznou osobou či osobou dítěti blízkou a za předpokladu, že tato osoba je ochotná a schopná poskytnout či zajistit dítěti potřebnou péči a pomoc, a je-li mezi dítětem a prarodiče citová vazba. Dále jsme došli k závěru, že náhradní rodinná péče je pro děti se syndromem CAN méně vhodná, jestliže ji vykonává

osoba mimo okruh příbuzných či osob dítěti blízkých. Přesto je tato forma vhodnější, zvláště u dětí mladšího školního věku a mladších, než dlouhodobý pobyt v ústavním zařízení.

Avšak pro určitý okruh dětí je péče v ústavním zařízení správnou volbou; jedná se o děti staršího školního věku a starší, u nichž se projevují závažné poruchy v chování (případně mladšího školního věku, jedná-li se o zvlášť závažné poruchy chování) anebo vyžaduje-li dítě pro svůj zdravotní či mentální handicap intenzivní péči, kterou mu rodič nemůže z různých důvodů poskytnout.

Jak z případových studií dále vyplynulo, pěstounská péče na přechodnou dobu se jeví jako velmi vhodný nástroj pro umístování dětí se syndromem CAN. Výtkou tohoto institutu je doba poskytování péče dítěti, ohraničená třemi lety. Předpokládáme, že pro dítě vhodnějším nástrojem zajišťujícím krátkodobost této varianty náhradní výchovy by bylo individuální posuzování okolností na straně dítěte (nalezení vhodné osoby pro výkon náhradní rodinné péče), a to bez ohledu na výše uvedený tříletý časový limit.

Jsme si vědomi, že zkoumaná kritéria, vycházející z poznatků získaných na základě případových studií, nebyla nalezena v kompletní podobě. Důvodem byla neúplnost získaných informací vztahujících se k jednotlivým zkoumaným jedincům a formám náhradní výchovy, která však byla dána objektivní nemožností získat kompletní a kontinuálně navazující podkladové údaje dokládající osobnostní a sociální vývoj dítěte po celou dobu jeho dosavadního života. Vždy rovněž existuje riziko možného přehlédnutí méně významných aspektů výzkumníkem, nicméně předpokládáme, že základní aspekty tento výzkum postihl.

Nedostatkem výstupů z provedeného výzkumu je skutečnost, že není možné výsledky kvalitativního výzkumu zobecnit a aplikovat je na ostatní případy. Domníváme se, že z toho důvodu by bylo vhodné navázat na tuto práci kvantitativním výzkumem, jež by sledoval výskyt jednotlivých kritérií (a tato rozšířil) u dalších dětí se syndromem CAN umístěných v náhradní výchově.

Diplomová práce může být přínosem pro všechny, jež se zajímají o danou problematiku náhradní výchovy dětí s anamnézou syndromu CAN.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

## Monografie

- [1] ARCHEROVÁ, C. *Dítě v náhradní rodině*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-578-4.
- [2] BECHYŇOVÁ, V., KONVIČKOVÁ, M. *Sanace rodiny : Sociální práce s dysfunkčními rodinami*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0031-4.
- [3] BENTOVIM, A. *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-629-3.
- [4] BOŤOVÁ, A., JANDOVÁ, T. Současné možnosti péče o děti v dětských domovech. In: BOŤOVÁ, A., et al. *Náhradní rodinná péče a transformace systému péče o ohrožené děti v České republice*. Brno: Triada, 2008, s. 53 – 59. ISBN 978-80-254-3353-9.
- [5] BOWLBY, J. *Vazba : teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367.670-4.
- [6] BRISCH, K. H. *Poruchy vztahové vazby : od teorie k terapii*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-870-8.
- [7] CURTIS, P. A., DALE, G., KENDALL, J. C.. *The Foster Care Crisis: Translating Research into Policy and Practise*. University of Nebraska Press, USA, 1990. Dostupný z : [http://books.google.cz/books?id=KeBVVF\\_3y9IC&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.cz/books?id=KeBVVF_3y9IC&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false).
- [8] ČÍRTKOVÁ, L. *Forezní psychologie*. 2. vyd. Plzeň: Čeněk, 2009. ISBN 978-80-7380-213-4.
- [9] DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-192-5.
- [10] FISCHER, S. *Sociální patologie. Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.
- [11] GABRIEL, Z., NOVÁK, T. *Psychologické poradenství v náhradní rodinné péči*.

1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1788-3.
- [12] HENDL, J. *Kvalitativní výzkum : základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- [13] HORT, V., HRDLIČKA, J., KOCOURKOVÁ, E. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-1.
- [14] JANSKÝ, P. *Problémové dítě a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních*. 1. vyd. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2004. ISBN 80-7041-114-7.
- [15] KOHOUTOVÁ, J. Stručný vývoj ústavní výchovy do roku 1990 do dneška. In: DVOŘÁK, J., RADANOVÁ, S. *Náhradní výchova dětí - možnosti a meze*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2008, s. 56–61. ISBN 978-80-87146-05-7.
- [16] KOLUCHOVÁ, J. *Psychický vývoj dětí v pěstounské péči*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 1992. ISBN 80-85529-01-7.
- [17] KOLUCHOVÁ, J. Stručný vývoj ústavní výchovy do roku 1990 do dneška. In: DVOŘÁK, J., RADANOVÁ, S. *Náhradní výchova dětí - možnosti a meze*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2008, s. 62-73. ISBN 978-80-87146-05-7.
- [18] KOPAČOVÁ, J. Problematika ústavní výchovy dětí s anamnézou týrání. In: VANÍČKOVÁ, E. *Násilí na dětech*. Praha: Humanita-Profes, 2003, s. 62-65. ISBN 80-903392-0-4.
- [19] KRAUSOVÁ, L., NOVOTNÁ, V. *Sociálně-právní ochrana dětí*. 1. vyd. Praha: ASPI, 2006. ISBN 80-7357-214-1.
- [20] KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. *Zlo na každý den. Život s deprivanty I*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-088-6.
- [21] KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. *Vzpouora deprivantů. Nestvůry, nástroje, obrana*. 2. vyd. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-410-2.
- [22] MARHOUNOVÁ, J., STÝBLOVÁ, M. *Osvojené dítě*. Praha: Mona, 1982.
- [23] MATĚJČEK, Z. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-85282-83-6.

- [24] MATĚJČEK, Z. *Náhradní rodinná péče : Průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-304-8.
- [25] MATĚJČEK, Z., LANGMEIER, J. *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama, 1986.
- [26] MATĚJČEK, Z., et al. *Osvojení a pěstounská péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7187-637.3.
- [27] MATĚJČEK, Z., LANGMEIER, J. *Psychická deprivace v dětství*. 4. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1983-5.
- [28] MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha: Slon, 1999. ISBN 80-85850-76-1.
- [29] MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A. *Mládež a delikvence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-771-X.
- [30] MATOUŠEK, O., et al. *Sociální práce v praxi : specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- [31] MOTEJL, O. Podmínky výkonu ústavní a ochranné výchovy – hlavní nedostatky zjištěné ochráncem. In: MOTEJL, O., et al. *Sborník stanovisek veřejného ochránce práv. Rodina a dítě*. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2007.
- [32] PŮTHE, P. *Dítě v ohrožení*. 2. vyd. Praha: G plus G, 1999. ISBN 80-86103-21-8.
- [33] SEZEMSKÝ, J. Transformace a sloučení systému péče o ohrožené děti. In: BOŤOVÁ, A., et al. *Náhradní rodinná péče a transformace systému péče o ohrožené děti v České republice*. Brno: Triada, 2008, s. 64–68. ISBN 978-80-254-3353-9.
- [34] SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-250-8.
- [35] ŠKOVIERA, A. *Dilemata náhradní výchovy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-318-5.
- [36] ŠPECIÁNOVÁ, Š. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. Praha: Linde, 2003. ISBN 80-86131-44-0.
- [37] ŠVARŤÍČEK, R., Šed'ová, K., et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.



- [38] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- [39] VANÍČKOVÁ, E. *Tělesné tresty dětí. Definice – popis – následky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0814-0.

#### Diplomové práce

- [40] OPRAVILOVÁ, I. *Rizika poruch chování u dětí v dětských domovech a jejich vliv na edukaci*. Brno, 2008. 99 s. Diplomová práce na Pedagogické fakultě Univerzity Masarykovy na katedře speciální pedagogiky. Vedoucí diplomové práce Věra Vojtová.

#### Periodika, bulletiny

- [41] OPRAVIL, Milan. Mýty o ústavní výchově. *Učitelství noviny*. 2011. Praha: Gnosis, 22. 2. 2011, č. 8, 16-17 s. ISSN 0139-5718. Dostupný také z: <http://ww.ucitelskenoviny.cz/?archiv&clanek=5768>.
- [42] DUNOVSKÝ, Jiří. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě a dětské krizové centrum v Praze*. 1. vyd. Praha : VZP, 1995.

#### Zákony

- [43] Zákon č. 94/1963 Sb. ze dne 4. prosince 1963 o rodině, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1963, částka 53, s. 339-350. Dostupný také z: <http://www.sbirkazakonu.info/zakon-o-rodine/>.
- [44] Zákon č. 359/1999 Sb. ze dne 9. prosince 1999 o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1999, částka 111, s. 7662-7683. Dostupný také z: [http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/\\_s.155/701?PC\\_8411\\_1=359/1999&PC\\_8411\\_ps=10#10821](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/_s.155/701?PC_8411_1=359/1999&PC_8411_ps=10#10821).
- [45] Zákon č. 109/2002 Sb. ze dne 5. února 2002 o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2002, částka 48, s. 2978-2991. Dostupný také z: <http://aplikace.msmt.cz/PDF/sb048-02.pdf>.
- [46] Zákon č. 563/2004 Sb. ze dne 24. září 2004 o pedagogických pracovnících a o

změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 190, s. 10333-10345. Dostupný také z: <http://www.msmt.cz/mladez/zakon-c-563-2004-sb-o-pedagogickych-pracovnicich>.

#### Internetové zdroje

- [47] Petra Vrtbovská. On-line o pěstounské péči. *Lidovky.cz*. [online]. 2007. Praha: Marfa. [Cit. 2007-07-25]. Dostupné z: <http://www.lidovky.cz/odpovedi.asp?T=NATAMA&strana=1>. ISSN 1213-1385.
- [48] *Syndrom can* [online]. Praha, ©2002 [cit. 2011-09-12]. Dostupné z: [http://www.dkc.cz/syndrom\\_can.php](http://www.dkc.cz/syndrom_can.php)
- [49] Klára Trubačová. *Důvodová zpráva*. [online]. [2011] Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, [cit. 2011-01-12]. Dostupné z: [http://www.anrcr.cz/sites/default/files/Duvodova\\_zprava.pdf](http://www.anrcr.cz/sites/default/files/Duvodova_zprava.pdf)
- [50] Viktorie Plívová. *Kojenecké ústavy pro děti mladší tří let by měly skončit do konce roku 2013* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 25 srpna 2011 [cit. 2011-11-04]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/11310/ruseniustavu.pdf>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

DD	Dětský domov.
DDŠ	Dětský domov se školou.
DDÚ	Dětský diagnostický ústav.
KDC	Kojenecké a dětské centrum, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc
KÚ	Kojenecký ústav, dětské centrum.
NRP	Náhradní rodinná péče.
NV	Náhradní výchova.
PP	Pěstounská péče.
PPP	Předpěstounská péče.
POR	Poručnická péče.
OSPOD	Oddělení sociálně-právní ochrany dětí.
OSV	Osvojení.
SFO	Svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče.
ÚP	Ústavní péče.
Zákon o rodině	Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, v platném znění.
Zákon o sociálně právní ochraně dětí	Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, v platném znění.
Zákon o výkonu ústavní výchovy	Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů.

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Případové studie

Příloha P II: Tabulky: Shrnutí případových studií

## PŘÍLOHA P I: PŘÍPADOVÉ STUDIE

### Případová studie č. 1 – Jiří (narozen roku 2005)

#### *Rodinná anamnéza*

Matka: narozena roku 1986, svobodná, v době narození Jiřího měla 19 let. Zdravotní stav: dobrý. Alkohol požívá nadměrně, kouří, užívá drogy (marihuanu). Vzdělání: dokončená základní škola. T. č. na mateřské dovolené.

Otec: narozen roku 1985, svobodný, v době narození Jiřího měl 20 let. Zdravotní stav: dobrý. Alkohol požívá nadměrně, kouří, je závislý na drogách. Dvakrát podstoupil odvykací léčbu, s neúspěšným výsledkem. Vzdělání: dokončená základní škola. Dlouhodobě nezaměstnaný.

Sourozenci: žádní.

Rodiče jsou nesezdaní a zpočátku nežijí ve společné domácnosti. Matka s nezletilým Jiřím bydlí v domě svého otce. Otec je každodenně přítomen, občas přespí. Po pár měsících nakrátko užívají společnou domácnost.

#### *Osobní anamnéza*

Jiří se narodil z matčina prvního těhotenství. V průběhu gravidity a porodu nebyly shledány žádné abnormality. Jiřího kojila matka pouze první měsíc, bylo jí to nepříjemné.

#### *Historie a současnost*

Rodina se k oddělení sociálně-právní ochrany dětí dostala v červenci roku 2005 na podnět pediatričky, která oba rodiče (především otce) zná, upozorňuje na problémy s drogami u obou rodičů. Rodiče Jiřího se jí jeví jako nezodpovědní a nevyzrálí.

První návštěva sociální pracovnice z OSPOD v domácnosti matky proběhla v pořádku. Přesto je rodině ze strany sociálních pracovníků věnována zvýšená pozornost.

V listopadu nahlásil otec na Městskou policii, že matka je podnapilá a fyzicky jej napadla (což se při projednávání nepotvrdilo). Domácnost však byla ve značně zanedbaném stavu. Matku proto i s dítětem odvezli do Azylového domu pro matky s dětmi, kde byla pod odborným dohledem.

Na OSPOD bylo anonymně nahlášeno, že se v domě pořádaly časté večírky do pozdních

nočních hodin, stahovali se tam narkomani, kteří tu pobývali i několik dní. Matčina babička našla v domě použité injekční stříkačky a prázdné lahve od toluenu. Byly shledány závažné nedostatky ve způsobu jejich života neslučitelného s péčí o Jiřího, Rodiče byli poučeni o své rodičovské zodpovědnosti, byli upozorněni na následky nevhodného chování. Matka přislíbila nápravu a přestěhovala se do rodinného domku ke své babičce. Vzhledem k častým neshodám mezi rodiči se matka rozhodla dítě otci nesvěřovat.

Koncem prosince téhož roku se však matka s otcem znovu nastěhovali do domu, ve kterém spolu přerušovaně žili. Do rodiny dochází terénní sociální pracovnice. Rodiče se snažili o nápravu, ta však neměla dlouhého trvání. Výchovu Jiřího ze strany matky i otce kritizovala v měsíci břenu 2006 babička z otcovy strany, která upozorňovala na opakované svěřování dítěte jiným osobám (babičkám, tetám, apod.) na několik dnů, přičemž volný čas matka tráví v restauracích. Rodiče se před OSPOD vzájemně osočovali z nadužívání alkoholu a do těchto aktivit byli zapojováni i prarodiče. Jirkova matka přiznala, že otec občas kouří marihuanu nebo čichá toluen, její matka - babička Jiřího si na OSPOD stěžovala, že Jirkův otec se vůči její dceři (matce Jiřího) chová agresivně. Poněvadž se vztahy mezi rodiči nezletilého vyhrotily, došlo k ukončení jejich vzájemného vztahu. Matka si podala žádost o svěření syna do své výchovy, s čímž otec souhlasil. Otec si našel zaměstnání a se synem se stýkal pravidelně každý druhý víkend. Přesto matce neplatil výživné, za což byl soudem v červnu 2008 odsouzen s podmíněným odložením výkonu trestu s odkladem čtrnácti měsíců.

V lednu 2007 při návštěvě sociální pracovnice OSPOD si matka stěžovala na modřiny, kterých si u syna všimla při jeho přebírání od prarodičů. Při dalším neohlášeném šetření v roce 2009 byl v domácnosti matky opět nepořádek, zakouřené prostory. V bytě přespávali cizí lidé, pili tam alkohol a kouřili. Matka je stále nezaměstnaná a dosud nepodala žádost do zařízení pro předškolní výchovu. V únoru 2010 sociální pracovnice navštívila matku opětovně. Přestože byl čas oběda, matka spala a syn ji nemohl vzbudit. Jiří toho dne ještě nic nejedl, ani nepil. Matce je doporučena návštěva psychologa. Jiří je zařazen do rejstříku zanedbávaných dětí.

Z důvodu přetrvávajících problémů ve výchově matky se babička dítěte z otcovy strany v březnu 2010 svěřila pracovníkům OSPOD, že je rozhodnutá podat návrh na svěření

Jiřího do péče jiné fyzické osoby. V tomto jejím rozhodnutí ji však nepodpořil její manžel, dědeček Jiřího, který se převzetí obával a myslel si, že vhodnějším řešením je jeho umístění do dětského domova. Přesto se i nadále sociální pracovnice OSPOD snažily o změnu podmínek u matky nezletilého Jiřího tak, aby se pro něj náhradní řešení nemuselo hledat.

S určitým řešením přišel na OSPOD matčin strýc. Navrhl, aby na čtvrt roku pracovně odcestovala za svým otcem do Irsku. Otec žije na venkově, musela by se tam podřídít tamějšímu životu, pracovat a nepít. O Jiřího by se po dobu pobytu matky v Irsku starala širší rodina, především teta matky Jiřího. Ta však vypověděla, že otec očekává příjezd ženy i se synem, pro něhož má domluvenou školku a pro dceru – matku Jiřího práci. Navrhovali, že by koncem dubna s matkou i Jiřím do Irska letěli a osobně je předali otcovi matky. Neustále budou ve spojení. Návrat do České republiky byl určen otcovou dovolenou v Irsku na červenec. Sociální pracovnice se i s ostatními příbuznými Jiřího shodly na tom, že výrazná změna prostředí je pro matku se synem vhodná příležitost k urovnání situace. Pracovnice OSPOD se s tetou matky dohodly, že pokud podmínky v Irsku nebudou dle jejího mínění pro dítě vhodné, vezme Jiřího s sebou zpátky.

Jak bylo dohodnuto, teta, která doprovodila matku se synem do Irska, přišla následující den po jejím přiletu informovat sociální pracovnice OSPOD o podmínkách, v nichž měli matka se synem v Irsku žít. Jelikož v průběhu pobytu v Irsku vyzorovala, že otec matky Jiřího kouří v přítomnosti dítěte a ve značné míře požívá alkohol, přijela do České republiky i s Jiřím. Také vypověděla, že se jí nezletilý svěřil, že se domů vrátit nechce, protože ho maminka nechává i po dobu několika dnů doma samotného s cizími lidmi, kteří se chovají divně; anebo že jej matka zavírá do sklepa bez jídla a pití. Po tomto incidentu – kdy teta Jiřího matce vzala, se matka z Irska s Jiřím vůbec nekontaktovala, a to ani po jejím návratu do republiky. Souhlasila s tím, že syn zůstane v péči prarodičů. Až v červnu 2010 projevila zájem syna vidět, což jí prarodiče umožnili.

Péči o Jiřího převzali prarodiče z otcovy strany a hodnotí jej jako dítě výchovně velmi náročné, hyperaktivní, lítostivé, neochotné poslouchat a bez sociálních návyků. Babička vyhledala na doporučení sociální pracovnice klinického psychologa. Z vyšetření vyplynulo, že Jiří je poznamenán výchovnou a emoční deprivací, kdy neměl možnost přilnout k jedné stabilní osobě a vytvořit si s ní pevnou citovou vazbu. Psycholog upozornil, že chlapec

potřebuje někam naléhavě patřit, k někomu se citově přimknout. Prarodiče nakonec zažádali soud, aby jim byl Jiří svěřen do pěstounské péče, k čemuž v listopadu roku 2010 došlo.

Jirkova matka byla obviněna pro trestný čin ohrožování výchovy dítěte, za což byla odsouzena k trestu odnětí svobody v trvání 12 měsíců, výkon trestu jí byl podmíněně odložen na zkušební dobu v trvání 24 měsíců. Matka i otec Jiřího jsou pozitivní na žloutenku typu C. Matka se se synem občas stýká, pouze však pod dohledem někoho z příbuzenstva. Otec se synem udržuje pravidelný kontakt.

### *Prognóza*

Vzhledem k neměnné - a pro výchovu dítěte nevhodné - situaci u matky i otce je pro Jiřího jednoznačně přínosné, že je svěřen do pěstounské péče u prarodičů.

Jelikož dědeček s tímto postupem zpočátku nesouhlasil, můžeme předpokládat rozporuplné jednání či případné konflikty v rámci vztahů, zvláště v případě, že tato změna bude dlouhodobého rázu, což můžeme očekávat. Bylo by proto vhodné zabezpečit úlevu o péči Jiřího alespoň o některých víkendech, které by nezletilý trávil u jiných příbuzných.

### **Případová studie č. 2 – Marie (narozena roku 1998)**

#### *Rodinná anamnéza*

Matka: narozena roku 1978, vdaná, v době narození Marie měla 20 let. Zdravotní stav: dobrý. Alkohol pije příležitostně, kouří, drogy neužívá. Vzdělání: vyučena. T. č. na mateřské dovolené.

Otec: narozen roku 1971, ženatý, v době narození Marie měl 27 let. Zdravotní stav: dobrý. Alkohol pije příležitostně, kouří, drogy neužívá. Vzdělání: učební obor s maturitou. Pracuje u dopravní společnosti.

#### Sourozenci:

Beáta, narozena roku 2001, je to bezproblémová, bystrá, klidná a poslušná dívka. Na svůj věk je hodně samostatná, často a ráda se stará o mladší sestru Kateřinu. Autority (ženské i mužské) respektuje. Působí spíše nenápadně, uzavřeně, pomalu navazuje kontakt. Při práci je pozorovatelný drobný psychomotorický neklid. Má mírnou formu specifické vývojové poruchy učení. Aktuální intelektové schopnosti se nacházejí v průměru. Vykazuje



neurotické příznaky, je zvýšeně úzkostná. V obtížných chvílích se snaží hodně kontrolovat a neprojevoval své emoce.

Kateřina, narozena roku 2005, je energická, zvědavá a upovídaná dívka. Kontakt navazuje okamžitě a bez problémů, neustále vyhledává fyzickou blízkost. Není u ní dostatečně uspokojena potřeba bezpečí, jistoty a stability. Je osobnostně extrovertního zaměření, vyhledává společnost druhých lidí. Na svůj věk je velmi samostatná a rozhodná, projevila i tendence k dominanci a řízení druhých. Aktuální intelektové schopnosti jsou v průměru. Autority respektuje.

Mezi všemi sestrami je patrná pevná citová vazba. Nejstarší Marie přebírá roli péče a výchovy svých mladších sester. V důsledku neexistence sociálního zázemí v domě, mají všechny dívky nízkou úroveň hygieny.

Rodiče dětí jsou sezdaní a bydlí ve společné domácnosti. Obývají dům ve velikosti 3 + 1, nenacházející se v zdevastovaném stavu, je odpojen od přívodu vody, není zde sociální zařízení, kuchyň, chybí podlahy a omítky. Koupat se děti chodí k babičce, pro wc využívají rouru trčící ze země v kuchyni. S praním a s hygienou dětí matce vypomáhá sousedka. Rodičům se dlouhodobě nedaří vytvořit vhodné bytové podmínky a selhávají i ve svém výchovném působení.

#### *Osobní anamnéza*

Pro Marii je charakteristické vzpurné chování. Od roku 2009 je v péči pedagogicko-psychologické poradny. Chování Mari popisují rodiče jako provokující. Nevhodně a hrubě se chová vůči sestrám, v rámci rodiny se dopouští krádeží. Jindy je uzavřená a nenápadná. Vykazuje neurotické příznaky. Intelektové schopnosti spadají do průměru, vážne pojmové a abstraktní myšlení. Osobnostně spíše introvertně orientovaná. Je hodně netrpělivá, náročná na sebe i okolí, vznětlivá.

#### *Historie a současnost*

Rodina se k OSPOD dostala v červnu roku 2007, kdy anonymní oznamovatel upozornil na špatné bytové a hygienické podmínky v domě, v němž rodina se třemi dětmi žije.

V červnu 2007 sociální pracovnice OSPOD navštívila rodinu v domácnosti. Žádná z místností není uzpůsobena k běžnému užívání. V kuchyni se vyskytuje pouze dvouplotýnka a malá lednička (leč bez jakéhokoli jídla). Špatná situace s bydlením je dle

vyjádření matky způsobena rychlým stěhováním od prarodičů ze strany matky, když se se svým otcem pohádali. Rodiče nepřipustili, že by mezi sebou měli vážnější neshody. Přiznávali, že bydlí ve špatných podmínkách, současně oponovali, že nejdůležitější pro děti je citové pouto, které mezi sebou mají. Rodičům bylo sděleno, že stávající podmínky jsou pro děti nevyhovující. Mají časově omezený prostor k nápravě, nedojde-li k ní, bude matka s dětmi umístěna v odpovídajícím zařízení

Další návštěva v červenci 2007 prokázala připojení vody, ovšem jediný zdroj vody se nachází ve sklepě domu. Bydlení tedy opět nesplňuje základní hygienické normy. Matka měla v úmyslu s dětmi na čas odjet k příbuzným, než otec na domě dokončí to nejnnutnější. V srpnu 2007 však zjistila sociální pracovnice, že práce na domě příliš nepokročily. Domácnost byla shledána v neutěšeném stavu, stále chybělo sociální zázemí, kuchyně, podlahy i topení. Z důvodu nadcházejících chladných dnů sociální pracovnice navrhla ubytování v zařízení pro matky s dětmi. Koncem října se matka s dětmi přestěhovala k prarodičům (z matčiny strany), kde obývala s dětmi jednu místnost. Ze zjištění Mariina chování vyplynulo, že má značné problémy s chováním ve škole i doma. Marie měla zhoršený prospěch ve všech školních předmětech, zapomínala domácí úkoly i pomůcky do školy. Učiteli byla hodnocena jako nesoustředěná, z domova neodpočinitá a ospalá.

V lednu 2011 škola kontaktovala pracovnice OSPOD kvůli narůstajícím problémům s Marií. Pedagogové si stěžovali na nedostatečnou spolupráci rodičů se školou. Marie měla problémy v kolektivu kvůli strádání v hygieně a v oblékání. Matka s dětmi stále přebývala u svých rodičů. Domek, v němž žili společně s manželem, je stále neopravený.

V červnu 2011 škola kontaktovala OSPOD opětovně, a to vzhledem ke sdělení Marie, že ji doma otec zbil. Byla roztřesená, měla odřenou nohu a modřinu pod okem, z otce má strach. Rodina se přestěhovala do původního domku. Jelikož zde nebyla zapojena elektřina, doma se nevařilo ani nepralo. Po deseti dnech přišla Marie do školy s výrazným otokem horního rtu a s oteklou levou polovinou tváře. Potvrdila, že zranění ji způsobil otec, který ji několikrát udeřil do hlavy. Příčinou napadení byl Marií rozbitý mobil. Otce však ospravedlňovala, že je nervózní a má hodně starostí. Marie potvrdila, že „otec bije jen mě a matku, ostatní sestry ne“. Jít domů Marie odmítla. Sociální pracovnice proto zavolala babičce (ze strany matky), která si ji odvedla domů. Babička potvrdila, že otec Marii i

matku opakovaně fyzicky napadá. Otec se však k situaci vyjádřil s tím, že Marie lže a krade peníze. Doposud to řešil vždy domluvou, poslední dobou však i fyzickým trestem. Otec uvažuje o rozvodu. Veškeré problémy v rodině přisuzuje matce Marie, která špatně hospodaří s financemi, nehradí inkaso a půjčuje si u lichvářů. Případ podezření na týrání svěřené osoby je předán Policii České republiky. Matka se k této záležitosti také vyjádřila, a to s tím, že Mariino chování je nevyočitatelné, je obtížně zvladatelná. Odmlouvá, je drzá, lže, krade peníze, rozbíjí věci sester, chová se agresivně vůči matce i mladším sestřám, aj., přičemž se tyto problémy stále stupňují. K psychologce, ačkoli byla objednaná, dcera odmítla jít. Z vyjádření matky i otce vyplynulo, že chování dcery vnímají jako neadekvátní

a provokující. Na rodiče bylo apelováno, aby upustili od tělesných trestů a výchovné problémy řešili ve spolupráci s odborníky.

Sociální pracovnice se od Marie dozvěděla, že od dubna 2011 byl v domě kvůli dluhům odpojen přívod elektrické energie a že domek rodiny je stále neobyvatelný, zcela zde chybí koupelna, wc a kuchyň. Otec se od rodiny prakticky odstěhoval. Do domu dochází jednou až dvakrát do týdne. S pracovníci OSPOD není ochotný spolupracovat, kontakt omezuje pouze na telefonické vyjádření. Pracovníci vznesli podezření ze zanedbávání a ohrožování výchovy ze strany rodičů. Na základě všech těchto skutečností bylo zahájeno trestní řízení vůči oběma rodičům ve věci přečinu ohrožování výchovy dítěte, kdy rodiče závažným způsobem porušovali svou povinnost pečovat o své nezletilé děti.

Situace v rodině se zcela vyhroutil v září 2011. Mezi rodiči došlo pod vlivem alkoholu k hádce (týkající se nového přítele matky), při níž otec v přítomnosti dvou nezletilých dcer matku fyzicky napadl. V dětském pokoji se otec následně za asistence Marie pokusil o sebevraždu oběšením a poté se pokusil podpálit dům. Vzhledem k okolnostem byl otec převezen do psychiatrické léčebny a matka na ošetření do nemocnice. Děti si k sobě vzala babička ze strany matky.

Při šetření v domácnosti matka sdělila přání se s manželem rozvést. Domácnost je v neutěšeném stavu, zanedbaná a zpustlá. Děti se obávají návratu otce do rodiny, jelikož ten byl po pár dnech z psychiatrické léčebny propuštěn. Prioritou práce s rodinou se tedy stalo zajištění bezpečí dětí. Matka i s dětmi byly seznámeny s návrhem o jejich dočasném umístění v dětském diagnostickém ústavu. Vzhledem k zátěžovým situacím v rodině je

považován dočasný pobyt na neutrální a bezpečné půdě za opodstatněný. Návrat bude možný v případě vytvoření vhodných podmínek v rodině. Na základě předběžného opatření byly děti v září 2011 odevzdány do péče dětského diagnostického ústavu. Pravidelně je zde navštěvuje jejich matka a obě babičky. Otec s dětmi, především s Marií, komunikuje prostřednictvím telefonu.

Matčin nový přítel se v domě snaží dokončit nutné práce tak, aby jim děti mohly být svěřeny. Matka požádala o rozvod manželství. Mezitím si babička z matčiny strany podala návrh na svěření dětí do pěstounské péče. Matka i otec s tímto návrhem souhlasí, děti se možnosti předání do péče babičky taktéž nebrání. Se souhlasem dětského diagnostického ústavu a pracovníků OSPOD byly děti v prosinci 2011 předány babičce, ačkoli jí prozatím nebyly soudem svěřeny do péče. O svěření dětí do předpěstounské péče rozhodl soud koncem prosince 2011.

Marie však s vývojem situace nebyla spokojená a ačkoli se ostatní sourozenci otce báli, ona projevila přání být svěřena do jeho péče. Babičce bylo doporučeno navštívit s Marií Středisko výchovné péče. Chování Marie je prarodiči i sociálními pracovníky hodnoceno jako rizikové (zvýšená agresivita vůči sestřám). Matka za dětmi dochází několikrát týdně.

Soud v únoru 2012 vydal rozsudek týkající se zamítnutí předání dětí do pěstounské péče babičky. Důvodem je skutečnost, že rodiče se snaží o nápravu poměrů a tudíž se neočekává, že pěstounská péče bude mít dlouhodobý charakter. Soud taktéž poukazuje na výdělký obou rodičů, kteří by v případě potřebného bytového zázemí, mohli nadále plnit svou rodičovskou funkci. Proti tomuto rozhodnutí se babička odvolala.

Případ není v současné době uzavřen. Při zamítnutí odvolání se bude postupovat návrhem na svěření dětí do péče jiné fyzické osoby – babičky.

### *Prognóza*

Jestliže budeme brát v úvahu návrat dětí do rodiny, jeví se jako velmi žádoucí pracovat s celým rodinným systémem, podporovat rodičovské kompetence (důležitá jednotnost a stabilita rodičů), pomáhat nalézat vhodné kompromisy, učit je vzájemně lépe komunikovat. Práci s rodinou však stěžuje neochota rodičů ke spolupráci s pracovníky OSPOD i s jinými odborníky, kdy se záměrně vyhýbají vzájemným kontaktům.

Prozatímní řešení se pro děti jeví jako vhodné. Matka je více motivována k řešení bytových

záležitostí tak, aby mohla děti získat zpět do péče. Problém může nastat u Marie, která je v současné situaci manipulována otcem. Ten bojkotuje nového partnera matky a Marii tímto způsobem staví do opozice. V případě, že by byla Marie svěřena do péče matky, by její chování mohlo nevhodným způsobem progredovat. Jestliže by byla na své přání svěřena do péče otce, vyvstává předpoklad, že by péči o dceru nezvládal, případně ji fyzicky napadal.

### **Případová studie č. 3 – Jana (narozena roku 2003)**

#### *Rodinná anamnéza*

Matka: narozena roku 1980, vdaná, v době narození Jany měla 23 let. Zdravotní stav: trpí epilepsií, t. č. těhotná. Alkohol požívá nadměrně, je na alkoholu závislá, kouří, drogy neužívá. Vzdělání: nezjištěno.

Otec: narozen roku 1978, ženatý, v době narození Jany měl 25 let. Zdravotní stav: dobrý. Alkohol požívá nadměrně, kouří, drogy neužívá. Vzdělání: vyučen. Pracoval jako řidič dopravního podniku.

Sourozenci: žádní.

Babička: narozena roku 1956, vdova. Alkohol požívá často, nekouří, drogy neužívá. Vzdělání: nezjištěno. V současné době je nezaměstnaná.

Rodiče jsou sezdaní, bydlí společně s babičkou Jany (z matčiny strany) a s jejím přítelem v rodinném domku. Soužití je velmi problematické. Mezi matkou a babičkou dochází k častým hádkám, slovním urážkám i fyzickému napadání, vše se odehrává i před nezletilou Janou. Situaci zhoršuje časté požívání alkoholu všech dospělých osob. Babička se snaží v rámci svých možností suplovat péči o Janu.

#### *Osobní anamnéza*

Jana se narodila z matčina prvního těhotenství. Ostatní záležitosti neznámé. Jana navštěvuje mateřskou školu.

Jana má problémové chování, které se objevilo již v průběhu docházky do mateřské školy. Do školy chodila neustále zavšivená, nedostatečně oblečená a špinavá. Děti s ní odmítaly sedět v jedné lavici, nechtěly s ní kamarádit a ona pak vůči nim zaujímá agresivní (obranný) postoj.

Jana není zvyklá láskyplně a vstřícně komunikovat, negativně reaguje na zvýšený hlas, ihned se stahuje, jako by očekávala fyzický útok. Její psychika a emoční vývoj je narušen rodinným prostředím. Emoční složka je značně nevyvážená, objevuje se časté střídání nálad od plačtivosti k nepřiměřeným euforickým stavům, jež se střídají v krátkých intervalech. Málo podnětné prostředí způsobilo též deficit v mentálních funkcích, negativně ovlivnilo vývoj poznávacích funkcí, motorickou oblast a celkově snížilo rozumovou úroveň, včetně řečové oblasti. Jana vykazuje známky celkové zanedbanosti, včetně absence běžných hygienických návyků.

### *Historie a současnost*

Rodina se k OSPOD dostala v roce 2008 na základě hlášení od Policie České republiky, která oznámila přestupek v rodině proti občanskému soužití za přítomnosti nezletilé dcery Jany. Vzhledem k pokračujícím konfliktům v rodině za účasti PČR, při nichž matka i otec řešili pod vlivem alkoholu problémy v manželském soužití, byla rodina OSPOD sledována.

Matka v době těhotenství pravidelně docházela na zdravotní prohlídky. Chlapec se narodil v dubnu 2009 mrtvý. Matku tato událost přivedla do špatného psychického stavu.. V červnu 2009 matka oznámila úmrtí manžela při autonehodě.

Škola, kterou Jana navštěvovala, oznámila OSPOD u nezletilé nalezené vši a zameškané a neomluvené hodiny. Sociální pracovnice proto navštívila trvalé bydliště matky. Matku našla v obývacím pokoji opilou.. Nebyla schopna vstát z postele a pečovat o domácnost a dceru. Při šetření v domácnosti byl zjištěn značný nepořádek a zanedbanost celé domácnosti (sociální pracovnice ji přirovnala k „vizáži smetišťe“), Jana byla špinavá a neupravená. Babička připouští, že matka má potíže s alkoholem. Z babičky byl cítit alkohol také. Mezi babičkou a matkou Jany bylo napětí, vzájemně se osočovaly. Matka dochází k psychiatrovi, bere antidepresiva a antipsychotikum Tiapridal.

Sociální pracovnice v listopadu 2009 navrhly radikální změnu, jak vztahů mezi matkou a babičkou, tak změnu bytových podmínek a poměrů v domácnosti. V opačném případě jim bude Jana odebrána. Proto byla navržena rodinná terapie a návštěva Jany u psychologa.

Při kontrole zaznamenala sociální pracovnice opět značný nepořádek, vše silně znečištěno, včetně osobních věcí Jany. Po bytě pobíhají psi a kočky, vše zapáchá močí a výkaly. Sociální pracovnice navrhla využití asistenční terénní služby za účelem odvozu nepotřebných věcí a úklidu domácnosti, pomoci při hledání zaměstnání, podpory nácviku

rodičovských povinností a psychické opory k vylepšení vztahu mezi matkou a babičkou. Ani přes vyvinuté snahy však nedošlo k nápravě. Matka odmítá pomoc OSPOD, s dcerou se k psychologovi v řádný termín a bez omluvy nedostavila. Sama nadále požívá alkohol a potíže s udržení čistoty a pořádku v domácnosti přetrvávají. Komise péče o rodinu a děti doporučila matce abstinovat a léčit se z alkoholové závislosti prostřednictvím hospitalizace v psychiatrické léčebně anebo ambulantně formou užívání podpůrného prostředku Antabus. Byl podán návrh na stanovení výchovného opatření – dohledu nad výchovou nezletilé Jany.

Matka však Antabus v psychiatrické ambulanci odmítla. Psychiatr na základě nespolupráce a negativního přístupu matky k léčení alkoholové závislosti léčbu přerušil.

Matka ani babička nebyly svým chováním pro Janu vhodným vzorem. Matka zanedbávala svou rodičovskou zodpovědnost, nedostatečně se jí věnovala, zanedbávala její péči, výchovu i přípravu do školy. Svým nezodpovědným přístupem matka společně s babičkou ohrožovaly její další vývoj a zdraví. Matka spolupráci a pomoc OSPOD i odborných lékařů odmítla, znemožňovala přístup ke kontrole nezletilé Jany. Z výše uvedených důvodů byl Janě ustanoven kolizní opatrovník – sociální pracovník OSPOD, a to z důvodu zahájeného trestního stíhání matky pro podezření ze spáchání trestného činu ohrožování výchovy dítěte. V březnu 2011 je proto nad Janou soudem ustanoven soudní dohled.

Na tuto skutečnost matka zareagovala částečnou vstřícností, neustále však byla v opozici a protialkoholní léčení odmítala. Domácnost byla stále vedena ve špatném stavu. Matka Janu vědomě neposílala několik týdnů do školy (a zameškané hodiny řádně neomluvila), jelikož nebyla schopná důsledně zlikvidovat vši a dbát na čistotu oblečení Jany. Navíc matka znemožňovala provádění náhodných kontrol nezletilé Jany, soudní dohled se tedy míjel účinkem. Proto byl v květnu 2011 podán návrh na předběžné opatření a soud dítě svěřil do péče zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. V průběhu pobytu v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc ji opakovaně navštívila babička.

V červnu 2011 projeví o Janu zájem prarodiče z otcovy strany. Podle matky se prarodiče začali o vnučku zajímat pozdě, protože „*Jana vůči nim nemá žádný citový vztah a nechce u nich zůstat*“, dále tvrdí, že prarodiče o Janu žádný zájem ani nemají, nenavštěvují ji. Její tvrzení však vyvrátil opatrovník Jany, který s prarodiči šetřil danou situaci. Jana k prarodičům jezdila na víkendové pobyty a jak sama říkala, byla zde velmi spokojená.

Přesto se snaha sociálních pracovníků stále zaměřovala na pomoc matce Jany. Ta vzhledem k možnosti dostat dítě zpět do péče souhlasila s ambulantní protialkoholní léčbou. Poté matka navštívila svou dceru v zařízení. Sociální pracovnice však uvedla, že z matky i jejího přítele byl cítit alkohol. Další šetření v rodině zjistilo, že se matka ze závislosti na alkoholu neléčí a že situace v rodině je obdobná stavu před odnětím Jany. Prostředí matky bylo i nadále hodnoceno jako nepodnětné a závadné pro zdarový vývoj dítěte.

Jelikož zájem o svěřeni vnučky do výchovy u prarodičů z otcovy strany stále přetrvával, byla jim Jana na základě rozhodnutí soudu od září 2011 svěřena. Janině matce bylo stanoveno výživné.

Janiny problémy v kolektivu vrstevníků však pokračovaly i nadále. Na žádost ředitele základní školy, do které Jana docházela, byla odeslána na vyšetření do pedagogicko-psychologické poradny. Janě byla doporučena návštěva psychiatra.

Matka projevila zájem o kontakt s dcerou. Sociální pracovnice OSPOD po prošetření dlouhodobější pobyt v domácnosti matky nepovolila. Matka byla z domu babičky vyhnána a nyní žije v domě přítelovy matky, která ji tam ale dlouhodobě nestrpí. Matka společně s přítelem obývají jeden zcela nezabydlený pokoj bez topení a podlah, což je stav pro dítě naprosto nevyhovující. Kontakt doporučila pouze na 2-3 hodiny a po domluvě s prarodiči.

### *Prognóza*

Matka se jeví jako nezpůsobilá výchovy dítěte. Vzhledem k její závislosti na alkoholu, nezaměstnanosti a nezajištěnému bydlení můžeme předpokládat eskalaci problémů.

Zachovat zájem dítěte o častý kontakt s maminkou je v tomto případě velmi rozporný. Předpokládáme, že spojení s matkou nebude pro Janu velkým přínosem. Neposkytuje dítěti citovou oporu a není ani svým způsobem života pro ni vhodným vzorem. I když v tomto případě nepředpokládáme, že si dcera bude matku idealizovat, můžeme tušit nevědomou nápodobu matčina chování, zejména v průběhu dospívání.

Prarodiče jsou snaživí, mají s výchovou dítěte životní zkušenost. Oba jsou zaměstnaní a mají zajištěné bydlení. Prarodiče jsou ochotni spolupracovat s odbornými pracovníky, což se jeví jako velká výhoda vzhledem k problémům Jany ve škole a mezi vrstevníky. Otázkou však zůstává, zda budou schopni zvládnout nápor předpokládaných zvýšených



problémů v chování Jany v období puberty.

#### **Případová studie č. 4 – Petr (narozen roku 2002)**

##### *Rodinná anamnéza*

Matka: narozena roku 1980, vdaná, v době Petrova narození měla 22 let. Zdravotní stav: carcinom prsu, užívá antidepressiva. Alkohol nepožívá, nekouří, drogy neužívá. Ukončené středoškolské vzdělání, nedokončená vyšší odborná škola. Nyní na mateřské dovolené.

Otec: narozen roku 1979, svobodný, v době Petrova narození měl 23 let. Zdravotní stav: dobrý. Vzdělání: vyučen. Nezaměstnaný, sankčně vyřazen z evidence ÚP. Má již dvě děti z předešlého vztahu. Nejeví žádný zájem o kontakt se synem.

Otčím Petra (nynější manžel matky a otec Markéty): narozen roku: 1973, ženatý. Zdravotní stav: zdravotní postižení, plný invalidní důchod. Abúzus alkoholu, kouří, drogy neužívá. Zaměstnán jako příslušník policie, po autonehodě jako operátor. V dětství byl umístěn v dětském domově.

Sourozenci: Markéta, narozena roku 2005.

Petrovi rodiče spolu nežijí, matka se v roce 2005 provdala za jiného muže, s nímž má dceru Markétu. Manželé žijí ve společné domácnosti. Matka je onkologicky nemocná a dochází na chemoterapii. Otčím měl měsíc po svatbě vážnou nehodu na motorce, po níž mu byla amputována noha pod kolenem. Poté začal více požívat alkohol, pod jeho vlivem má tendence k agresivitě. Otčím je v současné době stále pod vlivem alkoholu. Matka vzhledem ke svému onemocnění nemá sílu na rozvodové řízení. Oporou matce jsou její rodiče, přestože otec je konfliktní a razantní a má velmi výbušnou povahu.

##### *Osobní anamnéza*

Petr dochází do mateřské školy, zde je hodnocen jako rozpustilý, neurotický, s velkou fantazií (velmi často a intenzivně uniká do světa pohádek, ulpívá na myšlence, že bude králem). Petrovo chování se změnilo, projevuje se častými výkyvy emocí, od agresivity k bezradnosti, úzkosti a nechutenství. Svým chováním kompenzuje pocity bezmoci prožívané doma, rozkazuje, poroučí, chce být silný. Celkově negativisticky naladěný, má sklon k opozičnímu chování, kritičnosti, snadno vzrušivý a pak konfliktní, destruktivní. zřejmě ADHD a porucha opozičního vzdoru.

Z důvodu jeho roztěkanosti, nesoustředěnosti a nezájmu o školní práci mu byla odložena školní docházka

### *Historie a současnost*

Rodina se k OSPOD dostala v břenu 2009, kdy se na OSPOD obrátila učitelka z Petrovy mateřské školy s vážným podezřením na špatnou situaci v rodině, případně na zneužívání dítěte. Učitelka se nejprve zkontaktovala s matkou chlapce a sdělila jí, s čím se jí Petr svěřil: „*Otčím dělá hrozné věci...*“, „*dělá to, když maminka se sestrou spí dole v pokoji*“. Přitom také tvrdil, že „*matka je hnusná,*“ „*chci ji zabít*“. Sdělil také, že byl svědkem škrcení maminky. Nesměl to nikomu říct, aby otčím nešel do vězení. Matka řekla, že se jí syn před pár dny také svěřil, a následkem toho se od otčíma i s dětmi odstěhovala k jejím rodičům. Učitelka převyprávěla svědectví i pracovníci OSPOD a vznesla také obavu z násilí v rodině. Pracovnice OSPOD oznámila podezření na pohlavní zneužívání Policii ČR.

Matka se synem navštívila psychologickou ambulanci. Vypověděla zde, s čím se jí syn svěřil a co této události předcházelo. Koncem minulého roku našla opakovaně u postele syna i manžela lžičku namaštěnou zaslou flourem na chleba. Když se manžela ptala, odpověděl jí, že má opruzeniny a tím, že se léčí. Když pak byly o pár týdnů později s Petrovou babičkou nakupovat, ptala se maminka babičky, co má manželovi na opruzeniny koupit. Syn jejich rozhovor slyšel a matce se svěřil, že „*tatínek jej lechtá na zadečku, že už mu to dělal vícekrát*“. „*Dělá to, když je opilý a když ostatní spí*“. Přesně popsal sled událostí, které s tím souvisely. Matka si vzpomněla, jak si syn stěžoval na bolest zadečku, na špinavé slipy. Petr říkal, že „*Petrův zadeček je tatínkův*“. „*Jemu to strašně ubližuje, že mu to dělá, do toho zadečku. Protože to bolí*“. S tímto podezřením se svěřila psycholožce, která to ihned nahlásila na PČR. V tentýž den ředitelka MŠ kontaktovala OSPOD s podezřením na zneužívání Petra.

Matka vyjádřila obavu z reakce otčíma při vyšetřování, že by byl schopen ublížit jim i sobě. Matka na PČR nahlásila jen některá fyzická napadení od manžela, v ostatních případech uvedla příčinu úrazu nešťastnou náhodou. Matka také vypověděla, že ji „*manžel škrtil, já už jsem v té chvíli neslyšela, protože jsem ztrácela vědomí. Přestal mě škrtil v době, kdy se syn na posteli vzbudil a skočil po mě*“; „*spala jsem a najednou jsem cítila, že nemohu dýchat, vzbudila jsem se a měla jsem polštář přiložený na obličej. Polštář držel*

*v ruce manžel“.*

Matka mluvila o podezření na sexuální zneužívání s otcem dítěte. Prohlásil : „*proboha, co to vykládá, vždyť mě můžou zavřít.*“ Vše svedl na používání své erotické pomůcky, při které floru používá. Tomuto tvrzení však matka nevěřila.

Přestěhováním matky s dětmi do domu jejích rodičů se prohloubil konfliktní vztah Petra s dědečkem. Matka proto zažádala o obecní byt. Otec byl po vyšetřování PČR vzat do vazby.

Spolupráce matky s OSPOD je hodnocena jako velmi dobrá, z toho důvodu nebylo nutné podat návrh na umístění Petra do ústavní výchovy. Děti jsou na pobyt u prarodičů zvyklé, prarodiče jsou ochotni a schopni zajistit péči o děti i v případě nutné hospitalizace matky. Chování Petra je problematické, občas matku obviňuje, že je otec ve vězení, jindy otcovo chování odsuzuje. Matka by potřebovala poradit, jak se synem zacházet, jak se k němu chovat. Petr stále utíká do pohádek a matka má pocit, že mu nerozumí. Potřebovali by pomoc psychologa.

V květnu 2009 se matka svěřila pracovníci OSPOD, že Petra výchovně nezvládá, ten je agresivní, negativní a také řekl, že jej nebaví život. Jelikož má matka o syna vážné obavy, navázala opět kontakt s psychiatrem.

Po pár dnech matka na OSPOD oznamuje úmrtí otčima (ve vazební věznici spáchal sebevraždu oběšením).

Petrovo problémové chování se výrazně zhoršilo jednak po odhalení zneužívání a zejména po sebevraždě otčima.

V srpnu 2010 bylo provedeno preventivní šetření v domácnosti. Matka se po zdravotní stránce cítí dobře. Přestože jí byl přiznán plný invalidní důchod, hledá si přes úřad práce vhodnou rekvalifikaci a chtěla by pracovat. Našla si nového přítele. U Petra byla zjištěna porucha učení. Po výchovné stránce jej matka zvládá, je klidnější a rozumnější.

### *Prognóza*

Psychologická péče by měla být orientována na vyrovnání se s traumatem zneužití.

Velmi důležité se jeví urovnat vztah mezi vnukem a jeho dědečkem a přijetí Petra dědečkem, jediným mužským vzorem v rodině (biologický otec nejeví o syna zájem).

**Případová studie č. 5 – Ota (narozen roku 1998)***Rodinná anamnéza*

Matka: narozena roku 1965, rozvedená, v době Otova narození měla 33 let. Zdravotní stav: od roku 1994 se léčí u psychiatra ze závislosti na alkoholu. Byla dvakrát v psychiatrické léčebně, druhou léčbu v roce 1996 nedokončila, ambulantně užívala Antabus. Kouří, drogy neužívá.. Vzdělání: středoškolské s maturitou, nedokončené vysokoškolské vzdělání. T. č. na mateřské dovolené. Osobnost s rysy nevyváženosti, anxiózní a závislé poruchy osobnosti (přetrvávající vnitřní napětí a obavné pocity, tendence podceňovat svoje schopnosti a podřizovat se druhým osobám) se sklonem k hledání uvolnění pomocí alkoholu.

Druh matky, otec Oty, Víta i Pavly: narozen roku 1950, rozvedený, v době narození Oty měl 48 let. Zdravotní stav: dobrý. Abúzus alkoholu (poté se projevuje agresivně), kouří, drogy neužívá. Vzdělání středoškolské s maturitou. Veden v evidenci úřadu práce, později pracuje jako řidič.

Otec Tomáše a Lukáše: neznámý.

*Sourozenci:*

Tomáš narozen roku 1985 a Lukáš, narozen roku 1987, byli svěřeni do výchovy prarodičům. Matka v roce 1996 opustila domácnost, když předtím začala požívat alkohol. Poté se s manželem rozvedla. Matka o tyto děti do narození Oty neprojevovala žádný zájem. Babička s dědou jsou poživatelé důchodu, nepracují a péči o dva vnuky zvládají.

Vít, narozen roku 2000, je živý, upovídaný a zvědavý chlapec, na svůj věk dětinský a nezodpovědný. Je velmi lehce ovlivnitelný, neumí odhadnout rizika svého chování.

Pavla, narozena roku 2002, při domácím, komplikovaném a překotném porodu. Po porodu fetální alkoholový syndrom. Psychomotorický vývoj v normě. V roce 2004 hodnocena jako mentálně retardovaná, nemluví, špatně chodí. Výsledek zanedbanosti a nedostatku podnětů pro vývoj. Situací v rodině je zasažena nejvíce, propojilo se u ní celkové opoždění ve vývoji se sociálním zanedbáváním.

Pro lehké mentální postižení byla Pavle oddálena školní docházka, nastoupila do základní školy praktické. V roce 2009 hodnocena jako psychosociálně deprivovaná, se zhoršenou adaptabilitou, emočně labilní, s nízkým sebevědomím a nízkou tolerancí ke stresu. Pavla je

velmi citlivá, často reaguje pláčem, je submisivní. V kteroukoli denní i noční dobu si dumlá palec.

Mezi sourozenci Otou, Vítém a Pavlou navzájem i vůči matce panuje velmi blízká citová vazba. Matka s druhem i dětmi bydleli v pronajatém bytě, z něhož byli později pro neplacení nájmu vystěhováni. Bydlení často střídali. Oba rodiče ve velké míře požívali alkohol, jejich vztah byl konfliktní.

#### *Osobní anamnéza*

Ota se narodil z matčina pátého těhotenství. Porod se odehrál doma, neboť rodiče nestihli do porodnice zajet.

V MŠ hodnocen jako málo komunikativní dítě, jež se obtížně zapojuje do kolektivu jiných dětí. Vzhledem k nedostatečným psychickým a fyzickým předpokladům (nesamostatný, bez intelektového potenciálu, nedostatečná citová a sociální zralost) byl doporučen odklad školní docházky.

V DD jako nejstarší z dětí velmi trpí neshodami mezi rodiči i umístěním v ústavním zařízení. V roce 2009 je hodnocen jako nejistý, nervózní. Jedná často impulzivně, ne agresivně. V roce 2011 jeho chování nese neurotické znaky (úzkostnost, motorický neklid, emoční labilita), jež mají svůj původ v nedostatečné (či žádné) výchově v rodině. V chování se projevují nespecifické poruchy chování (s prvky agrese uplatňované vůči sourozencům) determinované poruchami sociálního systému v rodině.

Ota je introvertní osobnost, sociálně méně přizpůsobivý, těžko navazuje kontakty, nízká sebejistota a sebevědomí, nekritické ulpívání k nějakému vzoru a snaha zalíbit se.

Ota si nikdy na ústavní výchovu nezvykl, zcela se upnul na představu návratu domů k matce.

#### *Historie a současnost*

Rodina se k OSPOD dostala v srpnu 1998, na základě hlášení Městské policie. Ta byla přivolána na autobusové nádraží, kde se nacházeli rodiče pod vlivem alkoholu s měsíčním dítětem v kočárku. Matka byla natolik opilá, že nebyla schopna stát na nohou, upadla a kočárek s dítětem stáhla s sebou. Dítě vypadlo na beton a matka vzhledem ke svému stavu jej nemohla ani zvednout ze země, natož aby se o dítě řádně postarala. Sousedka rodičů, jež nahlásila tento incident policistům, sdělila, že rodiče požívají alkohol ve velkém

množství a péči o syna zanedbávají. Dítě bylo převezeno na vyšetření do nemocnice. Následovalo přestupkové řízení, rodičům bylo uděleno napomenutí a nad rodinou byl ustanoven dohled.

V červenci 1999 se rodiče museli z pronajatého bytu odstěhovat pro neplacení nájmu. Přestěhovali se do celoročně neobyvatelné chatky druha matky. Při šetřeních byla opakovaně domácnost shledána v pořádku a čistotě. Rodiče nebyli pod vlivem alkoholu. Sousedé si však neustále stěžovali na časté návštěvy Romů.

V lednu 2001 se rodina přestěhovala do bytu velikosti 2+1 pavlačového typu. Sousedka si stěžovala na nevhodné chování rodičů: „*děti jsou stále hladné, v bytě je nepořádek a otec je často pod vlivem alkoholu*“. Při následném šetření byla matka střízlivá, měla modřinu pod okem a další hematomy na ruce. Zpočátku tvrdila, že se uhodila sama, poté přiznala, že druh je vůči ní někdy agresivní. V dubnu matka přiznala, že občas pije alkohol a chce se ambulantně léčit. V září se odstěhovala do zařízení pro matky s dětmi, důvodem je druhovo nevhodné chování a časté požívání alkoholu. Druh přislíbil polepšení a rodiče se opět sestěhovali.

V červnu 2002 matka bez prenatální péče předčasně porodila dceru Pavlu. Dítě bylo pro abstinenční příznaky umístěno na JIP. Porod dcery se odehrál doma, jednalo se o komplikovaný a překotný porod. Matce byl v porodnici, po čtyřech hodinách od porodu, zjištěn alkohol v krvi. Otec byl v téže době také pod vlivem alkoholu. Matka byla z porodnice převezena do psychiatrické léčebny k léčbě alkoholové závislosti, Pavlu předali do kojeneckého ústavu (dále jen „KÚ“). O zbylé děti v té době pečoval otec. Zanechával je však samotné a domů se vracel podnapilý až večer. Jelikož se na OSPOD jednalo o návrhu umístění dětí do ústavního zařízení, matka léčbu přerušila, aby odejmutí dětí předešla. Přestože se matka otce bála, situaci neřešila. Nadále si sousedé stěžovali na časté hádky, křik, dětský pláč a fyzické útoky otce. Matka pro viditelné hematomy nevycházela vůbec z domu, Vít měl podlitiny na obličeji.

V červenci 2002 byla Pavle nařízena ústavní výchova umístěním v kojeneckém ústavu. Od srpna se u Pavly projevil fetální alkoholový syndrom. V září byl nad Otou a Vítem ustanoven soudní dohled. Od listopadu je matka ambulantně léčena, pravidelně užívá Antabus. V prosinci, po roce abstinence matky, je Pavla propuštěna do péče rodičů.

V dubnu 2004 si sousedé opět stěžovali na konfliktní soužití rodičů s dětmi. Matka je dle

jejich vyjádření „*často opilá a je vulgární na děti i otce*“. Děti dělají velký hluk až do noci. Matka se o děti řádně nestará. Při šetření byl v domácnosti zjištěn nepořádek. Otec získal zaměstnání řidiče. Matka je stále na mateřské dovolené. Ze zdravotních důvodů přestala užívat Antabus a ambulanci psychiatra navštěvovala nepravidelně. Matka je opět pod vlivem alkoholu agresivní. Děti nechává často přes den samotné doma. Byla jí sdělena možnost nařízení ústavní výchovy pro děti v případě, že se situace nezmění. Matka přislíbila nápravu.

V květnu 2005 matka znovu porušila abstinenci, opět děti zanedbává, děti jsou po celý den venku, hladové, matka nevaří, o nic se nestará. V bytě jsou pro výchovu dětí krajně nevhodné podmínky. Matka není schopna zajistit dětem ani základní péči, je fyzicky i psychicky velmi slabá. Proto je převezena do zařízení pro matky s dětmi. V červenci psychicky zkolabovala a byla hospitalizována v nemocnici na oddělení JIP. Děti byly na základě předběžného opatření převezeny přes DDÚ do DD. Zde se děti dobře zadaptovaly, matka je v zařízení často navštěvovala.

V březnu 2006 byla dětem nařízena ústavní výchova, se kterou oba rodiče souhlasili. U matky přetrvává zjevný nezájem o cokoli v době, kdy děti nejsou na víkendovém pobytu doma. Odloučení od dětí nesla velmi těžce. Matka začala opět abstinovat. Absolvovala rekvalifikační kurzy práce na počítači a kurz anglického jazyka, s odhodláním najít si zaměstnání. Matka zažádala o zrušení ústavní výchovy. S ambulancí psychiatra matka spolupracuje, abstinenci dodržuje, aplikuje Antabus. Užívá léky na stabilizaci nálady. Otec nevyvíjí k tomuto kroku žádnou iniciativu, stále holduje alkoholu. Proto se matka rozhodla v srpnu téhož roku podat návrh na vyklizení bytu druhem a upravila byt tak, aby se do něj mohly děti vrátit nastálo. Jelikož však byla doba abstinence pracovníky OSPOD hodnocena jako velmi krátká, není její žádosti o zrušení ústavní výchovy dětí soudem vyhověno.

V únoru 2007 si matka našla zaměstnání. Problémy s druhem se ale vyhrotily natolik, že byla nucena byt opět opustit a ubytovat se v zařízení pro matky s dětmi. Přestože vztah rodiče oboustranně ukončili, druh obýval byt i nadále. Matka musela platit nájemné na byt (aby o byt nepřišla a děti mohly být svěřeny do její péče) i za pobyt v zařízení, finanční problémy řešila půjčkami. Opakovaně se do bytu vracela a utíkala odsud z důvodu násilí druhá. Pro tyto přitěžující situace začala hledat v květnu 2007, v době své pracovní neschopnosti, útěchu v alkoholu. Pracovnice OSPOD navštívila matku v bytě, v němž

bydlela (přes snahu jej vystěhovat) s druhem. Celé tělo měla poseté hematomy a byla opilá. Z psychiatrické léčebny hned po přijetí utekla. Po pár měsících byl otec dětí vykázan z bytu z důvodu fyzického napadání, jež se opakovalo stále častěji a ve větší intenzitě.

Od prosince do února roku 2008 absolvovala matka protialkoholní léčení a dochází do psychiatrické ambulance. Po návratu si našla podnájem v garsoniére. Od března byla opět v zaměstnaneckém poměru.

V prosinci 2009 si matka našla lépe placenou práci a byt 2+1. Děti domů dosud jezdily každý víkend. Pracovnice DD však opakovaně upozornily na nevyrovnanost dětí po návštěvě matky (např. ve škole je zjevný problém udržení pozornosti, či nesoustředěnost na výuku). Proto došlo k omezení návštěv. Matka stále dochází na antabus, což si na vlastní žádost prodloužila do června 2010.

Chování dětí v DD se postupně začalo měnit. Ondřej velmi těžce nesl pobyt v DD. Zhoršil si školní prospěch a jeho chování bylo agresivní – zejména vůči sourozencům. Pavla se naopak za dobu pobytu velmi polepšila v samostatnosti a sebeobsluze. Díky logopedické péči se zlepšilo taktéž její verbální vyjadřování.

Pracovníci DD v září 2011 nedoporučili zrušení ústavní výchovy. Důvodem je potřebná a nepřetržitá péče, důslednost a speciální přístup, jež děti vyžadují. Přesto matka v prosinci podala návrh na zrušení ústavní výchovy dětí. Sociální pracovnice DD sdělila že matka má vytvořeny podmínky pro svěření dětí do její péče. Ota s Vítem chtějí zpátky k matce a Pavla si přeje zůstat v DD (psychicky strádá, během vánočních svátků, které trávila doma s matkou, si ocumrla palce do krve). Byl navržen a pracovníci OSPOD i DD schválen pobyt na zkušební dobu dvou měsíců, kdy budou chlapci v péči matky s tím, že poté se – s ohledem na změny v chování a ve školním prospěchu – rozhodne o případném svěření dětí do péče matky. Cílem zkušební doby je zjištění, jakým způsobem budou děti a rodiče spolu žít, a současně ověření matčiných schopností zajistit péči o syny.

### *Prognóza*

Matka je schopna řádné péče o děti za předpokladu kontaktu matky s psychiatrickou ambulancí a při užívání Antabusu. Pokud matka splní tyto požadavky, předpokládá se, že bude nadále abstinovat. Zcela vhodné je i do budoucna zachovat dohled nad výchovu dětí.



Přítěžujícím se však jeví sklon matky k hledání uvolnění od problémů prostřednictvím alkoholu. I když více než dva roky abstinuje, a to i přes konflikty s druhem, přes odloučení s dětmi, je možné očekávat další recidivu. Vhodná by byla též rodinná terapie, již by se zúčastnili oba rodiče.

### **Případová studie č. 6 – Roman (narozen roku 2002)**

#### *Rodinná anamnéza*

Matka: narozena 1977, rozvedená, v době Romanova narození měla 25 let. Zdravotní stav: dobrý, t.č. těhotná. Alkohol požívá v nezjištěném množství, kouří, drogy neužívá. Základní vzdělání, v současnosti je evidována na úřadu práce jako nezaměstnaná.

Otec: narozen 1973, rozvedený, v době narození Romana měl 29 let. Zdravotní stav: částečný invalidní důchod. Alkohol požívá v nezjištěném množství, kouří, drogy neužívá. Základní vzdělání nedokončeno, evidován na úřadu práce jako nezaměstnaný.

Sourozenci: Tomáš, narozen 1992; Žaneta, narozena 1995; Mírek, narozen 1997; Natálie, narozena 2000; Pavlína, narozena 2004. Sourozenci vyrůstali v dětském domově, jeden v náhradní rodinné péči. Bližší podrobnosti vztahující se k sourozencům nejsou známy. S žádným ze svých sourozenců není Roman v kontaktu.

Rodiče jsou nesezdaní. Vzhledem k jejich dlouhodobé nezaměstnanosti, jim sociální péče doplácí částku do životního minima. Matka společně se svým nynějším druhem, otcem Romana, žije v bytě své matky. V důsledku neuhrazených dluhů byl v bytě již v průběhu matčina těhotenství odpojen plyn i elektřina. Rodiče svou situaci sami neřeší, neustále se obrací s žádostí o pomoc na různé instituce. Podpora však vzhledem k jejich značné nehospodárnosti zůstává bez efektu.

Pěstouni: manželé K.

Děti v péči pěstounů: Olga, narozena roku 2000; Simona, narozena roku 1998; Hynek, narozen roku 1996.

#### *Osobní anamnéza*

Roman se narodil z matčina šestého těhotenství. V průběhu těhotenství matka nedocházela na pravidelné zdravotní prohlídky. Roman při narození vážil 3,05 kg a měřil 48 cm. Kojen byl po dobu čtyř měsíců. Roman byl v útlém věku těžce zanedbáván v oblasti výživy

a hygieny.

Fyziopsychologický vývoj: ADHD (zahrnuje hyperkinetický projev, vysokou afektivní dráždivost, nízkou frustrační toleranci, impulsivní reaktivitu a poruchy koncentrace pozornosti). Trvale bere psychiatrickou medikaci (Risperdal, Epimil, Plegomazin). Roman byl dlouhodobě v péči Dětské psychiatrické ambulance a neurologie. V anamnéze afektivně respirační paroxysmy, EPI vyloučena. Od roku 2009 opakovaně hospitalizován v Psychiatrické léčebně, zde byl diagnostikovaný disharmonický vývoj osobnosti (na bázi kombinované etiologie, na níž se podílejí faktory genetické, prenatální a ve významné míře i dlouhodobě deprivativní), hyperkinetická porucha chování, socioemoční deprivace. Zájmy a záliby: film, video, plavání.

Intelektové schopnosti sníženy rovnoměrně ve složce názorové i verbální do pásma lehčí mentální retardace (lehké debility). Jsou patrné známky slabšího rozvoje v oblasti sociálních dovedností. Grafomotorika nevypělá v oblasti písma i kresby. Verbalizace překotná, vyjadřuje se jednoduše a stručně, přetrvávají mnohočetné artikulační nepřesnosti.

Roman do sociálních kontaktů s dospělými lidmi vstupuje bez zábran, je vstřícný, důvěřivý, neudrží přiměřený odstup. Celkový projev Romana je značně infantilní a odbržděný, velmi spontánní s nestálou a přelétavou pozorností. Roman má neurotické rysy (kouše zip, mikinu, u sledování televize se pohupuje, cucá si palec, aj.). Roman nemá osvojené hygienické návyky. Pravidla a autority nerespektuje. Nedbá na hodnoty společnosti, ani na hodnoty materiální. Do kolektivu vrstevníků se zapojuje velmi obtížně, často a rád svým chováním ostatní provokuje. Roman je egoistický jedinec, který chce vše bezohledně pouze pro sebe. Mezi vrstevníky je hádavý, sobecký a nechce ustupovat. Vhodný je neustálý dohled dospělé osoby, která jeho chování usměřňuje. Roman je v afektu zuřivý a agresivní, kope do všeho kolem sebe, ničí věci, je vulgární na děti i dospělé. Přesto je za pozornost dospělé osoby vděčný.

Chování Romana je zatíženo disociálními projevy. Jedná se o silně deprivované ústavní dítě. Temperamentem spadá do pásma cholera s melancholikem.

#### *Historie a současnost*

Na OSPOD byla rodina vedena a sledována dlouhodobě. V rámci našeho případu upozornil na rodinu v září 2003 pediatr, a to podezřením na zanedbání hygieny a stravy Romana. Matka se dostavila na preventivní prohlídku syna v deseti měsících. Při lékařské prohlídce

syna zjistil lékař zanedbání hygieny. Chlapcova pokožka byla zarudlá, na mnoha místech lokální záněty, v místech pod plenou dermatitida. Matka sama vypovídá, že žádný krém nepoužívá. Plena zcela plná, jinou s sebou matka nemá. Kůže na celém těle vysušená, šupinatá (při poslední návštěvě před dvěma měsíci předepsány olejové koupele a krémy). Lékař pořídil fotodokumentace, kterou předal pracovnícům OSPOD a Polici České republiky.

Pracovnice OSPOD provedla šetření v domácnosti, při němž zjistila, že matka se svým druhem bydlí ve společné domácnosti s babičkou (z matčiny strany). Bydlení se nacházelo ve zcela nevyhovujícím stavu s odpojeným plynem i elektřinou. Domácnost byla velmi zanedbaná, špinavá. V kuchyni starý, plesnivý chléb, zkyslé mléko, aj., vše silně znečištěno. Na stole rozbalené potraviny z rychlého občerstvení. Na dotaz, kdy Roman jedl a co, odpověděla vyhýbavě, předpoklad podávání nevhodného jídla pro dospělé. Na zdech plíseň, místy až do výše 1m. Matka s otcem se vyjádřili, že jim to tak vyhovuje. *„Druh nemůže sehnat práci, nikdo mu ji nedá, všechno stojí peníze; čeká na rodičovský příspěvek, pak dá vše do pořádku.“* S nadcházejícími chladnými dny bylo matce doporučeno ubytovat se v zařízení pro matky s dětmi. To však matka odmítla *„stojí to peníze, ty nemám, „malý leží v naší posteli v peřinách, zima mu není.“* Matce byla nabídnuta pomoc terénní pracovnice, která by pomohla s úklidem domácnosti i se zaváděním příkrmů dítěti. Matka jen uvedla, že *„nikoho cizího v baráku nechce“*. Roman přerušovaně pláče, matka na něj vůbec nereaguje. Sociální pracovnice vyhodnotily, situaci jako těžké zanedbávání dítěte, které vážně ohrožuje nejen výchovu syna, ale i jeho zdraví. Na popud pracovníc OSPOD bylo zahájeno trestní stíhání matky i otce Romana pro podezření ze spáchání trestného činu ohrožování výchovy dítěte.

Při následných šetřeních v domácnosti Romanovi rodiče opakovaně sociální pracovníci OSPOD do bytu nepustili. Sousedé vypověděli, že rodiče se synem nechodí vůbec ven a že syn často a dlouho pláče. Z bytu se mnohokrát ozývá křik a hádky.

Z důvodů neochoty rodičů své chování vůči dítěti napravit, nezájmu o spolupráci s odborníky a vzhledem k předpokladu vážného ohrožení nejen výchovy, ale i zdraví dítěte, byla Romanovi v témže roce nařízena ústavní výchova.

Roman byl umístěn v Dětském centru pro ohrožené a postižené děti, odkud směřoval do dětského domova. Rodiče zpočátku projevovali o dítě zájem a velmi často jej v dětském

domově navštěvovali. Kontaktů však postupně ubývalo.

Roman byl proto opakovaně nabízen do pěstounské péče. Vzhledem k jeho romské národnosti se umístění zdálo problematické. V roce 2007 byl Roman přijat do pěstounské rodiny. Rodiče, se po informaci o svěřeni jejich syna do pěstounské péče začali domáhat „*svých rodičovských na kontakt se synem*“. Šetření v domácnosti Romanových rodičů ukázalo jisté zlepšení bytových podmínek, rodiče se přestěhovali do městského bytu. Nabízenou pomoc terénní asistenční služby neodmítli a projevíli ochotu ke spolupráci s pracovníky OSPOD. I péče o jejich nejmladší dceru Pavlínu se jevila na lepší úrovni, než u předešlých dětí. Z těchto důvodů OSPOD společně s pěstouny souhlasil s denními kontakty Romana s rodiči. První schůzky proběhly v pořádku, při dalších se ale objevovaly problémy různého charakteru: rodiče nevrátili Romana v dohodnutou dobu; odevzdali jej špinavého; byl načichlý alkoholovými a cigaretovými výpary, apod. I přes upozornění pracovníků OSPOD na možnost redukce kontaktů se synem, se problémy opakovaly a postupně kumulovaly. Po pár týdnech si manželé K. začali stěžovat na Romanovo zhoršující se hrubé a vulgární chování vůči nim i vůči ostatním dětem, které měli v péči. Nakonec, i přes snahu a ochotu pěstounů Romanovi pomoci, jej výchovně nezvládali a po půl roce trvání pěstounské péče si zažádali o její ukončení. Roman byl vrácen zpět do dětského domova. Kontakty rodičů se synem byly opět pravidelné, později se znovu objevily potíže při navracení syna do dětského domova. Dvakrát byl syn vyzvednut z péče rodičů Policií České republiky. Při návštěvách Romana v dětském domově se rodiče chovali vůči personálu agresivně. Chování rodičů mělo dozajista negativní vliv na psychický vývoj Romana, který byl ve škole hodnocen jako vulgární, neposlušný, agresivní, nesoustředěný a značně nevyzpytatelný. Do kolektivu dětí nezapadl, nerad plnil své povinnosti, zcela neakceptoval autority. Jelikož potíže při kontaktech syna s rodiči vzrůstaly, rozhodl soud o omezení režimu styku rodičů s Romanem.

Pro narůstající potíže v chování (neposlušnost, agresivita, vulgarita, nesoustředěnost, vzteklost) byl opakovaně hospitalizován v dětské psychiatrické léčebně. Odtud byl Roman v roce 2010 přemístěn do Dětského diagnostického ústavu. Pobyt v DDÚ s množstvím dráždivých podnětů, nestabilitou kolektivu a velkými nároky na adaptační mechanismy a navíc téměř mimo kolektiv vrstevníků nebyl v jeho případě patrně velkým přínosem. DDÚ odeslal Romana zpět do pro něj známého prostředí DD. Jelikož se však problémy chování

Romana nadále zhoršovaly, byl přemístěn do Dětského domova se školou (dále jen „DDŠ“). Zde Romanovi poskytli specializovaný přístup pracovníci v léčebně-výchovném oddělení. Vychovatelé DDŠ si na chování Romana nestěžovali. Negativně se zde projevoval jen ojedinele, zřejmě pod vlivem absence nějakého vrstevníka. Roman se však často stával terčem šikany starších jedinců, což způsobilo, že, jak sám říkal „*už nikomu na světě nevěřím; nikoho nemám*“. Do kolektivu dětí zde umístěných vůbec nezapadl, jednak kvůli věkové nerovnoměrnosti a vzhledem k potížím, jež vycházejí z jeho osobnosti. Na návštěvy jezdil do kmenového DD, rodičům byl umožněn styk se synem pouze v rámci objektu dětského domova a pod dohledem personálu.

### *Prognóza*

Roman vyrůstá téměř od narození v ústavní péči. Kontakt s rodiči je nyní velmi sporadický a bez jakéhokoli přínosu pro chlapce. Mezi rodiči a Romanem není vytvořen žádný vztah. Vztah navázal ke dvěma vychovatelům v DD a k dětem, s nimiž zde vyrůstal. Proto je v průběhu umístění v DDŠ vhodné udržovat kontakt s kmenovým DD.

Roman je v současné době dítětem indikovaným do léčebně-výchovného typu zařízení. Zde je vhodné usměrňovat jeho chování. Změny lze dosáhnout pozitivním posilováním žádoucího chování a ideálně ignorováním chování negativního, při vzteku je vhodné přeladění pozornosti k jiné činnosti.

### **Případová studie č. 7 – Iveta (narozena roku 1996)**

#### *Rodinná anamnéza*

Matka: narozena roku 1973, vdaná, v době narození Ivety měla 23 let. Zdravotní stav: psychóza se schizofrenními rysy (v péči psychiatra), je v částečném invalidním důchodu. Alkohol nepožívá, nekouří, drogy neužívá. Snížený intelekt. Vzdělání: vyučena v oboru švadlena. T. č. na nezaměstnaná, vedená v evidenci úřadu práce.

Otec: narozen roku 1959, svobodný, v době narození Ivety měl 37 let. Dlouhodobě nezaměstnaný, v evidenci úřadu práce není veden.

Sourozenci: žádní.

Rodiče jsou manželé a žijí ve společné domácnosti jednopokojového bytu, který je ve vlastnictví prarodičů z otcovy strany. Oba rodiče jsou dlouhodobě nezaměstnaní. Matka pobírá dávky státní sociální podpory a hmotné nouze. Rodina je velmi zadlužená. Matka se

snaží dluhy uhradit z financí získaných dávkami.

#### *Osobní anamnéza*

Iveta se narodila z matčina prvního těhotenství. Projevil se u ní tzv. Recklienghausen syndrom (mnohočetné pigmentové névy), které ji v dané formě nijak neomezují ani neohrožují na zdraví.

Iveta má tendence ke lhaní, je živější povahy, má problémy se začleněním do kolektivu spolužáků.

#### *Historie a současnost*

Rodina se k OSPOD dostala v prosinci roku 2005, kdy matka navštívila OSPOD s žádostí o úpravu výchovy a výživy k dceři před rozvodem a po rozvodu. Na začátku předešlého měsíce otec společnou domácnost opustil a zdržuje se na neznámém místě. Na základě žádosti matky byla nezletilá Iveta svěřena do výchovy matce a otec má povinnost matce přispívat na výživu dítěte.

Při sociálním šetření v červenci 2006 bylo zjištěno, že matka bydlí v jednopokojovém bytě. Pokoj je přepůlen skříněmi, aby dcera měla soukromí. V bytě nejsou koberce, parkety se nacházejí v dezolátním stavu. V bytě chybí základní vybavení – pračka, lednice, sporák.

Matka dceru očividně izoluje od okolního světa, ta nemá žádné přátele, nenavštěvuje žádný kroužek, nevěnuje se žádným volnočasovým aktivitám. Obě trpí osamocněním, důvodem je zřejmě matčina labilita a dceřin „levhartí syndrom“. Matka se o Ivetu nepřiměřeně obává, doprovází ji do i ze školy. Spolupráce matky s OSPOD je na dobré úrovni, i přestože vykazuje určité zvláštnosti v chování matky. Akceptuje návštěvy i pomoc se strany sociálních pracovníků.

V dubnu 2010 se matka s dcerou přestěhovaly do městského bytu. Otec je i nadále nezvěstný. Dcera dochází do klubu mládeže, v němž tráví volný čas a našla si zde kamarády. Další šetření v domácnosti zjistilo, že matka téměř všechn nábytek z bytu odstranila, zůstalo jen dvojlůžko, televize a pračka. Nejsou zde skříně, koberce, ložní prádlo vařič, lednice, aj. Matka ztrátu vysvětluje tím, že jí ten nábytek zavazí.

V říjnu 2011 se začalo matčino podivínské chování nadále prohlubovat. Nabídku na spolupráci s terénní asistenční službou však matka odmítla. Doma chybí jakákoli zásoba jídla. Dcera nemá zajištěnou stravu ani oblečení.

V lednu 2012 byl OSPOD upozorněn základní školou, do níž Iveta dochází, na výrazné změny v jejím chování. Zde se nezletilá svěřuje spolužákům, že ji matka brání chodit do školy. Sociální pracovnice si na osobní schůzce toto sdělení potvrdila. Iveta si stěžovala na soužití s matkou, které je pro ni z mnoha důvodů nesnesitelné. Dokonce uvažuje, že by chtěla žít jinde. Matka dceru za odlišný názor na libovolnou věc fyzicky napadá, tahá ji za vlasy, tluče pěstí. Dále si nezletilá stěžuje, že ji matka zakazuje kamarády a nepřeje si, aby se zúčastňovala doučování ve škole. Iveta nevlastní klíče od jejich bytu. Matka jí nedává žádné kapesné, zabavila jí občanský průkaz, vyhodila jí téměř všechny věci na oblečení, včetně tašky do školy a nechce ji nic jiného pořídit. Musí si např. půjčovat matčiny boty. Iveta připouští, že matka zřejmě přestala užívat léky od psychiatra a že má halucinace. Sociální pracovnice s Ivetou probrala její možnosti. Vzhledem k tomu, že s prarodiči neudrží žádné styky a že náhradní rodinná péče je určena spíše pro děti mladšího věku, musela by do dětského domova. Ivetě se ta představa zamlouvá.

Matka selhává v rodičovských povinnostech a s příslušnými institucemi odmítá nadále spolupracovat. Jelikož není v rámci rodiny osoba vhodná pro zajištění výchovy nezletilé Ivety, je soudem odeslána do Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, kam byla v únoru 2012 umístěna. Zde se Iveta adaptovala velmi dobře, našla si tu kamarády. S matkou kontakt prozatím odmítá.

### *Prognóza*

Iveta měla v době svého umístění šestnáct let, k odstěhování došlo na základě její žádosti. Můžeme předpokládat, že jelikož neexistuje žádný příbuzný ani osoba blízká, které by Iveta mohla být svěřena do péče, jeví se tato forma náhradní výchovy vhodná. Zvláště proto, že dětský domov se nachází v dosahu školy, kterou navštěvovala, i v blízkosti její matky.

Přestože Iveta prozatím kontakt s matkou odmítá, je vhodné do budoucna jejich vzájemné vazby posilovat, neboť se jedná o jedinou blízkou osobu, kterou Iveta má. Matku by proto neměla přestávat užívat psychiatrickou medikaci a měla by být v kontaktu s psychiatrem.

Chování matky (vyhazování oblečení i nábytku z bytu, neučení hospodařit dceru s finančními prostředky prostřednictvím kapesného, aj.) dceru ohrožovalo především výchovně, jejím cílem byla izolace Ivety. Z případové studie je patrné, že se jedná o odolnou osobnost, jelikož i přes tyto nesnáze je Iveta vcelku sebevědomá dívka, která neměla výrazné potíže v sebeprosazení mezi spolužáky a nestyděla se obrátit o pomoc

na odborné pracovníky.

### **Případová studie č. 8 – Tadeáš (narozen roku 1999)**

#### *Rodinná anamnéza*

Matka: narozena roku 1975, vdaná, v době narození Tadeáše měla 24 let. Zdravotní stav: schizoafektivní porucha s manickým syndromem, trpí silným astmatem, částečný invalidní důchod. Alkohol pije příležitostně, kouří, drogy neužívá. Ukončené základní vzdělání. T. č. na mateřské dovolené.

Otec Tadeáše: není znám.

Sourozenci: Miloslava, narozena roku 2007, zdravá.

Otec Miloslavy, otčím Tadeáše: narozen roku 1969, rozvedený, v době narození Miloslavy měl 38 let. Zdravotní stav: částečný invalidní důchod. Alkohol požívá, kouří, drogy neužívá. Vzdělání: středoškolské s maturitou. T. č. nezaměstnaný. Dříve ve výkonu trestu. Má vyživovací povinnost ke třem dětem, o tyto děti se zajímá nahodile.

Druh matky: narozen roku 1967, svobodný a bez závazků. Zdravotní stav: dobrý. Alkohol požívá v nadměrném množství, kouří, drogy neužívá. Vzdělání: nezjištěno. Zaměstnání: opakovaně zaměstnaný jako řidič kamionu.

Matka bydlí v rodinném domě ve společné domácnosti s jejími rodiči i s bratrem matky. Později se matka se synem přestěhovali k příteli, za něhož se provdala a měla s ním dceru Miloslavu. Poté, co manžel zemřel, navázala známost s dalším mužem, s nímž užívala společnou domácnost.

#### *Osobní anamnéza*

Tadeáš se narodil z prvního matčina těhotenství v 37. týdnu těhotenství. Po porodu vážil 2,86 kg a měřil 49 cm. Nebyl kojen, neboť matce byla z preventivních důvodů zastavena laktace.

Projevuje se neklidným, hlučným a destruktivním chováním. Tadeášova řeč je velmi chudá, jeho sebeobsluha je špatná, ve třech letech stále nosí pleny. Tadeáš je hyperaktivní dítě s opožděným psychomotorickým vývojem (v popředí mentální opoždění) částečně způsobené málo podnětným prostředím. Kolem pátého věku není u Tadeáše patrné žádné opoždění.



Tadeáš se velmi silně kontroluje, v jeho chování chybí spontánnost. V sociálním kontaktu a projevech má rezervy – nepozná ani adekvátně neprojevuje emoce. Tělesnému kontaktu se vyhýbá, neumí si spontánně hrát s jinými dětmi. Sám sebe vnímá jako zlobivého, aniž dokáže popsat, co to zlobení je. Má tendence vyhýbat se zodpovědnosti za své chování. Celkově působí dojmem citově deprivovaného dítěte, i když je o něj po materiální stránce pečováno dobře.

Ve škole je Tadeáš hodnocen jako aktivní, samostatný. Prospěchově patří mezi nejlepší žáky. Porucha pozornosti a instabilita (kterou není schopen zvládnout vlastními silami) způsobuje, že v průběhu vyučování vykřikuje a pobíhá po třídě. Spoluzáci ve třídě si opakovaně stěžují na ubližování a nadávky ze strany Tadeáše. Špatné chování však pomalu mizí po smrti otčima.

#### *Historie a současnost*

Rodina se k OSPOD dostala přes oznámení o narození syna matce, která má psychické problémy. Z šetření v rodině vyplynulo, že matka je schopna zajistit synovi veškeré jeho potřeby. Přesto byla matce doporučena pomoc druhé osoby (její matky), neboť je v důsledku medikace pomalejší a otupělejší.

V roce 2002 se matka a s Tadeášem přestěhovali do bytu druhu ve velikosti 1 + 1. V březnu bylo provedeno neohlášené šetření v domácnosti matky. Byt byl neudržovaný, zanedbaný, špinavý a silně zakouřený a zcela nevyhovující pro pobyt nezletilého dítěte. Matka se kvůli zlomené noze nemohla pohybovat. Syn si hrál s ostrými noži, nosil sklo, přehraboval se v léčích matky. Matka, vzhledem k pohybové omezenosti, nebyla schopna synovi v tomto počínání zabránit. Nezletilý matku vůbec neposlouchal, vzpínal se, když jej vzala do náručí. Tadeáš nemluvil, vydával jen zvuky a kýval hlavičkou. Stále nosil pleny. Byt byl neuklizený, jídlo v lednici neměla téměř žádné. Babička - její matka jim chodila vypomáhat s prádlem. Matka byla upozorněna, že péči o syna nezvládá, syna nedokáže usměrnit ani uklidnit. Bylo ji doporučeno, aby syna dala do péče svým rodičům.

Také matčini sousedi se shodli v názoru týkající se nedostatečné péči o syna. Matku se synem neviděli chodit na procházky během dne, ale opakovaně pouze po 22. hodině večerní. I v chladném počasí míval syn na sobě jen papučky, byl bez bundy a čepice. Matka nechávala syna hlídat sousedům, jeho chování zde bylo hodnoceno jako velmi divoké

a obtížně zvladatelné. Byl velmi žíznivý a hladný – vypil psovi misku vody a snědl mu granule. Matka se s přítelem pro syna vrátili po devíti hodinách v silně podnapilém stavu. Pokud nikdo ze sousedů nemohl syna pohlídat, nechávali jej doma samotného. Matka pro syna nevařila. Sousedům připadalo, že matka ani neví, jak se o syna postarat. Pracovníci OSPOD matce doporučili, aby předala péči o syna své matce, jelikož dítě nemůže nadále setrvat v její péči. Jako vhodné se též jevilo začlenit chlapce do dětského kolektivu. Na doporučení pracovníků OSPOD se matka společně se synem přestěhovali zpět k prarodičům. Matka však odjížděla často k příteli a syna brala s sebou. Babička Tadeáše se proto v březnu 2002 rozhodla, že podá návrh na svěření Tadeáše do pěstounské péče. Posléze však svůj návrh vzala zpět, neboť matka se s přítelem schází bez syna a ten po tuto dobu zůstává v péči prarodičů.

V červenci 2004 se matka Tadeáše provdala za svého dosavadního přítele a v září 2007 se jim narodila dcera Miloslava. Žili opět v bytě manžela ve velikosti 1 + 1, přičemž tato domácnost byla stále stejně zanedbaná a silně zakouřená. Syn matce opakovaně utíkal, a to i ve večerních hodinách. Rodiče ovšem pohřešování syna nikdy Policii České republiky nenahlásili s vyjádřením, že se „*sám po pár hodinách vrátí domů*“. Pedopsychiatr, k němuž Tadeáš docházel, určil diagnózu hyperkinetická porucha chování a nařídil ambulantní léčbu. Rodiče péči o syna nezvládali, jeho problémové chování omlouvali a bagatelizovali. Další potíže Tadeáše se začaly rýsovat po vstupu do základní školy. Zde byl chválen za aktivitu a zvládání učiva, množily se však stížnosti ze stran dětí týkající se agresivního fyzického a verbálního napadání ze strany Tadeáše. Učitelka se proto obrátila na matku a hovořila s ní o výchovných problémech syna, který mimo to neposlouchá, lže, dělá si, co chce a zcela nerespektuje autoritu. Probrána byla také otázka nepřiměřeného fyzického trestání Tadeáše otčímem. Spolupráce s matkou byla ovšem velmi obtížná, učitelce se zdá, „*že sama neví, jak na syna*“.

Vzhledem k opakovaným podnětům ze strany školy týkající se nevhodného a nezvladatelného chování Tadeáše, které se stávalo nebezpečné pro něj i pro ostatní (šel do školy s kovovou tyčí, vyskakoval za jízdy z trolejbusu, apod.), pracovníci OSPOD doporučovali, aby některý z rodičů Tadeáše do školy doprovázel a zajistil tak nad ním dohled.

Při šetření v rodině byl zjištěn stejný stav jako před lety. Otčím se navíc vzhledem

ke své nezaměstnanosti zdržoval převážně doma, kde se scházeli známí a požívali alkoholické nápoje. Otčím byl ve výchově dětí pasivní, veškerou péči dětí přenechával matce, která se sice snažila, ale její přístup k výchově byl simplexní (omezený pouze na příkazy a zákazy) a nebylo v jejích silách důslednou péči o syna sama zvládnout.

V lednu 2010 byl Tadeáš hospitalizován v Psychiatrické léčebně pro hyperkinetickou poruchu chování, krádeže, opakované útoky z domova, rizikové chování (vbíhal pod jedoucí auta, chodil po římse ve 3. patře školy). Tadeášovo chování bylo v psychiatrické léčebně kritizováno pro nedodržování řádu, vyvolávání konfliktů mezi dětmi, aj. Toto opatření avšak nebylo efektivní, po návratu domů se jeho chování ve škole vrátilo do původního stavu. Dle psychiatra nebyl jeho stav - způsobený nevýhodnou kombinací mentální retardace, hyperkinetického syndromu a sociálních vlivů chabé výchovy - ovlivnitelný medicínskými (psychiatrickými) prostředky. Doporučoval proto dlouhodobý výchovný režim doplněn podpůrnou léčbou.

V srpnu 2010 byl podán návrh na nařízení ústavní výchovy Tadeášovi, jelikož byl nad výchovou nutný dohled a stálé důsledné usměrňování. Pracovnice OSPOD byly z dlouhodobé znalosti rodinných poměrů přesvědčeni, že v rodině nebyla naplněna ani základní péče. Tadeáš potřeboval klid, motivaci a podporu. Výchova bez emocionálních projevů ze strany matky způsobila jeho citovou deprivaci.

V září 2010 oznámila matka úmrtí Tadeášova otčíma. Z toho důvodu jí byl dán prostor pro nápravu výchovy a péče o syna a návrh na ústavní výchovu byl vzat zpět. Nad výchovou Tadeáše byl však ustanoven dohled. Matce doporučili využívat službu terénní asistenční služby, kterou přijala. Ve škole hodnotili chování Tadeáše za téměř bezkonfliktní, klidnější v porovnání s předchozími obdobími. Tadeáš sám se odborníkům svěřil, že by rád zůstal jen s mámou a sestrou. Matka však brzy nato navázala vztah s dlouholetým rodinným přítelem, svobodným mužem bez závazků. Na jeho osobu však postupně přicházely stížnosti, především pro hlučné chování. V únoru 2011 řešila Městská policie fyzické násilí, což však matka intenzivně popírala. Oba se nacházeli v podnapilém stavu. Její dcera Miloslava však opakované fyzické násilí druhem na matce potvrdila. Přesto s tímto mužem matka plánovala společnou budoucnost. Druh matky se netajil tím, že syna nemá rád a myslí si, že jej Tadeáš „jednou v noci zapíchne“.

Matka se v březnu 2011 rozhodla podat návrh na nařízení ústavní výchovy pro syna, a to

z důvodu synova „vztekaní, dupání, nadávání, agresivního chování vůči sestře, neposlušnosti a odmlouvání“. Žena tak učinila na doporučení svého druhu, s nímž užívala společnou domácnost. Přestože její druh často holdoval alkoholu a existovalo důvodné podezření, že se vůči ní choval násilně, matka vztahové problémy bagatelizovala a naopak vztah hodnotila pozitivně. Tadeáš se s tušením, že jej druh matky doma nechce a na matku tlačí, aby jej dala do ústavu, svěřil své učitelce. V tomto období se u Tadeáše začaly opět projevovat problémy spjaté s nebezpečným chováním vůči své osobě (vylezl na vnitřní parapet okna ve třetím patře školy). Vzhledem k opětovným výkyvům v chování a vzhledem ke skutečnosti, že matka nebyla schopná zajistit pevnost a důslednost ve výchově Tadeáše, neuměla adekvátně řešit vzniklé problémy a neposkytovala synovi emoční podporu, po které velmi toužil, podal OSPOD v květnu 2011 návrh na nařízení ústavní výchovy Tadeášovi. Chlapec se zde zadaptoval dobře. Na víkendy jezdí k rodičům a prarodičům. Jeho chování se zklidnilo.

### *Prognóza*

Matka má syna ráda, ale zřejmě kvůli vlastnímu onemocnění a sníženému intelektu mu není sama schopna vytvořit podnětné rodinné zázemí. Je zjevné, že se při rozhodování o nařízení ústavní výchovy pro syna nechala ovlivnit svým druhem.

Tadeášova matka vnímá syna jako problémové dítě, jelikož jeho výchovu nezvládá běžnými prostředky. Nevěřila mu, přesto jeho chování kontrolovala pouze tam, kde očekávala problém, v ostatních případech jej nechala, ať si dělá, co chce. Matka svou situaci vnímala jako obtížnou a nechtěla se dál ve výchově syna angažovat. Měla pocit, že výchovné prostředky již vyčerpala a nesnažila se podniknout nic jiného. Uvedené okolnosti přivedly Tadeáše, který, jak se domníváme, mentálně předešel svou matku, do velmi obtížné stresové situace. Z těchto důvodů bylo v Tadeášově případě vhodnější svěřit výchovu instituci, která má vědomosti i prostředky pro zvládnutí chlapcovy výchovy. Přetrvává však otázka, zda-li k tomuto kroku nemělo dojít dříve, například svěřením výchovy do pěstounské péče babičce. Pokračování životního příběhu nám totiž napovídá, zda se nevhodnému chování nedalo skutečně předejít.

### **Případová studie č. 9 – Zita (narozena roku 1999)**

#### *Rodinná anamnéza*

Matka: narozena roku 1977, svobodná, v době narození Zity měla 22 let. Zdravotní stav:

trpí lehkou mentální retardací. Alkohol pije příležitostně, kouří, drogy neužívá. Vzdělání: ukončené základní vzdělání. T. č. na mateřské dovolené. Dříve pracovala jako pomocná síla v kuchyni.

Otec Zity: narozen roku 1964, svobodný, v době narození Zity měl 35 let. T. č. ve výkonu trestu. Dříve pracoval jako číšník.

Otec Tibora: není znám.

Otec Karolíny: není znám.

Sourozenci:

Tibor, narozen roku 2003 v 36. týdnu těhotenství. Celkové opoždění v psychomotorickém rozvoji. Emočně labilní. Aktuální intelektové schopnosti (v roce 2009) kolísají v pásmu lehkého mentálního postižení. Doporučen odklad školní docházky a zařazen do režimu speciálního školství.

Karolína, narozena roku 2008 v 30. týdnu těhotenství. U dítěte je patrná úroveň psychomotorického vývoje v pásmu těžší odchylky od normy. Je nutná rehabilitace dle Vojtovy metody.

Zitina matka bydlí v rodinném domku své matky (rozloha 3 + 1) společně se dvěma svými nezaměstnanými bratry. S otcem dítěte se rozešli, fyzicky ji napadal. On se domáhá uznání otcovství. Matka pobírá dávky státní sociální podpory a je jí doplácena částka do životního minima.

### *Osobní anamnéza*

Zita se narodila z prvního matčina těhotenství v 37. týdnu těhotenství. Po porodu vážila 2.02 kg a měřila 40 cm. Sledována pro výrazný nepoměr mozkové a obličejové části.

Před prvním rokem prodělala febrilní křeče, pro které je i později opakovaně hospitalizovaná. Od věku 20 měsíců nasazena pro záchvatovité onemocnění antiepileptika. Podezření na Rettův syndrom, který se později potvrdil.

Zita je dítětem s opožděným a nerovnoměrným psychomotorickým vývojem, přičemž zpožděná je především složka mentální (pásmo středně těžké mentální retardace). Nemluví, jež žvatlá, neudrží tělesnou čistotu, nejví zájem o hračky. Pozorovány stereotypní pohyby.

### *Historie a současnost*

První šetření v rodině se odehrálo v listopadu roku 1999. Matka sdělila, že otcovství Zity odmítla uznat, neboť její otec ji vyhrožoval, slovně i fyzicky napadal. Otec trvá na uznání otcovství, chce být s dítětem ve styku. V době, kdy byl nezaměstnaný a matka byla nucena všechny náklady spojené s domácností hradit sama, se situace mezi nimi vyhrotila. Když mu sdělila svůj záměr jej opustit, pohádali se a muž matku dvakrát bodl nožem. Žena poté pobývala čtyři měsíce v pracovní neschopnosti. Muži byl vyměřen trest odnětí svobody na osm let nepodmíněně.

Po narození Tibora v roce 2004 matka opět neuvedla otce dítěte. Sdělila, že nezná jeho jméno, jednalo se o náhodnou známost, až posléze se dozvěděla, že šlo o ženatého muže. Sociální pracovnice požadovaly uvedení Zitina otce v jejím rodném listě. V opačném případě budou matce odňaty sociální dávky.

V červenci 2004 byla Zita ve svých pěti letech, nalezena bez dozoru dospělé osoby v trolejbusu ve velmi zanedbaném stavu. Příslušníci policie převezli děvčátko do nemocnice, odtud si ji matka odvedla domů. Matka situaci vysvětlila tím, že Zita utekla z domu oknem, v době, kdy všichni ještě spali. V témže měsíci byl Tibor přijat do nemocnice s popáleninami II. stupně v obličejové části a na hrudníku (15% povrchu), které mu způsobila převrácená horká káva. Šetření v domácnosti matky zjistilo, že podmínky k bydlení jsou v domku nevyhovující. Matka se potýkala s finančními problémy, v jejichž důsledku byl dům odpojen od elektřiny a plynu. Rodina nebyla schopna ze svých příjmů bydlení zlepšit. Otec výživné na Zitu neplatil. Přesto byla spolupráce matky s odborníky hodnocena jako velmi dobrá.

Jelikož nezletilá Zita vyžadovala mimořádnou péči, kterou matka nebyla bez odborné pomoci schopna zajistit, bylo matce doporučeno využít služeb rehabilitačního stacionáře. Matka proto Zitu vodila nejprve na denní a později týdenní pobyty. Zde se rozumové i sociální dovednosti dcery zlepšily. Její chování však popisovali jako agresivní vůči ostatním dětem.

Vzhledem k nevyhovujícímu bydlení se matka v listopadu odstěhovala do zařízení pro matky s dětmi. Od ledna 2005 ji bylo umožněno užívat sociální byt města ve velikosti 1 + 1. Bohužel se k ní do domácnosti přestěhovali její nezaměstnaní bratři společně s matkou. V domácnosti panovala neustále neutěšená situace. Matka se nechala manipulovat babičkou, která si od ní neustále půjčovala peníze. Babička i s bratry na ženě parazitovali,

každý den se stravovali ze zásob, které matka připravila dětem, aniž by na jídlo přispívali. V důsledku špatného hospodaření s financemi byla matka zadlužená a často bez peněz k zajištění potřebných věcí pro děti. Bytové podmínky s odpojenou elektřinou i plynem. byly pro výchovu a péči dětí nevyhovující. Pracovnice OSPOD podezřívaly matku ze zanedbávání péče.

V červnu roku 2008 se matce narodilo třetí dítě (otec neuveden). Ihned po hospitalizaci spojené s porodem byla převezena do kojeneckého ústavu. Matka se ještě před porodem rozhodla dát dítě k osvojení, jelikož by péči o dalšího potomka nezvládla. V květnu 2009 pobývala Karolína stále v kojeneckém ústavu. Vzhledem k rizikovým faktorům v anamnéze a k faktu, že prozatím nebylo možné jednoznačně určit, jakého rozsahu bude pohybové postižení, odborníci nedoporučili navrhovat dítě jako vhodné do náhradní rodinné péče. Potřebovala intenzivní rehabilitaci a stimulaci, kterou umožnilo pouze zařízení. Pracovníci OSPOD se proto rozhodli podat návrh na nařízení ústavní výchovy pro Karolínu. Přestože matka byla informovaná o stavu dítěte, neprojevila o ni zájem. V roce 2009 byla Karolína označena jako dítě vhodné do pěstounské péče a v únoru 2010 byla svěřena pěstounům.

Podmínky pro výchovu a péči matky o Zitu se změnily. Dcera se pro matku stala nezvladatelnou, neposlouchala ji utíkala a dělala si ,co chtěla Jelikož matka již nedokázala usměrňovat její chování, nastala zde důvodná obava , aby si nezletilá neublížila. . Matka se neustále obávala období, kdy bude dívka doma. Sdělila pracovníkům OSPOD přání, aby dcera pobývala v ústavním zařízení natrvalo, protože péči o ni nezvládá. Pracovníci OSPOD se proto rozhodli podat návrh na nařízení ústavní výchovy i pro Zitu.

Z mateřské školky do níž Tibor dochází, oznámili na sociální odbor nevhodné chování chlapce k ostatním dětem. Taktéž se vyjádřili, že Tibor navštěvuje školku jen občas a matka jej při absencích neomlouvá. Pro výchovné problémy a instabilitu Tibora mu byla doporučena návštěva dětského psychiatra. Matka byla důrazně upozorněna na své rodičovské povinnosti, která má vůči synovi. Nad nezletilým byl stanoven soudní dohled.

Matka dosud nevyřešila bytovou situaci, kdy sociální byt, který má matka v pronájmu od města, neoprávněně užívají její bratři společně s babičkou. Matka se zavázala, že příbuzné do konce listopadu 2009 vystěhuje, v opačném případě bude OSPOD nucen podat návrh na nařízení ústavní výchovy pro Tibora. Byt se nachází ve velmi zanedbaném, téměř

havarijním stavu, na příklad zdi pokrývala viditelná plíseň. Byt byl shledán nevyhovujícím pro pobyt nezletilého dítěte.

V roce 2011 proběhla další šetření, při nichž se potvrdilo, že matka je ve výchově nedůsledná, synovi neustále ustupuje a ve výchově nestanovuje žádné hranice. Sama matka si stěžovala, že ji syn neposlouchá, nerespektuje ji jako autoritu. Výchovně syna nezvládá. Před časem doma zapálil nové postele a kladivem poničil zeď. Tibor již ve svém útlém věku využíval simplexní osobnosti matky a v některých situacích již byly zaznamenány jeho projevy agresivity vůči ní. I přes zjevnou emoční blízkost k synovi matka není schopna jeho další řádné výchovy. Žena z těchto důvodů v květnu 2011 zažádala o nařízení ústavní výchovy pro Tibora., kde se chlapec zadaptoval dobře.

Zita v ústavním zařízení prospívá a je zde spokojená. Vychovatelé ji hodnotí jako milé, přítulné a vděčné děvče. Matka si Zitu bere opakovaně na jeden víkend v měsíci. I přes pravidelné pobyty se u ní objevují úzkostné stavy, při níž volá maminku.

Adaptace Karolíny v pěstounské rodině proběhla velmi dobře, Karolína je zde spokojená, prospívá,. Pěstounka žije v bytě o velikosti 3 + 1 společně s jejími rodiči. Dítě bylo přijato celou širší rodinou pěstounky. Karolína ke všem přísušníkům citově přilnula.

### *Prognóza*

V roce 2011, kdy byla Tiborovi nařízena ústavní péče, měl pouhých 8 let. Předpoklad návratu do péče matky je téměř nulový. Zvažuje se tedy, zda by pro Tibora nebyla vhodná pěstounská péče.

V případě Tibora i Zity je vhodné podporovat vzájemné kontakty s matkou a také mezi dětmi navzájem.

### **Případová studie č. 10 – Aleš (narozen roku 1998)**

#### *Rodinná anamnéza*

Matka: narozena 1978, v době narození Aleše měla 20 let. Dokončené základní vzdělání. Nezaměstnaná, později na mateřské dovolené.

Otec: neznámý.

Sourozenci: Silvie, narozena roku 2002; Pavel, narozen roku 2007.

Pěstouni, poručníci: manželé S.



Pěstounka, poručnice: narozena 1963, rozvedená. Zdravotní stav: dobrý. Alkohol nepožívá, nekouří, drogy neužívá. V minulosti podmíněčně odsouzena pro majetkovou trestnou činnost. V současné době trest zahlazen.

Pěstoun, poručník: narozen 1961, svobodný. Zdravotní stav: dobrý. Alkohol nepožívá, nekouří, drogy neužívá. V minulosti opakovaně podmíněčně odsouzen pro majetkovou trestnou činnost. V současné době tresty zahlazeny.

Děti pěstounů, poručníků: Tomáš, narozen roku 1989; Eva, narozena roku 1996; Anna, narozena roku 1999; Robert, narozen roku 2002. Tyto děti rodiče nezrušitelně osvojili. O děti se řádně starají, děti prospívají, výchovné problémy nemají.

Pěstouni jsou sezdáni a bydlí v rodinném domku. Jsou nedobrovolně bezdětní. Manželství je spokojené, harmonické, nedochází mezi nimi k vážnějším neshodám či fyzickému napadání. Dosavadní péče pěstounů shledána bez jakýchkoli nedostatků či výhrad.

#### *Osobní anamnéza*

Aleš se matce narodil v 40. týdnu těhotenství. Ve čtyřech letech hodnocen jako nezralý, nekomunikativní. Neumí pojmenovat barvy ani tvary. Nemá osvojené základní hygienické ani stravovací návyky. Jinak je velmi živý a hravý. Na svůj věk byl velmi drobného vzrůstu, jeho zdravotní stav je dobrý. Projevy hyperaktivity (horší koncentrace pozornosti), mírně vzdorovitý.

V roce 2006 hodnocen jako chlapec s prvky výraznějšího temperamentu s menší odolností vůči zátěži a s možnou reakcí negativismem. Lehčí projevy ADHD. Bez projevů úzkosti či depresivity, ale s projevy emoční deprivace a emocionální lability, menší psychické vyzrálosti. Možný afektivní stav v zátěži či pod tlakem.

Jeho chování se měnilo postupem času. Zpočátku byl vychovateli hodnocen jako klidný, milý a přítulný chlapec. Po první neúspěšné pěstounské péči se jeho chování začalo měnit, začaly se objevovat agresivní prvky. Po druhé neúspěšné pěstounské péči (v jeho 8 letech) měl výrazné problémy s impulzivitou a agresivitou. Přičemž impulzivita se u Aleše projevila jako snaha o kompenzaci chybějícího rodinného zázemí.

Intelekt Aleše se pohybuje v dolním pásmu normy. Nízká frustrační tolerance, afektivně labilní, sklon k agresivním projevům (agrese verbální i brachiální), neochota podřizovat se, nerespektování autorit, neschopnost navazovat a udržet sociální vztahy. Osobnost

v nerovnoměrném vývoji, emočně deprivována, simplexněji formulována, známky poruch přichylnosti u ústavního dítěte. Celková citová labilita je způsobena střídající se péčí.

### *Historie a současnost*

Matka se od narození o Aleše nestarala, odešla od rodiny, o syna nejevila zájem. Aleš byl proto svěřen do péče rodičů matky. Opatrování vnuka bylo hodnoceno jako dostačující. Po smrti babičky začal dědeček střídat partnerky a často měnil bydliště, vše společně s Alešem. Dědeček se o vnuka nestaral a většinu času nebyval doma. Nechával jej často přes den samotného venku s dětmi. Aleše hlídaly sousedky, které mu dávaly i najíst. V bytě, v němž žili dědeček s Alešem, byla špína a nepořádek.

Alešův dědeček se v únoru 2002 dostavil na OSPOD a žádal, aby byl vnuk ihned umístěn v ústavní péči z důvodu jeho onemocnění – postižení infarktem. Aleš byl proto umístěn v DD na základě předběžného opatření. Adaptoval se pomalu, zpočátku byl plačtivý, negativistický, nechtěl komunikovat s dospělými ani s dětmi. Prostředí, z něhož Aleš do DD přišel, bylo velmi málo podnětné, pracovnice OSPOD dokonce vyslovila podezření, že dítě bylo nejspíše dědovou družkou týráno. To však nebylo prokázáno. Aleš používal velmi hrubá slova.

V září se matka dožadovala dopisem informací o dítěti. Oznámila také, že bydlí na druhé straně republiky a jelikož má měsíčního kojence nebude moci za synem zpočátku dojíždět. V říjnu Aleše navštívil jeho dědeček.. Ten uvedl, že byl dlouhodobě nemocen, ale že má o něj zájem a bude žádat o svěřením vnuka do své péče.

Dětský domov opakovaně v prosinci 2002, v únoru 2003, v květnu 2003 oslovil soud s žádostí o poskytnutí informací týkajících se rozhodnutí při soudním jednání o ústavní výchově anebo o svěřením Aleše do péče dědečka. Soud však více než půl roku tuto věc neřešil a ani DD neinformoval. Pracovníci DD poukazovali na spěšnost této záležitosti, neboť o Aleše - vyjma dvou uvedených kontaktů matky a dědečka - nikdo z příbuzných neprojevil zájem, a chlapec se jevil jako velmi vhodný do pěstounské či osvojitelské péče. V květnu 2003 soud rozhodl o ústavní výchově. DD podal podnět na zbavení rodičovské způsobilosti matky tak, aby Aleš mohl být předán do náhradní rodinné péče. Matka byla rodičovské způsobilosti zbavena v prosinci 2004. Na podnět DD navštívila pracovnice pěstounské péče Aleše, aby potvrdila potřebu dítěte patřit do nějaké rodiny. Evidovaní zájemci byli však staršího věku a tak malé dítě (romského původu ) by nechtěli.

U Aleše docházelo postupně ke změnám v chování, poněvadž si zřejmě uvědomil svou situaci. Za jinými dětmi dojížděli příbuzní, psali jim, telefonovali, posílali dárky, apod. Některé děti z DD byly umístěny v pěstounské péči. Chlapec velmi trpěl, že o něj nikdo zájem neprojevoval. Aleš pak býval plačtivý, uzavřený do sebe a někdy také agresivní k ostatním (i starším) dětem. Docházelo také k občasným výbuchům zlosti.

V listopadu 2004 romští manželé B. projevíli zájem o pěstounskou péči Aleše. V péči měli od roku 2008 dceru (narozenu 2007). Po proběhlém prvním víkendu u pěstounů se tito rozhodli od pěstounské péče ustoupit. Jako důvod uvedla pěstounka, že „*zřejmě mezi námi citová pouta nevznikla*.“ Aleš jim do telefonu taktéž řekl, že k nim nechce.

Další pěstounská rodina projevíla o Aleše zájem v březnu 2005. Starali se již o čtyři romské děti (s nejstarším mají již čtrnáctiletou zkušenost). První víkend proběhl v pořádku a pěstouni zažádali o delší pobyt. Mezi pěstouny, dětmi v jejich péči a Alešem se podařilo navázat dobrý vztah, a jelikož došlo k oboustrannému sblížení, byl Aleš svěřen manželům S. do předpěstounské péče. Chlapec se jevil v nové rodině velmi spokojený a šťastný. Pěstouny oslovoval „mami,“ „tati.“ Proto bylo v dubnu 2005 rozhodnuto o svření Aleše do péče pěstounů manželů S. Po přestěhování došlo k adaptačním potížím, které se zpravidla objevují po pomnutí nadšení z umístění v rodině. Pěstouni svým výchovným působením dosahovali u Aleše dobrých výsledků, spolupracovali s příslušnými orgány. Jelikož se zdálo, že poručnická péče je oboustranně vhodná a bezproblémová, byli manželé S. soudem ustanoveni poručníky Aleše a byl podán podnět k zahájení řízení o zrušení ústavní výchovy.

V srpnu 2005 kontaktovala pěstounka DD, že chlapec má opakované poruchy vědomí bez jasné specifikace. V lednu 2006 pěstouni kontaktovali OSPOD, že chlapec nechce být v jejich péči. Do DD byl Aleš převezen na zásah pracovníků OSPOD, jelikož se odmítal vrátit z půdy školy domů k pěstounům. Při setkání i po příjezdu do DD si Aleš stěžoval na silnou bolest nohou, kterou má protože „*musel jsem za trest běhat po schodech nahoru a dolů a potom dělal dřepy*“. Také říkal, že v noci nespál, protože „*spal jsem za trest na zemi a neměl jsem ani peřinu*“. V ordinaci lékařky byl prohlédnut, měl silně oteklé a horké klouby na kolenou i loktech. Na těle měl mnoho modřin a oděrků. Neochotně naznačoval negativní zážitky z pěstounské rodiny.

Chlapec byl hospitalizován v nemocnici na neurologii. Vyšetření uvedlo, že v případě

zvýšené zátěže či byl-li Aleš pod tlakem, je reálný předpoklad afektivního stavu. Následující den proběhl bez provokačního momentu afektivní raptus s brachiálním násilím a slovními výhrůžkami. Okenní tabulí prohodil aktovku, převracel židle, aj. Mimo ADHD s afektivními rapty bylo sděleno i podezření na týrání Aleše (zřejmě proto, že nerespektoval autoritu poručníka, byl svéhlavý apod.). Případ byl s pořízenou fotodokumentací předán Policii ČR. V rodině měly být Alešovi udělovány nepřiměřené fyzické tresty, s náznaky šikany. Proto byl chlapec soudněznalecky posuzován pro podezření na týrání u pěstounů.

Jak později sám vypovídal, byl v rodině psychicky i fyzicky nepřiměřeně trestán. „Dostal jsem vařechou tak, až se zlomila“, „když jsem měl modřiny, nesměl jsem do školy“, „musel jsem častokrát klečet v koupelně na kachličkách“. Poté co byl pěstouny zadržen na útěku, „musel jsem stát ve kbelíku se sněhem“. „Když jeli taťka s mamkou a s dětma někam na návštěvu, musel jsem zůstat doma zavřený na záchodě, jen jsem tam seděl a čekal“. „Když jsem zlobil, mamka nebo taťka vzali do kýblu sníh a ve vaně mě polévali tou studenou vodou, hrozně jsem se třepal a mamka se zlobila, že se třepu, ale ono to nešlo...“ „Musel jsem spát za trest ve sklepě.“ Pěstouni mu taky odpírali jídlo. „Někdy jsem měl hlad a jindy jsem zase musel sníst všechno, i když jsem už nemohl a ještě jsem musel dojíst i chleba, i když mi bylo pak špatně.“ Tyto negativní zážitky se mu vracely v opakujících se děsivých snech.

Aleš byl po návratu z druhé pěstounské péče předán do rukou psychiatra pro výrazné poruchy chování. Chlapec se v DD projevoval agresivně, byl podrážděný, odmítal se podříditi i základním pravidlům, nerespektoval autority, napadal okolí a ničil věci kolem sebe. Postupně se zklidnil, ovšem i nadále byl výchovně velmi náročný.

Dle vyjádření psychologa je vhodné Aleše opět umístit do pěstounské péče. Tento krok však doporučuje v co nejkratším čase. Vzájemné poznávání by mělo být postupné, formou návštěv. Sám Aleš se v roce 2007 vyjádřil, že by chtěl jít do rodiny. Proto od listopadu 2007 začal docházet do hostitelské rodiny k paní D., kde však chybí perspektiva převzetí Aleše do péče.

Přestože byl chlapec dosud ve škole hodnocen jako zcela bezproblémový (pouze jednou napadl mladšího spolužáka) a dobrý žák, v roce 2010 výchovných problémů v DD i ve škole přibývalo. Postupně narůstala agresivita, ubližování dětem (fackování, kopání),

vulgarita, nerespektování stanovených pravidel, nespolehlivost, lhaní. Alešovi byla prokázána krádež peněz v hostitelské rodině, kam dochází již čtvrtým rokem. Přitom paní D. byla jedinou osobou, která o Aleše projevovala zájem, k ní si tím ale prakticky uzavřel navždy cestu, jelikož s Alešem přerušila kontakt.

V prosinci roku 2010 byl pro výchovné problémy, narůstající agresivitu a ubližování dětem umístěn na diagnostický pobyt v DDÚ. Zde pracovníci doporučili návrat do kmenového DD a péči klinického psychologa.

Aleš projevil zájem sejit se se svou biologickou matkou a v lednu 2011 jí napsal dopis. Matka mu odepsala a společně navázali vztah. Ten se dále rozvíjel, když si jej matka opakovaně brala na návštěvy. Hodnotila synovo chování během pobytu doma jako bezproblémové (do DD se vrátil s náušnicí v uchu a piercingem v jazyku). Alešovi se u matky líbilo a velmi se upnul k představě, že by si jej vzala k sobě domů nastálo. Matka nejprve syna i DD ujišťovala, že má v úmyslu podat žádost o jeho přemístění blíže ke svému bydlišti a následně požádat o navrácení svých rodičovských práv a svěřeni syna do své péče. V této věci však nevyvinula žádnou aktivitu.

Chování Aleše je stále stejné. Jakmile není po jeho, vzteká se, je vzdorovitý a občas propadne záchvatu hysterie a do budoucna můžeme předpokládat narůstání problémů v chování. V poslední době opakovaně ukradl kamarádovi, s nímž sdílí pokoj, peníze a fotoaparát. Ředitel DD proto požádal o přemístění Aleše do dětského domova se školou, a to blíže k bydlišti matky, kam byl chlapec v říjnu 2011 dopraven. Od srpna 2011 se však matka synovi neozvala ani nereagovala na výzvy DD.

### *Prognóza*

Dnes čtrnáctiletý chlapec s výraznými problémy v chování. Předpoklad úspěšné pěstounské péče se jeví jako minimální. Taktéž svěřeni do péče matky je nejisté, neboť se synem opakovaně přerušila na více než půl roku kontakt. Učinila tak i přes upozornění, že pro Aleše je jejich vzájemný vztah velmi důležitý. Vzhledem k narůstání problémů v chování Aleše vyvstává též otázka, zda by výchovu syna zvládla.

Aleš potřebuje pevnou autoritu, ale také pozornost a vlídné zacházení, výchovnou péči s individuálním přístupem, zdá se být vhodnější variantou jeho ponechání v ústavní péči. Zde nepostrádá zázemí, podnětné výchovné prostředí, přiměřený dohled a kontrolu.

**Případová studie č. 11 – Pavlína (narozena roku 2010)***Rodinná anamnéza*

Matka: narozena roku 1968, rozvedená, v době narození Pavlíny měla 42 let. Zdravotní stav: paranoidní schizofrenie, částečný invalidní důchod. Abúzuz alkoholu, kouří, drogy neužívá. Ukončené základní vzdělání. Dlouhodobě vedená v evidenci ÚP. Nyní na mateřské dovolené. Matka sdělila, že byla v dětství týrána a od pěti let pobývala v ústavním zařízení (její matka byla ve svých 45 letech zavražděna). Poté byla předána osvojitelům, kde ji adoptivní otec nepřiměřeně trestal. Od dětství byla opakovaně hospitalizovaná v psychiatrických léčebnách. Matka je dle vyjádření psychiatra osobnost simplexní, disociální a emočně nestabilní. Sama přiznává problematický vztah, v němž jí otec dítěte občas nadává a fyzicky napadá.

Otec dítěte: dvakrát ve výkonu trestu odnětí svobody za ublížení na zdraví a za napadení.

Sourozenci: Běta, narozena roku 1989, ve svých pěti letech svěřena do péče prarodičů ze strany matky; Jaroslav, narozený roku 1992, od svých tří let je v pěstounské péči; Vendula, narozena roku 1996, v osvojení; Norbert, narozený roku 1998 a Daniel, narozený roku 2000 po rozvodu připadli do péče otce.

Rodiče nejsou sezdáni a žijí společně na ubytovně v místnosti 1+1.

*Osobní anamnéza*

Pavlína se narodila z šestého těhotenství (10. gravidity) v 41. týdnu těhotenství, a to císařským řezem, vážila 3,55 kg a měřila 50 cm. Po porodu do odebrání byla Pavlína kojena. Psychomotorický vývoj je v normě.

*Historie a současnost*

Rodina se k OSPOD dostala v lednu 2010 při narození dcery psychiatricky nemocné matce. Ošetřující lékařka se však domnívala, že matka je schopna péči o dítě zajistit. Při hospitalizaci spojené s porodem dcery se matka i s otcem dítěte chovali k nemocničnímu personálu i sociálním pracovníkům OSPOD agresivně. Matku proto navštívil psychiatr, jež měl zhodnotit její psychický stav a posoudit, zda je schopná zabezpečit péči o dítě.

Po návratu matky s z porodnice chtěla matku s novorozencem navštívit sociální pracovnice z OSPOD, rodinu však nezastihla doma. Pracovnice obdržela zprávu týkající se pohybu

podnapilé matky i otce na vlakovém nádraží s Pavlínou v kočárku. Rodiče se chovali agresivně, odmítli dechovou zkoušku na alkohol. Dítěti byla zavolána rychlá záchranná služba (jelikož v tu chvíli se matka o novorozeně nebyla schopna postarat – nebylo řádně oblečené, hladné dítě se matka kvůli stálému vulgárnímu vykřikování marně pokoušela nakojit). Pracovnice OSPOD kojence na místě rodičům za asistence Policie odebrali a odvezli do nemocnice. Rodiče byli předvedeni na protialkoholní záchytnou stanici.

Jelikož Pavlína potřebuje vzhledem ke svému věku řádnou péči a zajištění všech dostupných potřeb pro svůj zdárný vývoj, což jí matka v dané situaci nemůže poskytnout, bylo rozhodnuto nařízením předběžného opatření. Tímto byla Pavlína svěřena do péče kojeneckého a dětského centra, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (dále jen „KDC“). Děvčátko zde však hodnotí jako dráždivější, neklidnější. Pavlína často pláče bez příčiny, je u ní pozorován třes končetin a má kratší spánek, což mohou být následky vlivu alkoholu z doby těhotenství či získaného prostřednictvím kojení.

V březnu 2010 proběhlo šetření v domácnosti. Matku pracovníci OSPOD několikrát nezastihli doma. Sousedí vypověděli, že je často viděna s bezdomovci u hypermarketů, kde ve velké míře požívá alkoholické nápoje. Matčin psychický stav se zhoršil, čemuž alkohol rozhodně nepřispívá. Při setkání byla žena naprosto zmatená, mimo realitu, nedokázala souvisle mluvit, měla paranoidní představy. U žádného odborníka se neléčila, neužívala žádnou medikaci.

Ženě bylo nabídnuto ubytování v azylovém domě pro matky s dětmi s tím, že pokud bude abstinovat a pravidelně docházet do KDC, může se učit pečovat o dceru a navazovat s ní bližší kontakt. Později by mohla být Pavlína na návštěvě u matky, vše by přitom probíhalo pod kontrolou pracovníků KDC. Zde se matka ubytovala, ale jen na jednu noc s tím, že *„se nemůže dívat na ostatní matky se svými dětmi“*.

Dosavadní návštěvy rodičů v KDC probíhaly téměř každodenně. K dítěti se oba chovali velmi hezky, při odchodu otec pláče.

Soudněznalecky je matka považována za nevhodnou osobu pro péči o dítě. Důvodem jsou diagnostikované poruchy osobnosti, schizoafektivní porucha, osobnost simplexní, disociální a emočně nestabilní. Vyšetřovaná byla opakovaně hospitalizovaná, opakovaně léčena psychofarmaky a poučena o nutnosti naprosté abstinence. Medikaci vždy svévolně vysadila a abstinenci porušila, čímž se pravděpodobnost úspěšnosti léčby rapidně snižuje.

Na základě znaleckého posudku v říjnu 2010 rozhodl soud o nařízení ústavní výchovy pro nezletilou Pavlínou. .

Při prošetření poměrů v domácnosti se pracovnice OSPOD od sousedů dozvěděla, že matka je dennodenně opilá, doma se zdržuje nepravidelně, přespává na různých místech, často zde zasahuje hlídka Městské policie, která řeší konflikty mezi partnery.

V červnu 2011, tedy v období, kdy je Pavlíně 1,5 roku (a celý tento čas pobývá v ústavním zařízení) navrhují pracovnice OSPOD batole do náhradní rodinné výchovy. S tím však matka nesouhlasí. Žádá o poskytnutí pomoci formou ubytování v zařízení pro matky s dětmi, kde by byla pod dohledem odborníků. Matka však byla vyzvána, aby sama projevila snahu o nápravu svých poměrů, což vůbec neučinila. V tomto období žije i s Pavlíným otcem v nádražním domku, který odpojen od elektřiny, plynu i vody je určen k demolici.

V říjnu matka pracovnici OSPOD sdělila, že chce ukončit vztah s otcem dítěte, a to z důvodu jeho agresivity s tím, že si chce vytvořit takové podmínky, aby jí dcera byla předána do péče. Spolupráce s matkou je však hodnocena jako nedostatečná. Matka se nedostavuje na předvolání, nedochází na pravidelné kontroly do psychiatrické ambulance, nepravidelně navštěvuje dceru a předcházející tři měsíce dceru nenavštívila vůbec. Obdobně návštěvy pokračují i nadále, v období Vánoc však matka ani otec dceru navštívit nepřišli.

### *Prognóza*

Pavlína, dnes dvouletá holčička, je stále umístěna v ústavním zařízení. Předpoklad úpravy podmínek u matky (či u obou rodičů) je téměř nulový. Poruchy osobnosti, jimiž je matka stížena, jsou trvalého rázu a mohou být ovlivněny pouze medikamentózně a sychoterapeuticky. Matka však opakovaně léčbu v psychiatrické léčebně i medikaci vědomě přerušila, do psychiatrické ambulance dochází sporadicky a abstinenci neustále porušuje.

Soudem nebylo rozhodnuto o nezájmu rodiče o dítě, a tudíž Pavlínina cesta do pěstounské péče je ztížena a oddálena. Je však v zájmu dítěte vyrůstat ve stabilní rodině. Domníváme se, že pěstounská péče by byla velmi vhodnou formou náhradní výchovy Pavlínou za předpokladu, že by vybraná rodina akceptovala přítomnost matky.



## **PŘÍLOHA P II: TABULKY: SHRNUÍ PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ**

Případové studie jsou shrnuty v následujících třech tabulkách. První se věnuje osobnostním aspektům dítěte se syndromem CAN. Druhá se zaměřuje na rodinnou situaci dítěte a jejím obsahem je i uvedení způsobů nevhodného zacházení rodiče (pěstouna, poručníka či fyzické osoby, do jejíž péče bylo dítě svěřeno) s dítětem. Třetí tabulka rozebírá jednotlivosti náhradní výchovy.

V tabulkách jsou jednotlivé případy očíslovány dle pořadí případových studií uvedených v příloze P I: Případové studie. Tzn., že v pořadí první studie v příloze je očíslována číslem 1, studie, která byla uvedena jako druhá, číslem 2, atd. Jestliže součástí jedné případové studie byla sourozenecká skupina více dětí umístěných v náhradní výchově, je těmto dětem přiděleno stejné (pořadové) číslo případové studie.

Pro názornost byly jednotlivé studie v tabulkách rozděleny do tří skupin. Bíle podbarvené jsou případové studie dětí, jež byly umístěny v pěstounské a předpěstounské péči či svěřeny do péče fyzické osoby. Světlešedou barvou jsou označeny případové studie dětí, které jsou ponechány v domácím prostředí; v prvním případě je dítě ponecháno doma bez předchozího odnětí z rodiny a dále tři případy dětí, jež byly z ústavního zařízení na zkušební dobu svěřeny do péče matky. Tyto tři děti jsou v rámci analýzy posuzovány dle předchozího umístění v ÚP i následného svěření matce. Tmavěšedou barvou jsou označeny případové studie dětí, jež byly umístěny v ústavní péči.

Tab. 1. Osobnostní faktory ovlivňující rozhodování týkající se výběru vhodné formy náhradní výchovy pro dítě se syndromem CAN.

Případová studie		Rok naroz.	Psychomotorický vývoj	Poruchy chování, učení, aj. před umístěním do NV	V péči psychologa/psychiatra	Vazby (v době hledání NV)		
Č.	Jméno					Rodiče	Souroz	Prarodiče / zájem o dítě*
1.	Jiří	2005	v normě	neposlušnost	ano	-	nemá	0/+
2.	Marie	1998	výrazný neklid	vzurné chování., neurotické příznaky, agresivita, krádeže, lži	ano	+	+	+/+
2.	Beáta	2001	neklid	poruchy učení, neurotické příznaky	-	+	+	+/+
2.	Kateřina	2005	v normě		-	+	+	+/+
3.	Jana	2003	snížená rozumová úroveň	agresivita (jako obranný postoj), emoční labilita	ano	0	nemá	0/+
4.	Petr	2002	v normě	ADHD, porucha opozičního vzdoru, agresivita	ano	+	0	+/+
5.	Ota	1998	v normě	neurotické příznaky	0	+	+	0/0
5.	Vít	2000	v normě	lehká ovlivnitelnost, infantilita, neodhaduje rizika svého chování	0	+	+	0/0

5.	Pavla	2002	lehká mentální retardace	neurotické příznaky	0	+	+	0/0
6.	Roman	2002	lehká mentální retardace	projevy zaznamenané po PP: hrubost, vulgárnost, agresivita, neposlušnost, nerespektuje autority	ano	-	-	-/-
7.	Iveta	1996	v normě	lži	ne	+	nemá	-/0
8.	Tadeáš	1999	mentální retardace	ADHD, destruktivní chování, instabilita, lži, nerespektuje autority	ano	-	0	0/0
9.	Zita	1999	středně těžká mentální retardace, Rettův syndrom	agresivita	ano	+	0	-/-
9.	Tibor	2003	lehká mentální retardace	výchovné problémy, neposlušání, lži, agresivita	ano	+	0	-/-
10.	Aleš	1998	v normě	projevy zaznamenané po PP: ADHD, vzdorovitost, negativismus, emocionální labilita, nerespektuje autority	ano	-	-	-/-
11.	Pavčina	2010	v normě	zvýšená dráždivost, neklid	0	-	-	-/-

\* v případě zájmu prarodiče schopného a ochotného pečovat o dítě

Tab. 2. Rodinné faktory ovlivňující výběr náhradní výchovy pro dítě se syndromem CAN.

Případová studie		Věk rodiče* v době narození dítěte		Rodiče žijí ve společné domácn.	Socioekon. situace původní rodiny	Patologické chování rodičů / psychiatrické onemocnění rodiče	Sourozenci (počet), umístění	Forma syndromu CAN**		
		Matka	Otec					Zanedb.	Týrání	Zneuž.
1.	Jiří	19	20	-	špatná	alkohol a drogy rodičů, fyzické napadání matky otcem, svěřování dítěte cizím osobám	0	matka	0	
2.	Marie	20	27	+/-	špatná	nevyhovující bytové podmínky, fyzické napadání matky otcem, nepřiměřené fyzické tresty	2 (spolu v ÚP)	matka, otec	otec (neprokáz.)	
2.	Beáta	23	30	+/-	špatná	nevyhovující bytové podmínky, fyzické napadání matky otcem	dtto	dtto		
2.	Kateřina	27	34	+/-	špatná	nevyhovující bytové podmínky, fyzické napadání matky otcem	dtto	dtto		
3.	Jana	23	25	+	špatná	nevyhovující bytové podmínky, alkohol rodičů i prarodiče, fyzické napadání mezi dospělými	0	matka		

4.	Petr	22	23	- + (otčím)	průměrná	alkohol a agresivita otčima	1(doma)			otčím
5.	Ota	33	48	+/-	špatná	alkohol rodičů, fyzické napadání matky otcem, nevyhovující bytové podmínky, závislá a anxiózní porucha osobnosti	4 (2 v SFO, 2 spolu v ÚP)	matka, otec		
5.	Vít	35	50	+/-	špatná	dtto	dtto	dtto		
5.	Pavla	37	52	+/-	špatná	dtto	dtto	dtto		
6.	Roman	25	29	+	špatná	nevyhovující bytové podmínky, nezájem a neplnění řádné výchovy o dítě	5 (1 v NRP, 4 v ÚP)	matka, otec		
		PP		+	průměrná	nezvládnutí výchovy	3 (0)			
7.	Iveta	23	37	-	špatná	psychóza se schizofr. rysy (matka)	0	matka		
8.	Tadeáš	24	nezn. otčím druh	- - +	špatná	schizoafektivní porucha s manickým syndromem (matka), nepřiměřené trestání (otčím), otčím ve výkonu trestu,	1 (doma)	matka, otčím, druh	otčím (neprokáz.)	

						alkohol (otčím, druh)				
9.	Zita	22	35	-	špatná	mentální retardace (matka), nevyhovující bytové podmínky, otec ve výkonu trestu	2 (1 v OSV., 1 v ÚP)	matka		
9.	Tibor	26	nezn.	-	špatná	mentální retardace (matka), nevyhovující bytové podmínky	dtto	matka		
10.	Aleš	20	nezn.	-	0	nezájem a neplnění řádné výchovy o dítě	2 (0)	matka		
		SFO u praro.		+/-	špatná	neplnění řádné výchovy o dítě		děda	družka (neprokáz.)	
		POR		+	průměrná	nezvládnutí výchovy, nepřiměřené trestání (poručnice)	4 (v OSV)		poručnice	
11.	Pavčina	42	0	+	špatná	neplnění žádné výchovy dítěte, alkohol rodičů, otec ve výkonu trestu, schizoafektivní porucha osobnosti (matka), fyzické napadání matky otcem	5 (1 v SFO, 1 v PP, 1 v OSV, 2 v péči otce)	matka, otec		

\* poručníka, pěstouna nebo fyzické osoby, jíž bylo dítě svěřeno do péče

\*\* uvedena osoba, která se nevhodného chování vůči dítěti dopouštěla

Tab. 3. Podrobnosti náhradní výchovy vztahující se k dítěti se syndromem CAN.

Případová studie		Forma NV*, Věk dítěte při umístění do NV	Kontakt rodičů dětí v NV	Změny chování u dítěte v NV	Adaptace v NV	Spolupráce rodičů s odb. prac.; trvání soc. práce s rodinou trvání soc. práce s rodinou**	Předpoklad trvání NV***	Pozitiva výběru formy NV	Negativa výběru formy NV
1.	Jiří	PP u prar.; 5 let	+	0	+	částečná, bez výsledku; 5 let	dlouhodobá	známé prostředí, kontakty s rodiči	obtížná vychovatelnost dítěte
2.	Marie	DDÚ; 13 let PPP u prar.; 13 let	+	0	-	žádná; 4 roky	krátkodobá	DDÚ: neutrální a bezpečné prostředí, motivace matky k úpravě poměrů; PPP: známé prostředí, kontakty s rodiči	nesouhlas dítěte s umístěním, rizikové chování Marie
2.	Beáta	DDÚ; 10 let	+	0	+	žádná;	krátkodobá	DDÚ: neutrální a	



		PPP u prar.; 10 let				4 roky		bezpečné prostředí, motivace matky k úpravě poměrů; PPP: známé prostředí, kontakty s rodiči	
2.	Kateřina	DDÚ; 6 let PPP u prar.; 6 let	+	0	+	žádná; 4 roky	krátkodobá	DDÚ: neutrální a bezpečné prostředí, motivace matky k úpravě poměrů; PPP: známé prostředí, kontakty s rodiči	
3.	Jana	SFO u prar.; 8 let	+	0	+	žádná; 3 roky	dlouhodobá	ochota spolupracovat s odborníky	
4.	Petr	doma s matkou							
5.	Ota	DD; 7 let doma s matkou; 14 let	+	výrazné zhoršování impulzivního a agresivního chování, neurotické	-	dobrá (matka); 7 let	krátkodobá	motivace matky k úpravě poměrů (bytových, abstinence)	DD: nezvykl si zde

				příznaky, zhoršení školního prospěchu					
5.	Vít	DD; 5 let doma s matkou; 12 let	+	impulzivní a agresivní chování, infantilní chování, nezodpovědnost, zhoršení školního prospěchu	0	dobrá (matka); 7 let	krátkodobá	motivace matky k úpravě poměrů (bytových, abstinence)	
5.	Pavla	KÚ; 6 měs. doma; 1 rok DD; 3 roky doma s matkou; 10 let	+	emočně labilní, zhoršená adaptabilita, nízká tolerance ke stresu, zlepšení samostatnosti i sebeobsluhy	+	dobrá (matka); 4 roky	krátkodobá	zlepšení rozumových i sociálních dovedností, motivace matky k úpravě poměrů (bytových, abstinence)	KÚ, DD: emoční deprivace  doma: chce zůstat v DD
6.	Roman	KÚ; 10 měs. DD; 3 roky PP; 5 let	+	ADHD, disharmonický vývoj, agresivita, neurotické	+	žádná; ½ roku	v KÚ, DD: krátkodobá v PP: dlouhodobá	KÚ: ochrana před patologickým prostředím; PP: součást rodinného	KÚ, DD: emoční deprivace, PP: nezvládnutí

		DD; 6 let DDÚ; 8 let DDŠ; 8 let		příznaky, výchovné problémy, vulgarita, agresivita, neposlušnost, vztekllost, nesoustředěnost			v DD, DDŠ: dlouhodobá	systemu; DD, DDÚ, DDŠ: při nárůstu problémů specializovaný výchovný přístup	výchovy
7.	Iveta	DD; 16 let (na vlastní žádost)	-	0	+	žádná; 7 let	dlouhodobá	motivace matky k léčení psychiatrických potíží, spokojenost Ivety	
8.	Tadeáš	DD; 12 let (na žádost matky)	+	zklidnění	+	žádná; 12 let	dlouhodobá	výchovný režim (dohled a důsledné usměrňování)	
9.	Zita	DD; 11 let (na žádost matky- nezvládnání péče)	+	zklidnění, prospívá zde	+	dobrá; 10 let	dlouhodobá	zajištění péče o dítě, zlepšení rozumových i sociálních dovedností	úzkostné stavy dítěte způsobené odloučením od matky

9.	Tibor	DD; 8 let (na žádost matky- nezvládání výchovy)	+	0	+	dobrá; 10 let	dlouhodobá	výchovný režim	odloučení od sourozence
10.	Aleš	SFO; 6 měs. DD; 4 roky (na žádost dědy) PP; 7 let DD; 8 let DDÚ; 12 let DD; 12 let DDŠ; 13 let	-	ADHD, vzdorovitost, negativismus, emocionální labilita, agresivita, impulzivita	+	rodičů: žádná SFO: žádná; 4 roky PP: dobrá	v SFO: dlouhodobá v DD: krátkodobá v PP: dlouhodobá v DD, DDŠ : dlouhodobá	SFO: známé prostředí; DD: neutrální a bezpečné prostředí; PP: součást rodinného systému; DD: výchovný režim, individuální přístup; DDŠ: specializovaný výchovný přístup	SFO: patologické prostředí; DD: emoční deprivace; PP: nepřiměřené trestání, týrání
11.	Pavčina	KÚ; 1 měs. s NRP matka nesouhlasí	+		+	žádná; 1 měsíc	dlouhodobá	KÚ: poskytnutí řádné péče, ochrana před patologickým prostředím	KÚ: emoční deprivace

\* uvedeny zkratky: PP – pěstounská péče, PPP – předpěstounská péče, SFO – svěřeni do péče jiné fyzické osoby, POR – poručnická péče, KÚ – kojenecký ústav (dětské centrum), DD – dětský domov, DDÚ – dětský diagnostický ústav, DDŠ – dětský domov se školou, (příp. návrat domů)

\*\* trvání sociální práce s rodinou do doby odnětí dítěte z rodiny

\*\*\* pravděpodobnost trvání náhradní výchovy je posuzována s ohledem na snahu rodičů upravit si podmínky pro návrat dítěte do své péče